



Normativas Unimed S.A

1) REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES

TIPO DE RECETARIO	-Todo tipo de recetarios convencionales (con o sin membrete) con prescripción de puño y letra del médico, contando con firma y sello en original. -Recetarios pre-impresos por computadora contando con firma y sello del profesional en original (con excepción de las instituciones Reina Fabiola, HP Sanatorio Allende, Del Sol, entre otras donde el sello y firma pueden ser digitales) - No se aceptan fotocopias de recetas - No se aceptan recetas enviadas e impresas vía Whatsapp o mail a excepción del servicio de emergencias "VITTAL" (modelo en anexo)
DATOS CONTENIDOS EN LA RECETA	-Nombre, apellido y numero de filiación del paciente. - Denominación de la Obra Social. - Nombre genérico y/o medicamento sugerido - Cantidad en numero de cada producto. - Fecha de emisión de la receta. - Diagnostico/s que justifiquen los medicamentos prescritos. Firma y sello del profesional de forma legible.
VALIDEZ DE LA RECETA	-30 días corridos a partir de la fecha de prescripción.
PARA LA VENTA PARA LA PRESENTACION	-60 días corridos desde la fecha de venta.
CANT. MAX. DE MEDICAMENTOS Y ENVASES POR RECETA	-Hasta 2 medicamentos distintos o iguales por receta y hasta un envase por renglón. - Antibióticos inyectables hasta 5 por receta.



CONTENIDOS MAX. DE CADA MEDICAMENTO SEGÚN SU TAMAÑO	-Tamaño especificado: Lo requerido en la receta. -Tamaño no especificado: La menor presentación.
---	---

CONTROLES ESPECIALES	-No se aceptaran prescripciones que no concuerden con edad y sexo del paciente.
----------------------	---

2) REQUISITOS PARA EL EXPENDIO

LA FARMACIA DEBERA PRESENTAR LO SIGUIENTE	-Anexar a la receta los troqueles o solapas identificatorias de los productos vendidos. - Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T. - Adjuntar a la receta ticket fiscal o comprobante de venta conteniendo: * Fecha de venta. * Detalle de medicamentos. * Cantidades entregadas. * Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad. * Firma, aclaración y DNI de la persona quien retira los medicamentos. *Sello y firma de la farmacia/ farmaceutico.
---	---

ENMIENDAS	-Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma. - Las correcciones y enmiendas en la dispensa de la receta deberán estar salvadas por el profesional farmacéutico con su sello y firma. - Cuando en una receta el numero de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia deberá repetirlo al dorso de forma correcta. El beneficiario deberá firmar nuevamente como prueba de conformidad.
-----------	---

TOPE DE MONTO SIN AUTORIZACION PREVIA	Todo medicamento que supere los \$10000 deberá ser previamente autorizado por la obra social para su expendio. (el monto es por medicamento, no por la suma de la receta)
---------------------------------------	--



DESCUENTOS DIFERENCIALES A LOS PLANES	-Toda medicación con un descuento fuera del habitual del plan del afiliado deberá ser autorizada previamente por la Obra Social.
---	--

3) EXCLUSIONES

Toda medicación que no sea de uso ambulatorio está excluida además de:

- Alimentos de todo tipo
- Inmunosupresores
- Citostáticos
- Productos Dermatológicos(Cremas hidratantes (excepto las autorizadas por la Obra Social), antialopepicos)
- Inmunoterapia
- Fórmulas magistrales
- Anorexígenos
- Hormonas de crecimiento
- Productos de Perfumería y Cosmética
- Lociones
- Tratamientos capilares
- Soluciones parenterales
- Albúmina
- Anticuerpos Monoclonales
- Complejo Protrombinico Humano (fact. de coag. II, VII, IX y X)
- Dextran
- Factores Antihemofílicos, Factor VII y IX
- Interferones inyectables (alfa y Beta)
- Linfoglubulina Antilinfocitaria
- Lípidos
- Somatostatina
- Uroquinasas-Estreptoquinasas
- Vancomicina
- Sumestil
- Dobutrex (en caso de Resp. Mecánica Asistida)
- Pavulón (en caso de Resp. Mecánica Asistida)
- Zofrán (en tratamientos oncológicos)
- Sulfactante
- Vanacina
- Alimentación enteral y descartable
- Shampoo
- Protectores solares, Bronceadores
- Anestésicos
- Medicación de venta libre



4) DE LA PRESENTACION DE LA FACTURACIÓN Y DEBITOS

Los Débitos no son refacturables a excepción de errores pertinentes a esta auditoría.

La facturación se recibirá del 1 al 10 de cada mes, presentando factura A o C según corresponda o resumen de facturación * (Solo para farmacias directas, fechas de cierre acorde a su gerenciador).



ANEXO

IMAGEN DE RECETA AUTORIZADA DE "VITTAL" PARA DISPENSA

Nombre y Apellido

Servicio Médico

Plan

Nº de Socio

R/p.

.....

Sello y Firma del Médico



ANEXO II

EJEMPLO DE AUTORIZACIONES VIGENTES

1/2/23, 12:31

Receta_5255142

MisValidaciones - Datos de la receta Autorizada				
Convenio: UNIMED				
Código de autorización: 2303215855142				
Autorizó: UNIMED				
				
2303215855142				
Afiliado: [REDACTED]				
Nro: 10 [REDACTED] 01				
Fecha Nacimiento: [REDACTED]				
Sexo: Masculino				
Documento: [REDACTED]				
Nro. recetario: 0 Fecha receta: 2023-01-31				
Médico: PRESTADOR DE CARTILLA Matricula: MP 999999				
Producto	Presentacion	Laboratorio	Cantidad	% cob.
IBUPIRAC 600 MG	comp.x 20	Pfizer	1	50.00%

		AUTORIZACION DE PRESTACIONES MEDICAS					
Centro de Atencion		Usuario	SNJURADO				
N. Autorizacion	01265369	Fecha Transaccion	31/01/2023				
Prestador	FARMACIA DE CARTILLA	Prioridad	Normal				
Domicilio		Vigencia	02/03/2023				
Afiliado	[REDACTED]	Localidad					
Nro. de Carnet	[REDACTED]	DNI	[REDACTED]				
Obra Social		Edad	34				
Diagnostico	DOLOR	Tipo de Afiliacion	DIRECTO				
Prescriptor	PRESTADOR DE CARTILLA MEDICO - LICENCIADO - BIOQUIMICO	Cobertura Medica	CARTILLA SPS 95				
F. Prescripcion	31/01/2023	N.de Matricula	99999				
Observaciones							
Prestaciones Solicitadas							
Ctd	Codigo	Descripcion	Estado	Observacion	Auditor	Fecha Auditoria	Observacion Auditor
1	800130	MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO	AUTORIZADO	IBUPIRAC 600 MG comp.x 20 Pfizer 1 50.00%	SNJURADO	31/01/2023	
				Nro. recetario: 0 Código de autorización: 2303215855142	Datos para validar a través de "Mis validaciones"		