

**Normas de atención**



**Unimed S.A**




## GRILLA DE PLANES

CONVENIOS	PLANES	DESCUENTOS
<b>UNIMED</b>	SPS 40	40%
	SPS 55	40%
	SPS 75	40%
	SPS 95	50%
<b>UNIMED (Osme, Osim, Ossacra, Osof, Ospej)</b>	Hs 15/PMO	AUTORIZACION
	HS 32	40\$
	HS 45	40%
	HS 65	40%
	HS 85	40%
	HS 95	50%



## RECETARIO

<b>RECETARIO</b>	<p>Todo tipo de recetarios convencionales y pre- impresos serán aceptados hasta el 31/10/2024.</p> <p>Receta digital emitida bajo normas del decreto 345/2024. (*ver modo de validación)- Validas receta del consejo médico de Córdoba, emergencias Vittal, etc.</p> <p>Receta electrónica emitida a través de la plataforma MisRx.</p> <p>Las recetas electrónicas que no sean de "MisRx" serán aceptadas con el mismo método de validación que las digitales.</p>
<b>VALIDEZ</b>	<p>30 días corridos a partir de la fecha de prescripcion.</p> <p>PARA LA PRESENTACION: 60 días corridos desde la fecha de venta.( o sea, si hablamos de la presentación de Marzo 2023, pueden incluirse recetas con fechas de marzo y febrero 2023)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre, apellido y numero de filiación del paciente.</li> <li>• Denominación de la Obra Social.</li> <li>• Nombre genérico con o sin marca sugerida.</li> <li>• Cantidad en número de cada producto.</li> <li>• Fecha de emisión de la receta.</li> <li>• Diagnostico/s que justifiquen los medicamentos prescritos.</li> <li>• Firma y sello del profesional de forma legible.</li> </ul>

## LIMITE DE CANTIDADES

<b>POR RECETA</b>	Hasta 2 (dos) envases.
<b>POR RENGLON</b>	Hasta 1 (uno) envase.
<b>ANTIBIOTICOS INYECTABLES</b>	Hasta 5 por receta
<b>CONTROLES ESPECIALES</b>	No se aceptarán prescripciones que no concuerden con edad y sexo del paciente.



## LIMITES DE TAMAÑO

- Hasta un envase GRANDE por renglón.
- Tamaño especificado: Lo que requiere la receta.
- Tamaño NO especificado: La menor presentación.



## 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/ farmacéutico.

## 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 número 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 **\$75000** 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 y que el validador no lo indique deberá ser autorizada previamente por la Obra Social.

## GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA

**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



## USO DEL VALIDADOR “MIS VALIDACIONES”

**Validación directa:** Si el recetario es de **formato digital o electrónico que no sea de “MisRx”**, debe colocarse el número que figura en la receta donde lo solicita y completar los datos. - **SERAN DEBITADAS LAS RECETAS QUE NO CUMPLAN CON ESE PARAMETRO.**

Las recetas en formato papel deben ser validadas como hasta el momento colocando en el campo “nro de recetario” el número 999.

Si la receta es electrónica emitida por MisRx, debe colocar el número donde lo indica.

**Con autorización previa:** Deben colocar en el campo “Nro de recetario” el código de autorización (13 dígitos) y luego completar los datos faltantes (Matricula del médico) y luego proceder a validar.

**TODAS LAS AUTORIZACIONES DEBEN ESTAR INGRESADAS.**

