

Anexo II

NORMAS DE ATENCIÓN

1) REQUISITOS INDISPENSABLES

a) Recetarios:

- Recetarios del Médico: No se aceptan fotocopias de recetas.

b) Validez de la Receta: 15(quince) días desde la fecha de prescripción para todas las zonas.

c) Identificación:

- Credencial de la Obra Social Vigente.-

d) Datos en la receta: El profesional deberá completar los siguientes datos:

- Nombre, apellido y número de afiliación del paciente.
- Nombre de la Obra Social.
- Nombre Genérico y medicamento sugerido.
- Cantidad de cada producto.
- Fecha de emisión de la receta.
- Firma del médico y sello con nombre y matrícula.
- DIAGNOSTICO.

e) Cantidades:

- Hasta 2 (dos) medicamentos por receta
- Troqueles: máximo 2 (dos) en el total de la receta, excepto antibióticos monodosis inyectables, que se aceptarán hasta 5 por receta.

f) Tamaños:

- Un solo envase GRANDE o MEDIANO en el total de la receta
- Si el profesional prescribiente NO ha indicado el tamaño del envase, se expendirá el de menor tamaño
- Hasta 5 unidades de ANTIBIÓTICOS MONODOSIS INYECTABLES POR RECETA, considerándose esto como tamaño GRANDE

g) Datos necesarios para el expendio:

- Anexar a la receta el troquel de/los productos vendidos
- Si el producto no tuviera troquel colocar la sigla S/T
- Adjuntar a la receta copia del ticket fiscal o factura conteniendo:
 - Fecha de dispensa.

- Detalle de los medicamentos entregados.
- Cantidades entregadas de cada medicación.
- Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad.
- Sello de la farmacia y firma del farmacéutico al dorso de la receta.
- Firma, aclaración y DNI al dorso de la receta de quién retira los medicamentos.

IMPORTANTE:

- **LA MEDICACIÓN DEBERA CORRESPONDER INDEFECTIBLEMENTE CON EL DIAGNOSTICO, EDAD Y SEXO DEL PACIENTE, CASO CONTRARIO NO DEBERA SER EXPENDIDA.**
- **MEDICACION DE USO PSIQUIATRICO DEBE SER RECETADA POR ESPECIALISTA, CASO CONTRARIO NO DEBE SER EXPENDIDA (SE EXCLUYE DE ESTA NORMA ANSIOLITICOS DE USO HABITUAL Y RECETADOS POR PATOLOGIA CARDIOLOGICA).**
- **UNIMED RECONOCE EN TODOS LOS CASOS EL NOMBRE GENERICO POR SOBRE EL NOMBRE COMERCIAL.**

h) PMI: Se autoriza al 100% la medicación incluida en el vademécum PMI y/o autorizada por Unimed.

i) Medicamentos que superen \$900,00 del valor de venta sugerido.-: Requieren Previa Autorización de UNIMED.

j) Medicamentos por patologías crónicas (70% de cobertura): Requiere la PREVIA AUTORIZACION DE UNIMED.

k) De las autorizaciones: Unimed puede autorizar sobre la receta original indicándolo con un sello de la institución, sobre copia de la misma o anexando una autorización generada por sistema. **Todas son válidas.**

L) Pacientes PMO: Se aclara que todo paciente que figure en padrón con plan PMO debe presentar **autorización para compra de todo tipo de medicación.**

M) DE LA presentación de la facturación: Se recibirá del 01 al 10 de Cada mes presentando Factura A o C según corresponda o resumen de facturación.

Aclaración: Para la presentación de recetas se aclara a las Farmacias que desde la fecha de presentación calendario se contarán 45 días corridos anteriores para que las recetas sean incorporadas como válidas para ese período. Ejemplo (... si la presentación fuera el 1 de marzo se aceptarían como válidas las recetas desde el 15 de enero).

Los débitos no son refacturables, salvo errores inherentes a la facturación.

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

- Alimentos de todo tipo
- Inmunosupresores
- Citostáticos
- Productos Dermatológicos
- 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

Medicamentos con PREVIA AUTORIZACION DE UNIMED

- Inmunoglobulinas anti (D) Humana Ej: Partoganma
- Gammaglobulinas
- Tratamientos para la Obesidad Dos Dias
- Tratamiento para Tabaquismo (Champix)
- Renacidil (Trat. Para Alopecia)
- Lactulosa
- Anabólicos
- Aminoácidos
- Cefalosporina de 3° generación (Ej: Acantex)
- Drogas Oncológicas
- Neoplásicos
- Imipenem

- Dalacín
- Todo medicamento de 3° generación que pudiera incorporarse en el manual farmacéutico
- Tratamientos de fertilización
- Vacunas
- Medios de Diagnóstico
- Materiales de contraste radiológico
- Leches
- Ciclosporina

AUTORIZACIONES: de Lunes a Viernes de 8:30 a 17:30 hs. Al FAX: (0351)4265306 – autorizaciones@unimedcba.com.ar

Consultas: de Lunes a Viernes de 8:30 a 17:30 hs. Al teléfono (0351)4444497 - sebastianj@unimedcba.com.ar

Grilla de planes.

CONVENIOS	PLANES	DESCUENTO
UNIMED	SPS 40	40%
	SPS 55	40%
	SPS 75	40%
	SPS 95	50%
UNIMED/OSIM	HS 15/PMO	AUTORIZACION
	HS 32	40%
	HS 45	40%
	HS 65	40%
	HS 85	50%
	HS 95	50%
UNIMED/OSME	HS 15/PMO	AUTORIZACION
	HS 32	40%
	HS 45	40%
	HS 65	40%
	HS 85	50%
	HS 95	50%
Unimed/ OSFOT	HS 15/PMO	AUTORIZACION
	HS 32	40%
	HS 45	40%
	HS 65	40%
	HS 85	50%
	HS 95	50%
Unimed/ OSSACRA	HS 15/PMO	AUTORIZACION
	HS 45	40%
	HS 65	40%
	HS 85	50%
	HS 95	50%