



# Normativas Unimed S.A.

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

TIPO DE RECETARIO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Todo tipo de recetarios convencionales (con o sin membrete) con prescripción de puño y letra del médico, contando con firma y sello en original.</li><li>- 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)</li><li>- No se aceptan fotocopias de recetas</li><li>- No se aceptan recetas enviadas e impresas vía Whatsapp o mail a excepción del servicio de emergencias "VITTAL" (modelo en anexo)</li></ul>
DATOS CONTENIDOS EN LA RECETA	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre, apellido y número de filiación del paciente.</li><li>- Denominación de la Obra Social.</li><li>- Nombre genérico y/o medicamento sugerido - Cantidad en número de cada producto.</li><li>- Fecha de emisión de la receta.</li><li>- Diagnóstico/s que justifiquen los medicamentos prescritos.</li></ul> 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	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hasta 2 medicamentos distintos o iguales por receta y hasta un envase por renglón.</li><li>- Antibióticos inyectables hasta 5 por receta.</li></ul>



RECETA	
--------	--

CONTENIDOS MAX. DE CADA MEDICAMENTO SEGÚN SU TAMAÑO	<ul style="list-style-type: none"><li>-Tamaño especificado: Lo requerido en la receta.</li><li>-Tamaño no especificado: La menor presentación.</li></ul>
---	--

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	<ul style="list-style-type: none"><li>-Anexar a la receta los troqueles o solapas identificatorias de los productos vendidos.</li><li>- Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T. - Adjuntar a la receta ticket fiscal o comprobante de venta conteniendo:<ul style="list-style-type: none"><li>* Fecha de venta.</li><li>* Detalle de medicamentos.</li><li>* Cantidades entregadas.</li><li>* Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad.</li><li>* Firma, aclaración y DNI de la persona quien retira los medicamentos.</li></ul></li><li>*Sello y firma de la farmacia/ farmaceutico.</li></ul>
---	--

ENMIENDAS	<ul style="list-style-type: none"><li>-Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma.</li><li>- Las correcciones y enmiendas en la dispensa de la receta deberán estar salvadas por el profesional farmacéutico con su sello y firma.</li><li>- 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.</li></ul>
-----------	---



TOPE DE MONTO SIN AUTORIZACION PREVIA	Todo medicamento que supere los <b>\$10000</b> 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)
- Linfoglobulina 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 "VITAL" PARA DISPENSA



**Nombre y Apellido** .....

**Servicio Médico** .....

**Plan** .....

**Nº de Socio** .....

**R/p.**

.....  
**Sello y Firma del Médico**