NORMAS DE ATENCIÓN

N.OBS.0069.23

Fecha de Vigencia:01/01/2017 Fecha de Actualización:31/08/2023

1) PLANES Y COBERTURAS

Plan	Cobertura de Unión Personal	Afiliado paga	Vademécum	Descuento adicional UPCN (1)
CLASSIC	**40 %**	**60 %**	**SI**	**30 %**
FAMILIAR	**40 %**	**60 %**	**SI**	**30 %**
UP 10	**40 %**	**60 %**	**SI**	---
PMO	**40 %**	**60 %**	**SI**	---
MONOTRIBUTO	**40 %**	**60 %**	**SI**	---
PMI	**100 %**	**---**	**SI**	---

(1) <u>Otras OBRAS SOCIALES a las que se les podrá efectuar el Descuento Adicional</u>:

- **D.A.S. DIRECCION DE AYUDA SOCIAL**
- **P.A.M.I. (PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA INTEGRAL)**
- **MEDICUS**
- **VIALIDAD (O. SOCIAL DE DIRECCION NACIONAL DE VIALIDAD)**
- **IOSFA**

Se valida en el plan AUTORIZACIONES ESPECIALES con el 30% de descuento.

U.P.C.N. descuento directo: Obra Social cubre 30 % y Afiliado paga 70 %.
El descuento se realizará sobre el 100% del valor del medicamento y será adicional al otorgado por Unión Personal.

*Solicitamos que aquellos afiliados que presenten una receta por medicación con una autorización de cobertura de % de plan por parte de la Gerencia Médica, junto con la presentación del **Bono de coseguro de UPCN**, se les aplique también el beneficio de descuento de dicho **Bono** (30%).*

Plan DIABETES: Los afiliados deben consultar en la Delegación de Unión Personal (prestación tercerizada)

2) PLAN MATERNO INFANTIL

<u>Madres</u>: medicamentos hasta treinta (30) días después del parto
<u>Niños</u>: medicamentos hasta cumplir un (1) año de edad

<u>Leches medicamentosas</u>
Con autorización de auditoría médica exclusivamente

3) REQUISITOS DE LA RECETA

Tipo de Recetario	**Membretado del médico tratante o institución habilitada** (no se aceptan recetarios con propaganda médica ni de servicios laborales de empresas ajenos a la salud). Se aceptan **recetarios impresos, con firma en original**. No puede estar confeccionado de forma mixta, es decir, parte del contenido en la receta de forma manuscrita y otra parte impresa.

	Receta digital, las mismas tienen el mismo valor que la receta física y se encuentran firmadas en forma electrónica mediante un código QR de seguridad que contiene sus datos para evitar cualquier tipo de adulteración. **La farmacia deberá presentar dicha receta digital en forma impresa.**
Validez de la Receta	**Treinta (30) días** a partir de la prescripción
Datos contenidos en la Receta	El profesional deberá consignar: a. Apellido y nombre del beneficiario b. Número de beneficiario c. Obra Social d. Fecha de prescripción (de puño y letra) e. Detalle de los medicamentos por su denominación genérica (conforme Ley 25649)
	Aclaración de las cantidades de unidades en letras y números
	La aclaración de la firma del médico y Nº de matrícula se realiza **con sello** (NO se acepta manuscrita)
Limitación en cantidad y tamaño.	Hasta dos (2) especialidades de distinto principio activo por receta y hasta una (1) unidad por especialidad. Hasta una (1) unidad "grande" por receta <u>EXCEPCIONES a las limitaciones de cantidad y tamaño:</u> a.1 **Antibióticos y solventes inyectables en envases <u>monodosis</u>:** hasta ocho (8) unidades a.2 **Antibióticos y solventes inyectables en envases <u>multidosis</u>:** hasta dos (2) unidades b. Cuando el profesional consigne de puño y letra **"tratamiento prolongado",** podrán dispensarse los productos prescriptos por el profesional, respetando forma y tamaño: Máximo: - Dos (2) productos por receta de distinto principio activo. - Se acepta igual principio activo y distinta forma farmacéutica. - Por producto se puede expender como máximo un (1) envase (excepto puntos a.1 y a.2) c. Si **indica la palabra "GRANDE":** el inmediato siguiente al menor d. Si **erra tamaño:** el inmediato inferior al indicado. e. Si **especifica dosis y/o potencia:** lo requerido f. Si **erra:** el inmediato inferior al indicado
Psicofármacos	Sólo con recetario duplicado. NO se aceptan fotocopias
4) REQUISITOS DEL AFILIADO	
Deberá presentar:	Credencial Oficial exclusivamente
	DNI Beneficiario ó DNI Adquirente (en caso de no ser beneficiario). Consignar Tipo y Nº de ambos.

	NO es obligatoria la presentación del último recibo de sueldo donde conste el concepto “descuento UPCN”
5) REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO	
La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:	• Presente las recetas **numeradas** en forma correlativa. Esa numeración es la que debe tenerse en cuenta luego, al confeccionar la Planilla de Detalle indicada en 13)-2. • Los cupones de Coseguro 30% de UPCN que se utilicen **en forma conjunta con el descuento de UP deben adjuntarse a la receta correspondiente.** La receta (o en su defecto el ticket de venta que la acompañe) debe indicar claramente el importe bruto (el 100%) y el a cargo de la Entidad (el 70%, resultante del 40%+30%) de la venta en cuestión. • Los cupones de Coseguro 30% de UPCN que utilicen en forma conjunta con **otra cobertura distinta a UP** deben adjuntarse a una fotocopia de la receta de la cobertura utilizada y una copia del ticket de venta. Posteriormente deben ser clasificados dentro del Plan 30%, tal como se indicó en el punto 13)-1.
	• Nunca puede faltar la **fecha de venta** en la receta. • Las recetas deben presentarse **firmadas y selladas** por el Farmacéutico o Director Técnico de la farmacia. • La persona que retira los medicamentos debe, como prueba de la **conformidad**, firmar al dorso ticket de venta o al pie de la receta junto con su aclaración de firma y DNI. • La copia del **ticket** de venta debe adherirse **al dorso de la receta**, cuidando no tapar otros datos de la misma (ej.: troqueles, datos del afiliado, prescripción, fecha de venta, etc.). Dicho ticket deberá contener los datos de la farmacia (razón social, domicilio y número de CUIT). • Adhiera los **troqueles** de los medicamentos firmemente a las recetas, preferentemente con goma de pegar.
	Los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente: ○ Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencias o marcas de sustancias adhesivas). ○ Sin signos de desgaste del material en todo o parte del troquel. ○ Sin impresiones mediante sellos de cualquier tipo de leyendas legibles o no. ○ Sin diferencias en tamaño, grosor y/o color del troquel para un mismo producto, presentación y lote. ○ No deberán presentar cualquier otro signo que otorgue carácter dudoso al troquel.
	• **Evite tapar datos de la receta**, como el membrete del médico o la institución, domicilio, etc. • Siempre debe adjuntar a las recetas el troquel “tradicional” (con

	el número de identificación que le asigna el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación), junto al código de barras si éste existiera. • Si el producto **no contiene número de troquel** (siempre y cuando estuviese cubierto), adjuntar código de barras del mismo. • Coloque los **precios** unitarios y totales, y la **cantidad** de productos entregados. • Las re-facturaciones deben remitirse **por el importe observado**. En los casos de recetas prescriptas con psicotrópicos o estupefacientes, el profesional debe confeccionar una segunda receta según normas legales en vigencia, la cual queda como duplicado en poder de la farmacia. Por tal razón, en dichos casos debe presentarse una receta original confeccionada por el médico, y no una fotocopia de la misma Las autorizaciones de medicación autorizadas al 100%, deben adjuntarse a la receta original; y se procede de la misma forma que una receta autorizada. • Las autorizaciones de medicación autorizadas al 100%, deben adjuntarse a la receta original; y se procede de la misma forma que una receta autorizada.

6) ENMIENDAS

El profesional médico podrá salvar errores de la prescripción
El profesional farmacéutico podrá salvar el Nº de afiliado contra presentación de credencial

7) VALIDACIÓN

Si, por **OBSERVER** ó a través de su sistema de facturación
SE VALIDAN TODAS LAS RECETAS, AUN LAS AUTORIZADAS POR LA OBRA SOCIAL.

Se deberá cargar el número de afiliado como consta en la credencial, a partir del primer número distinto de cero, sin espacios y sin el último dígito, agregando la versión vigente en el carnet.

* Por ejemplo: Credencial Nº: 00587846000 Versión 26 Cargar: **5878460026**

Se deberá cargar en nº de receta:
Unión Personal (CBA) Plan Ambulatorio Mixto: 1
Unión Personal (CBA) Plan Ambulatorio Mixto + coseguro: **nº de cupón de coseguro**
Unión Personal (CBA) Autorizaciones Especiales: 1, es necesario completar el % de descuento que se corresponda con la autorización de la obra social.

UNION DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACION
Seccional Capital Federal y Empleados Públicos Nacionales

Serie L
ORDEN DE COMPRA | Afiliado N° [redacted] | Código de Reparación | N° 00080699

UPCN
FECHA EMISION 12/12/2018

[redacted] [redacted]
Apellido y Nombre del Afiliado | Apellido y Nombre del Paciente

R. P	CANT.	PRECIO UNITARIO	TOTAL IMPORTE
1- [illegible]		1596,40	1596,40
2-			

Fecha de Prescripción 05 / 09 / | Fecha de Expendio

Importe Total Facturado	1596,40
% c/ Obra Social	638,56
30 % c/ U.P.C.N.	478,92
Importe a pagar	478,92

[redacted]

Firma del Paciente
DNI/LE/LC/CI [redacted]
Domicilio

Firma y Sello del Médico | Firma y Sello de la Farmacia

Señor Afiliado: La correcta utilización del recetario garantiza más y mejores servicios.

Ejemplo de Autorización:

Accord Salud / UPCN Unión del Personal Civil de la Nación / Unión Personal

ORDEN DE AUTORIZACION

Nº AFILIADO:	98[redacted]
APELLIDO Y NOMBRE:	NA[redacted]
TIPO y Nº DOC.:	DNI [redacted]
PLAN:	1 PLAN MEDICO OBLIGATORIO (PMO) (1A)
EDAD:	24

FECHA: 30/08/2023

ORDEN DE PRACTICAS AMBULATORIAS Nº 77714

ESCITALOPRAM 20 MG X 30 COMRPIMIDOS (LEXTOR) 1 CAJA
CLONAZEPAM 0.5 MG X 30 COMPRIMIDOS(CLONAGIN) 1 CAJA
FECHA DE ORDEN 11/08/2023
PRESCRIBE HOSPITAL VILLA DOLORES
DX. F32

Dictamen: AUTORIZADO 100% DISCAPACIDAD

AUTORIZACIONES UNION PERSONAL –
ACCORD SALUD

8) AUTORIZACIONES

Listado de médicos auditores

> Dr. Daniel Garcia Ozores MN 79139
> Dr. Luis Santos MN 91669 - MP 29751
> Dr. Daniel Circolone MN 96190
> Dr. Marcos Cohen MN 52823
> Dra. Laura Rocha MN 107794
> Dr. Enrique Figini MN 29360
> Dr. Ariel Beno MN 82600
> Dra. Marta Coyra MN 79200
> Dra. Gabriela Frattantoni MN 123095
> Dr. Sebastian Baquero MN 101611
> Dr. Fernando A. Sollazzo MN 110144
> Dr. Liliana Marcela Carré MP 27123/3 / CE. 14663
> Dra. Maria del Rocio Ramos MN 10580
> Dr. Guillermo Alberto Aranciva MN 50605 - MP 53355
> Dra. Evangelina Valeria Avalos MN 118954
> Dr. Jose Luis Vaula Mat Prof. 5952
> Dra. M. Laura Aineseder MN 127.049
> Dra. Maribel Medina MN 18280
> Dra. Liliana Velis M.P 92382
> Dr Daniel García Ozores M.N. 79139
> Dr Ariel Beno M.N. 82600
> Dra. Ma Laura Aineseder M.N 127049
> Dr. Luis Alberto Gracia M.N 4672
> Dra Carolina Sappia M.N. 130412

9) PADRON DE AFILIADOS

NO DESCRIBE

10) PADRON DE PRESTADORES

NO DESCRIBE

11) INCLUSIONES

- **Anticonceptivos**: Prescripción habilitada para todos los médicos prescriptores.
- **Anorexígenos**: Deben estar prescriptos por endocrinólogos, diabetólogos y nutricionistas
- Los profesionales Odontólogos podrán prescribir exclusivamente medicamentos acordes a su especialidad
-

12) BONIFICACIÓN

- **Capital: 15% sobre el Total Facturado.**
- **Interior: 10% sobre el Total facturado.**

13) OBSERVACIONES

Se aplicarán débitos a:

- Las recetas que no posean membrete
- Las recetas con propaganda médica
- Recetarios de servicios laborales de empresas ajenas a la salud

Modelo Receta Digital

Unión Personal

Union Personal

Prescripción

Fecha Receta: 01/02/2022 12:44

Afiliado: PRUEBA1 , AFILIADO PRUEBA1
D.N.I.: 1530027
NroAfiliado: 54715300
Diagnóstico: prueba
T.Prolongado: No
Plan: –

Productos

1. *amoxicilina, 1 g comp.x 16*
   AMOXIDAL, Roemmers
   Cantidad: 1

Recetario:

785922020103530

Médico: MEDICO, PRUEBA
Matricula: MN 859

Validación Digital:

Modelo de Recetario UMA

Unión Personal
Obra Social de la Unión del Personal Civil de la Nación

615619498491984

Nro. Receta: 615619498491984

Paciente: **CARLOS PEREZ** Fecha Nac.: **1982-12-12**
DNI: **33469093**
Convenio: **UNION PERSONAL**
Nro. Afiliado: **51306000**

Rp/

AMOXIDAL - Amoxicilina,trihidrato - 1 g comp.x 16
Cantidad del envase:1

INDICACIONES

1 tableta cada 12 horas por 3 días.

Diagnóstico: **reservado**
Fecha: **2020-04-16**

Médico: **PEDRO SANCHEZ**
Matrícula número: **148792**

info@uma-health.com

BONO COSEGURO DE UPCN

RECETARIOS DE U.P.C.N. PARA EL CO-SEGURO DEL 30%

UNION DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACION
Seccional Capital Federal y Empleados Públicos Nacionales

Serie C
Nº 0169103 Fecha de Emision: 05/09/00

ORDEN DE COMPRA | Afiliado Nº 000019192500 | Código de Reparación

JEREZ, DEBORA V
Apellido y Nombre del Afiliado

Apellido y Nombre del Paciente

	CANT.	PRECIO UNITARIO	TOTAL IMPORTE
R. P			
1.-			
2.-			

Fecha de Prescripción | Fecha de Expendio

Importe Total Facturado
% c/ Obra Social
30 % c/ U.P.C.N.
Importe a pagar

Firma del Paciente
DNI/LE/LC/CI
Domicilio

Firma y Sello del Médico | Firma y Sello de la Farmacia

Señor Afiliado: La correcta utilización del recetario garantiza más y mejores servicios.

Serie C

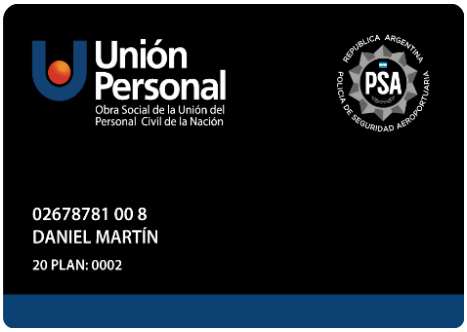
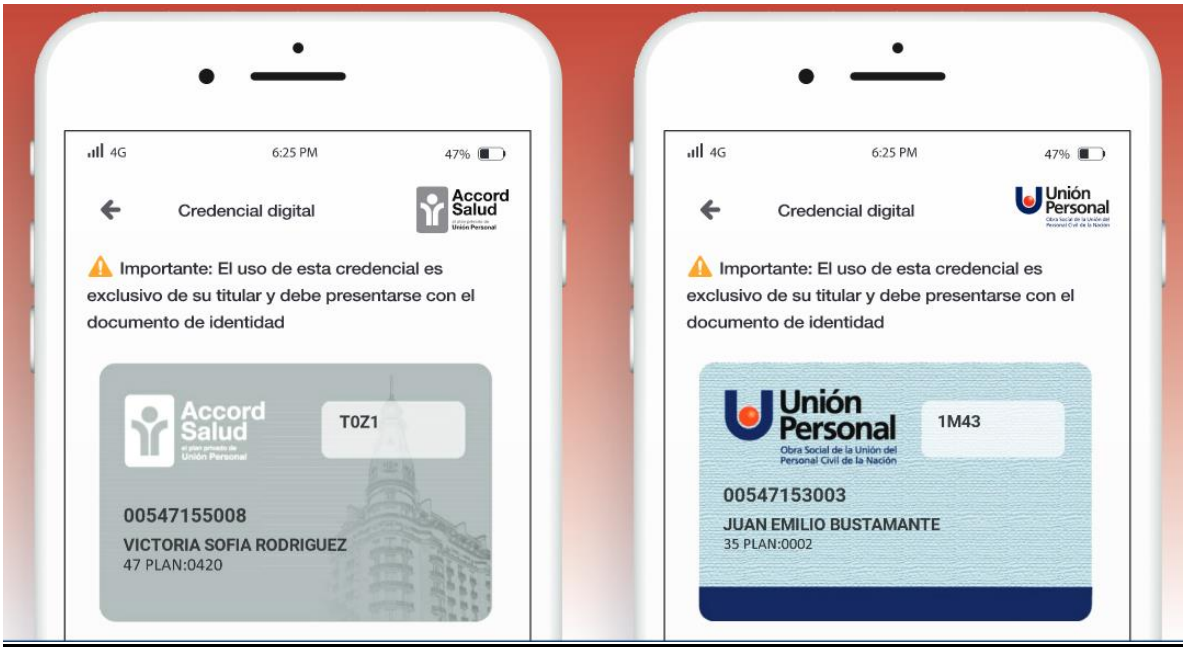
SR. FARMACEUTICO VERIFIQUE QUE LA TOTALIDAD DE LOS DATOS SOLICITADOS SEAN CORRECTOS. CASO CONTRARIO LA PRESENTE RECETA NO SERA RECONOCIDA

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

FECHA Sello Firma y Matrícula Profesional

MODELO DE CREDENCIAL

PLAN CLASSIC PARA LA POLICÍA DE SEGURIDAD AEROPORTUARIA



CREDENCIAL DIGITAL