

NORMAS DE ATENCIÓN
**NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE:
UTEPLIM**

DESCUENTOS A CARGO DE UTEPLIM

AMBULATORIO:	40% Para productos incluidos en el VDM ambulatorio
CRONICOS	70% Para productos incluidos en el VDM ambulatorio, exclusivamente con autorización previa. De no poseer autorización se expenderán al 40%.
PMI:	100% Para todos los incluidos en el VDM PMI.

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

- Credencial y Documento de Identidad.

RECETARIO

- CONVENCIONAL
- DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:
 - Nombre y Apellido del paciente.
 - Número de Asociado
 - Medicamentos recetados, por su denominación genérica exclusivamente y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno)
 - Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
 - Fecha de prescripción.
 - Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

VALIDEZ DE LA RECETA

30 (TREINTA) Días corridos.

LÍMITES DE CANTIDADES

- CANTIDAD DE RENGLONES: 2 (dos).
- POR RECETA: Hasta 2 (dos) envases.
- POR RENGLÓN: Hasta 1 (un) envase

ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS: Hasta 5 (cinco) envases para una sola especialidad por receta

ANTIBIÓTICOS MULTIDOSIS: Hasta 1 (un) envase por receta

NORMAS DE ATENCIÓN

LÍMITES DE TAMAÑOS

- HASTA 1 (UNO) DE TAMAÑO GRANDE POR RENGLÓN

OTRAS ESPECIFICACIONES

CUANDO EL MÉDICO

No indica tamaño
Sólo indica GRANDE

Equivoca cantidad

DEBE ENTREGARSE

El de menor contenido
La tamaño SIGUIENTE AL
MENOR

El tamaño inmediato inferior

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de prescripción.
 - Incluyendo el código de barras.
- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos, las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario)
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- Para la presentación de las recetas la farmacia cuenta con 60 días corridos contados desde la fecha de expendio. Pasado dicho plazo serán indefectiblemente debitadas.

PSICOFÁRMACOS

- El profesional debe confeccionar además un segundo recetario según normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia. No se aceptan fotocopias.

MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo.

PLAN MATERNO INFANTIL

EXCLUSIVAMENTE PARA PRODUCTOS DEL VADEMECUM PMI

100% de descuento en medicamentos para la madre, desde el momento de la detección del embarazo hasta 30 días posteriores al parto y para el recién nacido hasta el año de vida, El producto DERMAGLOS requiere autorización previa.

NORMAS DE ATENCIÓN

PLAN MATERNO INFANTIL

**LECHES MEDICAMENTOSAS CON AUTORIZACION PREVIA
INCLUIDAS EN EL VDM PMI**

100% de descuento, hasta 4 kg/mes y hasta los 3 meses de edad.

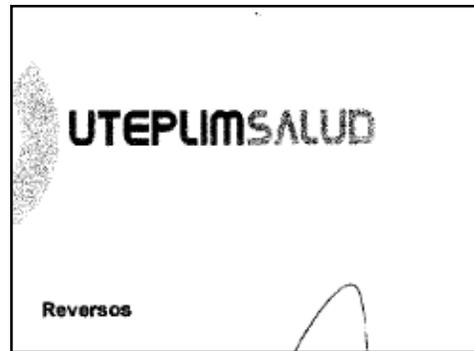
EXCLUSIONES

Los descuentos indicados en este instructivo **se aplican solamente sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta** incluidas en VDM ambulatorio o VDM PMI según corresponda.

MODELO DE CREDENCIAL



Anversos



Reversos

NORMAS DE ATENCIÓN

AUTORIZACIONES

La medicación que lleve 100% de descuento, en el caso específico de los anticonceptivos orales, y la medicación de cronicidad que lleva el 70%, deberá presentarse de la siguiente forma:

Receta original, acompañada de autorización de la Obra Social que gestiona el afiliado (adjunto modelo), junto con su credencial.

MODELO DE AUTORIZACION:



UTEPLIM UNIÓN TRABAJADORES DE EMPRESAS PRIVADAS DE LIMPIEZA

DOCTORED

Buenos Aires, 29/10/2021

Autorizamos a nuestrx afiliadx XXXXXXXX DNI XX.XXX.XXX a percibir el 70% o 100% sobre la medicacion indicada en receta


UTEPLIM
Veronica Yacoviello
Responsable de Prestaciones

