



Normativas Unimed S.A

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

| | |
|---|--|
| TIPO DE RECETARIO | <ul style="list-style-type: none">- Todo tipo de recetarios convencionales (con o sin membrete) con prescripción de puño y letra del médico, contando con firma y sello en original.- 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)- Receta electrónica emitida por el Consejo Médico de Córdoba.- No se aceptan fotocopias de recetas- No se aceptan recetas enviadas e impresas vía Whatsapp o mail. |
| DATOS CONTENIDOS EN LA RECETA | <ul style="list-style-type: none">- Nombre, apellido y número de filiación del paciente.- Denominación de la Obra Social.- Nombre genérico y/o medicamento sugerido- Cantidad en número de cada producto.- Fecha de emisión de la receta.- Diagnóstico/s que justifiquen los medicamentos prescritos. Firma y sello del profesional de forma legible. |
| VALIDEZ DE LA RECETA PARA LA VENTA | -30 días corridos a partir de la fecha de prescripción. |
| PARA LA PRESENTACION | -60 días corridos desde la fecha de venta. (osea, si hablamos de la presentación de Marzo 2023, pueden incluirse recetas con fechas de marzo y febrero 2023) |
| CANT. MAX. DE MEDICAMENTOS Y ENVASES POR RECETA | <ul style="list-style-type: none">- Hasta 2 medicamentos distintos o iguales por receta y hasta un envase por renglón.- Antibióticos inyectables hasta 5 por receta. |



| | |
|---|---|
| CONTENIDOS MAX. DE CADA MEDICAMENTO SEGÚN SU TAMAÑO | -Tamaño especificado: Lo requerido en la receta. -Tamaño no especificado: La menor presentación. |
|---|---|

| | |
|----------------------|---|
| CONTROLES ESPECIALES | -No se aceptarán prescripciones que no concuerden con edad y sexo del paciente. |
|----------------------|---|

2) REQUISITOS PARA EL EXPENDIO

| | |
|---|---|
| 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/ farmaceutico. |
|---|---|

| | |
|-----------|---|
| 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 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. |
|-----------|---|

| | |
|---------------------------------------|--|
| TOPE DE MONTO SIN AUTORIZACION PREVIA | Todo medicamento que supere los \$10000 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)
- 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



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 I

EJEMPLO DE AUTORIZACIONES VIGENTES

1/2/23, 12:31

Receta_5255142

MisValidaciones - Datos de la receta Autorizada

Convenio: UNIMED
Código de autorización: 2303215855142
Autorizó: UNIMED

Afiliado: [REDACTED]
Nro: 10 [REDACTED] 01
Fecha Nacimiento: [REDACTED]
Sexo: Masculino
Documento: [REDACTED]

Nro.recetario: 0 Fecha receta: 2023-01-31
Médico: PRESTADOR DE CARTILLA Matricula: MP 999999

| Producto | Presentacion | Laboratorio | Cantidad | % cob. |
|-----------------|--------------|-------------|----------|--------|
| IBUPIRAC 600 MG | comp.x 20 | Pfizer | 1 | 50.00% |

 **AUTORIZACION DE PRESTACIONES MEDICAS**
Centro de Atencion [REDACTED] Usuario **SNJURADO**

N. Autorizacion **01265369** Fecha Transaccion **31/01/2023** Prioridad **Normal**
Prestador **FARMACIA DE CARTILLA** Vigencia **02/03/2023**
Domicilio [REDACTED] Localidad [REDACTED]
Afiliado [REDACTED] DNI [REDACTED]
Nro. de Carnet [REDACTED] Tipo de Afiliacion **DIRECTO** Edad **34**
Obra Social [REDACTED] Cobertura Medica **CARTILLA SPS 95**
Diagnostico **DOLOR**
Prescriptor **PRESTADOR DE CARTILLA MEDICO - LICENCIADO - BIOQUIMICO** N.de Matricula **99999**
F. Prescripcion **31/01/2023**
Observaciones

Prestaciones Solicitadas

| Ctd | Codigo | Descripcion | Estado | Observacion | Auditor | Fecha Auditoria | Observacion Auditor |
|-----|--------|-----------------------------|------------|--|----------|-----------------|---------------------|
| 1 | 800130 | MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO | AUTORIZADO | IBUPIRAC 600 MG comp.x 20 Pfizer 1 50.00% Nro.recetario: 0 Código de autorización: 2303215855142 | SNJURADO | 31/01/2023 | |

Datos para validar a través de "Mis validaciones"