

NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE LA: UNS (Universidad Nacional del Sur)

DESCUENTOS A CARGO DE UNS

VÁLIDOS SÓLO PARA PACIENTES AMBULATORIOS

TIPO		PLAN A	PLAN B
USO HABITUAL		50%	38%
CRONICOS		70%	53%
MAYORES A \$100 (No incluidos en los puntos anteriores)		60%	45%
TIRAS REACTIVAS	Con sello y autorización previa de la UNS	70%	53%
INSULINAS		100%	75%
PMI Madre		100%	38%
PMI Niño		100%	38%
Mayores A \$ 200 (No incluidos en los puntos anteriores)		60%	45%

DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO

Credencial, Documento de Identidad y Receta
(Con CREDENCIAL DE TRATAMIENTO PROLONGADO ver apartado especial)

RECETARIO

- TIPO: Oficial
 VALIDEZ: 15 (quince) días contados a partir de la fecha de prescripción.
 Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:
- ▶ Apellido y Nombre del Beneficiario
 - ▶ Número de Beneficiario (Cuando en una receta el N° de beneficiario sea poco legible o se en incomplete, la farmacia debe aclararlo al dorso en forma correcta, indicando junto al N° consig por el médico la frase "VER AL DORSO". El beneficiario debe firmar nuevamente como mues conformidad).
 - ▶ Sexo
 - ▶ Medicamentos recetados y cantidad de cada uno.
 - ▶ Firma y sello con número de matrícula del profesional.
 - ▶ Fecha de Prescripción
 - ▶ Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

CREDENCIAL DE TRATAMIENTO PROLONGADO

Presentando esta credencial la farmacia no deberá solicitar recetario y entregar al beneficiario los medicamentos indicados. La farmacia verificará: 1) Que la credencial este completada por el médico prescriptor con sello y firma. 2) La validéz de la misma. 3) Que posea la utorización correspondiente por parte de la UNS. Para la presentación se deberán adherir los troqueles a una copia de esta credencial, en la cual el farmacéutico aclarará apellido, nombre y número de beneficiario, por su parte la persona que retira debera firmar dicha copia aclarando nombre y domicilio. Además se deberá adjuntar copia del ticket o factura de venta.

SERVICIO DE OBRA SOC UNIVERSIDAD NACIONAL DEL S	
TRATAMIENTO PROLONG	
Paciente:.....	
Nº Afiliado:.....	
Médico:.....	
Validez Hasta:	
Medicamento	
1-.....
2-.....
Firma y Sello del Médico	Autorización S.O.S

LIMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES:	2 (dos)
POR RECETA:	Hasta 3 (tres) envases
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:	Hasta 6 (seis) por receta
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:	Hasta 2 (dos) por receta

LIMITES DE TAMAÑOS

HASTA 2 (DOS) DEL PRIMER TAMAÑO EN UN ÚNICO RENGLON (Con leyenda TRATAMIENTO PROLONGA HASTA 1 (UNO) DEL 2º ó 3º TAMAÑO POR RECETA (Con leyenda TRATAMIENTO PROLONGADO).
 NO está permitida la prescripción de 2 productos del primer tamaño en un renglón y uno grande en el otro renglón.
 Se considera GRANDE al envase siguiente al menor.
 Los antibióticos inyectables se consideran de tamaño grande.

OTRAS ESPECIFICACIONES

Cuando el Médico:		Deberá Entregarse:
No especifica cantidades	_____→	El envase de menor contenido
Sólo indica la palabra grande	_____→	La presentación siguiente a la menor
Equivoca la cantidad y/o contenido	_____→	El tamaño inmediato inferior al indicado

PSICOFARMACOS

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual quedará como duplicado en poder de la farmacia.

MEDICAMENTOS FALTANTES

En los casos de medicamentos que se encuentren momentáneamente en falta, la farmacia se compromete a entregar en el menor tiempo posible o en su defecto a su reemplazo por otro que se encuentre disponible en el mercado con la misma forma farmacéutica, concentración y presentación, debiendo el afiliado prestar su consentimiento para ello.

PLAN MATERNO INFANTIL

Medicamentos: Para la madre desde el momento de la detección del embarazo y hasta 30 días posteriores al parto y para el recién nacido hasta el año de vida.
 Leches: Las que figuran en el vademécum. Con autorización previa de SOSUNS

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

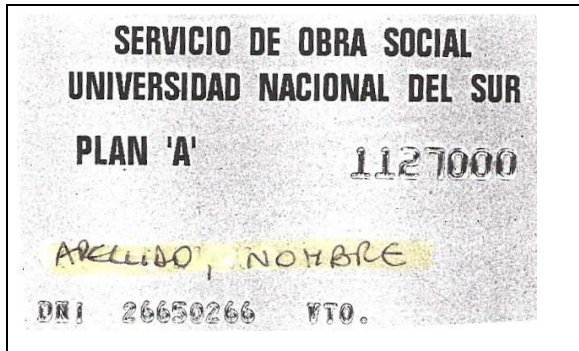
- ▶ Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de prescripción.
 - Incluyendo el código de barras.
 - Adheridos con cinta adhesiva (No utilizar goma de pegar debido que dificultan la auditoría del dc)
- ▶ Número de orden de la receta.
- ▶ Fecha de Venta.
- ▶ Precios unitarios y 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 y domicilio. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- ▶ Consignar los importes: Unitarios y Totales, TOTAL GENERAL, A CARGO de UNS, A CARGO Afiliado.
- ▶ Adjuntar copia del ticket de venta a la receta. En caso de no poder hacerlo notifique por escrito las razones. C

información quedará en el legajo de la farmacia.

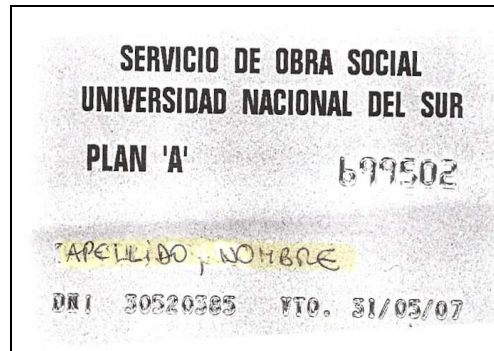
EXCLUSIONES

Los descuentos indicados en este instructivo se aplican sobre las especialidades medicinales incluidas en VADEMÉCUM que se adjunta.

MODELOS DE CREDENCIALES



Sin Vencimiento



Con Vencimiento

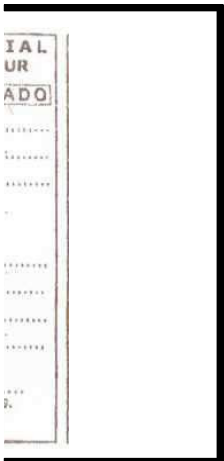
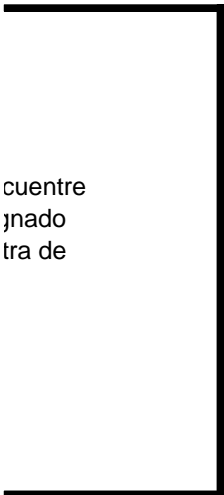
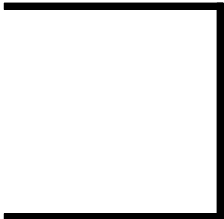
MODELO DE RECETARIO OFICIAL

SERVICIO DE OBRA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

FECHA DE EMISION	NUMERO DE BENEFICIARIO	CAT.	EDAD
APELLIDO Y NOMBRES		SEXO M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
Rp.		CANTIDAD RECETADA: NROS. LETRAS	
Rp.			
Nº		FIRMA PROFESIONAL	
SELLO INSTITUCION		SELLO ACLARACION FIRMA Y MATRICULA	

Serie F		RECETA Nº 120926	
FECHA DE DISP.	CODIGO DE FARMACIA	Nº DE ORD.	
CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO (A)	IMPORTE (A)	% A/C O.SOCIAL
Certifico entrega de los medicamentos facturados		TOTAL RECETA (A)	
SELLO		A CARGO BEN (A)	
FIRMA FARMACEUTICO		A CARGO O.S. (A)	
		BENEF. <input type="radio"/> TERCERO INT. <input type="radio"/>	
		TIPO Nº	

Rótulo 1	Rótulo 2	Rótulo 3
Rótulo 4	Rótulo 5	Rótulo 6
Rótulo 7	Rótulo 8	Rótulo 9
FIRMA CONFORME		
ACLARACION Y DOMICILIO		



DO")

ón.

enor
dicado

ual

ete a su
ble en el
iformidad

irto

orso del troquel)

tos

icha

