

UNION PERSONAL - UNION PERSONAL AREA METROPOLITANA

2da versión Diciembre 2009



ENTIDAD CONTRATANTE

UNION PERSONAL: AREA METROPOLITANA (Ex - O. S. P. C. N.)

Nombre Completo: **UNION PERSONAL**

DESCUENTO:	SIFAR	Afiliado	RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:
671 - Classic	50%	50%	Se reconocerán para todos los planes (Classic, Classic Pasante, Familiar, PMO, PMI, U.P. 10 y U.P. 10 Progresivo) únicamente los medicamentos prescritos por nombre genérico incluidos en el Vademécum de dicha Obra Social, excepto vacunas.
Classic Pasante	50%	50%	
672 - Familiar	50%	50%	
675 - P.M.O.	40%	60%	
U.P. 10	40%	60%	
U.P. 10 Progresivo	40%	60%	
676 - P.M.I. (1)	100%	-----	<p>IMPORTANTE: Los médicos autorizantes que figuran en el listado están facultados a salvar recetas cuya prescripción se encuentre fuera de la norma de atención (mayores cantidades, productos excluidos, mayor cobertura, etc.). Para ello, deberán colocar en las recetas sello con matrícula y firma, e indicar que aspecto de la receta se autoriza, y qué porcentaje de cobertura, caso contrario se reconocerá el porcentaje según Plan.</p> <p>Dr. Alfredo Miranda Dr. Gustavo A. González Carteau Dr. Hugo Méndez Dr. Marcos Cohen Kichic Dr. Cristian Danni Dr. Gustavo Hojman Dr. Enrique Figiní Dra. Susana Iglesias Dohle Dr. Antonio Circolone</p> <p style="text-align: center;">La única vacuna que tiene cobertura es la antitetánica.</p> <p>LECHES: Únicamente las leches medicamentosas con autorización previa de la Auditoría Médica.</p> <p>(1) PLAN MATERNO INFANTIL: Cobertura para la madre: medicamentos hasta 30 días después del parto. Cobertura para el niño: Medicamentos hasta el año de edad.</p> <p>(2) Recetarios Válidos: Particular: Del médico tratante o de la Institución habilitada o de una hoja recetario con sello aclaratorio del médico y/o de la Institución. El médico deberá consignar de puño y letra el nombre de la Obra Social, nombre y apellido del afiliado y número de beneficiario. PMI: El médico prescriptor deberá consignar PMI en la receta.</p> <p>NOTA: * Únicamente podrán prescribir los profesionales y/o Instituciones habilitadas que se encuentren incluidos en el Padrón de Prestadores que se publica mensualmente. * Los Profesionales Odontólogos podrán prescribir exclusivamente medicamentos acordes a su especialidad. * Afiliados en tránsito: No se debe controlar el listado de prestadores. * La credencial oficial es una tarjeta plástica, con banda magnética. No existen las credenciales provisorias. La farmacia deberá verificar la fecha de vencimiento. * El afiliado o tercero que retira debe incorporar los siguientes datos: Firma, Aclaración, DNI documento y domicilio. Se deberá presentar siempre el documento del beneficiario aunque retire un tercero. * Deben figurar los precios unitarios y la facturación se debe realizar sobre la receta. * Las recetas deberán contener idéntico rasgo caligráfico y color de tinta en todos los datos consignados en forma manuscrita por el profesional prescriptor. * Documentación que debe acompañar a cada lote: Resumen del lote, con los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y código de la Farmacia prestadora • Plan de cobertura • Período liquidado • Cantidad total de recetas • Total a Cargo de la Obra Social </p> <p>IMPORTANTE Los anticonceptivos/anovulatorios para ser reconocidos deben ser prescritos por ginecólogos y/u obstetras.</p>
TIPO DE RECETARIO:			
Oficial: NO			
Particular: SI (2)			
VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos			
TROQUELADO: SI - Completo (Nº + Código de Barra)			
FECHA DE EXPENDIO: SI			
FECHA DE PRESCRIPCION: SI			
ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nº MATRICULA:			
Con sello: SI Manuscrito: NO			
ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:			
Letras: SI Números Arábigos: SI			
ENMIENDAS SALVADAS:			
Por el Médico: SI			
Por la Farmacia: SI (Nº afiliado ilegible o incorrecto.)			
Por el Afiliado: SI (enmiendas del Farmacéutico o de datos del afiliado o tercero)			
DEL RESUMEN:			
Carátula de Lote: UNICA			
Cantidad: Una			
Presentación: Según Cronograma.			
Facturación: 60 días contados a partir del 1º día del mes de la fecha de dispensa.			
COBERTURA DEL SERVICIO: Para toda el Área Metropolitana.			
PRODUCTOS POR RECETA y UNIDADES POR RENGLON:			
* CANTIDAD MAXIMA DE PRODUCTOS POR RECETA: 2 (DOS)			
Cuando el profesional consigne de puño y letra "tratamiento prolongado", podrán dispensarse los productos prescritos por el profesional, respetando forma y tamaño.			
Se acepta igual principio activo y distinta forma farmacéutica.			
Por producto se puede expender como máximo un envase.			
Si indica la palabra "grande" se debe entregar el inmediato siguiente al menor			
Si erra tamaño: el inmediato inferior al indicado.			
Si especifica dosis y/o potencia: lo requerido.			
* UNIDADES POR RENGLON: 1 (UNO)			
* UNIDADES POR TAMAÑO: Se reconocerá 1 (uno) solo envase grande.-			
Antibióticos y Solventes Inyectables:			
Envases Monodosis: Hasta 8 (Ocho)			
Envase Multidosis: Hasta 2 (Dos)			
Soluciones PARENTERALES : 2 (dos) unidades de fisiológica o dextrosa al 5%.			



ENTIDAD CONTRATANTE

UNION PERSONAL
(Ex - O. S. P. C. N.)Nombre Completo: **UNION PERSONAL**

DESCUENTO:	SIFAR	Afiliado	IMPORTANTE:
671 - Classic	50%	50%	<p>Los médicos autorizantes que figuran en el listado están facultados a salvar recetas cuya prescripción se encuentre fuera de la norma de atención (mayores cantidades, productos excluidos, mayor cobertura, etc.). Para ello, deberán colocar en las recetas sello con matrícula y firma, e indicar que aspecto de la receta se autoriza, y qué porcentaje de cobertura, caso contrario se reconocerá el porcentaje según Plan.</p> <p>Dr. Alfredo Miranda Dr. Gustavo A. González Carreau Dr. Hugo Méndez Dr. Marcos Cohen Kichic Dr. Cristian Danni Dr. Gustavo Hojman Dr. Enrique Figini Dra. Susana Iglesias Dohle Dr. Antonio Circolone</p> <p>LECHES: Únicamente las leches medicamentosas con autorización previa de la Auditoría Médica.</p> <p>VACUNAS: cubre únicamente las vacunas que se encuentren en el vademécum.</p> <p>(1) PLAN MATERNO INFANTIL: Cobertura para la madre: medicamentos hasta 30 días después del parto. Cobertura para el niño: Medicamentos hasta el año de edad.</p> <p>(2) Recetarios Válidos: Particular: Del médico tratante o de la Institución habilitada o de una hoja recetario con sello aclaratorio del médico y/o de la Institución. El médico deberá consignar de puño y letra el nombre de la Obra Social, nombre y apellido del afiliado, número de beneficiario. PMI: El médico prescriptor deberá consignar además PMI en la receta. Plan 310: Recetario oficial, fondo blanco, con leyenda "REC" en color celeste. Son válidos los recetarios que poseen en el margen izquierdo el logo de FARMANEXUS. Plan válido, únicamente para Interior.</p> <p>NOTA:</p> <p>* La credencial oficial es una tarjeta plástica, con banda magnética. Las correspondientes al Plan Monotributo son de color rojo impreso en negro con la leyenda "MONOTRIBUTO" en la parte central. No existen las credenciales provisorias. La farmacia deberá verificar la fecha de vencimiento.</p> <p>* El afiliado o tercero que retira debe incorporar los siguientes datos: Firma, Aclaración, DNI documento y domicilio. Se deberá presentar siempre el documento del beneficiario aunque retire un tercero.</p> <p>* Deben figurar los precios unitarios y la facturación se debe realizar sobre la receta.</p> <p>* Las recetas deberán contener idéntico rasgo caligráfico y color de tinta en todos los datos consignados en forma manuscrita por el profesional prescriptor.</p> <p>* Documentación que debe acompañar a cada lote: Resumen del lote, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y código de la Farmacia prestadora • Plan de cobertura • Período liquidado • Cantidad total de recetas • Total a Cargo de la Obra Social
Classic Pasante	50%	50%	
672 - Familiar	50%	50%	
675 - P.M.O.	40%	60%	
676 - P.M.I. (1)	100%	-----	
Monotributo	40%	60%	
U.P. 10	40%	60%	
U.P. 10 Progresivo	40%	60%	
Plan 310 (solo Interior)	Monto Fijo	El resto	
<p>TIPO DE RECETARIO: Oficial: SI (solo para Plan 310) (2) Particular: SI (2)</p> <p>VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos</p> <p>TROQUELADO: SI - Completo (Nº + Código de Barra)</p> <p>FECHA DE EXPENDIO: SI</p> <p>FECHA DE PRESCRIPCION: SI</p> <p>ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nº MATRICULA: Con sello: SI Manuscrito: NO</p> <p>ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES: Letras: SI Números Arábigos: SI</p> <p>ENMIENDAS SALVADAS: Por el Médico: SI Por la Farmacia: SI (Nº afiliado ilegible o incorrecto.) Por el Afiliado: SI (enmiendas del Farmacéutico o de datos del afiliado o tercero)</p> <p>DEL RESUMEN: Carátula de Lote: On Line Cantidad: Una Presentación: Según Cronograma. Facturación: 60 días contados a partir del 1º día del mes de la fecha de dispensa.</p> <p>COBERTURA DEL SERVICIO: Para el interior de la provincia de Buenos Aires.</p> <p>PRODUCTOS POR RECETA y UNIDADES POR RENGLON: * CANTIDAD MAXIMA DE PRODUCTOS POR RECETA: 2 (DOS) DE DISTINTO PRINCIPIO ACTIVO Y/O FORMULA FARMACEUTICA. * UNIDADES POR RENGLON: 1 (UNO) * UNIDADES POR TAMAÑO: Se reconocerá 1 (uno) solo envase grande o mediano por receta, si se encuentra prescripto como tal.</p> <p>Antibióticos y Solventes Inyectables: <u>Envases Monodosis:</u> Hasta 8 (Ocho) <u>Envase Multidosis:</u> Hasta 2 (Dos)</p> <p>Soluciones PARENTERALES : 2 (dos) unidades de fisiológica o dextrosa al 5%.</p> <p>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:</p> <p>* Se reconocerán para todos los planes (Classic, Classic Pasante, Familiar, PMO, PMI, Monotributo, U.P.10 y U.P. 10 Progresivo) únicamente los medicamentos incluidos en el Vademécum de dicha Obra Social. * Plan 310: Sólo se reconocerán los medicamentos prescriptos por nombre genérico, del Vademécum de UNION PERSONAL con una cobertura de Monto Fijo. (SOLO PARA INTERIOR).</p>			