

NORMAS OPERATIVAS PARA LA ATENCION DE NUESTROS AFILIADOS EN FARMACIAS

La información que se detalla es accesoria a la comunicada oportunamente por Unión Personal.

	PLATINO	DORADO	VERDE	AZUL	OSLERA	OSLERA PLATINO	PMI
Cobertura de Accord Salud	50%	50%	50%	40%	50%	50%	100%
Afiliado Paga	50%	50%	50%	60%	50%	50%	-
Vademécum	no	no	sí	sí	sí	no	de acuerdo al plan
Manual Farmacéutico	sí	sí	no	no	no	sí	de acuerdo al plan
Descuento adicional UPCN	20%	20%	20%	-	-	-	-
Listado de médicos y/o instituciones prescriptoras	no	sí	sí	sí	sí	no	según plan
Credencial	Oficial	sí, exclusivamente					
	Provisoria	no, carece de validez					
Doc. de Identidad	Beneficiario	sí, consignar Tipo y N°					
	Adquirente	sí, (en caso de no ser beneficiario), consignar Tipo y N° de ambos					
Tipo de recetario	del médico tratante o institución habilitada						
Validez de la receta	30 días a partir de la fecha de prescripción						
Psicofármacos	Duplicado	sí, exclusivamente					
	Fotocopia	no se acepta					
Aclaración de firma médico y N° matrícula	Con sello	sí, exclusivamente					
	Manuscrita	no se acepta					
Aclaración cant. unidades	sí, en letras y números						
Limitación cantidad y tamaño	hasta dos (2) especialidades de distinta acción farmacológica o forma farmacéutica por receta y hasta una (1) unidad por especialidad. Ver listado de excepciones						
Medicamentos excluidos de cobertura	sí, se aplica para todos los planes. Ver listado adjunto o vademécum de acuerdo al plan						
Bonos del PMI	no, se valida la condición del afiliado por conexas. Debe consignarse en la receta: "PMI"						
Cobertura PMI	Madres	en medicamentos hasta 30 días después del parto					
	Niños	en medicamentos hasta cumplir un (1) año de edad					
Leches medicamentosas	con autorización de la auditoría médica exclusivamente						
Prescripción medicamentos	por su denominación genérica exclusivamente						
Recibo de sueldo para descuento adicional UPCN	es obligatoria la presentación del último recibo de sueldo donde conste el concepto: "descuento UPCN"						
Enmiendas salvadas	por médico: sí (errores de prescripción)						

“Nuevos Planes Accord Salud”

- ❑ **ACCORD 110**, con cobertura del 40%.
- ❑ **ACCORD 210**, con cobertura del 50%.
- ❑ **ACCORD 310**, con cobertura del 50%.

Los mismos se suman a los planes vigentes de Unión Personal y Accord Salud.

Los planes **Accord 110, 210 y 310**, también gozan del descuento por afiliación de **UPCN** en el caso que corresponda.

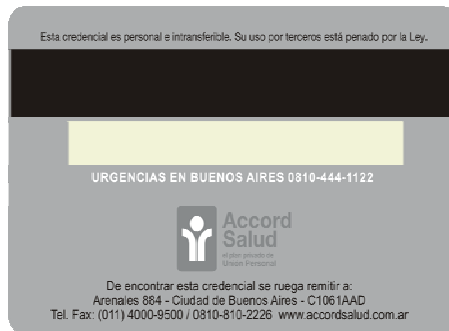
VADEMÉCUM:

Los Nuevos Planes de ACCORD 110, 210 y 310

NO TIENEN VADEMÉCUM

(se manejan todos con el Manual Farmacéutico y las exclusiones mencionadas en las normativas de los Planes Accord).

A continuación, se dan a conocer las **Credenciales** (de **color gris**) correspondientes a estos **nuevos Planes Accord Salud**.



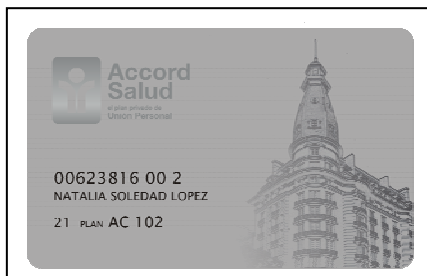
Credencial válida con o sin la palabra Adherente para los Planes 110, 210 y 310.

NUEVOS Planes (Comunicados por Gacetilla N° 10/08)

Esta O. Social nos informa la puesta en vigencia de los siguientes Planes:

- ❑ **ACCORD AC 101**
 - ❑ **ACCORD AC 102**
- ✓ Son planes **CON VADEMÉCUM**.
 - ✓ Su cobertura es del **40%**.
 - ✓ Por el porcentaje de cobertura la normativa es similar a la de Accord Azul.
 - ✓ Para nuestra jurisdicción, **NO Tiene Validez** la leyenda "controlan prescriptor".

Sus **Credenciales** son:

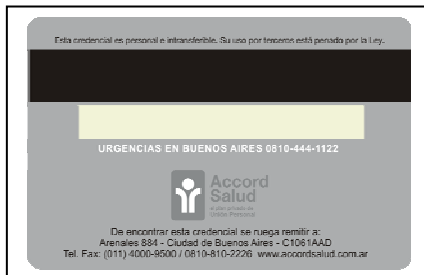
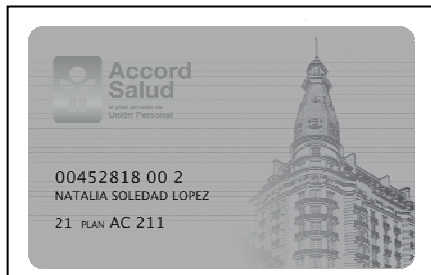


“Plan Accord Salud AC 211” (dado a conocer a través de Gacetilla N° 01/09)

Dicho plan se suma a los ya vigentes de Unión Personal y Accord Salud.

- Descuento del **50%**
- **SIN Vademécum**
- El plan AC 211, también goza del **descuento por afiliación de UPCN** en el caso que corresponda.

A continuación, se da a conocer la Credencial correspondiente



ALBUMINA, PLASMA Y EXPANSORES PLASMATICOS
 ALIMENTACION ENTERAL
 ANFOTERICINA
 ANOREXIGENOS - TRATAMIENTOS PARALAOBESIDAD -
 ANTICELULITICOS
 ANTIASTENICOS - ENERGIZANTES
 ANTICONCEPTIVOS - ANOVULATORIOS, EXCEPTO LOS
 PRESCRIPTOS POR GINECOLOGOS U OBSTETRAS DE UP
 ANTIETILICOS
 ANTIESTROGENICOS
 ANTIHEMOFILICOS
 ANTILEUCEMICOS
 ANTINEOPLASICOS
 ANTIOXIDANTES
 ANTITABAQUICOS
 ANTIANDROGENICOS
 AGONISTAS LHRH
 ALIMENTOS EN GENERAL (EXCEPTO LAS LECHES
 MEDICAMENTOSAS DEL PMI AUTORIZADAS
 PREVIAMENTE)
 ANTISEPTICOS DE SUPERFICIE, EXCEPTO LOS DE VENTA
 BAJO RECETA Y QUE LLEVEN TROQUEL
 COADYUVANTES ANTINEOPLASICOS
 CELULOTERAPIA- LISADO DE CELULAS - EXTRACTO DE
 ORGANOS Y TEJIDOS
 CINTAS Y REACTIVOS DE DIAGNOSTICO
 DENTIFRICO Y PASTAS GINGIVALES
 DERMATOLOGICOS DE USO COSMETOLOGICO
 DISFUNCION SEXUAL MASCULINA
 DNASAHUMANARECOMBINANTE
 DIETETICOS
 EDULCORANTES
 ENOXAPARINA
 ERITROPOYETINA
 ESTREPTOQUINASA
 ETANERCEP
 FENTANILO PARCHES
 FORMULAS MAGISTRALES, Excepto: los preparados para la
 dermatitis del pañal (Pasta Lazar, Pasta al Agua, Linimento Oleo
 Calcáreo, etc.) siempre y cuando sean prescritos en recetas
 contempladas dentro del PMI
 HORMONAS PARA EL CRECIMIENTO HEMODERIVADOS Y
 SUSTITUTOS DE LA SANGRE INMUNOSUPRESORES E
 INMUNOMODULADORES HORMONOSUPRESORES
 INTERFERONES
 JABONES MEDICINALES, Excepto los de venta bajo receta y que
 lleven troquel
 JERINGAS
 KETOROLAC ABBOTT
 LECHES DE TODO TIPO, Excepto las autorizadas por la
 Gerencia Médica)
 LINEZOLID, PALIBIZUMAB, RILUZOL, TEICOPLAMINA
 LIMPIADORES DE LA PIEL ACNEICO

LLOPROST, OPRELVKIN, ABCIXIMAB, LEVOSIMENDAN,
 DACLIZUMAB
 LOCIONES CAPILARES Y LOCIONES DERMICAS, Excepto los de
 venta bajo receta y que lleven troquel
 MEDICAMENTOS QUE NO CONTENGAN TROQUELNI CODIGOS
 DE BARRAS
 MEDICAMENTOS QUE NO FIGURAN EN EL MANUAL
 FARMACEUTICO
 MEDICAMENTOS DE USO EN INTERNACION MEDICAMENTOS
 DE ALTO COSTO Y BAJA INCIDENCIA (Interferones,
 Inmunoestimuladores, Calcitriol, Lacetil, Carnitina, Mestinon,
 Dnasa, Interferón alfa 2B + Ribavirina - Hepatitis C Crónica y Tobi)
 MEDICAMENTOS ESPECIFICOS PARAELTRATAMIENTO
 ONCOLOGICO (Ej: Gliadel)
 MEDIOS DE CONTRASTE RADIOTOMOGRAFICOS, Excepto los
 autorizados
 MYCBACTERIUM BOVIS
 ONCOLOGICOS Y COADYUVANTES AL TRATAMIENTO
 PROHIBICIONES GENERALES
Productos
 ENSURE PLUS
 MIRENA
 PISIS
 DE PRESENTACION Y/O USO HOSPITALARIO
 HOMEOPATICOS
 PARAEL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION SEXUAL
 MASCULINA (Ej: Sildefil, Lumix, Viagra o similares)
 PARAEL TRATAMIENTO DEL HIV
 INDUCTORES PARA LA FERTILIZACION ASISTIDA
 RADIOPACOS
 TODOS LOS PRODUCTOS QUE CONTENGAN LAS DROGAS Y/O
 PRINCIPIOS ORLISTAT (Ej: Xenical)
 TODOS LOS PRODUCTOS QUE CONTENGAN LAS DROGAS O
 PRINCIPIOS ACTIVOS ETANERCEPT (Ej: Embrel)
 TODOS LOS PRODUCTOS QUE CONTENGAN LAS DROGAS O
 PRINCIPIOS ACTIVOS PALIZUMAB (Ej: Synagis)
 QUERATOLITICOS
 SOLVENTES INDOLOROS, Excepto las ampollas por 1,5 ml
 SOMOTOSTATINA, SOMATOTROPINAHUMANA
 SURFACTANTES PULMONARES
 TOBI - TOBRAMICINAGEN MED - ZYVOX - SEPTOPAL
 TRATAMIENTO CONTRA ELSIDA
 TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD
 TRATAMIENTO DEL ACNE
 TRATAMIENTO CONTRA EL ALCOHOLIMO
 ULTRASE - ULTRASEMT
 VACUNAS, EXCEPTO: VACUNA ANTIPIOGENA Y ORALES PARA
 USO NEUMONOLOGICO O INMUNOLÓGICO; ANTITOXINA
 TETANICA Y ANTITOXINA TETANICA – INMUNO GLOBULINA.-
 (La exclusión sólo corresponde para la Ciudad de Buenos Aires y
 Gran Buenos Aires, debiendo en el resto del país ser cubiertas por la
 farmacia)
 INSULINAS DE TODO TIPO
 HIPOGLUCEMIANTES ORALES

EXCEPCIONES A LAS LIMITACIONES DE CANTIDAD Y TAMANO

- a.1 **Antibióticos y solventes inyectables en envases monodosis:** hasta ocho (8) unidades
- a.2 **Antibióticos y solventes inyectables en envases multidosis:** hasta dos (2) unidades
- a.3 **Soluciones parenterales:** hasta dos (2) unidades (fisiológico y dextrosa al 5%)
- b. Hasta un (1) envase “GRANDE” por receta
- c. Si indica “GRANDE”: el inmediato siguiente al menor
- d. Si **no indica tamaño:** el menor existente
- e. Si **especifica dosis y/o potencia:** lo requerido
- f. Si **erra:** el inmediato inferior al indicado

DESCUENTO ADICIONAL UPCN

El descuento se realizará sobre el 100% del valor del medicamento y será adicional al otorgado por Accord Salud.