

ANEXO INFORMACIÓN N°21/18



Junio 2018

ENTIDAD CONTRATANTE UNION PERSONAL: ACCORD SALUD (673) Nombre Completo: UNION PERSONAL

DESCUENTO:	SIFAR	Afiliado
Plan Platino	40%	60%
Plan Dorado	40%	60%
Plan Verde	40%	60%
Plan Azul	40%	60%
Plan C 101	40%	60%
Plan AC 102	40%	60%
Plan AC 211	40%	60%
Accord 110	40%	60%
Accord 210	40%	60%
Accord 310	40%	60%
OSLERA Platino	40%	60%
OSLERA Dorado	40 %	60%
PMI	100%	-----
Descuento Adicional UPCN (2)	30%	-----

TIPO DE RECETARIO:

Oficial: NO
Particular: Si (1)

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días.

TROQUELADO: SI – Completo (Nº + Código de Barra).

FECHA DE EMISION: SI

FECHA DE EMISION (PRESCRIPCION): SI

ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nº MATRICULA:

Con sello: SI Manuscrito: NO

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:

SI: en letras y números

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el Médico: SI (errores de prescripción)

Por la Farmacia: SI (errores de dispensación, nº afiliado ilegible o incorrecto.)

Por el Afiliado: SI (enmiendas del Farmacéutico o de datos del afiliado o tercero)

DEL RESUMEN:

Carátula: On Line

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 y Provincia de Buenos Aires.

PRODUCTOS POR RECETA y UNIDADES POR RENGLON:

ÁREA METROPOLITANA

CANTIDAD MAXIMA DE PRODUCTOS POR RECETA: 2 (DOS)

Se acepta igual principio activo y distinta forma farmacéutica.

Si especifica dosis y/o potencia: lo requerido.

UNIDADES POR RENGLON: 1 (UNO) Por producto se puede expender como máximo un envase.

UNIDADES POR TAMAÑO: Podrán dispensarse los productos prescriptos por el profesional, respetando forma y tamaño hasta dos tamaños grandes, aunque el profesional médico no consigne de puño y letra la leyenda "tratamiento prolongado".

Si indica la palabra "grande" se debe entregar el inmediato siguiente al menor

Si erra tamaño: el inmediato inferior al indicado.

PARA EL INTERIOR DE LA PROVINCIA

CANTIDAD MAXIMA DE PRODUCTOS POR RECETA: 2 (DOS) DE DISTINTO PRINCIPIO ACTIVO Y/O FORMA FARMACEUTICA.

Hasta 1 (una) unidad por especialidad.

* **UNIDADES POR RENGLON:** 1 (UNO)

* **UNIDADES POR TAMAÑO:** Se reconocerá 1 (uno) solo envase grande o mediano por receta.

PARA TODA LA PROVINCIA

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%.

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

PLANES PLATINO, DORADO, OSLERA DORADO, OSLERA PLATINO, Accord 110, Accord 210, Accord 310 y Plan AC 211: Se reconocerán los productos que figuran en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, exceptuando las bandas terapéuticas que la norma incluya o excluya.

PLANES VERDE, OSLERA AZUL, Plan AC 101 y Plan AC 102: Se reconocerán únicamente los medicamentos incluidos en el Vademécum de la 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).

PMI: De acuerdo al Plan

Cobertura para la madre: medicamentos hasta 30 días después del parto.

Cobertura para el niño: Medicamentos hasta el año de edad.

LECHES: Únicamente las leches medicamentosas con autorización previa de la Auditoría Médica.

IMPORTANTE: Solo para Farmacias del interior de la Pcia. de Buenos Aires. 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.

- > Dr. Daniel Garcia Ozores MN 79139
- > Dr. Luis Santos MN 91669 - MP 29751
- > Dr. Daniel Circolone MN 96190
- > Dr. Marcos Cohen MN 52823
- > Dra. Laura Rocha MN 107794
- > Dr. Enrique Figini MN 29360
- > Dra. Marta Coyra MN 79200
- > Dra. Gabriela Frattantoni MN 123095
- > Dr. Sebastian Baquero MN 101611
- > Dr. Fernando A. Sollazzo MN 110144
- > Dr. Liliana Marcela Carré MP 27123/3 / CE. 14663
- > Dra. María del Rocio Ramos MN 10580
- > Dr. Guillermo Alberto Aranciva MN 50605 - MP 53355
- > Dra. Evangelina Valeria Avalos MN 118954
- > Dr. Jose Luis Vaula Mat Prof. 5952
- > Dra. M. Laura Aineseder MN 127.049
- > Dra. Maribel Medina MN 18280
- > Dra. Liliana Velis M.P 92382
- > Dr Ariel Beno M.N. 82600
- > Dra. M. Laura Aineseder M.N. 127049
- > DR.LUIS ALBERTO GRACIA MAT.4672
- > Dr Damian Zopatti MN: 111505
- > Dra. Rosa Maria Fiolo matricula es M.P. 92672
- > Dra. Carolina Sappia M.N. 130412
- > **Dr. Anibal Uñates M.P. 93476**
- > **Dr. Leonardo Maraio M.P. 93864**

Los mismos médicos, podrán también autorizar en el Area Metropolitana, la prescripción efectuada por un prestador no incluido en el Padrón.

VACUNAS: Para el Area Metropolitana, no se reconocerá ninguna vacuna aunque se encuentre incluida en el vademécum, a excepción de la vacuna antitetánica, debiendo ser dispensadas en el área de la Provincia.

(1) 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. No se aceptan recetarios con propaganda médica. 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. Se valida la condición de afiliado por conexia.

Plan 310: Recetario oficial, fondo con leyenda "REC" en color natural, impreso en negro y reverso con la misma leyenda "REC" en color gris. **Plan válido, únicamente para Interior.**

(2) Descuento Adicional UPCN (2): Rige para los siguientes PLANES : PLATINO, DORADO, VERDE, 310, 210, 110 y AC 211, el descuento se realizará sobre el 100% del valor del medicamento y será adicional al otorgado por ACCORD SALUD.

NOTA:

* Las recetas de los planes DORADO, VERDE, AZUL, OSLERA, OSLERA Dorado, Accord 110, Plan AC 101 y Plan AC 102: únicamente podrán estar prescriptas por los profesionales y/o Instituciones habilitadas que se encuentren incluidos en el Padrón de Prestadores que se publica mensualmente (vigente exclusivamente para el Area Metropolitana), para el resto de la Provincia no hay restricción. Los planes PLATINO, OSLERA PLATINO, Accord 210, Accord 310 y Plan AC 211 no tienen restricción. Las recetas del PMI, según el Plan al que corresponda.

* La credencial oficial es una tarjeta plástica, con banda magnética. No existen las credenciales provisorias.

* Las credenciales válidas para los Planes Accord 110, Accord 210, Accord 310, Plan AC 101 y Plan AC 102: poseen logo de Accord Salud en el margen superior izquierdo, debajo nombre del afiliado, plan correspondiente y con o sin la palabra adherente y dibujo edilicio en el margen inferior derecho.

* 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.

* La prescripción de medicamentos debe ser por nombre genérico exclusivamente.

* 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.

* Los Profesionales Odontólogos podrán prescribir exclusivamente medicamentos acordes a su especialidad.

* Documentación que debe acompañar a cada lote:

Resumen del lote, con los siguientes datos:
Nombre y código de la Farmacia prestadora
Plan de cobertura
Período liquidado
Cantidad total de recetas
Total a Cargo de la Obra Social

IMPORTANTE

Los anticonceptivos/anovulatorios para ser reconocidos deben ser prescriptos por ginecólogos y/u obstetras.

UNION PESONAL
(Ex - O. S. P. C. N.)
ACCORD SALUD (673)
Nombre Completo: **UNION PERSONAL**

GRUPOS TERAPÉUTICOS NO RECONOCIDOS:

ALBUMINA, PLASMA Y EXPANSORES PLASMATICOS
ALIMENTACION ENTERAL
ANFOTERICINA
ANOREXIGENOS - TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD
ANTICELULITICOS
ANTIASTENICOS - ENERGIZANTES
ANTICONCEPTIVOS – ANOVULATORIOS (EXCEPTO LOS PRESCRIPTOS POR GINECOLOGOS U OBSTRETAS 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 RECETAY 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
HIPOGLUCEMIANTES ORALES
HOMEOPATICOS
HORMONOSUPRESORES
INDUCTORES PARA LA FERTILIZACION ASISTIDA
INMUNOESTIMULADORES
INMUNOSUPRESORES E INMUNOMODULADORES
INTERFERONES
INSULINAS DE TODO TIPO
JABONES MEDICINALES, excepto los de venta bajo receta y que lleven troquel
JERINGAS
LECHES DE TODO TIPO, Excepto las autorizadas por la gerencia médica
LINEZOLID, PALIBIZUMAB, RILUZOL, TEICOPLAMINA,
LIMPIADORES DE LA PIEL AGNEICOS
LOCIONES CAPILARES Y LOCIONES DERMICAS, excepto los de venta bajo receta y que lleven troquel
LLIOPROST, OPRELVEKIN, AVCIXIMAB, LEVOCIMENDAN, DACLIZUMAB.
MEDICAMENTOS DE USO EN INTERNACION
MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO Y BAJA INCIDENCIA (INTERFERONES, INMUNOESTIMULADORES, LACETIL, CAMITINA, MESTINON, DNASA, INTERFERON ALFA 2B, MAS RIBAVIRINA-HEPATITIS C CRONICA Y TOBI)
MEDICAMENTOS ESPECIFICOS PARA ELTRATAMIENTO ONCOLOGICO (Ej: Gliadel)
MEDICAMENTOS QUE NO CONTENGAN TROQUEL NI CODIGOS DE BARRAS
MEDIOS DE CONTRASTE RADIOTOMOGRAFICOS, excepto los autorizados
MYCBACTERIUM BOVIS
ONCOLOGICOS Y COADYUVANTES AL TRATAMIENTO
PRODUCTOS DE PRESENTACIÓN Y/O USO HOSPITALARIO
PARA EL TRATAMIENTO DEL HIV/SIDA
QUERATOLITICOS
RADIOPACOS
SOLVENTES INDOLOROS, Excepto las ampollas por 1,5 ml
SOMOTOSTATINA, SOMATOTROPINA HUMANA
SURFACTANTES PULMONARES
TOBRAMICINAGEN MED –ZYVOX-CEPTOPAL
TODOS LOS PRODUCTOS QUE CONTENGAN LAS DROGAS Y/O PRINCIPIO ORLISTAT
TODOS LOS PRODUCTOS QUE CONTENGAN LAS DROGAS Y/O PRINCIPIOS ACTIVOS ETANERCEPT Ej embrel
TODOS LOS PRODUCTOS QUE CONTENGAN LAS DROGAS Y/O PRINCIPIOS ACTIVOS PALIZUMAB Ej. cynagis
TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD
TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS "C" CRONICA
ULTRACE-ULTRACEMT
Vacunas excepto vacuna antiptiogeno y orales para uso neumonologico o hinmunologico, antitoxina tetánica- inmunoglobulina(la exclusión solo corresponde para Ciudad de Bs. As. y Gran Bs. As, debiendo el resto de la provincia cubrirla.)

DRUGAS Y/O MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS

ABCIXIMAB
ANFOTERICINA
DACLIZUMAB
DNASA HUMANA RECOMBINANTE
ENOXAPARINA
ENSURE PLUS
ERITROPOYETINA
ESTREPTOQUINASA
ETANERCEP
FENTANILO PARCHES
INTERFERON ALFA 2B + RIBAVIRINA
INTERFERONES
L-ACETILCARNITINA
LEVOSIMENDAN
LINEZOLIDA
LLOPROST
MESTINON
MIRENA
MYCBACTERIUM BOVIS
OPRELVEKIN
ORLISTAT (Ej: Xenical)
PALIVIZUMAB
PASIL
RILUZOL
SEPTOPAL
SOMATOTROPINA HUMANA
SOMOTOSTATINA
TEICOPLANINA
TOBI
TOBRAMICINAGEN MED
ULTRASE
ULTRASE MT
ZYVOX

LOS PROFESIONALES ODONTOLOGOS PRODRA PRESCRIBIR EXCLUSIVAMENTE MEDICAMENTOS ACORDES A ESPECIALIDAD