

ANEXO INFORMACIÓN N° 38/2019



OCTUBRE 2019

ENTIDAD CONTRATANTE
UNION PERSONAL: ACCORD SALUD (673)

Nombre Completo: **UNION PERSONAL**

DESCUENTO:

Plan Platino

Plan Dorado

Plan Verde

Plan Azul

Plan C 101

Plan AC 102

Plan AC 211

Accord 110

Accord 210

Accord 310

OSLERA Platino

OSLERA Dorado

PLAN 2.2

PLAN 3.2

PLAN 4.2

PLAN 1.5

PMI

Descuento Adicional UPCN (2)

TIPO DE RECETARIO:

Oficial: NO

Particular: Si (1)

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días.

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

FECHA DE EXPENDIO: 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:

AREA 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 expendir como máximo un envase.

UNIDADES POR TAMAÑO: Podrán dispensarse los productos prescritos 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, Plan AC 211, Plan 2.2, Plan 3.2, Plan 4.2 y PLAN 1.5: 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 prescritos 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 Rocío 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 Área 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.

(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 para los planes DORADO, VERDE, AZUL, OSLERA, OSLERA Dorado, Accord 110, Plan AC 101, Plan AC 102 y Plan 1.5: únicamente podrán estar prescritas por los profesionales y/o Instituciones habilitadas que se encuentren incluidos en el Padrón de Prestadores que se publica mensualmente (vigente exclusivamente para el Área Metropolitana), para el resto de la Provincia no hay restricción.

Los planes PLATINO, OSLERA PLATINO, Accord 210, Accord 310, Plan AC 211, Plan 2.2, Plan 3.2 y Plan 4.2 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.

* Las Credenciales válidas para los Planes 1.5, 2.2, 3.2 y 4.2 tienen el logo y la leyenda Accord Salud en el margen superior izquierdo, debajo el número y datos del Afiliado, y en el margen inferior derecho el plan correspondiente.

* 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 A PARTIR DE LA FECHA NO será necesario ser prescritos por ginecólogos y/u obstetras.

UNION PESONAL (Ex - O. S. P. C. N.) ACCORD SALUD (673) Nombre Completo: UNION PERSONAL	OCTUBRE 2019
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 Calcár eo, 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 antiptiogena 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 PASIS RILUZOL SEPTOPAL SOMATOTROPINA HUMANA SOMOTOSTATINA TEICOPLANINA TOBI TOBRAMICINAGEN MED ULTRASE ULTRASE MT ZYVOX LOS PROFESIONALES ODONTOLOGOS PRODRA PRESCRIBIR EXCLUSIVAMENTE MEDICAMENTOS ACORDES A ESPECIALIDAD	