

**ANEXO I**  
**NORMAS E INSTRUCTIVOS PARA LAS FARMACIAS**

**NORMAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN DE NUESTROS AFILIADOS**

	CLASSIC	FAMILIAR	UP 10	PMO	MONOTRIBUTO	PMI
<b>Cobertura de Unión Personal</b>	40%	40%	40 %	40%	40%	100%
<b>Afiliado Paga</b>	60%	60 %	60 %	60%	60%	-
<b>Vademécum</b>	sí	sí	sí	sí	sí	sí
<b>Descuento adicional U PCN (1)</b>	<b>30%</b>	<b>30%</b>	-	-	-	-
<b>Listado de médicos y/o instituciones prescriptoras</b>	no	no	no	no	no	no
<b>Credencial</b>	Oficial	sí				
	Virtual	si				
<b>Doc. de Identidad</b>	Beneficiario	No es obligatorio				
<b>Tipo de recetario</b>	membretado del médico tratante o institución habilitada (no se aceptan recetarios con propaganda médica), digital o electrónico.					
<b>Validez de la receta</b>	30 días a partir de la fecha de prescripción					
<b>Psicofármacos</b>	Duplicado	sí, exclusivamente				
	Fotocopia	no se acepta				
<b>Aclaración de firma médico y N° matrícula</b>	Con sello	sí, exclusivamente				
	Manuscrita	no se acepta				
<b>Aclaración cant. unidades</b>	No es obligatorio					
<b>Limitación cantidad y tamaño</b>	hasta dos (2) especialidades de distinto principio activo por receta y hasta una (1) unidad por especialidad. Hasta una (1) unidad "Grande" por receta. Ver listado de excepciones.					
<b>Medicamentos excluidos de cobertura</b>	sí, se aplica para todos los planes. Ver vademécum y excepciones.					
<b>P MI</b>	se valida la condición del afiliado por sistema					
<b>Cobertura PMI</b>	Madres	en medicamentos hasta 30 días después del parto				
	Niños	en medicamentos hasta cumplir (3) años de edad.				
<b>Leches medicamentosas</b>	con autorización de auditoría médica exclusivamente					
<b>Prescripción medicamentos</b>	el profesional deberá consignar apellido, nombre y número de beneficiario, Obra Social, fecha de prescripción (de puño y letra) y el detalle de los medicamentos por su denominación genérica (conforme Ley 25649)					
<b>Recibo de sueldo para descuento adicional U PCN</b>	no es obligatoria la presentación del último recibo de sueldo donde conste el concepto: "descuento UPCN"					
<b>Enmiendas salvadas</b>	por médico: sí (errores de prescripción)					
	por farmacéutico: sí (número de afiliado, contra presentación de credencial)					

- (1) Otras OBRAS SOCIALES a las que se les podrá efectuar el Descuento Adicional:
  - 
  - D.A.S. DIRECCION DE AYUDA SOCIAL
  - P.A.M.I. (PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA INTEGRAL)
  - MEDICUS
  - VIALIDAD (O. SOCIAL DE DIRECCION NACIONAL DE VIALIDAD)
  - IOSFA
  - DAMSU
  
  - U.P.C.N. descuento directo: Obra Social cubre 30 % y Afiliado paga 70 %.
  - El descuento se realizará sobre el 100% del valor del medicamento y será adicional al otorgado por Unión Personal
- 

## • EXCEPCIONES

Vacunas de todo tipo, excepto: Vacuna antiptiógena y orales para uso neumonológico o inmunológico; Antitoxina Tetánica y Antitoxina Tetánica – Inmuno Globulina.- Se deja expresamente aclarado que la exclusión sólo corresponde para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

- **Anorexígenos** (Excepto los prescritos por endocrinólogos, diabetólogos y nutricionista).
- **Los Profesionales Odontólogos** podrán prescribir exclusivamente medicamentos acordes a su especialidad.

## EXCEPCIONES A LAS LIMITACIONES DE CANTIDAD Y TAMAÑO

- 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
- b. Cuando el profesional consigne de puño y letra “**tratamiento prolongado**”, podrán dispensarse los productos prescritos por el profesional, respetando forma y tamaño:  
Máximo: - Dos (2) productos por receta de distinto principio activo.
  - Se acepta igual principio activo y distinta forma farmacéutica.
  - Por producto se puede expender como máximo un (1) envase (excepto puntos a.1 y a.2)
- c. Si indica la palabra “**GRANDE**”: el inmediato siguiente al menor
- d. Si **erra tamaño**: el inmediato inferior al indicado.
- e. Si **especifica dosis y/o potencia**: lo requerido
- f. Si **erra**: el inmediato inferior al indicado

## LISTADO DE MEDICAMENTOS EXC LUIDOS DE COBERTURA EN TODOS LOS PLANES DE ACCORD SALUD

ALBUMINA, PLASMA Y EXPANSORES PLASMATICOS  
ALIMENTACION ENTERAL  
ANFOTERICINA  
ANOREXIGENOS - TRATAMIENTOS PARALAOBESIDAD -  
ANTICELULITICOS  
ANTIASTENICOS - ENERGIZANTES  
ANTIETILICOS  
ANTIESTROGENICOS  
ANTHEMOFILICOS  
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 prescriptos 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  
LECHES DE TODO TIPO, Excepto las autorizadas por la  
Gerencia Médica)  
LINEZOLID, PALIBIZUMAB, RILUZOL, TEICOPLAMINA  
LIMPIADORES DE LA PIEL ACNEICO  
LOS PROFESIONALES ODONTÓLOGOS podrán prescribir  
exclusivamente medicamentos acordes a su especialidad.

LLOPROST, OPRELVEKIN, 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, 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  
PASIS  
DE PRESENTACION Y/O USO HOSPITALARIO  
HOMEOPATICOS  
PARAEL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION SEXUAL  
MASCULINA (Ej: Sildenafil, 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 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 (EXCEPTO METFORMINA)  
HIPOGLUCEMIANTES ORALES

## EXCEPCIONES A LAS LIMITACIONES DE CANTIDAD Y TAMAÑO

- 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
- b. Cuando el profesional consigne de puño y letra "tratamiento prolongado", podrán dispensarse los productos prescriptos por el profesional, respetando forma y tamaño:  
**Máximo:** Dos (2) productos de distinto principio activo por receta  
Se acepta igual principio activo y distinta forma farmacéutica.  
Por producto se puede expender como máximo un (1) envase (excepto puntos a.1 y a.2)
- c. Si indica la palabra "**GRANDE**": el inmediato siguiente al menor
- d. Si **erra tamaño**: el inmediato inferior al indicado.
- 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.

## NORMAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN DE NUESTROS AFILIADOS

	PLATINO	DORADO	VERDE	AZUL	OSLERA DORADO	OSLERA PLATINO	PMI
<b>Cobertura de Accord Salud</b>	40%	40%	40%	40%	40%	40%	100%
<b>Afiliado Paga</b>	60%	60%	60%	60%	60%	60%	-
<b>Vademécum</b>	no	no	sí	sí	sí	no	según plan
<b>Manual Farmacéutico (con exclusiones)</b>	sí	sí	no	no	no	si	según plan
<b>Descuento adicional U PCN</b>	30%	30%	30%	-	-	-	-
<b>Listado de médicos y/o instituciones prescriptoras</b>	no	no	no	no	no	no	no
<b>Credencial</b>	Oficial	sí					
	Virtual	sí					
<b>Doc. de Identidad</b>	Beneficiario	No es obligatorio					
<b>Tipo de recetario</b>	membretado del médico tratante o institución habilitada (no se aceptan recetarios con propaganda médica) digital o electrónico.						
<b>Validez de la receta</b>	30 días a partir de la fecha de prescripción						
<b>Psicofármacos</b>	Duplicado	sí, exclusivamente					
	Fotocopia	no se acepta					
<b>Aclaración de firma médico y N° matrícula</b>	Con sello	sí, exclusivamente					
	Manuscrita	no se acepta					
<b>Aclaración cant. unidades</b>	No es obligatorio						
<b>Limitación cantidad y tamaño</b>	hasta dos (2) especialidades de distinto principio activo por receta y hasta una (1) unidad por especialidad. Hasta una (1) unidad grande por receta. Ver listado de excepciones.						
<b>Medicamentos excluidos de cobertura</b>	sí, se aplica para todos los planes. Ver listado de exclusiones o vademécum de acuerdo al plan						
<b>PMI</b>	se valida la condición del afiliado por sistema						
<b>Cobertura PMI</b>	<b>Madres</b>	en medicamentos hasta 30 días después del parto					
	<b>Niños</b>	en medicamentos hasta cumplir 3 años de edad					
<b>Leches medicamentosas</b>	con autorización de auditoría médica exclusivamente.						
<b>Prescripción medicamentos</b>	el profesional deberá consignar apellido, nombre y número de beneficiario, Obra Social, fecha de prescripción (de puño y letra) y el detalle de los medicamentos por su denominación genérica (conforme Ley 25649)						
<b>Recibo de sueldo para descuento adicional U PCN</b>	no es obligatoria la presentación del último recibo de sueldo donde conste el concepto: "descuento UPCN"						
<b>Enmiendas salvadas</b>	por médico: sí (errores de prescripción)						
	por farmacéutico: sí (número de afiliado, contra presentación de credencial)						

## NORMAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN DE NUESTROS AFILIADOS

	310	210	110	AC 211	C 101	AC 102	PMI
<b>Cobertura de Accord Salud</b>	40%	40%	40%	40%	40%	40%	100%
<b>Afiliado Paga</b>	60%	60%	60%	60%	60%	60%	-
<b>Vademécum</b>	no	no	no	no	sí	sí	según plan
<b>Manual Farmacéutico (con exclusiones)</b>	sí	sí	sí	sí	no	no	según plan
<b>Descuento adicional U PCN</b>	30%	30%	30%	30%	-	-	-
<b>Listado de médicos y/o instituciones prescriptoras</b>	no	no	no	no	no	no	no
<b>Credencial</b>	Oficial	sí					
	Virtual	sí					
<b>Doc. de Identidad</b>	<u>Beneficiario</u> no es obligatorio						
<b>Tipo de recetario</b>	membretado del médico tratante o institución habilitada (no se aceptan recetarios con propaganda médica), digital o electrónico.						
<b>Validez de la receta</b>	30 días a partir de la fecha de prescripción						
<b>Psicofármacos</b>	Duplicado	sí, exclusivamente					
	Fotocopia	no se acepta					
<b>Aclaración de firma médico y N° matrícula</b>	Con sello	sí, exclusivamente -Se aceptan preimpresos.					
	Manuscrita	no se acepta					
<b>Aclaración cant. unidades</b>	no es obligatorio						
<b>Limitación cantidad y tamaño</b>	hasta dos (2) especialidades de distinto principio activo por receta y hasta una (1) unidad por especialidad. Hasta una (1) unidad grande por receta. Ver listado de excepciones.						
<b>Medicamentos excluidos de cobertura</b>	sí, se aplica para todos los planes. Ver listado de exclusiones o vademécum de acuerdo al plan						
<b>PMI</b>	se valida la condición del afiliado por sistema.						
<b>Cobertura PMI</b>	Madres	en medicamentos hasta 30 días después del parto					
	Niños	en medicamentos hasta cumplir (3) años de edad					
<b>Leches medicamentosas</b>	con autorización de auditoría médica exclusivamente.						
<b>Prescripción medicamentos</b>	el profesional deberá consignar apellido, nombre y número de beneficiario, Obra Social, fecha de prescripción (de puño y letra) y el detalle de los medicamentos por su denominación genérica (conforme Ley 25649)						
<b>Recibo de sueldo para descuento adicional U PCN</b>	no es obligatoria la presentación del último recibo de sueldo donde conste el concepto: "descuento UPCN"						
<b>Enmiendas salvadas</b>	por médico: sí (errores de prescripción)						
	por farmacéutico: sí (número de afiliado, contra presentación de credencial)						

## NORMAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN DE NUESTROS AFILIADOS EN INTERIOR

	4.2	3.2	2.2	PMI
<b>Cobertura de Accord Salud</b>	50%	40%	40%	100%
<b>Afiliado Paga</b>	50%	60%	60%	-
<b>Vademécum</b>	no	no	no	no
<b>Manual Farmacéutico (con exclusiones )</b>	sí	sí	sí	sí
<b>Descuento adicional UPCN</b>	30%	30%	30%	-
<b>Listado de médicos y/o instituciones prescriptoras</b>	no	no	no	no
<b>Credencial</b>	Oficial	si		
	Virtual	si		
<b>Doc. de Identidad</b>	Beneficiario	no es obligatorio		
<b>Tipo de recetario</b>	membretado del médico tratante o institución habilitada, digital o electrónica..			
<b>Validez de la receta</b>	30 días a partir de la fecha de prescripción			
<b>Psicofármacos</b>	Duplicado	sí, exclusivamente		
	Fotocopia	no se acepta		
<b>Aclaración de firma médico y N° matrícula</b>	Con sello	sí, exclusivamente		
	Manuscrita	no se acepta		
<b>Aclaración cant. unidades</b>	no es obligatorio			
<b>Limitación cantidad y tamaño</b>	hasta dos (2) especialidades de distinto principio activo por receta y hasta una (1) unidad por especialidad. Hasta una (1) unidad grande por receta. Ver listado de excepciones.			
<b>Medicamentos excluidos de cobertura</b>	sí, se aplica para todos los planes. Ver listado de exclusiones o vademécum de acuerdo al Plan			
<b>PMI</b>	se valida la condición del afiliado por sistema			
<b>Cobertura PMI</b>	Madres	en medicamentos hasta 30 días después del parto		
	Niños	en medicamentos hasta cumplir 3 años de edad.		
<b>Leches medicamentosas</b>	con autorización de auditoría médica exclusivamente.			
<b>Prescripción medicamentos</b>	el profesional deberá consignar apellido, nombre y número de beneficiario, Obra Social, fecha de prescripción (de puño y letra) y el detalle de los medicamentos por su denominación genérica (conforme Ley 25649)			
<b>Descuento adicional UPCN</b>	es obligatoria la presentación del recetario oficial de UPCN.			
<b>Enmiendas salvadas</b>	por médico: sí (errores de prescripción)			
	por farmacéutico: sí (número de afiliado, contra presentación de credencial)			

ANEXO II

FORMULARIOS, CREDENCIALES Y BONO ADICIONAL DE UPCN



PASANTE



**Unión  
Personal**

**00773555 00 4**

**PARMIGIANO ANABELLA**

20 PLAN: 0002

PLAN UP10 - PROGRESIVO



**Unión  
Personal**

**00773555 00 4**

**PARMIGIANO ANABELLA**

PRESTACION PROGRESIVA HASTA 10/10 24 PLAN:UP010

PLAN UP10



**Unión  
Personal**

**00773555 00 4**

**PARMIGIANO ANABELLA**

20 PLAN:0010

MONOTRIBUTO  
PROGRESIVO



# MONOTRIBUTO

00776522 00 1 20-92763963-8

ROLON GRACIELA

PRESTACION PROGRESIVA HASTA 12/10 20 PLAN:0007



# MONOTRIBUTO

00207861 00 2

BORGESE SEBASTIAN DIEGO

20 PLAN:0009



**Accord  
Salud**  
el Plan privado de  
Unión Personal

PLAN DORADO

00193556 00 5  
GUTIERREZ PABLO ANDRES

23 PLAN: 0003



**Accord  
Salud**  
el Plan privado de  
Unión Personal

PLAN AZUL

00193556 00 5  
GUTIERREZ PABLO ANDRES

23 PLAN: 0005



**Accord  
Salud**  
el Plan privado de  
Unión Personal

PLAN VERDE

00193556 00 5  
GUTIERREZ PABLO ANDRES

23 PLAN: 0004



**Accord  
Salud**  
el plan privado de  
Unión Personal



00623816 00 2  
Ana Paula Gutiérrez

21 PLAN 310 ADHERENTE



**Accord  
Salud**  
el Plan privado de  
Unión Personal

PLAN PLATINO

**00193556 00 5**  
GUTIERREZ PABLO ANDRES

23 PLAN: 202



**Accord  
Salud**  
Red Prestacional  
de O.S.Le.R.A.



PLAN PLATINO

**00193556 00 5**  
GUTIERREZ PABLO ANDRES

23 PLAN:0202



**Accord  
Salud**  
el plan privado de  
Unión Personal

00623816 00 2  
Ana Paula Gutiérrez

21 PLAN AC 211



**Accord  
Salud**  
el plan privado de  
Unión Personal

00623816 00 2  
Ana Paula Gutiérrez

21 PLAN AC 102



**Accord  
Salud**  
el plan privado de  
Unión Personal

00623816 00 2  
Ana Paula Gutiérrez

21 PLAN AC 101





**Accord  
Salud**  
el plan privado de  
Unión Personal

00623816 00 2  
Ana Paula Gutiérrez

21 PLAN 210 ADHERENTE



**Accord  
Salud**  
el plan privado de  
Unión Personal

00623816 00 2  
Ana Paula Gutiérrez

21 PLAN 110 ADHERENTE





800006 044564 01 001000  
DANIEL MARTIN  
03 PLAN:0150 ADHERENTE

Plan 1.5



800006 044564 01 001000  
DANIEL MARTIN  
03 PLAN:0220 ADHERENTE

Plan 2.2



800006 044564 01 001000  
DANIEL MARTIN  
03 PLAN:0320 ADHERENTE

Plan 3.2



800006 044564 01 001000  
DANIEL MARTIN  
03 PLAN:0420 ADHERENTE

Plan 4.2

RECETARIOS DE U.P.C.N. PARA EL CO-SEGURO DEL 30%

<b>UNION DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACION</b> Seccional Capital Federal y Empleados Públicos Nacionales				Serie C			
ORDEN DE COMPRA	Afiliado N° 000019192500	Código de Reparación	N° 0169103		Fecha de Emisión:		
JEREZ, DEBORA V				05/09/00			
Apellido y Nombre del Afiliado				Apellido y Nombre del Paciente			
R. P				CANT.	PRECIO UNITARIO	TOTAL IMPORTE	
1.-							
2.-							
Fecha de Prescripción		Fecha de Expendio		Importe Total Facturado			
				% c/ Obra Social			
				30 % c/ U.P.C.N.			
				Importe a pagar			
Firma y Sello del Médico		Firma y Sello de la Farmacia		Firma del Paciente			
				DNI/LE/LC/CI			
				Domicilio			

Señor Afiliado: La correcta utilización del recetario garantiza más y mejores servicios.

**Serie C**

SR. FARMACEUTICO VERIFIQUE QUE LA TOTALIDAD DE LOS DATOS SOLICITADOS SEAN CORRECTOS. CASO CONTRARIO LA PRESENTE RECETA NO SERA RECONOCIDA

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:	
FECHA	Sello Firma y Matrícula Profesional