

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
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 LECHE
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
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, Mestion,
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
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 prescritos 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 EN FARMACIAS/INTERIOR

	PLATINO	DORADO	VERDE	AZUL	OSLERA DORADO	OSLERA PLATINO	PMI
Cobertura de Accord Salud	40%	40%	40%	40%	40%	40%	100%
Afiliado Paga	60%	60%	60%	60%	60%	60%	-
Vademécum	no	no	sí	sí	sí	no	según plan
Manual Farmacéutico (con exclusiones)	sí	sí	no	no	no	si	según plan
Descuento adicional U PCN	30%	30%	30%	-	-	-	-
Listado de médicos y/o instituciones prescriptoras	no	no	no	no	no	no	no
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		membretado del médico tratante o institución habilitada (no se aceptan recetarios con propaganda médica)					
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 distinto principio activo por receta y hasta una (1) unidad por especialidad. Hasta una (1) unidad grande por receta. Ver listado de excepciones.					
Medicamentos excluidos de cobertura		sí, se aplica para todos los planes. Ver listado de exclusiones o vademécum de acuerdo al plan					
P MI		se valida la condición del afiliado por conexia.					
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 auditoría médica exclusivamente.					
Prescripción medicamentos		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)					
Recibo de sueldo para descuento adicional U PCN		no es obligatoria la presentación del último recibo de sueldo donde conste el concepto: "descuento UPCN"					
Enmiendas salvadas		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 FARMACIAS /INTERIOR

	310	210	110	AC 211	C 101	AC 102	PMI
Cobertura de Accord Salud	40%	40%	40%	40%	40%	40%	100%
Afiliado Paga	60%	60%	60%	60%	60%	60%	-
Vademécum	no	no	no	no	sí	sí	según plan
Manual Farmacéutico (con exclusiones)	sí	sí	sí	sí	no	no	según plan
Descuento adicional U PCN	30%	30%	30%	30%	-	-	-
Listado de médicos y/o instituciones prescriptoras	no	no	no	no	no	no	no
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		membretado del médico tratante o institución habilitada (no se aceptan recetarios con propaganda médica)					
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 distinto principio activo por receta y hasta una (1) unidad por especialidad. Hasta una (1) unidad grande por receta. Ver listado de excepciones.					
Medicamentos excluidos de cobertura		sí, se aplica para todos los planes. Ver listado de exclusiones o vademécum de acuerdo al plan					
P MI		se valida la condición del afiliado por conexia.					
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 auditoria médica exclusivamente.					
Prescripción medicamentos		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)					
Recibo de sueldo para descuento adicional U PCN		no es obligatoria la presentación del último recibo de sueldo donde conste el concepto: "descuento UPCN"					
Enmiendas salvadas		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 FARMACIAS

INTERIOR

	CLASSIC	FAMILIAR	UP 10	PMO	MONOTRIBUTO	PMI
Cobertura de Unión Personal	40%	40%	40 %	40%	40%	100%
Afiliado Paga	60%	60 %	60 %	60%	60%	-
Vademécum	sí	sí	sí	sí	sí	sí
Descuento adicional U PCN (1)	30%	30%	-	-	-	-
Listado de médicos y/o instituciones prescriptoras	no	no	no	no	no	no
Credencial	Oficial	sí, exclusivamente (validación de acuerdo a instructivos anexos)				
	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	membretado del médico tratante o institución habilitada (no se aceptan recetarios con propaganda médica)					
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 distinto principio activo por receta y hasta una (1) unidad por especialidad. Hasta una (1) unidad "Grande" por receta. Ver listado de excepciones.					
Medicamentos excluidos de cobertura P MI	sí, se aplica para todos los planes. Ver vademécum y excepciones. se valida la condición del afiliado por conexia.					
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 auditoría médica exclusivamente					
Prescripción medicamentos	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)					
Recibo de sueldo para descuento adicional U PCN	no es obligatoria la presentación del último recibo de sueldo donde conste el concepto: "descuento UPCN"					
Enmiendas salvadas	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

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** **anovulatorios** (Excepto los prescritos por ginecólogos y/u obstetras)

Vacunas de todo tipo, **excepto**: Vacuna antiplégena 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).
- **Anticonceptivos** Buenos Aires, debiendo en el resto del país ser cubierta por la Farmacia. Deben estar prescritos por médicos Ginecólogos u Obstetras.
- **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