

# 478 UNION PERSONAL (OSPCN -Observer)

## UNION PERSONAL CIVIL DE LA NACION

Fecha de vigencia: 01/05/22

Última revisión: Enero/25

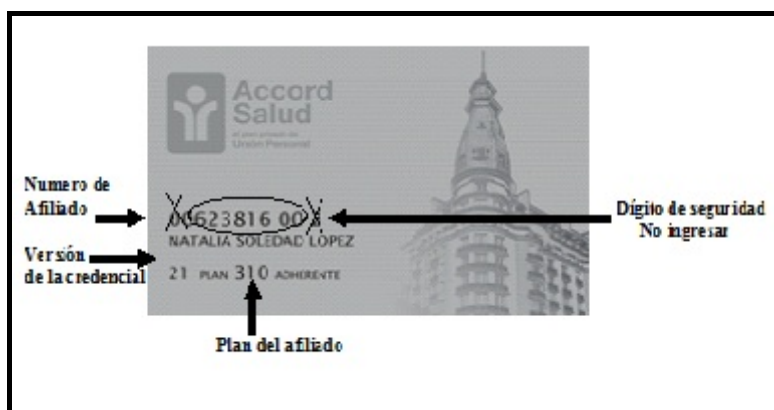
### DATOS GENERALES

- AUTORIZACION ON LINE y CIERRE: Por OBSERVER**

.Se validan todos los Planes del segmento AMBULATORIO NO CRÓNICO (todo lo que es inherente a planes de cronicidad, anticonceptivos corresponden a UNION PERSONAL (ORIEN))

.Se deberá cargar el numero de afiliado como consta en la credencial, a .partir del primer número distinto de cero, sin espacios y sin el último dígito, agregando la versión de la credencial: Credencial N°: 00623816 00 2, Versión 21 (En la versión siempre se deben cargar dos dígitos, completar con 0 adelante si tiene un dígito) Cargar: 6238160021

- VALIDACIÓN ON LINE:** Para el plan ambulatorio mixto de OSPCN (UP) no se debe cargar número de receta, excepto cuando el plan sea OSPCN (UP) + UPCN, en donde se deberá cargar el número de recetario.



.**LECHES:** Cuando la autorización tenga el mensaje "adjuntar documentación correspondiente", adjuntar fotocopia de credencial de la madre, si el recién nacido es menor a un mes, o Certificado de Afiliación.

**UNIÓN PERSONAL + UPCN:** se debe cargar el número de Unión Personal de la manera descripta arriba y en el número de recetario debemos colocar el número de cupón de UPCN sin los ceros delante (en la imagen se muestra el número a ingresar detallado en el círculo negro).

- TICKET DE VENTA**

.Se debe adjuntar copia del ticket fiscal de venta o minireceta a c/receta

# 478 UNION PERSONAL

## UNION PERSONAL CIVIL DE LA NACION

Fecha de vigencia: 01/05/22

NRO.: 79

|                                                                                                    |                                 |                                                                               |                                    |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| UNION DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACION<br>Seccional Capital Federal y Empleados Públicos Nacionales |                                 | Serie D<br><b>Nº 00051550</b>                                                 |                                    | J411<br>a.0" |
| ORDEN DE COMPRA                                                                                    | Afiliado N°=numero del afiliado | Repación                                                                      | U.C.N./FECHA EMISION<br>23/01/2015 |              |
| TRAS IMPRIMO EL NOMBRE DEL AFILIADO TITULAR                                                        |                                 | EL MEDICO DEBE ESCRIBIR EL NOMBRE DEL PACIENTE (PUEDE SER DEL GRUPO FAMILIAR) |                                    |              |
| 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                                                       |                                    |              |
|                                                                                                    |                                 | 1% de Costo Social                                                            |                                    |              |
|                                                                                                    |                                 | 20 % de U.P.C.N.                                                              |                                    |              |
|                                                                                                    |                                 | Importe a pagar                                                               |                                    |              |
| Firma y Sello del Médico                                                                           |                                 | Firma del Paciente                                                            |                                    |              |
|                                                                                                    |                                 | DNI/LE/UC/CI                                                                  |                                    |              |
|                                                                                                    |                                 | Domicilio                                                                     |                                    |              |
| Firma y Sello de la Farmacia                                                                       |                                 |                                                                               |                                    |              |

### RECETARIO

#### • TIPO

**AMBULATORIO MIXTO:** Receta Oficial o Particular membretado del médico tratante o Institución médica/odontológica/diagnostico/emergencias habilitadas, personalizado con nombre y N° de afiliado.  
No se aceptan recetarios con propaganda médica.

**PMI:** Receta particular o recetario Oficial personalizado con la leyenda "Plan Materno Infantil Sin Cargo", N° de afiliado y vencimiento del plan.

**AMBULATORIO MIXTO + UPCN:** Receta Particular o recetario Oficial de Ambulatorio Mixto más cupón de UPCN adosado. El cupón siempre debe ser el ORIGINAL, se debe completar SOLO con la FECHA DE LA DISPENSA, LA FIRMA DEL AFILIADO O QUIEN RETIRA, el resto de los datos no hace falta completar. Recuerde al momento de validar debe cargar en el sistema el número del cupón del coseguro de UPCN.

#### • VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

.30 días.

### BENEFICIARIO

#### • DATOS DEL AFILIADO

.Apellido, nombre y número de afiliado del beneficiario. Si el Nro. De afiliado no es legible, el farmacéutico podrá transcribirlo en la receta.  
.Prescripción por nombre genérico. Puede estar acompañado del nombre comercial sugerido.  
.Cantidades del medicamento en número y letras.  
.Firma y sello del profesional.  
.Completar los datos de quien retira los medicamentos consignando los datos requeridos del beneficiario o 3ero con firma, aclaración, DNI y domicilio.

**478 UNION PERSONAL****UNION PERSONAL CIVIL DE LA NACION**

Fecha de vigencia: 01/05/22

NRO.: 79

**.IMPORTANTE:** los datos de quien retira deben estar donde figuran los importes que el afiliado debe abonar.

- **ACREDITACION**

- .Credencial c/ banda magnética. Controlar fecha de vencimiento.
- .Credencial digital con vigencia 01/08/21.
- .Las credenciales físicas actuales siguen vigentes con lo cual el
- .afiliado podrá presentar cualquiera de los dos formatos siempre acompañada
- .con el DNI.

**COBERTURAS**

- **PLANES DE ATENCION**

- .02 AUTORIZACIONES ESPECIALES % según autorización de la OS
- .28 PLAN AMBULATORIO MIXTO % según validación on-line
- Validar antes de la dispensa**
- .29 PLAN AMBULATORIO MIXTO + UPCN % según validación on-line
- Validar antes de la dispensa**
- .33 COSEGURO UPCN - OTRAS OBRAS SOCIALES % 30 si la OS principal lo reconoce

**NORMAS DE PRESTACION**

- **CANTIDADES RECONOCIDAS**

- .Hasta 2 productos distintos por receta.
- .Hasta 1 envase por producto.
- .Hasta 1 envase grande por receta.
- .Hasta 8 antibióticos inyectables monodosis.
- .Hasta 2 antibióticos inyectables multidosis.
- .Soluciones Parenterales: Hasta 2 unidades (Fisiológica y Dextrosa al 5 %).
- .Leches: hasta 4kg. por mes hasta el 6to mes de vida, y del 6to. mes en adelante 2 kg. por mes hasta el año. Afiliados que pertenezcan al Plan

- **TROQUELADO**

- .Si requiere troquel con código de barras.

- **VADEMECUM**

- .Vademécum Unión Personal.

- **PROHIBICIONES**

- .Agonistas LHRH.
- .Albúminas, Plasma y Expansores Plasmáticos.
- .Anfotericina.
- .Anorexígenos (Exceptos los prescritos por endocrinólogos, diabetólogos y nutricionistas).
- .Antiasténicos y energizantes.
- .Anticelulíticos.
- .Antiandrógenos y Antiestrogenos
- .Antiestrogénicos.
- .Antihemofilicos.
- .Antioxidantes.

**478 UNION PERSONAL****UNION PERSONAL CIVIL DE LA NACION**

Fecha de vigencia: 01/05/22

NRO.: 79

.Anticonceptivos y/o Anovulatorios (Excepto los incluidos en vademécum).  
 .Antitabáquicos.  
 .Cintas y Reactivos de diagnóstico.  
 .Dentífricos y pastas gingivales.  
 .Disfunciones sexuales masculinas.  
 .Enoxaparina/Eritropoyetina/Estreptoquinasa/Fentanilo parches/Ensure/Mirena  
 .Hemoderivados.  
 .Hipoglucemiantes orales.  
 .Hormona para el crecimiento.  
 .Inmunoestimulantes  
 .Inmunomoduladores e Inmunosupresores.  
 .Insulinas de todo tipo.  
 .Interferones.  
 .Medicamentos con D-Nasa o Etanercept, Teicoplanina, Riluzol, Linezolid,  
 .Medios de contraste radiotomográficos  
 .Oncológicos y coadyuvantes al tratamiento.  
 .Orlistat.  
 .Palivizumab.  
 .Productos para el tratamiento del alcoholismo.  
 .Prohibiciones Generales.  
 .Sin troquel.  
 .Surfactantes Pulmonares  
 .Tobi, Mestinon, Pasis, Tobi, Tobramicina Gen Med, Zyvox, Septopal, Ultrase  
 y Ultrasept.  
 .Tratamiento contra el SIDA.  
 .Tratamiento de la Esterilidad.  
 .Tratamiento del Acne "excepto los que contengan ISOTRETINOINA  
 .Tratamientos locales o sistémicos p/obesidad

- **DIAGNOSTICO**

.No requiere. Solamente es obligatorio para Oseltamivir (Influenza AH1N1  
 .confirmado).

**OBSERVACIONES**

- **MODALIDAD DE FACTURACION**

.AUTORIZACIONES ESPECIALES: Adjuntamos modelos de autorización de  
 .medicación al 100%, los mismos deben adjuntarse a la receta original.  
 .Ambos modelos son válidos.

# 478 UNION PERSONAL

UNION PERSONAL CIVIL DE LA NACION

Fecha de vigencia: 01/05/22

NRO.: 79

**ORDEN DE AUTORIZACION**

N° AFILIADO: [REDACTED]  
APELLIDO Y NOMBRE: [REDACTED]  
TIPO y N° DOC.: DNI [REDACTED]  
PLAN: 2 PLAN CLASSIC (2A)  
EDAD: 45

FECHA: 26/11/2020

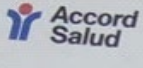
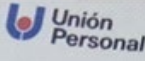
ORDEN DE INTERIOR - CONTINUIDAD MEDICAMENTOS DISCAPACIDAD N° 63230

CONT. DISCAPACIDAD  
CARBAMACEPINA 200 MG X60 (1 ENVASE)

Dictamen: AUTORIZADO 100% DISCAPACIDAD

  
Gerencia de Salud  
UNION PERSONAL

DOCUMENTO VALIDO PARA FACTURAR, UNICAMENTE ACOMPAÑADO  
DE PEDIDO MEDICO ORIGINAL. SIN EXCEPCION.

**ORDEN DE AUTORIZACION**

N° AFILIADO: [REDACTED]  
APELLIDO Y NOMBRE: [REDACTED]  
TIPO y N° DOC.: DNI [REDACTED]  
PLAN: 7 PLAN MED.OBLIG.(MONOTRIBUTO) (7A)  
EDAD: 58

FECHA: 31/01/2022

ORDEN DE INTERIOR - ALTA MEDICAMENTOS DISCAPACIDAD N° 4823

MEDICAMENTOS DISCAPACIDAD. SE AUTORIZAN 100% (COMPROBANTE VALIDO PARA  
FACTURAR SIN FIRMA Y SELLO AUDITORIA MEDICA)

- HIDROXICLOROQUINA (POLIRREUMIN) 200 MG X 60 COMP

Dictamen: AUTORIZADO

AUTORIZACIONES UNION PERSONAL -  
ACCORD SALUD

DOCUMENTO VALIDO PARA FACTURAR, UNICAMENTE ACOMPAÑADO DE  
DOCUMENTACION MEDICA RESPALDATORIA.

**478 UNION PERSONAL**

## UNION PERSONAL CIVIL DE LA NACION

Fecha de vigencia: 01/05/22

NRO.: 79

**NOMINA DE AUTORIZANTES:**

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  
 Dr. Ariel Beno MN 82600  
 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. Maria 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 Daniel García Ozores M.N. 79139  
 Dr Ariel Beno M.N. 82600  
 Dra. Ma Laura Aineseder M.N 127049  
 Dr. Luis Alberto Garcia MAT.4672  
 Dra. Carolina Sappia M.N. 130412

.Las autorizaciones podrán validar el expendio de más productos de los permitidos por las normas vigentes, siempre y cuando este aclarado que se autoriza dicho excedente.

.Se reconocerán prescripciones de Oseltamivir exclusivamente para diagnóstico de Influenza A H1N1 confirmado. Dispensar recetas sin este diagnóstico, será causal de débito.

**• RECORDATORIO**

.Prescripción de 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).  
 .Con firma y sello exclusivamente del profesional médico.  
 .PMI: vacunas del calendario oficial (quintuple, antihepatitis A).  
 .Tendrán cobertura del 100% para niños dentro del año de edad y embarazo. .Todas las autorizaciones especiales se deberán facturar exclusivamente en .plan 2, ya sea recetas de unión personal o recetas de unión personal + .recetario UPCN.  
 .Prescripción por Lic. en Obstetricia: NO aceptar prescripción de LICENCIADA/O EN OBSTETRICIA, ya que es motivo de DEBITO.  
 .Plan AMBULATORIO MIXTO: En este plan NO deben ingresar ningún número de receta para realizar la validación.

# 478 UNION PERSONAL

UNION PERSONAL CIVIL DE LA NACION

Fecha de vigencia: 01/05/22

NRO.: 79

## PLANES DE PRESENTACIÓN

Existen dos planes de presentación:

- Autorizaciones Especiales: incluye plan 2
- Ambulatorios Mixtos: incluye plan 28 y 29
- Coseguro UPCN: plan 33.

30/05/2022

Estimada/o Farmacéutica/o:

Se les recuerda que a partir del 01/02/22 es válida en todo el país la prescripción efectuada en esta plataforma que genera una receta digital, dicha receta posee el mismo valor que la receta física, las mismas se encuentran firmadas en forma electrónica mediante un código QR de seguridad que contiene sus datos para evitar cualquier tipo de adulteración.

La farmacia deberá presentar dicha receta digital en forma impresa.

Este nuevo modelo de prescripción no modifica el resto de las normas vigentes con respecto a la validación y dispensa de la receta, debiendo obligatoriamente ingresar el número de recetario.

Receta de emergencia COVID-19

Union Personal

Prescripción

Fecha Receta: 01/05/2022 → FECHA DE PRESCRIPCIÓN

Afiliado: PRUEBA1 AFILIADO PRUEBA1  
D.N.I.: 1530027  
NroAfiliado: 00547153003  
Diagnóstico:  
TProlongado: Si  
Plan: UP18  
Prestador: CONSULTORIO PARTICULAR

Productos

1. Bromazepam, 3 mg comp x 30

Cantidad: 1

Recetario:

785922868128631

Médico: MEDICO PRUEBA  
Matrícula: MN 111111  
Excedente: 26/05/2022 11:30

Validación Digital

Duplicado

Receta de emergencia COVID-19

Union Personal

Prescripción

Fecha Receta: 01/05/2022

Afiliado: PRUEBA1 AFILIADO PRUEBA1  
D.N.I.: 1530027  
NroAfiliado: 00547153003  
Diagnóstico:  
TProlongado: Si  
Plan: UP18  
Prestador: CONSULTORIO PARTICULAR

Productos

1. Bromazepam, 3 mg comp x 30

Cantidad: 1

Recetario:

785922868128631

Médico: MEDICO PRUEBA  
Matrícula: MN 111111  
Excedente: 26/05/2022 11:30

Validación Digital

PARA ARCHIVAR EN LA  
FARMACIA EN CASO DE  
CORRESPONDER - NO  
FACTURAR A UNION  
PERSONAL



## VALIDACIÓN BONO ADICIONAL DE UPCN

Ante consultas recibidas, les recordamos y aclaramos los siguientes **aspectos referidos a la validación online de recetas y su presentación.**

### **Validación online:**

- **Validación Coseguro:** Si el beneficiario presenta junto con la receta el bono adicional del 30% de **UPCN**, deberá procesar ambos comprobantes como una única receta (40% + 30%), incorporando a la transacción como dato adicional y obligatorio el número de CUPON de UPCN.  
El sistema de validación calculará automáticamente dicho descuento adicional siempre y cuando el afiliado tenga dicho beneficio. En ese caso, la farmacia debe adjuntar el cupón a la receta original para su liquidación

Los bonos presentados deberán seguir siendo ORIGINALES, pero pudiendo estar en blanco , SOLO con la FECHA DE LA DISPENSA , LA FIRMA DEL AFILIADO O QUIEN RETIRA y debiendo cargar en el sistema el número del bono del coseguro de UPCN.

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

|                                                                                                           |  |                              |  |                                |                 |               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|--|--------------------------------|-----------------|---------------|--|
| <b>UNION DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACION</b><br>Seccional Capital Federal y Empleados Públicos Nacionales |  |                              |  | Serie C                        |                 |               |  |
| ORDEN DE COMPRA                                                                                           |  | Afiliado N° 000019192500     |  | Código de Reparación           |                 | N° 0169103    |  |
| JEREZ, DEBORA V                                                                                           |  |                              |  | Fecha de Emision: 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 |

Buen día. Informamos respecto de la obra social **\*Unión Personal (OSPCN) y sus Autorizaciones Especiales\***.

Solo se pueden recibir y dispensar aquellas recetas y sus autorizaciones especiales, en donde se menciona en la misma que el afiliado puede retirar la medicación en una farmacia de la red UP.

Enviamos ejemplo 🖱

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                   |  |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |
| <b>ORDEN DE AUTORIZACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                   |  |                                                                                     |
| <b>Nº AFILIADO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | XXXXX                                                                             |  |                                                                                     |
| <b>APELLIDO Y NOMBRE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | XXXXXX                                                                            |  |                                                                                     |
| <b>TIPO y Nº DOC.:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | DNI xxxxxx                                                                        |  |                                                                                     |
| <b>PLAN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 3 ACCORD DORADO (3B1)                                                             |  |                                                                                     |
| <b>EDAD:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 10                                                                                |  |                                                                                     |
| <b>FECHA:</b> 04/08/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                   |  |                                                                                     |
| <b>ORDEN DE WEB AUTORIZACION RESOLUCION 310 Nº xxxxx</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                   |  |                                                                                     |
| LACOSAMIDA 50MG COMP.X 30 - 2 ENVASES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                   |  |                                                                                     |
| ESTIMADO/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                   |  |                                                                                     |
| LA MEDICACION SE ENCUENTRA AUTORIZADA AL 100% POR FARMACIAS DE LA RED UP, POR UN PERIODO DE 6 MESES AGOSTO/SEPTIEMBRE/OCTUBRE/NOVIEMBRE/DICIEMBRE 2025 Y ENERO 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                   |  |                                                                                     |
| EN EL CASO DE QUE EL MÉDICO MODIFIQUE CANTIDAD DE COMPRIMIDOS, DE MG, O DROGA, DEBERÁ PRESENTAR A FIN DE EVALUAR: PRESCRIPCIÓN MÉDICA RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA / ESQUEMA TERAPEUTICO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                   |  |                                                                                     |
| UNIÓN PERSONAL Y ACCORD SALUD EN LO SUCESIVO NO VAN A ACEPTAR LA EMISIÓN DE PRESCRIPCIONES MANUSCRITAS DE MEDICAMENTOS EN RECETARIO FÍSICO (PAPEL), CON EXCEPCIÓN DE LOS CORRESPONDIENTES A ESTUPEFACIENTES (FENTANILO, CODEÍNA, METADONA, MORFINA, OXICODONA, ETC.), PARA EL RESTO DE LOS FÁRMACOS SERÁN VALIDOS ÚNICAMENTE LAS RECETAS EMITIDAS BAJO LOS SISTEMAS DIGITALES HOMOLOGADOS DE MEDICAMENTOS, SI EL PROFESIONAL NO LO ESTA UTILIZANDO, ACONSEJAMOS EL SISTEMA MISRX (WWW.MISRX.COM.AR) |  |                                                                                   |  |                                                                                     |
| NOTA PARA EL PRESTADOR IMPORTANTE : REALIZAR POR PLATAFORMA LA DECLARACION DE DISPENSA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                   |  |                                                                                     |
| <b>Dictamen: AUTORIZADO 100%</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |                                                                                     |
| Atención al socio Accord Salud - Tel. 0810-888-2226   Atención al socio Unión Personal - Tel. 0810-888-3646                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                   |  |                                                                                     |

**\*Por el momento, por favor, no dispensen recetas cuya autorización mencione que la entrega de la medicación debe ser provista por Droguería 20 de Junio\***, ya que este circuito aún no está activo en nuestra provincia. Enviamos ejemplo 🖱



### ORDEN DE AUTORIZACION

|                    |                                      |
|--------------------|--------------------------------------|
| Nº AFILIADO:       | 75xxxxx0                             |
| APELLIDO Y NOMBRE: | xxxxxxx                              |
| TIPO y Nº DOC.:    | DNI xxxxxx                           |
| PLAN:              | 1 PLAN MEDICO OBLIGATORIO (PMO) (1A) |
| EDAD:              | 47                                   |

FECHA: 06/08/2025

### ORDEN DE MEDICAMENTOS DBT Nº xxxx

SE AUTORIZA:

\* SENSOR FREESTYLE LIBRE 2 PLUS X 2 UNIDADES/MES.

PARA PROXIMO PEDIDO FAVOR DE ADJUNTAR PEDIDO MEDICO Y EL INFORME DE LOS AUTOMONITOREOS GLUCEMICOS. ATTE

**SE INFORMA QUE EL RETIRO DE LOS INSUMOS ESTA AUTORIZADO POR DROGUERIA 20 DE JUNIO.**

PODRÁ CONSULTAR LA FARMACIA MÁS CERCANA A SU DOMICILIO DESDE LA PAGINA DE UNION PERSONAL EN LA SECCIÓN CARTILLA. ADJUNTAMOS EL LINK DE ACCESO:

CARTILLA UNION PERSONAL

[HTTPS://WWW.UNIONPERSONAL.COM.AR/MODULOS/AFILIADOS/CARTILLAS/](https://www.unionpersonal.com.ar/modulos/afiliados/cartillas/)

GUIA DE PASOS A SEGUIR

1. SELECCIONE SU ZONA (CABA Y GBA / COSTA ATLÁNTICA / INTERIOR DEL PAÍS)
2. SELECCIONE TIPO DE CARTILLA > FARMACEUTICA
- SI ES DE CABA Y GBA, SELECCIONE SU ZONA (CABA / NORTE / NOROESTE / OESTE / SUR)
- SI ES DE INTERIOR DEL PAÍS, SELECCIONE SU PROVINCIA
3. SELECCIONE CATEGORÍA > FARMACIAS MEDICAM. ESPECIALES
4. SELECCIONE ESPECIALIDAD > MEDICACION DIABETES
5. SELECCIONE SU LOCALIDAD

RECUERDE QUE PODRÁ RETIRAR SU MEDICACIÓN MENSUAL EN CUALQUIERA DE LAS FARMACIAS ADHERIDAS SIN NECESIDAD DE REALIZAR TRÁMITES ADICIONALES CADA MES. ATTE

**Dictamen:**