



NORMAS OPERATIVAS PARA LA RED DE FARMACIAS - PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN Y LIQUIDACIÓN -

C.- NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LAS FARMACIAS

C.1. DE LOS DESCUENTOS EN LA RED DE FARMACIAS.

C1.1. DESCUENTOS AMBULATORIOS: Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor al día del expendio.

C.1.1.1. DESCUENTO AMBULATORIO:	40 %
A CARGO DEL AFILIADO:	60 %

COBERTURA SOBRE VADEMÉCUM COBER MED

C.1.1.2. DESCUENTOS ESPECIALES:

C.1.1.2.1. PLAN DE COBERTURA DE CITOSTÁTICOS: Medicamentos con cobertura al 100% provistos directamente por Cober Med. Descuentos en farmacia del 40%.

C.1.1.2.2. PLAN DE COBERTURA PARA HIV: Medicamentos con cobertura al 100% provistos directamente por Cober Med. Descuentos en farmacia del 40%.

C.1.1.2.3. PLAN PARA DIABÉTICOS: Medicamentos con cobertura al 100% provistos directamente por Cober Med. Descuentos en farmacia del 40%.

- **INSULINAS O JERINGAS:** Cobertura del 100% con autorización previa de auditoría médica.
- **TIRAS REACTIVAS:** Cobertura del 70% con autorización previa de auditoría médica.

C.1.1.2.4. PLAN MATERNO INFANTIL: Descuento ambulatorio según en red de farmacias. Cobertura y provisión de medicamentos directamente a través de Cober Med.

C.1.1.2.5. DESCUENTOS ESPECIALES: Las recetas expresamente autorizadas por la auditoría de Cober Med gozarán del descuento especificado en las mismas. En caso de autorizar al 100% la cobertura, la misma constará al dorso de la receta con la leyenda "Autorizado 100% a cargo de Cober Med"



C.- DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

C.2.1. PRESCRIPCIÓN MÉDICA POR NOMBRE GENÉRICO: de acuerdo a las disposiciones legales vigentes la prescripción de medicamentos debe hacerse por su nombre genérico.

C.2.2. LISTADO SELECTIVO DE MARCAS (VADEMÉCUM): con el objeto de mantener la calidad de la prestación se mantiene un listado selectivo de marcas de reconocidos laboratorios de la Industria Farmacéutica, por lo que se solicita que en el caso de sugerir alguna marca comercial, se lo haga tomando como referencia las consignadas en el Vademécum de Cober Med. El paciente puede hacer uso del derecho, siempre que conste el nombre genérico, que se le expenda un medicamento de menor precio del que se sugiere en el listado, salvo que en la receta figure la leyenda de justificación de marca o insustituible.

Los productos incluyen todas las formas de presentación (tamaño, dosis, forma farmacéutica, etc) aunque no estén expresadas en el listado que se adjunta.

C.2.3. PRESCRIPCIONES ESPECIALES: los oncológicos, antivirales e inmunomoduladores requieren autorización previa de COBER- MED.

C.2.4. EXCLUSIONES: complejos vitamínicos, minerales, energizantes etc., no están cubiertos a excepción de aquellos incluidos en el listado o con expresa autorización de COBER- MED. Para todo medicamento no incluido en el VADEMÉCUM de Cober Med se aplicará el descuento propio de la farmacia, quedando excluidos de la cobertura del 40%, salvo que exista autorización previa y expresa por Cober Med, para el expendio. Ver Exclusiones generales y específicas en ANEXOS I y II según se detallan a continuación.

C.2.5. PRINCIPIOS ACTIVOS NO INCLUIDOS: los principios activos que no se encuentren incluidos en el listado, requieren autorización de COBER –MED para otorgar su cobertura.

C.2.6. EXCEPCIONES: los medicamentos para patologías agudas que no figuren en el listado y no tengan sustitutos, en pro de evitar inconvenientes a los pacientes, serán expedidos, si en la receta figura la leyenda INSUSTITUIBLE con la firma y sello del profesional.

De considerarse la inclusión de nuevos principios activos en el listado de Cober Med, por favor efectuar la sugerencia por la vía correspondiente para su evaluación y posterior consideración en futuras actualizaciones.

C.3. NORMAS DE DISPENSACIÓN

C.3.1. DE LA DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO: para acceder a los descuentos en farmacia el afiliado siempre deberá concurrir con:

- 1.- Documento de identidad del beneficiario
- 2.- Credencial de COBER-MED
- 3.- Cupón adherido al dorso , que indique el último mes abonado
- 4.- Receta correspondiente

C.3.2. DE LAS RECETAS: Las recetas deben presentar los siguientes requisitos:

- Numero de afiliado
- Fecha de emisión
- Firma, sello, número de matrícula y nombre y apellido del médico.
La entidad no reconocerá como validas aquellas recetas donde estos datos no sean claramente legibles en su totalidad.
- Aclaración del médico no puede ser manuscrita, debe ser con sello.
- Detalle de los medicamentos
- Cantidades de los medicamentos en números y letras

Estos datos deberán ser escritos por el médico utilizando la misma tinta, tanto en la prescripción como en la firma. Los datos deberán ser completados en todos los casos de puño y letra por el profesional, sin enmiendas, ni tachaduras, salvo que las mismas hayan sido convalidadas al reverso del recetario. Si el número de afiliado presente en la receta es incorrecto la farmacia puede arregrarlo con firma y sello del farmacéutico.

La receta es válida para la venta durante **los 30 días** posteriores a la fecha de su emisión. Está última no podrá ser salvada bajo ningún concepto.

C.3.3. DE LOS MEDICAMENTOS:

Prescripción por denominación común internacional, con posibilidad de sugerir y justificar marca.

- Si la receta aclara el tamaño y la dosis, se expenderá lo requerido.
- Si la receta no aclara tamaño deberá expenderse el menor tamaño.
Si no aclara dosis debe expenderse la menor dosis.
- Si el médico se equivoca en el tamaño, se entrega el de menor tamaño y si se confunde en la dosis se entrega la menor dosis.
- Si el médico prescribe grande, se entrega el tamaño inmediato superior al pequeño.

Los antibióticos inyectables monodosis pueden prescribirse hasta 5 unidades, para cualquier tipo de tratamiento. Los antibióticos inyectables multidosis serán tratados como un medicamento común.

TAMAÑOS

• TRATAMIENTO NORMAL

- Si el tamaño de la presentación de un medicamento es único, será considerado como si fuese un tamaño pequeño.

• TRATAMIENTO PROLONGADO

- La receta será válida cuando presente por escrito de puño y letra del médico la leyenda “TRATAMIENTO PROLONGADO”

• PSICOTRÓPICOS

En este caso no se acepta fotocopia de receta. Debe presentarse duplicado u original escrita por el médico de puño y letra.

Tratamiento	Tamaño	Unidad X Renglón	Prod. X Receta	Renglón X Receta
Normal	Chico	1	2	2
Normal	Grande 2/2	1	2	2
Normal	Mediano 2/3	1	2	2
Normal	Tercer 3/3	1	2	2
Normal	Único	1	2	2
Prolongado	Chico	2	4	2
Prolongado	Grande 2/2	2	4	2
Prolongado	Mediano 2/3	2	4	2
Prolongado	Tercer 3/3	2	4	2
Prolongado	Único	2	4	2

C.3.4. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:

- Pegar o abrochar el troquel de cada uno de los productos vendidos al lado del nombre de cada medicamento.
- Colocar sello en el dorso de la receta con los siguientes datos
 - o Nombre del afiliado o de tercero interviniente
 - o Dirección
 - o Teléfono
 - o DNI
 - o Aclaración y firma
- Colocar sello de la farmacia donde conste:
 - o Nombre de la farmacia
 - o Nombre del director técnico
 - o N° de matrícula
 - o Dirección
 - o Teléfono
- Las recetas deberán ser numeradas al dorso y no podrán ser enmendadas las correcciones, salvo con firma del afiliado y de la farmacia.
- Los medicamentos que no sean dispensados deben ser anulados
- Solo serán reconocidos por Cobermed los medicamentos que estén incluidos en el vademecum, o en caso de no estarlo, con autorización correspondiente.
- Ver medicamentos excluido de la cobertura según anexos I y II

C.3.5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA LA AUTORIZACIÓN DEL EXPENDIO.

C.3.4.1. DE LAS AUTORIZACIONES:

- **VÍA TELEFÓNICA:** Las autorizaciones se deberán realizar en los horarios administrativos, de Lunes a Viernes de 9.00 a 16 horas vía fax, comunicándose al 4556-4900.
- **PERSONALMENTE:** Las autorizaciones en forma personal deberán realizarse en el horario de Lunes a Viernes de 8 a 17 horas en las oficinas centrales de Cober Med, situadas en la calle Av. Federico Lacroze 3225 - C.A.B.A. (C1426DNG).

- Los auditores sólo podrán autorizar los medicamentos excluidos de la cobertura y/o los descuentos, no así la cantidad de envases. Tampoco podrán salvar la fecha de receta, ni las enmiendas del médico o de la farmacia.
- En las recetas autorizadas deberá constar el número de autorización y la fecha, cuando éstas se hagan por vía telefónica. En caso de efectuarse la autorización en forma personal, se sellará y autorizará al dorso de la receta.
- Datos requerido para autorizar una receta:
 - Fecha de la receta
 - Nombre y matrícula del médico
 - Nombre y N° de afiliado
 - Medicamento prescripto
 - Tamaño y cantidad
 - Nombre de la farmacia
 - N° de prestador

ANEXO I– EXCLUSIONES GENERALES DE COBERTURA

- Medicamentos y/o Productos de Venta Libre
- Pastas, Polvos o Líquidos Dentríficos
- Fórmulas especiales o artículos para limpiar o fijar dentaduras postizas
- Jabones de todo tipo (aún los que contengan fórmulas medicamentosas)
- Callicidas
- Cepillos de todo tipo
- Productos de perfumería, tocador y belleza
- Productos para la estética corporal
- Vendas, gasas, alcohol, bolsas de goma y plástico y todo tipo de material descartable y accesorios médicos tales como instrumental de cirugía, jeringas, productos para diagnóstico, termómetros, atomizadores, inhaladores, nebulizadores.

- Mamaderas, pañales, sondas, etc.
- Colutorio bucales
- Champúes, lociones y/o productos que no tengan fórmula medicamentosa y/o leyenda “venta bajo receta”, aún recetados por dermatólogos; pantallas solares; cremas antiestrías; cremas reductoras.
- Productos anticonceptivos, medicación y medios físicos.
- Herboristería, recetas magistrales y productos homeopáticos.
- Productos o sustancias alimenticias y dietéticas en general
- Productos para contraste radiológico y de diagnóstico
- Leches comunes o maternizadas
- Material radiactivo
- Medicamentos importados no autorizados por salud pública
- Anorexígenos
- Productos para la disfunción sexual masculina
- Anestésicos
- Parches de nicotina
- Solventes indoloros
- Listado detallado de productos – ANEXO II

ANEXO II– MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS EXCLUIDOS

- | | |
|---------------|-------------|
| • EXELON | • LITHIUN |
| • VALPEX | • PARNATE |
| • VALPEX | • IBEROFIN |
| • ARTERORUTIL | • COMTAN |
| • DOSIER | • GERANIL |
| • TICLID | • MIRAPEX |
| • MOLSICOR | • REQUIP |
| • IRRADIAL | • SIFROL |
| • PSICOASTEN | • JUMEX |
| • REMERON | • LAPENAX |
| • RISPERIN | • MIDAX |
| • ZOLOFT | • RISPERIN |
| • ATEBEN | • ZELDOX |
| • DEPREFAX | • DOPRICINE |
| • ELAFAX | • TIAN TREX |

Esta lista puede sufrir modificaciones, las cuales serán notificadas el mes anterior a su puesta en vigencia. En caso de no contar con la actualización correspondiente, utilizar el último listado recibido.

C.4. NORMAS DE PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN

C.4.1. DE LA PRESENTACIÓN DE LAS RECETAS:

LA FECHA DE PRESENTACIÓN SERÁ DEL 1 AL 10 DE CADA MES

- El período de facturación va del primer día hasta el último día del mes.
- Las recetas deben ser presentadas hasta 30 días después de la fecha de expendio. En el caso de contar con autorización previa y expresa por parte de Cober Med, se podrá prolongar la presentación 30 días más.
- Las recetas deben estar numeradas de uno en uno.
- Deberá adjuntarse a las recetas el ticket no fiscal correspondiente.
- Presentar recetas separadas por porcentaje a cargo de Cobermed
- Presentar recetas separadas en lotes de 100 recetas cada uno.
Cada lote deberá tener una carátula donde conste:
 - N° de Lote
 - Número de recetas
 - Total facturado
 - A cargo de Cober Med
 - A cargo del afiliado
 - Total de Recetas 100 %
 - Cantidad de Recetas 100 %
 - Firma y sello del responsable de la farmacia.
- La carátula principal debe contener los siguientes datos:
 - Nombre de la farmacia.
 - Dirección.
 - Teléfono.
 - CUIT/CUIL.
 - Fecha de emisión.
 - Total facturado.
 - Cantidad de recetas. (Desde/Hasta)
 - Total a cargo del beneficiario.
 - Total a cargo de Cober Med.
 - Porcentaje de bonificación a favor de Cober Med.
 - Total de unidades vendidas
 - Firma y sello del farmacéutico.
- Deberá presentarse un diskette que contenga los datos presentes en la liquidación.

C.4.2. NORMAS DE REFACTURACIÓN

Serán las recetas que se devuelvan para realizarles algún tipo de enmienda. Deben presentarse al mes siguiente, después del último lote, como lote aparte y cumpliendo con los mismo requisitos mencionados anteriormente para la presentación.

MOTIVOS DE REFACTURACIÓN

- Afiliado que a la fecha no tengan cuota al día: Adjuntar fotocopia de recibo de pago.
- Error al numerar las recetas: Se deberán presentar al mes siguiente en lote aparte., siguiendo la numeración de la última receta del mes anterior.

CAUSALES DE DÉBITOS

DÉBITO PARCIAL

- Error de precio: se descuenta la diferencia entre lo facturado y el precio real del medicamento
- Error de descuento: cuando la farmacia realiza un descuento distinto al que corresponde al plan del afiliado
- Exceso de máximos por receta (tamaños, unidades, cantidades, etc.): Se abonará el máximo permitido de acuerdo al tipo de tratamiento establecido por el médico en la receta
- Falta parcial de troquel en la receta o troquel no corresponde: se descuenta el producto al que le falte el troquel correspondiente.
- Medicamentos no cubiertos o no autorizados: Se cubre solo el que cumple con las normas operativas

DÉBITO TOTAL

- Ningún producto cubierto por Cobermed en la receta.
- Totalidad de productos que necesitan autorización y no están autorizados
- Ausencia de los troqueles
- Socio dado de baja o inexistente
- Falta firma o sello del médico según corresponda
- Receta vencida para su presentación
- Receta devuelta el mes anterior para su refacturación, que no haya sido enmendada
- Enmiendas de médico o la farmacia, que no hayan sido salvadas por el médico o la farmacia, según corresponda con la correspondiente firma del afiliado
- Receta sin fecha de prescripción
- Receta sin duplicado del ticket no fiscal
- Receta sin numerar
- Receta que tenga incompletos los datos del afiliado
- Receta no presente en la liquidación presentada a la entidad
- Medicamento que no figura en vademecum o que se encuentran en los anexos I o II
- Código de autorización inexistente



COBERMED
MEDICINA PRIVADA

MODELO DE CREDENCIAL

