1.Planes

COMERCIAL PREPAGO BRAMED S.R.L	PRESTACIONAL	DESCUENTOS	COMERCIAL DESRREGULADO BRAMED S.R.L
	PMO	40%	BASICO (PMO)
DELTA	INTEGRAL	40%	INTEGRAL
GENESIS	ESPECIAL	40%	SUPERIOR
*OMEGA *OMEGA PLUS	SUPERIOR	40% 50%	*GOLDEN *GOLDEN PLUS

2.Habilitación del beneficiario:

2.1 Credencial Vigente - Identificación Afiliado Bramed SRL

2.2 Documento de Identidad (DNI, LC, LE)

2.3 De no poder concurrir el beneficiario personalmente a la farmacia, podrá hacerlo en su nombre cualquier otra persona (tercero) que presente la credencial vigente del afiliado BRAMED S.R.L y/o DNI

3.Recetario y Prescripciones médicas:

3.1 Tipo de receta:

- **Receta OFICIAL Bramed S.R.L.**
- Vigencia **90 días** a partir de la fecha de emisión del mismo.

3.2 Modelo de Receta y Orden de Autorización de Medicamentos ,**en HOJA A5 (color)**

BRAMED MEDICINA PRIVADA
Dirección Independencia 1073 (5000) - Córdoba
Tel / Fax(0351) 460-1215
http://bramedsalud.com
Categ. Trib Resp. Inscripto
CUIT 30-71073853-6
F.inicio act 01/01/72
400000073 Delegación: Córdoba Fecha: / /
Afiliado: 6450002 Años Masculino Plan :
Diagnóstico Principal y/o Código OMS
Código de Farmacia
Medicamento Genérico
Dosis/Día Dur Trat en días Cant Env Entr Env Prec Pub A cargo OS
Marca Comercial Forma Farmaceútica / Dosis / Unidad
Diagnóstico Secundario y/o Código OMS
Medicamento Genérico
Marca Comercial Forma Farmaceútica / Dosis / Unidad
Prescriptor
Afiliado o Tercero
Total Receta
A cargo Afiliado
A cargo OSPATRONES
M.N. M.P. Firma y sello Doc Nro Firma
Fecha Prescripción :
Troquel
Troquel
Firma y sello
Troquel
Troquel
Troquel
Certifico entrega de los medicamentos facturados
Fecha :

BRAMED MEDICINA PRIVADA

3.3 Datos que **deben** figurar de puño y letra del profesional médico y con la **misma tinta:** 3.4 **Prescripciones: (IMPORTANTE)**	DATOS A VERIFICAR Y CUMPLIMENTAR PARA LA PRESENTACION DE RECETAS: . • **FECHA DE PRESCRIPCION.** • **DIAGNOSTICOS. (el 2º diag. es obligatorio y necesario si los medicamentos tienen distinta acción farmacológica)** • **FIRMA Y SELLO MEDICO.** • **NOMBRE GENERICO (MONODROGA)** • **NOMBRE COMERCIAL** • PRESENTACION FARMACEUTICA Y CANTIDAD EN NUMEROS Y LETRAS. • **TOTALIDAD DE LOS RUBROS ESPECIFICADOS** Y REQUERIDOS EN RECETARIO • Enmiendas o tachaduras salvadas correctamente con **sello y firma** del médico que prescribe. **1. Si el médico prescribe un medicamento por su nombre genérico**, Ud. podrá ofrecer a nuestros socios productos de diferentes costos pero con igual droga o principio activo, concentración, forma farmacéutica y tamaño	

3.5 **Prescrip. por especialista**:	(igual o menor) y por lo tanto la misma acción farmacéutica. **2. Si el médico prescribe un medicamento por su <u>nombre comercial/ fantasía</u>**, Ud. podrá ofrecer a nuestros **socios productos más económicos que el prescripto**, pero con igual droga o principio activo, concentración, forma farmacéutica y tamaño (igual o menor) y por lo tanto la misma acción Farmacéutica. **3.** Se reconocen productos genéricos con estuche y TROQUEL**, siempre que figuren en Manual Farmacéutico con precio público sugerido.** **<u>DERMATOLÓGICOS</u>**: únicamente prescriptos por dermatólogos, **Salvo** Champúes, jabones medicinales y lacas que están todos **excluidos**. **<u>OFTALMOLÓGICOS</u>**: si por oftalmólogos. **<u>MEDICAM. P/SIST.NERVIOSO</u>**: Alzheimer, antiparkinsonianos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepresivos deberán ser prescriptos por Psiquiatras, Neurólogos, geriatras ó especialista en Clínica Médica. **Clonazepam y Alprazolam** podrán ser prescriptos por cualquier especialista, **SALVO** odontólogos, dermatólogos, pediatras, oftalmólogos. **NO REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA PARA SU EXPENDIO.** **<u>ODONTOLOGICOS</u>**: Los odontólogos podrán prescribir sólo antibióticos, antiinflamatorios, antivirales, corticoides, fluoruros, antihemorrágicos, anestésico local. **<u>PEDIATRAS</u>**: no podrán prescribir medicación para adultos, sin excepción y los recetarios deben corresponder al menor, NO se aceptan prescripciones pediátricas en **recetarios de adultos**.(salvo con expresa autorización de O.S que se encontrará **adjunta a la receta**) ---------- **"EL NO CUMPLIMIENTO DE ALGUNO DE ESTOS REQUISITOS, ES CAUSAL DE DEBITOS POR PARTE DE BRAMED S.R.L"**

4.Vigencia de prescripción y Autorizacion

4.1 **Para el beneficiario**: 15 (quince) días a partir de la fecha de prescripción médica (se cuenta como dia 1 la fecha colocada por el médico y los 14 siguientes). Vencido el plazo, no corresponde el descuento .

4.2 -**AUTORIZACIÓN**: las autorizaciones se emiten dentro de la vigencia de la prescripción médica y no revalidan la misma, por lo tanto, la dispensa de la medicacion se debe realizar dentro de la misma fecha.

- Autorización y dispensa debe realizarse dentro de los 15 dias de vigencia de la prescripción médica

5.Topes de cobertura y Generalidades

Límites de cantidades POR RECETA	
Nota: en caso de necesitar sólo mediante autorización de farmacéutico auditor de BRAMED S.R.L **Aclaración:** Sólo podrá expenderse 1 (uno) envase grande por receta .	**Hasta 2 (dos) medicamentos(1 por renglón)** 2 o más envases del mismo medicamento será

5.1 Antibióticos Inyectables:	Presentación	Entregar
	Envase de 1 (una) ampolla o **frasco ampolla (monodosis)**	Hasta 3(tres) **con autorización previa de medico auditor de Bramed S.R.L**
	Multidosis :	1(uno)env. por receta

5.2 GENERALIDADES:	
	Cuando el médico: No específica cantidades, deberá entregarse el envase de menor contenido 1 (uno).
	Sólo indica la palabra **"grande",** deberá entregarse la presentación siguiente a la menor
	Equivoca la cantidad y/o contenido, deberá entregarse el tamaño inmediato **inferior** al indicado.

6. CON AUDITORIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA BRAMED:

6.1 -Medicamentos con **PVP** mayor a **$16.000** **(**es por medicamento ,no total de receta**)**

6.2 **Independientemente de su valor** (requieren auditorizacion de O.S)

-Medicamentos cuya presentación sea en tamaño mayor a 60 comprimidos.

-**Recetas del Plan Materno Infantil (PMI) y solo son para cobertura 100%, no corresponde facturar con cobert. de plan.**

-**Resolución 310**, planes con coberturas especiales **70 % y 100%** (Recetario Oficial Bramed)

-Inmunoglogulina anti RH0 (solo en **PMI)**

-**ANTICONCEPTIVOS y todo tratamiento hormonal (puerperio, menopausia, fertilidad, APP, etc)**

-CABERGOLINA- PROGESTERONA sola y/o conjug. ESTROGENOS solos y/o conjug.-Misoprostol- Tibolona

-Nalbufina, Morfina y sus derivados

-**Psicotrópicos, Psicofármacos (antidepresivos, antipsicóticos, antiparkinsonianos ,etc)**

-**Alprazolam y Clonazepan (presentaciones mayores a 60 comp.)**

-TRAMADOL solo y asociado

-Hidroxicina

-MONTELUKAST solo y/o asoc - ISOTRETINOINA

-Heparinas

Validas con **sello BRAMED SRL, NO ES NECESARIO NI OBLIGATORIO sello de Auditor médico y/o farmacéutico presente en la orden ya que son quienes CONTROLAN y las emiten vía sistema Bramed SRL.**

-**Medicación que no figura en la autorización no tiene ninguna cobertura y por lo tanto la fcia no lo debe facturar. Se debe respetar tal cual lo autorizado por O.S. (Nombres comerciales, %, etc)**

7. Normas de Facturación para Farmacia

7.1 Datos a completar por la farmacia:

- **Fecha de venta**;
- **Importes** (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)
- **La farmacia deberá adjuntar con cada receta cualquiera de los comprobantes de venta detallados**:
  - Ticket fiscal propiamente dicho.
  - Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original pero con una leyenda de fondo "NO FISCAL").

  La falta de cualquiera de ellos será causal de **DÉBITOS** por parte de BRAMED S.R.**L . NO se aceptarán comandas, presupuestos ni cualquier otro tipo de comprobantes que no sean los antes mencionados, SIN EXCEPCIÓN.**
- **Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico**
- **Firma y aclaración y DNI de quien retira los medicamentos**
- **TROQUELES obligatorios, adheridos con goma de pegar, NO CINTA NI BROCHES**
  Encontrarse en perfecto estado y sin signos de deterioro ni uso previo (perforaciones, evidencias o marcas de sustancias adhesivas). Sin signos de desgaste del material en todo o parte del troquel. Sin impresiones mediante sellos de cualquier tipo de leyendas legibles o no.

IMPORTANTE: Se debe **Incluir el código de barras, recortado y pegado o manuscrito, obligatoriamente en caso que la medicación no tenga troquel**, bajo la leyenda, **ej:** "Medicacion sin troquel-S/T- cod de barras 1234567890"

7.2 Presentación de Recetas:

- La facturación debe **presentarse del 1 al 10 de cada mes** .
- Cierre global (totales grales)
- Caratulas para cada % de descuento y listado de recetas contenidas en cada lote
- **No se podrá incluir en las liquidaciones, recetas que superen los 40 días de expendio**.
- Para las Farmacias la validez de la receta: Caducara a los **15 (quince) días corridos desde la fecha de prescripción de los medicamentos, contándose como dia 1 la fecha colocada por el medico y los 14 siguientes. Sin excepción**. Transcurrido ese plazo, no genera derecho de reclamo al pago de la prestación

8. Productos cubiertos :

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en Manual Farmacéutico Argentino

Bramed SRL **no tiene vademécum** (es vademécum abierto) por lo tanto las fcias deberán tener muy presente al momento de la dispensa, las exclusiones ,como asi también todo lo que requiere autorización previa de la O.S. (ITEMS N°6 y 9)

9. Exclusiones de cobertura :

- Medicamentos de **venta libre**
- Pediculicidas , shampoo /lociones/geles capilares- Cistina sola y/o asoc.-
- Productos de perfumería y cosmética-Herboristeria
- Alimentos en polvo o cereales, Azucares simples o compuestas, Edulcorantes
- Productos dietéticos**, Anorexigenos,** Lipolíticos. Carnitina sola y/o asociada.
- Orlistat – Liraglutida -Semaglutide
- Reactivos y medios de contrastes para diagnostico (sales de Bario , etc**)**
- Soluciones parenterales**.** Citostáticos.
- **Soluciones salinas (cloruro de sodio) en aerosoles /spray nasal**
- **Leches maternizadas,** alimentos y/o suplementos nutricionales.
- Albúmina humana. Aminoácidos solos y/o asociados.
- Anestésicos en general.
- Medicamentos de uso en **internación** y **Descartables**
- **Elementos para curaciones, talcos cicatrizantes, quemaduras**(sulfadiazina de plata sola y/o asociada**)**
- **Lubricantes y lágrimas oculares**
- **Hormonas y/o drogas estimulantes de las gónadas femeninas y masculinas** (comp.,parches, inyect)
- **Insaponificables** de soja y palta, geles - **Isoflavonas** - Tibolona
- **Hormonas de crecimiento** (solo via alto costo) **- Anabólicos.**
- **Medicamentos para tratamiento de la Fertilización Asistida** (solo **via alto costo**)
- **Anticonceptivos orales , iny** y/o Parches (sin cobert) **– Solo con autorización adjunta de O.S**
- **Inmunomoduladores (estimulantes y supresores**). Pool/lisado bacteriano. Calcitonina.
- Sidenafil, Vardenafil, Tadalafilo ,etc.
- Medicamentos con Ginseng
- **Antipsicóticos** (Olanzapinas). Bupropion solo y/o asociado
- **Vacunas**, todas (Prevenar, Rotarix, Neisvac-c, Antigripal, etc), **excepto ANTITETANICA** (Biol yTetanol)**,** sin autoriz. Previa de O.S.
- Drogas Anti HIV (solo via alto costo**)**
- Oncológicos y quimitepicos **(**solo via alto costo)
- Aerocámaras (solas)
- Levetiracetam(solo via alto costo justificado)
- Olmesartán - Candesartán
- Glucosamina sola y/o asociada.
- Gliptinas sola y/o asociada
- Cartílago de Tiburón.
- Esclerosantes iny venosos en general.
- NUTRIENTES DÉRMICOS : cremas , Dermaglós, Euroderm A, Hipoglós ,Adermicina ,Farm X, y similares -(**solo en PMI con autorización de O.S)**
- Geles y lociones para tratamiento **de Acné**
- Gamaglobulina Humana + Histamina. Gammaglobulina polivalente.(solo autorizado por O.S)
- Laxantes en general. Evacuantes instestinales (sodio fosfato, Peg 3350 solo y/o asoc.)-Enemas
- Apomorfina. Buprenorfina
- Eritropoyetina. Enoxaparinas , Rivaroxaban (**con autorización O.S** , alto costo)
- Fórmulas Magistrales (preparados)
- Lacas para uñas**.**
- Medicamentos para el Alzehimer (Donopecilo, Rivastigmina,etc)
- Antimigrañosos (derivados de la ergotamina).
- **No se reconocen medicamentos con TROQUELES ANULADOS**.

10. Débitos:

10.1 **DÉBITOS NO REFACTURABLES: Son los débitos que no se pueden facturar nuevamente. Las recetas serán debitadas por los siguientes motivos:**

- **Falta la autorización de Auditoría Médica en medicamentos que lo requieran o la fcia no respetó lo autorizado.**
- **Falta de / los diagnosticos(DX) (VER ITEM 3.3)** se debitara el medicamento que corresponda por la ausencia de DX. que lo justifique
- **Falta de fecha de prescripción médica**, prescripción **anterior o posterior** a vigencia de recetario.
- El nombre genérico del medicamento no coincide con el nombre comercial , **SE DEBE RESPETAR LA PRESCRIPCION GENERICA .**
- El médico prescribe un medicamento en formulación pediátrica a un adulto y la Farmacia lo dispensa y factura.
- Ausencia de firma y **sello médico que prescribe** o se encuentre **ilegible**
- **AUSENCIA DE / LOS TROQUELES** correspondientes , o presenta troquel anulado, deteriorado, ilegible o con leyendas de uso institucional ó de cualquier tipo. PEGADOS CON CINTA O ABROCHADOS
- **Prescripcion médica en recetario vencido**
- **Prescripciones no realizadas en RECETARIO OFICIAL BRAMED** (todas con sello **BRAMED SRL) –** NO ES NECESARIO SELLO DE % DE COBERTURA .-
- **Receta fotocopiada**.
- Receta perteneciente a otra obra social
- **Falta el ticket fiscal correspondiente a la venta. NO SE ACEPTARA** número de ticket escrito manualmente en los recetarios. El comprobante, cualquiera fuese, debe estar presente y es **requisito obligatorio** y de control por parte de Bramed.
- **Recetas que superen los 40 días desde la fecha de expendio. (**se genera el débito por "presentación fuera de término)
- **Correcciones y/o enmiendas sin salvar por profesional que prescribe (con sello y firma)**
- La sustitución del medicamento por parte del Farmacéutico no se realiza correctamente: el medicamento sustituido no se corresponde en alguna de sus características con el recetado por el médico.
- El Farmacéutico no registra la sustitución realizada (igual fórmula, dosis y forma farmacéutica) AL DORSO DEL RECETARIO firmando y sellando nuevamente. **El afiliado DEBE FIRMAR al dorso de la receta dando su conformidad para la sustitución realizada.**
- Se dispensa y factura mayor cantidad de medicamentos por prescripción que los permitidos.(se debitará el envase excedente)
- Se dispensa y factura un medicamento en mayor tamaño que el prescripto por el médico.
- **Se dipensa y factura medicamentos que superan el tope de precio permitido.**

En ninguno de estos casos se devolverán recetas originales, serán enviadas **COPIAS de las mismas,** salvo algunas excepciones necesarias, aclarando el motivo del débito.

10.2 **DEBITOS REFACTURABLES: Son los débitos que se pueden presentar nuevamente para facturación, Las recetas con débitos refacturables se podrán volver a presentar luego de haber subsanado el / los errores, en lote separado y con la leyenda "REFACTURACIÓN" hasta 30 (treinta) días después de haber recibido las mismas.**

- Falta de datos de conformidad de afiliado/tercero que retira medicacion : Firma ,aclaración ,DNI .
- Falta la firma y/o sello del farmacéutico..
- Faltan datos en el sector de la receta correspondiente a la Farmacia.

Las recetas serán devueltas en ORIGINAL a la Farmacia para subsanar el/ los errores producidos, deberán ser completadas salvando la incorrección de quién los haya cometido: el Farm. o afiliado. El farmacéutico corregirá y luego firmará y sellará nuevamente.

De no contar con dichos requisitos, la receta será debitada nuevamente sin posibilidad de refacturación.

Exija siempre el **Carnet de Afiliación** para la dispensación.
El Farmacéutico y/o empleado debe requerir siempre el carnet actualizado que acredite la condición de afiliado vigente a la Obra Social.