

**MICOF** MUY ILUSTRE COLEGIO OFICIAL  
DE FARMACÉUTICOS DE VALENCIA

30 NOV. 2017

REGISTRO DE ENTRADA

**MUY ILUSTRE COLEGIO OFICIAL  
DE FARMACÉUTICOS DE VALENCIA**

**A/a: D. Jaime F. Giner Martínez**

**C/ Conde de Montornes ,7.**

**046003 (Valencia)**

**VALENCIA**

## **N/Ref.: CONTRATO DE COLABORACION**

Estimado colaborador,

Le remitimos copia del contrato de colaboración entre Mutua Balear y M.I. Colegio Oficial de farmaceuticos de Valencia, debidamente firmado por Mutua Balear, para que quede bajo su guarda y custodia para cuantas cuestiones relacionadas pudieran surgir durante la vigencia del contrato.

Gracias por su colaboración, en cualquier caso, quedamos a su disposición para cualquier comentario al respecto.

Atentamente,

Xisca Roig Oliver

*Admón.Asistencial*

*Subdirección Gral. Prestaciones y Recursos Sanitarios*

## CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE MUTUA BALEAR DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE SEGURIDAD SOCIAL Nº 183. Y EL MUY ILUSTRE MICOF OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE VALENCIA, PARA LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

En Valencia/Palma de Mallorca, a 15 de Noviembre de 2017

### REUNIDOS

De una parte, **D.Xavier Simonet Borràs**, en nombre y representación de la entidad Mutua Balear, mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 183 con domicilio a todos los efectos en la C/ Bisbe Campins, 4 07012-Palma de Mallorca, código postal 07012,, CIF G-07046196,

de otra parte, **D. Jaime F. Giner Martínez**, Presidente del **Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Valencia** (en adelante **MICOF**), con sede en Valencia C/ Conde de Montornes nº 7 de Valencia, titular del C.I.F. (Q4666002C), actuando en nombre y representación de dicha Corporación, en virtud de las atribuciones que le vienen conferidas por el art. 31 de los Estatutos colegiales y el acuerdo de Junta de Gobierno de fecha que le faculta expresamente para la firma del presente convenio.

Ambas partes se reconocen capacidad plena para actuar en la representación legal que ostentan y a tal efecto,

### MANIFIESTAN

I. Que **MUTUA BALEAR** es una entidad colaboradora en la gestión de la Seguridad Social nº 183, estando autorizada, a colaborar, entre otras, en la gestión de las prestaciones por contingencias profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional), lo que incluye la dispensación de la asistencia sanitaria y de la prestación farmacéutica que puedan precisar los trabajadores de sus empresas mutualistas y los trabajadores autónomos adheridos que hayan sufrido un accidente de trabajo o estén afectos de enfermedad profesional.

II. Que el **MICOF**, es una Corporación de Derecho Público y es, conforme a su normativa reguladora, el competente para suscribir acuerdos para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las Oficinas de Farmacia radicadas en la provincia de Valencia, encargándose de la facturación, liquidación y distribución a sus colegiados del importe de las prestaciones farmacéuticas dispensadas.

III. Que a fin de mejorar la estructura de la prestación farmacéutica a **MUTUA BALEAR**, se procede a formalizar el presente Convenio de colaboración, mediante el cual se establecen las normas que han de regir para la dispensación, facturación y cobro de toda clase de medicamentos y productos sanitarios prescritos con cargo a esa entidad y a tal efecto, se establecen las siguientes.



## ESTIPULACIONES

**PRIMERA.-** Es objeto del presente Convenio la prestación del servicio de dispensación de toda clase de medicamentos y productos sanitarios prescritos con cargo a **MUTUA BALEAR**, por parte de las Oficinas de Farmacia establecidas legalmente para el servicio al público en la provincia de Valencia.

Dicho servicio se prestará mediante la presentación de las recetas extendidas por la referida Mutua a favor de los trabajadores de sus empresas mutualistas y/o trabajadores autónomos adheridos que hayan sufrido un accidente de trabajo y que gozarán de absoluta libertad de elección de farmacia para que le sean dispensadas de entre todas las ubicadas en la provincia. El formato de dichas recetas consta en el anexo 1

**MUTUA BALEAR**, no aceptará facturas directas de recetas de las farmacias de la provincia de Valencia ni suscribirá convenios individuales con farmacias a las que no estén vinculadas por depósito de medicamentos. Tanto la facturación como el convenio lo es a través del MICOF. La falta de cumplimiento de este punto será causa automática de rescisión del presente contrato.

Las recetas deberán ser extendidas en los impresos oficiales confeccionados por **MUTUA BALEAR** o entidades colaboradoras, de conformidad con el R.D. 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación (en vigor a estos efectos desde 21 de enero de 2013) y RD. 1675/2012, de 14 de diciembre, sobre recetas oficiales y requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes (en vigor desde 30 de diciembre de 2012), o normas que los sustituyan, y responderán a los modelos que se adjuntan al presente convenio.

Las recetas expedidas a la luz del presente convenio, cuyo beneficiario no tiene cobertura por parte de la Mutua, vienen identificadas, conforme a lo expresado en el párrafo anterior, como RECETA PARA LA ASITENCIA SANITARIA PRIVADA (no hace mención a que es derivado de contingencia profesional) Anexo II

Asimismo, este Convenio incorpora en el Anexo 3 un esquema de los servicios que se prestan en la farmacia comunitaria entre los que se incluyen los servicios profesionales farmacéuticos que, en su caso, puedan ser concertados específicamente por las partes, debiendo en ese momento definirse las condiciones de prestación del servicio, facturación y pago de los mismos.

**SEGUNDA.-** Para la correcta dispensación de estas recetas, los facultativos que prescriban deberán tener presentes las normas generales de prescripción, recogidas en la regulación vigente arriba consignada. Y en concreto las siguientes:

1. Las recetas habrán de estar totalmente cumplimentadas en todos sus datos tanto en los que se refieren al médico prescriptor (nombre, apellidos, número de colegiado, fecha y firma) como a los del accidentado o afecto de enfermedad profesional (nombre, apellidos) y la fecha de prescripción.
2. Las recetas tendrán una validez de diez días desde la fecha de la prescripción.

3. En una misma receta no podrán prescribirse ni, por tanto, dispensarse conjuntamente medicamentos, fórmulas magistrales, vacunas, efectos, accesorios y otros productos.
4. Para poder dispensar las recetas donde figure un psicótropo o estupefaciente, deberá figurar el número de receta, y en el caso del estupefaciente deberá ir acompañada de la receta oficial de estupefacientes para su dispensación.

**TERCERA.-** El farmacéutico únicamente se responsabilizará de la correcta dispensación de la receta, de adherir los cupones precinto de los medicamentos dispensados, en el espacio destinado al efecto, se pondrá el P.V.P o tickets de caja en el supuesto de que el medicamento o producto prescrito no tuviera cupón precinto, y de consignar sus datos en la misma, así como la fecha de dispensación.

Las recetas de fórmulas magistrales serán valoradas por las farmacias según las tarifas que establezca en cada momento el concierto suscrito entre la Consellería de Sanitat y el **MICOF**.

Dada que la responsabilidad de rellenar la receta cumpliendo los criterios de la estipulación segunda es del facultativo prescriptor, en el caso que se llegaran a dispensar recetas con discrepancias con dicha estipulación segunda serán abonadas por **MUTUA BALEAR**, no siendo ello causa de reclamación a la farmacia que la dispense.

**CUARTA** - El farmacéutico, en función de su criterio profesional, queda autorizado para sustituir, el medicamento prescrito por otro de análogas características y composición, salvando esta incidencia con su firma, de conformidad con el Real Decreto Legislativo 1/2015, del 24 de julio, que aprueba el Texto Refundido de la Ley de Garantía Sanitarios, la Ley 6/1998, de 22 de junio de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana, o normas que las sustituyan, y demás regulación complementaria al efecto.

Ante la ausencia en la prescripción de la referencia a las unidades del envase, el farmacéutico dispensará aquel que permita cumplir con el tratamiento atendiendo a la posología y duración del mismo.

**QUINTA.-** Se abonarán el PVP + IVA (o impuesto que lo sustituya) de los medicamentos y productos sanitarios, autorizado por los organismos competentes y en vigor en el momento de la dispensación.

Las recetas de **MUTUA BALEAR** están exentas de aportación, excepto en las recetas NO OFICIALES (RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA) en las que el paciente abonará el 100% del P.V.P del medicamento o producto prescrito.

**SEXTA.-** Las oficinas de farmacia entregarán todas las recetas dispensadas al **MICOF**, para su facturación en el plazo máximo de tres meses a partir de la fecha de la dispensación. En el siguiente mes, el **MICOF** presentará una factura resumen general, comprensiva de todas las recetas dispensadas durante el mes por cada una de las oficinas de farmacia, identificadas por su número correspondiente, el nº de recetas, y su PVP, entregando la factura a la mutua **MUTUA BALEAR** con domicilio de la entidad en Palma de Mallorca, en C/ Bisbe Campins, 4 Código postal 07012 de Palma de Mallorca y CIF G-07046196



**SÉPTIMA.-** El pago efectivo al **MICOF**, deberá ser realizado dentro del plazo máximo de los treinta días siguientes a la fecha de recepción de la factura en las oficinas de **MUTUA BALEAR** en Palma de Mallorca, mediante transferencia bancaria a nuestro favor en la cuenta ES 31-2100-0736-03-2200338911 La Caixa C/ Pintor Sorolla 2 46002-Valencia

**OCTAVA.-** Las posibles reclamaciones que pudieran darse en cada facturación, se efectuarán en el plazo de los treinta días siguientes al de la presentación de la factura.

**NOVENA.-** Los errores comprobados por ambas partes se regularizarán en la siguiente facturación a la de la fecha de comprobación.

**DÉCIMA.-** Ambas partes se notificarán, a la mayor urgencia, cualquier anomalía que presuponga la limitación del derecho del asegurado de elegir libremente su prestación farmacéutica, con el fin de tomar las oportunas medidas para el debido ejercicio a tal derecho, así como cualquier otra anomalía detectada en la aplicación de este Convenio.

**UNDÉCIMA.-** Tanto el **MICOF** como **MUTUA BALEAR**, se obligan a poner todos los medios adecuados para facilitar el exacto cumplimiento de este Convenio en aquello que afecta a su respectiva representación.

**DUODÉCIMA.-** La demora en el pago de la factura, por un período máximo de treinta días, contados a partir del plazo establecido en el apartado séptimo y octavo, será causa de la suspensión automática del servicio, sin perjuicio de las acciones judiciales que pudiera ejercitar el **MICOF**, con el fin de lograr la cancelación del débito.

En todo caso, la demora en el pago de la factura, a la luz de lo establecido en el apartado séptimo, dará lugar a intereses de demora, conforme a lo establecido en la Ley 3/2004, de 29 de diciembre, por la que se establecen medidas de lucha contra la morosidad en las operaciones comerciales

**DECIMOTERCERA.-** El presente Convenio tendrá una **duración de un año a partir de la fecha de su firma**, quedando tácitamente prorrogado por iguales períodos de tiempo, siempre que no se haya producido una denuncia por cualquiera de las dos partes, con un preaviso fehaciente de tres meses y **hasta un máximo de 4 anualidades** dejando sin efecto el Convenio suscrito por ambas partes.

**DECIMOCUARTA.-** Ambas partes se comprometen al cumplimiento, en la ejecución del presente convenio, de todas las obligaciones impuestas por la normativa en materia de protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la LOPD), debiendo suscribir al efecto todos los documentos que fuesen necesarios.

**DECIMOQUINTA.-** En el caso que se suscite alguna cuestión derivada de la interpretación o aplicación del presente Convenio, los firmantes, con renuncia expresa a su fuero, se someten a los Juzgados y Tribunales de la ciudad de Valencia.

**DECIMOSÉPTIMA.-** Este Convenio comenzará a regir a partir del día de la firma, y en prueba de conformidad y como ratificación plena de las estipulaciones establecidas en el mismo, firman el presente, por duplicado y a un solo efecto, en el lugar y fecha expresados.

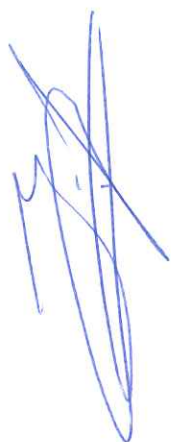
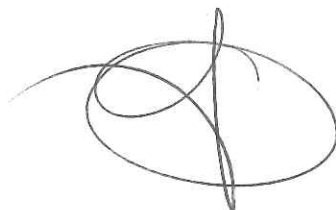


D. Xavier Simonet Borràs  
**MUTUA BALEAR**



D. Jaime F. Giner Martínez  
**M.I.MICOF**

## ANEXO 1 RECETA OFICIAL MUTUA BALEAR

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and vertical strokes.A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized loop and a vertical stroke.

**MUTUA BALEAR**

**ACCIDENTE DE TRABAJO/ENFERMEDAD  
PROFESIONAL**

SISTEMA NACIONAL SALUD

RECETA MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRESCRIPCIÓN<br><br>Número envases:                                                                                                                                                                                                                                             |                                  | Duración del tratamiento días                                                                                                                                                          |       | Paciente (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  | Posología                                                                                                                                                                              |       |                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  | unidades                                                                                                                                                                               | pauta |                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  | Nº orden dispensación                                                                                                                                                                  |       |                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  | Fecha prevista dispensación                                                                                                                                                            |       |                                                                                                               |
| CUPÓN<br>PRECINTO<br>O ASIMILADO                                                                                                                                                                                                                                                | CUPÓN<br>PRECINTO<br>O ASIMILADO | Información al farmacéutico y visado, en su caso                                                                                                                                       |       | Prescriptor (datos de identificación y firma)<br><br>Fecha de la prescripción<br>Empresa (Nombre y dirección) |
| CUPÓN<br>PRECINTO<br>O ASIMILADO                                                                                                                                                                                                                                                | CUPÓN<br>PRECINTO<br>O ASIMILADO | Motivo de la sustitución<br><input type="checkbox"/> Urgencia<br><input type="checkbox"/> Desabastecimiento<br><input type="checkbox"/> Precio de referencia<br>Firma del Farmacéutico |       | Farmacia (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)                                            |
| La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. |                                  |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                               |
| CÓDIGO DE RECETA<br>Nº 0048677                                                                                                                                                                                                                                                  |                                  |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                               |





**MUTUA BALEAR**

**ACCIDENTE DE TRABAJO/ENFERMEDAD  
PROFESIONAL**

SISTEMA NACIONAL SALUD

INFORMACIÓN AL PACIENTE

|                                                                                                                                                                               |                               |                             |                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| PRESCRIPCIÓN<br><br>Número envases:                                                                                                                                           | Duración del tratamiento días |                             | Paciente (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación) |
|                                                                                                                                                                               | Posología                     |                             |                                                                             |
|                                                                                                                                                                               | unidades                      | pauta                       |                                                                             |
|                                                                                                                                                                               |                               |                             |                                                                             |
|                                                                                                                                                                               |                               | Nº orden dispensación       |                                                                             |
|                                                                                                                                                                               |                               | Fecha prevista dispensación |                                                                             |
| Diagnóstico/s                                                                                                                                                                 |                               |                             | Prescriptor (datos de identificación y firma)                               |
|                                                                                                                                                                               |                               |                             | Fecha de la prescripción                                                    |
|                                                                                                                                                                               |                               |                             | Empresa (Nombre y dirección)                                                |
| Instrucciones al paciente                                                                                                                                                     |                               |                             |                                                                             |
|                                                                                                                                                                               |                               |                             |                                                                             |
| <p>El paciente conservará este documento de información durante el período de validez del tratamiento.</p> <p style="text-align: center;">CÓDIGO DE RECETA<br/>Nº 0048677</p> |                               |                             |                                                                             |

## ANEXO 2 RECETA NO OFICIAL EXPEDIDA POR MUTUA BALEAR

**MUTUA BALEAR**

### RECETA MEDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA

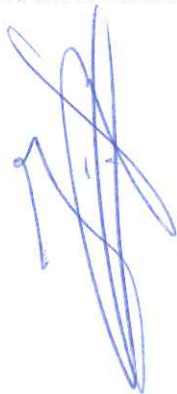
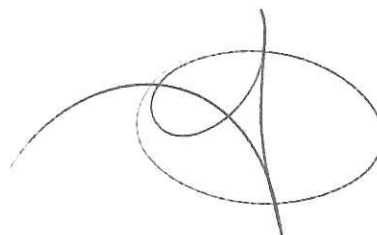
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                      |  |          |       |  |  |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|-------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>PRESCRIPCIÓN</p> <p>Número envases:</p>                                                                                                                                                                                                                                             | <p>Duración del tratamiento días</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Posología</td> </tr> <tr> <td>unidades</td> <td>pauta</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Nº orden dispensación</p> <p>Fecha prevista dispensación</p> | Posología                                                                            |  | unidades | pauta |  |  | <p>Paciente (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)</p> |
| Posología                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                      |  |          |       |  |  |                                                                                    |
| unidades                                                                                                                                                                                                                                                                               | pauta                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                      |  |          |       |  |  |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                      |  |          |       |  |  |                                                                                    |
| <p>NO VÁLIDO<br/>PARA<br/>FACTURACIÓN</p>                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Información al farmacéutico y visado, en su caso</p>                                                                                                                                                                                               | <p>Prescriptor (datos de identificación y firma)</p> <p>Fecha de la prescripción</p> |  |          |       |  |  |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Motivo de la sustitución</p> <p><input type="checkbox"/> Urgencia</p> <p><input type="checkbox"/> Desabastecimiento</p> <p>Firma del Farmacéutico</p>                                                                                              | <p>Farmacia (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)</p>            |  |          |       |  |  |                                                                                    |
| <p>La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia.</p> | <p>CÓDIGO DE RECETA</p> <p>Nº 0006797</p>                                                                                                                                                                                                             |                                                                                      |  |          |       |  |  |                                                                                    |

INFORMACIÓN AL PACIENTE

|                                                                                                     |                               |                                |                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| PRESCRIPCIÓN                                                                                        | Duración del tratamiento días |                                | Paciente (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación) |
|                                                                                                     | Posología                     |                                |                                                                             |
|                                                                                                     | unidades                      | pauta                          |                                                                             |
|                                                                                                     | Nº orden dispensación         |                                |                                                                             |
|                                                                                                     | Fecha prevista dispensación   |                                |                                                                             |
| Número envases: 1                                                                                   |                               |                                |                                                                             |
| Diagnóstico/s                                                                                       |                               |                                | Prescriptor (datos de identificación y firma)                               |
|                                                                                                     |                               |                                | Fecha de la prescripción                                                    |
| Instrucciones al paciente                                                                           |                               |                                |                                                                             |
|                                                                                                     |                               |                                |                                                                             |
| El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento. |                               | CÓDIGO DE RECETA<br>Nº 0006797 |                                                                             |



## Anexo 3 ORGANIGRAMA DE SERVICIOS DE LA FARMACIA COMUNITARIA

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a vertical stroke on the left.A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'D' shape with a vertical line through it and a curved line extending from the top.

