

CONVENIO FEFARA DISPENSA TRATAMIENTOS ESPECIALES

FarmaKD

MOD. 161-NORMAS - Pág. 1

(01/03/2024)

OBRAS SOCIALES QUE PROVEEN MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE ESTE CONVENIO

A través de este convenio, se dispensarán medicamentos para afiliados de

01 – ASE MEDIFE

02 – OBRAS SOCIALES SSS

COBRO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

En el marco de este CONVENIO las farmacias prestan un SERVICIO PROFESIONAL POR EL CUAL PERCIBEN UN HONORARIO POR DISPENSACIÓN (*)

(*) NO SE COBRARA UN PORCENTAJE SOBRE EL IMPORTE DE LA RECETA.

El importe a cobrar por la farmacia es

- \$4796.55 (pesos: cuatro mil setecientos noventa y seis con cincuenta y cinco) por remito dispensado.

COSEGUROS

El afiliado/beneficiario no pagará coseguro alguno en el acto de la dispensación, siendo el 100% de la prestación a cargo de la "DROGUERIA"/"OBRA SOCIAL".

INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO

El pago del HONORARIO PROFESIONAL POR DISPENSACION se hará como consecuencia de la intervención del Farmacéutico en las siguientes actividades que realizará a su propio costo:

- Dispensa personalizada, brindando información sobre el/los medicamento/s para su correcto uso.
- Ante presunción de error en la receta, no las despachará sin antes pedir a quien corresponda las explicaciones pertinentes.
- Recepción de los medicamentos, verificando origen, legitimidad y estado de conservación.
- Conservación adecuada de los medicamentos mientras están en la farmacia, particularmente asegurando la cadena de frío.
- Entrega de los medicamentos -prescritos- en la farmacia o en el domicilio que el paciente, o tercero interviniente, indique.

SOLICITUD DE LA MEDICACIÓN

El Afiliado concurre a la Obra Social a gestionar la autorización de su tratamiento, luego de autorizado, la Obra Social solicita los medicamentos a la Droguería, la misma se comunica a través de su Call Center con el Afiliado, consultándole en que farmacia de Red de Fefara prefiere recibir la medicación.

La Obra Social solicitará a la droguería correspondiente los medicamentos. En este mismo acto se determinará cuál será la farmacia que dispense la medicación, conforme a lo solicitado por el paciente.

VALIDEZ DE LA RECETA

Las recetas tendrán una validez de 30 días desde la fecha de prescripción.

REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR LA RECETA

Datos del Beneficiario: Nombre y apellido-N° de Beneficiario
Prescripción por nombre genérico
Fecha de Prescripción
Diagnostico
Firma del Medico

PROVISIÓN Y DISPENSA DE LA MEDICACIÓN

La DROGUERÍA a su costo y responsabilidad, remitirá por el operador logístico ANDREANI los medicamentos (los que podrán llegar sin el troquel) a la FARMACIA indicada por el PACIENTE. Conjuntamente con éstos enviará un remito, el cual contiene el detalle de los medicamentos, lote, vencimiento, datos del afiliado.

Una vez recibido el pedido, la FARMACIA deberá dar conformidad al remito ORIGINAL que se lleva el operador logístico.

ASE MEDIFE Y OBRAS SOCIALES SSS

Es obligatoria la trazabilidad de los productos que así lo requieran.

El acto de dispensa es similar al de provisión de Medicación para tratamientos Especiales por otras droguerías (por ejemplo Scienza), es decir: firma de receta+firma de Remito de droguería+firma de remito propio de la farmacia y trazabilidad.

La FARMACIA debe tener en cuenta los siguientes puntos:

- Verificar que los medicamentos recepcionados coincidan con los detallados en el remito, caso contrario informarlo dentro de las 24 hs al mail centrodeautorizaciones@fefara.org.ar para su cambio de acuerdo al Decreto 1299/97.
- Controlar que los medicamentos prescriptos correspondan con lo entregado.
- En caso que el afiliado no retire los medicamentos de la farmacia, esta debe informar dentro de los 15 días de la situación al mail centrodeautorizaciones@fefara.org.ar indicando el número de remito que el paciente no retiró, para que la droguería proceda a retirar la medicación. Cuando el producto a retirar es con cadena de frío, la farmacia al momento del retiro debe adjuntar copia de la planilla con los registros de temperatura (ver modelo más adelante), firmada por el Director Técnico, sólo de las fechas que el pedido permaneció en la farmacia.
- Bajo ninguna circunstancia la farmacia podrá aceptar devoluciones de parte del afiliado. Por cualquier inconveniente la FARMACIA debe comunicarse al Colegio Farmacéutico de la provincia de La Pampa.
- El afiliado debe firmar con aclaración y DNI el remito de la Droguería y al dorso de la receta médica original. En el caso de ser un tercero quien retira, aclara parentesco:

**CONVENIO FEFARA DISPENSA
TRATAMIENTOS ESPECIALES**

FarmaKD

MOD. 161-NORMAS - Pág. 2

(01/03/2024)

- f) La farmacia debe firmar y sellar: remito de la droguería, dorso de la receta médica original y remito propio.

OBS: En aquellos casos en que la patología obliga a preservar la identidad, el afiliado solo deberá firmar, sin aclarar la firma ni colocar número de documento.

La farmacia deberá retener del paciente o tercero interviniente la respectiva RECETA o COPIA AUTORIZADA DE RECETA de prescripción de los medicamentos, a los efectos de presentar la misma para proceder al cobro de los HONORARIOS PROFESIONALES POR DISPENSACION.

La FARMACIA no compra ni vende ningún medicamento o productos farmacéuticos de cualquier naturaleza, sino que únicamente se abocará a la DISPENSACIÓN, debiendo mantener indemne a la "OBRA SOCIAL" y a la "DROGUERIA" por un error de dispensa o por su mala conservación.

DE LA PRESENTACIÓN Y LIQUIDACIÓN

PERÍODOS DE PRESENTACIÓN: Los remitos deberán ser presentados dentro de la misma quincena de dispensado o a más tardar la quincena siguiente. Pasado este plazo, la farmacia, corre el riesgo de percibir débitos por un monto equivalente a tres veces el valor del honorario. La facturación se elevará al Colegio en forma QUINCENAL, con la siguiente documentación:

- a) Recetas médicas ORIGINALES, ordenadas por fecha cronológica. Deben contener:
- i. Datos del beneficiario: Nombre y apellido - N° de beneficiario.
 - ii. Prescripción por nombre genérico
 - iii. Fecha de prescripción
 - iv. Diagnóstico
 - v. Firma del Médico

Al dorso

- Fecha de dispensa, sello y firma del DT de la farmacia.
 - Firma del paciente y/o tercero (en este caso debe aclarar parentesco), aclaración y N° de documento.
- b) En aquellos casos en los que los medicamentos entregados poseen troquel, éstos deben

adherirse a la receta al momento de presentarla en el Colegio.

- c) Remito propio de la farmacia firma y datos completos del afiliado o tercero interviniente y firma del DT con sello de la Farmacia.
- d) Remito de la Droguería con firma, aclaración y DNI del paciente o tercero interviniente (aclarando parentesco); firma del DT, sello de la Farmacia, fecha de dispensa.
- e) Constancia de Trazabilidad: se deberá adjuntar la "CONSTANCIA DE TRAZABILIDAD"

IMPORTANTE: Para la emisión de la Constancia de Trazabilidad se deberá cargar el número de afiliado al trazar el medicamento.

EJEMPLO DE "CONSTANCIA DE TRAZABILIDAD"

Ver al final de la presenta Norma

- f) Factura B ó C, en concepto de "Servicios Profesionales por la dispensación de medicación oncológica y tratamientos especiales", la farmacia debe realizar una sola factura por el total de dispensas a presentar.

El sello de la farmacia deberá tener la siguiente información mínima:

- a) Nombre y apellido del Farmacéutico
- b) La frase "Director Técnico"
- c) Matrícula
- d) Nombre de la Farmacia
- e) Dirección de la misma.

DE LA FACTURACIÓN DE HONORARIOS

La FARMACIA realizará una Factura B ó C, por el total de la presentación, separados por Obra Sociales, a nombre de FEFARA. – CUIT 30-70949760-6, Iva Exento, por el concepto de "SERVICIOS PROFESIONALES POR LA DISPENSACION DE MEDICACION ONCOLOGICA Y TRATAMIENTOS ESPECIALES", con la sumatoria de todos los honorarios de los remitos entregados.

CONVENIO FEFARA DISPENSA
TRATAMIENTOS ESPECIALES
FarmaKD

MOD. 161-NORMAS - Pág. 4

(01/03/2024)



CONSTANCIA DE ENVIO

RAZON SOCIAL DESTINO: GLN DESTINO: CUIT DESTINO:	RAZON SOCIAL ORIGEN: SUIZO ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA GLN ORIGEN: 779814084077 CUIT ORIGEN: 3051698831
---	---

GTIN	LOTE	SERIE	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	CANTIDAD
0779512604490	0085	C132895634	MINUSLIP 100	1
0779514500046	00100	0202536238	VASOTENAL 20	1

RAZON SOCIAL DESTINO:

.....
Firma

.....
Transportista

.....
Aclaración

.....
Firma