

CONVENIO FEFARA DISPENSA  
TRATAMIENTOS ESPECIALES –ORIENTE

MOD. 165-NORMAS

(14/06/2024)

OBRAS SOCIALES QUE PROVEEN  
MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE ESTE  
CONVENIO

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

OBRAS SOCIALES SSS HEMOFÍLICOS

PAMI HEMOFÍLICOS

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 **\$3346.87 (pesos: tres mil trescientos cuarenta y seis con ochenta y siete)** 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:

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

SOLICITUD DE LA MEDICACIÓN

- Para el caso de OBRAS SOCIALES SSS HEMOFÍLICOS:

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 ORIENTE, la misma se comunica a través de su Call Center con el Afiliado, consultándole en que farmacia de la red de Fefara prefiere recibir la medicación.

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

- Para PAMI HEMOFÍLICOS:

Para acceder al factor VIII en su versión recombinante, el afiliado deberá presentar la receta en la farmacia. Ésta no lo pasará por el sistema Conexión Plus, sino que recibirá la medicación de Droguería Oriente, de marca comercial KOVALTRY, de 500 UI Y 1000 UI (previa solicitud la tramita el afiliado en la delegación de PAMI).

VALIDEZ DE LA RECETA

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

REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR LA RECETA

Todos los datos que la receta exija, excepto los importes.

PROVISIÓN Y DISPENSA DE LA MEDICACIÓN

La DROGUERÍA a su costo y responsabilidad, remitirá por el **operador logístico OCA** 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.

OBRAS SOCIALES SSS:

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.

PAMI HEMOFÍLICOS:

El afiliado concurre a la farmacia con la receta correspondiente. La receta debe estar firmada por el afiliado y completados todos sus datos como conformidad de la entrega. Es obligatoria la trazabilidad de los productos.

La FARMACIA debe tener en cuenta los siguientes puntos:

- a) 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](mailto:centrodeautorizaciones@fefara.org.ar) para su cambio de acuerdo al Decreto 1299/97.
- b) Controlar que los medicamentos prescriptos correspondan con lo entregado.
- c) 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](mailto: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

CONVENIO FEFARA DISPENSA  
TRATAMIENTOS ESPECIALES –ORIEN

MOD. 165-NORMAS

(14/06/2024)

de las fechas que el pedido permaneció en la farmacia.

- d) Bajo ninguna circunstancia la farmacia podrá aceptar devoluciones de parte del afiliado. Por cualquier inconveniente la FARMACIA debe comunicarse al Colegio Farmacéutico de La Pampa.
- e) El afiliado debe firmar, con aclaración y DNI, en el remito de la Droguería y al dorso de la receta médica original. En el caso de ser un tercero quien retira, aclarar parentesco.
- f) La farmacia debe firmar y sellar: remito de la droguería, dorso de la receta médica original y remito propio de la farmacia.

**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 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 producto farmacéutico 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:

- **Recetas médicas ORIGINALES**, ordenadas por fecha cronológica. Deben contener:
  - Datos del beneficiario: Nombre y apellido - N° de beneficiario.
  - Prescripción por nombre genérico
  - Fecha de prescripción
  - Diagnóstico
  - 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
- OPF resultante de la validación (en el caso de OBRAS SOCIALES SSS HEMOFÍLICOS (no PAMI).
- En aquellos casos en los que los medicamentos entregados poseen **troquel**, éstos deben adherirse a la receta al momento de presentarla en el Colegio.
- **Remito propio de la farmacia** firma y datos completos del afiliado o tercero interviniente y firma del DT con sello de la Farmacia.
- **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.
- **Constancia de Trazabilidad:** La farmacia deberá informar la dispensa al SNT (Servicio Nacional de Trazabilidad) completando los siguientes datos:
  - Programa: Compra Conjunta de Medicamentos
  - Nombre y Apellido del paciente
  - Número de documento
  - Obra Social (PAMI, si corresponde)
  - Número de afiliado
- **Factura de honorarios**

DE LA FACTURACIÓN DE HONORARIOS

La FARMACIA quincenalmente realizará una Factura A 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.

**MOD. 165-NORMAS**

**FEFARA**  
Federación Farmacéutica

**CONVENIO  
FEDERACION FARMACEUTICA (FEFARA)  
DISPENSA TRATAMIENTOS ESPECIALES – DROGUERIA ORIEN**

--	--	--	--	--	--

DÍA		MES		AÑO	

Obra Social	Remito Nro.	Beneficiario Nro.	Nomb beneficiario	Honorario
TOTAL HONORARIOS				

	Cantidad Total Recetas
FIRMA – SELLO FARMACIA	