

(24/06/2024)

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 de **\$ 11.000 (pesos: once mil)** por receta. IVA incluido.

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

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

VALIDEZ Y REQUISITOS DE LA RECETA

Según Norma de la Obra Social que realiza la solicitud.

PROVISIÓN Y DISPENSA DE LA MEDICACIÓN

La DROGUERÍA a su costo y responsabilidad, remitirá los medicamentos a la farmacia indicada por el PACIENTE.

La FARMACIA recepciona la medicación y la dispensará al paciente-beneficiario de la OBRA SOCIAL, quien debe acreditar su identidad y afiliación de manera fehaciente.

La DROGUERÍA a su costo y responsabilidad, remitirá 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.

El AFILIADO con su receta concurre a la farmacia que seleccionó, donde van a estar los medicamentos enviados por la DROGUERIA, junto con el remito correspondiente.

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 colfarlp@cpenet.com.ar para el pedido de su cambio de acuerdo al Decreto 1299/97.
- Controlar que los medicamentos prescritos, corresponda con lo que se entregará.
- 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 colfarlp@cpenet.com.ar indicando el número de remito, para que la droguería proceda al retiro de 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**, 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 Pampa.
- La farmacia debe firmar y sellar: remito de la droguería, dorso de la receta médica original y constancia de trazabilidad.

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, a los efectos de presentar la misma para proceder al cobro de los HONORARIOS PROFESIONALES POR DISPENSACIÓN.

La FARMACIA deberá confeccionar un REMITO PROPIO en el cual conste detalladamente la medicación entregada y fecha de entrega, firma y sello de la misma.

El afiliado o tercero interviniente, firmará de conformidad el REMITO PROPIO DE LA FARMACIA, aclarando la firma y colocando domicilio completo, tipo y número de documento.

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.

MEDICACIÓN NO DISPENSADA

Si una vez recibido el/los medicamento/s enviado/s por la "DROGUERIA", la farmacia por cualquier motivo que fuese, no llegase a efectuar la dispensa al afiliado de la "OBRA SOCIAL" indicado, y no realice la devolución correspondiente del/de los medicamento/s a la "DROGUERIA", de conformidad con el procedimiento que ésta indique, dentro del plazo de 5 (cinco) días hábiles de recepcionados, deberá abonar el mismo a la "DROGUERIA" dentro del plazo de 30 días de recibido, de acuerdo a los valores publicados por los Laboratorios productores.

DE LA PRESENTACIÓN Y LIQUIDACIÓN

(24/06/2024)

PERIODOS DE PRESENTACION: La facturación se elevará al Colegio en forma QUINCENAL, con la siguiente documentación:

Por Cada Obra Social:

1. DOCUMENTAL DE CADA DISPENSA A PRESENTAR:

- 1.1. **REMITO PROPIO DE LA FARMACIA**, confeccionado por ésta y firmado por el paciente/beneficiario o tercero interviniente en el cual se debe colora el siguiente texto: "Medicación entregada según detalle obrante en el Remito N° de Droguería 20 DE JUNIO SA".
- 1.2. **ORIGINAL DEL REMITO DE DROGUERIA 20 DE JUNIO** referido en el párrafo anterior. Con firma y datos del afiliado o tercero interviniente; firma y sello de la Farmacia y fecha de dispensa.
- 1.3. **RECETA** médica que avala la dispensa. (No completar importes). Con firma y datos del afiliado o tercero interviniente y firma y sello de la Farmacia y fecha de dispensa.
En aquellos casos en los que los medicamentos entregados poseen troquel, éstos deben adherirse a la receta al momento de presentarla en el Colegio.
- 1.4. **CONSTANCIA DE TRAZABILIDAD:** Si el medicamento no tiene troquel por estar incluido en la Lista 1 de trazabilidad (Resol. 3683/2011 del Anmat) se deberá adjuntar la "CONSTANCIA DE TRAZABILIDAD" emitido desde Observer Gestión, o página de ANMAT. Dicha constancia debe tener el tamaño de una hoja A4, a fin de que los datos como número de serie puedan leerse.
IMPORTANTE: Para la emisión de la Constancia de Trazabilidad se deberá cargar el número de afiliado al trazar el medicamento.

2. DOCUMENTAL A PRESENTAR PARA LA LIQUIDACION QUINCENAL.

- 2.1. Todas los **REMITOS PROPIOS DE LA FARMACIA** y sus correspondientes **RECETAS**, ordenadas por fecha, enunciados en el punto anterior.
- 2.2. Una **FACTURA DE HONORARIOS por la totalidad de las recetas dispensadas en el periodo por todas las obras sociales/prepagos.**

DE LA FACTURACIÓN DE HONORARIOS

El farmacéutico presentará la factura correspondiente, Tipo "A" o "C", la que se hará de manera completa (discriminando IVA), incluyendo:

- ✓ Cantidad de dispensas realizadas.
- ✓ Monto parcial y total
- ✓ **Concepto:** "POR SERVICIO PROFESIONAL REALIZADO POR CUENTA Y ORDEN DE DROGUERIA 20 DE JUNIO S.A. PARA LA DISPENSACION DE MEDICACION ONCOLOGICA Y/O PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES".
- ✓ **A nombre de:** DROGUERIA 20 DE JUNIO S.A, CUIT 30-62345679-6 (Resp. Inscripto) – Calle Presidente Roca N° 1553 - Rosario – Pcia Santa Fe (CP2000).

OBRAS SOCIALES QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONVENIO

- 1) FEDERADA SALUD

- 2) PREVENCIÓN SALUD
- 3) AVALIAN
- 4) Las obras sociales que se irán incorporando paulatinamente.

(24/06/2024)



**FACTURACIÓN
RE-FACTURACIÓN**



**CONVENIO CON DROGUERIA 20 DE JUNIO S.A.
ONCOLOGICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES**

FARMACIA:

Código asignado por el Colegio

DÍA

MES

AÑO

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

REMITO RESUMEN DE RECETAS PRESENTADAS

| Obra Social – prepago | Cantidad de Recetas | Importe Total honorarios |
|-----------------------|---------------------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|------------------------|------------------|------------------|
| FIRMA – SELLO FARMACIA | TOTAL DE RECETAS | TOTAL HONORARIOS |
| | | |