CONVENIO COLEGIO -SCIENZA ARGENTINA- OBRAS SOCIALES

(Oncología y Tratamientos Especiales)

(26/07/2024)

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 **$4840 (pesos: cuatro mil ochocientos cuarenta)** por receta dispensada.

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

Dos posibilidades:

Posibilidad 1: La Obra Social solicitará a SCIENZA ARGENTINA los medicamentos. En este mismo acto se determinará cuál será la farmacia que dispense la medicación, conforme a lo solicitado por el paciente.

Posibilidad 2: El paciente presentará la receta en la Farmacia, y ésta solicitará la provisión **al Colegio**, quien **tramitará el pedido** a SCIENZA ARGENTINA.

VALIDEZ DE LA RECETA

Las recetas tendrán una validez de 60 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 y sello del Medico

PROVISIÓN Y DISPENSA DE LA MEDICACIÓN

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:

a) 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 su cambio de acuerdo al Decreto 1299/97.
b) Controlar que los medicamentos prescriptos, corresponda 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 colfarlp@cpenet.com.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**.
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) 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 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.

REMITO PROPIO – Cierre Circuito Económico

Cuando realiza la dispensa de medicación para este tipo de convenios deberá cerrar el circuito económico de la entrega, confeccionando un remito propio que deje constancia que lo que ingresó en la Farmacia fue dispensado y egresó.

DE LA PRESENTACIÓN Y LIQUIDACIÓN

PERÍODOS DE PRESENTACIÓN: Los remitos deberán ser presentados **dentro de la misma quincena de validado o a más tardar la quincena siguiente.** Pasado este plazo, la farmacia, corre el riesgo de percibir débitos por un monto

equivalente al valor del medicamento. La facturación se elevará al Colegio en forma QUINCENAL, con la siguiente documentación:

Utilizando la carátula que más adelante se adjunta, se deberá incluir la siguiente documentación:

a) **Recetas médicas ORIGINALES**, ordenadas por fecha cronológica. Deben contener:

i. Datos del beneficiario: Nombre y apellido - Nº 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 Nº de documento al dorso de la misma.**

Nota: Sólo para el convenio Scienza-Iosfa: no es necesario solicitar la receta para la dispensa, en el caso de afiliados a la OS IOSFA, siempre que el remito detalle la frase "Cliente: IOSFA-INST OS DE LAS FUERZA ARMA", tal como se muestra en la siguiente imagen:

No así si la frase es "Cliente: IOSFA-LICITACIONES", en cuyo caso sí se debe solicitar la receta médica:

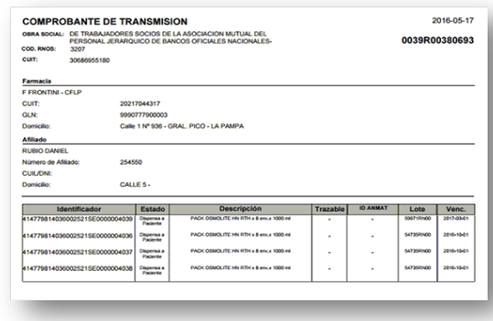
b) En aquellos casos en los que los medicamentos entregados poseen troquel, éstos deben adherirse a la receta al momento de presentarla en el Colegio.

c) **Remito Duplicado 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.

*Nota: momentáneamente se podrá rendir el Remito Triplicado o cuadruplicado, y devolver conformado por la Farmacia el Duplicado y Original.

d) **Constancia de Trazabilidad (Constancia de Transmisión según el sistema):** Siempre debe adjuntarse este documento.

EJEMPLO DE "CONSTANCIA DE TRAZABILIDAD"



COMPROBANTE DE TRANSMISION 2016-05-17

OBRA SOCIAL: DE TRABAJADORES SOCIOS DE LA ASOCIACION MUTUAL DEL PERSONAL JERARQUICO DE BANCOS OFICIALES NACIONALES- **0039R00380693**
COD. RNOS: 3207
CUIT: 30686955180

Farmacia
F FRONTINI - CFLP
CUIT: 20217044317
GLN: 9990777900003
Domicilio: Calle 1 Nº 936 - GRAL. PICO - LA PAMPA

Afiliado
RUBIO DANIEL
Número de Afiliado: 254550
CUIL/DNI:
Domicilio: CALLE 5 -

Identificador	Estado	Descripción	Trazable	ID ANMAT	Lote	Venc.
41477981403600025215E0000004039	Dispensa a Paciente	PACK OSMOLITE HN RTH x 8 amp.x 1000 ml	-	-	59071/H00	2017-08-01
41477981403600025215E0000004036	Dispensa a Paciente	PACK OSMOLITE HN RTH x 8 amp.x 1000 ml	-	-	54735/H00	2016-10-01
41477981403600025215E0000004037	Dispensa a Paciente	PACK OSMOLITE HN RTH x 8 amp.x 1000 ml	-	-	54735/H00	2016-10-01
41477981403600025215E0000004038	Dispensa a Paciente	PACK OSMOLITE HN RTH x 8 amp.x 1000 ml	-	-	54735/H00	2016-10-01

El sello de la farmacia deberá tener la siguiente información:

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

El farmacéutico presentará la factura correspondiente, Tipo "A", la que se hará de manera completa, incluyendo:

- ✓ Cantidad de dispensas realizadas.
- ✓ Monto parcial y total
- ✓ **Concepto:** "POR SERVICIO PROFESIONAL REALIZADO POR CUENTA Y ORDEN DE MEDIFARM S.A. – SCIENZA ARGENTINA PARA LA DISPENSACION DE MEDICACION ONCOLOGICA Y PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES".
- ✓ **A nombre de: MEDIFARM S.A. – SCIENZA ARGENTINA,** CUIT 30-68178305-5 (Resp. Inscripto) – Av. Garay 437 – C.A. de Bs. As.

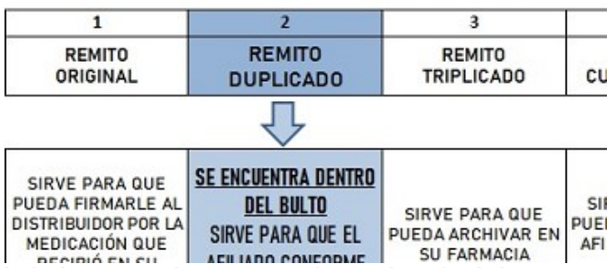
OBRAS SOCIALES QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONVENIO

1) AVALIAN (Ex ACA SALUD)
2) ANDAR
3) APSOT
4) JERÁRQUICO SALUD
5) ASOC MUTUAL SANCOR
6) ASOCIART SA
7) CONF EPISCOPAL ARGENTINA
8) FUND SERV SOCIALES TECHINT
9) IOSFA
10) MEDICUS
11) MEDIFE
12) MUTUAL FEDERADADA
13) OPDEA
14) OSALARA
15) OSPEPRI
16) O.S. PERSONAL DE FCIA
17) O.S. PERS DE LA IND ALIMENT
18) OSFATLYF
19) O S PETROL Y GAS PRIVADO
20) O.S. PERS DE LA IND FIDEERA

(26/07/2024)

21) O.S. PERS IND MOLINERA
22) O.S. SERENOS DE BUQUES
23) OSMATA
24) OSDE
25) OSPEDYC
26) OSPIDA
27) SANCOR MEDICINA PRIVADA SA
28) SEMPRE
29) SWISS MEDICAL
30) UNION PERSONAL

FUNCIÓN DE CADA REMITO



El citado esquema, hasta nuevo aviso, puede variar dado que personal de OCA, solicita devolver conformado por la Farmacia, el Remito Original y Duplicado, por lo tanto se acepta que la Farmacia rinda para su liquidación los Remitos triplicados o Cuadruplicados.

CONVENIO COLEGIO -SCIENZA ARGENTINA-
OBRAS SOCIALES
(Oncología y Tratamientos Especiales)

(26/07/2024)

Colegio Farmacéutico de La Pampa

FACTURACIÓN
RE-FACTURACIÓN

SCIENZ
ARGENTI

CONVENIO
COLEGIO FARMACEUTICO DE LA PAMPA
SCIENZA ARGENTINA
CITOSTÁTICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES

FARMACIA..... **Código asignado por el Colegio**

REMITO RESUMEN DE RECETAS PRESENTADAS
MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES

DÍA		MES		AÑO	

Obra Social	Receta Nro.	Beneficiario Nro.	Nombre beneficiario
		TOTAL HONORARIOS	

	FIRMA – SELLO FARMACIA	Cantidad Total Recetas

(09/06/2022)

REGISTRO DE TEMPERATURA

FARMACIA: Mes : Año:

DÍA	MAÑANA	TARDE	FIRMA DT
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			