

(01/08/2024)

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 **\$9624,00 (pesos: nueve mil seiscientos veinticuatro con cero centavos)** 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 "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 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.

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 FARMACIA deberá confeccionar un **REMITO PROPIO DE LA FARMACIA** (Ver requisitos más adelante) El afiliado o tercero interviniente, firmará de conformidad el REMITO PROPIO DE LA FARMACIA correspondiente, aclarando la firma y colocando domicilio completo y Tipo y numero 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 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

**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 deberá colocar el siguiente texto:** "Medicación entregada según detalle obrante en el Remito N°..... de Droguería ORIEN"
  - 1-2) **Original del Remito de Droguería ORIEN** referenciado 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, pág. de ANMAT o Verifarma (ver modelo de Constancia de trazabilidad emitida por ANMAT como anexo a la presente Norma). Dicha constancia debe tener el tamaño de una hoja A4, a fin de que los datos como num. de serie puedan leerse con el realce y el tamaño adecuado.  
Ver modelo de constancia de trazabilidad emitido por ANMAT y Verifarma, al final de la presente Norma.

(01/08/2024)

**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, incluyendo:

- ✓ Cantidad de dispensas realizadas.
- ✓ Monto parcial y total
- ✓ **Concepto:** "POR SERVICIO PROFESIONAL REALIZADO POR CUENTA Y ORDEN **ORIEN ARGENTINA SA.** PARA LA DISPENSACION DE MEDICACION ONCOLOGICA Y PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES".
- ✓ **A nombre de: ORIEN ARGENTINA S.A., CUIT 30-71153461-6 (Resp. Inscripto) – Paysandú 160 (CP 1875) – Wilde – Partido de Avellaneda- Pcia de Buenos Aires.**

**OBRAS SOCIALES QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONVENIO**

- 1) AMSA
- 2) OSDE
- 3) OSECAC
- 4) DIBA
- 5) CONSTRUIR SALUD
- 6) SWISS MEDICAL
- 7) OMINT
- 8) CONSOLIDAR
- 9) PAMI
- 10) UNION PERSONAL
- 11) OSTEL
- 12) OSPLAD
- 13) CEMIC
- 14) DOCTHOS
- 15) MEDICUS
- 16) OSPOCE
- 17) OSBA
- 18) OSME
  
- 19) Las obras sociales que se irán incorporando paulatinamente.

(09/06/2022)



**FACTURACIÓN  
RE-FACTURACIÓN**

**CONVENIO CON DROGUERIA ORIEN 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

(09/06/2022)



CONSTANCIA DE ENVIO

RAZON SOCIAL DESTINO: GLN DESTINO: CUIT DESTINO:	RAZON SOCIAL ORIGEN: SUIZO ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA GLN ORIGEN: 7798140840077 CUIT ORIGEN: 30516968431
--	--

GTIN	LOTE	SERIE	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	CANTIDAD
07795326004490	0085	C332893634	MINUSLIP DUO	1
07795345000046	00100	0202536238	VASOTENAL 20	1

Recibi conforme:

Firma

Aclaración

Transportista

Firma

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 N° 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.
414779814036002521SE0000004039	Dispensa a Paciente	PACK OSMOLITE HN RTH x 8 em.x 1000 ml	-	-	59871RND0	2017-03-01
414779814036002521SE0000004036	Dispensa a Paciente	PACK OSMOLITE HN RTH x 8 em.x 1000 ml	-	-	54735RND0	2016-19-01
414779814036002521SE0000004037	Dispensa a Paciente	PACK OSMOLITE HN RTH x 8 em.x 1000 ml	-	-	54735RND0	2016-19-01
414779814036002521SE0000004038	Dispensa a Paciente	PACK OSMOLITE HN RTH x 8 em.x 1000 ml	-	-	54735RND0	2016-19-01