

CONVENIO FEFARA DISPENSA
TRATAMIENTOS ESPECIALES –ORIENTE

MOD. 165-NORMAS

(13/08/2024)

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:

Una vez que la farmacia recibe la medicación, debe realizar la correspondiente validación y traza en el plan FEFARA Dispensa TR. ESP. ORIENTE OBRAS SOCIALES SSS HEMOFÍLICOS (En Observer Gestion: dentro del menú Ventas-Recetas-cálculo de recetas pendientes), donde imprime una OPF, en esta operación certifica la entrega de los productos. Datos a ingresar en la validación:

* En el lugar de número de recetario=número de remito (12 dígitos).

* Fecha de prescripción=fecha de receta.

*Productos que se van a entregar.

Recuerde que cumpliendo con la normativa vigente es obligatoria la trazabilidad de los productos que así lo requieran. El Afiliado debe firmar y completar todos los datos de la OPF, en el remito y la receta. La Farmacia debe firmar y sellar la receta, el remito y OPF.

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 recibirá el pedido a través del operador logístico OCA. Una vez recibido el pedido, deberá dar conformidad al remito ORIGINAL, completando todos los campos solicitados (Nombre y Apellido de quien recibe en la farmacia, firma, fecha y DNI).

La farmacia deberá realizar la correspondiente validación y traza en el plan FEFARA Dispensa TR. ESP. ORIENTE PAMI HEMOFÍLICOS (dentro del Observer Gestion en el menú Ventas- Recetas-cálculo de recetas pendientes) e imprimir la correspondiente OPF. El

CONVENIO FEFARA DISPENSA
TRATAMIENTOS ESPECIALES –ORIENTACIONES

MOD. 165-NORMAS

(13/08/2024)

paciente para retirar la medicación deberá presentar: Receta ORIGINAL (Validez 30 días), DNI, Carnet de Pami. En caso que retire un tercero: Receta original (Validez 30 días), DNI, Carnet de afiliado.

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 para su cambio.
- b) Controlar que los medicamentos prescritos 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 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) 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 además 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
- En aquellos casos en los que los medicamentos entregados poseen troquel, éstos NO deben ser sacados ni adheridos a la receta. En su lugar debe estar todo correctamente trazado y asociado a la Obra social y al afiliado.
- Comprobante de validación on line (OPF) firmado por afiliado o tercero, aclaración y N° de documento. Y firmado y sellado por la Farmacia.
- Acondicionar toda la documentación tal como muestran las imágenes al final de la presente Norma.
- Remito propio de la farmacia: firmado y completo por el afiliado con aclaración y N° de documento. También debe llevar firma del DT y 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 y número de afiliado
 - Obra Social (PAMI, si corresponde)La misma debe estar firmada por afiliado o tercero, con aclaración y N° de documento, y firmada y sellada por la Farmacia.
- Factura de honorarios

DE LA FACTURACIÓN DE HONORARIOS

La FARMACIA quincenalmente 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 –ORIEN

MOD. 165-NORMAS

(13/08/2024)

REMITO N° 0012

RESPONSABLE RECIBO

CLIENTE

OSDE Rosario (RED)

FECHA

05-10-2012 - 16:42

RECIBO DE PAGO

3740197 (457.206)

REMITO:

1) Firma y sello de Farmacia
2) Firma, aclaración y DNI de afiliado o tercero

OSDE

Carilopjet na

Recomb. de mano

4000 v.

8/10/12.

Centro de Hematología

Carilopjet na

Recomb. de mano

4000 v.

FEFARA DISPENSA TR.FSD.

DOCUMENTO NO 0

CIUE:

CIUT:

Emisión:

08/07/2024

Autorización:

19/02/24 18:57

Afiliado:

Razón:

Matrícula:

[564] Importe de servicios profesionales por la dispensa de medicación oncológica y trat.especiales:

1 x 0,00

REQUERIDO 25 mg CCM x 28

0,00

1 x 0,00

REQUERIDO 50 mg CCM x 28

0,00

TOTAL REQUERIDO:

0,00

A CARGO AFILIADO:

0,00

A CARGO FEFARA DISPENSA:

0,00

- 1) Firma
2) Firma
afiliado

B
d
to

- TIC
1) Firma
2) Firma
afiliado
3) Datos
OPF

B
d

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				

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> FIRMA – SELLO FARMACIA </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Cantidad Total Recetas </div>