

(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:

- 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 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 MULTIFARMA S.R.L."
- 1-2) Fotocopia o triplicado del Remito de Droguería MULTIFARMA S.R.L. referenciado en el párrafo anterior. Con firma y sello de la Farmacia y del afiliado o persona que retiró la medicación.
- 1-3) RECETA médica que avala la dispensa. (No completar importes), con 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) Comprobante de Envío del Sistema Nacional de Trazabilidad (enviado por la droguería junto a la medicación), firmado y sellado por la farmacia. Ver modelo más adelante.
- 1-5) **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 pág. de ANMAT.
- 1-6) Ver ejemplo de Constancia de trazabilidad emitida por ANMAT anexo a la presente Norma.

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

(01/08/2024)

- 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

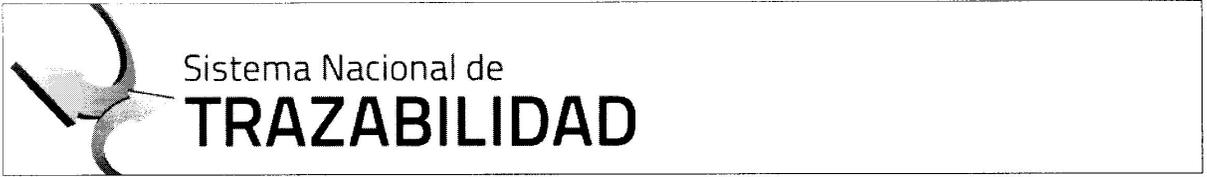
El farmacéutico presentará la factura correspondiente, Tipo "A", la que se hará de manera completa, incluyendo:

- ✓ Cantidad de dispensas realizadas.
- ✓ Monto parcial y total
- ✓ **Concepto:** "POR SERVICIO PROFESIONAL REALIZADO POR CUENTA Y ORDEN DE DROGUERIA MULTIFARMA S.R.L.. PARA LA DISPENSACION DE MEDICACION ONCOLOGICA Y PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES".
- ✓ **A nombre de:** DROGUERIA MULTIFARMA S.R.L., CUIT 30-70857235-3 (Resp. Inscripto) - Avda Colon 6200 esq Av Cárcano (CP 5003) -Ciudad de Córdoba.

OBRAS SOCIALES QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONVENIO

- 1) UNION PERSONAL
- 2) Las obras sociales que se irán incorporando paulatinamente.

(08/06/2022)



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

.....

Transportista

.....

Aclaración

.....

Firma