

(04/09/2024)

#### 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 -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 devuelve al transportista el remito triplicado debidamente firmado por la farmacia- 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:

- DOCUMENTAL DE CADA DISPENSA A PRESENTAR:
  - 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"
  - Original del Remito de Droguería ORIEN.** Con firma y datos del afiliado o tercero interviniente; firma y sello de la Farmacia y fecha de dispensa.
  - RECETA** médica que avala la dispensa. (No completar importes). Con firma y datos del afiliado o tercero interviniente, 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.
  - 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.

**(04/09/2024)**

Ver modelo de constancia de trazabilidad emitido por ANMAT y Verifarma, al final de 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

2-1) Todas los REMITOS PROPIOS DE LA FARMACIA y sus correspondientes RECETAS y REMITOS ORIGINALES DE LA DROGUERÍA, ordenados 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.**

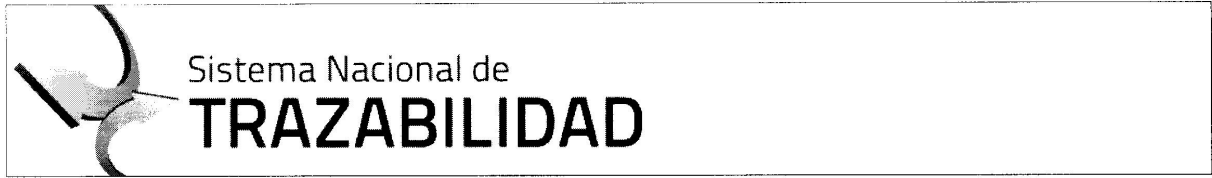
**OBRAS SOCIALES QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONVENIO**

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

20) Las obras sociales que se irán incorporando paulatinamente.



(09/06/2022)



CONSTANCIA DE ENVIO

|  |  |
|--|--|
| RAZON SOCIAL DESTINO:<br>GLN DESTINO:<br>CUIT DESTINO: | RAZON SOCIAL ORIGEN: SUIZO ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA<br>GLN ORIGEN: 7798140840077<br>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

**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 | -        | -        | 59971RND0 | 2017-03-01 |
| 414779814036002521SE0000004036 | Dispensa a Paciente | PACK OSMOLITE HN RTH x 8 em.x 1000 ml | -        | -        | 54735RND0 | 2016-10-01 |
| 414779814036002521SE0000004037 | Dispensa a Paciente | PACK OSMOLITE HN RTH x 8 em.x 1000 ml | -        | -        | 54735RND0 | 2016-10-01 |
| 414779814036002521SE0000004038 | Dispensa a Paciente | PACK OSMOLITE HN RTH x 8 em.x 1000 ml | -        | -        | 54735RND0 | 2016-10-01 |