

**CONVENIO FEFARA PROVISION DE
ONCOLOGICOS
Y TRAT. ESPECIALES**

MOD. 126-NORMAS

(27/09/2024)

**DROGUERÍAS QUE PROVEEN MEDICAMENTOS A
TRAVÉS DE ESTE CONVENIO**

A través de este convenio, se dispensarán medicamentos para afiliados de distintas obras sociales, los cuales serán entregados por las siguientes droguerías: COFARMA y ROSFAR.

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 remito dispensado por la farmacia es:

- ROSFAR \$2343.75 (pesos: dos mil trescientos cuarenta y tres, con setenta y cinco)
- COFARMA \$7674.48 (pesos: siete mil seiscientos setenta y cuatro con cuarenta y ocho).

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 -prescritos- en la farmacia o en el domicilio que el paciente, o tercero interviniente, indique.

SOLICITUD DE LA MEDICACIÓN

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, la misma se comunica a través de su Call Center con el Afiliado, consultándole en que farmacia de Red de Fefara prefiere recibir la medicación.

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

VALIDEZ DE LA RECETA

Las recetas tendrán una validez de 30 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
Diagnóstico
Firma 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 o copia autorizada por la Obra Social 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 centrodeautorizaciones@fefara.org.ar para su cambio de acuerdo al Decreto 1299/97.
- b) Controlar que los medicamentos prescritos, 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 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 el remito de la Droguería y al dorso de la receta médica original. En el caso de ser un tercero quien retira, aclara parentesco:
- f) La farmacia debe firmar y sellar: remito de la droguería, dorso de la receta médica original y remito propio.

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 o COPIA AUTORIZADA DE RECETA de prescripción de los medicamentos, a los efectos de presentar la misma para

**CONVENIO FEFARA PROVISION DE
ONCOLOGICOS
Y TRAT. ESPECIALES**

MOD. 126-NORMAS

(27/09/2024)

proceder al cobro de los HONORARIOS PROFESIONALES POR DISPENSACION.

Una vez que la farmacia recibe la medicación, debe realizar la correspondiente validación y traza en el plan FEFARA DISPENSA TR. ESP. COFARMA/ROSFAR OS VARIAS-ONCOLOGÍA y TR. ESPEC. (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 (5 dígitos o los que contenga el número de remito).

* Fecha de prescripción=fecha de la 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.

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.

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:

Las recetas **se deberán separar por Droguería**, utilizando la carátula que más adelante se adjunta y se deberá incluir la siguiente documentación:

- a) **Recetas médicas ORIGINALES**, ordenadas por fecha cronológica. Deben contener:
- i. Datos del beneficiario: Nombre y apellido - N° 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 N° de documento.**
- b) 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.

- c) Comprobante de validación on line (OPF) firmado por afiliado o tercero, aclaración y N° de documento. Y firmado y sellado por la Farmacia.
- d) **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.
- e) Acondicionar toda la documentación tal como muestran las imágenes al final de la presente Norma.
- f) **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.
- g) **Constancia de Trazabilidad:** se deberá adjuntar la "CONSTANCIA DE TRAZABILIDAD" emitida desde plataforma VARIFARMA, o también puede obtenerse de página de ANMAT-trazabilidad u Observer Gestion. La misma debe estar firmada por afiliado o tercero, con aclaración y N° de documento, y firmada y sellada por la Farmacia.

EJEMPLO DE "CONSTANCIA DE TRAZABILIDAD"

| Identificador | Estado | Descripción | Trazable | ID ANMAT | Loto | Venc. |
|--------------------------------|---------------------|--|----------|----------|-----------|------------|
| #14779814036002521SE0000004039 | Dispensa a Paciente | PACK OSIMOLITE HN RTM x 8 envs x 1000 ml | - | - | 547399400 | 2017-04-01 |
| #14779814036002521SE0000004039 | Dispensa a Paciente | PACK OSIMOLITE HN RTM x 8 envs x 1000 ml | - | - | 547399400 | 2016-10-01 |
| #14779814036002521SE0000004039 | Dispensa a Paciente | PACK OSIMOLITE HN RTM x 8 envs x 1000 ml | - | - | 547399400 | 2016-10-01 |
| #14779814036002521SE0000004039 | Dispensa a Paciente | PACK OSIMOLITE HN RTM x 8 envs x 1000 ml | - | - | 547399400 | 2016-10-01 |

- h) **Factura B ó C**, en concepto de "Servicios Profesionales por la dispensación de medicación oncológica y tratamientos especiales", la farmacia debe realizar una sola factura por el total de dispensas a presentar.

El sello de la farmacia deberá tener la siguiente información mínima:

- a) Nombre y apellido del Farmacéutico
- b) La frase "Director Técnico"
- c) Matrícula
- d) Nombre de la Farmacia
- e) Dirección de la misma.

**CONVENIO FEFARA PROVISION DE
ONCOLOGICOS
Y TRAT. ESPECIALES**

MOD. 126-NORMAS

(27/09/2024)

DE LA FACTURACIÓN DE HONORARIOS

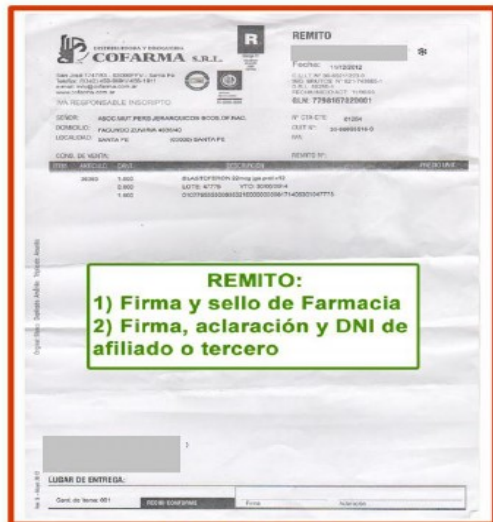
La FARMACIA realizará una Factura B ó C, por el total de la presentación, separados por Droguería, a nombre de FEFARA. – CUIT 30-70949760-6, Iva Exento, por el concepto de **“SERVICIOS PROFESIONALES POR LA DISPENSACION DE MEDICACION ONCOLOGICA Y TRATAMIENTOS ESPECIALES”**, con la sumatoria de todos los honorarios de los remitos entregados.

OBRAS SOCIALES QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONVENIO

- 1) COFARMA
 - 1-1) Jerárquico Salud.
- 2) ROSFAR
 - 2-1) OSDE

Las obras sociales que se irán incorporando paulatinamente.

ACONDICIONAMIENTO DE LAS RECETAS



FRENTE



DORSO

IMPORTANTE cuando realice el pegado de la receta al DORSO del remito; verifique que la receta no se pegue sobre la firma de conformidad del afiliado ni el sello y firma de la farmacia.

CONVENIO FEFARA PROVISION DE
ONCOLOGICOS
Y TRAT ESPECIALES
(Oncología y Tratamientos Especiales)

MOD. 126 -NORMAS

(27/09/2024)



***FACTURACIÓN
RE-FACTURACIÓN***

**CONVENIO
FEDERACION FARMACEUTICA (FEFARA)
ONCOLOGICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES**

FARMACIA.....

Código asignado por el Colegio

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

DROGUERIA:

(SEPARAR POR DROGUERIA)

**REMITO RESUMEN DE RECETAS PRESENTADAS
MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES**

DÍA MES AÑO

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| Obra Social | Receta Nro. | Beneficiario Nro. | Nomb beneficiario | Honorario |
|-------------------------|-------------|-------------------|-------------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL HONORARIOS | | | | |

| | |
|---|--|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">FIRMA - SELLO FARMACIA</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Cantidad Total Recetas</div> |
|---|--|

CONVENIO FEFARA PROVISION DE
ONCOLOGICOS
Y TRAT ESPECIALES
(Oncología y Tratamientos Especiales)

MOD. 126 -NORMAS

(27/09/2024)

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 | | | |