

CONVENIO FEFARA DISPENSA TRATAMIENTOS ESPECIALES –ORIE

MOD. 165-NORMAS

(12/12/2024)

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 el que figurará en el/los ticket de validación on line (OPF).

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:

- 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 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 ORIE, 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 **plasmática**, 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 Orién, de marca comercial IMMUNATE, de 500 UI Y 1000 UI (previa solicitud la tramita el afiliado en la delegación de PAMI).

El factor VIII en su versión **recombinante de 500 y de 1000 UI** lo tramitará el afiliado en PAMI y la farmacia deberá pasar la receta por el Conexión plus, y la medicación llegará vía Camoyte.

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.

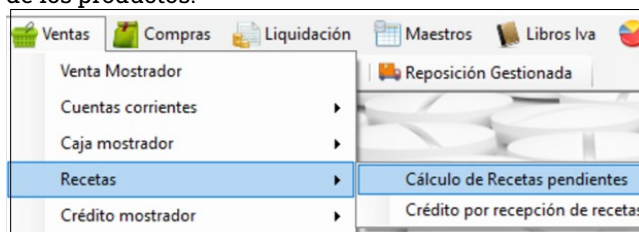
PROVISIÓN Y DISPENSA DE LA MEDICACIÓN

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. ORIE 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.

Aprobada la validación el sistema arrojará una OPF que detallará el honorario a facturar:

CONVENIO FEFARA DISPENSA TRATAMIENTOS ESPECIALES –ORIENTE

MOD. 165-NORMAS

(12/12/2024)

FEFARA DISPENSA TR. ESP. ORIENTE - OBRAS SOCIAL
DOCUMENTO NO FISCAL

Farmacia: [Redacted] Cód.: 3887
Calle: [Redacted] CUIT: [Redacted]
CÓDIGO AFILIADO: 999 Aut.: 14/08/24 11:31
Emisión: 05/08/2024 Rec.: 1032 00017585
Afiliado: [Redacted] Matr.: 2630

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

1 [Redacted] 000 UI F.A x 1	0,00	0,00	0,00
-----------------------------	------	------	------

TOTAL RECETA: 0,00
CARGO AFILIADO: 0,00
CARGO FEFARA DISPENSA TR. ESP. OR: 0,00

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 en la OPF, en el remito de droguería y de farmacia y en la receta. La Farmacia debe firmar y sellar la receta, el remito y la 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 Observador Gestión en el menú Ventas- Recetas-cálculo de recetas pendientes) e imprimir la correspondiente OPF.

OS	Convenio-Plan	Institución	Habilitado	Requiere Origen
FEFARA	FEFARA DISPENSA TR. ESP. ORIENTE OBRAS SOCIALES SSS HEMOFÍLICOS	2 Colegio de Farmacéuticos de La Pampa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
FEFARA	FEFARA DISPENSA TR. ESP. ORIENTE PAMI HEMOFÍLICOS	2 Colegio de Farmacéuticos de La Pampa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

El paciente para retirar la medicación deberá presentar: Receta ORIGINAL, 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:

- 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.
- Controlar que los medicamentos prescritos correspondan con lo entregado.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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, 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) con datos de la traza, firmado por afiliado o tercero, aclaración y N° de documento. Y firmado y sellado por la Farmacia.

**CONVENIO FEFARA DISPENSA
TRATAMIENTOS ESPECIALES –ORIE**

MOD. 165-NORMAS

(12/12/2024)

- **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**
- **Toda la documental anterior debe ir abrochada con un solo gancho en el margen superior izquierdo a fin de que no se pierda parte de esos documentos.**

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.

CIERRE DE PRESENTACIÓN

Cerrar por Observer Gestion.

**CONVENIO FEFARA DISPENSA
TRATAMIENTOS ESPECIALES -ORIENTE**

MOD. 165-NORMAS

(12/12/2024)



**FACTURACIÓN
RE-FACTURACIÓN**

**CONVENIO
FEDERACION FARMACEUTICA (FEFARA)
DISPENSA TRATAMIENTOS ESPECIALES - DROGUERIA ORIEN**

FARMACIA..... Código asignado por el Colegio

--	--	--	--	--	--	--	--	--

**REMITO RESUMEN DE RECETAS PRESENTADAS
MEDICAMENTOS TRATAMIENTOS ESPECIALES - DROGUERIA ORIEN**

DÍA MES AÑO

--	--	--	--	--	--

Obra Social	Remito Nro.	Beneficiario Nro.	Nomb beneficiario	Honorario
TOTAL HONORARIOS				

<table border="1" style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px; vertical-align: top;"> <div style="text-align: center; font-weight: bold; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">FIRMA - SELLO FARMACIA</div> </td> </tr> </table>	<div style="text-align: center; font-weight: bold; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">FIRMA - SELLO FARMACIA</div>	<table border="1" style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 40px; vertical-align: top;"> <div style="text-align: center; font-weight: bold; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Cantidad Total Recetas</div> </td> </tr> </table>	<div style="text-align: center; font-weight: bold; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Cantidad Total Recetas</div>
<div style="text-align: center; font-weight: bold; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">FIRMA - SELLO FARMACIA</div>			
<div style="text-align: center; font-weight: bold; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Cantidad Total Recetas</div>			