

CONVENIO COLEGIO - MULTIFARMA S.R.L.
(Oncología y Tratamientos Especiales)

MOD 133 NORMAS -

(15/02/2025)

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 \$11495,00 (pesos: once mil cuatrocientos noventa y cinco 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:

- 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 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:

CONVENIO COLEGIO - MULTIFARMA S.R.L.
(Oncología y Tratamientos Especiales)

MOD 133 NORMAS -

(15/02/2025)

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

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

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.

DE LA FACTURACIÓN DE HONORARIOS

(08/06/2022)



FACTURACIÓN RE-FACTURACIÓN

CONVENIO CON DROGUERIA MULTIFARMA S.R.L. ONCOLOGICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES

FARMACIA:

Código asignado por el Colegio

DÍA

MES

AÑO

--	--	--

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

REMITO RESUMEN DE RECETAS PRESENTADAS

Obra Social – prepago	Cantidad de Recetas	Importe Total honorarios

FIRMA – SELLO FARMACIA	TOTAL DE RECETAS	TOTAL HONORARIOS

(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

Recibí conforme: _____
Firma

Transportista

Aclaración

Firma