

**CONVENIO COLEGIO -SCIENZA ARGENTINA-**  
**OBRAS SOCIALES**  
**(Oncología y Tratamientos Especiales)**

MOD. 123- Pág. 1

**(01/03/2025)**

**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 \$8712 (pesos: ocho mil setecientos doce) 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 "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**

Dos posibilidades:

Posibilidad 1: La Obra Social solicitará a SCIENZA ARGENTINA los medicamentos. En este mismo acto se determinará cuál será la farmacia que dispense la medicación, conforme a lo solicitado por el paciente.

Posibilidad 2: El paciente presentará la receta en la Farmacia, y ésta solicitará la provisión al Colegio, quien tramitará el pedido a SCIENZA ARGENTINA.

**VALIDEZ DE LA RECETA**

Las recetas tendrán una validez de 60 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  
Diagnostico  
Firma y sello 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 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 [colfarlp@cpenet.com.ar](mailto:colfarlp@cpenet.com.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 [colfarlp@cpenet.com.ar](mailto:colfarlp@cpenet.com.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.

**CONVENIO COLEGIO -SCIENZA ARGENTINA-**  
**OBRAS SOCIALES**  
**(Oncología y Tratamientos Especiales)**

MOD. 123- Pág. 2

**(01/03/2025)**

- e) La farmacia debe firmar y sellar: remito de la droguería, dorso de la receta médica original y constancia de trazabilidad.

**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, a los efectos de presentar la misma para proceder al cobro de los HONORARIOS PROFESIONALES POR DISPENSACIÓN.

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.

**REMITO PROPIO – Cierre Circuito Económico**

Cuando realiza la dispensa de medicación para este tipo de convenios deberá cerrar el circuito económico de la entrega, confeccionando un remito propio que deje constancia que lo que ingresó en la Farmacia fue dispensado y egresó.

**DE LA PRESENTACIÓN Y LIQUIDACIÓN**

**PERÍODOS DE PRESENTACIÓN:** Los remitos deberán ser presentados dentro de la misma quincena de validado o a más tardar la quincena siguiente. Pasado este plazo, la farmacia, corre el riesgo de percibir débitos por un monto equivalente al valor del medicamento. La facturación se elevará al Colegio en forma QUINCENAL, con la siguiente documentación:

Utilizando la carátula que más adelante se adjunta, 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 al dorso de la misma.

- b) En aquellos casos en los que los medicamentos entregados poseen troquel, éstos deben adherirse a la receta al momento de presentarla en el Colegio.

- c) Remito Duplicado 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.

Las fechas de las recetas pueden ser iguales a la fecha de los remitos o hasta 30 días anteriores a la fecha de los remitos, pero nunca posteriores.

\*Nota: momentáneamente se podrá rendir el Remito Triplicado o cuadruplicado, y devolver conformado por la Farmacia el Duplicado y Original.

Esto no aplica para cuando la obra social es IOSFA, la que exige que se haga conformar por el afiliado y se rinda el remito ORIGINAL.

- d) Constancia de Trazabilidad (Constancia de Transmisión según el sistema): Siempre debe adjuntarse este documento.

**EJEMPLO DE "CONSTANCIA DE TRAZABILIDAD"**

COMPROBANTE DE TRANSMISIÓN 2016-05-17  
OBRA SOCIAL: DE TRABAJADORES SOCIOS DE LA ASOCIACION MUTUAL DEL PERSONAL JERARQUICO DE BANCOS OFICIALES NACIONALES- 0039R00380693  
COD. RMOB: 2007  
CUIT: 30886655180

Farmacia:  
F FRONTINI - CRLP  
CUIT: 20217048317  
GLN: 990277900003  
Domicilio: Calle 1 Nº 936 - GRAL. PRDO - LA PAMPA

Afiliado:  
RUBIO DANIEL  
Número de Afiliado: 254550  
CUIL/DNI:  
Domicilio: CALLE 5 -

Identificador	Estado	Descripción	Trazable	SI ANMAT	Lote	Venc.
4147798140200025215E0000004039	Dispensa a Paciente	PACK OSMOLITE 100 RTN + 8 ml x 1000 ml	-	-	54799040	30/06/1641
4147798140200025215E0000004036	Dispensa a Paciente	PACK OSMOLITE 100 RTN + 8 ml x 1000 ml	-	-	54799040	30/06/1641
4147798140200025215E0000004037	Dispensa a Paciente	PACK OSMOLITE 100 RTN + 8 ml x 1000 ml	-	-	54799040	30/06/1641
4147798140200025215E0000004038	Dispensa a Paciente	PACK OSMOLITE 100 RTN + 8 ml x 1000 ml	-	-	54799040	30/06/1641

El sello de la farmacia deberá tener la siguiente información:

- a) Nombre y apellido del Farmacéutico

**CONVENIO COLEGIO -SCIENZA ARGENTINA-  
OBRAS SOCIALES  
(Oncología y Tratamientos Especiales)**

MOD. 123- Pág. 3

**(01/03/2025)**

- b) La frase "Director Técnico"
- c) Matrícula
- d) Nombre de la Farmacia
- e) Dirección de la misma.

**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 MEDIFARM S.A. - SCIENZA ARGENTINA PARA LA DISPENSACION DE MEDICACION ONCOLOGICA Y PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES".
- ✓ A nombre de: MEDIFARM S.A. - SCIENZA ARGENTINA, CUIT 30-68178305-5 (Resp. Inscripto) - Av. Garay 437 - C.A. de Bs. As.

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

- 1) AVALIAN (Ex ACA SALUD)
- 2) ANDAR
- 3) APSOT
- 4) JERÁRQUICO SALUD
- 5) ASOC MUTUAL SANCOR
- 6) ASOCIART SA
- 7) CONF EPISCOPAL ARGENTINA
- 8) FUND SERV SOCIALES TECHINT
- 9) IOSFA
- 10) MEDICUS
- 11) MEDIFE
- 12) MUTUAL FEDERADADA
- 13) OPDEA
- 14) OSALARA
- 15) OSPEPRI
- 16) O.S. PERSONAL DE FCIA
- 17) O.S. PERS DE LA IND ALIMENT
- 18) OSFATLYF
- 19) O S PETROL Y GAS PRIVADO
- 20) O.S. PERS DE LA IND FIDEERA
- 21) O.S. PERS IND MOLINERA
- 22) O.S. SERENOS DE BUQUES
- 23) OSMATA
- 24) OSDE
- 25) OSPEDYC
- 26) OSPIDA
- 27) SANCOR MEDICINA PRIVADA SA
- 28) SEMPRE
- 29) SWISS MEDICAL

**30) UNION PERSONAL**

**FUNCIÓN DE CADA REMITO**

1	2	3	4
REMITO ORIGINAL	REMITO DUPLICADO	REMITO TRIPLICADO	REMITO CUADRIPLICADO
↓			
SIRVE PARA QUE PUEDA FIRMARLE AL DISTRIBUIDOR POR LA MEDICACIÓN QUE RECIBIÓ EN SU FARMACIA	<b>SE ENCUENTRA DENTRO DEL BULTO</b> SIRVE PARA QUE EL AFILIADO CONFORME CON TODOS SUS DATOS	SIRVE PARA QUE PUEDA ARCHIVAR EN SU FARMACIA	SIRVE PARA QUE PUEDA ENTREGAR AL AFILIADO SI ASÍ LO QUISIERA

El citado esquema, hasta nuevo aviso, puede variar dado que personal de OCA, solicita devolver conformado por la Farmacia, el Remito Original y Duplicado, por lo tanto se acepta que la Farmacia rinda para su liquidación los Remitos triplicados o Cuaduplicados.

CONVENIO COLEGIO -SCIENZA ARGENTINA-  
OBRAS SOCIALES  
(Oncología y Tratamientos Especiales)

MOD. 123- Pág. 4

(01/03/2025)

(09/06/2022)



**FACTURACIÓN  
RE-FACTURACIÓN**



**CONVENIO  
COLEGIO FARMACEUTICO DE LA PAMPA  
SCIENZA ARGENTINA  
CITOSTÁTICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES**

FARMACIA.....

Código asignado por el Colegio

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

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

DÍA                      MES                      AÑO

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

Obra Social	Receta Nro.	Beneficiario Nro.	Nombre beneficiario
<b>TOTAL HONORARIOS</b>			

Cantidad Total Recetas

FIRMA – SELLO FARMACIA

(09/06/2022)

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			