

(01/09/2025)

**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 \$13506,00 (pesos: trece mil quinientos seis 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. No escribir sobre la caja del medicamento.
- d) Conservación adecuada de los medicamentos mientras están en la farmacia, particularmente asegurando la cadena de frío.
- e) Entrega de los medicamentos prescriptos

**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.

RECEPCIÓN: La FARMACIA recepciona la medicación acompañada de la siguiente documentación:

- Remito META ORIGINAL queda en Farmacia.
- Remito META DUPLICADO requiere la conformación de recibido por Farmacia. Con sello y firma del Director Técnico Farmacéutico y se devuelve al transportista que entrega la medicación. Atención: el sello debe contener nombre, apellido y matrícula profesional del DT Farmacéutico.
- Remito META TRIPLICADO es el que debe enviarse con la rendición a la droguería.

DISPENSA: el farmacéutico dispensa según las Buenas Prácticas de Dispensación, con la siguiente documentación:

1. Receta, debe ser una prescripción médica y no de un diagnóstico o forma de aplicación.  
La receta debe tener firma y sello del médico en original. No son válidas las copias de recetas, recetas digitales o electrónicas. No debe realizarse la entrega de los medicamentos si no cumplen estas condiciones.

Es necesario controlar:

- Nombre y número del afiliado. Debe coincidir en receta y en remito de la droguería
- Producto y cantidad de medicamentos. Debe coincidir lo recetado con lo enviado y lo que figura en el remito de la droguería.
- Una vez entregada la medicación, el dorso de la receta debe ser conformado por el titular o tercero interviniente, y firmado y sellado por DT Farmacéutico.

2. Remito META TRIPLICADO. Al pie debe constar sello y firma del DT Farmacéutico. Fecha de dispensación. Conformidad de quien retira, con firma, aclaración y número de DNI.

El sello de la farmacia debe tener nombre, apellido y matrícula profesional del DT farmacéutico. La información del sello debe ser totalmente legible.

3. Remito de la farmacia, por cada receta dispensada.
4. Comprobante impreso de Trazabilidad. La fecha en que la documentación es trazada (y que figurará en el comprobante impreso) nunca debe ser anterior a la fecha de la receta ni a la fecha en que la medicación es entregada al paciente. Debe contar el citado comprobante con sello y firma del Director Técnico Farmacéutico.

La FARMACIA deberá retener del paciente o tercero interviniente la respectiva RECETA de prescripción de los medicamentos, excepto en el caso de afiliados de SEMPRE donde la receta quedará en poder de la obra social o que esté indicada la no presentación en el remito de META (*leer siempre las observaciones al pie del Remito*), 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.

**MUY IMPORTANTE**  
El remito de la Droguería debe tener fecha posterior a la fecha de la receta médica. La fecha de dispensa y de trazabilidad debe ser posterior a la fecha de la receta.

(01/09/2025)

VALIDEZ DE RECETAS: VER CUADRO AL FINAL DE LA NORMA.

RECETA: Tener en cuenta las aclaraciones que figuran en el Remito META con el que llega la medicación (abajo, a la izquierda), ahí indicará si el paciente entrega o no receta. En caso de error por parte del afiliado/tercero interviniente o del Director técnico Farmacéutico, el mismo debe ser salvado con sello y firma del DT Farmacéutico.

SANDOZMSN: Completar formulario del Ministerio. Adjuntar fotocopia de DNI del titular y del tercero interviniente.

BUENOS AIRES PROFE (PROGRAMA FEDERAL – Incluir Salud de Bs. As)

Para la dispensa no se requiere exigir la receta. Sí, se requiere: Adjuntar fotocopia de DNI y de la credencial de subsidio del beneficiario. Si retira un tercero interviniente, corroborar al pie del remito que esté autorizado (si no figura allí, no entregar) y adjuntar fotocopia de su DNI. Adjuntar comprobante de Traza o SNT (según corresponda).

En el remito, el convenio se identifica así:

El formulario de Remito META muestra la siguiente información:

- Remito:** Nro 0030-04043766, Original, Fecha: 22/08/2018.
- Cliente:** 4002: IOMA INSTITUTO DE OBRA MEDICO DE INST. DE OBRA MEDICO ASIST. Domicilio: CALLE 48 N° 698, C.U.I.T.: 30-88824992-7, Localidad: B1900AHH LA PLATA, Cond: RESPONSABLE INSCRIPTO.
- Remito de entrega:** Domicilio de entrega: 72289, Referencia: 27-13492390-9, Localidad: (1653) VILLA BALLESTER, Hora de entrega: 8.30 A 13 Y 16 A 20 HS.
- Receta:** 117048, Nro. Pedido: PEDIDO 73915, Nombre: RINOS, GLN Destino: 111902.
- Transportistas:** Una tabla con 4 columnas: Transportista, Domicilio, C.P., Localidad, Provincia, C.U.I.T., ZONA. Incluye empresas como ESAGION SEGURIDAD S.A., NG LOGISTICA SRL, OCASA ORG.COORRIER ARG. S., ORG. COORD. ARG. S.R.L., SUZOO ARGENTINA S.A., ANZA PTEL. PERON 1289 1°A, INT ANALOS 5537 PISO 1 B, ECHIVERRIA 1282, JURAMENTO 780, MONTE 801, SAN MIGUEL, MUNDO, CAPITAL FEDERAL, CAPITAL FEDERAL, CAPITAL FEDERAL.

ABBOTT LOG PROGRAMA JUNTOS, AC. SOCIAL Y OSPLOG DEST

Adjuntar fotocopia de DNI de la persona que retira. Si retira un tercero interviniente, corroborar que esté autorizado al pie del Remito META. Si retira el titular corroborar si se solicita fotocopia del DNI y adjuntarla.

Las personas autorizadas para realizar el retiro de la medicación figuran al pie de página de Remito Meta en las observaciones. En caso de tratarse de un tercero interviniente no autorizado en Remito META, se requiere de una nota de autorización tramitada por el Ministerio de Acción Social, o que la persona que retira tenga autorización del titular al reverso de la fotocopia del DNI del titular con firma, junto a la copia del DNI del tercero también.

NO ENTREGAR LA MEDICACIÓN SI NO LA POSEE.

OSMATA

Sólo se acepta receta original para la dispensa de la medicación.

Es importante que al momento de la Dispensa la farmacia verifique que el n° de la receta que figura en su borde superior derecho, sea el mismo que el n° de receta que figura en el remito META.

El número de Receta en el remito META lo podrán visualizar tal como se aprecia en la siguiente imagen:

El formulario de Remito META muestra la siguiente información:

- Remito:** Nro 00030-05896176, Duplicado, Fecha: 21/04/2020.
- Cliente:** 40165: OSMATA DE OBRA SOCIAL DEL SINDICATOS DE MECANICOS Y AFINES Domicilio: AVDA. BELGRANO 958, C.U.I.T.: 30-59041283-1, Localidad: 1092 CAPITAL FEDERAL, Cond: RESPONSABLE INSCRIPTO.
- Remito de entrega:** Domicilio de entrega: LIBERTAD 6100, Referencia: 27-13492390-9, Localidad: (1653) VILLA BALLESTER, Hora de entrega: 8.30 A 13 Y 16 A 20 HS.
- Receta:** 117048, Nro. Pedido: PEDIDO 73915, Nombre: RINOS, GLN Destino: 111902.

Solamente la receta que figura en el Remito de Droguería META, es la Autorizada por la Obra Social para la entrega de la medicación de dicho pedido al afiliado.

PARA PROFE (Todas las provincias)

Si retira un tercero interviniente, corroborar al pie del Remito META en observaciones que esté autorizado. No entregar la medicación si no está autorizado. Solicitar fotocopia del DNI del tercero interviniente y del afiliado.

PROGRAMA PFIZER incluye los siguientes convenios

- 1.1. ANHELOSP
- 1.2. VITALIZARP
- 1.3. SUGUIAP
- 1.4. ENCUEENTROP
- 1.5. CTACTERTO (sólo recetas que comienzan con PF)

El paciente retira mencionando el número de receta y se lo identifica con un número en el campo de afiliado y con la sigla PF anterior a dicho número. Un mismo paciente puede retirar dos remitos con el mismo número de receta. Firma el remito original como constancia de retiro pero ese documento debe quedar en la farmacia. En los casos que se autorice el retiro de un tercero, figurará el mismo al pie del remito en observaciones.

**IMPORTANTE:** dentro del Programa Pfizer, cuando el producto sea un KIT, llevarán una bolsa sellada hasta la entrega del paciente o devolución a Droguería. Por favor no abrir, ni quitar esta protección Esto es importante para evitar futuros reclamos, sino en caso de gestionar la devolución, la misma no podrá ser realizada. Los remitos irán sueltos en la caja que contiene el kit embolsado.

Para facturar los honorarios de dispensa deberán adjuntar el comprobante de traza, con cada remito, a la factura de honorarios y la liquidación correspondiente de remitos que presenten. En caso de que un remito contenga productos NO TRAZABLES, adjuntar a la receta, conformados (firmados por el afiliado o quien retira), el remito Triplicado o Remito original o copia de estos.

SCRUZ FC

Único caso en que los afiliados podrán presentarse con copia de receta. Ante inconvenientes contactarse al correo [sistemas@css.gov.ar](mailto:sistemas@css.gov.ar)

IPROSS RN

(01/09/2025)

Al conformar el remito, sino retira el titular, quien retire debe aclarar el parentesco con el paciente.

IOSFA

El Remito original (no el triplicado) es el que debe estar conformado por el paciente o la persona que retire. Debe aclarar parentesco sino es el titular quien retira.

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 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:
  - 1-1) Triplicado del Remito de Droguería Meta completo con la información indicada en DISPENSA. Excepto IOSFA y PROFE que se presenta con Remito Meta Original.
  - 1-2) RECETA médica que avala la dispensa. (No completar importes).  
En aquellos casos en los que los medicamentos entregados poseen troquel, éstos deben quedar adheridos a la receta.
  - 1-3) Remito propio de la farmacia.
  - 1-4) 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" impresa.

EJEMPLO DE "CONSTANCIA DE TRAZABILIDAD"

--- Constancia de Trazabilidad ---

Evento: 111 Dispensa al Paciente

Resp. A.N.M.A.T.: OK

ID Transacción: 938054902

Fecha y hora: 16/03/2016 11:16:03/2016

Obra Social: OSDE

RNOS O.S.: 211947

Afiliado N°: 17888011

Afiliado: Juan Perez

GTIN-SERIE

07795345013848-0208162718

La misma debe estar firmada por el Director Técnico, con su sello correspondiente. Aclaración: el sello debe tener Nombre completo del Director Técnico, con su matrícula.

- 2.) DOCUMENTAL A PRESENTAR PARA LA LIQUIDACION QUINCENAL
  - 2-1) Carátula de Presentación de este convenio.
  - 2-2) Todas los REMITOS y sus correspondientes RECETAS, ordenadas por fecha, enunciados en el punto anterior, mas sus constancias de trazabilidad.
  - 2-3) Una FACTURA DE HONORARIOS por la totalidad de las recetas dispensadas en el periodo por todas las obras sociales/prepagos

(\*) Excepto en el caso de SEMPRE donde la receta quedará en poder de la obra social.

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 DROGUERIA META SA. PARA LA DISPENSACION DE MEDICACION ONCOLOGICA Y PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES".
- ✓ A nombre de: DROGUERIA META S.A., CUIT 30-66183877-5
- ✓ (Resp. Inscripto) –Sarmiento 459 Piso 6 – Capital Federal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

ENMIENDAS

En caso de error por parte del afiliado/tercero (en su aclaración, su DNI o su domicilio) o error del Director Técnico Farmacéutico, el mismo debe ser salvado con sello y firma del DT. Ya sea errores tales como: Tinta remarcada, correcciones, cambio de tinta, letra o números ilegibles.

\*El sello debe ser legible en su totalidad.

(01/09/2025)

OBRAS SOCIALES QUE FORMAN PARTE DEL  
PRESENTE CONVENIO

- 1. ABBOTT LOG PROGRAMA JUNTOS (HUMIRA)
- 2. AC SOCIAL
- 3. ACLISA
- 4. CASA
- 5. COBENSIL
- 6. DESRONOSDE
- 7. DSERONOINT
- 8. GALENO
- 9. IOMA
- 10. IOSFA
- 11. MUTUAL E. RIOS
- 12. OPLOG-DEST
- 13. OPLOG-LAB
- 14. OPLOG-OSDE
- 15. OSAMOC
- 16. OSCEARA
- 17. OSDE
- 18. OSDE APE
- 19. OSDE APE SUC
- 20. OSDE SUC
- 21. OSDEPYM
- 22. OSECAC MORON
- 23. OSFOT
- 24. OSMATA
- 25. OSPAÑA
- 26. OSPIL
- 27. OSPM
- 28. OSPREM
- 29. OSPSMBA
- 30. OSTVLA
- 31. PASTEUR
- 32. PASTEUR SUR
- 33. PATRONESCA
- 34. PROFE (todas las pcias)
- 35. PROGRAMA PFIZER
- 35.1. ANHELOSP
- 35.2. VITALIZARP
- 35.3. SUGUIAP
- 35.4. ENCUEENTROP
- 35.5. CTACTERTO (Sólo nº de recetas que comiencen con PF)
- 36. SADAIC
- 37. SANDOZMSN
- 38. SCIS
- 39. SEMPRES
- 40. SERONO
- 41. SIMECO
- 42. TUTEUR DIS
- 43. Las obras sociales que se irán incorporando paulatinamente.

CONVENIO COLEGIO - META  
(Oncología y Tratamientos Especiales)

(01/09/2025)

Validez de las recetas según Convenio:

CONVENIO	APROBADO	REQUISITO DE RECETA	VIGENCIA RECETA
ABBOTT_LOG		VER OBSERVACIONES REMITO	90 DIAS
AC SOCIAL		NO	
APROSS FC		SI	N/A
ASE		SI	30 DIAS
AVALIAN		SI	60 DIAS
CCESPECIAL	AQLISA	NO	
CCESPECIAL	AMPARM	SI	
CCESPECIAL	AMUR	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	CASA	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	OMP	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	COBENSIL	SI	54 DIAS
CCESPECIAL	CORSAL	NO	
CCESPECIAL	DM SALUD	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	EMSYS	NO	
CCESPECIAL	FEMECHACO	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	GUINCHEROS	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	MUTUAL E RIOS	SI	54 DIAS
CCESPECIAL	OSAMOC	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	OSCARA	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	OSDEPYM	SI	54 DIAS
CCESPECIAL	OSCAC MORON	SI	54 DIAS
CCESPECIAL	OSFATUN	SI	
CCESPECIAL	OSFOT	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	OSPANA	SI	54 DIAS
CCESPECIAL	OSPAT	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	OSPEBA	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	OSPFESIQYF	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	OSPM	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	OSPREM	SI	54 DIAS
CCESPECIAL	OSPSIP	SI	
CCESPECIAL	OSPSMBA	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	OSSACRA	SI	45 DIAS
CCESPECIAL	OSTV	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	OSTVLA	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	PASTELEROS	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	SADAIC	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	SALUD ROSARIO	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	SCIS	NO	
CCESPECIAL	VESALIO	SI	30 DIAS
CCESPECIAL	W HOPE	SI	30 DIAS
ORMED_MAT	MERCEDES BENZ	SI	30 DIAS
ORMED_MAT	SAMI	SI	30 DIAS
DADSE		NO (COPIA DNI AFILIADO Y ZERO)	
DOPLOGSDE		SI	54 DIAS
DSERONOINT		SI	54 DIAS
DSERONOSDE		SI	54 DIAS
FEDERADA		SI	30 DIAS
GALENO		SI	30 DIAS
IOMA_DIRECT		NO	
IOSFA_LIC		SI, ORIGINAL O COPIA	
IPROSS_RN		NO	
MEDIFE		SI	30 DIAS
MEDIMAS		SI	
OPLOG_DEST		SI	30 DIAS
OPLOG_LAB		VER OBSERVACIONES REMITO	30 DIAS
OSDE		SI	54 DIAS
OSDE APE		SI	54 DIAS
OSDE SUC		SI	54 DIAS
OSDEAPESUC		SI	54 DIAS
OSMATA*		SI	30 DIAS*
OSMATAAPE*		SI	30 DIAS*
OSMATASURHV*		SI	30 DIAS*
OSPACP		SI	60 DIAS
OSPE SALUD		SI	30 DIAS
OSPIL		SI	45 DIAS
OSPREMZA		SI	30 DIAS
PASTEUR		SI	30 DIAS
PASTEURSUR		SI	30 DIAS
PATRONESCA		SI	30 DIAS
PROFE		NO	
SCRUZ FC		SI, ORIGINAL O COPIA	60 DIAS
SEMPRE		NO	
TUTEUR DIS		SI	54 DIAS
UNION PERS		SI	30 DIAS
YPF		SI	54 DIAS
YPF_SUR		SI	54 DIAS

➤ Programa Pfizer

CONVENIO	APROBADO	REQUISITO DE RECETA ORIGINAL	VIGENCIA RECETA
ANHELOSP		NO	
CTACTERTO (SOLO N°RECETAS QUE COMIENCEN CON "PF Y PD ")		NO	
ENCUENTROP		NO	
PSDAP		NO	
SUGUIAP		NO	
VITALIZARP		NO	

(01/09/2025)



**FACTURACIÓN  
RE-FACTURACIÓN**



CONVENIO CON DROGUERIA META S.A.  
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

	TOTAL DE RECETAS	TOTAL HONORARIOS

(01/09/2025)

FIRMA – SELLO FARMACIA		
------------------------	--	--