

(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.

MEDICAMENTOS A DISPENSAR

Las Farmacias únicamente podrán dispensar a los beneficiarios de las "OBRAS SOCIALES" alcanzadas por este convenio los medicamentos y productos remitidos por la DROGUERIA" identificados con su código único de trazabilidad no estando autorizada a dispensar medicamentos que tenga en su stock. Los medicamentos y productos enviados por la Droguería son solo aquellos que han sido autorizados a cada beneficiario por la "OBRA SOCIAL".

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.

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  
Diagnostico  
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 [colfarlp@cpenet.com.ar](mailto:colfarlp@cpenet.com.ar) para su cambio de acuerdo al Decreto 1299/97.
- b) Controlar que los medicamentos prescritos, correspondan 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.
- e) La farmacia debe firmar y sellar: remito de la droguería y dorso de la receta médica original

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 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

(01/09/2025)

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 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:

Las recetas se deberán presentar 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 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) Copia del 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.
- d) Remito de la farmacia por cada receta.
- e) 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.

EJEMPLO DE “CONSTANCIA DE TRAZABILIDAD”



Sistema Nacional de  
**TRAZABILIDAD**

CONSTANCIA DE ENVIO

RAZON SOCIAL DESTINO:  
C.A.N. DESTINO:  
C.U.I.T. DESTINO:

RAZON SOCIAL ORIGEN: SEDE ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA  
C.A.N. ORIGEN: 7701484807  
C.U.I.T. ORIGEN: 30409401

COD.	LABE	SERIE	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	CANTIDAD
07701484807	8085	C1209454	MEDICAMENTO 1	1
07701484807	8090	C2021021	TRATAMIENTO 2	1

Fecha entrega:

Firma

Traspasista

Firma

Firma

NOTA:

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.

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 NEO SALUD PARA LA DISPENSACION DE MEDICACION ONCOLOGICA Y PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES”.
- ✓ A nombre de: PRISAL GROUP S.A. (DROGUERIA NEO SALUD), CUIT 30-70894816-7 (Resp. Inscripto) – calle Conesa N° 3774, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1429ALR)

OBRAS SOCIALES QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONVENIO

- 1-1) SIMEPA
- 1-2) OSDOP
- 1-3) OSSIMRA: Obra Social de Supervisores de la Industria metalmecánica de la República Argentina
- 1-4) HEALTHY SA SALUD (Medicron) por Obra Social Sanidad de la Sanidad de la República Argentina
- 1-5) OSALARA :Obra Social de Agentes de Lotería y Afines de la República Argentina
- 1-6) OBRA SOCIAL del PERSONAL de PRENSA de la República Argentina

Las obras sociales que se irán incorporando paulatinamente.

**FACTURACIÓN**  
**RE-FACTURACIÓN**

# SIMEPA

FARMACIA.....

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

## DÍA                      MES                      AÑO

DATE	TIME	NAME

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

	Cantidad Total Recetas
FIRMA – SELLO FARMACIA	

