

(17/12/2025)

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 \$14111,00 (pesos: catorce mil ciento once 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.

VALIDEZ DE LA RECETA

Ver cuadro al final de la presente norma.

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 devuelve al transportista el remito triplicado debidamente firmado por la farmacia- 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. El afiliado o tercero interviniente, firmará de conformidad el REMITO PROPIO DE LA FARMACIA correspondiente, aclarando la firma y colocando domicilio completo, Tipo, número de documento y fecha. Los afiliados con SIGLAS, conforman con sus siglas (remito + receta).

La FARMACIA deberá retener del paciente o tercero interviniente la respectiva RECETA original 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.

Constatar con el afiliado que los productos que retira son los que consume (en especial, diferente marca comercial cuando se prescribe por activo).

La firma del remito por el paciente significa conformidad con el pedido entregado. No se aceptan devoluciones una vez dispensado.

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

(17/12/2025)

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) 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 ORIEN"
- 1-2) Original del Remito de Droguería ORIEN. Con firma, aclaración, DNI y teléfono del afiliado o tercero interviniente; firma y sello de la Farmacia y fecha de dispensa. Los afiliados con SIGLAS, conforman con sus siglas (remito + receta).
- 1-3) RECETA médica original que avala la dispensa. (No completar importes). Con firma y datos del afiliado o tercero interviniente, 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) 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 Verifarma o ANMAT. Dicha constancia debe tener el tamaño de una hoja A4, a fin de que los datos como num. de serie puedan leerse con el realce y el tamaño adecuado.
- Ver modelo de constancia de trazabilidad emitido por ANMAT, al final de 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 y REMITOS ORIGINALES DE LA DROGUERÍA, ordenados 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

DE LA FACTURACIÓN DE HONORARIOS

El farmacéutico presentará la factura correspondiente, Tipo "A" o "C", 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 ORIEN ARGENTINA SA. PARA LA DISPENSACION DE MEDICACION ONCOLOGICA Y PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES".
- ✓ A nombre de: ORIEN ARGENTINA S.A., CUIT 30-71153461-6 (Resp. Inscripto) – Paysandú 160 (CP 1875) – Wilde – Partido de Avellaneda- Pcia de Buenos Aires.

OBRAS SOCIALES QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONVENIO

- 1) AMSA
- 2) OSDE
- 3) OSECAC
- 4) IOSFA
- 5) DIBA
- 6) CONSTRUIR SALUD
- 7) SWISS MEDICAL
- 8) OMINT
- 9) CONSOLIDAR
- 10) PAMI
- 11) UNION PERSONAL
- 12) OSTEL
- 13) OSPLAD

(17/12/2025)

- 14) CEMIC
- 15) DOCTHOS
- 16) MEDICUS
- 17) OSPOCE
- 18) OSBA
- 19) OSME
- 20) Las obras sociales que se irán incorporando paulatinamente.

OOSS	VIGENCIA DE RECETA
ACA SALUD	60
FERROVIARIOS INTERIOR	60
FERROVIARIOS CABA	30
SWISS HIV	30
SWISS DBT	60 - LAS CANTIDADES NO COINCIDEN EN LAS RECETAS
GALENO DIABETES	60
PORTUARIOS	60
OSSACRA DBT	60
FIDEI SALUD	30
PREVENCION HIV	30
PREVENCION DBT	60
IOSFA DBT	60
MEDIFE HIV	30
OSPOCE	30
OSDOP DBT	6 MESES
OSUOMRA (UOM)	60
DAS	30
OSPEDYC DBT	6 MESES
OSCEP (C100766) DBT	60
OSSDEB (C100765) DBT	60
ASSPE (C100358) DBT	60
OSPIL	30
OSPRERA	60
OSIAD	60
IPROSS	ADJUNTAR REMITO DE FARMACIA SIN EXCEPCION
BOREAL	Vigencia de 6 meses una vez emitida
APUNTADORES MARITIMOS (C100869)	IMPORTANTE: Solicitar orden de entrega que les da la obra social al afiliado, sin eso, no se puede dispensar.

Swiss HIV, Sancor y Medife se indica fecha en las observaciones del remito.

Resto de las OOSS vigencia de 30 días.

(17/12/2025)



***FACTURACIÓN
RE-FACTURACIÓN***

CONVENIO CON DROGUERIA ORIEN S.A.
ONCOLOGICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES

FARMACIA:

Código asignado por el Colegio

DÍA

MES

AÑO

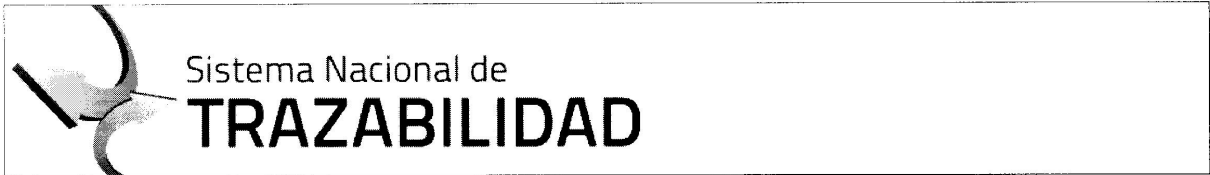
--	--	--

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

REMITO RESUMEN DE RECETAS PRESENTADAS

Obra Social – prepago	Cantidad de Recetas	Importe Total honorarios
FIRMA – SELLO FARMACIA	TOTAL DE RECETAS	TOTAL HONORARIOS

(17/12/2025)



CONSTANCIA DE ENVIO

RAZON SOCIAL DESTINO:	RAZON SOCIAL ORIGEN: SUIZO ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA
GLN DESTINO:	GLN ORIGEN: 7798140840077
CUIT DESTINO:	CUIT ORIGEN: 30516968431

GTIN	LOTE	SERIE	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	CANTIDAD
07795326004490	0085	C332893634	MINUSLIP DUO	1
07795345000046	00100	0202536238	VASOTENAL 20	1

Recibi conforme:

.....
Firma

.....
Transportista

.....
Aclaración

.....
Firma