

CONVENIO COLEGIO - META

(Oncología y Tratamientos Especiales)

MOD 128 NORMAS - Pág. 1

(01/12/2025)

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. 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 DROGUERIA 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 TRIPPLICADO 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 TRIPPLICADO. 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.**

CONVENIO COLEGIO - META

(Oncología y Tratamientos Especiales)

MOD 128 NORMAS - Pág. 2

(01/12/2025)

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 Trazo o SNT (según corresponda).

En el remito, el convenio se identifica así:

| | | |
|--|--------|-------------------|
| REMITO | | Nro 0030-04043766 |
| ORIGINAL | | Fecha: 22/08/2018 |
| <p align="center">R</p> <p align="center">DOCUMENTO NO FISICO COMO FACTURA</p> <p align="center">Codigo Nro. 84</p> | | |
| HOJA: | 1 DE 1 | |
| Cliente: 4002: IOMA (INSTITUTO DE OBRA MEDICO DE INST. DE OBRA MEDICO ASIST. _____ Domicilio: CALLE 46 N° 998 _____ C.I.U.T.: 30-82804959-7 _____ Lugar de emisión: Localidad: B1900AHM LA PLATA _____ C.I.U.T.: Celd: RESPONSABLE INSCRITO _____ Destinatario: Localidad: _____ Convenio: NO REFERIE AL CONVENIO _____ GLN Origen: 779613057054 _____ GLN Destino: BSA5_Profe _____ Comision: Receta: _____ Aprobado: Nombre: _____ Horas de entrega: _____ RNOS: _____ Transportista: Doméstico: _____ ESEACON SEGUROD S.A. AVDA. PTE. FERON 1262 1 ^{ta} _____ INT AVALOS 352371501 0 1003 SAN MIGUEL _____ OCAS COOPERATIVA ARG. S. ECO 1000 262 _____ GIR COCHI, ARG. S.R.L. JURAMENTO 780 _____ SUZO ARGENTINA S.A. MONKDE 601 1428 CAPITAL FEDERAL _____ Localidad: C.P.: _____ Proviedor: C.I.U.T.: ZONA: _____ BURNOS ARIES 3066354658 _____ BURNOS ARIES 3071424797 _____ BURNOS ARIES 3256004019 _____ BURNOS ARIES 3036200004 _____ BURNOS ARIES 3251696431 _____ | | |

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 nº de la receta que figura en su borde superior derecho, sea el mismo que el nº 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:

| | | | |
|--|------------------------------------|--|----------------------------|
|  meta | | REMOTO | Nro 00030-05896176 |
|  | | DUPPLICADO | Fecha: 21/04/2020 |
|  | | HOJA: 1 DE 1 | |
| DOCUMENTO NO VALIDO COMO FACTURA Código Nro. 91 | | | |
| DROGUERIA META S.A. AV. MITRE 3690 (B1605BLQ) MUNICIPIO BUENOS AIRES. TEL/FAX 011-4686-META (8382) IVA: RESPONSABLE INSCRIPTO | | C.U.I.T. N°30-66183877-5 ING. BRUTOS (C.M.) N°991-995245-7 IMP. INT. NO RESPONSABLE INICIO DE ACTIVIDADES: 01-09-1993 | |
| Cliente: 40165 OSMATA DE OBRA SOCIAL DEL SINDICATOS DE MECANICOS Y AFINES | Localidad: 1092 | CAPITAL FEDERAL | CAPITAL FEDERAL |
| Domicilio: AVDA. BELGRANO 665 | Cond: RESPONSABLE INSCRIPTO | | |
| C.U.I.T.: 30-59912163-1 | | | |
| Domicilio de entrega: LIBERTAD 6100 | | Localidad: (1653) | VILLA BALLESTER |
| C.U.I.T.: 27-13422390-3 | | Referencia: 8.30 A 13 Y 15 A 20 HS | Buenos Aires |
| | | Hora de entrega | |
| Gln. Origen: Convención | Receta: 117049 | DNI Afiliado: | RNDS: GLN. Destino: |

7798120570009 OSMATA Nro.Pedido: PEDIDO 73915 Nombre: 111902

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. ENCUENTROP
 - 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, llevaran una bolsa sellada hasta la entrega del paciente o devolución a Drogería. **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

IPROSS RN

CONVENIO COLEGIO - META

(Oncología y Tratamientos Especiales)

MOD 128 NORMAS - Pág. 3

(01/12/2025)

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

IOSFA

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

IOMA

Si retira un 3ro, solicitar que indique el parentesco con el afiliado.

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) Tripulado del Remito de Drogería 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 Trazo ---

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.

**CONVENIO COLEGIO - META
(Oncología y Tratamientos Especiales)**

MOD 128 NORMAS - Pág. 4

(01/12/2025)

**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. DSERONINT
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. ENCUENTROP
- 35.5. CTACTERTO (Sólo nº de recetas que comiencen con PF)
36. SADAIC
37. SANDOZMSN
38. SCIS
39. SEMPRE
40. SERONO
41. SIMECO
42. TUTEUR DIS
43. Las obras sociales que se irán incorporando paulatinamente.

CONVENIO COLEGIO - META
(Oncología y Tratamientos Especiales)

MOD 128 NORMAS - Pág. 5

(01/12/2025)

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 | ACLISA | NO | |
| CCEspecial | AMFAM | SI | |
| CCEspecial | AMUR | SI | 30 DIAS |
| CCEspecial | CASA | SI | 30 DIAS |
| CCEspecial | CMP | SI | 30 DIAS |
| CCEspecial | COBENSL | SI | 54 DIAS |
| CCEspecial | CORSAL | NO | |
| CCEspecial | DM SALUD | SI | 30 DIAS |
| CCEspecial | EMSYS | NO | |
| CCEspecial | FEMEDHACO | SI | 30 DIAS |
| CCEspecial | GUINCHEROS | SI | 30 DIAS |
| CCEspecial | MUTUAL E RIOS | SI | 54 DIAS |
| CCEspecial | OSAMOC | SI | 30 DIAS |
| CCEspecial | OSCEARA | SI | 30 DIAS |
| CCEspecial | OSDEPYM | SI | 54 DIAS |
| CCEspecial | OSECAC MORON | SI | 54 DIAS |
| CCEspecial | OSFATUN | SI | |
| CCEspecial | OSFOT | SI | 30 DIAS |
| CCEspecial | OSPARA | SI | 54 DIAS |
| CCEspecial | OSPAT | SI | 30 DIAS |
| CCEspecial | OSPEBA | SI | 30 DIAS |
| CCEspecial | OSPFESIQY* | 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 SERO) | |
| DOPLOGOSDE | | SI | 54 DIAS |
| DSERONONINT | | SI | 54 DIAS |
| DSERONOSDE | | SI | 54 DIAS |
| FEDERADA | | SI | 30 DIAS |
| GALENO | | SI | 30 DIAS |
| FORMA_DIREC | | NO | |
| IOSFA_LIO | | SI, ORIGINAL O COPIA | |
| IPROSS_RN | | NO | |
| MEDIFÉ | | 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 |
| PASTELIR | | SI | 30 DIAS |
| PASTEURSUR | | SI | 30 DIAS |
| PATRONESCA | | SI | 30 DIAS |
| PROFE | | NO | |
| SCRUZ_FC | | SI, ORIGINAL O COPIA | 60 DIAS |
| SEMPRE | | NO | |
| TUTEUM 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 | |

CONVENIO COLEGIO - META
(Oncología y Tratamientos Especiales)

MOD 128 NORMAS - Pág. 6

(01/12/2025)



**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 |
|--|------------------|------------------|
| | | |

CONVENIO COLEGIO - META
(Oncología y Tratamientos Especiales)

MOD 128 NORMAS - Pág. 7

(01/12/2025)

FIRMA – SELLO FARMACIA