

(10/06/2026)

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 **Pesos veintidós mil ciento cincuenta y cuatro (\$ 22.154).- por remito.**

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 -prescriptos- 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 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.

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

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 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 (Ver requisitos más adelante) en el cual conste detalladamente la medicación entregada y fecha de entrega, firma y sello de la misma.

El afiliado o tercero interviniente, firmará de conformidad el REMITO PROPIO DE LA FARMACIA correspondiente, aclarando la firma y colocando domicilio completo y tipo y número de documento.

La FARMACIA deberá retener del paciente o tercero interviniente la respectiva RECETA de prescripción de los medicamentos (la que debe tener fecha anterior a la fecha 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.

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

(10/06/2026)

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:

- a) DOCUMENTAL DE CADA DISPENSA:
  - Por cada dispensa un ejemplar del REMITO DE LA FARMACIA (Propio de ésta), firmado y aclarado por el paciente/beneficiario o tercero interviniente.
  - RECETA que avala la dispensa (con fecha anterior a la fecha del remito), firmada y aclarada de la misma manera. En caso de que el paciente no cuente con la receta, debe solicitarla a la droguería.
- b) DOCUMENTAL PARA LA LIQUIDACION QUINCENAL
  - Todos los REMITOS DE LA DROGUERIA (original y duplicado) firmados y aclarados por el paciente o tercero interviniente, y firmados y sellados por la farmacia, siempre por delante.
  - Todos los REMITOS DE LA FARMACIA (Propios de ésta) y su correspondiente RECETA, ordenadas por fecha. Ambos firmados y aclarados por el paciente o tercero interviniente.
  - CONSTANCIA DE TRAZABILIDAD. Trámite realizado vía VERIFARMA. Firmado y sellado por la farmacia.
  - CARATULA DE FACTURACIÓN, que especificará, nombre de la Obra social, cantidad de recetas/remitos y monto total de honorarios a cobrar.
  - Una FACTURA DE HONORARIOS por la totalidad de las recetas dispensadas, realizadas en el periodo.

DE LA FACTURACIÓN DE HONORARIOS

El farmacéutico presentará la factura correspondiente, Tipo "A", la que se hará de manera completa, incluyendo

A nombre de: LULEY S.A., CUIT: 30-71421422-1 (Responsable Inscripto), 24 de Noviembre 368, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, C.P. 1170

- ✓ Cantidad de dispensas realizadas.
- ✓ Monto parcial y total
- ✓ Concepto: "POR SERVICIO PROFESIONAL REALIZADO POR POR CUENTA Y ORDEN DE LULEY S.A. PARA LA DISPENSACION DE MEDICACION ONCOLOGICA Y PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES".

OBRAS SOCIALES QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONVENIO

- 1) OSDE
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6) Las obras sociales que se irán incorporando paulatinamente.

(10/06/2026)



**FACTURACIÓN  
RE-FACTURACIÓN**

CONVENIO CON DROGUERIA LULEY 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

(10/06/2026)

## DATOS A INCLUIR EN EL REMITO PROPIO DE LA FARMACIA

- Datos del/de los medicamento/s:
  - Nombre de cada medicamento
  - Concentración
  - Forma farmacéutica
  - Cantidad
  - Lote y vencimiento
- Datos del paciente:
  - Nombre y apellido del afiliados
  - Obra social/Prepago
  - N° de afiliado
- Conformidad:
  - Firma del afiliado o tercero interviniente
  - Aclaración
- Fecha y hora de la dispensa:
- Firma y Sello de la Farmacia