

(01/09/2026)

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 \$23005,00 (pesos: veintitrés mil cinco con cero centavos) por receta dispensada, IVA incluido.

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
Diagnóstico
Firma del Médico

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 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 para su cambio de acuerdo al Decreto 1299/97.
- b) Controlar que los medicamentos prescritos, corresponda 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 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, 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 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.

DE LA PRESENTACIÓN Y LIQUIDACIÓN

PERÍODOS DE PRESENTACIÓN (QUINCENAL): Los remitos deberán ser presentados al cierre de la quincena de dispensación. 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:

(01/09/2026)

- a) Factura por honorarios: Una factura por honorarios correspondiente al total de remitos dispensados en el período. Ver más adelante características de la factura.
- b) 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.

En aquellos casos en que el afiliado no presente receta esto se indicará en el remito o se informará por mail previamente por parte de la droguería/obra social, autorizando la dispensa.

- c) En aquellos casos en los que los medicamentos entregados poseen troquel, éstos deben adherirse a la receta al momento de presentarla en el Colegio.
- d) 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.
- e) Remito de la Farmacia.
- f) 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 o pág de ANMAT.

EJEMPLO DE “CONSTANCIA DE TRAZABILIDAD”

Ver al final de ésta Norma.

NOTA:

El sello de la farmacia- el que debe estar visible en toda la documentación que se presente- 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 DROGUERIA AVANTFAR SA PARA LA DISPENSACION DE MEDICACION ONCOLOGICA Y PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES”.
- ✓ A nombre de: DROGUERIA AVANTFAR SA, CUIT 30-70833541-6, Avenida Directorio 5040 – CABA.

OBRAS SOCIALES QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONVENIO

- 1) AVALIAN (Ex ACA SALUD)
- 2) ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD
- 3) O SOCIAL PERSONAL IND MOLINERA
- 4) OBRA SOCIAL DE YPF
- 5) OSALARA
- 6) OSETRA
- 7) OSFATUN
- 8) OSPERSAAMS
- 9) OSPIDA
- 10) OSTCARA
- 11) OSTVA
- 12) PREVENCIÓN SALUD
- 13) O S FED GREM PERS IND CARNE Y DERIVADOS
- 14) OSPPRA
- 15) O SOC DE RECIBIDORES DE GRANOS Y ANEXOS
- 16) O SOC UNION PERSONAL
- 17) Las obras sociales que se irán incorporando paulatinamente.

(01/09/2026)



FACTURACIÓN
RE-FACTURACIÓN

CONVENIO
COLEGIO FARMACEUTICO DE LA PAMPA – AVANTFAR SA
ONCOLOGICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES

FARMACIA.....Código asignado por el Colegio

REMITO RESUMEN DE RECETAS PRESENTADAS
MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES

DÍA

MES

AÑO

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

Cantidad Total Recetas

FIRMA – SELLO FARMACIA

(01/09/2026)



CONSTANCIA DE ENVIO

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

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

Recibo conforme: _____
Firma

Transportista

Aclaración

Firma