

5222 FEFARA DISPENSA TRATAMIENTOS ESPECIALES - FarmaKD

Fecha de vigencia: 13/07/18

NRO.: 1

RECETARIO

- **TIPO**
. Recetas médicas o copia autorizada por la OS.
- **VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION**
.30 días.

BENEFICIARIO

- **DATOS DEL AFILIADO**
.Todos los que la receta exija, excepto los importes.

COBERTURAS

- **PLANES DE ATENCION**

.01 ASE MEDIFE	% 100
.02 OBRAS SOCIALES SSS HEMOFÍLICOS	% 100
.03 PAMI HEMOFILICOS	% 100

NORMAS DE PRESTACION

- **CANTIDADES RECONOCIDAS**
.Todas las que figuran en la receta
- **TROQUELADO**
.Si requiere troquel con código de barras (en caso de tenerlos).

OBSERVACIONES

- **MODALIDAD DE FACTURACION**
.Planes 1 y 2:
.La farmacia debe realizar una validación on-line donde imprime una OPF, en esta operación certifica la entrega de los productos.
.Datos a ingresar en la validación:
 - * En el lugar de número de recetario=número de remito (12 dígitos).
 - * Fecha de prescripción=fecha de receta.
 - * Productos que se van a entregar.
 Recuerde que cumpliendo con la normativa vigente es obligatoria la trazabilidad de los productos que así lo requieran.

El Afiliado debe firmar y completar todos los datos de la OPF, en el remito y la receta, excepto en los Tratamientos de HIV que solo debe firmar.
La Farmacia debe firmar y sellar la receta, el remito y OPF.

.La farmacia quincenalmente realiza una Factura B o C a nombre de FEFARA, .CUIT N° 30-70949760-6, Condición IVA Exento, por el concepto de "SERVICIOS PROFESIONALES POR LA DISPENSACION DE MEDICACION ONCOLOGICA Y TRATAMIENTOS ESPECIALES", el importe es el correspondiente al convenio por la cantidad de remitos a presentar.

5222 FEFARA DISPENSA TRATAMIENTOS ESPECIALES - FarmaKD

Fecha de vigencia:

NRO.: 1

.Plan 3:

El afiliado concurrirá a la Agencia o UGL para iniciar el pedido de adquisición de Factor VIII para el tratamiento de Hemofilia Tipo A, debiendo completar el "Formulario de elección de farmacias para entrega de Factor VIII-LPU-0080/18", que se visualiza a continuación.

En dicho formulario el afiliado deberá determinar la farmacia donde retirará la medicación.

PAMI
INSSJP

FORMULARIO

ELECCIÓN DE FARMACIA PARA ENTREGA DE FACTOR VIII-LPU-080/18.

El Afiliado deberá determinar la Farmacia donde retirará Factor VIII de la Licitación Conjunta LPU-080/18.

¿Qué Farmacia elige para recibir Factor VIII?

NOMBRE / RAZON SOCIAL :

DIRECCIÓN:

Datos del afiliado

N° DE BENEFICIO:

NOMBRE Y APELLIDO:

Firma Afiliado/Apoderado

Aclaración: _____ Fecha: / /

.La farmacia recibirá el pedido a través del operador logístico ANDREANI.
.Previo al envío del pedido se contactarán telefónicamente para informar
.sobre la entrega en su farmacia y aclarar cualquier duda que pueda surgir.
.Una vez recibido el pedido, deberá dar conformidad al remito ORIGINAL,
.completando todos los campos solicitados (Nombre y Apellido del receptor,
.firma, fecha y DNI).

.La farmacia deberá Informar al SNT la recepción de las series informadas
.por el laboratorio. (PFIZER/CRUZ DEL SUR)

.El paciente para retirar la medicación deberá presentar:

.NUMERO DE ORDEN DE PROVISION/AUTORIZACION (el cual deberá coincidir con el
.informado por el Ministerio de Salud y por FARMAKD)

.Receta ORIGINAL (Validez 30 días)

.DNI, Carnet de afiliado de la OS correspondiente (Pami)

.En caso que retire un tercero:

.Receta original (Validez 30 días)

.DN, Carnet de afiliado según corresponda del paciente

.Número de autorización

.La farmacia deberá informar la dispensa al SNT completando los stes.

.Datos:

PROGRAMA: COMPRA CONJUNTA DE MEDICAMENTOS

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE

NUMERO DE DOCUMENTO

OBRA SOCIAL (PAMI)

NUMERO DE AFILIADO

.La farmacia deberá realizar la entrega al paciente haciendo firmar la

.receta original al dorso por el paciente o quien retire completando FIRMA,

.ACLARACION Y DNI y conservar la receta en la farmacia hasta la fecha de
presentación.

.La farmacia quincenalmente realiza una Factura B o C a nombre de FEFARA,

.CUIT N° 30-70949760-6, Condición IVA Exento, por el concepto de "SERVICIOS

.PROFESIONALES POR LA DISPENSACION DE MEDICACION ONCOLOGICA Y TRATAMIENTOS

.ESPECIALES", el importe es el correspondiente al convenio por la cantidad
de remitos a presentar.

***IMPORTANTE: presentar la documentación en la fecha que su Colegio le informa,
debido a que la misma es necesaria para que la Obra Social pueda gestionar el
reintegro de las prestaciones.***

HONORARIOS VIGENTES FEFARA DISPENSA 01/10/2023

DROGUERÍA META

Honorario por remito: \$1990,45

DROGUERÍA SCIENZA.

Desde	Hasta	Honorario x Remito
0	120.000	\$ 1.424
120.001	999.999	\$ 2.146

DROGUERÍA COFARMA

Honorario por remito: \$2524,5

DROGUERÍA FARMAKD

Honorario por remito: \$2524,5

DROGUERÍA ORIEN

Honorario por remito: \$3346,87

DROGUERÍA ROSFAR

Honorario por remito: \$1875,00