

CONVENIO DISPENSA FACAF – OSPRERA JUNIO 2022

NORMA DE ATENCIÓN PARA LA ENTREGA DE MEDICACIÓN ESPECIAL Y DE ALTO COSTO

La Farmacia recibirá a través de un operador logístico o droguería, los medicamentos trazables o no trazables, adjuntando un remito (cuyo modelo se adjunta a continuación) en el cual se indican, además de la denominación y domicilio del agente de salud contratante, datos de la farmacia dispensadora (incluyendo GLN), detalle de todos los productos, los datos del beneficiario (o código identificatorio en casos de HIV).

La Farmacia retiene el original del remito y devuelve firmado y sellado el duplicado del mismo o la hoja de ruta del operador logístico

El afiliado o tercero interviniente se presentará en la farmacia para retirar la mercadería con receta y solicitud de provisión (se adjuntan ambos modelos), credencial o carnet de la obra social y documento de identidad.

En el momento de la entrega la farmacia deberá verificar los datos de dicho beneficiario y hacer firmar por este último el remito, la receta y la solicitud de provisión, aclarando firma, domicilio y teléfono. Asimismo, tanto en la receta como en los remitos y la solicitud de provisión la farmacia deberá aclarar la fecha de entrega.

Además, el farmacéutico dispensador deberá sellar toda la documentación con sello aclaratorio y podrá indicar su número de matrícula.

LIQUIDACIÓN

La farmacia deberá presentar quincenalmente los dos remitos conformados por los afiliados o terceros intervinientes, junto a la receta y la solicitud de provisión y la planilla de liquidación que se confeccionará para tal fin. Tanto los remitos como las recetas, solicitud de provisión y la planilla de liquidación deberán poseer sello de la farmacia y firma del farmacéutico.

CONVENIO DISPENSA FACAF – OSPRERA JUNIO 2022

MUY IMPORTANTE

DEVOLUCIONES DE PRODUCTOS

La coordinación de los pedidos es exclusiva responsabilidad de **AEPS ACE**, si los mismos no son retirados por el afiliado dentro de los 15 (quince) días hábiles de recibida la medicación en la farmacia, se deberá informar a **AEPS ACE** para recoordinar con el afiliado nuevamente o proceder al retiro de la medicación.

Para tales efectos la farmacia deberá contactarse vía mail con planesespeciales@aeaps.com.ar

CONVENIO DISPENSA FACAF – OSPRERA JUNIO 2022

CONVENIO FACAF – AEPS ACE (OSPRERA) PLANILLA DE LIQUIDACION

CONVENIO FACAF – AEPS ACE (OSPRERA) PLANILLA DE LIQUIDACION			
ID FACAF:		COD.PAMI:	
FARMACIA:			
DIRECCION:			
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	

Nº REMITO	FECHA RECEPCION	FECHA ENTREGA	CANT. TROQUELES	DNI BENEFICIARIO	Nº AFILIADO
TOTALES					

Fecha:

Sello y Firma de la Farmacia

**CONVENIO DISPENSA FACAF – OSPRERA
JUNIO 2022
MODELOS DE REMITOS**

 DROGUERÍA Del Centro Confía en lo que te hace bien.		Del Centro S.A. Rivadavia 1035 C.P. 5501 - Godoy Cruz Mendoza Tel.: 0261 - 422 4626 GLN 779617300005 IVA RESPONSABLE INSCRIPTO	R Código IF 91	REMITO - N°0042 - 00393247 Fecha: 10/01/2023 SIRE: 16693 C.U.I.T.: 30-0827148-9 IMPRESOS IMPRES CAL: 913-00270-1 ESTABLECIMIENTO N° 25-002701-31 SEDE TIEMBRADO: 01 SEDE CENTRAL INICIO DE ACTIVIDADES: 00-02-2000	 OTRO DE LA OMA FOLIO 2023 MANEJO 1991: 2015
Señores: FARMACIA SINDICAL BANCARIA, GLN: 9992336800014					
Domicilio: AV. SAN MARTIN N° 745- RIO COLORADO- RIO NEGRO					
Afiliado: 92516736 - VALDEBENITO BERNARDO LORENZO GA				CUIT	
				Factura N°	
Artículo	Cantidad	Descripción	PRECIO	TOTAL	
09909	2.0	AGUAS NOVOPINE 30 g agujas x 100			
		(2) L: 20K07X V: 30/09/2025			
53986	4.0	ACCU-CHEK GUIDE tiras reactivas x 50			
		(4) L: 102887 V: 27/04/2023			
					
		Nro provisión (1): 11058			
					
 004200393247R					
Transportista: oca					
Chofer					
Domicilio					
C.U.I.T.					
DEVOLVER CONFORMADO					
DÍA: / /					
HORA: : :					
Firma					
Aclaración o sello					
Modelos Gráficos - Juan Ignacio Mariel - Ruta 326 - Mendoza - Tel. 424 4772 info@omaf.com.ar CUIT: 20-27528993-3 - Hqd. Municipal cpto. 11229-02-05					
Fecha de Impresión: 20/09/2021 - Impreso del 0042-00389001 al 0042-00396500					
CAI: 47366186441167 FECHA VTO: 20/09/2022					

Original Blanco - Duplicado Blanco - Triplicado Verde - Cuadruplicado Verde - Quintuplicado Verde - Sextuplicado Verde - Heptuplicado Verde - Octuplicado Verde - Nonuplicado Verde - Decuplicado Verde

CONVENIO DISPENSA FACAF – OSPRERA JUNIO 2022

Control: REV 0001-00081096 Ref.: NPED 0004-000738370C: 4500598307


 ADMINISTRACION CENTRAL
 LLERENA 2682 - CAP. FED.
 C.P. C1427DEJ
 BUENOS AIRES - ARGENTINA
 TEL. (011) 4524-1511 / 4521-4938
 GLN N° 7798167120008

ADMINISTRACION CUYO
 LOS TILOS 1270, SUR
 LOCAL 2 (5400)
 PROV. DE SAN JUAN - ARGENTINA
 TEL.: (0264) 4203389
 SUB GLN N° 7798167120022

I.V.A. RESPONSABLE INSCRIPTO

REMITO N° 0001- 00081096
 FECHA: 02/05/19

C.U.I.T.: 30-70851687-9
 Ing. Brutos C.M.: 901-071302-9
 Inic. Act.: 28/04/2004

Empresa: FARMACIA CAMILA
 Domicilio: SAN MARTIN 1001
 Localidad: SAN MIGUEL DE TUCUMAN Provincia: TUCUMAN
 Cat. I.V.A.: EX C.P.: 4000 C.U.I.T.: 27-17041240-6 O. Compra: 4500598307
 Afiliado: CONTRERAS BIANCA JAZMIN
 N°. Afil.: N°. Doc: 49150982
 Agente de Salud: OSPRERA - CUIT 30-54733941-6
 Observ.:
 Condición de Pago: 15 DIAS FECHA FACTURA
 Transporte:

N°: 440114
GLN: 99909599000

CONVENIO: OBSOC
Fecha Ent.: 02/05/19

CANTIDAD	DESCRIPCION
3	NORDITROPIN FLEXPRO, SOMATOTROPINA 10 MG LAPICERAS PRELL.XI NOVODISK 0
Lote N°: HCT0822 Fecha de Vto: 05/31/20	
STIM : 8779828931720 SERIALS: 010715181 / 010715313 / 0107175649 /	

FARMACIA CAMILA
 SAN MARTIN 1001
 AUT. CLAUDIA H. F. /
 MAY. 19/05/19

DEPOSITO CABA

21/05/19
 COPIA FIEL

Recibí conforme
 Aclaración de firma

CONVENIO DISPENSA FACAF – OSPRERA JUNIO 2022

SANOFI GENZYME
Genzyme de Argentina S.A.
Ruta 8 KM 37,5 Colección Este Ruta Panamericana, N° 36671
Buenos Aires, Partido de Tigra, Provincia de Buenos Aires, CP: 1821
Tel: 4708-4900
Fax: 4708-8555 / 4763-6600
I.V.A. Responsable Inscripto

R
DOCUMENTO NO VALIDO
COMO FACTURA

REMITO N° 0017-00001225

BUENOS AIRES: 26.08.2019
C.U.I.T.: 30-70848416-0
ING. BRUTOS CONV. MULT.: 901-077087-8
INICIO ACTIVIDADES: 02-07-2003
GLN N°: 7798122020015

FARMACIA CORTI
Avenida Lavalle 1921
3300 Posadas
Misiones
Argentina

C.U.I.T.: 27215983396
GLN: 9991519700011

No. Pedido: 0009214743-608003741
Comp. Interno: 810495429

CLIENTE NRO.	ZONA NRO.	DEP.	D.C.
2311278		CP01	4500616505

CONDICIONES DE PAGO
Venta Contado

Al. Benitez Maria Pia (SP 27384) OC 4500616505

ORIGINAL

1 HOJA

Factura de pago anticipado Utilización:

PRODUCTO	DESCRIPCION	LOTE	VENCIMIENTO	CANTIDAD	LOTE PROV
7050	CEREZYME 400U	9Y0100	31-08-2020	16	9Y0100
7798122020152	Desp: 1004 068078 VEZEIZA 22-05-2019 Origen: Irlanda				

Firma: *[Firma]*

Recepción: *22/08/2019*

D.H.I.: *32035169*

08/09/19

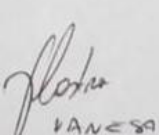
FARMACIA CORTI
TOTAL 16

TRANSPORTE

Imprimado por Genzyme Argentina S.A. CURT 30-70848416-0

C.A.I N°: 47520190684120
Fecha Vto.: 27.06.2022

CONVENIO DISPENSA FACAF – OSPRERA
JUNIO 2022
MODELO DE SOLICITUD DE PROVISION

 OSPRERA Obra Social del Personal Rural y Establecidos de la República Argentina Cálculo O.S. 115.352 Reconquista 630 - Cod.Post. C1003ABN Ciudad de Buenos Aires - Tel : 4312-2500 CUIT : 3054733941-6 - IVA : EXENTO		X SOLICITUD DE PROVISION		Número : 00614514 Pedido N° : 00028069 Fecha : <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>22</td><td>12</td><td>2021</td></tr></table>		DIA	MES	AÑO	22	12	2021																			
DIA	MES	AÑO																												
22	12	2021																												
Documento no válido como factura																														
Emisor Domicilio Localidad		Gerencia de Prestaciones RECONQUISTA CIUDAD AUTONOMA DE BS.AS.		Número 30-54733941-6 Cód.Pos																										
Beneficiario Titular Boca expendio		CERVERA NOEMI ELIZABETH SELG DAVID MARCELO 07-77-000003-8		Doc.: 33,770,953 Tipo: DNI CUIL: 20-29821820-9 Fecha de trasplante : - - Fecha de intervención quirúrgica : - -																										
Tipo de Plan N° OC		Plan Carrillo 4500769061																												
Farmacia Dirección		ARGENTINA (COMODORO RIVADAVIA) Localidad: Comodoro Rivadavia Dirección: SAN MARTIN 395 Tel: 297-4479695 Email: jose@far-delapatonagonia.com.ar																												
Dr. / Dra. MARTIN TOURIELLES		Matrícula Prov:5003		Tel:																										
Material Compra de medicamentos desde OSPRERA																														
Diagnósticos ingresados <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>G40</td> <td>EPILEPSIA</td> </tr> </table>						G40	EPILEPSIA																							
G40	EPILEPSIA																													
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Planes Especiales</th> <th>Codi.</th> <th>Siglas</th> <th>Descripción</th> <th>Fecha inicio</th> <th>Fecha final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>PM</td> <td>PLAN MATERNO</td> <td>01/05/2018</td> <td>28/02/2019</td> </tr> </tbody> </table>						Planes Especiales	Codi.	Siglas	Descripción	Fecha inicio	Fecha final	1	PM	PLAN MATERNO	01/05/2018	28/02/2019														
Planes Especiales	Codi.	Siglas	Descripción	Fecha inicio	Fecha final																									
1	PM	PLAN MATERNO	01/05/2018	28/02/2019																										
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Cant.</th> <th>Descripción</th> <th>P.unit</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>M - 59203</td> <td>6</td> <td>levetiracetam 500 mg comp.x 30 ' (Material sustituido)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="font-size: 0.7em;">Material sustituido (NO VALIDO)</td> </tr> <tr> <td>M - 43269</td> <td>6</td> <td>levetiracetam 500 mg comp.x 30</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="font-size: 0.7em;">Material sustituido (VALIDO)</td> </tr> </tbody> </table>						Código	Cant.	Descripción	P.unit	Total	M - 59203	6	levetiracetam 500 mg comp.x 30 ' (Material sustituido)			Material sustituido (NO VALIDO)					M - 43269	6	levetiracetam 500 mg comp.x 30			Material sustituido (VALIDO)				
Código	Cant.	Descripción	P.unit	Total																										
M - 59203	6	levetiracetam 500 mg comp.x 30 ' (Material sustituido)																												
Material sustituido (NO VALIDO)																														
M - 43269	6	levetiracetam 500 mg comp.x 30																												
Material sustituido (VALIDO)																														
 VANESA																														
FARMACIA ARGENTINA S.A. DT. CAROL E. CAUTERUCCIO M.P. 447 SAN MARTIN 395 C RIVADAVIA CP 9000 CHUBUT TEL.: 0297 - 446-2768 CUIT: 30-69194243-7 GLN 9991145200008																														
Rp 13/12 00-11-285 Total Solicitud de Provisión																														
Médico auditor : _____ Firma : _____ Fecha : _____			Recibí Conforme : _____ Firma Fecha : <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> Aclaración <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>HORA</td><td>MINUTOS</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>			DIA	MES	AÑO				HORA	MINUTOS																	
DIA	MES	AÑO																												
HORA	MINUTOS																													

CONVENIO DISPENSA FACAF – OSPRERA JUNIO 2022

MODELO DE RECETA

RECETARIO							
		Lugar: 7770000036 - TRELEW (CHUBUT)		Fecha: 10/03/2022		N°: 07-038-04387228	
N° Valid. Afil.: C1-6D-35							
DATOS DEL BENEFICIARIO							
Apellido y Nombre: MUÑOZ NELIDA		CUIL/T Titular: 27051281387		Tipo y N° de Documento: DNI: 5128138		Sexo: F Fecha de nacimiento: 02/02/1946 Edad: 76	
Tipo de Afiliado: RURAL							
PRESCRIPCION		Cantidad Recetada	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Total	% descuento al AFILIADO	Precio Obra Social
COMBUSTIBLE COMERCIAL		Número	Número				
COMBUSTIBLE GENERICO		Letra	Letra				
COMBUSTIBLE COMERCIAL		Número	Número				
COMBUSTIBLE GENERICO		Letra	Letra				
Diagnóstico R1: <u>Asma</u>				TOTAL RECETA \$ 2970,87			
R2: <u>Asma</u>				TOTAL BENEFICIARIO \$ 1733,33			
				TOTAL OBRA SOCIAL \$ 1237,54			
Fecha de Prescripción: <u>10/03/22</u>		Fecha de Dispensación: <u>21/03/22</u>					
Firma y Sello del Responsable de Boca de Expendio		Firma y Sello del Profesional		FARMACIA IRIGOYEN S.R.L. 28 de Julio 654 (9100) Trelew - Chubut			
Desc. S/Form. Terap. Amb. OSPRERA DISCAPACIDAD							
COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO							
Aclaración de firma: <u>Wladimir Ojeda</u>		Domicilio: <u>Wladimir Ojeda 1466</u>					
Firma Conforme <u>Wladimir Ojeda</u>		Tipo y N° de Documento: <u>5128138</u>		Teléfono: <u>154822018</u>			
TROQUEL 3		TROQUEL 4		TROQUEL 5		TROQUEL 6	
TROQUEL 7							
VALIDEZ DEL RECETARIO: 30 DIAS CORRIDOS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION Y VERIFICANDO EL CODIGO DE SEGURIDAD							
RECOMENDACIONES PARA EL FARMACEUTICO							
SR. FARMACEUTICO: Previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y para evitar ulteriores inconvenientes, deberá corroborar:							
a. Que el Beneficiario y/o Tercero interviniente firmó la presente, acreditándose su identidad.							
b. Que la receta se encuentre perfectamente integrada por el profesional médico, con sello y firma del mismo.							
c. Que no hayan transcurrido 30 (treinta) días corridos desde la fecha de emisión de la misma.							
NO DEBE DISPENSAR LA RECETA SIN CONSIDERAR LAS RECOMENDACIONES ANTES ENUNCIADAS, EN CASO CONTRARIO LA RECETA SERÁ RECHAZADA. POR CUALQUIER CONSULTA NO DUDE EN COMUNICARSE AL TELÉFONO: 0 800 999 AEPs (6458)							
