

**CONVENIO FACAF – Droguería MAX PHARMA SRL  
Junio 2012**

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

La droguería (MAX PHARMA SRL) entregará las especialidades medicinales en el domicilio de la farmacia.

La entrega de las especialidades medicinales se deberá efectuar en correctas condiciones de mantenimiento y conservación. En los casos que corresponda, tanto la droguería como la farmacia deberán respetar la cadena de frío de los productos.

En cada entrega la droguería adjuntará tres remitos (se adjunta modelo), con los cuales se deberá proceder de la siguiente forma:

- a) El original del remito deberá ser firmado y sellado por la farmacia, detallando además la fecha de recepción, y devuelto al transportista.
- b) Una de las copias deberá ser entregada al beneficiario junto con la mercadería.
- c) La otra copia es la que será utilizada por la farmacia para la liquidación del acto de entrega de las especialidades medicinales y deberá presentarse cumpliendo las siguientes condiciones:
  - Firma, aclaración y número de documento del beneficiario, a modo de conformidad, indicando además su domicilio y teléfono.
  - Sello y firma de la farmacia, aclarando la fecha de entrega.

El beneficiario para poder efectuar el retiro de la medicación deberá presentar credencial de la institución a la que pertenece y DNI. Si retira un tercero, este deberá presentar fotocopia de la documentación anteriormente citada.

**DEVOLUCIONES**

Si los medicamentos a entregar no fueran retirados por el afiliado dentro de los cinco (5) días hábiles de haber sido recepcionados, la farmacia deberá informar a MAX PHARMA SRL para recoordinar con el afiliado nuevamente o proceder al retiro de la mercadería.

La comunicación con DROGUERÍA MAX PHARMA SRL podrá efectuarse telefónicamente al 011-4305-5100, ó vía mail a [Info@maxpharma.com.ar](mailto:Info@maxpharma.com.ar), de lunes a viernes de 9 a 18 hs. Contacto: Sr. Javier Serrano.

**LIQUIDACIÓN**

La farmacia deberá presentar semanalmente en la Cámara a la cual está asociada, los remitos conformados por los afiliados, precedidos por la carátula de liquidación que se adjunta (ó similar siempre que cuente con los datos solicitados)



# MODELO REMITO DROGUERÍA DROG. MAX PHARMA SRL

 <p style="text-align: center;">MAX Pharma S.R.L. Servicios de Droguería</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">MAX Pharma S.R.L. Brandsen 2701 (C1287ABM) Capital Federal Tel./Fac:(011) 4305-5100 y Rot. info@maxpharma.com.ar www.maxpharma.com.ar I.V.A. RESPONSABLE INSCRIPTO</p>	<p style="text-align: center; font-size: x-small;">Documento no válido como factura</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <span style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px 5px; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">R</span>  <small>Código N°91</small> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">REMITO 00046862</p> <p style="margin: 0;">N° 0001-</p> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">FECHA</p> <hr style="width: 100%; border: 0.5px solid black;"/> </div> <p style="font-size: x-small; margin-top: 10px;">             C.U.I.T.: 30-70828292-4              Ing. Brutos C.M.: 901-065870-6              Inicio de actividades: 01/04/2003              HABILITACIÓN MSN NRO. 920 DISP. 2303/13              REGISTRO ANMAT NRO. 931 DISP. 920/07         </p>
---	---

Señor (es):	C.U.I.T.:
Domicilio:	I.V.A.:
Localidad:	Vendedor:
Cond. de venta:	

Remitimos a Ud. lo siguiente:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN

EMITIR CHEQUES A NOMBRE DE MAX PHARMA S.R.L.

OBSERVACIONES

Firma \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_

Impreso por AMLCAR S.A. Tel.: 4911-370066  
 C.U.I.T.: 30-95092712-9.Habilt. G.C.B.A. EXP. 17.156/2003  
 N° 0001-00046862 al 0001-00047100 - Fecha de Impresión: 05-2012

C.A.I.: 32050105098132  
 FECHA DE VTO.: 10/05/2014

## **CONDICIONES DEL CONVENIO**

### **CONDICIONES GENERALES**

- **Presentación:** Semanal
- **Lugar de Presentación:** CAMARA DE FARMACIAS DE CORDOBA
- **Fecha de Presentación:** Todos los días miercoles.
- **Condición de Pago:** A 10 días de presentada la liquidación en la Droguería.

**Importes a percibir tomando como base el precio de venta al público de las especialidades:**

<b>PRECIO DE VENTA AL PUBLICO DEL TOTAL DEL REMITO</b>		<b>Honorarios con IVA incluido</b>
<b>Desde</b>	<b>Hasta</b>	
0,00	920,00	39,00
920,01	3750,00	47,00
3750,01	6750,00	51,00
6750,01	14.650,00	71,00
14.650,01	23.000,00	87,00
23.000,01	33.000,00	121,00
33.000,01	55.000,00	159,00
55.000,01		239,00