

DROGUERIA FARMA KD

MUY IMPORTANTE:

La dispensa de medicación especial y alto costo a afiliados de ASE-MEDIFE y OSPECON, **no modifica bajo ninguna circunstancia la operatoria** dispuesta para la entrega de medicación para **HEMOFILIA**.

Por medio del presente informamos que hemos ampliado el convenio con Droguería FARMA KD S.A., para la dispensa de medicación especial y alto costo a los afiliados de ASE-MEDIFE y OSPECON.

Esta ampliación del convenio NO MODIFICA en nada la operatoria establecida para la dispensa de HEMOFILIA.

INSTRUCTIVO ENTREGA ASE MEDIFE– ESPECIALES

Objetivo: El objetivo de este instructivo es que sirva de guía para las farmacias para realizar la dispensa de medicamentos a los pacientes de la Obra Social ASE - MEDIFE

- 1) Las farmacias reciben los pedidos enviados por FKD a través de ANDREANI u OCA (Operador Logístico autorizado por ANMAT para el transporte y entrega de medicamentos en todo el territorio nacional), embalado en cajas de cartón para los productos de seco o con conservadoras de telgopor debidamente embaladas con refrigerantes para los productos que requieran mantenimiento de la cadena de frío. (La duración de las cadenas de frío enviadas por FKD tienen una duración de 24 hs desde el momento de su armado)
- 2) Las farmacias deben controlar y firmar en el momento de la entrega y devolverle a OCA/ANDREANI los remitos de color verde y blanco (duplicado y original) que recibirán dentro de los porta guías de cada caja, colocando sello, firma, nombre, apellido de la persona que recibe y fecha y hora de recepción. Dando conformidad a la cantidad de unidades y el estado de las mismas. Queda en poder de la farmacia el remito triplicado (rosa) (que se encuentra dentro de la caja junto a cada medicación)
- 3) Una vez recepcionada la mercadería deben tenerse en cuenta los correspondientes requerimientos de conservación para cada tipo de medicamento según la normativa sanitaria vigente. (Temperatura, humedad, higiene, etc)
- 4) En el momento que el paciente se presente a retirar el medicamento la farmacia debe realizar los siguientes pasos:

- Solicitar RECETA MEDICA (ORIGINAL), y CREDENCIAL o DNI DEL PACIENTE
 - Comprobar la identidad del paciente para retirar los medicamentos.
- 5) Destroquelar (En caso que los productos posean troquel) y Entregar los medicamentos y hacerle firmar al paciente un **remito propio de la farmacia o comprobante de dispensa**, detallando los medicamentos que está entregando indicando, productos, presentaciones, cantidades lote y vencimiento.
- 6) Solicitar **RECETA MEDICA ORIGINAL**, y CREDENCIAL o DNI DEL PACIENTE. **La receta debe estar firmada por el DT de la farmacias.** La receta debe contener siempre el N° de Afiliado, los datos de Obra Social, Fecha de prescripción y no debe tener enmiendas.(en caso de enmiendas deberán estar salvadas por el medico). **LA FECHA DE PRESCRIPCION DE LA RECETA NO DEBE SUPERAR 1 MES**
- 7) Realizar la trazabilidad correspondiente
- 8) En caso de que en el momento de la entrega, la Farmacia observe anormalidades en la Solicitud de Medicamentos, no podrá hacer entrega de la medicación y/o insumo correspondiente, debiéndose comunicar con FARMAKD a los Teléfonos 0810 220 1122 de 8 a 20 hs, servicio Lafken Informa e mail lafken.informa@lafken.com
- La farmacia presentará en su Cámara de pertenencia, quincenalmente una liquidación por el servicio de dispensa a la que deberán anexar:
 - Carátula resumen
 - Remito DE LA FARMACIA o comprobante de dispensa firmado por el paciente y firmado y sellado por DT
 - Receta ORIGINAL Firmada y sellada por DT
 - Comprobante de Trazabilidad Firmado y sellado por el DT.
- 9) Por cualquier inconveniente o cuando el paciente no retire el medicamento dentro de los 30 días de haberlo recibido, la farmacia deberá enviar un listado a FARMAKD informando toda la medicación pendiente de retiro por parte de los afiliados.

INSTRUCTIVO ENTREGA OSPECON– ESPECIALES

Objetivo: El objetivo de este instructivo es que sirva de guía para las farmacias, para realizar la dispensa de medicamentos a los pacientes de la Obra Social OSPECON (Construir Salud)

- 10) Las farmacias reciben los pedidos enviados por FKD a través de ANDREANI – OCA (Operador Logístico autorizado por ANMAT para el transporte y entrega de medicamentos en todo el territorio nacional), embalado en cajas de cartón para los productos de seco o con conservadoras de telgopor debidamente embaladas con refrigerantes para los productos que requieran mantenimiento de la cadena de frío.
- 11) Las farmacias deben controlar y firmar en el momento de la entrega y devolverle a ANDREANI – OCA los remitos de color verde y blanco (duplicado y original) que recibirán dentro de los portaguas de

cada caja, colocando sello, firma, nombre, apellido de la persona que recibe y fecha y hora de recepción. Dando conformidad a la cantidad de unidades y el estado de las mismas. Queda en poder de la farmacia el remito triplicado (rosa) (que se encuentra dentro de la caja junto a cada medicación)

12) Una vez recepcionada la mercadería deben tenerse en cuenta los correspondientes requerimientos de conservación para cada tipo de medicamento según la normativa sanitaria vigente. (Temperatura, humedad, higiene, etc)

13) En el momento que el paciente se presente a retirar el medicamento la farmacia debe realizar los siguientes pasos:

- Solicitar RECETA MEDICA (original), y CREDENCIAL o DNI DEL PACIENTE
- Comprobar la identidad del paciente para retirar los medicamentos.

14) Entregar los medicamentos y hacerle firmar al paciente un **remito propio de la farmacia**, detallando los medicamentos que está entregando indicando, productos, presentaciones, cantidades lote y vencimiento.

15) Solicitar **RECETA MEDICA ORIGINAL**, y CREDENCIAL o DNI DEL PACIENTE. **LA receta debe estar firmada por el DT de la farmacias en el caso de que sean productos por recupero SUR y ALTO COSTO.** La receta debe contener siempre el Nº de Afiliado, los datos de Obra Social, el diagnóstico y no debe tener enmiendas .”

- Cuando los productos no sean de alto Costo y no contengan Recupero S.U.R. se puede dispensar la medicación mediante la copia de la Receta que también debe estar firmada y sellada por el DT de cada Farmacia o Auxiliar Farmacéutico
- En caso de que en el momento de la entrega, la Farmacia observe anormalidades en la Solicitud de Medicamentos, no podrá hacer entrega de la medicación y/o insumo correspondiente, debiéndose comunicar con FARMAKD a los Teléfonos 11 4257 6123 internos 201, 148, 205. en el horario de 09.00 hs a 18.00 hs de lunes a viernes.
- Contactos Drogueria FarmaKD

Marcos Conti INT 201

atencion.cliente@farmakd.com

Departamento Técnico: deptotecnico@farmakd.com

- 16) La farmacia deberá realizar trazabilidad de los productos al momento de la dispensa en los casos que corresponda a través del SNT (Sistema Nacional de Trazabilidad)
- 17) La farmacia presenta a su Cámara de pertenencia quincenalmente una liquidación por el servicio de dispensa donde deberán enviar.
- Carátula reumen.
 - Remito DE LA FARMACIA firmado por el paciente.
 - Remito rosa de FARMAKD
 - Comprobante de trazabilidad firmado por DT
- 18) Por cualquier inconveniente o cuando el paciente no retire el medicamento dentro de los 45 días de haberlo recibido, la farmacia deberá enviar un listado a FARMAKD informando toda la medicación pendiente de retiro por parte de los afiliados a la OS OSPECON

MODELO DE COMPROBANTE DE DISPENSA (Remito Interno)

FARMACIA “XXXXX”

DATOS DE FARMACIA DE DISPENSA

Cuit:

Domicilio:

GLN:

AFILIADO

Paciente:

Orden de Compra:

PRODUCTO	CANTIDAD	LOTE	VTO

DATOS OBLIGATORIOS

FIRMA AFILIADO:	
ACLARACION:	
DNI:	
FECHA:	
TELEFONO:	

FIRMA Y SELLO DT DE FCIA

MODELO DE REMITO

 FarmaKD Logística Farmacéutica FARMA KD S.A. Av. Vicente López 1869, Quilmes (B1678DV0) Buenos Aires, Argentina Tel/Fax: (+5411) 4257-6123 Tel: (+5411) 4257-7247 GLN 7798166680008 IVA Responsable Inscripto	R Código IT 01 DOCUMENTO NO VALIDO COMO FACTURA	REMITO CONVENIOS Nº 0011 - 00551109 Fecha: ____/____/____ CUIT: 33-70832242-9 INGRESOS BRUTOS C.M.: 901-072263-9 INICIO DE ACTIVIDADES: 01/06/2003		
Entrega por cuenta y orden de:		I.V.A.		
Domicilio		C.U.I.T.		
Condiciones de Venta (días)				
Domicilio de Entrega				
Nombre y Apellido				
Valor declarado				
Nro. Operativa				
NO SE ACEPTA DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS CON CADENA DE FRIO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> DATOS DEL TRANSPORTISTA Razón Social _____ Domicilio _____ C.U.I.T. _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Recibido por _____ Firma _____ Aclaración _____ D.N.I. _____ Cel.: _____ Los datos de contacto proporcionados por el paciente serán de utilidad para informar la entrega de medicamentos. Fecha de recepción: ____/____/____ </td> </tr> </table>			DATOS DEL TRANSPORTISTA Razón Social _____ Domicilio _____ C.U.I.T. _____	Recibido por _____ Firma _____ Aclaración _____ D.N.I. _____ Cel.: _____ Los datos de contacto proporcionados por el paciente serán de utilidad para informar la entrega de medicamentos. Fecha de recepción: ____/____/____
DATOS DEL TRANSPORTISTA Razón Social _____ Domicilio _____ C.U.I.T. _____	Recibido por _____ Firma _____ Aclaración _____ D.N.I. _____ Cel.: _____ Los datos de contacto proporcionados por el paciente serán de utilidad para informar la entrega de medicamentos. Fecha de recepción: ____/____/____			
albagraf de Sergio Basilio Tel/fax: 4545-4371 - C.U.I.T.: 20-23842941-3 - Hab. Munic.: 45.065/03 Fecha de Impresión: 10/2018 - Del N° 0011-00550501 al 0011-00565500 C.A.I.: 44409152504856 Vence: 01-10-2019				

MODELO CARATULA RESUMEN

CONVENIO FACAF – DROGUERÍA FARMA KD S.A.			
PLANILLA DE LIQUIDACION		ENTIDAD: (Aclarar si es ASE MEDIFE u OSPECON)	
ID FACAF:		COD.PAMI:	
FARMACIA:			
DIRECCION:			
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	

Nº REMITO	FECHA RECEPCION	FECHA ENTREGA	CANT. TROQUELES	DNI BENEFICIARIO	IMPORTE A REINTEGRAR
TOTALES					

Fecha:

Sello y Firma de la Farmacia

CERTIFICADO GLN FARMA KD

CERTIFICADO GS1 Argentina

N° 832
03/11/2011

Para presentar ante : QUIEN CORRESPONDA

GS1 Argentina, certifica que al día de la fecha el prefijo de socio adherente con GLN N° 7798166680008 pertenece a la empresa cuya Razón Social es FARMA KD S.A.

Con cuit N° 33708322429 , que se encuentra inscripta en nuestros registros desde la fecha 15/08/2011

OBSERVACIONES

No hemos detectado irregularidades en la codificación

No registra atrasos en los pagos de sus cuotas sociales

No hemos detectado problemas relacionados con la calidad de Impresión



Rubén Calónico
Gerente General

Firma