

ADHESIÓN PAMI PAÑALES

Aclaración: Este formulario de adhesión es SOLO para aquellas farmacias que nunca han participado de Convenios de Pañales anteriores. Aquellas que ya han participado continuarán conservando su código y contraseña de acceso al sistema y NO DEBEN ENVIAR la adhesión correspondiente

Sres.: **FACAF**

Por la presente tomo conocimiento, que las tres Instituciones nacionales representativas de las farmacias (FACAF, COFA y AFMySRA), por cuenta y orden de su red, han sido adjudicatarios de la Licitación Pública para la provisión de pañales descartables del INSSJyP (PAMI), con el fin de prestar a través de las farmacias integrantes de la red, el servicio de provisión de pañales a sus afiliados autorizados.

Asimismo tomamos expreso conocimiento que:

- 1.- El sistema implementado por las Instituciones farmacéuticas se basa en un acuerdo logrado con seis de las principales fábricas de pañales del país, para la fabricación y con las principales Droguerías de reposición diaria que hoy abastecen a nuestras farmacias, para la distribución de los mismos.
- 2.- El sistema de comercialización será igual que el de los medicamentos, es decir la farmacia adquirirá cualquiera de los cuatro modelos de pañales que incluye la Licitación (llamados Módulo 5, 8, 9 y 10) a su Droguería habitual, la misma a través de la cual, en la dispensa de medicamentos se le acreditan las Notas de Crédito PAMI. Además, se presentan otras dos formas de entrega de pañales, que deben ser armados por las farmacias según la necesidad de cada afiliado:
 - 1) Módulo 6: está compuesto por 30 pañales del Módulo 8 y 60 pañales del Módulo 5.
 - 2) Módulo 7: está compuesto por 30 pañales del Módulo 9 y 60 pañales del Módulo 5.
- 3.- Se aclara que la venta del pañal a PAMI se cobrará en cheque y que la condición de pago de Farmacias a Droguerías será de 50 días corridos.
- 4.- Como complemento de la Droguería habitual para el convenio PAMI, se deberá elegir además, otra Droguería de alternativa en la cual la farmacia tenga cuenta y sea cliente habitual.
- 5.- La farmacia deberá proveerse de los Módulos a través de la Droguería por la que se le acreditan las Notas de Crédito PAMI, en caso de surgir algún inconveniente con dicho proveedor, podrá optar por realizar los pedidos por la segunda Droguería indicada en el punto 4 de la presente, a efectos de tener un stock mínimo para la atención de los afiliados y/o solicitarlos contra pedido del interesado. Dichos pedidos serán facturados por la Droguería a la farmacia de la siguiente forma: Módulo 5 a \$113.85; Modulo 8 a \$188.37; Modulo 9 a \$200.79 y Módulo 10 a \$275.31 en los plazos habituales. Todos estos valores informados incluyen el IVA. Los precios mencionados serán mantenidos por las Droguerías durante la vigencia del contrato de prestación.
- 6.- La entrega a los afiliados se realizará previa validación contra un padrón que proveerá el PAMI a las Instituciones. El sistema de validación continuará siendo el mismo que se utiliza tanto para Pañales como para las campañas de Vacunación (www.sisfarm.com).

Firma y Sello Farmacia

7.- Solo se entregará el Modulo de pañales si el sistema lo aprueba, en cuyo caso el afiliado retira o recibe en su domicilio si así lo solicita, **sin cargo**, previa firma del conforme que emitirá el sistema.

Respecto a la entrega en el domicilio del afiliado, en aquellos casos que ya lo estén recibiendo en su domicilio, o en casos que soliciten por motivos fundados que se le entreguen en su domicilio, las farmacias deberán realizar dicha entrega. **La entrega a domicilio debe ser sin cargo alguno para el afiliado**, dicho costo ya se encuentra contemplado en la utilidad de las farmacias, la cual se ha incrementado para cubrir la posible entrega.

8.- La farmacia liquidará mensualmente al PAMI a través de la Entidad que la representa (Colegio, Cámara o Asociación), la cual lo canalizará por FACAF.

9.- El PAMI abonará a la FACAF, y ésta a su vez efectuará el pago a sus Entidades federadas dentro de las 48 a 72hs. de recibido el pago por parte del Instituto, a efecto de que estas últimas abonen a las Farmacias.

En consecuencia esta farmacia acepta expresamente integrar la red de farmacias prestadoras de FACAF y las siguientes condiciones de prestación de su servicio de provisión de “Pañales Descartables PAMI”, con entrega gratuita a los beneficiarios que indique el mencionado Instituto en las Farmacias o en su domicilio para aquellos casos que el afiliado así lo solicite.

Asimismo declaro que he tomado conocimiento Y PRESTO EXPRESA CONFORMIDAD de las presentes instrucciones y futuras normas operativas que indique la Federación Argentina de Cámaras de Farmacias, en adelante FACAF, las que me obligo a cumplir expresamente.

PRIMERO:

a) Asumimos el compromiso de proveernos de los “Pañales Descartables PAMI” a través de la Droguería que tenga asignada para la Nota de Recuperación de Descuento de PAMI, siempre que dicha Droguería forme parte de las integrantes del presente servicio, cuya nómina me será entregada por las Instituciones oportunamente.

b) Asumimos el compromiso de no vender o entregar bajo ningún concepto los “Pañales Descartables PAMI” a otras personas que no sean los afiliados directos al PAMI o terceros intervinientes que cumplan con todos los requisitos que el sistema prevé.

c) Asumimos el compromiso de realizar la operación de entrega de los “Pañales Descartables PAMI”, ya sea en la Farmacia o en el domicilio del afiliado, (en caso que este lo solicite) sin costo alguno para el afiliado del INSSJyP (PAMI), realizando en forma previa la validación on-line, provista por las Instituciones Farmacéuticas y cumpliendo estrictamente las normas elaboradas por la FACAF.

d) Nos comprometemos a realizar las liquidaciones al INSSJyP (PAMI) a través de la FACAF en forma mensual los siguientes valores, respetando y manteniendo estos precios hasta la finalización del contrato producto de la Licitación:

Módulo 5: \$ _____
Módulo 8: \$ _____
Módulo 9: \$ _____
Módulo 10: \$ _____
Módulo 12: \$ _____

Firma y Sello Farmacia

e) Exigir al beneficiario la conformidad al servicio prestado para su posterior liquidación, en las condiciones que la FACAF determine.

f) Presto conformidad a que la percepción del importe facturado por mi farmacia sea efectuado a través de la FACAF.

SEGUNDO:

Acepto que la consignación de cualquier dato falso o erróneo en la presente documentación o en cualquier otra, así como en toda la información que deba suministrar, será causa suficiente para la pérdida de mi condición de PRESTADOR, la que será notificada a solicitud de cualquiera de los integrantes del sistema.

TERCERO:

Aceptamos la potestad de FACAF de verificar las prestaciones materia del presente por sí o por intermedio de la Entidad a la cual estoy asociado (Cámara/Asociación/etc.) a efectos de realizar todo tipo de auditorías de los servicios prestados.

Serán considerados graves incumplimientos o infracciones de este PRESTADOR, lo siguiente:

- * Incumplimiento de los compromisos asumidos en la presente
- * La comercialización o entrega de los "Pañales Descartables PAMI", a individuos que no sean beneficiarios del PAMI, como así también el cobro de importe alguno por cualquier concepto a los beneficiarios del PAMI.
- * La compra de los "Pañales Descartables PAMI" a otras Droguerías o proveedores que no sean los indicados por FACAF oportunamente.

Las conductas arriba indicadas son sólo enumerativas y no taxativas.

Asumimos plena responsabilidad administrativa, civil y/o penal del incumplimiento de las obligaciones aquí asumidas ante el PAMI, los beneficiarios y la FACAF.

Los datos correspondientes a mi farmacia son:

Farmacia Nombre: _____

Código PAMI: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

Ciudad: _____ CP: _____

Provincia: _____

Teléfono: _____

CUIT: _____ Mail: _____

Firma y Sello Farmacia

Cámara a la que estoy asociado/a: _____

Razón Social: _____

Droguería por la que recibo las Notas de Recupero de descuento PAMI: _____

Droguería alternativa: _____

Propietario de la Farmacia: _____

Único propietario/socio gerente/socio comanditado (tachar lo que no corresponda)

DNI/CI/LE/LC (Tachar lo que no corresponda) N°: _____

Farmacéutico/a Director Técnico de la Farmacia: _____

DNI/CI/LE/LC (Tachar lo que no corresponda) N°: _____

De conformidad, firmo la presente adhesión en _____ a los ____ días del mes de _____ año _____ .

Firma: _____

Sello de la farmacia

Aclaración: _____

DNI N°: _____ Tipo y N° de Matrícula: _____

CERTIFICACION DE LA CAMARA DE FARMACIAS de la Provincia de CORDOBA
(Para ser utilizado por personal de la Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba)