

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**

 <p>Del Centro S.A. Rivadavia 1035 C.P. 5501 - Godoy Cruz Mendoza Tel.: 0261 - 422 4626 GLN 779817300005 IVA RESPONSABLE INSCRIPTO</p>		 <p>REMITO - N°0042 - 00393247</p>	<p>Fecha: 10/01/2022</p> <p>DIR: 16693 C.U.I.T.: 30-0827148-0 INGRESOS BRUTOS C.A.: 913-00370-1 ESTABLECIMIENTO N° 25-920791-01 SEDE TIBRADO: 01 SEDE CENTRAL INICIO DE ACTIVIDADES: 00-00-0000</p>	  <p>OTRO DE LA ORO DE FARMACIA FARMACIA FARMACIA</p>
<p>Señores: FARMACIA SINDICAL BANCARIA , GLN: 9992336800014</p>				
<p>Domicilio: AV. SAN MARTIN N° 745- RIO COLORADO- RIO NEGRO</p>				
<p>Afiliado: 92516736 - VALDEBENITO BERNARD LORENZO GA</p>			<p>CUIT</p>	
			<p>Factura N°</p>	
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 GOIDE tiras reactivas x 50		
		(4) L: 102887 V: 27/04/2023		
			
		Recos provisión (1): 11058		
				
 <p>004200393247E</p>				
<p>Transportista: oca</p> <p>Chofer</p> <p>Domicilio</p> <p>C.U.I.T.</p>		<p>DEVOLVER CONFORMADO</p> <p>DÍA: / /</p> <p>HORA: : :</p> <p>Firma: <i>Valdebenito Castro</i></p> <p>Aclaración o sello: <i>Marcia Anyelen 38431078</i></p>		
<p>Modelo Talleres Gráficos - Juan Ignacio Marel - Ruta 326 - Mendoza - Tel. 494 4772</p> <p>98009888.com.ar CUIT: 20-27528993-3 - H30, Municipalidad: 11228-01-05</p> <p>Fecha de Impresión: 20/09/2021 - Impreso del 0042-00393001 al 0042-00393500</p> <p>CAI: 47366186441157 FECHA VTO: 20/09/2022</p>				

Original Blanco - Duplicado Reservado - Triplicado Verde - Cuadruplicado Celeste - Dependencia del Contribuyente MENDOZA 0600 222 6078

**CONVENIO DISPENSA FACAF – OSPRERA
JUNIO 2022**

Control:REVT 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.: (0254) 4203389
SUB GLN N° 7798167120022

R 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

I.V.A. RESPONSABLE INSCRIPTO

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
N°: 440114
GLN: 99909599000

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

CANTIDAD	DESCRIPCION
3	NORDITROPIN FLEXPRO, SOMATOTROPINA 10 MG LAPICERAS PRELL.XI NOVODISK 0 Lote N°: HC70822 Fecha de Vto: 05/31/20 STIN : 8779828931720 SERIALS:G107175181 /0107175313 /0107175649 /

FARMACIA CAMILA
SAN MARTIN 1001
SAN MIGUEL DE TUCUMAN
AUT. CLAUDIA H. ...
MAY. PR. ...

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 9 KM 37,5 Colección Este Ruta Panamericana N° 3667)
Buenos Aires, Partido de Tigra, Provincia de Buenos Aires. CP: 1821
Tel.: 4708-4900
Fax: 4708-8333 / 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	1	HOJA
Venta Contado		

Al. Benitez Maria Pla (EP 27384) OC 4500616505

Factura de pago anticipado Utilización:

PRODUCTO	DESCRIPCION	LOTE	VENCIMIENTO	CANTIDAD	LOTE PROV
7050	CEREZYME 400U		31-08-2020	16	
7798122020152	Desp: IC04 068078 VEZEIZA 22-05-2019 Origen: Irlanda	9Y0100			9Y0100

Firma: 

Aclaración: 22/25 Platin

D.H.I.: 32035169

TRANSPORTE

TOTAL 16

FARMACIA CORTI
D.V. de la Provincia de Misiones
Av. Lavalle 1921 - Posadas - Misiones

08/09/19

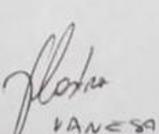
Impreso por Genzyme Argentina S.A. CURT 30-70848416-0



30708484160100174301906841200220223

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

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

 OSPRERA <small>Cera Social del Personal Rural y Establecidos de la República Argentina C.A. S.A. 115.352</small> Reconquista 630 - Cod.Post. C1003ABN Ciudad de Buenos Aires - Tel : 4312-2500 CUIT : 3054733941-6 - IVA : EXENTO		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40px; margin: 0 auto;">X</div> 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 Origen Rural		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 Direccion		ARGENTINA (COMODORO RIVADAVIA) Localidad: Comodoro Rivadavia Direccion: SAN MARTIN 395 Tel: 297-4479695 Email: jose@far-delapattagonia.com.ar																												
Dr. / Dra. MARTIN TOURIELLES		Matricula Prov.5003		Tel:																										
Material Compra de medicamentos desde OSPRERA																														
Diagnósticos ingresados G40 EPILEPSIA																														
Planes Especiales <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Codi.</th> <th>Siglas</th> <th>Descripcion</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>						Codi.	Siglas	Descripcion	Fecha inicio	Fecha final	1	PM	PLAN MATERNO	01/05/2018	28/02/2019															
Codi.	Siglas	Descripcion	Fecha inicio	Fecha final																										
1	PM	PLAN MATERNO	01/05/2018	28/02/2019																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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: x-small;">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: x-small;">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)																														
																														
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 9991145200088																														
Rp 13/12 00-11-285																														
Total Solicitud de Provisión																														
Médico auditor : _____ Firma : _____ Fecha : _____		Recibi Conforme : _____ Firma _____ Aclaración _____ 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> <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: 777000036 - TRELEW (CHUBUT)					
Fecha: 10/03/2022		N°: 07-038-04387228					
N° Valid. Afil.: C1-6D-35				* 0 7 0 3 8 0 4 3 8 7 2 2 8 *			
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
NOMBRE COMERCIAL				Número	Número		
NOMBRE GENERICO				Letra	Letra		
NOMBRE COMERCIAL				Número	Número		
NOMBRE GENERICO				Letra	Letra		
						TROQUEL 2	
Diagnóstico R1: <u>Diabetes</u>						TOTAL RECETA \$ <u>2970,87</u>	
R2: <u>Sansón</u>						TOTAL BENEFICIARIO \$ <u>1733,33</u>	
						TOTAL OBRA SOCIAL \$ <u>1237,54</u>	
Fecha de Prescripción: <u>15.03.22</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>W. de D. O...</u>				Domicilio: <u>W. de D. O. 1466</u>			
Firma Conforme <u>W. de D. O...</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)							
077000036							