



CONVENIO FACAF – Droguería FARMA KD

JULIO 2018

NORMA DE ATENCION PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS PARA HEMOFILIA/PAMI FACTOR VIII DE ALTO COSTO

ENTREGA Y RECEPCION DEL PRODUCTO:

- a) Los medicamentos y/o insumos farmacéuticos requeridos serán provistos **EXCLUSIVAMENTE** por **FARMA KD y/o empresas de logística y/o transporte de medicamentos debidamente habilitados por autoridad sanitaria competente.**
- b) Los medicamentos serán entregados por cuenta y orden de la Obra Social y/o Institución y en las farmacias adheridas voluntariamente a través de LA FEDERACION.

VERIFICACION DE PRODUCTOS Y DOCUMENTACION:

- a) Cada farmacia debe controlar y verificar que la documentación que acompaña el envío (remitos) se corresponda con el/los productos a recibir.
- b) Cada farmacia debe constatar la correcta conservación del producto a recibir verificando el embalaje correspondiente principalmente en caso de recepcionar productos que requieran cadena de frio (En caso de identificar cualquier anomalía y/o deficiencia en el embalaje, ya sea deterioro, mala conservación o cualquier otro factor que pudiera alterar la calidad del producto, la farmacia deberá observar en el remito dicha situación e informar al Departamento de Atención al Paciente de Farma KD a los teléfonos 4257-6123 e-mail **atencion.cliente@farmakd.com** El departamento de atención al paciente de Farma KD informara a la farmacia como proceder ante dicha situación.
- c) Una vez verificada la correcta entrega de los productos la farmacia deberá conformar el/los remitos en todos los campos indicados, estos son:
 - **Fecha de recepción**
 - **Firma del receptor**
 - **Nombre y apellido del receptor**
 - **Sello del receptor o Farmacia**
 - **Número de documento del receptor.**



Una vez conformados por la farmacia los remitos de entrega, y no habiendo observaciones por parte de ésta en cuanto a la calidad de los productos y del envío; y transcurridas 24 horas sin que la farmacia haya realizado formalmente observación alguna a FARMA KD, ésta será responsable por la conservación de los productos hasta su dispensa al paciente o devolución a FARMA KD

TRAZABILIDAD:

- a) Los medicamentos y/o insumos farmacéuticos son enviados a cada farmacia con sus correspondientes troqueles (en caso que el producto lo posea) y debidamente trazados por Farma KD o eslabón interviniente en la cadena de trazabilidad debidamente autorizado según la normativa vigente en la materia del Sistema Nacional de Trazabilidad.
- b) La farmacia debe informar en tiempo real la RECEPCION de los productos a la ANMAT de acuerdo a la normativa vigente de trazabilidad. Bajo ningún concepto la farmacia debe informar a la ANMAT la DISPENSA de los productos sin que efectivamente hayan sido retirados por el paciente o persona autorizada.
- c) La farmacia en caso de detectar algún error y/o inconsistencia al momento de realizar la trazabilidad o se viera imposibilitada de hacerlo por cualquier motivo deberá contactarse inmediatamente al Departamento de Atención al Paciente de Farma KD, a los teléfonos 4257-6123 e-mail atencion.cliente@farmakd.com para la resolución del inconveniente.

1 ALMACENAMIENTO:

- a) **La farmacia es responsable por la correcta conservación de los productos, hasta la dispensa al paciente, debiendo prever las instalaciones y equipamiento necesario especialmente para la conservación de productos que requieran cadena de frío.**
- b) La farmacia debe informar inmediatamente a Farma KD cualquier anomalía o desvío detectado en la conservación y/o almacenamiento de los productos (perdida de cadena de frío, roturas del producto envases, soportes de trazabilidad, troqueles, etc.). Comunicándose al Departamento de Atención al Paciente

DISPENSA:

- a) La farmacia debe dispensar los productos a los pacientes/beneficiarios o persona autorizada para su retiro previa presentación de la RECETA ORIGINAL correspondiente, debiendo verificar la concordancia entre dicha documentación presentada y los productos a entregar a fin de asegurar la correcta dispensa.
- b) El responsable farmacéutico deberá agregar a la receta fecha y hora de expendio.---



- c) La farmacia deberá **DESTROQUELAR** los productos en el caso que lo posean y realizar la **TRAZABILIDAD** correspondiente al paciente según la normativa vigente en la materia.
- d) **IMPORTANTE:** La farmacia deberá asegurar la correcta información de trazabilidad a la ANMAT de la dispensa al paciente, realizándola exclusivamente al momento de la entrega de los productos.
- e) La farmacia, deberá hacer conformar al paciente o persona que retire un remito PROPIO DE LA FARMACIA O BIEN UN COMPROBANTE DE DISPENSA completo en todos sus campos el cual deberá remitir a FACAF en los tiempos que este indique a la Cámara.
- Fecha de recepción
 - Firma del receptor
 - Nombre y apellido del receptor
 - Sello del receptor o Farmacia
 - Número de documento del receptor
- f) Tanto la receta como el remito o comprobante de dispensa deberá estar firmado y sellado **EXCLUSIVAMENTE** por el DT o farmacéutico auxiliar debidamente registrado ante autoridad sanitaria para asegurar la correcta dispensa de los productos.
- g) La documentación a rendir constara de lo siguiente:

2 RECETA ORIGINAL firmada y sellada exclusivamente al dorso por DT o auxiliar farmacéutico debidamente registrado ante autoridad sanitaria, colocando fecha y hora de la dispensa.

- a) **REMITO O COMPROBANTE DE DISPENSA** debidamente conformado por el paciente en todos los campos firmado y sellado por DT o farmacéutico auxiliar debidamente registrado ante autoridad sanitaria
- b) **TROQUELES** (en los casos que el producto lo posea)
- c) **COMPROBANTE DE TRAZABILIDAD** donde se verifique fecha y hora de la correspondiente dispensa.

3 REMANENTES. DEVOLUCIONES: -----

- a) En caso que el paciente o personal autorizado al retiro no concurra a retirar los productos en el plazo que FARMA KD establezca la **farmacia** deberá conservarlos, identificarlos visiblemente,



almacenarlos separadamente en área segura a fin que FARMA KD proceda al retiro de los mismos.

- b)** Todos los reclamos y demás informaciones referentes a productos con desvío de calidad, seguridad o legalidad deberán ser informados a FARMA KD al departamento de Atención al Paciente a los teléfonos 4257-6123 e-mail **atencion.cliente@farmakd.com**

LIQUIDACION

La Farmacia deberá presentar mensualmente toda la documentación (Receta Original, Remito, Comprobante de Dispensa, Troqueles en los casos que el producto posea y Comprobante de Trazabilidad), y completar la planilla de liquidación que figura en hoja siguiente.



CONVENIO FACAF – DROGUERÍA FARMA KD

PLANILLA DE LIQUIDACION

ID FACAF:		COD.PAMI:	
------------------	--	------------------	--

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

