

INSTRUCTIVO FARMACIAS

DISPENSAS
TERAPIAS
ESPECIALES

 **RIEN**
SALUD EN MOVIMIENTO

EMAIL

reddefarmacias@orien.com.ar

GUARDIAS

Los 7 días de la semana las 24hs.

Viviana Quintana

Tel.: 112.6026.532

Angel Cardozo

Tel.: 115.1108.645



TABLA DE
CONTENIDO

Ingreso de pedidos 2

Dispensa 3

Envio documentación a droguería 4

Devoluciones 4

Cadena de Frío 5

Contactos 6

INSTRUCTIVO FARMACIAS

DISPENSAS
TERAPIAS
ESPECIALES

INGRESO DE PEDIDOS



1. LLEGADA DEL TRANSPORTISTA



2. CONTROL CANTIDAD DE REMITOS VS. CANTIDAD DE BULTOS

Se firma el original para entregarle al transportista y guardamos con medicación **triplicado y cuadruplicado de ORIEN.**



3. TRAZAR LOS PRODUCTOS DE LOS REMITOS RECIBIDOS

Es importante hacerlo **el día en el que se recibe.**

i IMPORTANTE: La firma en el remito entregado al transportista implica recepción del mismo, aunque el control sea posterior.

ACLARACIONES INGRESOS

Por favor corroborar que, para los medicamentos trazables, **el nro. de serie coincida con el del remito**, además del nombre del producto (GTIN) y sus cantidades.

De ser pedidos que contengan medicación con cadena de frío, estos deberán ser guardados en la heladera dentro de la bolsa termosellada en la cual vienen acondicionados junto con su correspondiente documentación.

DISPENSA

¿Qué controlar? >

RECETA VS. REMITO VS. MEDICACIÓN

- Nombre y Apellido
- Droga
- Presentación
- Cantidad
- Nro. SERIE
- Nro. GTIN

RECETA



NOMBRE Y APELLIDO
NRO. DE AFILIADO
OBRA SOCIAL

- ✓ Cantidad
- ✓ Droga
- ✓ Presentación

FIRMA PROFESIONAL
SELLO / N° DE MATRÍCULA

Debe estar firmado
y sellado por el
profesional.

La fecha del remito
debe estar dentro del
mes de vigencia de la
receta.

CONTROLAR DATOS
Receta Vs. Remito

REMITO

NOMBRE Y APELLIDO / NRO AFILIADO
CUIL: XXXXXXXXXX
Dirección: xxxxxx xxxxxxxx

Ped Asoc: Pedido Vta 0024-00286261/12137921

Artículo	Descripción	Cantidad	ExiN
A33019	NOMBRE COMERCIAL 100mg x 30 comp. (DROGA)	1	0
	GTIN: (01)08054083005003 SERIE: (21)00075105037722	1	0
		2	0



MEDICACIÓN PARA PRODUCTOS TRAZABLES

(01)08054083005003
(17) 30/11/17
(21)00075105037722
(10)1054215

Nro de GTIN

Nro de Serie

¡ IMPORTANTE: Hacer la traza de dispensa a paciente **el mismo día** que se hizo la entrega. Especial atención en este punto ya que es irreversible pasadas las 2 horas. **Chequear datos de afiliado, medicación y obra social (NRO. RNOS, RENEM).**

INSTRUCTIVO FARMACIAS

DISPENSAS
TERAPIAS
ESPECIALES

ENVÍO DOCUMENTACIÓN A DROGUERÍA

- ✓ RECETA (*firmada por el afiliado*)
- ✓ TRIPLICADO DE ORIEN (*firmado por el afiliado*)
- ✓ COMPROBANTE DE DISPENSA

Enviar a **ORIEN**
(OBLIGATORIO)

Una vez retirado el paciente, la Directora Técnica deberá firmar y sellar cada uno de los documentos mencionados previo su envío a droguería. No será considerado como válido el sello y firma de la farmacéutica. ***Es de gran importancia para nosotros que se nos envíe esta documentación.***

El costo de dispensa por pedido remitado es de \$19.900 (VALOR ACTUALIZADO A MAYO/24)

Factura tipo A para ORIEN ARGENTINA SA 30-71153461-6

DEVOLUCIONES

Las mismas podrán ser solicitadas por el equipo de devoluciones de ORIEN o mismo generadas por la propia farmacia en casos que el paciente haya rechazado la medicación o pase un tiempo considerable sin retirarla.



En ambos casos la vía de comunicación es
devoluciones@orien.com.ar

En caso de medicación con *cadena de frío* se respetaran las mismas condiciones en las que se reciben los pedidos de droguería (*ver Pag.5 "Cadena de Frío" para el armado de las heladeras*). Asimismo deberá ser acompañada por la "Carta de cadena de frío" (*ver anexo*).

❗ IMPORTANTE: Asegurarnos que **coincida la serie** de la medicación para devolución con la indicada en el remito y **hacer la traza** correspondiente a droguería.

NO SE PUEDEN RECIBIR DEVOLUCIONES DE LOS AFILIADOS UNA VEZ RETIRADOS DE LA FARMACIA SIN AUTORIZACIÓN DE DROGUERÍA.

CADENA DE FRÍO

Los productos se colocan dentro de conservadoras de telgopor con geles refrigerantes, previamente colocados en freezer a temperatura **inferior a - 10°C por lo menos 48 horas antes de su uso.**

Para el embalaje de los mismos se deberán emplear los siguientes elementos:

- ✓ Cajas de telgopor.
- ✓ Papel film
- ✓ Refrigerantes en gel
- ✓ Cartón corrugado/termibag
- ✓ Cinta de embalar

PROCESO DE EMBALAJE



- 1 Envolver los productos con papel film o colocarlos en bolsas plásticas para **evitar que el producto pueda mojarse.**
- 2 Colocar los **geles dentro de la conservadora** de telgopor, según se indica en el cuadro (Pag. 6).
- 3 Ubicar en el interior de la conservadora de telgopor los **productos envueltos.**
- 4 Colocar **separaciones de cartón corrugado/papel** para rellenar los espacios vacíos de la conservadora de telgopor.
- 5 Identificar cada **bulto del pedido** (tapa y cuerpo de la caja) con la etiqueta correspondiente (nro. de remito).
- 6 Colocar la **identificación "Producto con cadena de frío"** y la **hora** en que se acondicionó el pedido.
- 7 Colocar la **tapa y sellar la caja** con cinta de embalar.
- 8 Guardar el **pedido en la heladera** hasta el momento de la devolución.

INSTRUCTIVO

FARMACIAS

DISPENSAS

TERAPIAS

ESPECIALES

REFRIGERANTES A COLOCAR

EN LAS CONSERVADORAS

DE TELGOPOR

TAMAÑO CONSERVADORA (MM)	TIPO DE REFRIGERANTE (GR)	CANTIDAD	EMBALAJE
170 x 180 x 120 mm. (chica)	Gel x 300 grs. (RS4) Gel x 150 grs. (RS3)	2 x 300 Laterales 1 x 150 Arriba	R54 R53 M R54 VISTA LATERAL
200 x 250 x 190 mm. (mediana)	Gel x 600 grs. (RS5) Gel x 300 grs. (RS4)	2 x 600 Laterales 2 x 300 Laterales	R55 R54 M R55 R54 VISTA ARRIBA

El armado de la conservadora debe realizarse, en lo posible, **dentro de la media hora antes de ser retirado por el transportista** dejando constancia del horario en el que se confeccionó.

CONTACTOS

EMAIL

reddefarmacias@orien.com.ar

GUARDIAS

Los 7 días de la semana las 24hs.

Viviana Quintana
Tel.: 112.6026.532

Angel Cardozo
Tel.: 115.1108.645

ANEXO

CARTA DE CADENA DE FRÍO



RETIRO DE PRODUCTOS DE CADENA DE FRÍO

Cliente:

Dirección:

Contacto en Droguería Orien:

Contacto Cliente:

RETIRAR: Producto trazado (tachar según corresponda): SI ☐ NO ☐

Producto / Presentación:

Serie N°:

Lote:

Vencimiento:

FECHA Y HORA DE CIERRE DE LA CONSERVADORA: / / a las hs.

DECLARO QUE EL PRODUCTO QUE DEVOLVEMOS ESTUVO ALMACENADO BAJO MI RESPONSABILIDAD RESPETANDO LA TEMPERATURA DE CADENA DE FRÍO (2°C a 8°C).

FIRMA Y SELLO del Director Técnico

CARATULA PRESENTACION DISPENSA ORIENTE

FECHA		N° FACTURA ADJUNTA	
FARMACIA			

N° Remito	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	

N° Remito	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	

Recordar que todo remito dispensado tiene que tener adjunto su correspondiente comprobante de traza y que todo remito y receta debe de estar firmado y sellado por farmacia y con retiro conforme del afiliado

Las facturas tienen que ser del tipo "A" o "C" (al cuit 30-71153461-6 ORIENTE ARGENTINA S.A.)

FIRMA Y SELLO FCIA

PLANILLA DE ALTA**ORIEN****Datos Legales**

Razón Social:							
Nombre de Fantasía :							
Dirección Fiscal:							
Numero:		Piso :		Departamento:		Código Postal:	
Localidad:				Provincia			

Impuestos Impositivos

Cuit:		N° Inscripción De IIBB		
Tipo de Contribuyente: Responsable Inscripto (Colocar cruz donde corresponde)			Convenio Multilateral:	
Certificado de Exclusión de Gcias. N° Comprobante			Fecha de Vigencia:	Porcentaje :

Modo de Pago

Datos Bancarios Para Transferencia Bancaria :		Banco:	
CBU:		Cta. Bancaria	Suc:
		Limite de Crédito:	TopedeUnidades:
Contacto Cobranza:		E-mail:	Teléfono:

Contacto Comercial

Nombre y Apellido:		Teléfono:	
--------------------	--	-----------	--