

INSTRUCTIVO PARA LA OPERACIÓN
DEL

**Sistema Compra Conjunta
HEMOFILIA**

**CONVENIO COFA -
SHIRE/ORIEN**

Nuestra Confederación ha firmado un Acuerdo con el Laboratorio SHIRE para la dispensa de los productos Factor VIII para la Hemofilia que surge del Sistema Compra Conjunta (SCC) del Ministerio de Salud de la Nación.

El SCC se trata de una compra centralizada por parte del Ministerio de Salud del Factor VIII al Laboratorio Shire, como producto de una licitación, destinada a afiliados de PAMI, IOMA y obras sociales agrupadas en la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS).

El Acuerdo alcanzado entre COFA y SHIRE/ORIEN establece el mecanismo de dispensa a través de las farmacias de toda la Red COFA del país, con el reconocimiento de un Honorario de \$ 828 (ochocientos veintiocho pesos) por receta hasta el 30 de noviembre 2019 y de \$ 911 (novecientos once pesos) desde el 1 de diciembre 2019 al 30 de marzo 2020, en consonancia con la remuneración acordada con la Industria para el Convenio PAMI Alto Costo, y sus eventuales actualizaciones.

Para la prestación del SCC HEMOFILIA se acordó un procedimiento particular que se resume en los siguientes pasos:

1. La obra social autoriza a un afiliado la entrega del producto.
2. El afiliado elige la farmacia en la que desee retirar el producto.
3. La obra social informa al Ministerio de Salud la necesidad de la prestación.
4. El Ministerio de Salud comunica al **laboratorio SHIRE** que gestione la dispensa al paciente, informando un Número de Autorización, que guiará la totalidad del proceso, **a través de la logística de droguería ORIEN**.
5. ORIEN comunica a COFA el pedido, acompañando el dato de la farmacia, y COFA confirma la prestación.
6. La COFA ingresa al SIAFAR la información del pedido mediante el Número de Autorización.
7. SHIRE indica la entrega del producto a la farmacia a través de Droguería ORIEN, cosa que deberá realizarse dentro de las 72 horas de comunicado por el Ministerio.
8. ORIEN entrega el producto en la Farmacia, que deberá registrar su ingreso en SIAFAR.
9. La Farmacia dispensa el producto al afiliado registrándolo en SIAFAR, cerrando de este modo el proceso.
10. La Farmacia realiza la presentación de la dispensa ante su Colegio.

Como hemos mencionado, la Farmacia deberá acceder al sistema SIAFAR para realizar el registro de la recepción y dispensa.

En SIAFAR se encuentra habilitado un botón de acceso identificado como HEMOFILIA, haciendo click se ingresa a la pantalla y desde el menú SEGUIMIENTO se puede observar el pedido destinado a la farmacia.

SCC Hemofilia – Convenio COFA-SHIRE/ORIEN



Allí la farmacia podrá identificar el pedido que será provisto encontrando N° de Autorización, producto y obra social, con la opción del botón RECIBIR.



La farmacia al recibir el pedido deberá verificar, previamente a firmar el Remito, la composición correcta de la entrega, tomando como referencia el Número de Autorización (identificado como Orden de Compra en el Remito) tras lo cual deberá registrar su ingreso en SIAFAR en la opción RECIBIR, procediendo el sistema en ese mismo acto a la traza de recepción.

Los productos de Laboratorio SHIRE incluidos en la SCC Compra Conjunta Hemofilia son los siguientes:

PRODUCTO	GTIN
ADVATE 1000 IU BAXJECT II	642621023152
ADVATE 500 IU BAXJECT II	642621023145
HEMOFIL-M NF 1000 UI	642621026528
HEMOFIL-M NF 500 UI	642621026511

El afiliado, avisado por la obra social, se apersonará ante la farmacia debiendo presentar constancia de la obra social en la que se menciona el Número de Autorización junto a la receta médica. Cabe recordar que hasta el momento en que el paciente llega a la farmacia la única referencia que existe para el pedido es el Número de Autorización, manteniéndose el anonimato del paciente, de allí la importancia de corroborar que el paciente tenga destinado el pedido que llegó a la farmacia mediante dicho número unívoco.

Cuando se realice la dispensa deberá ser registrada en SIAFAR mediante el botón DISPENSA, que abrirá un cuadro en el que la farmacia debe completar Nombre del paciente, DNI, Obra social y número de afiliación. Todos estos datos resultan imprescindibles para poder continuar ya que son requeridos para la traza de Dispensa, cosa que se realizará cuando se concluya el registro en SIAFAR.

Una vez concluido el registro de DISPENSA el sistema emitirá un COMPROBANTE DE DISPENSA y REGISTRO DE VALIDACIÓN, que deberá ser impreso por la farmacia y firmado por paciente o tercero, debiendo el paciente o tercero también firmar la receta indicando Nombre y Apellido y DNI.

El Comprobante de Dispensa y Registro de Validación firmado junto a la receta, también firmada, deberán ser presentados por la farmacia para el cobro. Para tal fin al terminar el mes el SIAFAR ofrecerá de manera automática la emisión de una Carátula de Cierre en la que se listarán los pedidos realizados, junto a la cual deberán incluirse Comprobante junto a la correspondiente receta.

La farmacia hará la presentación según la indicación de fecha de su colegio.

En caso de que el producto no fuera retirado por el paciente, al cumplirse 15 días de la fecha de Remito se bloqueará en SIAFAR su dispensa y se iniciará un proceso de devolución que le será informado a la farmacia para cumplimentar su registro en SIAFAR y su eventual retiro.

IMPORTANTE: El PAMI y los demás entes financiadores deben entregar a los pacientes un Formulario titulado "Elección de Farmacia para entrega de Factor VIII - 80-0004-LPU 2018" para que el afiliado pueda indicar a su farmacia habitual como destino de entrega y dispensa de sus productos.

Sugerimos hacer conocer este derecho a vuestros pacientes que reciben medicación para la Hemofilia.





FORMULARIO

ELECCIÓN DE FARMACIA PARA ENTREGA DE FACTOR VIII- 80-0004-LPU 2018.

El Afiliado deberá determinar la Farmacia donde retirará Factor VIII de la Licitación Conjunta 80-0004-LPU 2018

¿Qué Farmacia elige para recibir Factor VIII?

 **NOMBRE / RAZON SOCIAL :**

 **DIRECCIÓN:**

Datos del afiliado

N° DE BENEFICIO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE Y APELLIDO:



Firma Afiliado/Apoderado

Aclaración: _____ Fecha: / /