

FECHA 23 07 2001

EJECUTIVO ABF

Nueva Afiliación:

Migración:

**Datos de la Institución**

Tipo:  Mayorista  Empresa  Bienestar  Compañía Seguros  Sindicato  Otro \_\_\_\_\_

RUT Institución: 710151714191010 - 10

Nombre Fantasia: FUNDACION INTEGRA

Razón Social: FUNDACION EDUCACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL MENOR

Holding al que pertenece: \_\_\_\_\_

Dirección Comercial: ALONSO OVALLE Nº 1180. SANTIAGO

Correo Electrónico: fintegra@integra.cl

Teléfono 1: 7075100 Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Fax: 7075200

Rubro: \_\_\_\_\_ Antigüedad (Años): \_\_\_\_\_ Titulares: \_\_\_\_\_ Beneficiarios Totales: \_\_\_\_\_

Representante Legal: PATRICIA POBLETE BENNETT RUT Rep. Legal: 5602133 - 7

Coordinador Empresa para ABF: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

**Referencias Financieras.** Forma de Pago de Factura:  Vale Vista  Depósitos  ABF

Nº	Banco	Sucursal	Nº de Cuenta	Apertura (Mes - Año)
1.				
2.				
3.				

**Características Generales del Servicio ABF.**  
 Costo Cero por Servicio Básico ABF contratado.

**Dos Credenciales familiares para identificación de beneficiarios:** Generación de dos Credenciales ABF con indicación de los beneficiarios suscritos al Plan.

**Acceso total a la Red de Farmacias ABF a lo largo del País:** Sin restricciones de área geográfica o de otro tipo.

**Reportes resumen:** Listado de todos los consumos realizados por beneficiario titular, para descuento por planilla (incluye compras realizadas por sus cargas).

**Liquidación mensual:** Considera ventas realizadas entre el primer y último día del mes vigente para facturación.

**Pago Mensual:** El pago debe ser realizado dentro de un plazo de 30 días desde la recepción de la Liquidación correspondiente.

**Bloqueos en Línea en toda la Red ABF:** Comunicación en línea con las Farmacias adheridas a la Red ABF, asegurando bloqueos de Beneficiarios en forma inmediata.

**Actualización de Maestro de Beneficiarios:** Incorporaciones, eliminaciones o modificaciones de datos de beneficiarios.

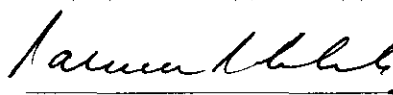
**Información de rechazos detalladas en el punto de ventas para los beneficiarios:** Emisión de comprobantes de rechazo con indicación de la o las causales de rechazo que impiden la autorización de bonificación.

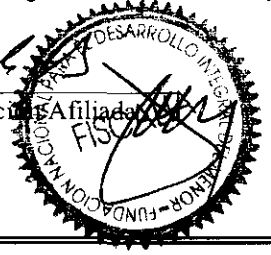
**Envío, a solicitud, de 10 cartolas de transacciones mensuales exentas de costo:** Detalle de las transacciones realizadas por beneficiarios.

**Envío, a solicitud, de 10 comprobantes de la venta (recetas, comprobantes de entrega) dentro de 60 días desde la fecha de la venta:** Para administrar objeciones (exentas de costo: 10 solicitudes mensuales).

SERVICIOS OPCIONALES ADICIONALES	COSTO	SERVICIO REQUERIDO
Información mensual de transacciones procesadas en medio magnético (total cargos a aplicar a beneficiario titular).	1.0 UF+iva por diskette generado.	
cartola con información detallada de dispensación, por beneficiario, mensual o a pedido (por fax).	0.0208 UF+iva por registro (producto impreso o grabado).	
Cierre Semanal	2.0 UF+iva mensual.	
Envío de comprobantes de ventas (receta, comprobante de entrega), dentro de 60 días de la fecha de la venta.	0.0084 UF+iva por comprobante, receta.	
Planes diferenciados (para facturaciones distintas).	1 UF+iva mensual, por cada nuevo plan.	
Reposición de Credenciales o Credenciales Adicionales	0.0102 UF+iva cada credencial.	
Asesoría Diseño de Planes y Control de Gastos	Cotización particular de acuerdo a la necesidad	

Declaro que los datos contenidos en este documento son verídicos, que él (los) firmante (s) actúa (n) legalmente en nombre y representación del cliente, aceptando las condiciones de este contrato.

  
 Representante Legal Institución Afiliada



CONTRATO AFILIACION PARA CONVENIO INSTITUCIONAL

En ..... de Chile, a ..... de ..... de ..... entre la Institución Contratante individualizada al final de este instrumento y ABF Administradora de Beneficios Farmacéuticos S.A., R.U.T. 96.863.980-3, representada por Don Ricardo Bahamondes Lorca, domiciliado en calle San Patricio 2944, Las Condes, Santiago, en adelante la "Administradora", se ha convenido el siguiente Contrato de Administración de Beneficios Farmacéuticos.

**PRIMERO: Objeto.** La Administradora se obliga a través de la implementación de su sistema de Administración de Beneficios Farmacéuticos, para procesar de manera electrónica las compras de medicamentos (con y sin receta) así como otras mercaderías que se expendan en cualquiera de las farmacias que integran la "Red de Farmacias ABF", a los "beneficiarios" de la Institución Contratante

**SEGUNDO: Definición Beneficiario.** Se entiende por beneficiario de la Institución Contratante a la persona que acredite esta condición, mediante su respectiva credencial ABF conjuntamente con la Cédula Nacional de Identidad

**TERCERO: Intercambio de Información.** Para cumplir con este contrato, ABF requiere que la "Institución Contratante" le informe, de manera periódica y sistemática, respecto de los "beneficiarios" que podrán requerir de sus servicios y de los distintos beneficios farmacéuticos a que cada uno está suscrito, información que ABF ingresará en su base de datos.

Por otra parte, será responsabilidad de la Institución Contratante solicitar el bloqueo de Credenciales, ya sea por muerte del Beneficiario, despido, extravío, robo, hurto o cualquier otra causal que amerite el bloqueo de ésta. La Institución Contratante se obliga a dar aviso a ABF, a la brevedad posible, del bloqueo respectivo, a través de comunicaciones formales escritas, de acuerdo a los procedimientos definidos por ambas partes. En caso de no efectuar el aviso de bloqueo correspondiente de la(s) Credencial(es), la institución Contratante responderá de todas las utilidades que se realicen con ésta. Efectuada la comunicación escrita, la Institución Contratante sólo responderá por utilidades realizadas dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de dicha comunicación por parte de ABF, debiendo ABF asumir el costo de las posibles compras efectuadas con posterioridad a dicho plazo. ABF, no adquiere ni tendrá en virtud del presente contrato, relación contractual alguna con el "beneficiario".

**CUARTO: Procedimiento que aplicará ABF frente al despacho de Productos al "beneficiario".** En la Red de Farmacias ABF, frente a la solicitud de despacho de productos presentada por un beneficiario de la "Institución Contratante", se exigirá presentar los siguientes documentos: Credencial de ABF y Cédula Nacional de Identidad del "beneficiario" y Receta Médica cuando la oportunidad lo requiera.

**QUINTO: Obligaciones de ABF.** De acuerdo con lo estipulado en el presente contrato son obligaciones específicas de ABF, las siguientes:

1. Procesar de acuerdo con la información recibida desde la farmacia perteneciente a la "Red de Farmacias", las solicitudes de despacho de medicamentos y/u otros productos y determinar si estas califican para ser despachadas directamente en la farmacia.
2. Remitir a la "Institución Contratante" un listado mensual con todas y cada una de las ventas que durante ese periodo le haya hecho llegar la Farmacia, y que hayan sido procesadas y autorizadas de acuerdo con los procedimientos que establece este contrato. Junto con el listado se remitirá también una liquidación de cobro. El listado y la liquidación de cobro antes indicadas deberán remitirse a la "Institución Contratante", dentro de los diez primeros días hábiles del mes siguiente de aquel en el que se hayan realizado las respectivas compras. Sin perjuicio del ciclo de liquidación, la actualización de cupos mensuales asignados a cada beneficiario, si así corresponde, se actualizará a su valor original el primer día hábil de cada mes.
3. Presentar a requerimiento de la "Institución Contratante" los documentos sustentatorios definidos en el Anexo B del presente contrato, en virtud de los cuales se hayan procesado, autorizado y pagado solicitudes de bonificación. Los primeros 10 requerimientos estarán exentos de costo, solicitudes adicionales presentarán costos adicionales. Estos documentos no podrán ser solicitados por la "mandante" transcurridos 60 días desde la fecha de la venta. Las solicitudes de documentos fuera del plazo antes indicado estarán sujetas a costos y condiciones que deberán convenirse en cada caso.

**SEXTO: Obligaciones de la "Institución Contratante".** Sin perjuicio de otras obligaciones accesorias, de acuerdo con el presente contrato, las principales obligaciones que asume la "Institución Contratante" son las siguientes.

1. Pagarle oportunamente a ABF las Facturas que mensualmente le haga llegar, por conceptos de compras de medicamentos, otros productos y/o servicios prestados. Este pago deberá efectuarse a más tardar dentro de los 30 días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la factura respectiva, mediante las siguientes alternativas:
  - Vale Vista
  - Depósito en Cuenta Corriente
  - Pago Directo en Oficinas de ABF

La mora o simple retardo en el pago de las facturas recibidas de parte de ABF, sea que se trate de facturas por servicios prestados por ABF, o de facturas emitidas por la farmacia, dará derecho a esta última para cobrar, por sí o en representación de la Farmacia, según sea el caso, a la "Institución Contratante", el interés máximo que la Ley permite estipular para operaciones reajustables, sobre el total de la obligación insoluta, hasta la fecha del pago efectivo, todo ello, sin perjuicio del reajuste correspondiente, según la variación que experimente la Unidad de Fomento entre la fecha en que debió efectuarse el pago y la fecha del pago efectivo.

En caso de retardo en la cancelación de la factura, ABF queda facultada para suspender la vigencia de este Contrato hasta tanto la Institución Contratante cancele íntegramente los valores adeudados en conformidad a este Contrato.

En caso que se produjeran atrasos reiterados en la cancelación por parte de la Institución Contratante, ABF queda facultada para por ese solo hecho, sin más trámite, para poner término inmediato al Contrato, comunicando por escrito esta situación.

2. Proveer y entregar periódicamente a ABF toda la información que ella requiera para mantener actualizada la base de datos que lleva ABF y que es indicativa de los "beneficiarios" y beneficios a los cuales cada uno de ellos se encuentra sujeto.

El cumplimiento oportuno de esta obligación no la libera de la obligación de informar en forma inmediata a ABF de cualquier cambio que se produzca en la base de datos.

Tal como se indicó previamente en este mismo contrato, la "Institución Contratante" será responsable de los errores que se produzcan como consecuencia de la entrega inoportuna o incompleta de la información.

3. Informar y educar a los "beneficiarios" en forma oportuna, sobre los beneficios y obligaciones que tendrán al utilizar las prestaciones otorgadas a través de ABF.
4. De conformidad con la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada, la "Institución Contratante" autoriza expresamente a ABF y/o a Farmacias Ahumada, para que en el evento de incumplimiento de pagos referidos al presente contrato, éstos remitan los antecedentes de la deuda (mora) a las Bases de Datos que se estimen convenientes.

Se deja constancia que cualquier perjuicio ocasionado por la medida, no es responsabilidad de ABF ni de Farmacias Ahumada.

**SEPTIMO: Vigencia.** Las partes acuerdan que el presente contrato tendrá una duración indefinida. Cualquiera de ellas, para dejar sin efecto el presente contrato de manera unilateral, deberá remitir una carta certificada a la otra parte, con un anticipación mínima de 60 días, respecto de la fecha en que efectivamente desea ponerle término.

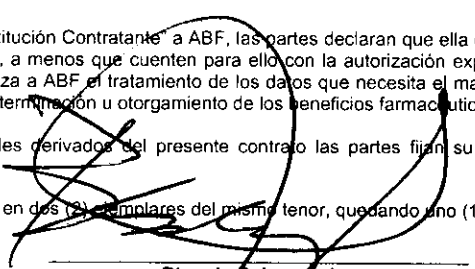
**OCTAVO: Confidencialidad.** Tanto la "Institución Contratante" como ABF reconocen y convienen el carácter confidencial del presente contrato y especialmente de toda la información que se han entregado recíprocamente en función de la celebración del mismo.

Ninguna de las partes podrá divulgar su contenido sin la autorización expresa de la otra parte. No obstante lo anterior, ABF podrá dar cuenta a terceros de la existencia del presente contrato.

En relación con la información entregada por la "Institución Contratante" a ABF, las partes declaran que ella es de propiedad de la primera, por lo que ABF no podrán utilizar la información, ni darla a conocer a terceros, a menos que cuenten para ello con la autorización expresa, previa y escrita de la "Institución Contratante". No obstante lo anterior, la Institución Contratante autoriza a ABF el tratamiento de los datos que necesita el mandante para conocer en forma global o desagregada los antecedentes e informaciones necesarias para la determinación u otorgamiento de los beneficios farmacéuticos y su comportamiento parametral.

**NOVENO: Domicilio.** Para todos los efectos legales derivados del presente contrato las partes fijan su domicilio en la ciudad de Santiago y se someten a la jurisdicción de sus tribunales.

**DECIMO: Copias.** El presente contrato se extiende en dos (2) ejemplares del mismo tenor, quedando uno (1) en poder de La Administradora y uno (1) en poder de la Institución Contratante.

  
Ricardo Bahamondes  
Representante Legal  
ABF, Administradora de Beneficios Farmacéuticos S.A.  
Representante Legal Institución Afiliada



Razón Social: .....  
R.U.T.: .....  
Domicilio: .....

Este Anexo forma parte integral del Contrato de Afiliación Descuentos por Planilla para prestación de Servicios ABF entre FUNDACION INTEGRA y ABF S.A., realizado con fecha \_\_\_\_\_.

**Características Generales del Plan Solicitado.**

Copago	Productos	Retiene Receta
<input checked="" type="checkbox"/> 0 %	Todos los productos	Si
Porcentaje ( _____ %)	Todos los medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/> No
	Exclusiones e Inclusiones	

**Especificación de Restricciones**

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS				PRODUCTOS NO MEDICAMENTOS			
Código ABF	Excluir	Incluir		Código ABF	Excluir	Incluir	
Medicamentos 00-99		<input checked="" type="checkbox"/>		Pañales 9993	<input checked="" type="checkbox"/>		
Productos Dietéticos (incluye Leches Maternizadas) 81	<input checked="" type="checkbox"/>			Pañales Adultos 9993001000	<input checked="" type="checkbox"/>		
Productos Naturales 9985	<input checked="" type="checkbox"/>			Pañales Niños 9993002000	<input checked="" type="checkbox"/>		
Productos Homeopáticos 9987	<input checked="" type="checkbox"/>			Alimentos 9991	<input checked="" type="checkbox"/>		
Accesorios Médicos 97		<input checked="" type="checkbox"/>		Alimentos Infantiles 9991001000	<input checked="" type="checkbox"/>		
Agentes de Diagnóstico 94		<input checked="" type="checkbox"/>		Lácteos 9991002000	<input checked="" type="checkbox"/>		
				Cereales 9991003000	<input checked="" type="checkbox"/>		
				Alimentos Varios 9991004000	<input checked="" type="checkbox"/>		
				Veterinarios 9992000000	<input checked="" type="checkbox"/>		
				Medicamentos Veterinarios 9992001000	<input checked="" type="checkbox"/>		
				Accesorios Veterinarios 9992002000	<input checked="" type="checkbox"/>		
				Artículos de Asco 9994000000	<input checked="" type="checkbox"/>		
				Cosméticos 9995000000	<input checked="" type="checkbox"/>		
				Varios 9999000000	<input checked="" type="checkbox"/>		

Indique con una " X " aquellos productos que se deben excluir o incluir en la venta realizada en Farmacias de la Red ABF.

**Asignación de Cupo**

Sin Cupo
Cupo Unico Mensual ( \$ _____ ).
Cupo Diferenciado Mensual

**Opciones de Cupos Diferenciados Mensuales Asignados**

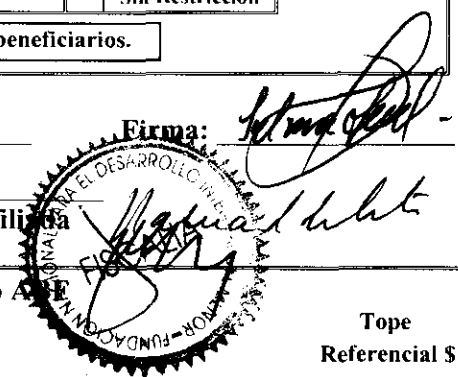
(Marcar aquí los cupos asignados. Además se debe indicar en el archivo de elegibilidad).

<input type="checkbox"/>	\$5.000	<input type="checkbox"/>	\$10.000	<input type="checkbox"/>	\$15.000	<input type="checkbox"/>	\$20.000	<input type="checkbox"/>	\$25.000
<input type="checkbox"/>	\$30.000	<input type="checkbox"/>	\$40.000	<input type="checkbox"/>	\$50.000	<input type="checkbox"/>	\$60.000	<input type="checkbox"/>	\$70.000
<input type="checkbox"/>	\$80.000	<input type="checkbox"/>	\$90.000	<input type="checkbox"/>	\$100.000	<input type="checkbox"/>	\$120.000	<input type="checkbox"/>	\$150.000
<input type="checkbox"/>	\$200.000	<input type="checkbox"/>	\$300.000	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sin Restricción

Marque con una "X" los cupos a asignar a cada grupo de beneficiarios.

Nombre Encargado Convenio: SELMA SAN MARTIN SANTANA

Firma Representante Legal Institución Afiliada

Firma: 

Cliente	Id. Cliente:	Uso Interno ABF	Tope Referencial \$
Tipo de Cliente: _____	_____		
Cuenta: _____			
Grupo1: _____	G1: _____ / _____	Plan1: _____	_____
Grupo2: _____	G2: _____ / _____	Plan2: _____	_____
Grupo3: _____	G3: _____ / _____	Plan3: _____	_____
Grupo4: _____	G4: _____ / _____	Plan4: _____	_____
Grupo5: _____	G5: _____ / _____	Plan5: _____	_____

SOLICITUD EFECTUADA POR:	SOLICITUD PROCESADA POR:	SOLICITUD PROCESADA POR:	DEVOLUCIÓN A CLIENTE
	(SERVICIOS CLÍNICOS)	(OPERACIONES)	RECEPCIONADA POR:
NOMBRE :	NOMBRE :	NOMBRE :	NOMBRE :
FECHA :	FECHA :	FECHA :	FECHA :
HORA :	HORA :	HORA :	HORA :