

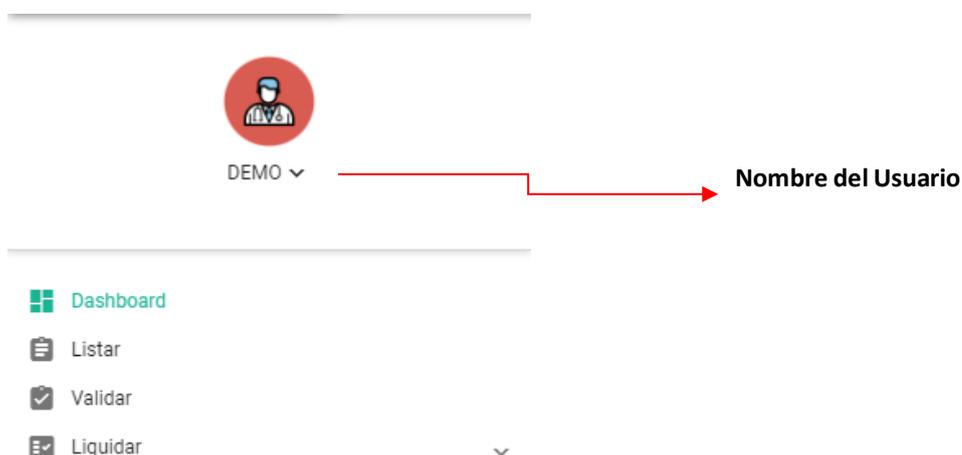
El presente instructivo detalla los pasos a seguir para la validación

1. Ingresar a <https://app.farmanager.com.ar/auth/login>
2. Colocar el usuario y contraseña correspondiente al usuario/establecimiento

Farmanager

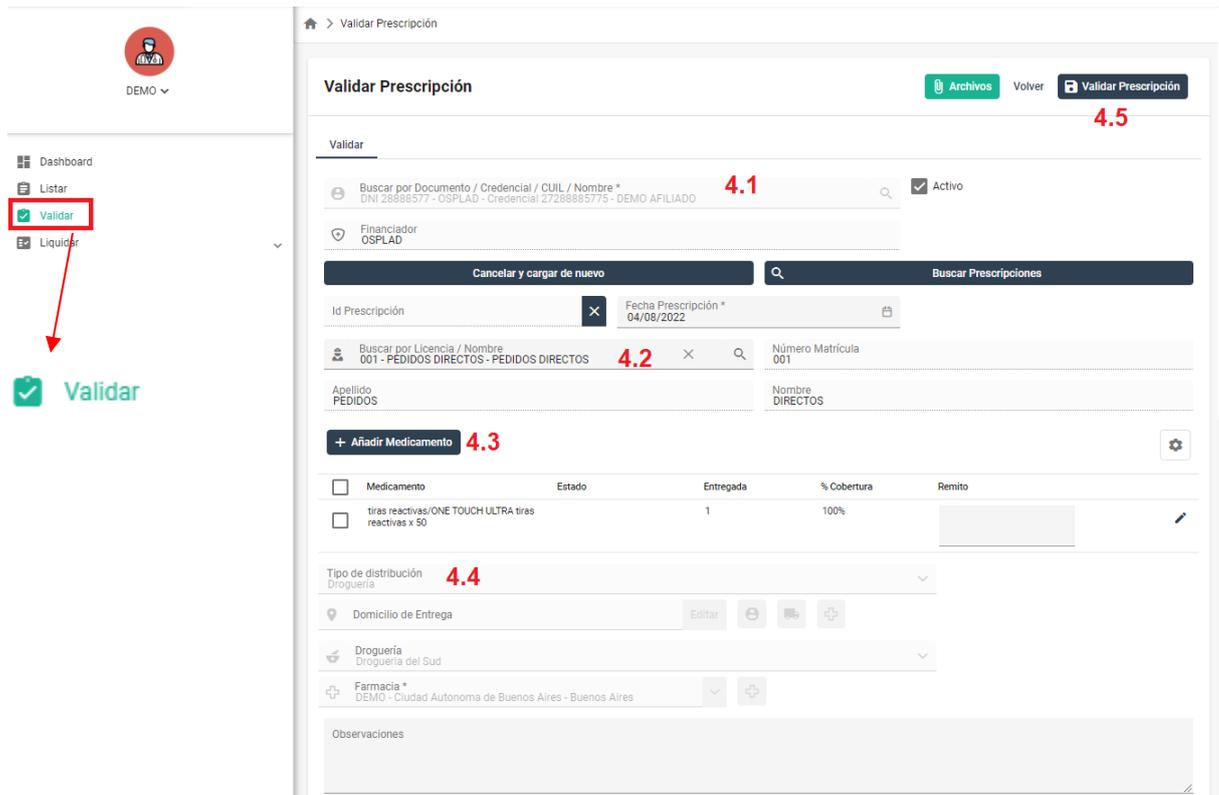
A login form with two input fields: "Usuario" and "Contraseña". Below the fields are two buttons: "Iniciar sesión" (dark blue with a person icon) and "¿Olvidaste tu contraseña?" (green with a question mark icon).

3. Al ingresar al sistema, se visualiza el siguiente **Menú de Opciones**:

A screenshot of the user interface. At the top, there is a user profile section with a red circular icon containing a person silhouette and the text "DEMO" with a dropdown arrow. A red arrow points from this text to the label "Nombre del Usuario". Below this is a menu with four items: "Dashboard" (with a green grid icon), "Listar" (with a list icon), "Validar" (with a checkmark icon), and "Liquidar" (with a list icon and a dropdown arrow).

NOTA: Se visualizará una opción llamada "Dashboard", este apartado NO tiene relevancia alguna.

4. Presionar la opción **VALIDAR** del **Menú de Opciones**



4.1 Buscar el beneficiario por Documento/Credencial/Nombre y presionar botón **Nueva Prescripción**



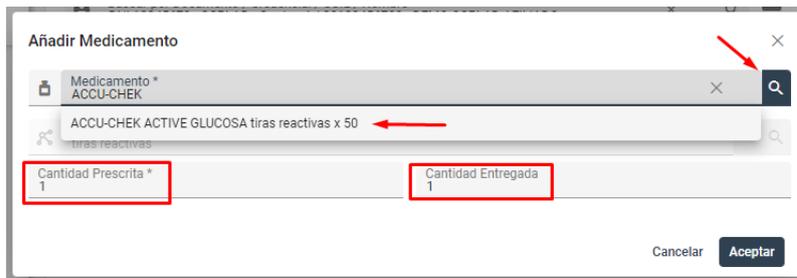
4.2 Buscar y seleccionar **médico Prescriptor**



(En el caso de no encontrar el médico, usar el numero 001)

4.3 Hacer click en **+ Añadir Medicamento**. La búsqueda del medicamento puede realizarse a través de la lupa o escribiendo el nombre en el campo Medicamento.

En Cantidad Prescrita colocar la cantidad solicitada en la receta y en Cantidad Entregada lo que se entregará al beneficiario.



Añadir Medicamento

Medicamento *
ACCU-CHEK

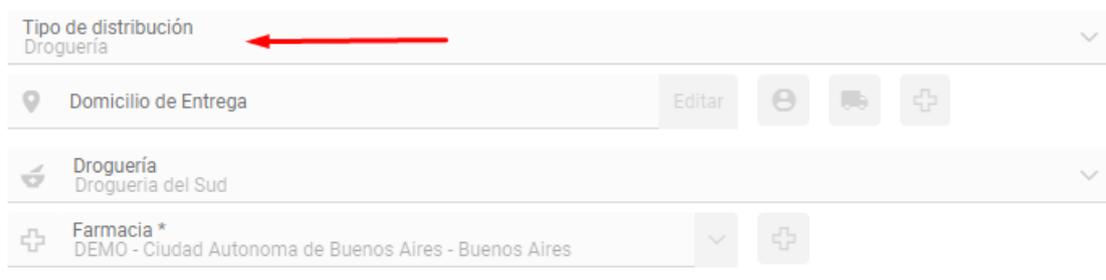
ACCU-CHEK ACTIVE GLUCOSA tiras reactivas x 50

Cantidad Prescrita *
1

Cantidad Entregada
1

Cancelar Aceptar

4.4 Repetir el punto 4.3 por cada medicamento que se desea añadir a la validación. Revisar en campo Modo de Distribución si el medicamento se provee por Dispensación (se entrega del stock de la Farmacia) o Droguería (por reposición)



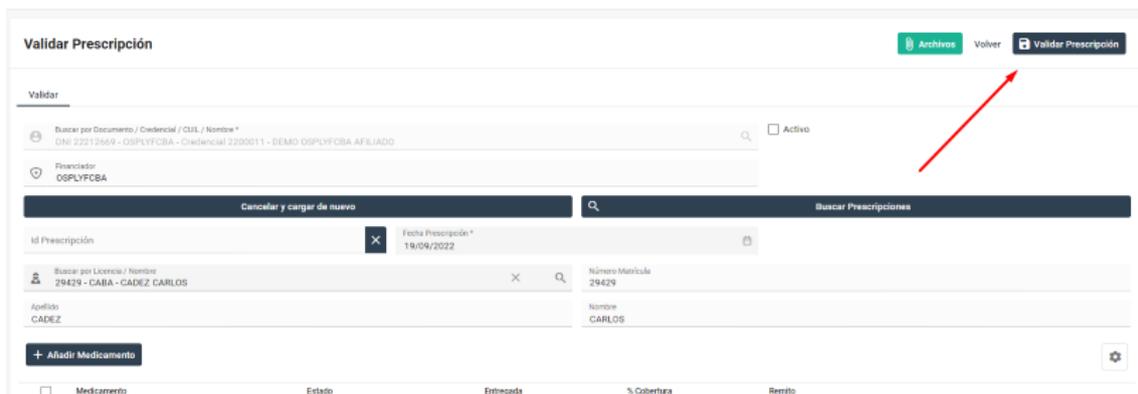
Tipo de distribución
Droguería

Domicilio de Entrega Editar

Droguería
Droguería del Sud

Farmacia *
DEMO - Ciudad Autonoma de Buenos Aires - Buenos Aires

4.5 Para finalizar, hacer click en el botón Validar Prescripción que se encuentra en la parte superior derecha de la pantalla.



Validar Prescripción

Archivos Volver Validar Prescripción

Validar

Buscar por Documento / Credencial / CUIL / Nombre *
DNI 22212669 - OSPLYFCBA - Credencial 2200011 - DEMO OSPLYFCBA AFILIADO

Financiador
OSPLYFCBA

Cancelar y cargar de nuevo Buscar Prescripciones

ID Prescripción Fecha Prescripción *
19/09/2022

Buscar por Licencia / Nombre
29429 - CABA - CADEZ CARLOS

Número Matrícula
29429

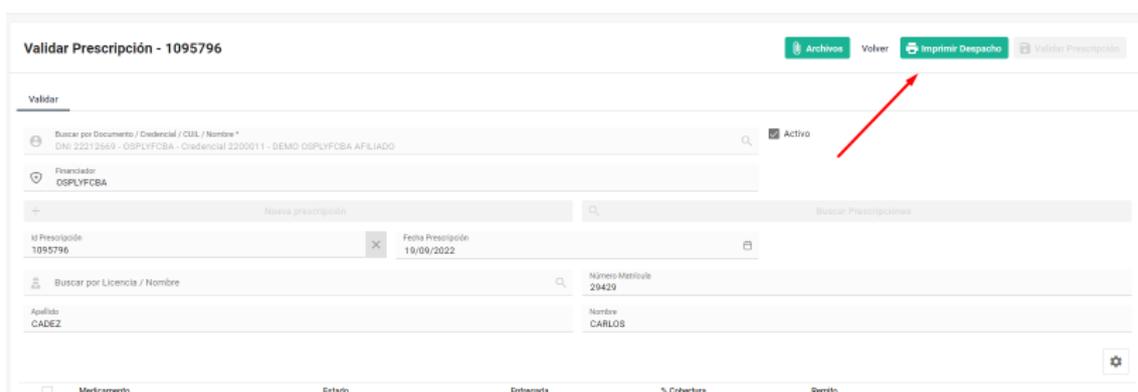
Apellido
CADEZ

Nombre
CARLOS

+ Añadir Medicamento

Medicamento	Estado	Entregada	% Cobertura	Remito
-------------	--------	-----------	-------------	--------

4.6 Después de validar, habilita la opción de imprimir el despacho, imprimir el mismo para poder terminar con la entrega.



Validar Prescripción - 1095796

Archivos Volver Imprimir Despacho Validar Prescripción

Validar

Buscar por Documento / Credencial / CUIL / Nombre *
DNI 22212669 - OSPLYFCBA - Credencial 2200011 - DEMO OSPLYFCBA AFILIADO

Financiador
OSPLYFCBA

Nueva prescripción Buscar Prescripciones

ID Prescripción Fecha Prescripción *
1095796 19/09/2022

Buscar por Licencia / Nombre
29429

Número Matrícula
29429

Apellido
CADEZ

Nombre
CARLOS

Medicamento	Estado	Entregada	% Cobertura	Remito
-------------	--------	-----------	-------------	--------

**Remito**

Fecha de Despacho: 19/09/2022

Nro de Despacho: 282912

Talón para el Beneficiario

Obra Social: OSPLYFCBA
Beneficiario: 2200011 DNI: 22212669
Apellido y nombre: DEMO OSPLYFCBA, AFILIADO

Farmacia: 8 - FARMANEXUS II

Medico: CADEZ, CARLOS

Matricula: 29429

Medicamento Monodroga	Solicitud Prescrip.	Cantidad	Cobertura(*)	Total Beneficiario	Total PVP
METFORMIN TEMIS - 1 g comp.rec.x 60	1095796	1	100.00%	\$0.00	\$3,373.17
metformina	1095796				
				\$0.00	\$3,373.17

(*) Los Porcentajes de cobertura inferiores al 70% corresponden a coberturas según precios de referencia. Rss 310 Art. 2° 7.1.

Sr. Beneficiario verifique que los medicamentos recibidos coinciden con el detalle de este remito. De no ser así, firme en desconformidad y detalle el motivo

RECIBI CONFORME: SI() NO()

Motivo: _____

Apellido y Nombre:

DNI:

Fecha:

Firma:

**** * LEER ATENTAMENTE: Sr. BENEFICIARIO CUIDE LA SEGURIDAD Y GARANTIA DE LOS
MEDICAMENTOS * ****