

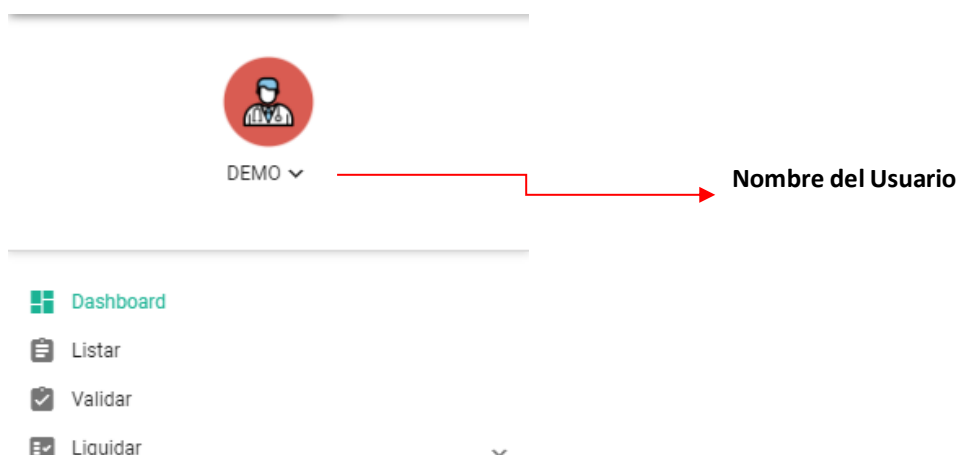
El presente instructivo detalla los pasos a seguir para la validación

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

Farmanager

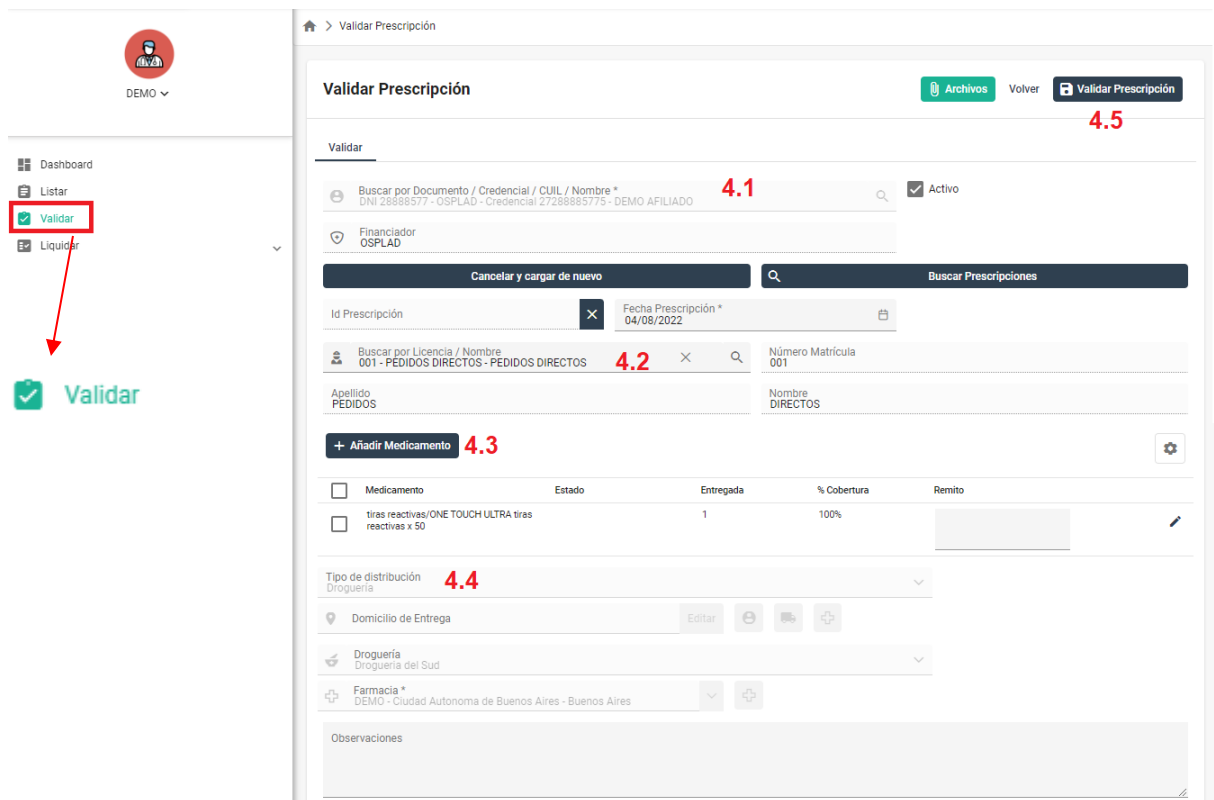
A login form for Farmanager. It consists of two input fields: "Usuario" (User) and "Contraseña" (Password), both with red placeholder text. Below the fields are two buttons: a dark blue button with a white user icon and the text "Iniciar sesión" (Log in), and a green button with a white question mark icon and the text "¿Olvidaste tu contraseña?" (Forgot your password?).

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

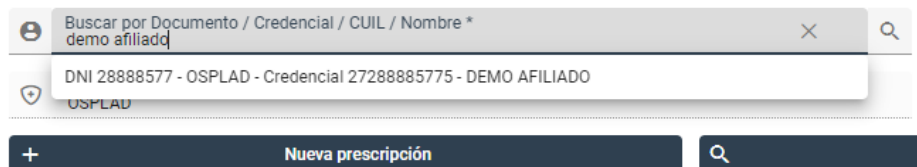


NOTA: Se visualizará una opción llamada "Dashboard", este apartado NO tiene relevancia alguna.

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



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



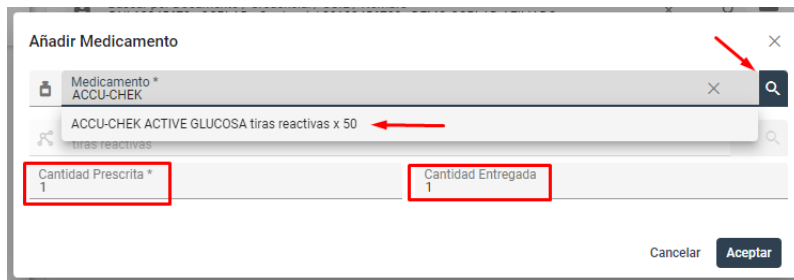
4.2 Buscar y seleccionar **médico Prescriptor**



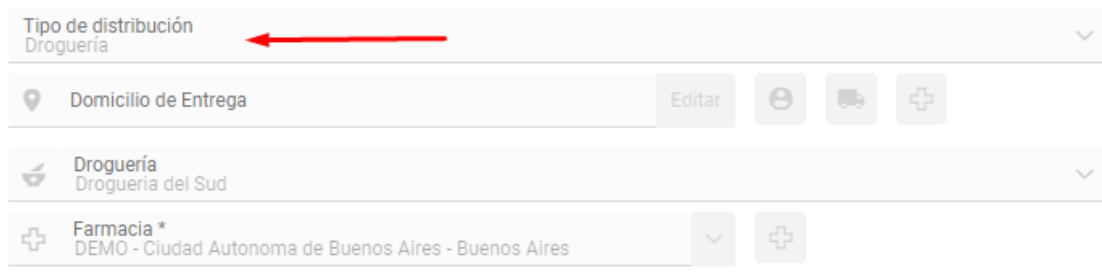
(En el caso de no encontrar el médico, usar el numero 001)

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.

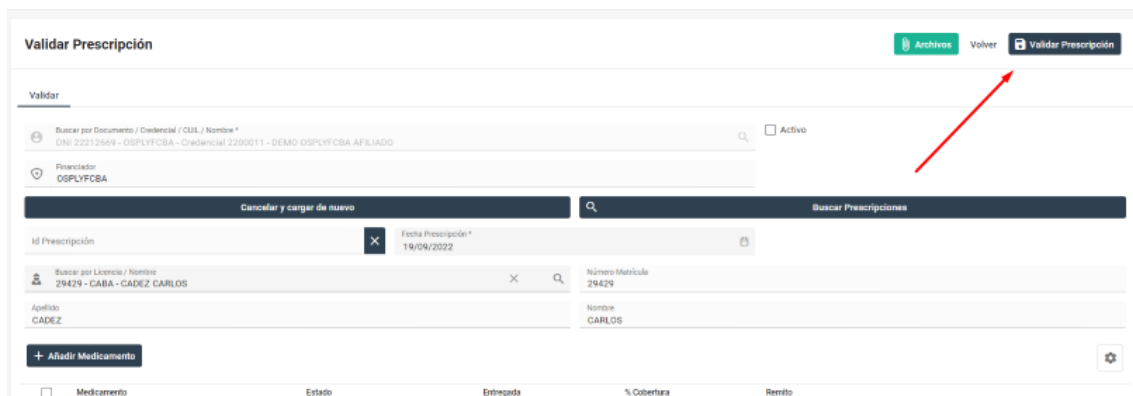
En Cantidad Prescrita colocar la cantidad solicitada en la receta y en Cantidad Entregada lo que se entregará al beneficiario.



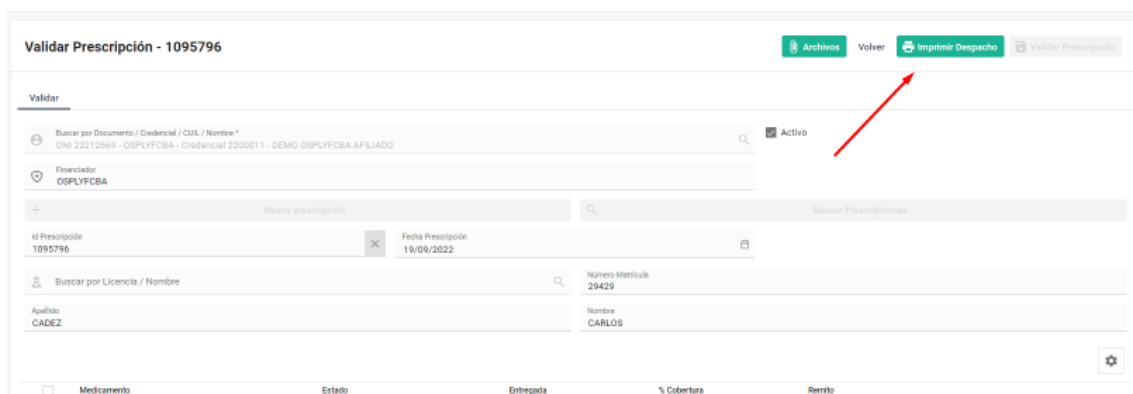
4.4 Repetir el punto 4.3 por cada medicamento que se desea añadir a la validación. Revisar en campo Modo de Distribución si el medicamento se provee por Dispensación (se entrega del stock de la Farmacia) o Droguería (por reposición)




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



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



 Imprimir**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	Solicitud Prescrip.	Cantidad	Cobertura(*)	Total Beneficiario	Total PVP
Monodroga					
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 * ** ** *