

MANUAL VALIDACION BENE SALUD

VIGENCIA 01/09/2023

SOLGEN S.A.

WEB:

Link: <https://beneweb.ddaval.com.ar/>

Usuario de la Farmacia, el mismo que para el resto de nuestros convenios

Para los Facturadores:

SOAP:

<http://benesoad.ddaval.com.ar/>

Homologación;

<https://servicios.audibaires.com.ar/solgen.php>

1 - PLAN AMBULATORIO 40%

- **Fecha Receta:** ddmmaa (validez 30 días desde fecha prescripción)
- **DNI:** Numérico Campo Obligatorio - Busca en Padrón
- **Apellido y Nombre:** Trae dato del Padrón
- **Medico Matricula:** Numérico - Según Receta
- **Tipo de Matricula:** Provincial/Nacional - Según Receta
- **Apellido y Nombre del Medico:** Texto - Según Receta
- **Tipo de Tratamiento:** Cuando corresponda "Con Tratamiento Prolongado" para más de una unidad, hasta dos en caso de necesidad para completar el tratamiento mensual
- **Diagnóstico:** Texto - Según Receta ó SD
- **Medicamentos:** Hasta Dos líneas por receta - Una Unidad por línea (salvo que se indique Tratamiento Prolongado, hasta dos unidades por línea)
El Sistema controla inclusiones del vademécum

The screenshot shows the 'BENE' web application interface. At the top, there is a navigation menu with a hamburger icon and the text 'BENE'. On the right, there is a user profile icon and the text 'Farmacia de prueba'. Below the header, the main content area is titled 'Datos de la Receta'. It contains several input fields and dropdown menus: 'Plan' (set to 'AMBULATORIO'), 'Fecha Receta' (ddmmaa), 'DNI' (99999999), 'Medico' (matricula), 'Tipo' (Matricula), 'Apellido y Nombre' (apellido y nombre), and 'Diagnostico' (diagnostico). There is also a dropdown for 'Sin tratamiento prc'. Below these fields is a table with columns: '#', 'Troquel/Barra', 'Presentación', 'Precio Unit', 'Cant', 'Monto', 'Porcentaje % Cob', and 'Cargos al...' (with sub-columns 'Afiliado' and 'OS'). The table has two rows with input fields for each column. At the bottom left, there are two buttons: 'Validar' (blue) and 'Cancelar' (orange). On the right side of the form, there is an orange 'Info' button.

MANUAL VALIDACION BENE SALUD

VIGENCIA 01/09/2023

SOLGEN S.A.

3 - PLAN CRONICO 70% - 100% - CON AUTORIZACION

- **Autorización:** La receta debe venir con Número de **RTC + Sello Autorización**, este número otorgado por OSV es irrepitable y el sistema controla que se dispensen **TRES Entregas con un lapso de 25 días**
- **Numero de Receta:** Campo Numérico NO Obligatorio (en caso de no tener dejar campo vacio)
- **Fecha Receta:** ddmmaa
- **DNI:** Numérico Campo Obligatorio - Busca en Padrón
- **Apellido y Nombre:** Trae dato del Padrón
- **Medico Matricula:** Numérico - Según Receta
- **Tipo de Matricula:** Provincial/Nacional - Según Receta
- **Apellido y Nombre del Medico:** Texto - Según Receta
- **Tipo de Tratamiento:** Cuando corresponda "Con Tratamiento Prolongado" para más de una unidad, hasta dos en caso de necesidad para completar el tratamiento mensual.
- **Diagnóstico:** Texto - Según Receta
- **Medicamentos:** Hasta Tres líneas por receta - Una Unidad por línea (Salvo que se indique Tratamiento Prolongado Hasta Dos unidades por línea)
- El Sistema controla inclusiones del vademécum

BENE Farmacia de prueba

Datos de la Receta

Plan: CRONICOS Autorización: 999999 N° Receta: n° receta

Fecha Receta: ddmmaa DNI: 99999999 Sin trata

Medico: matricula Tipo: Matricula Apellido y Nombre: apellido y nombre

Diagnostico: diagnostico

#	Troquel/Barra	Presentación	Precio Unit	Cant	Monto	Porcentaje		Cargos
						% Cob	Afiliado	
1								
2								
3								

Validar Cancelar

Bene salud

AUTORIZADO PLAN CRÓNICO Tratamiento Trimestral segun Vademecum

Romina P. Toimil
Gerencia de Prestaciones Medicas

RTC Nº

MANUAL VALIDACION BENE SALUD

VIGENCIA 01/09/2023

SOLGEN S.A.

4 - PLAN ANTICONCEPTIVO 100% - CON AUTORIZACION

- **Autorización:** La receta debe venir Número de con **RTC + Sello Autorización**, este número otorgado por OSV es irrepitable y el sistema controla que se dispensen **TRES Entregas con un lapso de 25 días**
- **Numero de Receta:** Campo Numérico NO Obligatorio (en caso de tener dejar campo vacio)
- **Fecha Receta:** ddmmaa
- **DNI:** Numérico Campo Obligatorio - Busca en Padrón
- **Apellido y Nombre:** Trae dato del Padrón
- **Medico Matricula:** Numérico - Según Receta
- **Tipo de Matricula:** Provincial/Nacional - Según Receta
- **Apellido y Nombre del Medico:** Texto - Según Receta
- **Tipo de Tratamiento:** "Sin Tratamiento Prolongado"
- **Diagnóstico:** Texto - Según Receta ó SD
- **Medicamentos:** Una línea por receta - Una Unidad por línea.
- El Sistema controla inclusiones del vademécum

Datos de la Receta

Plan: ANTICONCEPTIVOS | Autorización: 999999 | N° Receta: n° receta

Fecha Receta: ddmmaa | DNI: 99999999 | Sin tr

Medico: matricula | Tipo: Matricula | Apellido y Nombre: apellido y nombre

Diagnostico: diagnostico

#	Troquel/Barra	Presentación	Precio Unit	Cant	Monto	Porcentaje		Cargo
						% Cob	Afiliad	
1								

Validar Cancelar

RTC N°

Bene salud
AUTORIZADO
PLAN ANTICONCEPTIVO
Tratamiento Trimestral
segun Vademecum
Romija P. Toimil
Gerencia de Prestaciones Medicas

MANUAL VALIDACION BENE SALUD

VIGENCIA 01/09/2023

SOLGEN S.A.

5 - PLAN DISCAPACIDAD - Con Autorización

Este Plan está destinado para todos los medicamentos indicados como PLAN DISCAPACIDAD con Autorización de BENE SALUD

- **Autorización:** La receta debe venir con Autorización Numerada, este número otorgado por OSV es irrepitable y el sistema controla que solo se utilice **UNA vez**, existe la posibilidad que se sobre la misma receta se realicen **Tres Autorizaciones con distinta numeración**, las mismas indicaran periodo para la dispensa
- **Numero de Receta:** Campo Numérico NO Obligatorio (en caso de tener dejar campo vacio)
- **Fecha Receta:** ddmmaa
- **DNI:** Numérico Campo Obligatorio - Busca en Padrón
- **Apellido y Nombre:** Trae dato del Padrón
- **Medico Matricula:** Numérico - Según Receta
- **Tipo de Matricula:** Provincial/Nacional - Según Receta
- **Apellido y Nombre del Medico:** Texto - Según Receta
- **Diagnóstico:** Texto - Según Receta ó SD
- **Medicamentos:** Hasta Cinco líneas por receta - Unidades según Autorización.
El Sistema trabaja sobre la totalidad de la base Alfa Beta
El descuento se cargara según indica la autorización

BENE Farmacia de prueba

Datos de la Receta

Plan: DISCAPACIDAD Autorización: 999999 N° Receta: n° receta

Fecha Receta: ddmmaa DNI: 99999999

Medico: matricula Tipo: Matricula Apellido y Nombre: apellido y

Diagnostico: diagnostico

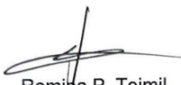
#	Troquel/Barra	Presentación	Precio Unit	Cant	Monto	Porcentaje
1						
2						
3						
4						
5						

Bene salud

AUTORIZACION N°

PLAN DISCAPACIDAD

100% DESCUENTO


Romija P. Toimil
Gerencia de Prestaciones Medicas

MANUAL VALIDACION BENE SALUD

VIGENCIA 01/09/2023

SOLGEN S.A.

6 - PLAN AUTORIZADO - Con Autorización

Este Plan está destinado para todos los medicamentos Fuera del Vademécum o Descuentos Superadores previa Autorización de BENE SALUD

- **Autorización:** La receta debe venir con Autorización Numerada, este número otorgado por OSV es irrepetible y el sistema controla que solo se utilice **UNA** vez
- **Numero de Receta:** Campo Numérico NO Obligatorio (en caso de tener dejar campo vacío)
- **Fecha Receta:** ddmmaa
- **DNI:** Numérico Campo Obligatorio - Busca en Padrón
- **Apellido y Nombre:** Trae dato del Padrón
- **Medico Matricula:** Numérico - Según Receta
- **Tipo de Matricula:** Provincial/Nacional - Según Receta
- **Apellido y Nombre del Medico:** Texto - Según Receta
- **Diagnóstico:** Texto - Según Receta ó SD
- **Medicamentos:** Hasta Cinco líneas por receta - Unidades según Autorización.
El Sistema trabaja sobre la totalidad de la base Alfa Beta
El descuento se cargara según indica la autorización

Datos de la Receta

Plan AUTORIZADO Autorización 999999 N° Receta n° receta

Fecha Receta ddmmaa DNI 99999999

Medico matricula Tipo Matricula Apellido y Nombre apellido y nom

Diagnostico diagnostico

#	Troque/Barra	Presentación	Precio Unit	Cant	Monto	Porcenta % Cob
1						
2						
3						
4						
5						

Validar Cancelar

Bene salud
AUTORIZACION N°
PLAN AUTORIZADO
Descuento :
Romina P. Toimil
Gerencia de Prestaciones Medicas

MANUAL VALIDACION BENE SALUD
VIGENCIA 01/09/2023
SOLGEN S.A.

7 - FUERA DE PADRON

Existen casos de **Afiliados Fuera de Padrón** por altas recientes, en estos casos de podrá Validar con el Número **11111111 (ocho dígitos)**, como Nombre saldrá la leyenda "**AFP Adjuntar Copia Credencial**".

The screenshot shows the BENE system interface. At the top, there is a header with the BENE logo and a user profile for 'Farmacia de prueba'. Below the header is a section titled 'Datos de la Receta'. This section contains several input fields: 'Plan' (AMBULATORIO), 'Fecha Receta' (040821), 'DNI' (11111111), 'AFP ADJUNTAR COPIA CREDENCIAL', 'Medico' (matricula), 'Tipo' (Matricula), 'Apellido y Nombre' (apellido y nombre), and 'Diagnostico' (diagnostico). A green arrow points from the text above to the DNI field. Below the input fields is a table with columns: '#', 'Troquel/Barra', 'Presentación', 'Precio Unit', 'Cant', 'Monto', 'Porcentaje' (with sub-column '% Cob'), and 'Cargos al...' (with sub-columns 'Afiliado' and 'OS'). The table has two rows, both with empty input fields.

En estos casos adjuntar fotocopia de la Credencial Vigente, (no debe estar vencida) ó copia del Comprobante " Credencial Provisoria" (se adjunta modelo), luego proceder con la validación en forma habitual.

8 - MODELO DE CREDENCIALES VIGENTES

CRENDECIAL DIGITAL BENE SALUD



IMPORTANTE

Se Valida con DNI de la persona a quien se le realizó la prescripción

MANUAL VALIDACION BENE SALUD

VIGENCIA 01/09/2023

SOLGEN S.A.

9 - MODELO DE RECETARIOS OFICIALES

Estos recetas son Exclusivamente para los Planes Crónicos y Anticonceptivos para Tratamiento Trimestral con Entrega Mensual, para la dispensa y carga en el validador deberán contener el Numero de RTC y estar sellados y firmados con la autorización correspondiente.

En caso que el Profesional indique un producto Fuera de Vademécum deberá tener Autorización por separado y validarse en PLAN AUTORIZADO y solo tendrá validez para un mes.

RTC corresponde al número de autorización que debe cargarse en el Plan correspondiente

Bene salud Receta Tratamiento Crónico - RTC Programa Enfermedades Crónicas Prevencibles P.M.O. Res. 31004 M.S. Tratamiento Trimestral | Entrega Mensual

Datos de la paciente: Fecha: _____
 Apellido y Nombre: _____ Afiliado Nº: _____
 Titular Familiar Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____ CUIL: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ CP: _____ TEL: _____

DIAGNOSTICOS (Códigos según Res. 331/04) MARCAR LO QUE CORRESPONDA:

MARCAR	DESCRIPCIÓN	COD	B	MARCAR	DESCRIPCIÓN	COD	B
<input type="checkbox"/>	AMITRIPTILINA	4	1	<input type="checkbox"/>	HIPERTROFICADO	14	4
<input type="checkbox"/>	AMITRIPTILINA/CLORAZEPATO	21	8	<input type="checkbox"/>	HIPOTIROIDISMO	16	4
<input type="checkbox"/>	AMITRIPTILINA/CLORAZEPATO	17	8	<input type="checkbox"/>	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	1	1
<input type="checkbox"/>	ALMA BICENITAL	32	8	<input type="checkbox"/>	INSUFICIENCIA CARDIACA	8	1
<input type="checkbox"/>	CANERFATO TROVABICA	4	1	<input type="checkbox"/>	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	8	1
<input type="checkbox"/>	CLUSTALACERONA	28	8	<input type="checkbox"/>	INSUFICIENCIA CONJUNTIVAL	3	1
<input type="checkbox"/>	DEFINACANTOSTER	23	8	<input type="checkbox"/>	LUPUS	8	8
<input type="checkbox"/>	NESTORA GENOVA	10	10	<input type="checkbox"/>	LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	18	8
<input type="checkbox"/>	DELIRIAS	14	3	<input type="checkbox"/>	PANCREON	28	8
<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE CRONIN	27	8	<input type="checkbox"/>	POUMULAS REUMÁTICA	28	8
<input type="checkbox"/>	EPILUPIN	28	8	<input type="checkbox"/>	PLAQUETOSIS	22	8
<input type="checkbox"/>	EPIDIC	38	8	<input type="checkbox"/>	PREP. P DE GONORRREA INGUINAL	11	1
<input type="checkbox"/>	ESQUELON ESTERILIZACION	18	8	<input type="checkbox"/>	PREV. DE CLAMIDIA INGUINAL	12	1
<input type="checkbox"/>	ESQUELON	12	7	<input type="checkbox"/>	RECCION ORAL	28	7
<input type="checkbox"/>	FIBROSA PLASMINA	25	8	<input type="checkbox"/>	RESERVA DE S-GLICON	24	8
<input type="checkbox"/>	GLAUCOMA (HIPERTENSION OCULAR)	24	8	<input type="checkbox"/>	TRAMETOLCA ANTIVASOCONSTRICTOR	13	1
<input type="checkbox"/>	GOTA CRONICA	22	8	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO ANTICONGULANTE	8	1
<input type="checkbox"/>	HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA	3	1	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	8	8
<input type="checkbox"/>	HIPERTENSION ARTERIAL ESSENCIAL	1	1				

OTROS DIAGNOSTICOS:
 1. **IMPORTANTE:** Completar al reverso de esta ficha el resumen de historia clínica

Tratamiento:
 Indicar la prescripción por monodroga cubierta, concentración forma y unidades según dosis mensual

Liquidación de farmacia

PRINCIPIO ACTIVO Y CONCENTRACIÓN	FORMA	NÚMERO	LETRAS	CANT ENTREGA	PRECIO UNIT.	TOTAL

Sr. Profesional:
 Indique periodo de tratamiento: Mes y año

1° Periodo de tratamiento: _____
 2° Periodo de tratamiento: _____
 3° Periodo de tratamiento: _____

Certifico entrega de los medicamentos facturados

Título de la Receta: _____
 A cargo del Beneficiario: _____
 A cargo de la O.S.: _____

Sello y firma del farmacéutico

Dispenza y liquidación de farmacia

1° Periodo de tratamiento: _____
 2° Periodo de tratamiento: _____
 3° Periodo de tratamiento: _____

Sello y firma del profesional

DATOS A COMPLETAR:

Beneficiario: Terceño Interviniente

Firma conforme:
 Aclaración:
 Tipo y H. de Doc.:
 Teléfono:

TROQUEL

Bene salud Anticoncepción | Cobertura 100% P.M.O Res. 310/ M.S. Tratamiento Trimestral | Entrega Mensual

Datos de la paciente: Fecha: _____
 Apellido y Nombre: _____ Afiliado Nº: _____
 Titular Familiar Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____ CUIL: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ CP: _____ TEL: _____

DIAGNOSTICOS (Códigos según Res. 331/04) GRUPO 4

#	MONODROGA RAS	MARCA	#	MONODROGA RAS	MARCA
01	Acetato de megestrolpropiolona		09	Ethinelstradiol + acetato de ciproterona	
02	Ethinelstradiol + etidroxiprogesterona Acetato / etidrol acetato		10	Ethinelstradiol + acetato de megestrolpropiolona / dipionato de estradiol	
03	Ethinelstradiol + gestodeno		11	Ethinelstradiol + desogestrel	
04	Ethinelstradiol + levonorgestrel		12	Ethinelstradiol + enatoato de nonetisterona / valerato de etidrol + norgestrelato levonorgestrel	
05	Levonorgestrel		13	Ethinelstradiol + norgestrelato	
06	Lineonestrol		14	Drospirenona + etinilstradiol	
07	Drospirenona		15	Desogestrel	
08	Drospirenona				

Resumen de H.C.
 Datos del médico tratante:
 Apellido y Nombre: _____
 Matrícula: R.P. _____ MUN _____ Código de prestador de la O.S.: _____
 Institución donde asistió al paciente: _____
 Teléfono del profesional: _____

1. **IMPORTANTE:** Principios Activos fuera de los incluidos en esta Ficha + Receta NO tienen cobertura y no serán reconocidos.

Tratamiento:
 Indicar la prescripción por monodroga cubierta, concentración forma y unidades según dosis mensual

Liquidación de farmacia

PRINCIPIO ACTIVO Y CONCENTRACIÓN	FORMA	NÚMERO	LETRAS	CANT ENTREGA	PRECIO UNIT.	TOTAL

Sr. Profesional:
 Indique periodo de tratamiento: Mes y año

1° Periodo de tratamiento: _____
 2° Periodo de tratamiento: _____
 3° Periodo de tratamiento: _____

Certifico entrega de los medicamentos facturados

Título de la Receta: _____
 A cargo del Beneficiario: _____
 A cargo de la O.S.: _____

Sello y firma del farmacéutico

Dispenza y liquidación de farmacia

1° Periodo de tratamiento: _____
 2° Periodo de tratamiento: _____
 3° Periodo de tratamiento: _____

Sello y firma del profesional

DATOS A COMPLETAR:

Beneficiario: Terceño Interviniente

Firma conforme:
 Aclaración:
 Tipo y H. de Doc.:
 Teléfono:

TROQUEL

NORMATIVAS PARA LA DISPENSA

- El beneficiario deberá solicitar la "Ficha Receta" en donde el médico tratante completará todos los datos indicados en la misma.
- La prescripción se realizará según las monodrogas cubiertas indicando la dosis mensual válida para el tratamiento de tres meses.
- El beneficiario concurrirá a la farmacia de la red habilitada para tal efecto, portando la Ficha Receta, Documento de Identidad y Credencial de O.S. Social.
- La farmacia deberá dispensar por periodo mensual el tratamiento según el siguiente esquema:
 - 1° Periodo: se realizará fotocopia de la Ficha Receta y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
 - 2° Periodo: se realizará fotocopia de la Ficha Receta y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
 - 3° Periodo: se dispensará el tercer mes de tratamiento y se retirará la Ficha Receta original.
- A partir del tercer periodo, el beneficiario deberá concurrir nuevamente al médico tratante.

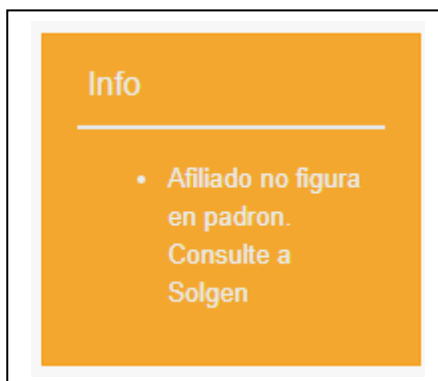
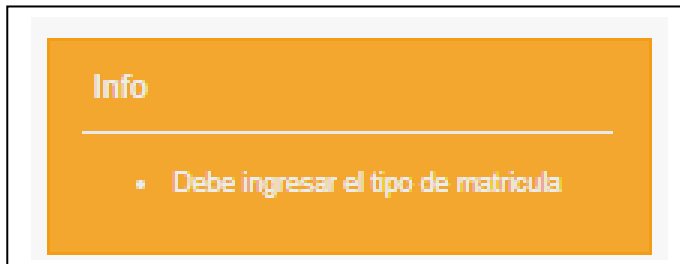
MANUAL VALIDACION BENE SALUD

VIGENCIA 01/09/2023

SOLGEN S.A.

10 - GENERALIDADES

- El Cuadro Naranja "Info" muestra ayudas y/o mensajes de error al momento de cargar los campos



En caso de corresponder ver Punto 7

Existen casos de **Afiliados Fuera de Padrón** por altas recientes, en estos casos de podrá Validar con el Número **11111111**, como Nombre saldrá la leyenda **"AFP Adjuntar Copia Credencial"**.

- Productos sin Troquel

TROQUEL	NOMBRE
300007	MEDICAMENTO FUERA DE ALFABETA
300003	APLICACIONES
300006	FRACCIONADOS
300004	ALIMENTICIOS
300002	DESCARTABLES
900045	PREPARADO MAGISTRAL