

Manual del Registro de PSS Website



Formulario de Registro de PSS

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

- **Objetivos Generales..... 2**

TEMA I, CONCEPTOS FUNDAMENTALES

- **Acceso al Metawebsystem..... 3**
- **Acceso al Sistema..... 3**
- **Pantalla Principal..... 4**

TEMA II. DESARROLLO DEL SISTEMA

- **Nueva Reclamación 4-6**
- **Recepción de Lotes 6-8**
- **Generación de Lotes8-10**
- **Generación de Reportes.10-13**
- **Acuse de Lotes13-14**

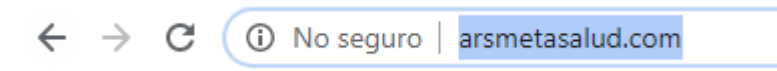
PRESENTACIÓN

Objetivo General

Nuestro objetivo al crear este formulario es, agilizar el proceso de registro de afiliación por parte de los prestadores de servicio de salud, permitiendo que estos puedan realizar la afiliación de una forma más rápida y segura.

Acceso al Website

1. En el explorador de internet escribir la dirección URL: www.arsmetasalud.com/



2. Presionar la tecla **Enter**.

Pantalla Principal.

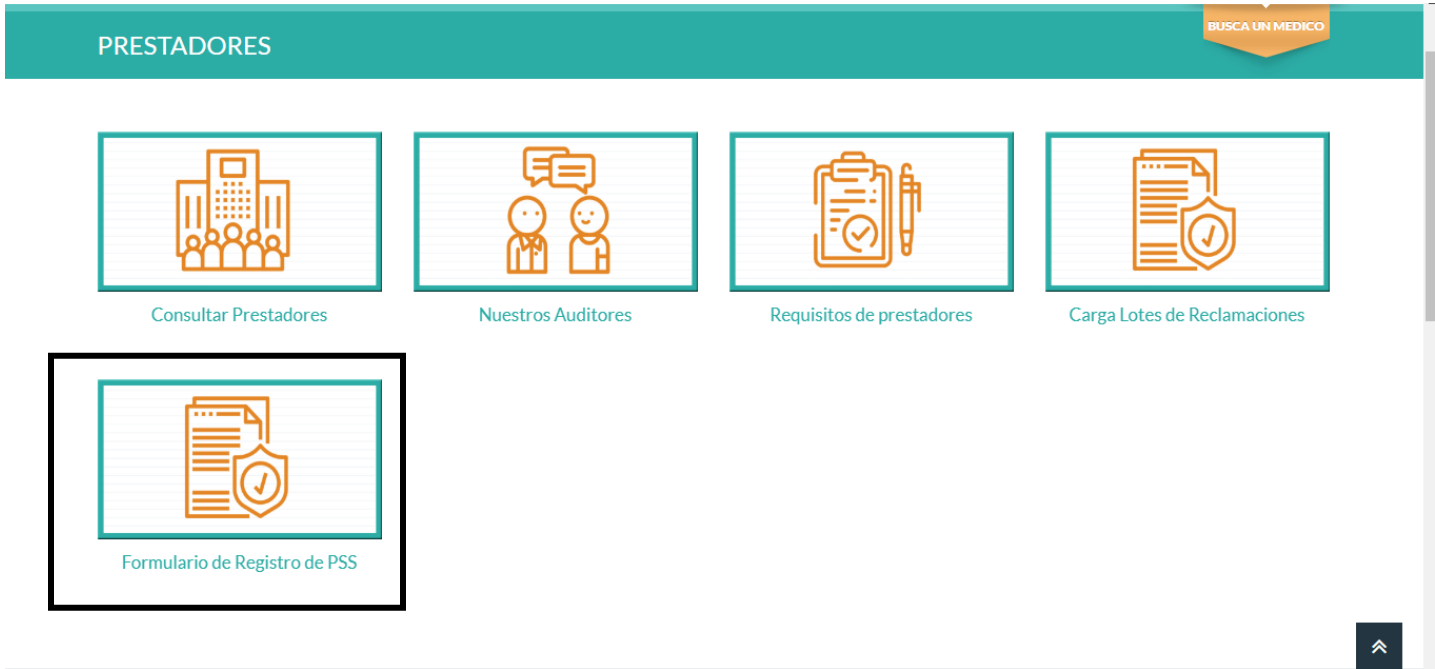
Esta es la pantalla principal de la página web, por la que podremos acceder al Formulario de Registro.

1. Hacer clic en la opción de **Prestadores**.




Formulario de Registro de PSS.


1. Haga Click en el recuadro de Formulario de Registro de PSS.




PRESTADORES BUSCA UN MEDICO




Consultar Prestadores




Nuestros Auditores



Requisitos de prestadores



Carga Lotes de Reclamaciones



Formulario de Registro de PSS

2. Luego de hacer click, se desplegará una nueva página con el formulario de Registro.



MetaSalud ARS Inicio Nosotros Planes Servicios META-Previene **Prestadores** Contacto Oficina Virtual

PSS FÍSICOS Y/O MÉDICOS INDEPENDIENTES | CENTROS DIAGNÓSTICOS Y/O LABORATORIOS | CENTROS MÉDICOS | CENTROS ODONTOLÓGICOS | FARMACIAS

Formulario de Ingreso de PSS Físicos Y/O Independientes

- i Datos Personales +
- t Información de Contacto +

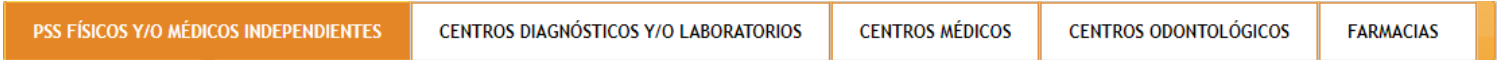


Carga de Documentos

Al finalizar el formulario de registro, podrá cargar los documentos requeridos para completar el proceso de solicitud.


ENVIAR SOLICITUD →

- El primer paso para realizar el formulario es seleccionar el tipo o clasificación del PSS a registrar. Esta opción se encuentra en la parte superior del formulario con las siguientes clasificaciones (PSS MEDICOS Y/O MEDICOS INDEPENDIENTES, CENTROS DIAGNOSTICOS Y/O LABORATORIOS, CENTROS MEDICOS, CENTROS ODONTOLÓGICOS, FARMACIAS).



Registro PSS Médico.

- En caso de seleccionar un PSS Medico, debe completar este formulario con los datos personales del medico:



Datos Personales

Cedula	Nombres	Apellidos	Fecha de Nacimiento	
<input type="text" value="Buscar con Enter"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sexo	Nacionalidad	Estado Civil	No. Exequátur	Tipo Especialidad
<input type="text" value="Masculino"/>	<input type="text" value="DOMINICANA"/>	<input type="text" value="CASADO"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="PRIMARIA"/>
Especialidad	<input type="text" value="ALERGISTA"/>			

- 1.1 **Debe ingresar el número de cédula** y luego **presionar la letra de Enter**, para así poder consultar los datos personales del Medico (Nombres, Apellidos, Fecha de Nacimiento, Sexo, Nacionalidad y Estado Civil). Luego, debe completar los demás datos requeridos (No. Exequatur y Especialidad).



Datos Personales

Cedula	Nombres	Apellidos	Fecha de Nacimiento	
<input type="text" value="."/>	<input type="text" value="FREDDY ALEXANDER"/>	<input type="text" value="SOTO FERMIN"/>	<input type="text" value="19-01-2000"/>	
Sexo	Nacionalidad	Estado Civil	No. Exequátur	Tipo Especialidad
<input type="text" value="Masculino"/>	<input type="text" value="DOMINICANA"/>	<input type="text" value="SOLTERO"/>	<input type="text" value="43040"/>	<input type="text" value="PRIMARIA"/>
Especialidad	<input type="text" value="CIRUJANO CARDIOVASCULAR Y ANGIOLOGO"/>			

1.2 Luego de completar los datos personales, debe completar el formulario de informacion de contacto.

Información de Contacto

Clinica Email

Tel Consultorio Tel Casa Celular

1.2.1 Para buscar el nombre de la Clinica donde labora, debe presionar la lupa y esta desplegara una ventana modal donde podra buscar por nombre y por tipo de centro como la que se muestra debajo.

Buscar Centros

Nombre Tipo Centro

Mostrar registros

Nombre	Grupo	Provincia	Municipio	Direccion	Opcion
Ningún dato disponible en esta tabla					

Mostrando registros del 0 al 0 de un total de 0 registros

1.2.2 Una vez escrito el nombre y el tipo de centro presione el boton de Buscar con color naranja y luego se mostrara debajo todas las clinicas y centro que cumplan con los parametros escritos como vemos a continuacion:

Nombre Tipo Centro

Mostrar registros

Nombre	Grupo	Provincia	Municipio	Direccion	Opcion
PATRONATO CONTRA LA DIABETES INDEN	HOSPITAL ALTAMENTE ESPECIALIZADO	DISTRITO NACIONAL	DISTRITO NACIONAL	AV. PASEO DEL YAQUE, NO. 01	
PATRONATO DEL HOSPITAL GENERAL MATERNO INFANTIL INC	HOSPITAL ALTAMENTE ESPECIALIZADO	DISTRITO NACIONAL	DISTRITO NACIONAL	AV. ORTEGA Y GASSET, APTO. 502,	

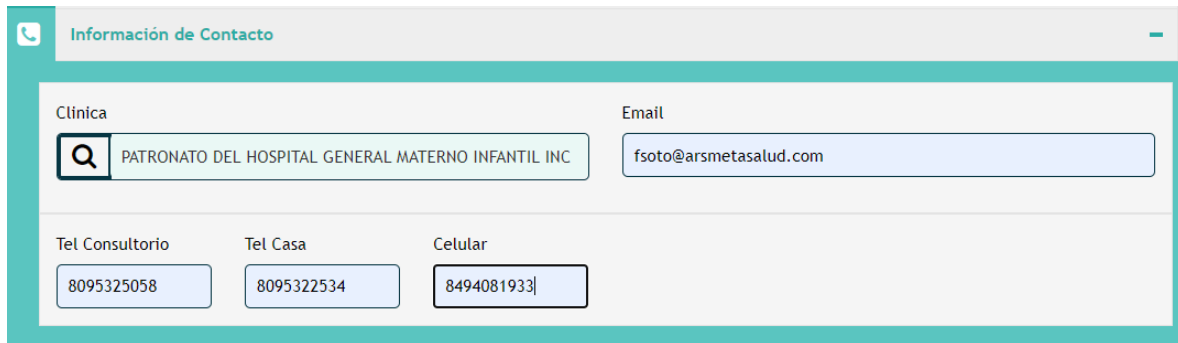
1.2.3 Para seleccionar la clinica o centro, debe hacer click en el icono presentado en la columna de **Opcion** que se encuentra en la fila del centro o clinica que desea seleccionar.

Nombre Tipo Centro

Mostrar registros

Nombre	Grupo	Provincia	Municipio	Direccion	Opcion
PATRONATO CONTRA LA DIABETES INDEN	HOSPITAL ALTAMENTE ESPECIALIZADO	DISTRITO NACIONAL	DISTRITO NACIONAL	AV. PASEO DEL YAQUE, NO. 01	
PATRONATO DEL HOSPITAL GENERAL MATERNO INFANTIL INC	HOSPITAL ALTAMENTE ESPECIALIZADO	DISTRITO NACIONAL	DISTRITO NACIONAL	AV. ORTEGA Y GASSET, APTO. 502,	

- 1.2.4 Luego de ser seleccionado, se mostrara el nombre de la clinica y debera continuar digitando los demas campos de contactos (Telefonos, Correo).



Información de Contacto

Clinica: PATRONATO DEL HOSPITAL GENERAL MATERNO INFANTIL INC

Email: fsoto@arsmetasalud.com

Tel Consultorio: 8095325058

Tel Casa: 8095322534

Celular: 8494081933

Registro de Centros Y/O Farmacias.

1. En caso de seleccionar un PSS Centro o Farmacia, debe completar este formulario con los datos generales del establecimiento:



Formulario de ingreso de PSS Centros

Datos Generales

RNC: [Buscar con Enter]

Centro: []

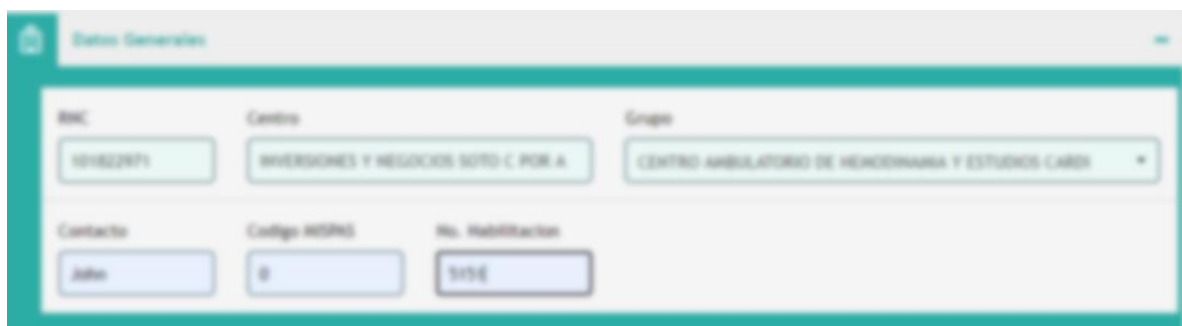
Grupo: CENTRO AMBULATORIO DE HEMODINAMIA Y ESTUDIOS CARDI

Contacto: []

Codigo MISPAS: []

No. Habilitacion: []

- 1.1 **Debe ingresar el rnc** del establecimiento y luego **presionar la tecla de enter** para asi consultar los datos del establecimiento (razon social o nombre). Luego de consultar debe completar los datos faltantes (Grupo, Contacto, Codigo MISPAS, No. Habilitacion).



Datos Generales

RNC: 101822871

Centro: INVERSIONES Y NEGOCIOS SOTO C. POR A


Grupo: CENTRO AMBULATORIO DE HEMODINAMIA Y ESTUDIOS CARDI

Contacto: Jefe

Codigo MISPAS: 0

No. Habilitacion: 1154

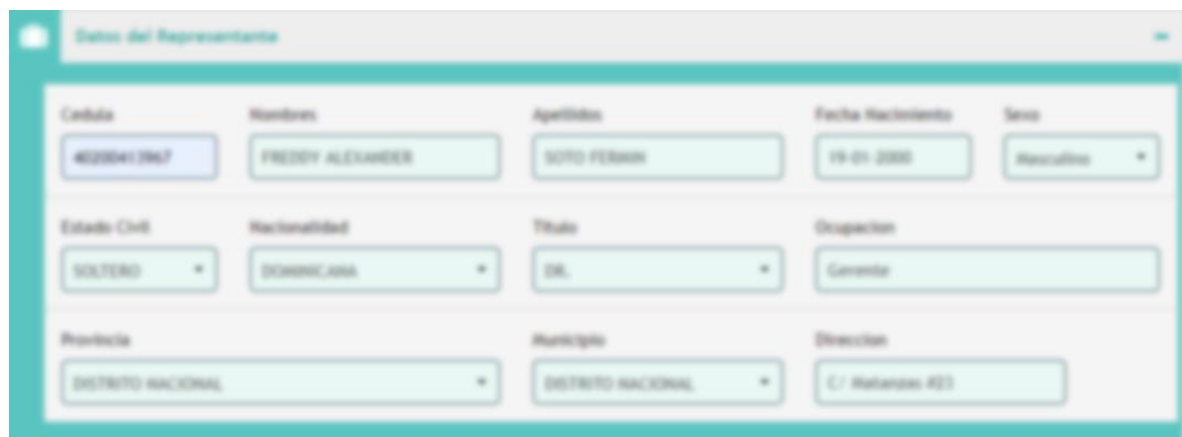
2. Luego de completar los datos generales del establecimientos, se procede a completar los datos del representante del establecimiento.



Datos del Representante

Cedula <input type="text" value="Buscar con Enter"/>	Nombres <input type="text"/>	Apellidos <input type="text"/>	Fecha Nacimiento <input type="text"/>	Sexo Masculino
Estado Civil CASADO	Nacionalidad DOMINICANA	Título DR.	Ocupacion <input type="text"/>	
Provincia ALTAGRACIA	Municipio HIGUEY	Direccion <input type="text"/>		

- 2.1 **Debe ingresar el número de cédula** y luego **presionar la letra de Enter**, para así poder consultar los datos personales del Médico (Nombres, Apellidos, Fecha de Nacimiento, Sexo, Nacionalidad y Estado Civil). Luego, debe completar los demás datos requeridos (Nacionalidad, Título, Ocupacion, Provincia, Municipio, Direccion).



Datos del Representante

Cedula 4020041067	Nombres FREDDY ALEXANDER	Apellidos SOTO FERRAN	Fecha Nacimiento 19-01-2000	Sexo Masculino
Estado Civil SOLTERO	Nacionalidad DOMINICANA	Título DR.	Ocupacion Gerente	
Provincia DISTRITO NACIONAL	Municipio DISTRITO NACIONAL	Direccion C/ Matanzas #23		

3. Luego de completar los datos del Representante, se procede a registrar los datos de Direccion del establecimiento.



Direccion

Area Salud No Aplica	Provincia ALTAGRACIA	Municipio HIGUEY
Direccion <input type="text"/>		

- Al finalizar los datos de la dirección, ingrese los datos de contacto del establecimiento (telefonos, correo electrónico).



Formulario de Información de Contacto con campos para Teléfono 1, Teléfono 2, Teléfono 3, Teléfono 4 y Email.

Envío de Solicitud (Médicos, Centros o Farmacias).

- Una vez completados los datos, enviara la solicitud pulsando el boton de Enviar Solicitud en la parte inferior de la pantalla. Se validaran los campos requeridos y en caso de faltar algun dato, se le indicara con un color rojo. En caso de que todos los campos esten correctos, se enviara la solicitud y abra la pantalla de carga de Documento.



Carga de Documentos





Al finalizar el formulario de registro, podrá cargar los documentos requeridos para completar el proceso de solicitud.

ENVIAR SOLICITUD →

Carga de Documentos (Médicos, Centros o Farmacias).

- Luego de haber enviado la solicitud, se mostrara una ventana para cargar los documentos requeridos dependiendo la clasificacion escogida para realizar el formulario. A continuation, se mostrara un ejemplo de como se veria la ventana:

Carga de documentos para Centros Diagnósticos & Laboratorios

	Documentos Generales	+
	Documentos Acerca del Centro	+
	Documentos Acerca del Representante	+
	Servicios	+



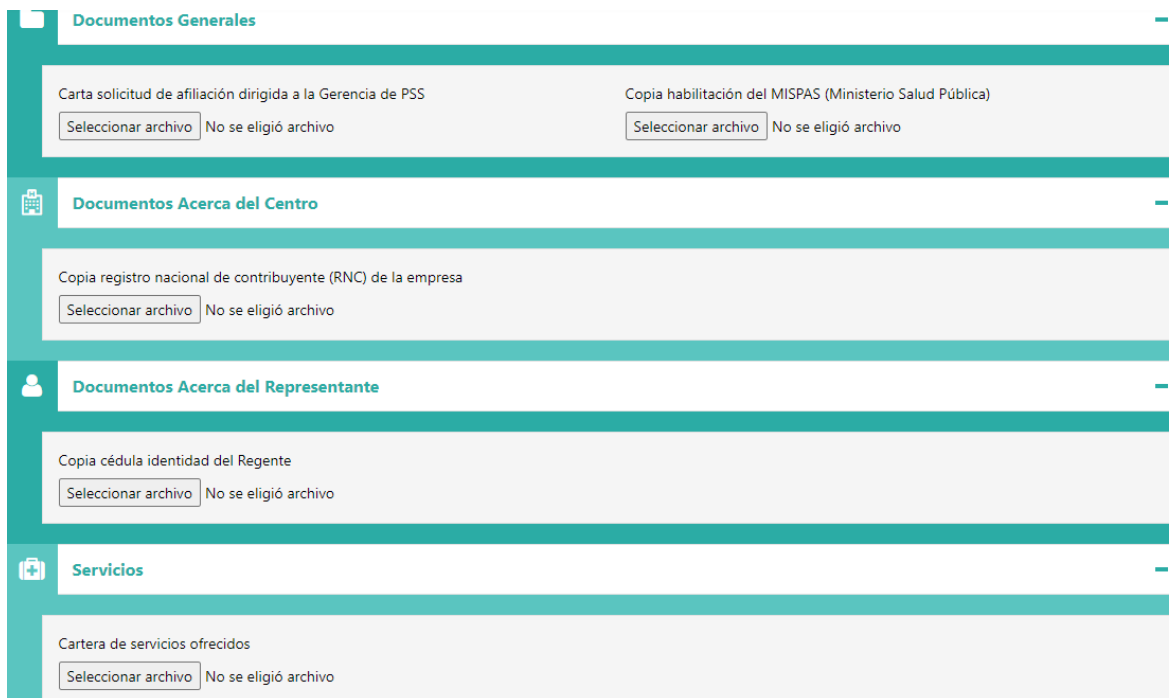
Carga de Documentos

Al finalizar la carga de documentos, se le notificara via correo electrónico la confirmación de la misma.

GUARDAR ARCHIVOS



- Existen varias secciones de carga de documentos, debe cargar cada uno de los documentos requeridos en cada sección, para que su solicitud sea válida en un menor tiempo de espera.



The screenshot shows a web interface with four sections for document upload, each with a 'Seleccionar archivo' button and a 'No se eligió archivo' status:

- Documentos Generales:**
 - Carta solicitud de afiliación dirigida a la Gerencia de PSS
 - Copia habilitación del MISPAS (Ministerio Salud Pública)
- Documentos Acerca del Centro:**
 - Copia registro nacional de contribuyente (RNC) de la empresa
- Documentos Acerca del Representante:**
 - Copia cédula identidad del Regente
- Servicios:**
 - Cartera de servicios ofrecidos

- Una vez cargados todos los documentos, presionara el botón de Guardar Archivos, ubicado en la parte inferior de la ventana. Luego de Guardar los archivos, recibirá una notificación vía correo electrónico, indicando que su solicitud fue cargada y enviada con éxito.



Envío de Documentos

Al finalizar la carga de documentos, se le notificara via correo electrónico la confirmación de la misma.

GUARDAR ARCHIVOS