

PROGRAMA ELEGIR SALUD

Informamos la vigencia de este plan, con descuentos en medicamentos de AstraZeneca para los pacientes. La adhesión de las farmacias es voluntaria



Instructivo Transaccional

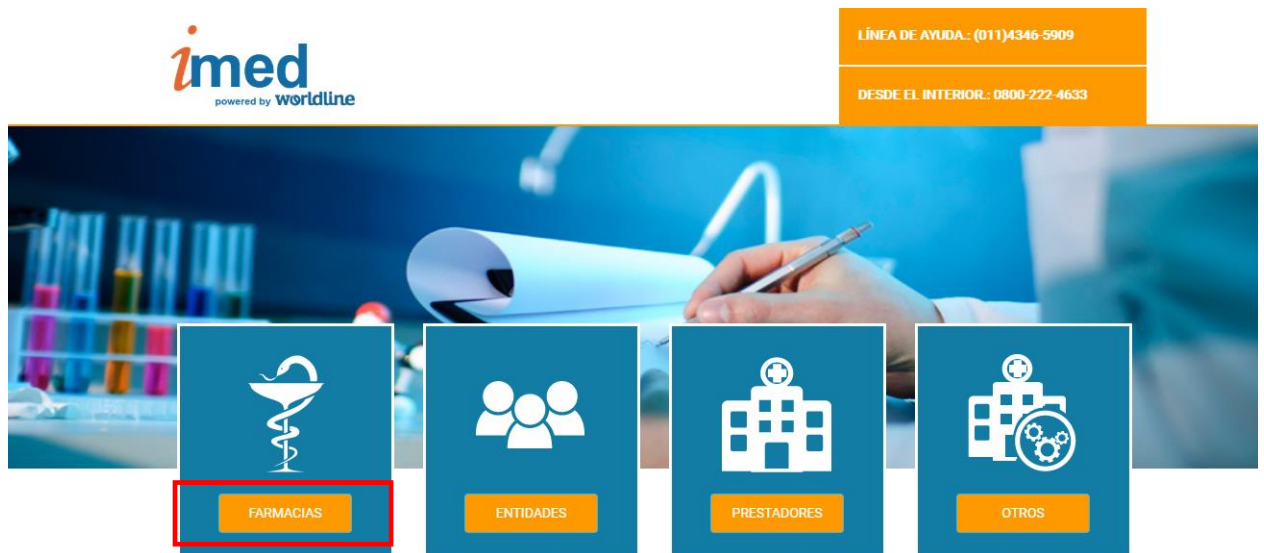
Programa Elegir Salud – AstraZeneca S.A.

Autorización a través de web Imed

Consumo

1º • Se debe ingresar a la página www.imed.com.ar.

2º • Se debe seleccionar la opción de **FARMACIAS**.



3° • En esta pantalla se debe ingresar el **Usuario** de IMED y la **Contraseña** (Si existieran dudas sobre la contraseña de Imed, Solicitarla al 0800-222-4633). Luego, **Continuar**.

imed powered by worldline

Ingreso de prestador

Ingreso de prestador

99999999990

Continuar

Linea de Ayuda: 4346-5909
Desde el interior: 0800-222-4633

4° • Se debe seleccionar la opción **AUTORIZACION**.

imed powered by worldline

Prestador: 99999999990 Cambiar Contraseña Cerrar sesión

Bifurcador

Volver al login > Bifurcador

Aplicaciones

Autorización

Cierre de lotes

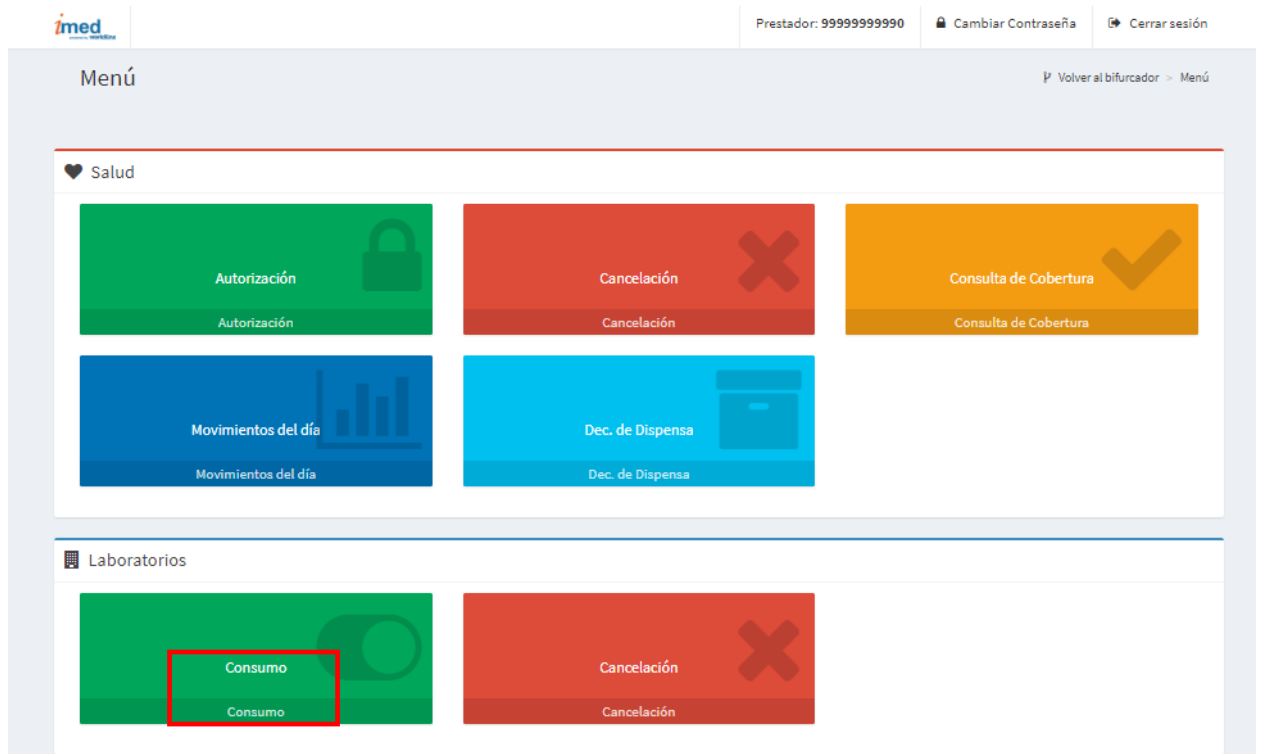
Documentación

PAMI - 07/01/2018
Autorizador WEB Generico IMED

PAMI - 20/09/2017
Cierre de Lote y Presentación Online

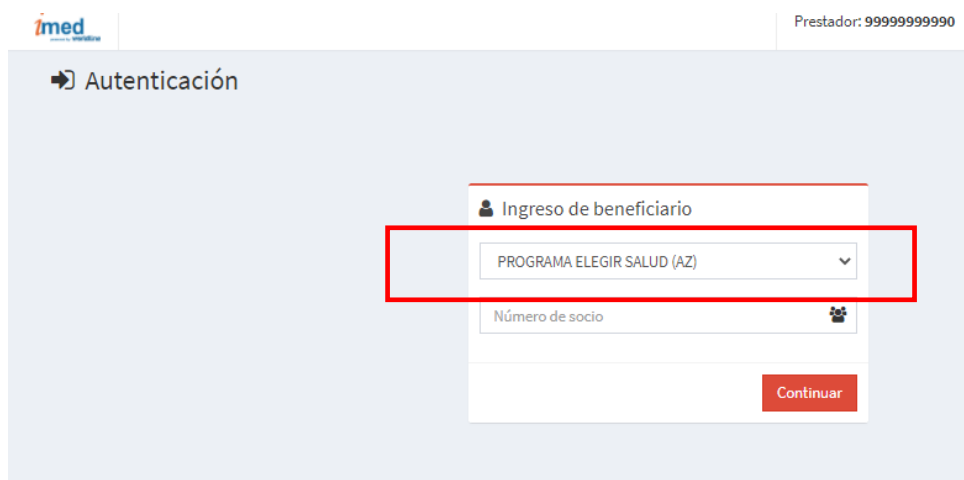
5° • En esta pantalla, figuran las transacciones posibles a realizar en **LABORATORIOS**.

Para la autorización de un producto, seleccionar **Consumo**.



6° • Selección Laboratorio

En esta pantalla, se debe seleccionar Programa Elegir Salud - AZ. **Continuar**.



7° • Tarjeta

En esta pantalla se debe ingresar la credencial del **Beneficiario**.

Luego de completar el número de credencial, se debe hacer click en **Continuar**.

imed powered by worldline

Prestador: 99999999990

Autenticación

Ingreso de beneficiario

PROGRAMA ELEGIR SALUD (AZ)

5005999999999999

Continuar

8° • Datos minimos requeridos a ingresar en pantalla

- **Tipo y Nro. de Matrícula** del Médico que generó la receta.
- **Fecha de Emisión** de la receta.

imed powered by worldline

Prestador: 99999999990 Laboratorio: PROGRAMA ELEGIR SALUD (AZ) Beneficiario: 5005999999999999 Cambiar Contraseña Cerrar sesión

Autorizar Laboratorio

Volver al menú > Autorizar Laboratorio

Ingrese los datos de la receta

Solicitante

Matrícula del médico: MN Número de matrícula: 55555

Datos de la receta

Fecha de emisión: 18/03/2021

Medicamentos

Código de barra o troquel	Código alternativo	Cantidad
Cod. barra o troquel	Cod. alternativo	Cantidad
Precio (Ingrese el Precio de Venta)	Descuento	
Precio	% Descuento	

9° • Datos del Medicamento

Una vez completados los campos Tipo y Nro. de Matrícula del solicitantes y Fecha de Emisión, se deben completar los datos referidos al producto.

- En el campo **Barra/Troquel**, cargar el troquel o código de barras del producto y luego clicar la lupa que se encuentra a la derecha. En el campo **inferior**, aparecerá el nombre del producto ingresado y su valor unitario.

- Si el producto es el correcto, indicar en el campo **Cantidad** el número de envases que se desea autorizar. Luego, en el campo **Descuento**, indicar cuál es el porcentaje de descuento que este producto tuvo cuando se realizó la transacción de Farmacia. Es decir, si el beneficiario de Programa Elegir Salud - AZ además es beneficiario de Pami, colocar el descuento que Pami le otorgo cuando se autorizó el medicamento. Por ejemplo, 40%. Si el beneficiario no tiene Obra Social o Prepaga, o el medicamento no tuvo cobertura en la transacción de Farmacia, dejar el campo en blanco.

Luego, clicar el botón **Agregar**.

10° • La web desplegará el detalle de la información consignada informando, además, el importe del medicamento luego de restarle el descuento otorgado por su obra social (en este caso, el 40%).

Si desea incluir otro producto en la transacción Programa Elegir Salud - AZ, repetir la operación desde el punto 9°.

Si la información es correcta, cliquer **Enviar** para autorizar la transacción.

Código de barra o troquel

Código alternativo

Cantidad

Precio (Ingrese el Precio de Venta)

Descuento

Medicamento

Medicamentos incluidos

Código	Medicamento	Cantidad	Precio	Descuento	Importe
57066	BEVESPI AEROSPHERE 8.3/5.8 MCG AER.X 120 DS [ASTRAZENECA]	1	\$ 7229.8	40.00 %	\$ 4337.88

11 ° • Respuesta: Transacción Aprobada

Si la transacción es aprobada, Imed devolverá:

- Número de Comprobante de la Transacción: 000028948462 (en el ejemplo).
- Descuento otorgado por el Programa Elegir Salud - AZ al producto ingresado: 10% (en el ejemplo).
- Número de autorización del ítem: 188845 (en el ejemplo).

☰ Resultados - Laboratorio



⚠ Estado transacción

Estado	Aprobada	Respuesta	00 - TRANSACCION APROBADA
--------	-----------------	-----------	---------------------------

☰ Transacción

Número de referencia	000028948462	Beneficiario	5005999999999999
Fecha	18/03/2021	Matrícula	MN - 55555
Hora	20:50:22	Nombre Médico	-
Fecha de emisión receta	18/03/2021		

📦 Items Aprobados

Estado	Código	Descripción	Cantidad aprobada	Código autorización	Descuento	Precio
Aprobada	57066	BEVESPI AEROSPHERE 8.3/5.8 MCG AER.X 120 DS	1	188845	10.00	7229.80

🖨 Imprimir ticket **🚫 Cancelar receta** Volver al menú

11° • Ticket

La ventana emergente que aparece al mismo tiempo que el mensaje de Respuesta muestra, además, la opción de Imprimir Ticket. Al clicar allí, se desplegará el ticket, con todos los datos de la venta, que se debe imprimir y hacer firmar por el paciente.

imed **ELEGIR SALUD**
powered by worldline AstraZeneca

Red Informática de Salud e
18/03/2021 20:50:22

Comprobante: 000028948462



000028948462

CONSUMO

Prestador
PRUEBA - PRESTADOR - PRUEBA
Dirección: BALCARCE 683 (OLAVARRIA)
Código IMED: 999999999990
CUIT: 30-99925367-5
Código en Cliente: PRUEBA1_AZ

Beneficiario
Nro. Tarjeta: 5005999999999999

Productos
BEVESPI AEROSPHERE 8.3/5.8 MCG AER.X
120 DS
N°Aut.: 188845 Cant.: 1
Desc.: \$10.00 Precio Unit: \$7229.80

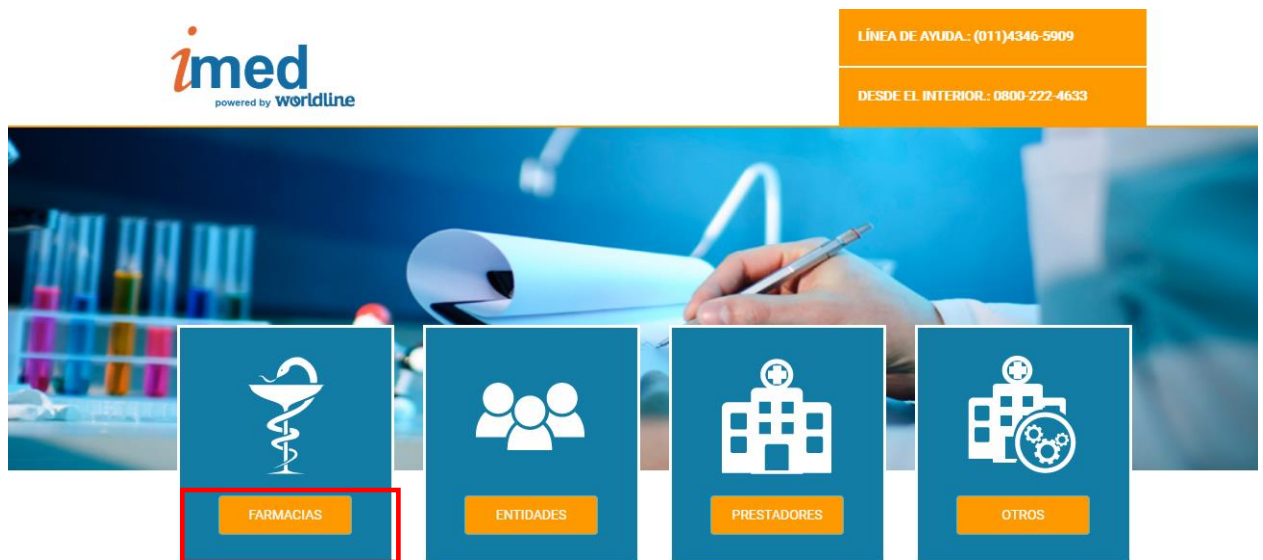
TRANSACCION APROBADA

Importe: 722.98

Cancelación de Consumo

1° • Se debe ingresar a la página www.imed.com.ar

2° • Se debe seleccionar la opción de **FARMACIAS**.



3° • En esta pantalla se debe ingresar el **Usuario** de IMED y la **Contraseña** (Si existieran dudas sobre la contraseña de Imed, Solicitarla al 0800-222-4633). Luego, **Ingresar**.

4º • Se debe seleccionar la opción **AUTORIZACION**.

imed | Prestador: 99999999990 | Cambiar Contraseña | Cerrar sesión

Bifurcador [Volver al login](#) > Bifurcador

Aplicaciones

- Autorización
- Cierre de lotes

Documentación

- PAMI - 07/01/2018
Autorizador WEB Generico IMED
- PAMI - 20/09/2017
Cierre de Lote y Presentación Online

5º • Si no se quiere realizar esta operación, se debe seleccionar **Cancelación**.

imed | Prestador: 99999999990 | Cambiar Contraseña | Cerrar sesión

Menú [Volver al bifurcador](#) > Menú

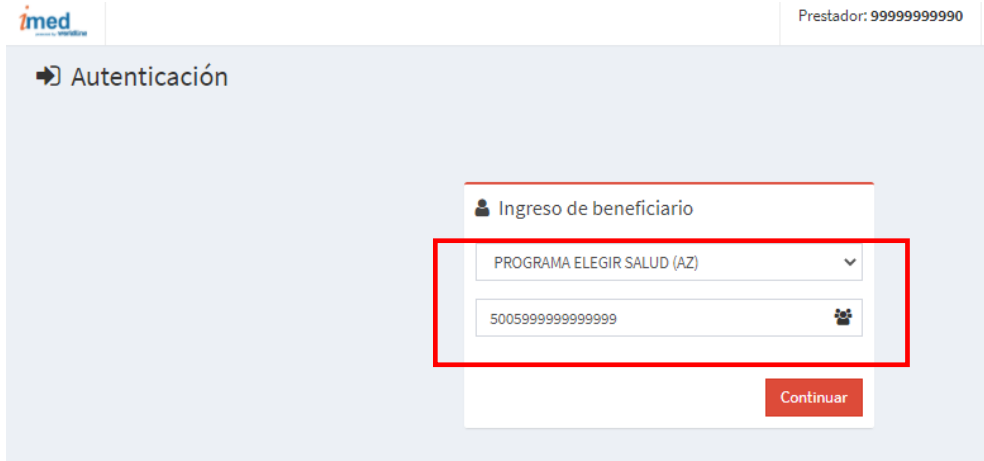
Salud

- Autorización
- Cancelación
- Consulta de Cobertura
- Movimientos del día
- Dec. de Dispensa

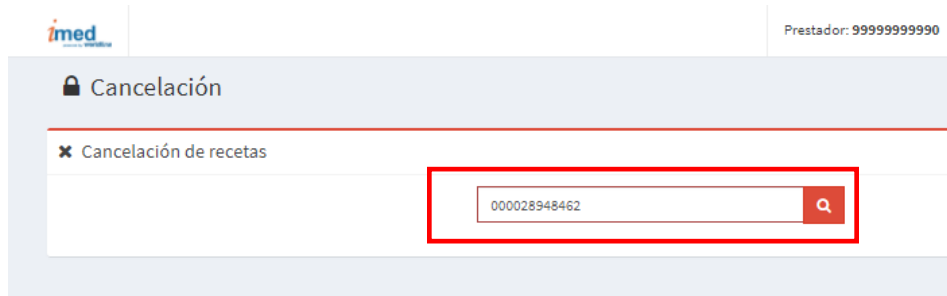
Laboratorios

- Consumo
- Cancelación

6° • En esta pantalla se debe ingresar la credencial del **Beneficiario** a nombre de quien se autorizó el consumo que se desea cancelar. Luego, clicar **Continuar**.



7° • En esta pantalla, se debe ingresar en el campo disponible el **Número de Comprobante** de la transacción de **Consumo** que se desea cancelar. Luego, clicar la lupa que se encuentra a la derecha.



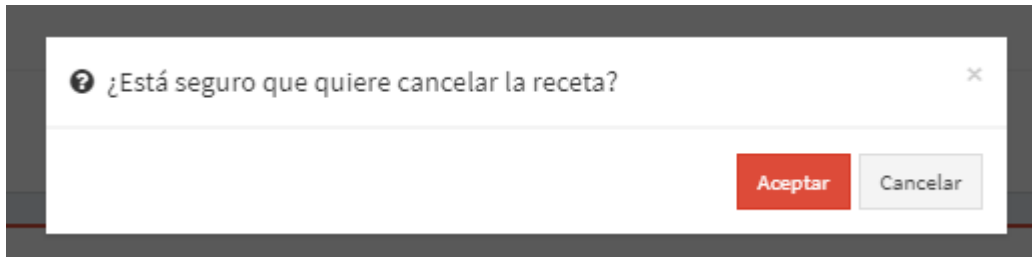
8° • A continuación, aparecerá el detalle del producto que fue autorizado con el Número de Comprobante ingresado. Si es correcto, clicar **Enviar cancelación**.



Transacción	
Número de referencia	000028948462
Fecha	18/03/2021
Hora	20:50:22
Fecha de emisión receta	18/03/2021
Beneficiario	5005999999999999
Matrícula	MN - 55555
Nombre Médico	-

Items						
Estado	Código	Descripción	Cantidad aprobada	Código autorización	Descuento	Precio
Aprobada	57066	BEVESPI AEROSPHERE 8.3/5.8 MCG AER.X 120 DS	1	188845	10	7229.8

Aparecerá un cartel de confirmación de la Operación.



Clicar Aceptar.

9º • Respuesta: Transacción Aprobada

- Si la cancelación fue exitosa, el sistema mostrará una pantalla que la operación de Cancelación fue Aprobada



Las imágenes utilizadas en el presente instructivo son a modo de ejemplo y no implican ningún tipo de compromiso en cuanto a la cobertura de productos ni sus descuentos.

Material Promocional para uso exclusivo Profesionales de la Salud.
AstraZeneca Argentina, Nicolás de Vedia 3616, 8º Piso - (C1430DAH) C.A.B.A., Buenos Aires, Argentina.

©2021 AstraZeneca. Actualizado 03-2021. *AR-3551 08/2021*

Si tiene alguna consulta sobre nuestros productos o desea reportar un evento adverso, ingrese en <https://www.contactazmedical.astrazeneca.com>
[De-suscribirse \(OPT-OUT\)](#) | [Aviso de Privacidad](#)

Términos y Condiciones de Adhesión de Farmacias al PROGRAMA “ELEGIR SALUD-AYUDA EXTRA” (los “Términos y Condiciones”)

PROGRAMA Elegir Salud-Ayuda Extra - Definición

El Programa “Elegir Salud-Ayuda Extra” (el “Programa”) es un programa de acceso y beneficios para pacientes en la compra de medicamentos prescritos por un profesional de la salud, en farmacias que adhieran al Programa (las “Farmacias”) para lograr un mejor cumplimiento del tratamiento médico. El Programa es de titularidad de AstraZeneca S.A. (el “Laboratorio”) y se adjunta al presente como Anexo I.

El Programa opera a través de un sistema que consiste en un CRM integrado creado y administrado por AVANTER SRL (el “Administrador”) y que estará asociado a la solución IMED de procesamiento de transacciones de compra perteneciente a ATOS IT SOLUTIONS AND SERVICES SA.

El Programa es un programa dirigido principalmente para beneficiar a pacientes, permitiéndoles acceder a beneficios y/o descuentos y/o bonificaciones.

Las Farmacias que adhieran al Programa se comprometerán a cumplir con estos Términos y Condiciones, suscribiendo al efecto y enviándole al Laboratorio la Carta de Aceptación completa y debidamente suscripta.

ÍNDICE DE LOS PRESENTES TERMINOS Y CONDICIONES.

El procedimiento operativo de describe a continuación:

1. Altas, Bajas y Modificaciones
2. Participación de Pacientes
3. Dispensa
4. Reembolso
5. Beneficios
6. Soporte Técnico
7. Responsabilidades
8. Plazo de vigencia
9. Inexistencia de Contraprestación
10. Estándares Corporativos
11. Generales

1. Altas, Bajas y Modificaciones


1.1. Alta

Es indispensable que la Farmacia que desee darse de alta y ser parte del Programa cuente con conexión a internet en forma permanente y poseer código IMED.

El procedimiento de alta se realiza Vía Web.

Descripción del procedimiento:

1. Ingresar a www.elegirsalud.com.ar
2. Desplegar el menú destinado a farmacias
3. Ingresar al menú de adhesión de farmacias
4. Bajar los archivos PDF, Términos y Condiciones, Datos de afiliación y Carta de Aceptación imprimiendo los dos últimos. Leer el detenidamente el documento de Términos y Condiciones.

5. En caso de estar de acuerdo, completar con letra de imprenta legible, las planillas impresas con datos solicitados y necesarios para el alta y la emisión de las correspondientes notas de crédito, que deberán ser debidamente firmadas por un apoderado suficiente de la Farmacia. 
6. Imprimir y escanear ambos documentos y enviarlos junto al poder respectivo que faculte al firmante a representar a la Farmacia vía e mail a elegirsaludfcias@avanterlatam.com, utilizando para el envío la casilla de correo elegida por Ud. para establecer comunicación.
7. El alta –de corresponder- se le comunicará vía e mail a la misma dirección de correo electrónico establecida.
8. Paralelamente se enviarán los instructivos para transaccionar en el sistema y realizar los cierres mensuales.
9. Posteriormente a la comunicación de alta, podrá ingresar a la página web www.elegirsalud.com.ar y chequear los datos relativos a su farmacia en el listado de Farmacias adheridas.
10. En caso de consultas sobre este procedimiento y más, comuníquese vía e mail a elegirsaludfcias@avanterlatam.com y espere nuestra respuesta dentro de las 48 hrs. hábiles.

Para operar en el Programa es obligatorio completar correctamente los datos de afiliación fundamentales para el circuito de validación de la receta y la posterior generación de su nota de crédito.

1.2. Baja

La baja de la Farmacia se puede realizar por dos motivos:

- a) Por decisión del Laboratorio
 - i) El Laboratorio se reserva el derecho de dar de baja del Programa cualquier Farmacia sin causa y en forma unilateral, enviando el correspondiente aviso con 30 días corridos de antelación y sin asistirle por ello a la correspondiente Farmacia derecho a reclamo compensatorio y/o indemnizatorio alguno, salvo reembolsos transaccionales previos a la fecha de baja.
 - ii) El Laboratorio ante la falta de cumplimiento de los términos y condiciones del Programa o ante cualquier irregularidad de cualquier Farmacia, podrá dar de baja el Programa a cualquier Farmacia, enviando el correspondiente aviso con 30 días corridos de antelación y sin asistirle por ello a la correspondiente Farmacia derecho a reclamo compensatorio y/o indemnizatorio alguno, salvo reembolsos transaccionales previos a la fecha de baja.
- b) Por decisión de la Farmacia
 - i) La Farmacia que desee puede solicitar su baja del Programa y podrá hacerlo sin necesidad de especificar motivo alguno. En tal caso, comuníquese vía e mail a elegirsaludfcias@avanterlatam.com y espere nuestra respuesta dentro de las 48 hrs. hábiles confirmando la misma.

La fecha de baja será efectiva una vez que sea activada en el sistema.

1.3. Modificaciones

Las modificaciones que se realicen en los datos de afiliación de las Farmacias deberán realizarse vía e mail. Comuníquese a elegirsaludfcias@avanterlatam.com expresando los cambios a realizar y espere nuestra respuesta dentro de las 48 hrs. hábiles confirmando los mismos.

La imposibilidad o retrasos en el reembolso del descuento debido a la falta de actualización de los datos de afiliación por parte de la Farmacia no será responsabilidad del Laboratorio y la Farmacia no tendrá derecho a realizar reclamo alguno al Laboratorio.

Las modificaciones de cambio de Droguería (salvo que sea de sucursal) modificará el origen de la generación de la nota de crédito. Una vez realizado el cambio, este no se hará efectivo hasta al cierre de la liquidación del mes, que será liquidado en la droguería anterior al cambio.

2. Participantes del Programa

- ∞ Las Farmacias no reclutarán ni pueden reclutar pacientes para participar en el Programa
- ∞ Los pacientes se presentarán espontáneamente en la Farmacia con la tarjeta del Programa y la prescripción médica respectiva.

- ∞ Previo a la adquisición de medicamentos, los pacientes deberán haber dado de alta su tarjeta del Programa llamando a la línea directa 0800-222-6058 o a través de la página web www.elegirsalud.com.ar.
- ∞ Estará prohibido a la Farmacia realizar cualquier tipo de promoción de un producto del Laboratorio.

3. Dispensa

- ∞ El paciente concurrirá a la Farmacia adherida al Programa que desee a realizar la compra con la receta del médico y su tarjeta del Programa entregada por el Laboratorio. Para otorgar el beneficio conferido por su adhesión al Programa, la Farmacia deberá autorizar la transacción a través del sistema IMED (el "Sistema").
- ∞ El documento que explica el procedimiento para autorizar la operación a través de la web de IMED se puede obtener, una vez cargados usuario y contraseña, en www.imed.com.ar, opción instructivos. Si la Farmacia autoriza sus operaciones mediante un sistema integrado, deberá consultar con el proveedor de dicho sistema si se encuentra en condiciones de realizar las transacciones referidas al Programa y/o Laboratorio a través de ese medio.
- ∞ Si el paciente tiene alguna prepaga u obra social, se deberá proceder a la realización de la validación de la prepaga u obra social y posteriormente se realizará el descuento correspondiente al Programa.
- ∞ La dispensa se completará con la firma/aclaración del paciente en el ticket del descuento conferido por el Programa.
- ∞ El paciente abonará la suma de pesos indicada en la validación y por todo concepto, no teniendo la Farmacia nada más que reclamar al Laboratorio por este concepto.

4. Reembolso

- ∞ En cada semana el Administrador del Programa realizará un cierre de transacciones y enviará las liquidaciones respectivas en forma simultánea a la Droguería correspondiente y al Laboratorio, a los fines de que ambas –según las proporciones que correspondan- reembolsen los importes correspondientes en forma de nota de crédito a través de la droguería seleccionada en los datos de afiliación.
- ∞ El reembolso se realizará dentro de los 7 a 15 días corridos a partir de cada cierre semanal.
- ∞ La Farmacia deberá realizar una liquidación mensual de los tickets correspondientes al Laboratorio relacionados al Programa, para lo cual, una vez terminado el mes, deberá imprimir la carátula de Presentación del periodo que se va enviar y las carátulas de los Lotes incluidos en esa Presentación. Luego, junto a los tickets de todas las transacciones del periodo, deberá enviar esta información al Administrador del Programa **al Apartado especial del Correo Argentino (sin costo) indicado en la caratula de Presentación mensual**, para que sea auditada.
- ∞ El envío incorrecto o el no envío de la liquidación en forma reiterada será motivo de baja del Programa.

5. Beneficios

- ∞ El Laboratorio determina el tipo, la duración y los productos involucrados en el Programa y/o incluidos en los beneficios y/o descuentos. Las altas, bajas y modificaciones de los mismos serán realizados en forma automática en el Programa y no demandan tareas adicionales a la Farmacia ni dan derecho a las Farmacias y/o pacientes a reclamo alguno.

6. Soporte Técnico

Para realizar consultas respecto a errores o problemas en la operatoria transaccional del Laboratorio, las Farmacias podrán comunicarse al Call Center del Administrador, todos los días, las 24 horas a los siguientes teléfonos: 4346-5600 y desde el interior del país al 0810-888-7427

- ∞ El instructivo que describe los procesos de dispensa, validación, cierre de Lote y cierre de Presentación, se enviará por mail una vez aceptados los presentes Términos y Condiciones y también se encuentra disponible en el website www.imed.com.ar.
- ∞ Otro tipo de consultas de índole técnico deberán ser canalizadas enviando e-mail a imedinstitucional@worldline.com especificando la inquietud junto con el código IMED y nombre de la farmacia.

7. Responsabilidades

- ∞ La Farmacia será responsable de la dispensa del medicamento y del proceso de validación.

- ∞ La Farmacia será responsable del envío del cierre mensual de los tickets correctamente completados.
- ∞ La Farmacia será responsable de mantener los datos de filiación actualizados.
- ∞ La Farmacia es responsable de entregar el medicamento en perfectas condiciones, cumpliendo todas las reglamentaciones relacionadas a la dispensa de productos farmacéuticos.
- ∞ El Administrador será responsable del Soporte Técnico del Sistema.
- ∞ El Laboratorio y/o las Droguerías –según corresponda- serán responsables de reintegrar el valor de los descuentos realizados en el plazo establecido a través de nota de crédito a aplicar en la cuenta de la droguería indicada por la Farmacia.
- ∞ El Laboratorio será responsable del mantenimiento y actualización del listado de farmacias habilitadas

8. Plazo de Vigencia

- ∞ El plazo de vigencia de su adhesión a estos Términos y Condiciones será por 1 año desde que haya sido dada de alta efectivamente al Programa. La adhesión podrá renovarse por acuerdo escrito de ambas partes. La vigencia puede ser interrumpida por la decisión de baja de cualquiera de las partes tal como se describe en el punto 1.2.

9. Inexistencia de Contraprestación

La Farmacia no recibirá contraprestación de ninguna naturaleza ni ningún beneficio por adherir al Programa ni tendrá derecho a reclamo alguno al respecto.

10. Estándares Corporativos.

A fin de participar en el Programa, la Farmacia deberá, asimismo, adherir y/o cumplir con los estándares corporativos del Laboratorio que se describen a continuación:

10.1 Definiciones

A menos que se prevea expresamente algo distinto en estas Condiciones Generales, los términos detallados a continuación tendrán los siguientes significados:

“**Afiliados/as**” significa, con respecto a una Persona, cualquier Persona que ocasionalmente o de manera permanente controla, es controlada por o está bajo control común con dicha Persona.

“**Leyes Contra la Corrupción**” significan la Ley de Prácticas Corruptas en el Extranjero de 1977 de los Estados Unidos, la Ley sobre Soborno de 2010 del Reino Unido y otras leyes y reglamentos aplicables para la prevención de fraude, corrupción, crimen organizado lavado de dinero y/o el terrorismo.

“**Leyes y Reglamentos Aplicables**” significan todas las leyes nacionales, provinciales, municipales o extranjeras, normas, reglamentos, incluido el caso de la ley, así como cualquier orientación, directrices y requisitos de los Organismos Reguladores y los códigos de la industria de la práctica vigentes de vez en cuando aplicables a las actividades realizadas bajo estas Condiciones Generales.

“**Código de Conducta**”, significa el código de conducta vigente de AZ disponible en link www.astrazeneca.com/Responsability/Code-policies-standards/Code-of-Conduct.

“**Información Comercialmente Sensible**” significa cualquier y toda la información comercial o estratégicamente sensible relacionadas con el negocio del Laboratorio o sus Afiliados, incluyendo información sobre los precios y las políticas de precios, estructuras de costos y estrategias de negocio.

“**Grupo**” significa una Parte y sus Afiliados.

“**Incumplimiento Material de las Leyes Contra la corrupción**” significa una violación de una cualquiera de las Leyes Contra la Corrupción que de ser conocida públicamente, desde el punto de vista razonable de AZ, tiene un efecto material adverso en la Farmacia o en la reputación de AZ debido a su relación con la Farmacia.

“**Aprobaciones Regulatorias**” significa todos los permisos y autorizaciones y licencias que sean necesarias para ser mantenidas por una Parte para el desenvolvimiento de esa Parte con relación a las presentes Condiciones Generales, incluyendo las requeridas por las leyes y reglamentos aplicables.

“**Autoridad Competente**” significa cualquier tribunal u órgano de gobierno, ya sea nacional,

provincial, municipal o extranjero, incluyendo cualquier subdivisión política del mismo, incluyendo cualquier departamento, comisión, junta, oficina, agencia, u otra autoridad de reglamentación o autoridad administrativa gubernamental, e incluyendo además cualquier entidad relacionada con el gobierno o entidad que ejerza las funciones de cualquiera de estos.

10.2 Obligaciones de la Farmacia

10.2.1. Al conocimiento de la Farmacia, ni la Farmacia en cualquiera de sus actividades, ni ninguno de sus consultores, agentes, empleados, representantes o subcontratistas ha tomado ninguna medida alguna que constituya un Incumplimiento Material de las Leyes Contra la Corrupción, ni ninguno de ellos ha sido formalmente notificado de que son objeto de una investigación realizada por una Autoridad Competente por un Incumplimiento Material de las Leyes Contra la Corrupción.

10.2.2. La Farmacia deberá, en todo momento durante la vigencia de estos Términos y Condiciones, ser una entidad debidamente autorizada para llevar a cabo sus obligaciones de conformidad con la legislación vigente y, en todo momento tener un respaldo financiero suficiente para cumplir con sus obligaciones bajo estas Condiciones Generales.

10.2.3. La Farmacia se asegurará de que sus Afiliadas y funcionarios, empleados y directivos estén capacitados y entrenados en sus obligaciones bajo las Leyes Contra la Corrupción, y que todos los consultores, agentes, representantes y subcontratistas de LA INSTITUCION y sus compañías Afiliadas, que tengan alguna vinculación con estos Términos y Condiciones se encuentran capacitadas y entrenadas con relación a sus obligaciones en los términos y alcances de las Leyes Contra la Corrupción.

10.2.4. La Farmacia deberá informar inmediatamente al Laboratorio en el caso de que reciba una notificación de que es objeto de una investigación formal por parte de una autoridad competente por algún incumplimiento en los términos de las Leyes Contra la Corrupción. La Farmacia deberá informar inmediatamente al Laboratorio en el caso de que reciba la información de cualquiera de sus compañías Afiliadas o de los consultores, agentes, representantes o subcontratistas o sus compañías Afiliadas relacionados con estas Condiciones Generales, de que cualquiera de éstos es objeto de una investigación formal por parte de una autoridad competente con motivo de algún incumplimiento en los términos de las Leyes Contra la Corrupción.

10.2.5. La Farmacia deberá asegurarse de que ninguno de sus funcionarios, empleados o directores en cualquiera de sus actividades, y que ningún dependiente, consultor, agente, representante o subcontratista o sus compañías Afiliadas que tengan una relación con estos Términos y Condiciones:

- a) directa o indirectamente, ofrezcan, paguen, den o autoricen cualquier oferta, promesa, pago o regalo de dinero o cualquier otra cosa de valor a cualquier persona, incluso a través de un pago de facilitación o cohecho, con la intención de, o como una condición para inducir a cualquier persona para llevar a cabo un deber o ejercicio irregular de su función o para llegar a una decisión favorable sobre una base inadecuada. Esto incluye proporcionar beneficios indebidos de cualquier tipo (incluso a través de subvenciones o patrocinios) a cualquier autoridad competente, funcionario público, profesional de la salud y/u organización de la salud, universidad, centro de investigación, paciente, proveedor, grupo caritativo o grupo de pacientes, en cada caso ya sean empresas o particulares, para obtener o retener un negocio u obtener alguna ventaja indebida para el Laboratorio o para cualquiera de sus compañías Afiliadas; o
- b) directa o indirectamente, soliciten cualquier oferta o promesa o reciban cualquier pago o regalo de dinero o cualquier otra cosa de valor de cualquier persona, incluso a través de un pago de facilitación o cohecho, con la intención de, o como condición para inducir a cualquier funcionario, empleado, director, consultor, agente o representante de la Farmacia o sus Afiliadas para llevar a cabo un deber o un ejercicio irregular de su función o llegar a una decisión favorable sobre una base inadecuada. Esto incluye solicitar o recibir beneficios indebidos de cualquier tipo (incluso a través de subvenciones o patrocinios) de cualquier autoridad competente u otro funcionario público, profesional de la salud y/u organización de la salud, universidad, centro de investigación, paciente, proveedor, grupo caritativo o grupo de pacientes, en cada caso ya sean empresas o particulares, para obtener o retener un negocio u obtener alguna ventaja indebida para AZ o para cualquiera de sus compañías Afiliadas.

10.2.6 La Farmacia deberá asegurarse de que ningún funcionario, empleado, director, consultor, agente, representante o subcontratistas suyo o sus afiliadas tomen alguna acción que podría implicar una responsabilidad para cualquier miembro del Grupo del Laboratorio bajo alguna de las Leyes Contra la Corrupción o que podría causar que algún empleado del Grupo del Laboratorio esté en violación del Código de Conducta.

Además de los requisitos establecidos anteriormente en esta cláusula, la Farmacia confirma que ha leído y que cumplirá con la Política de Interacciones Éticas del Laboratorio y con la Política Contra el Soborno y Contra la Corrupción del Laboratorio accesibles en del link www.astrazeneca.com (Responsibility / Code, Policies & Standards / Our Global Policies / Ethical Interactions).

10.2.8 La Farmacia reconoce que sus compromisos asumidos en la presente cláusula son determinantes para que el Laboratorio ingrese en una relación con la Farmacia. No obstante cualquier otra disposición de estos Términos y Condiciones, si el Laboratorio toma conocimiento de un incumplimiento

de alguno de estos compromisos, entonces, el Laboratorio tendrá el derecho a dar de baja a la Farmacia del Programa. Sin perjuicio de los derechos adquiridos antes de la terminación, el Laboratorio no se hace responsable frente a la Farmacia por el pago de honorarios, reembolsos u otra compensación o por cualquier pérdida, costo, reclamo o daño que resulte, directa o indirectamente, de dicha baja del Programa.

10.2.9 La Farmacia no podrá en relación con estos Términos y Condiciones o cualquier parte de su negocio contratar o emplear a niños menores de 18 años de edad, y la Farmacia no deberá estar involucrado de ninguna manera en cualquier forma de esclavitud o en prácticas análogas a la esclavitud, como la venta y el tráfico de mujeres o niños, la servidumbre por deudas o el trabajo forzoso u obligatorio.

10.3 Confidencialidad.

10.3.1 La Farmacia no revelará ni divulgará a terceros secreto comercial alguno, ni información sujeta a derechos de propiedad o confidencial recibida y/o del Laboratorio o sus compañías Afiliadas, incluso con anterioridad a la suscripción de estos términos y Condiciones, relacionada con estos Términos y Condiciones y/o con el Programa y/o con el Sistema y/o el Administrador (“Información Confidencial”).

10.3.2. Excepto lo estipulado en apartado 10.3.5, la Farmacia se compromete a no revelar la existencia y/o los términos de estos Términos y Condiciones ni su relación con el Laboratorio a ningún tercero ni con relación a cualquier tipo de publicidad sin el consentimiento por escrito del Laboratorio.

10.3.3. La Farmacia acepta que no utilizará Información Confidencial para fin alguno que no esté permitido por estas Condiciones Generales, sin el previo consentimiento por escrito del Laboratorio.

10.3.4. Estos Términos y Condiciones no impedirán a la parte receptora de Información Confidencial (en adelante la “Parte Receptora”) cumplir con cualquier requisito legal de revelar Información Confidencial, en la medida en que no tenga prohibido hacerlo por las Leyes y Regulaciones Aplicables y siempre que la Parte Receptora notifique inmediatamente a la parte reveladora de Información Confidencial (en adelante la “Parte Reveladora”) sobre dicha circunstancia en el plazo de 24 horas.

10.3.5. La vigencia de las obligaciones de confidencialidad estipuladas en la presente cláusula se mantendrán durante los 5 (cinco) años posteriores a la rescisión o vencimiento de la vigencia de estos Términos y Condiciones. La Farmacia asegurará que cada uno de sus empleados y subcontratistas que tengan acceso a su Información Confidencial hayan aceptado someterse a obligaciones de confidencialidad y no utilización con el mismo grado de protección que aquellas que aplican a la Farmacia en virtud de los presentes Términos y Condiciones.

10.3.6. Protección de Datos Personales: La Farmacia deberá cumplir con todas las Leyes y Reglamentos Aplicables que rigen la privacidad y seguridad de los datos personales de terceros que se traten con motivo del Programa (en adelante los “Datos Personales de Terceros”), incluyendo pero no limitándose a la Ley Nacional de Datos Personales N° 25.326 (Ley de Habeas Data), Decreto 1558/2001, y demás modificaciones y resoluciones regulatorias de la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, (en adelante, Legislación de Protección de Datos). La Farmacia se encuentra obligada a registrar la base de datos que contenga Datos Personales de Terceros, incluyendo pero sin limitarse a los datos de los pacientes y/o clientes registrados, obtenidos del Programa ante el Registro de Bases de Datos de la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales y a registrarse ante dicho organismo como responsable.

10.4 Inexistencia de conflicto de intereses.

Excepto haya sido notificado por escrito con anterioridad al presente, la Farmacia garantiza que no tiene conflictos de interés alguno (directo y/o indirecto) para el cumplimiento apropiado y ético del servicio que presta y se relacionará de manera objetiva con terceros (incluyendo Autoridades Regulatorias).

10.5 Auditoría.

Durante la vigencia de los Términos y Condiciones, la Farmacia permitirá al Laboratorio y/o a sus Afiliados y/o a sus auditores, el derecho de acceso a las instalaciones y a los registros vinculados con estos Términos y Condiciones (en adelante la “Auditoría”). En la medida de que cualquier Auditoría requiera el acceso y revisión de cualquier Información Comercialmente Sensible de la Farmacia y/o sus clientes, dicha actividad se llevará a cabo por un asesor profesional independiente designado por el Laboratorio, que informará al Laboratorio respecto de aquella información que sea directamente relevante con el cumplimiento por la Farmacia de las disposiciones específicas de estos Términos y Condiciones que son objeto de auditoría, revisión o inspección. En este sentido, el Laboratorio deberá notificar a la Farmacia dentro de un plazo de anticipación razonable a la fecha en que pretenda realizar la Auditoría y comunicar por un medio fehaciente los puntos a auditar.

10.6 Propiedad Intelectual.

10.6.1 La Farmacia reconoce que el Laboratorio es titular de las marcas, logotipos, nombres de dominio y derechos de autor que sirven para identificar el Programa (en adelante, los “Derechos de

Propiedad Intelectual”).

10.6.2 La Farmacia se compromete a no cuestionar, por sí ni a través de terceros, el uso, vigencia, titularidad y registro de los Derechos de Propiedad Intelectual, ni de las marcas, nombre comercial y social “Astrazeneca” y “Astra”, y se abstendrá de denigrarlas de modo alguno.

10.6.3 El Laboratorio autoriza a la Farmacia a usar el nombre, la marca y logo “Astrazeneca” y/o “Astra” asociados únicamente con el Programa y durante la vigencia de estos Términos y Condiciones.

10.6.4 El Laboratorio podrá controlar la forma en que la Farmacia usará los Derechos de Propiedad y las marcas, nombre comercial y social “Astrazeneca” y “Astra”, y podrá exigir que el uso de los mismos se ajuste a las políticas, criterios y condiciones que AZ considere pertinentes.

11. Generales.

11.1 La Farmacia no podrá ceder o transferir sus derechos y obligaciones emergentes de su adhesión al Programa, sin el consentimiento escrito del Laboratorio.

11.2 A estos Términos y Condiciones y a la relación emergente de la adhesión al Programa serán aplicables e interpretadas según las Leyes de la República Argentina y las Leyes y Reglamentos Aplicables y quedarán bajo la Jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de Primera Instancia de la Capital Federal.

Anexo I

PROGRAMA ELEGIR SALUD – AYUDA EXTRA

Elegir Salud (el “Programa”) es un programa de beneficios de AstraZeneca S.A. destinado a ayudar a los pacientes (los “Pacientes”) a lograr un mejor cumplimiento de los tratamientos indicados por los médicos y a elevar su calidad de vida fomentando un compromiso con la salud.

El Programa incluye la posibilidad que los Pacientes puedan acceder a descuentos en medicamentos, beneficios en farmacias adheridas al Programa, información referida a las patologías, charlas y actividades relacionadas con el cuidado de la salud.

El Programa se detalla y describe en la página web www.elegirsalud.com.ar, dentro de la cual los pacientes también podrán acceder a información y notas de interés general.

Los Pacientes que deseen participar del Programa Elegir Salud y/o de Ayuda Extra –incluido dentro del Programa Elegir Salud- y gozar de los beneficios emergentes del mismo podrán hacerlo a partir de recibir de su médico la receta de un medicamento y la tarjeta del programa. Para activar su tarjeta personal e intransferible, y quedar adheridos al Programa, el Paciente deberá ingresar a la página web www.elegirsalud.com.ar o comunicarse con el 0800-222-6058 y completar la solicitud de adhesión. El Paciente se adherirá al Programa aceptando los términos y condiciones del Programa y brindando sus datos, comunicándose al teléfono de acceso o a través de la página web previamente referidas.

Ayuda Extra

Dentro del Programa y en el mismo website (www.elegirsalud.com.ar), AstraZeneca S.A. ha desarrollado Ayuda Extra dirigido exclusivamente a Pacientes con diabetes (“Ayuda Extra”).

A través de Ayuda Extra los profesionales médicos podrán acceder a una vasta biblioteca de contenidos especialmente desarrollados para aumentar el conocimiento sobre los temas más relevantes relativos al tratamiento de la diabetes y encontrar notas de divulgación, recetas y guías de ejercicio físico para cada tipo de necesidad.

En el link de Ayuda Extra existente en el website del Programa, los Pacientes podrán acceder a información sobre el programa, notas de divulgación general, recetas de cocina, y/o detalle de actividades especiales.

Anexo II

Acuerdo de Adhesión Carta de Aceptación

.....
Lugar y Fecha

Señores

AstraZeneca S.A.

Nicolás De Vedia 3616, Piso 8°, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ref. Adhesión al Programa "Elegir Salud"

De nuestra mayor consideración:

....., en mi carácter de de titulares de la farmacia situada en (en adelante la "Farmacia"), me dirijo a AstraZeneca SA para manifestarles, por intermedio de este documento, nuestra adhesión a participar como **farmacia adherida** en el Programa "ELEGIR SALUD-AYUDA EXTRA" bajo los Términos y Condiciones de adhesión que obran como cuerpo principal al presente Anexo I.

Al respecto, declaro en nombre de la Farmacia que cumpliremos con los Términos y Condiciones de adhesión referidos, que conocemos el Programa y/o el Sistema y nos comprometemos a:

- i) Informarnos periódicamente de los beneficios vigentes y atender adecuadamente a los pacientes adheridos al Programa;
- ii) Permitir la capacitación de nuestro personal por el Administrador;
- iii) Otorgar a los pacientes adheridos al Programa los descuentos, bonificaciones y/o beneficios que se encuentren vigentes;
- iv) Respetar el software utilizado por el Administrador para el funcionamiento del Sistema y/o Programa, sin intentar y/o realizar cambios, adaptaciones y/o desarrollos en los mismos.
- v) Cumplir con el reglamento de uso del sistema que se encuentra vigente en el website www.imed.com.ar

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
Sello de la Farmacia

Datos de Afiliación de la Farmacia

Estos Datos son **Obligatorios** para el correcto armado del **Circuito de Nota de Crédito**

1.	Código IMED	
2.	C.U.I.T.	
3.	Razón Social	
4.	Nombre de la Farmacia	
5.	Dirección Calle	
6.	Dirección Número	
7.	Código Postal	
8.	Localidad (Barrio en el caso de C.A.B.A.)	
9.	Provincia	
10.	E mail de Contacto	
11.	Teléfono de la Farmacia	
12.	Contacto Apellido	
13.	Contacto Nombre	
14.	Sistema de Facturación Utilizado	
15.	Droguería Seleccionada para la Nota de Crédito	
16.	Número de Cliente de la Fcia. en esa Droguería	

Datos de Afiliación de la Farmacia (una planilla por cada sucursal)

Estos Datos son **Obligatorios** para el correcto armado del **Circuito de Nota de Crédito**

1.	Código IMED	
2.	C.U.I.T.	
3.	Razón Social	
4.	Nombre de la Farmacia	
5.	Dirección Calle	
6.	Dirección Número	
7.	Código Postal	
8.	Localidad (Barrio en el caso de C.A.B.A.)	
9.	Provincia	
10.	E mail de Contacto	
11.	Teléfono de la Farmacia	
12.	Contacto Apellido	
13.	Contacto Nombre	
14.	Sistema de Facturación Utilizado	
15.	Droguería Seleccionada para la Nota de Crédito	
16.	Número de Cliente de la Fcia. en esa Droguería	