

**REGISTRO DE CONSULTAS AMBULATORIAS** - Con autorización en tiempo real.

Mes Año   Cód EP

Entidad Primaria

Matrícula

CP  Categ.  Apellido y Nombre

Obra Social (tildar sólo una opción)

IOMA 301  IOMA Tandil  OSTEL 220   
 IOMA Balcarce  IOMA MdP  OSTEL Clearing   
 IOMA LP/CF/ENS  IOMA T.Lauquen  LUZ y FUERZA   
 IOMA FEMECON  OSMEBA  Otras OS Acto Médico

	Fecha d.m.a	Hora h.m	Código de Autorización (1)	PM	Plan	Número de Beneficiario	Código de Partido	Código de Diagnóstico	Firma y Aclaración del Beneficiario (2)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

(Antes de completar la planilla, leer el instructivo al dorso)

Sello y Firma del Profesional Actuante

# Instructivo para el llenado de la planilla.

## Registro de Consultas Médicas Ambulatorias, con autorización en tiempo real, exclusivamente para prestaciones brindadas en el ámbito de FEMEBA.

Para beneficiarios del ámbito de FEMEBA los únicos datos exigibles para abonar la prestación son: **1) Código de Autorización** **2) Firma y Aclaración del Beneficiario.**

- **Mes y Año:** Mes y año de prestación.
- **Código y Nombre de Entidad Primaria:** información sobre la Entidad Primaria en la cual se realiza la prestación y facturación.
- **Matrícula:** matrícula provincial del profesional.
- **CP:** código de profesión.
- **Categ:** Categoría del profesional.
- **Apellido y Nombre:** Nombre completo del profesional.
- **Obra Social:** Tildar la Obra Social que corresponda, sólo podrá marcar una sola opción por planilla. En el caso de ACA Salud u otra prestación con convenio por acto médico, incluir el código (3 cifras) de Obra Social en "Otras OS Acto Médico".

● **Fecha y Hora:** fecha y hora de atención "real".

### ● Código de Autorización.

Número de autorización obtenido de la página web o mediante el uso de teléfono celular. Si el sistema no emite ningún código de autorización, la prestación está denegada y no será abonada por el sistema. El sistema contempla límites por especialidad, superados los mismos, la autorización quedará a consideración de la Auditoría Médica Local de la EPO.

Prefijos a considerar en el Código de Autorización.

#### a) IOMA.

T (formato T12345): indica que el beneficiario corresponde a Tandil, por lo que debe facturarse por Clearing, en planilla separada, completándose el registro en todos sus ítems.

L (formato L12345): indica que el beneficiario corresponde a Trenque Lauquen, por lo que debe facturarse por Clearing, en planilla separada, completándose el registro en todos sus ítems.

M (formato M12345): indica que el beneficiario corresponde a Mar del Plata, por lo que debe facturarse por Clearing, en planilla separada, completándose el registro en todos sus ítems.

F (formato F12345): indica que el beneficiario corresponde a FEMECON (ver 'Código de Partido'), por lo que debe facturarse por Clearing, en planilla separada, completándose el registro en todos sus ítems.

B (formato B12345): indica que el beneficiario corresponde a Balcarce, por lo que debe facturarse por Clearing, en planilla separada, completándose el registro en todos sus ítems.

I/X (formato I12345 / X12345): indica que el beneficiario corresponde a La Plata, Capital Federal o Ensenada, por lo que debe facturarse por Clearing, en planilla separada, completándose el registro en todos sus ítems.

H (formato H12345): indica que la autorización requiere HC.

Cuando comiencen con las letras **E, W, Z, A, Y, J, U, G, S, C, N, D**, indica que la autorización se realizó a un beneficiario fuera de padrón, completándose el registro en todos sus ítems, se sugiere informar al beneficiario que concurra a la Delegación de Obra Social a regularizar la situación.

*Ejemplo de autorización*, EL1234: indica que la autorización se realizó a un beneficiario fuera de padrón en el mes de Enero (E) correspondiente a Trenque Lauquen (L), por lo que deberá facturarse por Clearing, planilla separada, completándose el registro en todos sus ítems.

*Aclaración:* en una misma planilla se pueden incorporar distintas autorizaciones de acuerdo al origen del beneficiario. Ejemplo, en la planilla de IOMA Tandil se pueden incorporar los siguientes códigos de autorización: T12345, WT1234.

En la planilla de ámbito de FEMEBA se pueden incorporar los siguientes códigos: 123456, E12345.

#### b) OSTEL

K (formato K12345): indica que el beneficiario no corresponde al ámbito de FEMEBA, por lo que debe facturarse por Clearing, en planilla separada, completándose el registro en todos sus ítems.

H (formato H12345): indica que la autorización requiere Historia Clínica.

#### c) OSMEBA

P (formato P12345): indica que el beneficiario no corresponde al ámbito de FEMEBA, por lo que debe facturarse por Clearing, en planilla separada, completándose el registro en todos sus ítems.

H (formato H12345): indica que la autorización requiere HC.

#### d) LUZ y FUERZA.

H (formato H12345): indica que la autorización requiere HC.

#### e) Otras OS Acto Médico

H (formato H12345): indica que la autorización requiere HC.

● **PM:** se deberá tildar con una cruz (X) exclusivamente cuando corresponda a "Prescripción de Medicamento".

● **Plan (IOMA):** se debe indicar con una P para el caso de Plan Materno Infantil, con una S para el Plan SER y con una R para el plan PSRI, adjuntándose a la planilla los bonos de canje correspondientes a cada caso (chequera de Obra Social o bono emitido por FEMEBA).

● **Número de beneficiario:** completar con el número de beneficiario, respetando los espacios disponibles para cada caracter.

● **Código de Partido (IOMA):** dicho campo se debe completar exclusivamente cuando el beneficiario no pertenezca al ámbito de FEMEBA (Clearing) o cuando, perteneciendo a FEMEBA, el sistema emita código de autorización y devuelva la leyenda "Autorizado FEMEBA – Beneficiario no empadronado".

Para los códigos de partidos que a continuación se detallan se debe completar la planilla en todos sus ítems, agrupando los beneficiarios de acuerdo al titular de la cápita.

IOMA FEMECON  
028 Alte. Brown  
260 Esteban Echeverría  
371 Gral. San Martín  
840 Tres de Febrero  
490 Lomas de Zamora  
427 La Matanza  
408 Hurlingham  
410 Ituzaingó  
568 Morón  
756 San Isidro  
861 Vicente López  
270 Ezeiza

IOMA LP/CF/ENS  
002 Capital Federal  
441 La Plata  
245 Ensenada  
  
IOMA Tandil  
791 Tandil  
  
IOMA T.Lauquen  
826 Trenque Lauquen  
  
IOMA MdP  
357 Mar del Plata  
  
IOMA Balcarce  
063 Balcarce

● **Código de Diagnóstico:** consignar el código de diagnóstico presuntivo o de certeza correspondiente a cada paciente atendido. En caso de no colocar el diagnóstico, por razones debidamente justificadas, podrá consignarse S/P (secreto profesional), debiendo adjuntar con la planilla el Resumen Clínico correspondiente. En aquellos caso que no se incluya, será observada la facturación.

● **Firma y Aclaración del Beneficiario:** espacio disponible para que el beneficiario al que se le brindó la consulta complete con su firma y aclaración, previo pago del coseguro establecido en concepto de Arancel Diferenciado directamente al profesional.

● **Sello y Firma del Profesional Actuante:** todas las planillas deberán presentarse firmadas y con el sello del profesional sobre la parte inferior derecha de la hoja.