

Acceso al sistema.

Accedemos a través de cualquier navegador de internet (Mozilla Firefox, Google Chrome).-

A la siguiente dirección [www.colmedsanjuan.com.ar](http://www.colmedsanjuan.com.ar), en la pantalla de Inicio accediendo a la sección "VALIDACIONES"



### Inicio de Sesión

Ingresamos con el

*Usuario y Contraseña*

Provisto por COLMED Salud.



**Ingreso a Validación de Prácticas Ambulatorias**

Usuario:  .1

Contraseña:  .2

Recordarme.

## Validación

Ingresamos el número de credencial del afiliado y presionamos **“enter”** o hacemos Click sobre el botón **“Aceptar”**.-

- **Importante:** Siempre colocar el número de credencial que figura en el plástico individual del paciente que utiliza el servicio es requisito la presentación.-

En el cuadro de texto de la derecha el sistema nos informa los datos del afiliado. En caso de no estar en condiciones de validar el sistema nos lo indicara en el mismo cuadro antes del nombre del beneficiario (**Afiliado De Baja, Inexistente, con Problemas Administrativos**).



< prestador > | [Cerrar Sesión](#)

1. Ingresamos número de credencial del Afiliado  
2. Presionamos el boton aceptar para verificar la credencial del afiliado

Nos mostrará automáticamente los datos del Afiliado

Credencial:  Aceptar

Fec.Nac:  Edad:

Sistema:  Plan:

Matricula Prescriptor :

Matricula Efector :

Fecha Prestación :

## Carga del prestador prescriptor

Se puede:

1. Ingresar el número de matrícula.-
2. Buscarlo por nombre.-

Ingresamos la Matrícula del Médico Prescriptor  
o  
Lo buscamos en la lista

En caso de ser usuario Sanatorio/Clínica, deberá colocar la Matrícula del Médico Efector.

Nº Tarjeta :   Con tarjeta

Credencial:  NACCARATO OROZCO GEORGINA

Fec.Nac:  07/05/1981 Edad:  32

Sistema:  Obra Social Plan:  EP

Aceptar

Matricula Prescriptor : Médico

Matricula Efector : Médico  2222 ROSALES DANIEL ENRIQUE

Fecha Prestación :  07/04/2014

Mozilla Firefox

200.5.196.114 ColmedPracticas/BuscarM...

Matricula Nombre

Buscar

Matricula Nombre

sanchez hidelgo

Buscar

Matricula	Nombre Prestador	Especialidad	Siste.
1673	SANCHEZ HIDALGO CASTOR	Otorrinolaringologo	Publico

### Carga de práctica

- Se ingresa uno a uno los códigos de prácticas.-
- Puede Buscarse la prestaciones por nombre.-

En este campo el prestador puede colocar detalles de la prestación

Práctica	Traer	Buscar	Nombre	Cantidad	Observaciones	Cant. Autorizada	Estado
420101	Datos	...	Consulta Médica.-	01			
	Datos	...		01			
	Datos	...		01			
	Datos	...		01			
	Datos	...		01			
	Datos	...		01			
	Datos	...		01			
	Datos	...		01			
	Datos	...		01			
	Datos	...		01			

- Ingresamos el código de nomenclador.
- Presionamos el botón "Datos"
- También podemos buscar el código por nombre.
- Detalle de la Prestación.
- Colocamos la cantidad.
- Una vez finalizada la carga de códigos presionamos en botón "Validar".

Luego de Validar el sistema nos Muestra por pantalla:

- ▶ Cantidad autorizada.
- ▶ Estado de la validación.

5.

### Estados de Validación:

- ▶ Autorizado
- ▶ Rechazado - Prestación requiere autorización previa (Pasar por Auditoría de COLMED),.
- ▶ Rechazado - Supera el Tope ( Diario, Mensual, Semestral o Anual ).-
- ▶ Rechazado - Prestación sin Cobertura para el plan.-

### Impresión de la Práctica

Una vez autorizada las prestaciones el sistema nos abrirá una pantalla para realizar la impresión del formulario de práctica.

(Modelo del Impresión)

<b>ORDEN DE PRACTICAS</b> 		<b>DATOS DEL AFILIADO ATENDIDO</b> Credencial: 12887100900      N° Autorización: 0000000012 Nombre: NACCARATO OROZCO GEORGINA Sistema: OBRA SOCIAL      Plan: EP		
<b>Cantidad</b>	<b>Cód. Práctica</b>	<b>Nombre</b>	<b>Estado</b>	<b>Observacion</b>
1	420101	Consulta Médica.-	Autorizado	
<b>Institución:</b> IT023481				
Fecha Autorización 1 0 0 4 1 4 Matrícula 0 1 6 7 3		<b>Confirmandad del Afiliado</b> DNI:..... FIRMA:..... ACLARACION:..... DOMICILIO:.....		

Copia: 1

## Reimpresión de Validaciones

- En el menú principal accedemos a “Re-Imprimir”.



- Ingresamos el Número de credencial del afiliado y presionamos buscar.

### REIMPRESION DE AUTORIZACIONES

Ingrese el N° de Credencial

Credencial:  1. Ingresamos el nro. de credencial

Nombre:

2. Presionamos el botón buscar

- Se muestran todas las validaciones realizadas para este afiliado, ordenadas por fecha.
- Una vez identificada la validación, hacemos click en “Imprimir”

## Anular Validaciones



## VALIDACIÓN DE CONSULTAS SIN PAPEL

### Sr. Prestador:

Deberá escribir el código de la autorización, que es generado por el sistema, en un RP, junto con los datos que se detallan a continuación:

### Requisitos obligatorios para facturar consultas de consulta On-Line sin papel.

En un RP con el membrete del médico efector o Institución donde atienda, deben constar los siguientes datos:

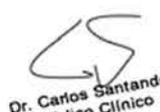
➤ A completar por el Prestador.-

**Datos del Afiliado atendido** (Los mismos se extraen de la pantalla de impresión de validación imagen 1)

1. Número de **Credencial** del paciente.
2. **Número de validación**.
3. Plan.
4. Código y Descripción de Práctica.
5. Fecha de Atención.
6. Sello y firma del Médico Efector.
7. Diagnóstico.

Los datos del afiliado pueden ser obtenidos de su credencial. En caso de duda, pueden consultarse en la autorización en pantalla (Ver Imagen 1). El número de validación se extrae exclusivamente de la validación en pantalla.

(Imagen 1)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>ORDEN DE PRACTICAS</b>   </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>DATOS DEL AFILIADO ATENDIDO</b>                  Credencial: 312687407900   <u>1</u>      <u>2</u>   N° Autorización: 0000000012                  Nombre: RODRIGUEZ JUAN PABLO                  Sistema: OBRA SOCIAL      <u>3</u>   Plan: EP             </div>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Cantidad</th> <th style="text-align: left;">Cód. Práctica</th> <th style="text-align: left;">Nombre</th> <th style="text-align: left;">Estado</th> <th style="text-align: left;">Observacion</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">420101</td> <td style="text-align: left;">Consulta Médica.-</td> <td style="text-align: center;">Autorizado   <u>4</u></td> <td style="text-align: left;">  <u>7</u>   cefalea</td> </tr> </tbody> </table>		Cantidad	Cód. Práctica	Nombre	Estado	Observacion	1	420101	Consulta Médica.-	Autorizado   <u>4</u>	<u>7</u>   cefalea	
Cantidad	Cód. Práctica	Nombre	Estado	Observacion								
1	420101	Consulta Médica.-	Autorizado   <u>4</u>	<u>7</u>   cefalea								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Institución:</b> IT023481             </div>												
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 Fecha Autorización  <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">6</td> </tr> </table>                   <u>5</u>                  Matrícula  <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">3</td> </tr> </table>                   <u>6</u> </div>	0	1	1	0	1	6	0	7	6	7	3	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">                       Dr. Carlos Santander                      Médico Clínico                      M.P.: 7673                 </div> <b>Conformidad del Afiliado</b>                  DNI:..... FIRMA:.....                  ACLARACION:.....                  DOMICILIO:.....             </div>
0	1	1	0	1	6							
0	7	6	7	3								

Copia: 1

➤ **A completar por el Afiliado.-**

1. Firma.
2. Aclaración.
3. DNI del *paciente atendido*.

Ejemplo de RP para presentar:

Dr. Eduardo Santander  
Laprida 292 Oeste Esquina Catamarca  
Tel:0264-42220654

---

RP/ Afiliado:: 312687407900

Validacion 0012

Plan: EP Plus

420101 Consulta Medica

Fecha: 01/10/2016

Diag. Cefalea

  
Rodríguez Juan Pablo  
DNI 26874079

  
Dr. Carlos Santander  
Médico Clínico  
M.P.: 7673

---

Firma y Sello Profesional