

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)

ORDEN DE PRACTICAS 		DATOS DEL AFILIADO ATENDIDO Credencial: 312687407900 <u>1</u> <u>2</u> N° Autorización: 0000000012 Nombre: RODRIGUEZ JUAN PABLO Sistema: OBRA SOCIAL <u>3</u> Plan: EP												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cantidad</th> <th>Cód. Práctica</th> <th>Nombre</th> <th>Estado</th> <th>Observacion</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>420101</td> <td>Consulta Médica-</td> <td>Autorizado <u>4</u></td> <td><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										
Institución: IT023481														
Fecha Autorización <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>6</td> </tr> </table> <u>5</u> Matrícula <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>7</td><td>6</td><td>7</td><td>3</td> </tr> </table> <u>6</u>		0	1	1	0	1	6	0	7	6	7	3	Conformidad del Afiliado DNI:..... FIRMA:..... ACLARACION:..... DOMICILIO:.....	
0	1	1	0	1	6									
0	7	6	7	3										

Dr. Carlos Santander
Médico Clínico
M.P.: 7673
Firma y sello profesional

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	