



Sistema de Autorización y Validación de Prestaciones.

Programa de Atención de las Personas
con Hipoacusia

Manual

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
DESTINATARIOS	3
INGRESO AL SISTEMA	4
GENERAR SOLICITUD DE ORDEN DE PRESTACIÓN ELECTRÓNICA.....	6
PASO 1: DATOS DE LA PERSONA AFILIADA.....	7
PASO 2: DATOS DE EMISIÓN	9
PASO 3: DATOS DEL PRESTADOR	9
PASO 4: DATOS MÉDICOS	10
PASO 5: DOCUMENTACIÓN.....	12
DATOS ADICIONALES	14
PASO 6: GENERACIÓN DE ORDEN DE PRESTACIÓN.....	15
LISTADO DE ÓRDENES DE PRESTACIÓN.....	16
PANEL DE PRESTACIONES AMBULATORIAS.....	20
REGISTRAR PRESTACIÓN	22
ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN	24
ELIMINAR PRÁCTICA.....	27
TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN.....	29
TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN POR PRESTACIÓN.....	30
TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN MASIVA	31
PANEL DE LIQUIDACIONES.....	32
ESTADOS DE UNA PRESTACIÓN.....	35
PENDIENTE DE CARGA DE DOCUMENTACIÓN.....	36

INTRODUCCIÓN

El **Sistema de Autorización y Validación de Prestaciones** del Sistema Interactivo de Información (SII) tiene como objetivo integrar en un único sistema los procedimientos de solicitud, autorización, transmisión y validación de las prestaciones alcanzadas por el **Programa de Atención de las Personas con Hipoacusia**.

A través de este sistema, los prestadores podrán:

- Generar las solicitudes de Órdenes de Prestación (OP).
- Consultar el estado de una OP.
- Registrar y Transmitir las prestaciones realizadas.
- Consultar el estado de las prestaciones auditadas.
- Consultar el estado de la liquidación y subir la factura correspondiente.

DESTINATARIOS

El presente instructivo está destinado a prestadores adheridos al **Programa de Atención de las Personas con Hipoacusia**.

Sistema de Autorización y Validación de Prestaciones

Programa de Atención de las Personas con Hipoacusia.



INGRESO AL SISTEMA

Para acceder al **Sistema de Autorización en Línea** del Sistema Interactivo de Información (SII), deberá seguir los siguientes pasos:

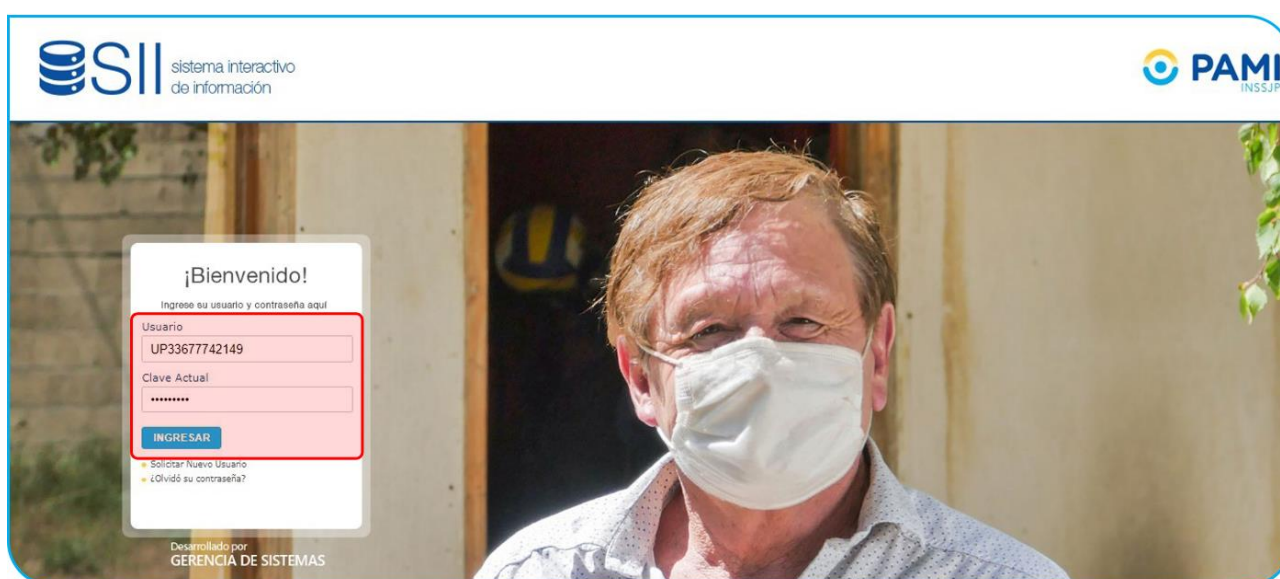
- 1) Ingrese a la página web del INSSJP: <http://www.pami.org.ar/> y haga clic en la opción **Prestadores y Proveedores**.



- 2) Ingrese a la opción **Sistema Interactivo de Información** del menú **Sistemas INSSJP**.



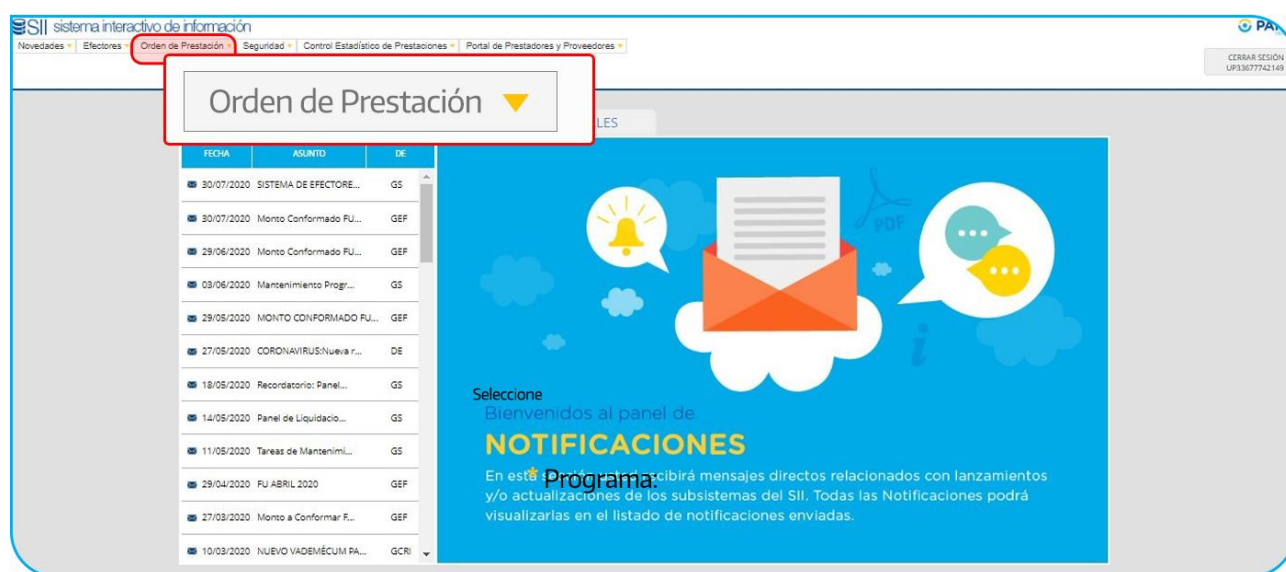
- 3) Para acceder al Sistema Interactivo de Información, ingrese su nombre de usuario UP y contraseña y haga clic en **Ingresar**.



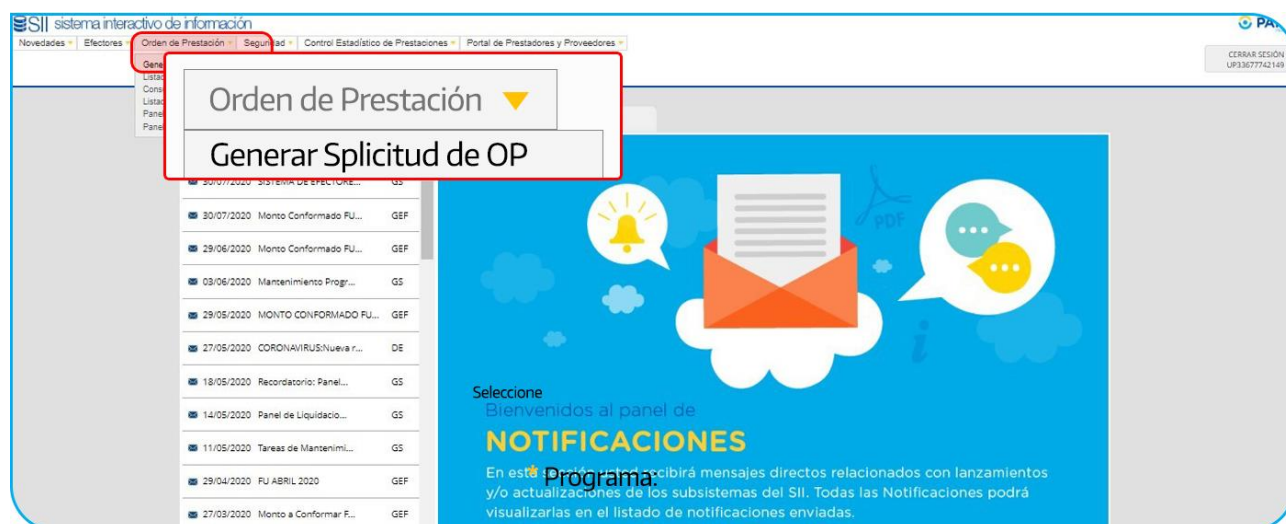
GENERAR SOLICITUD DE ORDEN DE PRESTACIÓN ELECTRÓNICA

Para generar la solicitud de la Orden de Prestación Electrónica, realice los siguientes pasos:

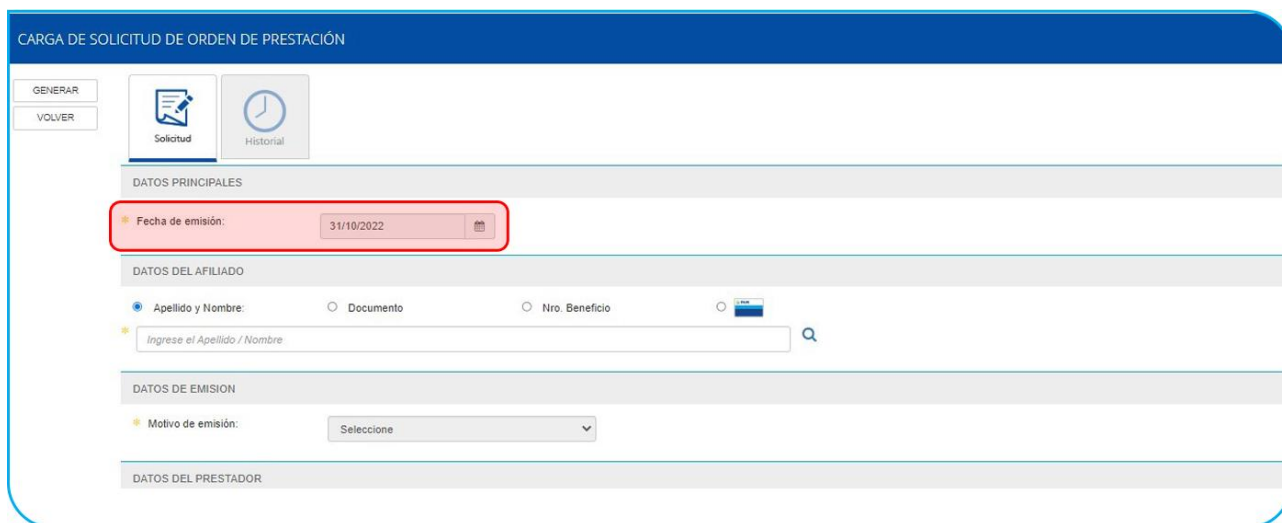
- 1) Ingrese al Sistema Interactivo de Información y diríjase al menú **Orden de Prestación**.



- 2) Luego, seleccione la opción **Generar Solicitud de OP (Orden de Prestación)**.



El sistema lo conducirá a la siguiente pantalla para realizar la carga de solicitud de OP. En el campo **Fecha de Emisión** aparecerá la fecha del día, sin posibilidad de edición.



CARGA DE SOLICITUD DE ORDEN DE PRESTACIÓN

GENERAR VOLVER

Solicitud Historial

DATOS PRINCIPALES

* Fecha de emisión: 31/10/2022

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: Documento Nro. Beneficio

Ingrese el Apellido / Nombre

DATOS DE EMISION

* Motivo de emisión: Seleccione

DATOS DEL PRESTADOR

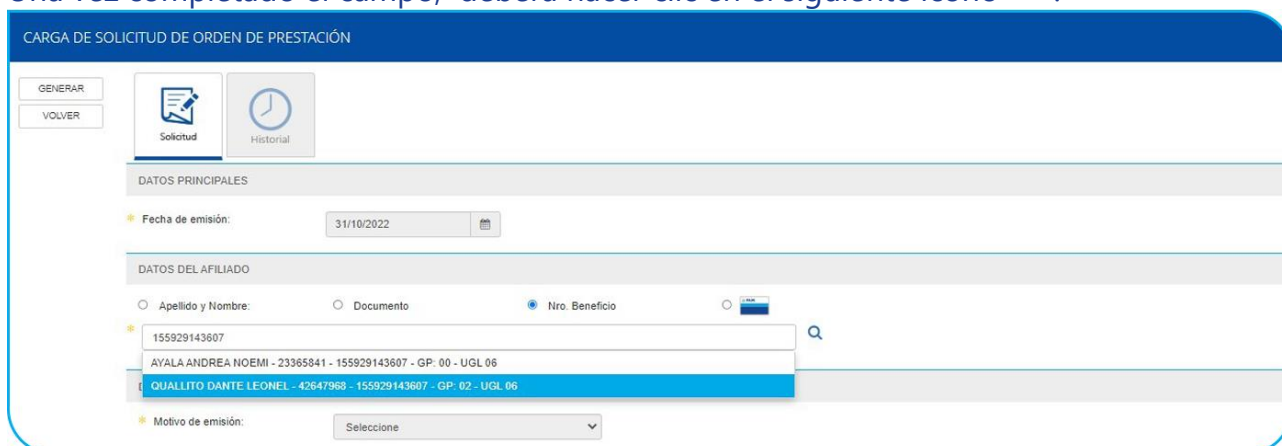
Luego, deberá completar los campos requeridos: **Datos de la Persona Afiliada, Datos de Emisión, Datos del Prestador, Datos Médicos y Documentación.**

IMPORTANTE: Todos los campos que se encuentren con el siguiente ícono * serán de carácter obligatorio.

PASO 1: DATOS DE LA PERSONA AFILIADA

Para realizar la búsqueda de la persona afiliada, el sistema permitirá buscar por los siguientes criterios: **Apellido y Nombre, Documento o Nro. De Afiliación**

Una vez completado el campo, deberá hacer clic en el siguiente ícono 🔍.



CARGA DE SOLICITUD DE ORDEN DE PRESTACIÓN

GENERAR VOLVER

Solicitud Historial

DATOS PRINCIPALES

* Fecha de emisión: 31/10/2022

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: Documento Nro. Beneficio

155929143607

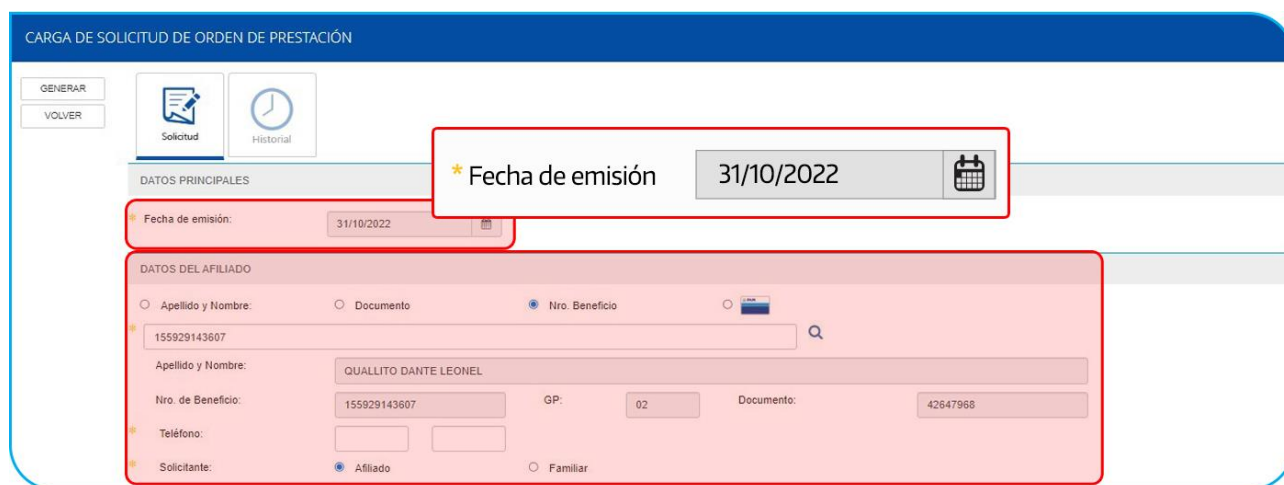
AYALA ANDREA NOEMI - 23365841 - 155929143607 - GP: 00 - UGL 06

QUALLITO DANTE LEONEL - 42647968 - 155929143607 - GP: 02 - UGL 06

* Motivo de emisión: Seleccione

Los datos de la persona afiliada que se podrán observar en el listado de resultados de búsqueda, tendrán el siguiente formato: **APELLIDO y NOMBRE – NRO DE AFILIACION**. Para seleccionarlo, haga clic sobre los datos de la persona afiliada.

El sistema desplegará los datos correspondientes a la afiliada o el afiliado seleccionado.



CARGA DE SOLICITUD DE ORDEN DE PRESTACIÓN

GENERAR
VOLVER

Solicitud Historial

DATOS PRINCIPALES

* Fecha de emisión: 31/10/2022

DATOS DEL AFILIADO

☐ Apellido y Nombre: ☐ Documento: ☒ Nro. Beneficio: ☐

155929143607

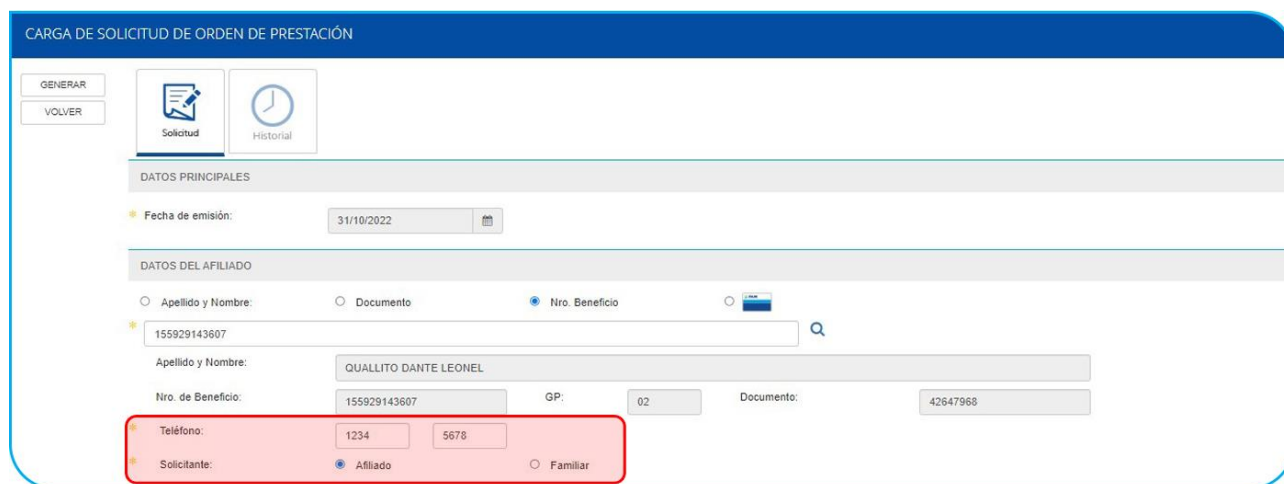
Apellido y Nombre: QUALLITO DANTE LEONEL

Nro. de Beneficio: 155929143607 GP: 02 Documento: 42647968

Teléfono:

Solicitante: ☒ Afiliado ☐ Familiar

A continuación, deberá incorporar un teléfono de contacto de la afiliada o el afiliado, e indicar si el solicitante de la orden de prestación es la propia persona afiliada, o un familiar.



CARGA DE SOLICITUD DE ORDEN DE PRESTACIÓN

GENERAR
VOLVER

Solicitud Historial

DATOS PRINCIPALES

* Fecha de emisión: 31/10/2022

DATOS DEL AFILIADO

☐ Apellido y Nombre: ☐ Documento: ☒ Nro. Beneficio: ☐

155929143607

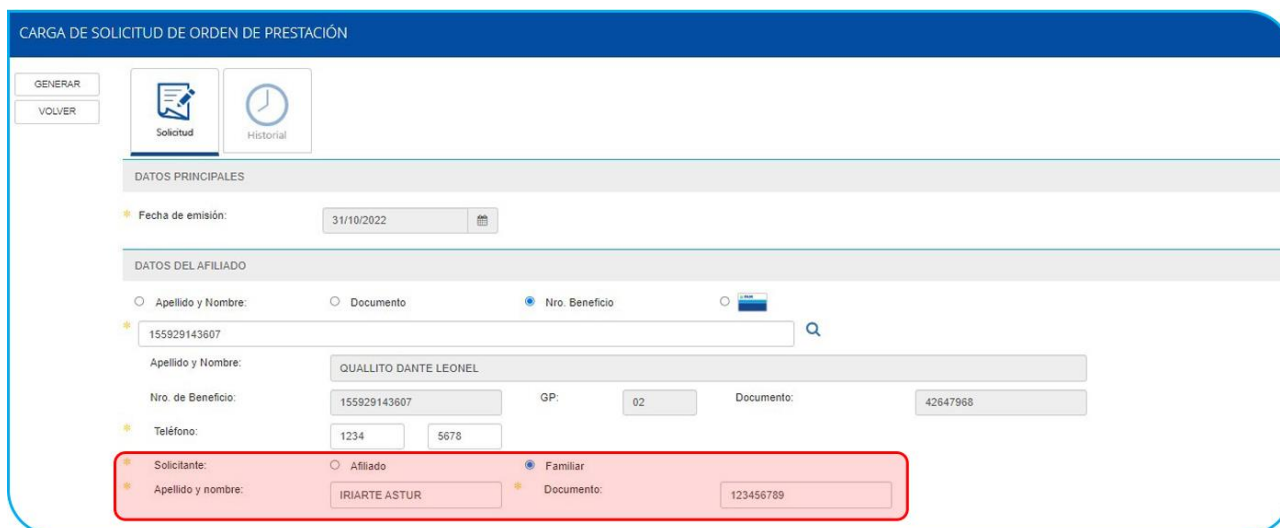
Apellido y Nombre: QUALLITO DANTE LEONEL

Nro. de Beneficio: 155929143607 GP: 02 Documento: 42647968

Teléfono: 1234 5678

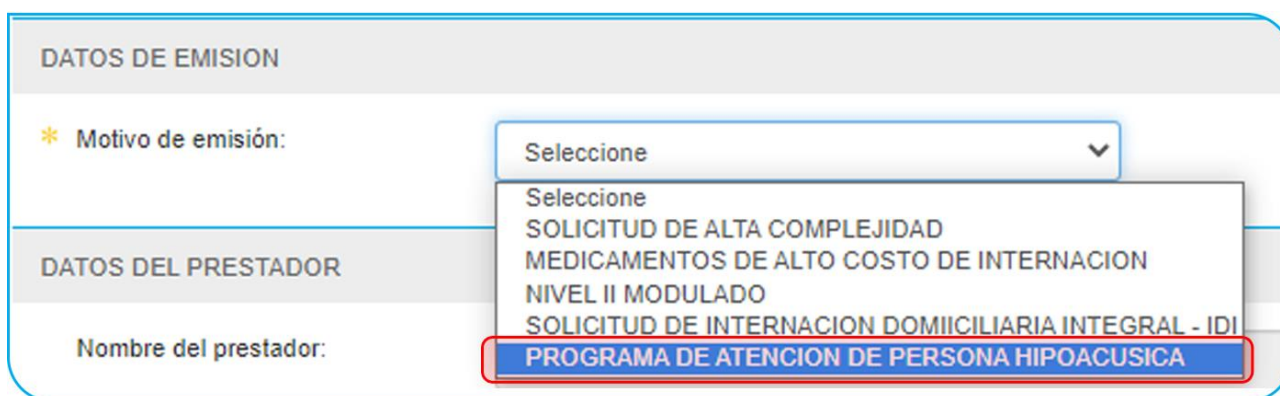
Solicitante: ☒ Afiliado ☐ Familiar

En caso de que sea un familiar el que solicita la orden de prestación, deberá completar: **Apellido y Nombre y N° de Documento.**



PASO 2: DATOS DE EMISIÓN

En este paso, deberá seleccionar el motivo de emisión: **Programa de Atención de las Personas con Hipoacusia.**



PASO 3: DATOS DEL PRESTADOR

Por defecto el sistema traerá los datos correspondientes al prestador que solicita la generación de la orden de prestación.

En caso de que el prestador sea una red o posea más de una boca de atención, deberá seleccionar la boca de atención correspondiente.

DATOS DEL PRESTADOR					
Nombre del prestador:	INSTITUTO POLYMEDIC S.R.L.				
SAP:	69509	CUIT:	30	60132363	6
* Boca de atención:	II NIVEL - 1 DE MAYO 640 - LA PAMPA - CAPITAL - SANTA ROSA				
Descripción:	II NIVEL	CP:	6300		
Calle:	1 DE MAYO	Puerta:	640	Piso/Dpto:	
Provincia:	LA PAMPA	Dpto:	CAPITAL	Localidad:	SANTA ROSA

PASO 4: DATOS MÉDICOS

En primer lugar, deberá ingresar el **Diagnóstico**. La búsqueda está clasificada bajo el CIE-10 y deberá realizarla por descripción.

Ingresa el diagnóstico según la prescripción médica, y presione el icono :

Seleccione del listado desplegable el diagnóstico que corresponda.

DATOS DEL PRESTADOR					
Nombre del prestador:	INSTITUTO POLYMEDIC S.R.L.				
SAP:	69509	CUIT:	30	60132363	6
* Boca de atención:	II NIVEL - 1 DE MAYO 640 - LA PAMPA - CAPITAL - SANTA ROSA				
Descripción:	II NIVEL	CP:	6300		
Calle:	1 DE MAYO	Puerta:	640	Piso/Dpto:	
Provincia:	LA PAMPA	Dpto:	CAPITAL	Localidad:	SANTA ROSA

DATOS MEDICOS	
* Diagnóstico:	OTRAS HIPOACUSIAS 

Luego, seleccione la **Modalidad de atención: AMBULATORIO**.

DATOS MEDICOS

* Diagnóstico:

OTRAS HIPOACUSIAS

Q

* Modalidad de atención:

AMBULATORIO

▼

Una vez seleccionada la modalidad de atención, se habilitará el campo **Práctica**.

Aquí, podrá realizar la búsqueda por Código o Nombre de la práctica y hacer clic en el ícono  o directamente haciendo clic en el ícono , el sistema desplegará el menú disponible. **Cabe destacar que solo podrá buscar y seleccionar las prácticas correspondientes a los módulos que tiene contratado con el INSSJP.**

DATOS MEDICOS

* Diagnóstico:

OTRAS HIPOACUSIAS

Q

* Modalidad de atención:

AMBULATORIO

▼

* Práctica:

equipa

Q

Agregar

438001 EQUIPAMIENTO DEL OTOAMPLIFONO UNILATERAL - 438 ATENCION DE PERSONA CON HIPOACUSIA

1

DOCUMENTACIÓN

Luego de seleccionada la práctica, deberá hacer clic en el botón **Agregar**. El sistema incorporará la práctica seleccionada.

DATOS MEDICOS

* Diagnóstico:

OTRAS HIPOACUSIAS

Q

* Modalidad de atención:

AMBULATORIO

▼

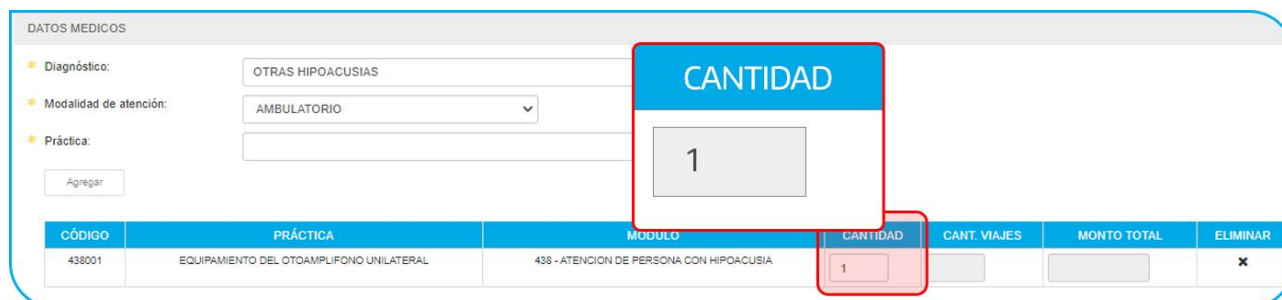
* Práctica:

Q

Agregar

CÓDIGO	PRÁCTICA	MÓDULO	CANTIDAD	CANT. VIAJES	MONTO TOTAL	ELIMINAR
438001	EQUIPAMIENTO DEL OTOAMPLIFONO UNILATERAL	438 - ATENCION DE PERSONA CON HIPOACUSIA	1			X

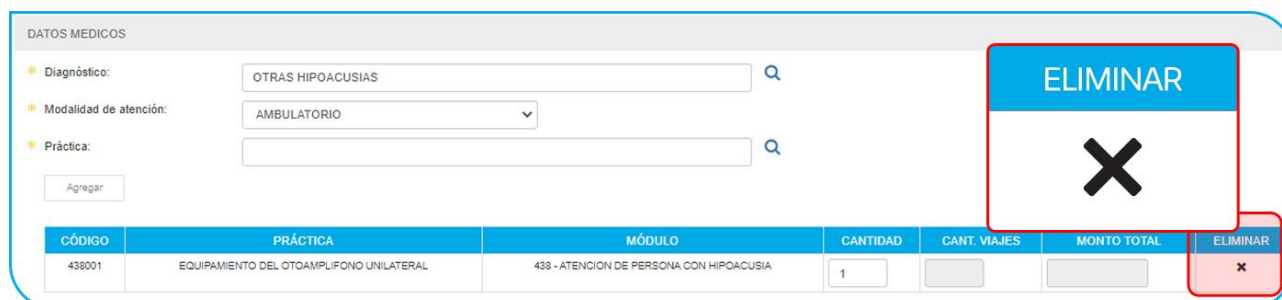
En esta pantalla, podrá indicar la cantidad requerida de la práctica seleccionada.



The screenshot shows the 'DATOS MEDICOS' form. The 'Diagnóstico' field is set to 'OTRAS HIPOACUSIAS', 'Modalidad de atención' is 'AMBULATORIO', and 'Práctica' is empty. A red box highlights the 'CANTIDAD' field, which contains the number '1'. Below the form is a table with the following data:

CÓDIGO	PRÁCTICA	MÓDULO	CANTIDAD	CANT. VIAJES	MONTO TOTAL	ELIMINAR
438001	EQUIPAMIENTO DEL OTOAMPLIFONO UNILATERAL	438 - ATENCION DE PERSONA CON HIPOACUSIA	1			X

Si la práctica seleccionada es incorrecta, podrá eliminarla haciendo clic en el ícono **X**.



The screenshot shows the 'DATOS MEDICOS' form with the same data as the previous one. A red box highlights the 'ELIMINAR' button, which is represented by a large 'X' icon. Below the form is the same table as before:

CÓDIGO	PRÁCTICA	MÓDULO	CANTIDAD	CANT. VIAJES	MONTO TOTAL	ELIMINAR
438001	EQUIPAMIENTO DEL OTOAMPLIFONO UNILATERAL	438 - ATENCION DE PERSONA CON HIPOACUSIA	1			X

PASO 5: DOCUMENTACIÓN

Dependiendo de la práctica seleccionada, deberá adjuntar determinada documentación, para qué en caso de requerir autorización, la misma pueda ser visualizada en línea por los usuarios evaluadores.

Para agregar la documentación, haga clic sobre la opción, **Tipo de documentación** y seleccione cada uno de los tipos de documentos.

IMPORTANTE: Aquellos documentos que están resaltados en rojo son de carácter obligatorio.

Una vez seleccionado, haga clic en el botón **Examinar** para adjuntar el documento.

Sistema de Autorización y Validación de Prestaciones

Programa de Atención de las Personas con Hipoacusia.

DATOS MEDICOS

Diagnóstico:

CARIES DENTAL

Modalidad de atención:

AMBULATORIO

Práctica:

Agregar

CÓDIGO	PRÁCTICA	MÓDULO	CANTIDAD	CANT. VIAJES	MONTO TOTAL	ELIMINAR
512002	APERTURA Y OBTURACION PROVISORIA EN URGENCIA ODONTOLOGICA	512 - ODONTOLOGIA - PRACTICAS DE URGENCIAS	1			

DOCUMENTACIÓN

Tipo de documentación:

HISTORIA CLINICA

Agregar

Examinar

OBSERVACIONES

Podrá visualizar o cancelar la documentación en caso de que la misma sea errónea.

DATOS MEDICOS

Diagnóstico:

CARIES DENTAL

Modalidad de atención:

AMBULATORIO

Práctica:

Agregar

CÓDIGO	PRÁCTICA	MÓDULO	CANTIDAD	CANT. VIAJES	MONTO TOTAL	ELIMINAR
512002	APERTURA Y OBTURACION PROVISORIA EN URGENCIA ODONTOLOGICA	512 - ODONTOLOGIA - PRACTICAS DE URGENCIAS	1			

DOCUMENTACIÓN

Tipo de documentación:

HISTORIA CLINICA

Agregar

Ver

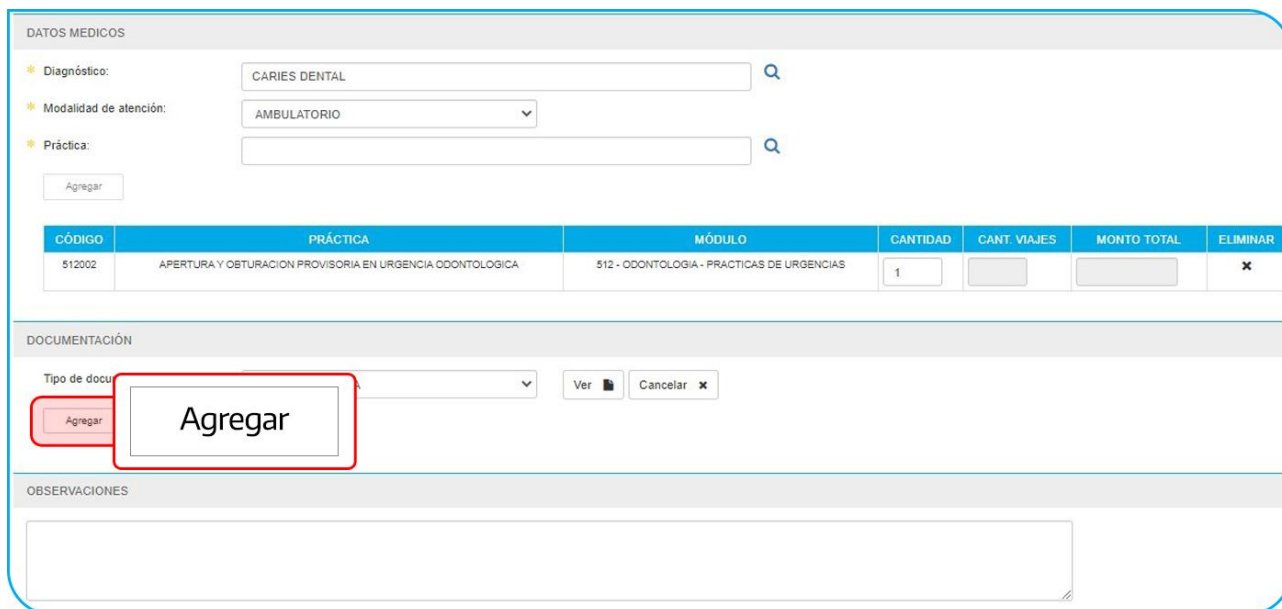
Cancelar

OBSERVACIONES

Sistema de Autorización y Validación de Prestaciones

Programa de Atención de las Personas con Hipoacusia.

Para agregar el documento, deberá hacer clic en el botón **Agregar**.



DATOS MEDICOS

Diagnóstico: CARIES DENTAL

Modalidad de atención: AMBULATORIO

Práctica:

Agregar

CÓDIGO	PRÁCTICA	MÓDULO	CANTIDAD	CANT. VIAJES	MONTO TOTAL	ELIMINAR
512002	APERTURA Y OBTURACION PROVISORIA EN URGENCIA ODONTOLOGICA	512 - ODONTOLOGIA - PRACTICAS DE URGENCIAS	1			X

DOCUMENTACIÓN

Tipo de documento:

Agregar

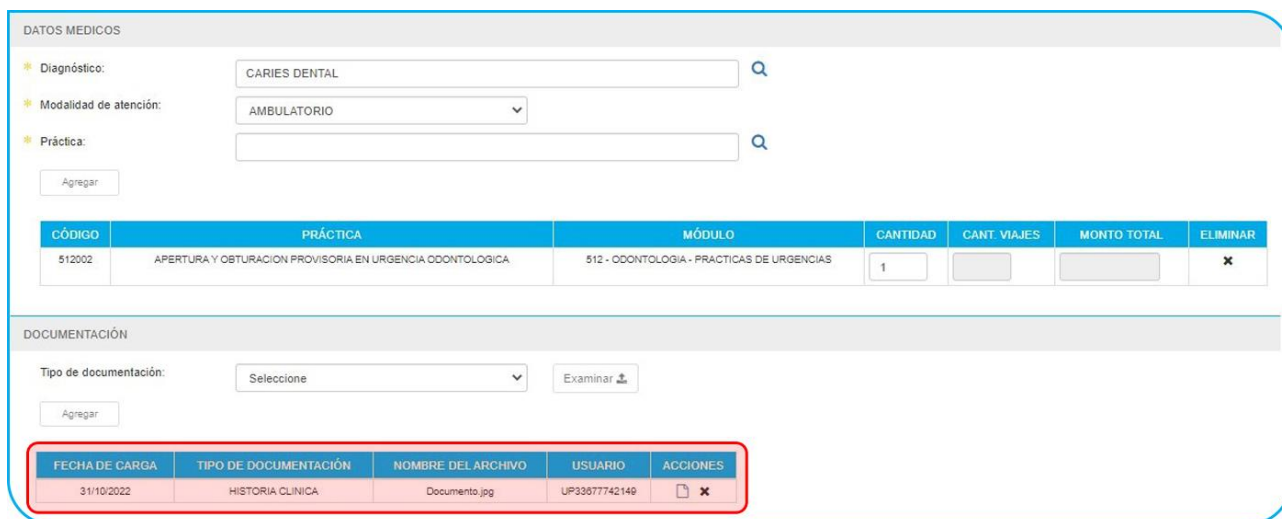
Agregar

Ver

Cancelar

OBSERVACIONES

El sistema incorporará el documento adjunto.



DATOS MEDICOS

Diagnóstico: CARIES DENTAL

Modalidad de atención: AMBULATORIO

Práctica:

Agregar

CÓDIGO	PRÁCTICA	MÓDULO	CANTIDAD	CANT. VIAJES	MONTO TOTAL	ELIMINAR
512002	APERTURA Y OBTURACION PROVISORIA EN URGENCIA ODONTOLOGICA	512 - ODONTOLOGIA - PRACTICAS DE URGENCIAS	1			X

DOCUMENTACIÓN

Tipo de documentación: Seleccione

Examinar

Agregar

FECHA DE CARGA	TIPO DE DOCUMENTACIÓN	NOMBRE DEL ARCHIVO	USUARIO	ACCIONES
31/10/2022	HISTORIA CLINICA	Documento.jpg	UP3367742149	X

Para adjuntar otro documento, deberá seguir el mismo procedimiento

DATOS ADICIONALES

El sistema le solicitará que indique el Número de la Orden Médica Electrónica (OME) que originó la prestación.

DATOS ADICIONALES

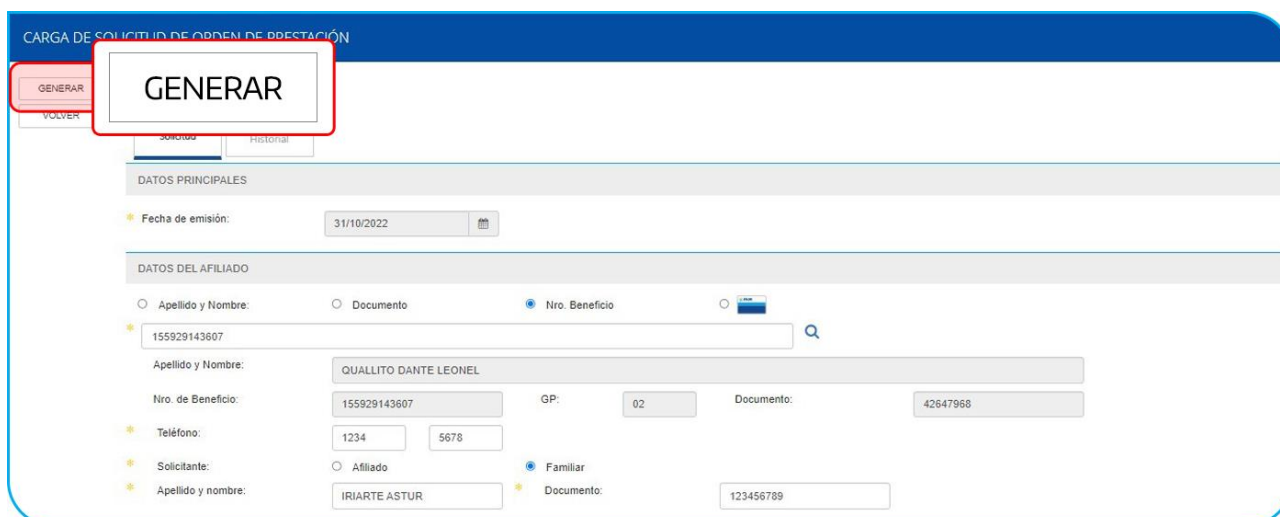
* Datos de la orden Médica Electrónica (OME):

Número de OME:

9874532100001

PASO 6: GENERACIÓN DE ORDEN DE PRESTACIÓN

Una vez completo todos los campos solicitados, deberá hacer clic en el botón **Generar**.



Dependiendo del nivel de complejidad de la práctica seleccionada, la orden de prestación al momento de su generación podrá adoptar alguno de los siguientes estados:

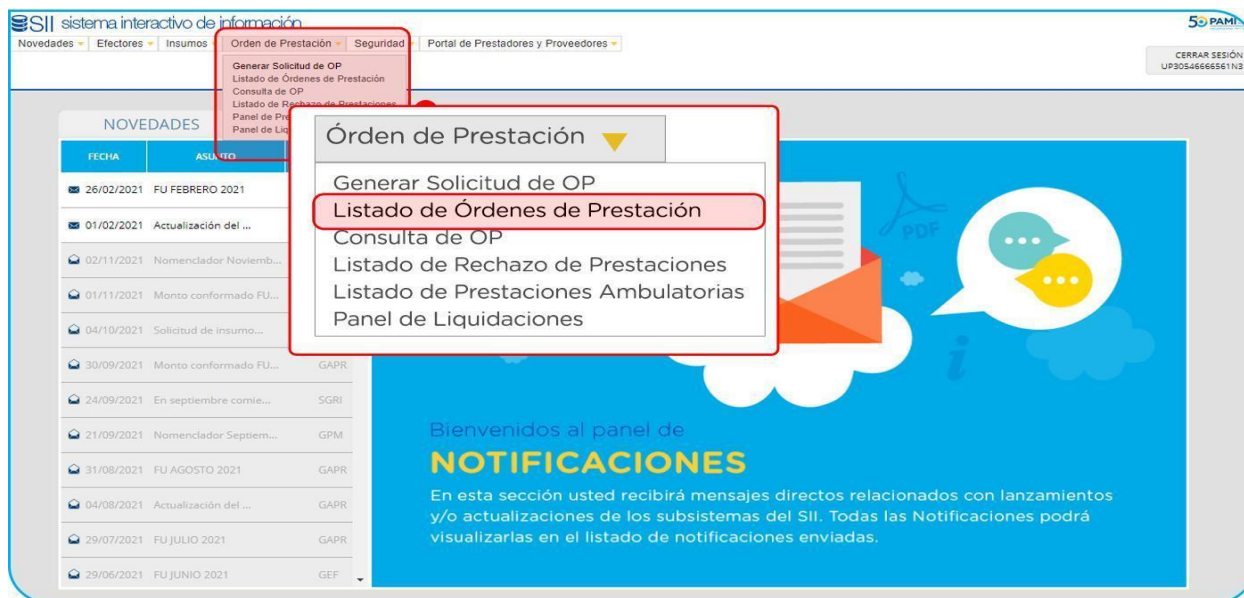
- **GENERADA**

Si la OP es autorizada automáticamente adoptará el estado **GENERADA**.



LISTADO DE ÓRDENES DE PRESTACIÓN

Para visualizar el estado de una OP, deberá ingresar al menú **Orden de Prestación**, opción **Listado de Órdenes de Prestación**.

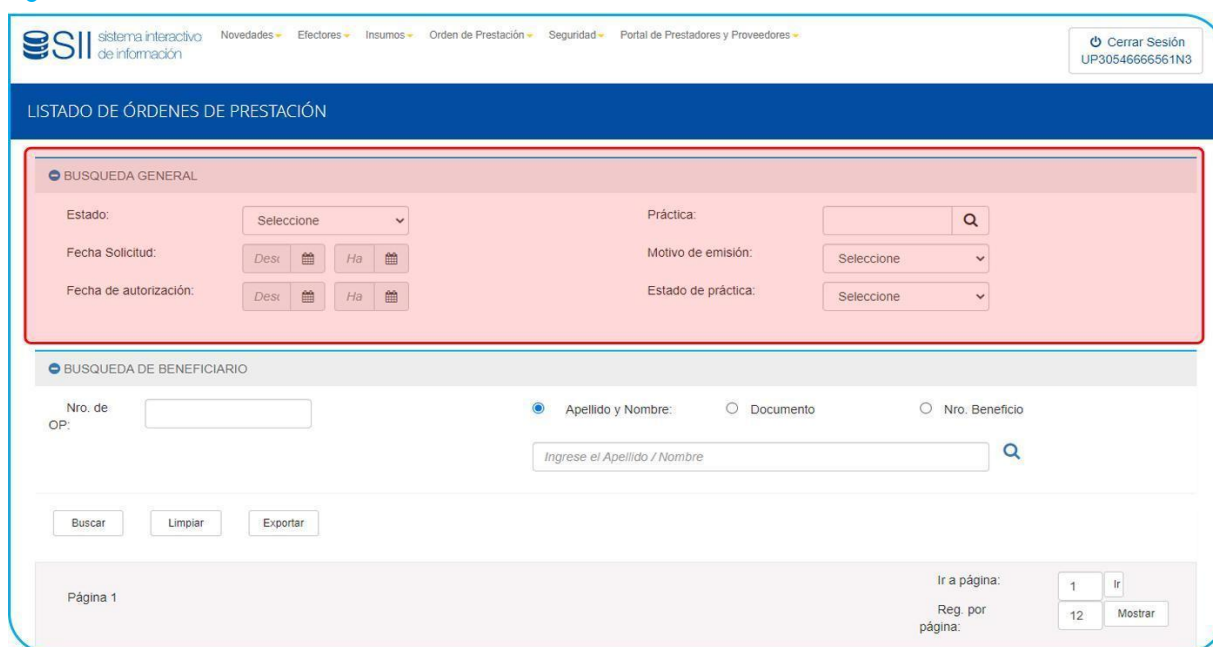


El sistema lo conducirá a la siguiente pantalla.

The screenshot shows the 'LISTADO DE ÓRDENES DE PRESTACIÓN' screen. At the top, there is a navigation bar with tabs: 'Novedades', 'Efectores', 'Insumos', 'Orden de Prestación', 'Seguridad', and 'Portal de Prestadores y Proveedores'. The 'Orden de Prestación' tab is active. Below the navigation bar, there is a 'LISTADO DE ÓRDENES DE PRESTACIÓN' section. This section contains two main search areas: 'BUSQUEDA GENERAL' and 'BUSQUEDA DE BENEFICIARIO'. The 'BUSQUEDA GENERAL' section has fields for 'Estado:', 'Fecha Solicitud:', 'Fecha de autorización:', 'Práctica:', 'Motivo de emisión:', and 'Estado de práctica:'. The 'BUSQUEDA DE BENEFICIARIO' section has a radio button for 'Nro. de OP:', a text input field for 'Apellido y Nombre:', a radio button for 'Documento', and a radio button for 'Nro. Beneficio'. There is also a search bar with the placeholder text 'Ingrese el Apellido / Nombre'. At the bottom, there are buttons for 'Buscar', 'Limpiar', and 'Exportar'. On the right side, there is a 'CERRAR SESIÓN' button and a session ID 'UP3054666561N3'.

En esta pantalla, podrá realizar la búsqueda de órdenes de prestación a través de una Búsqueda General, por los siguientes campos:

- **POR ESTADO**
- **POR PRÁCTICA AUTORIZADA**
- **POR FECHA DE SOLICITUD**
- **POR FECHA DE AUTORIZACIÓN**
- **POR MOTIVO DE EMISIÓN**
- **POR ESTADO DE PRÁCTICA**
-

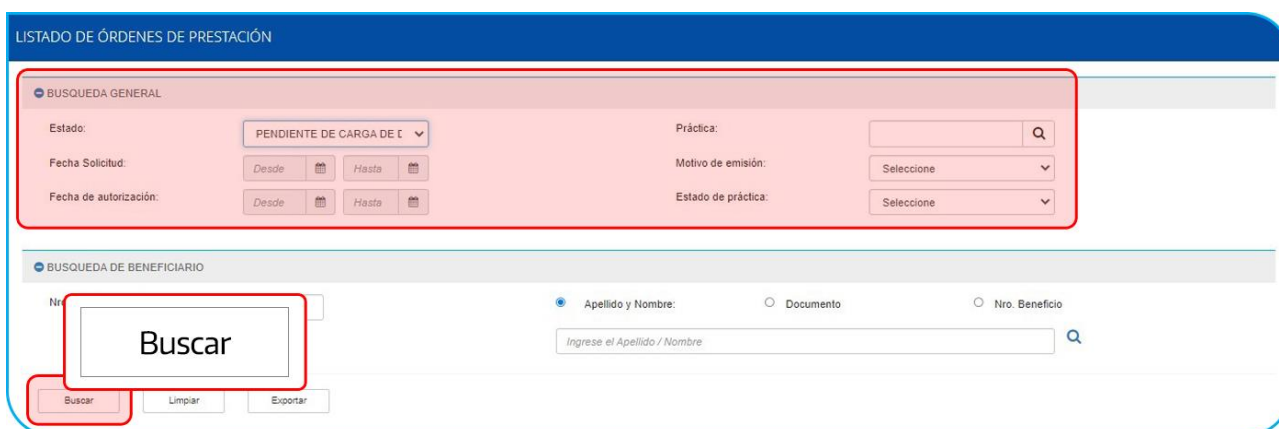


The screenshot shows the 'LISTADO DE ÓRDENES DE PRESTACIÓN' interface. The 'BUSQUEDA GENERAL' section is highlighted with a red box. It contains the following fields:

- Estado: Seleccione
- Fecha Solicitud: Desde, Ha
- Fecha de autorización: Desde, Ha
- Práctica: [input field] Q
- Motivo de emisión: Seleccione
- Estado de práctica: Seleccione

Below this section is the 'BUSQUEDA DE BENEFICIARIO' section, which includes radio buttons for 'Apellido y Nombre', 'Documento', and 'Nro. Beneficio', and a search input field labeled 'Ingrese el Apellido / Nombre'. At the bottom, there are buttons for 'Buscar', 'Limpiar', and 'Exportar', and a pagination area showing 'Página 1' and 'Ir a página: 1 Ir'.

Luego de seleccionar los criterios de búsqueda, deberá hacer clic en el botón **Buscar**.



This screenshot is similar to the previous one, but the 'BUSCAR' button in the bottom left corner is highlighted with a red box. The 'BUSQUEDA GENERAL' section is also highlighted with a red box. The 'Estado' dropdown is now set to 'PENDIENTE DE CARGA DE C'.

Sistema de Autorización y Validación de Prestaciones

Programa de Atención de las Personas con Hipoacusia.



El sistema traerá todas las órdenes de prestación que coincidan con el criterio de búsqueda ingresado.

LISTADO DE ÓRDENES DE PRESTACIÓN

BUSQUEDA GENERAL

Estado: PENDIENTE DE CARGA DE [v]
Fecha Solicitud: Desde [v] Hasta [v]
Fecha de autorización: Desde [v] Hasta [v]
Práctica: [v] Q
Motivo de emisión: Seleccione [v]
Estado de práctica: Seleccione [v]

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

Nro. de OP: [v]
☒ Apellido y Nombre: ☐ Documento ☐ Nro. Beneficio
Ingrese el Apellido / Nombre [v] Q

Buscar Limpiar Exportar

Página 1 de 1 Ir a página: 1 Ir
Reg. por página: 12 Mostrar

UGL	NRO. OP	MOTIVO DE EMISION	F. SOLICITUD	NRO. BENEFICIO-GP	APELLIDO Y NOMBRE	SOLICITANTE	PRESTADOR	ESTADO	ACCIONES
06 - CAPITAL FEDERAL	9919742183	PROGRAMA DE ATENCION ODONTOLOGICA INTEGRAL	31/10/2022	155929143607 - 02	QUALITO DANTE LEONEL	PRESTADOR	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	PENDIENTE DE CARGA DE DOCUMENTACION	[v] [x]
06 - CAPITAL FEDERAL	9919742180	PROGRAMA DE ATENCION ODONTOLOGICA INTEGRAL	28/10/2022	150495728408 - 00	BONAVOTA CESAR PABLO	PRESTADOR	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	PENDIENTE DE CARGA DE DOCUMENTACION	[v] [x]

Para visualizar las órdenes de prestación emitidas para una persona afiliada en particular, el sistema le permitirá buscar por los siguientes criterios: **Nombre y Apellido, Nro. De Afiliación o Documento**. Una vez ingresado el criterio de búsqueda, haga clic en el botón **Buscar**.

LISTADO DE ÓRDENES DE PRESTACIÓN

BUSQUEDA GENERAL

Estado: Seleccione [v]
Fecha Solicitud: Desde [v] Hasta [v]
Fecha de autorización: Desde [v] Hasta [v]
Práctica: [v] Q
Motivo de emisión: Seleccione [v]
Estado de práctica: Seleccione [v]

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

Nro. de OP: [v]
☐ Apellido y Nombre: ☐ Documento ☒ Nro. Beneficio
QUALITO DANTE LEONEL - 42647968 - 155929143607 / 02 - UGL 06 Q

Buscar Limpiar Exportar

Sistema de Autorización y Validación de Prestaciones

Programa de Atención de las Personas con Hipoacusia.



En caso de realizar la búsqueda por **N° de Orden de Prestación**, deberá indicarlo en el siguiente campo y hacer clic en el botón **Buscar**.

LISTADO DE ÓRDENES DE PRESTACIÓN

BUSQUEDA GENERAL

Estado: Seleccione
Fecha Solicitud: Desde Hasta
Fecha de autorización: Desde Hasta
Práctica:
Motivo de emisión: Seleccione
Estado de práctica: Seleccione

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

Nro. de OP: 9916742189
Nro. OP: 9916742189
Documento Nro. Beneficio
Ingresar el Apellido / Nombre
Buscar Limpiar Exportar

Desde la columna estado, podrá visualizar el estado de la OP.

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

Nro. de OP: 9916742229
Apellido y Nombre: Documento Nro. Beneficio
Ingresar el Apellido / Nombre
Buscar Limpiar Exportar

Página 1 de 1

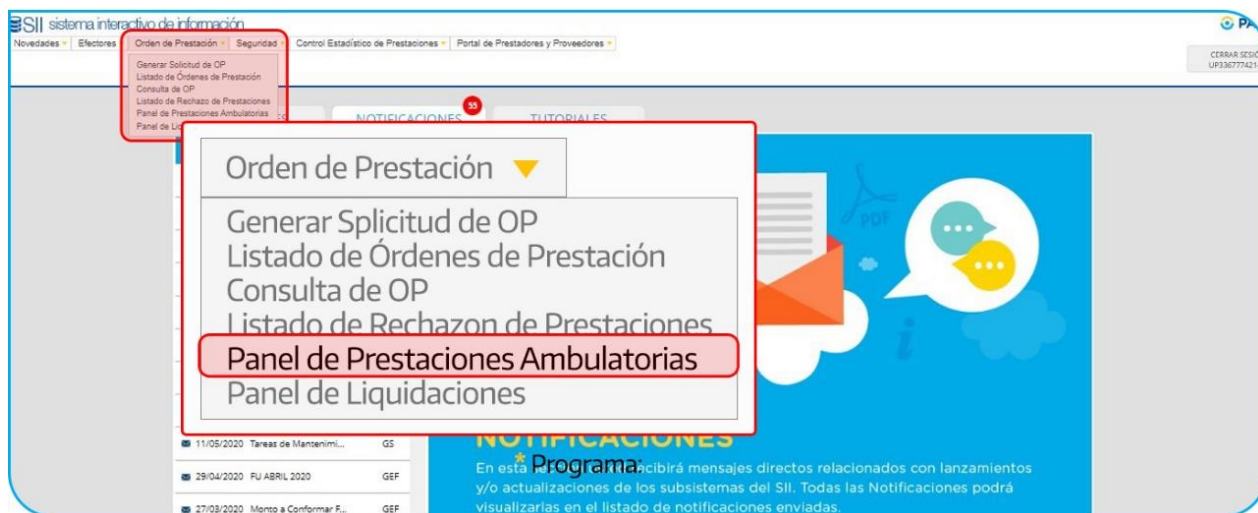
UOI	NRO. OP	MOTIVO DE EMISION	F. SOLICITUD	NRO. BENEFICIO-GP	APELLIDO Y NOMBRE	SOLICITANTE	PRESTADOR	ESTADO	ACCIONES
20 - LA PAMPA	9916742229	PROGRAMA DE ATENCION DE PERSONA HIPOACUSICA	13/01/2023	150485728408 - 00	BONAIVOTA CESAR PABLO	PRESTADOR	INSTITUTO POLYMEDIC S.R.L.	GENERADA	

A partir de ese momento, podrá realizar la prestación y una vez realizada, deberá ingresar al menú **PANEL DE PRESTACIONES AMBULATORIAS** para registrar la fecha de realización de la práctica y realizar la transmisión de la información al INSSJP.

PANEL DE PRESTACIONES AMBULATORIAS

En el **Panel de Prestaciones Ambulatorias**, podrá visualizar todas las prestaciones autorizadas y a partir de ello, podrá informar las prestaciones realizadas, que luego serán procesadas y validadas por el INSSJP para conformar finalmente el monto a facturar.

Para acceder a dicho listado, deberá hacer clic en el menú **Orden de Prestación**, opción **Panel de Prestaciones Ambulatorias**.



En la siguiente pantalla podrá realizar una **Búsqueda General**, o bien, una **Búsqueda Específica** por los Datos de la persona afiliada o Número de OP.

The image shows the 'LISTADO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS' search interface. It features two main search sections: 'BUSQUEDA GENERAL' and 'BUSQUEDA DE BENEFICIARIO'. The 'BUSQUEDA GENERAL' section includes fields for 'Transmitido', 'Con fecha', 'Práctica', 'Prestador' (with radio buttons for 'Razón Social', 'CUIT-CUIL', and 'Sap'), 'F. de Práctica', 'Boca de atención', and 'Selección'. The 'BUSQUEDA DE BENEFICIARIO' section includes fields for 'Nro. de OP', 'Apellido y Nombre', 'Documento', and 'Nro. Beneficio'. Below these sections are buttons for 'Buscar', 'Limpiar', 'Exportar', and 'Transmisión Masiva'. At the bottom, there is a table header with columns: 'APELLIDO Y NOMBRE', 'PRESTADOR AUTORIZADO', 'DATE', 'F. PRACTICA', 'N. OP', 'DIAGNOSTICO', 'PRACTICA', 'CANTIDAD', 'TRANSMITIDO', and 'ACCIONES'. The page number 'Página 1' and pagination controls are also visible.

Sistema de Autorización y Validación de Prestaciones

Programa de Atención de las Personas con Hipoacusia.



Podrá realizar la búsqueda por **Nombre y Apellido, Número de Persona afiliada o DNI**. Una vez que se haya seleccionado a la persona afiliada, haga clic en **Buscar**.

LISTADO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS

BUSQUEDA GENERAL

Transmitido: Seleccione Práctica: F. de Práctica: Desde Hasta

Con fecha: Seleccione Prestador: Razón Social: CUIT-CUIL: Sap:

FUNDACION CIENCIA Y SALUD Boca de atención: Seleccione

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

Nro. de OP:

☐ Apellido y Nombre: ☐ Documento ☒ Nro. Beneficio

QUALLITO DANTE LEONEL - 42647968 - 155929143607/02 - UGL 06

Página 1

Ir a página: 1
Reg. por página: 12

APELLIDO Y NOMBRE	PRESTADOR AUTORIZADO	BATE	F. PRACTICA	N. OP	DIAGNOSTICO	PRACTICA	CANTIDAD	TRANSMITIDO	ACCIONES
No se encontraron resultados									

El sistema arrojará el listado de prestaciones ambulatorias autorizadas para la persona afiliada en cuestión.

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

Nro. de OP:

☐ Apellido y Nombre: ☐ Documento ☒ Nro. Beneficio

QUALLITO DANTE LEONEL - 42647968 - 155929143607/02 - UGL 06

Página 1 de 1

Ir a página: 1
Reg. por página: 12

APELLIDO Y NOMBRE	PRESTADOR AUTORIZADO	BATE	F. PRACTICA	N. OP	DIAGNOSTICO	PRACTICA	CANTIDAD	TRANSMITIDO	ACCIONES
QUALLITO DANTE LEONEL	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	-	9916742189	CARIES DENTAL	513001 - CONSULTA ODONTOLOGICA CON ESPECIALISTA (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	1	NO	Imprimir Eliminar
QUALLITO DANTE LEONEL	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	-	9916742188	CARIES DENTAL	518001 - CONSULTA ODONTOLOGICA EN DOMICILIO (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	1	NO	Imprimir Eliminar

REGISTRAR PRESTACIÓN

En cada prestación realizada deberá registrar, por un lado, la **fecha** y **hora** de la práctica realizada y, de manera opcional, el nombre del profesional actuante. Para ello, haga clic en el icono del calendario .

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

Nro. de OP: ☐ Apellido y Nombre: ☐ Documento ☒ Nro. Beneficio

Página 1 de 1

Ir a página: Ir

Reg. por página: Mostrar

APELLIDO Y NOMBRE	PRESTADOR AUTORIZADO	EAT	FECHA	N. OP	DIAGNOSTICO	PRACTICA	CANTIDAD	TRANSMITIDO	ACCIONES
QUALLITO DANTE LEONEL	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL		9916742159	CARIES DENTAL	513001 - CONSULTA ODONTOLÓGICA CON ESPECIALISTA (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	1	NO	 
QUALLITO DANTE LEONEL	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL		9916742168	CARIES DENTAL	516001 - CONSULTA ODONTOLÓGICA EN DOMICILIO (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	1	NO	 

Complete la **fecha** y **hora** de realización de la práctica y opcionalmente, el profesional actuante.

INGRESAR FECHA Y HORA DE PRÁCTICA

* Fecha:  * Hora:

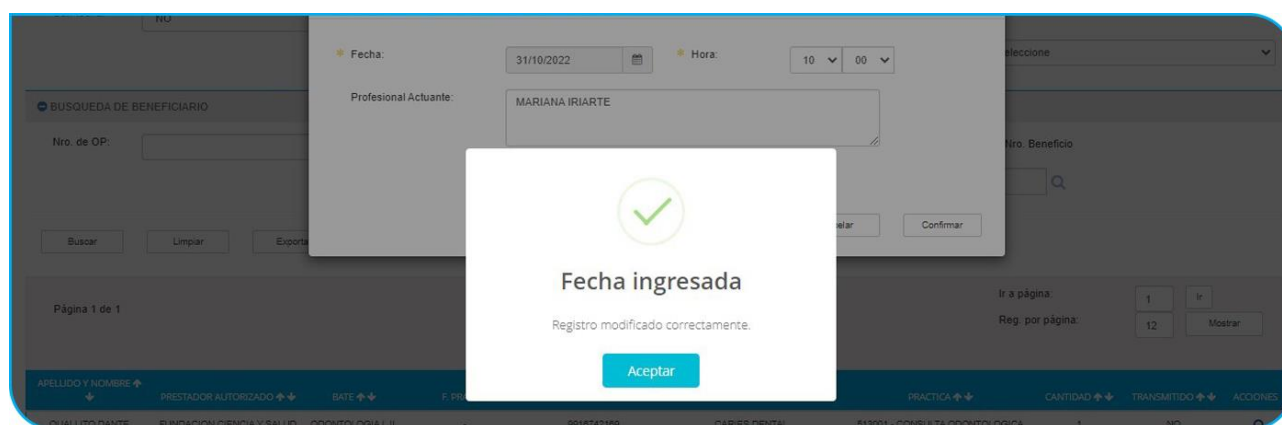
Profesional Actuante:

 Haga click aquí para deslizar la credencial

Por último, haga clic en **Confirmar**.



El sistema le indicará que la fecha de la práctica se ha registrado correctamente.



En el **Panel de Prestaciones Ambulatorias** podrá observar la fecha de prestación registrada.

Sistema de Autorización y Validación de Prestaciones

Programa de Atención de las Personas con Hipoacusia.

LISTADO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS

BUSQUEDA GENERAL

Transmitido: Práctica: F. de Práctica: Desde Hasta

Con fecha: Prestador: ☒ Razón Social: ☐ CUIT-CUIL: ☐ Sap:

Boca de atención:

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

Nro. de OP: ☒Apellido y Nombre: ☐Documento ☐Nro. Beneficio

Página 1 de 1

Ir a página: Ir

Reg. por página:

APELLIDO Y NOMBRE	PRESTADOR AUTORIZADO	BATE	F. PRACTICA	N. OP	DIAGNOSTICO	PRACTICA	CANTIDAD	TRANSMITIDO	ACCIONES
QUALLITO DANTE LEONEL	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	31/10/2022 - 10:00	9916742188	CARIES DENTAL	518001 - CONSULTA ODONTOLOGICA EN DOMICILIO (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	1	NO	

ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN

Una vez incorporada la fecha de realización de la práctica, tendrá la posibilidad de adjuntar documentación relacionada a la práctica realizada. Es importante destacar que algunas prácticas requerirán el envío de documentación de manera obligatoria.

LISTADO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS

BUSQUEDA GENERAL

Transmitido: Práctica: F. de Práctica: Desde Hasta

Con fecha: Prestador: ☒ Razón Social: ☐ CUIT-CUIL: ☐ Sap:

Boca de atención:

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

Nro. de OP: ☒Apellido y Nombre: ☐Documento ☐Nro. Beneficio

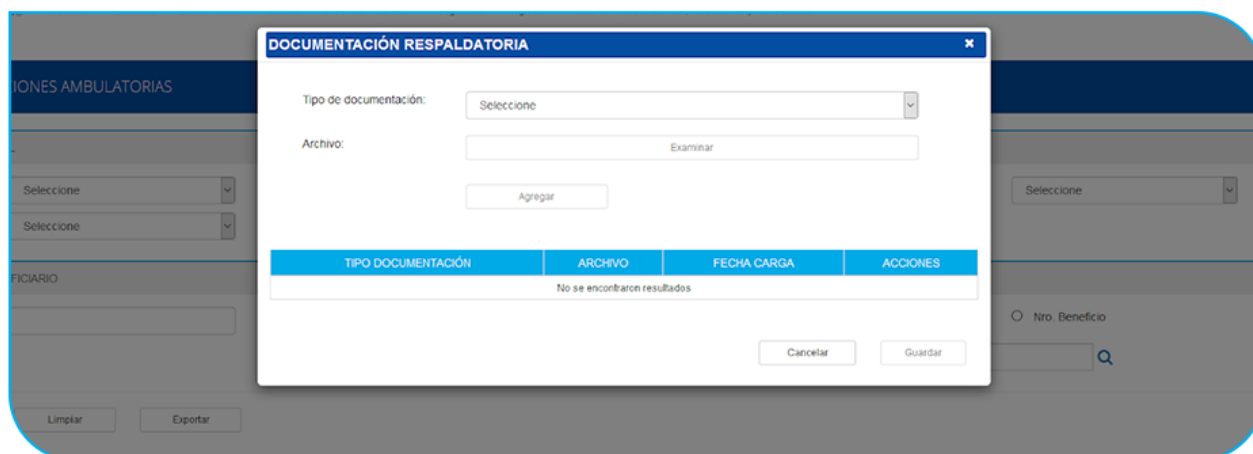
Página 1 de 1

Ir a página: Ir

Reg. por página:

APELLIDO Y NOMBRE	PRESTADOR AUTORIZADO	BATE	F. PRACTICA	N. OP	DIAGNOSTICO	PRACTICA	CANTIDAD	TRANSMITIDO	ACCIONES
QUALLITO DANTE LEONEL	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	31/10/2022 - 10:00	9916742188	CARIES DENTAL	518001 - CONSULTA ODONTOLOGICA EN DOMICILIO (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	1	NO	

El sistema abrirá la siguiente pantalla



En la siguiente ventana emergente deberá indicar el **Tipo de documentación** que subirá al sistema, y a continuación hacer clic en **Examinar** para buscar el documento en su computadora, previamente digitalizado.



Una vez seleccionada la documentación podrá visualizarla, o bien cancelarla.

DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

Tipo de documentación:

H.C. CERTIFICADO MEDICO DE IMPOSIBILIDAD DE DEAMBULAR

Archivo:

Ver

Cancelar

Ver

Cancelar

Agregar

TIPO DOCUMENTACIÓN	ARCHIVO	FECHA CARGA	ACCIONES
No se encontraron resultados			

Cancelar

Guardar

Una vez que haya confirmado que la información subida es correcta, haga clic en **Agregar**.

DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

Tipo de documentación:

H.C. CERTIFICADO MEDICO DE IMPOSIBILIDAD DE DEAMBULAR

Archivo:

Ver

Cancelar

Agregar

Agregar

TIPO DOCUMENTACIÓN	ARCHIVO	FECHA CARGA	ACCIONES
No se encontraron resultados			

Cancelar

Guardar

IMPORTANTE: Deberá realizar estos pasos tantas veces como documentos deba subir.

Sistema de Autorización y Validación de Prestaciones

Programa de Atención de las Personas con Hipoacusia.

Una vez que haya adjuntado la documentación solicitada, haga clic en el botón **Guardar**.

DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

Tipo de documentación: Seleccione

Archivo: Examinar

Agregar

TIPO DOCUMENTACIÓN	ARCHIVO	FECHA CARGA	ACCIONES
H.C. CERTIFICADO MEDICO DE IMPOSIBILIDAD DE DEAMBULAR	Documento.jpg	21/10/2022	

GuardarCancelarGuardar

ELIMINAR PRÁCTICA

En caso que la práctica autorizada o informada no corresponda, se podrá eliminar del panel a través del siguiente icono **x**.

LISTADO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS

BUSQUEDA GENERAL

Transmitido: SI Práctica: F. de Práctica: Desde Hasta
Con fecha: SI Prestador: Razón Social: CUIT-CUIL: Sap:
FUNDACION CIENCIA Y SALUD Boca de atención: Seleccione

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

Nro. de OP: 9916742166 Apellido y Nombre: Documento Nro. Beneficio
Ingrese el Apellido / Nombre

Buscar Limpiar Exportar Transmisión Masiva

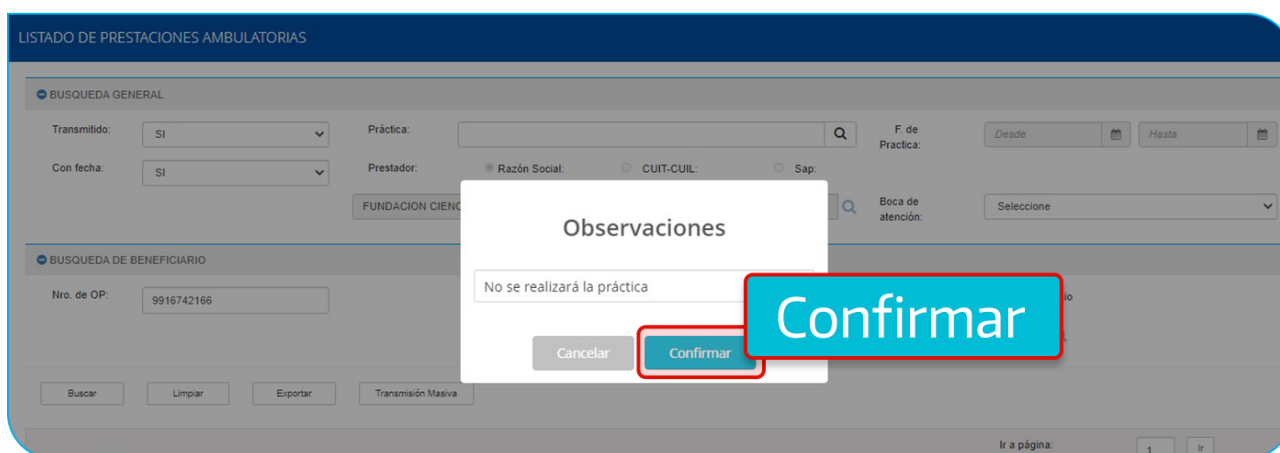
Página 1 de 1

APELLIDO Y NOMBRE	PRESTADOR AUTORIZADO	BATE	F. PRACTICA	N. OP	DIAGNOSTICO	PRACTICA	CANTIDAD	TRANSMITIDO	ACCIONES
BONAVOTA CESAR PABLO	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	28/10/2022 - 12:00	9916742166	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES	513005 - REIMPLANTE DENTARIO	1	SI	 

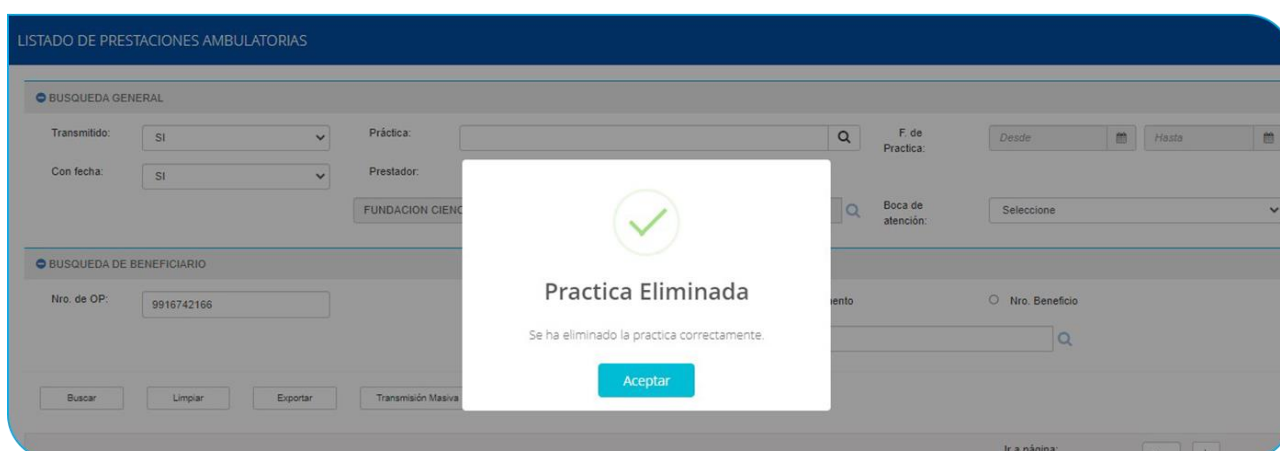
El sistema le solicitará que confirme la acción realizada.



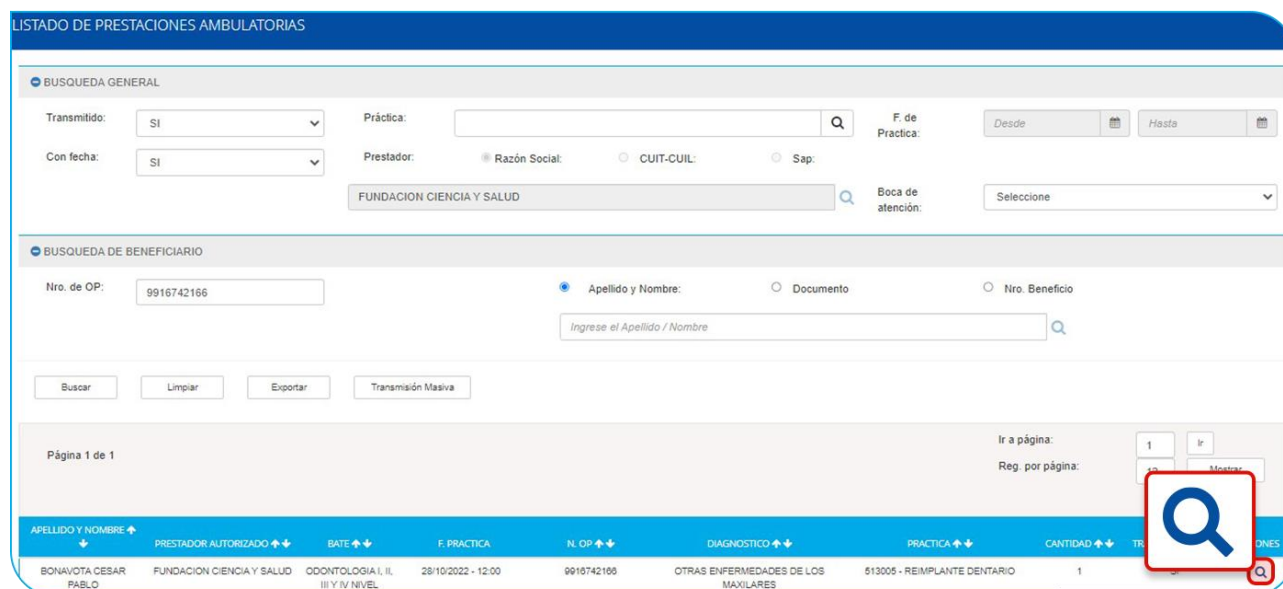
A continuación, deberá indicar un motivo por el cual desea eliminar la práctica. Para finalizar, haga clic en **Confirmar**.



La práctica será eliminada del **Panel de Prestaciones Ambulatorias**.



Posicionando el mouse sobre la lupa, podrá visualizar el motivo por el cual ha sido eliminada la práctica.



LISTADO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS

BUSQUEDA GENERAL

Transmitido: SI
Con fecha: SI
Práctica: []
F. de Práctica: Desde [] Hasta []
Prestador: Razón Social: CUIT-CUIL: Sap: []
Boca de atención: Seleccione

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

Nro. de OP: 9916742166
Apellido y Nombre: Documento Nro. Beneficio
Ingrese el Apellido / Nombre []

Buscar Limpiar Exportar Transmisión Masiva

Página 1 de 1

Ir a página: 1
Reg. por página: 10

APELLIDO Y NOMBRE	PRESTADOR AUTORIZADO	BATE	F. PRACTICA	N. OP	DIAGNOSTICO	PRACTICA	CANTIDAD	TR	ACCIONES
BONAVOTA CESAR PABLO	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	28/10/2022 - 12:00	9916742166	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES	513005 - REIMPLANTE DENTARIO	1		

TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN

Una vez registrada la fecha de realización y adjuntado la documentación requerida, podrá realizar la transmisión de información al INSSJP.

Para ello, tendrá la posibilidad de hacerlo por prestación o de manera masiva.

Recuerde que:

- La transmisión de información de las prestaciones realizadas constituye carácter de declaración jurada, con lo cual es fundamental que verifique que la información consignada sea correcta antes de transmitir la información al INSSJP.
- Debe transmitir la información de las prestaciones realizadas en tiempo real. A medida que realiza las atenciones puede transmitir las desde el Panel de Prestaciones Ambulatorias.

TRANSMISION DE INFORMACIÓN POR PRESTACIÓN

Para realizar la transmisión de la información por prestación, deberá hacer clic en el ícono



LISTADO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS

BUSQUEDA GENERAL

Transmitido: Práctica: F. de Práctica: Desde Hasta

Con fecha: Prestador: ☐ Razón Social: ☐ CUIT-CUIL: ☐ Sap: Boca de atención:

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

Nro. de OP: ☒ Apellido y Nombre: ☐ Documento: ☐ Nro. Beneficio:

Buscar Limpiar Exportar Transmisión Masiva

Página 1 de 1 Ir a página: 1 Ir Reg. por página: 12 Mostrar

APELLIDO Y NOMBRE	PRESTADOR AUTORIZADO	BATE	F. PRACTICA	N. OP	DIAGNOSTICO	PRACTICA	CANTIDAD	TR	ACCIONES
QUALLITO DANTE LEONEL	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	31/10/2022 - 10:00	9919742188	CARIES DENTAL	518001 - CONSULTA ODONTOLOGICA EN DOMICILIO (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	1		

Confirme la trasmisión de la información de la prestación en cuestión.

LISTADO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS

BUSQUEDA GENERAL

Transmitido: Práctica: F. de Práctica: Desde Hasta

Con fecha: Prestador: ☐ Razón Social: ☐ CUIT-CUIL: ☐ Sap: Boca de atención:

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

Nro. de OP: ☒ Apellido y Nombre: ☐ Documento: ☐ Nro. Beneficio:

Buscar Limpiar Exportar Transmisión Masiva

Página 1 de 1 Ir a página: 1 Ir Reg. por página: 12 Mostrar

Transmitir información

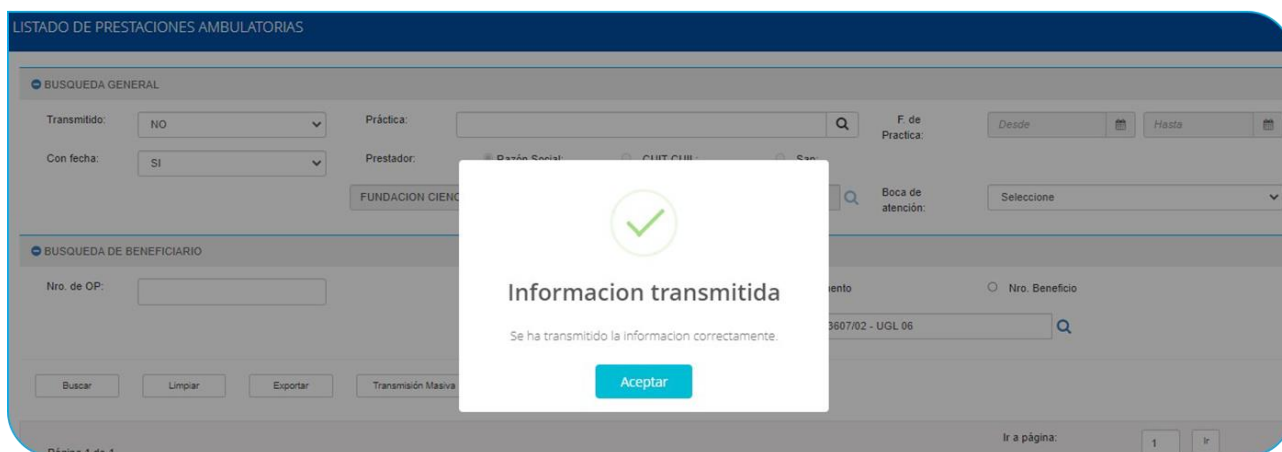
Está seguro que desea transmitir la información?
Una vez transmitida la información no podrá ser modificada.

Cancelar **Confirmar**

Sistema de Autorización y Validación de Prestaciones

Programa de Atención de las Personas con Hipoacusia.

A continuación, el sistema le informará que se ha transmitido la información correctamente



Asimismo, podrá verificar que la información ha sido transmitida correctamente.

APELLIDO Y NOMBRE	PRESTADOR AUTORIZADO	BATE	F. PRACTICA	N. OP	DIAGNOSTICO	PRACTICA	CANTIDAD	TRANSMITIDO	ACCIONES
IRIARTE IRURETA ASTUR DANTE	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	28/10/2022 - 08:00	9916742136	CARIES DENTAL	511001 - TRATAMIENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR	1	SI	 
QUALLITO DANTE LEONEL	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	25/10/2022 - 10:00	9916742153	CARIES DENTAL	513001 - CONSULTA ODONTOLOGICA CON ESPECIALISTA (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	1	SI	 
KAPLAN ROBERTO	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	27/10/2022 - 09:00	9916742125	CARIES DENTAL	510029 - ADICIONAL PACIENTE ALTO RIESGO EN PRACTICAS GENERALES (POR SESION O CONSULTA)	1	SI	 
QUALLITO DANTE LEONEL	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	24/10/2022 - 10:00	9916742145	CARIES DENTAL	513001 - CONSULTA ODONTOLOGICA CON ESPECIALISTA (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	1	SI	 
BONAVOTA CESAR PABLO	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	25/10/2022 - 10:00	9916742165	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES	513005 - REIMPLANTE DENTARIO	1	SI	 
QUALLITO DANTE LEONEL	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	24/10/2022 - 10:00	9916742146	CARIES DENTAL	516001 - CONSULTA ODONTOLOGICA EN DOMICILIO (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	1	SI	 
QUALLITO DANTE LEONEL	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	31/10/2022 - 10:00	9916742168	CARIES DENTAL	516001 - CONSULTA ODONTOLOGICA EN DOMICILIO (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	1	SI	 
BONAVOTA CESAR PABLO	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	25/10/2022 - 14:00	9916742155	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES	516009 - EXTRACCION SIMPLE EN DOMICILIO	1	SI	 
BALAZZO DOMINGA	FUNDACION CIENCIA Y SALUD	ODONTOLOGIA I, II, III Y IV NIVEL	01/10/2022 - 00:02	9916742141	ABORTADORA HABITUAL	511002 - TRATAMIENTO ENDODONTICO	1	SI	

TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN MASIVA

En el caso de querer realizar la transmisión de prestaciones de forma masiva, podrá utilizar los siguientes filtros de Búsqueda General:

- **Fecha de práctica (desde/hasta).**
- **Transmitido: NO**
- **Con fecha: SI**

Sistema de Autorización y Validación de Prestaciones

Programa de Atención de las Personas con Hipoacusia.

LISTADO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS

BUSQUEDA GENERAL

Transmitido: Práctica: F. de Práctica:

Con fecha: Prestador: ☐ Razón Social: ☐ CUIT-CUIL: ☐ Sap: Boca de atención:

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

Nro. de OP: ☒ Apellido y Nombre: ☐ Documento ☐ Nro. Beneficio

Página 1 Ir a página: Ir

IMPORTANTE: Para realizar la transmisión de forma masiva, las prácticas deberán contener **fecha de realización y tener adjunta la documentación requerida**.

Una vez realizada la búsqueda de las prestaciones que se encuentran en condiciones de transmitir, deberá hacer clic en el botón **Transmisión Masiva**.

LISTADO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS

BUSQUEDA GENERAL

Transmitido: Práctica: F. de Práctica:

Con fecha: Prestador: ☐ Razón Social: ☐ CUIT-CUIL: ☐ Sap: Boca de atención:

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

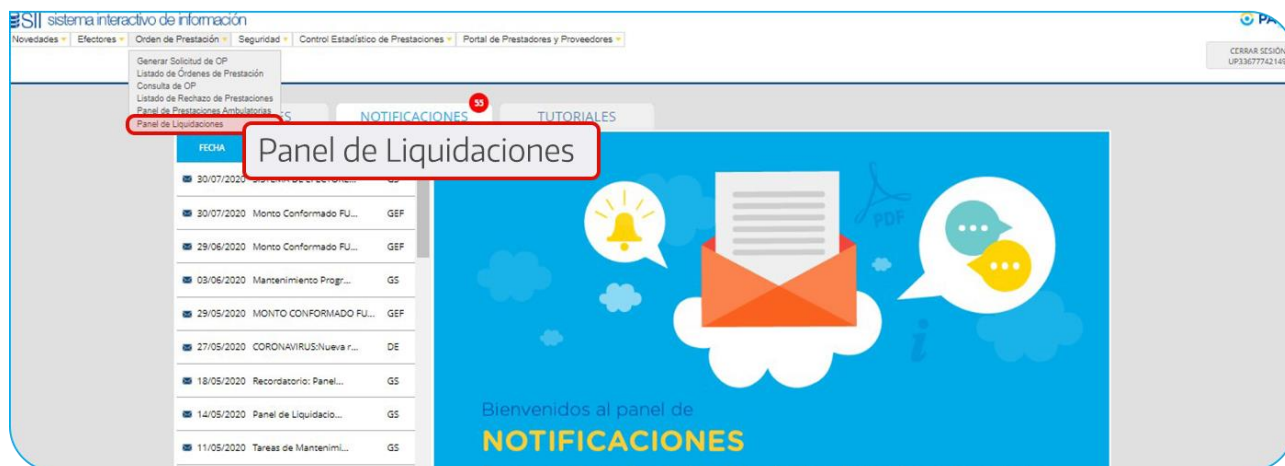
Nro. de OP: ☒ Apellido y Nombre: ☐ Documento ☐ Nro. Beneficio

Página 1 de 1 Ir a página: Ir

PANEL DE LIQUIDACIONES

En el **Panel de Liquidaciones** podrá consultar el estado de la información prestacional transmitida para los diferentes períodos prestacionales, y cuando corresponda, completar la documentación adicional requerida por la instancia de auditoría.

Para acceder, ingrese dentro del menú **Orden de Prestación**, a la opción **Panel de Liquidaciones**.



En la siguiente pantalla podrá realizar una búsqueda general por **Estado**, **Período de Facturación**, o **Período Prestacional**.

Seleccione el filtro de búsqueda deseado y haga clic en **Buscar**.

PANEL DE LIQUIDACIONES

BUSQUEDA GENERAL

Período Facturación: 202210 Estado: Seleccione

Período Prestacional: Seleccione

Concepto: Seleccione

Prestador: Razón Social: CUIT-CUIL: Sap: FUNDACION CIENCIA Y SALUD

Buscar Limpiar Exportar

BUSCAR

Ir a página: 1 Ir

Reg. por 12 página: Mostrar

LIQUIDACION PERIODO FACTURACION PRESTADOR ESTADO MONTO DETALLE

Para poder visualizar los registros debe aplicar algún criterio de búsqueda

IMPORTANTE: En caso de presionar el botón **Buscar**, sin aplicar ningún filtro de búsqueda, visualizará todos los períodos de facturación correspondiente a la información prestacional transmitida.

Sistema de Autorización y Validación de Prestaciones

Programa de Atención de las Personas con Hipoacusia.



Para acceder al estado de las prestaciones transmitidos en un período de facturación presione sobre el botón **Detalle**.

PANEL DE LIQUIDACIONES

BUSQUEDA GENERAL

Período Facturación: 202210 Estado: Seleccione

Período Prestacional: Seleccione

Concepto: Seleccione

Prestador: ☒ Razón Social: ☐ CUIT-CUIL: ☐ Sap: FUNDACION CIENCIA Y SALUD

Buscar Limpiar Exportar

Página 1 de 1

Ir a página: Reg. por página:

LIQUIDACION	PERIODO FACTURACION	PRESTADOR	ESTADO	MONTO
46502	202210	78819 - FUNDACION CIENCIA Y SALUD	PENDIENTE DE AUDITORIA	\$ 0

A continuación, podrá visualizar el listado de prestaciones transmitidas para el período seleccionado. Podrá utilizar los filtros de búsqueda para buscar una prestación específica o por defecto visualizará todas las prestaciones transmitidas para el periodo de facturación seleccionado previamente.

LISTADO DE PRESTACIONES INFORMADAS - FUNDACION CIENCIA Y SALUD

BUSQUEDA GENERAL

Tipo de Prestación: Seleccione

Practica Informada:

Prestador Autorizado: FUNDACION CIENCIA Y SALUD

Estado: Seleccione

Cruce: Seleccione

Refacturado: Seleccione

BUSQUEDA DE BENEFICIARIO

Nro. de OP:

☒ Apellido y Nombre: ☐ Documento: ☐ Nro. Beneficio

Ingrese el Apellido / Nombre

Buscar Limpiar Exportar

Volver

El sistema mostrará el listado de prestaciones transmitidas para el período de facturación seleccionado, donde podrá ver: **persona afiliada, práctica informada, tipo de prestación, número de orden de prestación (OP), cantidad informada, fecha de realización de la práctica y estado de auditoría.**

AFILIADO ↕	PRÁCTICA ↕	TIPO PRESTACIÓN	OP ↕	CANTIDAD INFORMADA	FECHA PRÁCTICA	DOCUMENTACIÓN	ESTADO
QUALLITO DANTE LEONEL (155929143807 02)	513001 - CONSULTA ODONTOLÓGICA CON ESPECIALISTA (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	AMBULATORIO	9916742145	1	24/10/2022		
QUALLITO DANTE LEONEL (155929143807 02)	516001 - CONSULTA ODONTOLÓGICA EN DOMICILIO (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	AMBULATORIO	9916742146	1	24/10/2022		NO VALIDADO 
QUALLITO DANTE LEONEL (155929143807 02)	513001 - CONSULTA ODONTOLÓGICA CON ESPECIALISTA (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	AMBULATORIO	9916742153	1	25/10/2022		
QUALLITO DANTE LEONEL (155929143807 02)	513002 - CONSULTA ULTERIOR CON ESPECIALISTA LIGADA O NO A TRATAMIENTO (INCLUYE DERIVACIONES, MEDICACIÓN)	AMBULATORIO	9916742173	1	27/10/2022		
QUALLITO DANTE LEONEL (155929143807 02)	513001 - CONSULTA ODONTOLÓGICA CON ESPECIALISTA (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	AMBULATORIO	9916742150	1	24/10/2022		PENDIENTE DE CARGA DE DOCUMENTACIÓN 
IRIARTE IRIURETA ASTUR DANTE (150726997005 00)	511001 - TRATAMIENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR	AMBULATORIO	9916742136	1	26/10/2022		PENDIENTE DE CARGA DE DOCUMENTACIÓN 

ESTADOS DE UNA PRESTACIÓN

A medida que los auditores y auditoras del INSSJP auditan la información de las prácticas informadas, las prestaciones podrán adoptar distintos estados:

- **NO VALIDADO:** Una prestación adopta el estado **NO VALIDADO**, cuando de acuerdo al informe del auditor no se puede corroborar la efectiva realización de la prestación.
- **PENDIENTE DE CARGA DOCUMENTACIÓN:** Una prestación adopta el estado **PENDIENTE DE CARGA DOCUMENTACIÓN**, cuando el auditor o auditora requieren documentación respaldatoria para cumplimentar con la instancia de auditoría. En este caso, el prestador debe completar la documentación solicitada y la prestación pasará al estado **PENDIENTE DE AUDITORIA**.

IMPORTANTE: Cuando una prestación se encuentre **PENDIENTE DE AUDITORIA** o **VALIDADA** visualizará el campo estado vacío.

PENDIENTE DE CARGA DE DOCUMENTACIÓN

Cuando una prestación se encuentre en el estado **PENDIENTE DE CARGA DE DOCUMENTACIÓN**, deberá completar la documentación solicitada para poder cumplimentar con la instancia de auditoria.

Para visualizar las observaciones realizadas por el auditor o auditora, deberá posicionar el mouse sobre la .

AFILIADO	PRÁCTICA	TIPO PRESTACIÓN	OP	CANTIDAD INFORMADA	FECHA PRÁCTICA	DOCUMENTACIÓN	ESTADO
QUALLITO DANTE LEONEL (155929143807 02)	513001 - CONSULTA ODONTOLÓGICA CON ESPECIALISTA (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	AMBULATORIO	9916742145	1	24/10/2022		
QUALLITO DANTE LEONEL (155929143807 02)	516001 - CONSULTA ODONTOLÓGICA EN DOMICILIO (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	AMBULATORIO	9916742146	1	24/10/2022		NO VALIDADO 
QUALLITO DANTE LEONEL (155929143807 02)	513001 - CONSULTA ODONTOLÓGICA CON ESPECIALISTA (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	AMBULATORIO	9916742153	1	25/10/2022		
QUALLITO DANTE LEONEL (155929143807 02)	513002 - CONSULTA ULTERIOR CON ESPECIALISTA LIGADA O NO A TRATAMIENTO (INCLUYE DERIVACIONES, MEDICACION)	AMBULATORIO	9916742173	1	27/10/2022		
QUALLITO DANTE LEONEL (155929143807 02)	513001 - CONSULTA ODONTOLÓGICA CON ESPECIALISTA (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)						
IRIARTE IRURETA ASTUR DANTE (150728997005 00)	511001 - TRATAMIENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR						

PENDIENTE DE CARGA DE DOCUMENTACION



Se requiere adjuntar nuevamente la documentación, ya que es ilegible.

Para completar la documentación solicitada por el auditor, haga clic en el botón  de la columna **Documentación**.

AFILIADO	PRÁCTICA	TIPO PRESTACIÓN	OP	CANTIDAD INFORMADA	FECHA PRÁCTICA	DOCUMENTACIÓN	ESTADO
QUALLITO DANTE LEONEL (155929143807 02)	513001 - CONSULTA ODONTOLÓGICA CON ESPECIALISTA (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	AMBULATORIO	9916742145	1	24/10/2022		
QUALLITO DANTE LEONEL (155929143807 02)	516001 - CONSULTA ODONTOLÓGICA EN DOMICILIO (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	AMBULATORIO	9916742146	1	24/10/2022		NO VALIDADO 
QUALLITO DANTE LEONEL (155929143807 02)	513001 - CONSULTA ODONTOLÓGICA CON ESPECIALISTA (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	AMBULATORIO	9916742153	1	25/10/2022		
QUALLITO DANTE LEONEL (155929143807 02)	513002 - CONSULTA ULTERIOR CON ESPECIALISTA LIGADA O NO A TRATAMIENTO (INCLUYE DERIVACIONES, MEDICACION)	AMBULATORIO	9916742173	1	27/10/2022		
QUALLITO DANTE LEONEL (155929143807 02)	513001 - CONSULTA ODONTOLÓGICA CON ESPECIALISTA (INCLUYE FICHADO Y PRIMERA CONSULTA)	AMBULATORIO	9916742150	1	24/10/2022		PENDIENTE DE CARGA DE DOCUMENTACION 
IRIARTE IRURETA ASTUR DANTE (150728997005 00)	511001 - TRATAMIENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR	AMBULATORIO	9916742136	1	26/10/2022		PENDIENTE DE CARGA DE DOCUMENTACION 

El sistema lo remitirá a la ventana de **Documentación respaldatoria**. Complete la documentación requerida. Para ello, seleccione el **Tipo de Documento**, adjunte el documentado previamente digitalizado y por último, haga clic en **Agregar**.

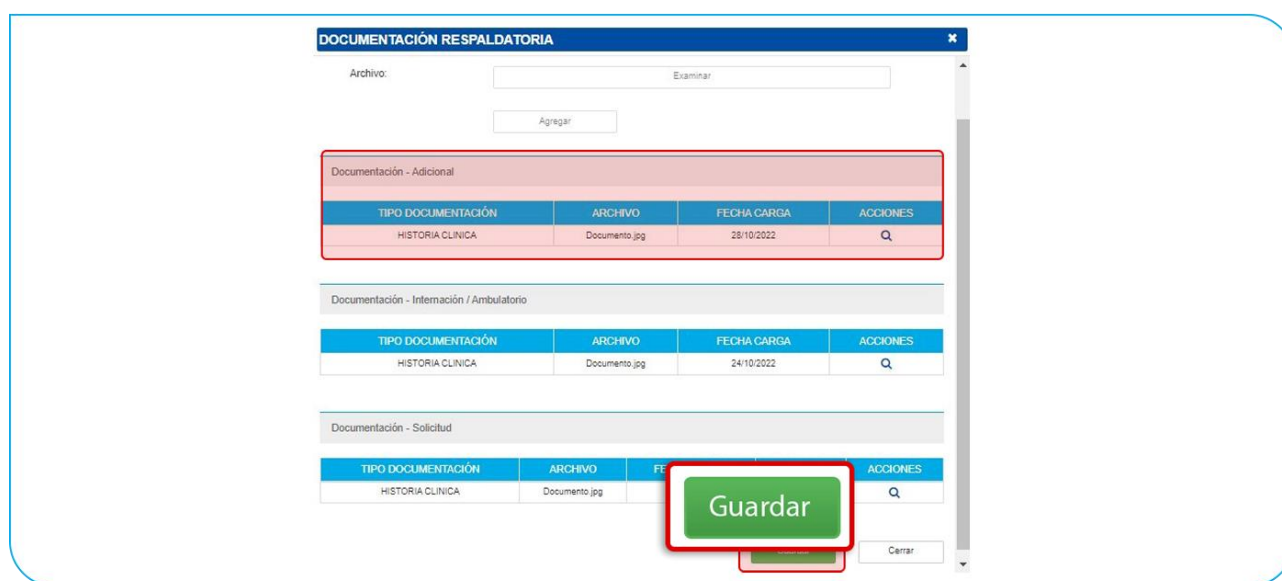


TIPO DOCUMENTACIÓN	ARCHIVO	FECHA CARGA	ACCIONES
HISTORIA CLINICA	Documento.jpg	24/10/2022	Q

TIPO DOCUMENTACIÓN	ARCHIVO	FECHA CARGA	NRO. OP	ACCIONES
HISTORIA CLINICA	Documento.jpg	24/10/2022	9916742150	Q

IMPORTANTE: Deberá realizar este procedimiento tantas veces como documentos hayan sido solicitados.

Una vez que haya adjuntado la documentación solicitada, haga clic en **Guardar**.



TIPO DOCUMENTACIÓN	ARCHIVO	FECHA CARGA	ACCIONES
HISTORIA CLINICA	Documento.jpg	28/10/2022	Q

TIPO DOCUMENTACIÓN	ARCHIVO	FECHA CARGA	ACCIONES
HISTORIA CLINICA	Documento.jpg	24/10/2022	Q

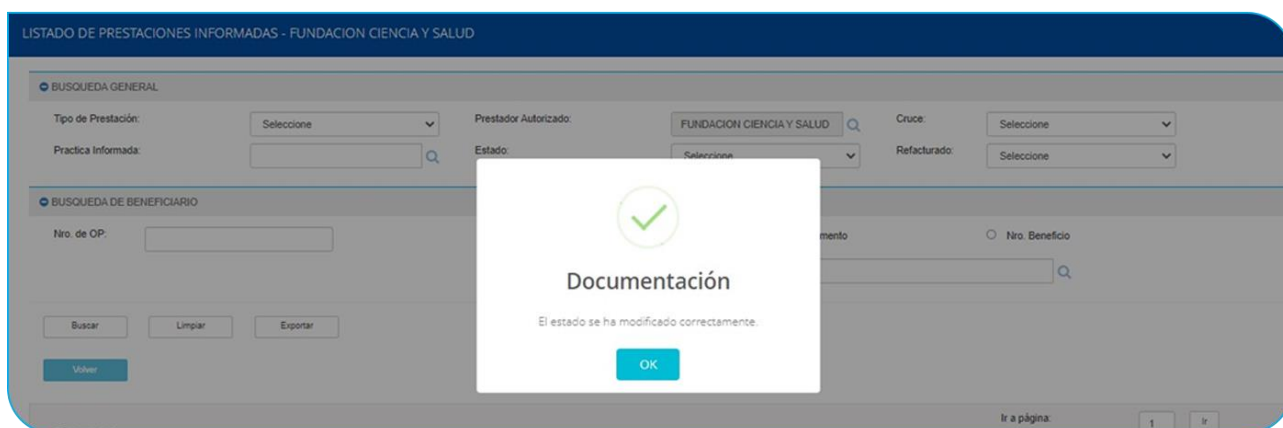
TIPO DOCUMENTACIÓN	ARCHIVO	FE	ACCIONES
HISTORIA CLINICA	Documento.jpg		Q

Guardar

Sistema de Autorización y Validación de Prestaciones

Programa de Atención de las Personas con Hipoacusia.

El sistema le informará que la documentación ha sido guardada correctamente y la prestación pasará al estado **PENDIENTE DE AUDITORIA** para que sea evaluada nuevamente por los auditores y auditoras del INSSJP.



Una vez auditada la información prestacional, el período de facturación tomará el estado **Pendiente de Facturación**, y visualizará el monto total a facturar. Presione sobre la flecha para visualizar el detalle de la facturación.

PANEL DE LIQUIDACIONES

BUSQUEDA GENERAL

Periodo Facturación:

Seleccione

Estado:

Seleccione

Periodo Prestacional:

Seleccione

Concepto:

Seleccione

Prestador:

Razón Social:

CUIT-CUIL:

Sap:

INSTITUTO POLYMEDIC S.R.L.

Buscar

Limpiar

Exportar

Página 1 de 5

Ir a página:

1

Ir

Reg. por página:

12

Mostrar

LIQUIDACION	PERIODO FACTURACION	PRESTADOR	ESTADO	MONTO	DETALLE
49180	202301	09500 - INSTITUTO POLYMEDIC S.R.L.	PENDIENTE DE AUDITORIA	\$ 0	
> 49038	202212	09500 - INSTITUTO POLYMEDIC S.R.L.	PENDIENTE DE FACTURACION	\$ 3158.14	
> 49093	202211	09500 - INSTITUTO POLYMEDIC S.R.L.	FINALIZADO	\$ 0	

A continuación visualizará los montos correspondientes a cada período prestacional informados e incluidos en dicho período de facturación.

LIQUIDACION	PERIODO FACTURACION	PRESTADOR	ESTADO	MONTO	DETALLE	FACTURA
49180	202301	09500 - INSTITUTO POLYMEDIC S.R.L.	PENDIENTE DE AUDITORIA	\$ 0		
> 49038	202212	09500 - INSTITUTO POLYMEDIC S.R.L.	PENDIENTE DE FACTURACION	\$ 3158.14		
PERIODO PRESTACIONAL	PRESTADOR	CONCEPTO	ESTADO	MONTO	DETALLE	FACTURA
202212	INSTITUTO POLYMEDIC S.R.L.	PROGRAMA DE ATENCION DE PERSONA HIPOACUSICA	PENDIENTE DE CARGA DE FACTURA	\$ 3158.14		

Una vez visualizado el importe del período, deberá realizar la carga de la factura. **Tenga en cuenta que se deberá emitir una factura por cada período que contenga una facturación mayor a cero.**

Para ello, presione sobre el siguiente icono  para cargar la factura.



PERIODO PRESTACIONAL	PRESTADOR	CONCEPTO	ESTADO	MONTO	DETALLE	ACCIONES
202212	INSTITUTO POLYMEDIC S.R.L.	PROGRAMA DE ATENCION DE PERSONA HIPOACUSICA	PENDIENTE DE CARGA DE FACTURA	\$ 3155.14		

Se abrirá la siguiente ventana emergente, donde deberá completar:

- CAE
- Tipo de Comprobante
- N° de Comprobante
- Fecha de Emisión

Luego deberá adjuntar la siguiente documentación:

- Archivo PDF
- Cabecera.txt
- Detalle.txt
- Ventas.txt

Una vez que haya completado todos los campos deberá hacer clic en **Guardar**.

El sistema le indicará que la factura ha sido cargada correctamente, y el estado cambiará de **Pendiente de Facturación** al estado **Pendiente de Validación AFIP**.

Repita el procedimiento para todos los períodos que se encuentren **Pendientes de Facturación**. Una vez que haya cargado la factura de todos los períodos prestacionales, el período de Facturación tomará el estado **Pendiente de Validación en AFIP**.

PERÍODO FACTURACIÓN	PRESTADOR	ESTADO	MONTO	DETALLE
201806	SANATORIO SISTEMAS	PENDIENTE DE VALIDACIÓN	0	Q
201805	SANATORIO SISTEMAS	PENDIENTE DE VALIDACIÓN EN AFIP	500	Q
201805	SANATORIO SISTEMAS	PENDIENTE DE VALIDACIÓN EN AFIP	200	Q
201804	SANATORIO SISTEMAS	PENDIENTE DE FACTURACIÓN	200	Q
201801	SANATORIO SISTEMAS	PENDIENTE DE FACTURACIÓN	100	Q

Una vez validada la factura por AFIP, el estado de la misma pasará de **Pendiente de Validación en AFIP**, a **Pendiente de Contabilización**.

Página 1 de 1

PERIODO FACTURACION	PRESTADOR	PENDIENTE DE CONTABILIZACIÓN	MONTO	DETALLE
> 201806	CLINICA MODELO	PENDIENTE DE CONTABILIZACIÓN	0	Q
> 201805	CLINICA MODELO	CONTABILIZADO	500	Q
> 201804	CLINICA MODELO	CONTABILIZADO	700	Q
> 201803	CLINICA MODELO	PENDIENTE DE FACTURACION	500	Q
> 201802	CLINICA MODELO	PENDIENTE DE VALIDACION	0	Q

IMPORTANTE: Si por algún motivo, la factura no puede validarse ante AFIP, la misma volverá al estado **Pendiente de Facturación**.

Una vez que la factura ingrese al proceso de contabilización, la misma podrá:

- Contabilizarse exitosamente, es decir, pasará al estado **Contabilizado**.

Página 1 de 1

PERIODO FACTURACION	PRESTADOR	CONTABILIZADO	MONTO	DETALLE
> 201806	CLINICA MODELO	CONTABILIZADO	0	Q
> 201805	CLINICA MODELO	CONTABILIZADO	500	Q
> 201804	CLINICA MODELO	CONTABILIZADO	700	Q
> 201803	CLINICA MODELO	PENDIENTE DE FACTURACION	500	Q
> 201802	CLINICA MODELO	PENDIENTE DE VALIDACION	0	Q

- Si la misma presenta algún tipo de error, la misma pasará al estado **Error en Contabilización**.

Página 1 de 1

PERIODO FACTURACION	PRESTADOR	ERROR DE CONTABILIZACIÓN	MONTO	DETALLE
> 201806	CLINICA MODELO	ERROR DE CONTABILIZACIÓN	0	Q
> 201805	CLINICA MODELO	CONTABILIZADO	500	Q
> 201804	CLINICA MODELO	CONTABILIZADO	700	Q
> 201803	CLINICA MODELO	PENDIENTE DE FACTURACION	500	Q
> 201802	CLINICA MODELO	PENDIENTE DE VALIDACION	0	Q