

# Atención Domiciliaria Integral-Empresas

---

MANUAL DE USUARIO PARA EMPRESAS

Ing. FERRARI, María Gabriela, Ing. SOLIZ, Andrea Fabiana  
INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL | D.S.I.E.



## INTERNACIÓN DOMICILIARIA

La Atención Domiciliaria Integral del IOMA está dirigida a aquellos afiliados que han sufrido una patología aguda, y habiendo superado dicho evento, requieren de un abordaje multidisciplinario para transitar en su domicilio el período subagudo de su enfermedad y/o aquellos pacientes que presentan una patología crónica.

### ADI para Empresas

El sistema intenta poder dar respuesta a los requerimientos de las empresas prestadoras de este servicio.

A través del mismo, podrán consultar por el estado de los todos sus trámites y saber si están cargados en el sistema, auditados, observados, rechazados o en condiciones de ser facturados.

Además, podrán adjuntar la documentación requerida por la auditoria del IOMA, para agilizar la misma.

Con la generación de la proforma por parte del IOMA, la empresa estará en condiciones de indicar que trámites va a facturar y con qué número de factura. Además deberán informar los débitos que deben realizar a un trámite.

El Sistema Integral de internación Domiciliaria constará de distintos módulos los cuales apuntan a tener una sólida base de datos, de la cual se puedan obtener todas las estadísticas que el instituto requiera a la hora de toma de decisiones.

Con este módulo dirigido a las empresas prestadoras de Internación Domiciliaria, se registrará todo lo relacionado con la facturación de dicha prestación.



## MANUAL DE USUARIO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL - EMPRESAS

### Contenido

INTERNACIÓN DOMICILIARIA .....	1
ADI para Empresas .....	1
Menú Principal.....	4
Trámites →Adjuntar Información.....	4
Proforma .....	8
Proforma →Débitos.....	8
Proforma →Seleccionar trámites .....	10
Proforma →Cargar Facturas.....	12
Proforma →Adjuntar Facturas .....	13
Proforma →Impresión .....	14
Consulta →Consultas Generales .....	15
Consulta →Histórico por Afiliado .....	16



Para acceder al sistema, deberá ingresarse a la página de Ioma <http://www.ioma.gba.gov.ar>

Acceso Prestadores >>Atención Domiciliaria Integral - Empresa

El usuario deberá loguearse, escribiendo nombre de usuario y contraseña, que ha recibido de parte del departamento Soporte Técnico.



Sistema de Atención Domiciliaria Integral - Empresas  
Introduzca su código personal para acceder

---

Nombre de usuario:  requerido  
Contraseña:  requerido

[Manual de Usuario >>](#)

[Requisitos para presentación de facturación>](#)

---

## Menú Principal

Este es el detalle del menú principal.



Sistema de Atención Domiciliaria Integral - Empresas

Trámites ▶ Proforma ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ Salir

## Trámites → Adjuntar Información

Este submenú sirve para que se adjunte la documentación necesaria para la auditoría central.



Sistema de Atención Domiciliaria Integral - Empresa

Trámites ▶ Proforma ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ Salir  
**Adjuntar Información**

Muchas veces se observan los trámites porque falta documentación, como planilla 1, 2 informe de estudios, epicrisis.

Estos archivos son requeridos a la región/delegación que tiene el trámite físico. Cuando escanean la documentación y adjuntan los documentos, los médicos de central, ya pueden auditar el trámite. Muchas veces la auditoría central requiere de documentación que no se ha adjuntado.

Se agregó esta opción a las empresas, para que, si lo desean, puedan adjuntar los documentos a los trámites que lo requieran y de esta forma agilizar la auditoría.

*Sistema Atención Domiciliaria Integral Empresas. Manual de Usuario-*

En esta pantalla se deberá ingresar el número de trámite.



## Sistema de Atención Domiciliaria Integral - Empresas

Trámites ▶ Proforma ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ Salir

### Adjuntar Documentación

N° de Trámite:

Si el trámite existe para la empresa, se muestra la información del mismo.

### Adjuntar Documentación

#### Datos del Afiliado

Apellido y Nombre:	<input type="text" value="SONNOLI FELISA"/>	Sexo:	<input type="radio"/> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer
Afiliado N°:	<input type="text" value="96016807220"/>	DNI:	<input type="text" value="1680722"/>
Fecha Nacimiento:	<input type="text" value="20/04/1935"/>	Edad:	<input type="text" value="83 años"/>
-----			
N° de Trámite:	<input type="text" value="08357100018118"/>		
Domicilio:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Localidad:	<input type="text" value="CAPITAL FEDERAL"/>		
Familiar/Contacto:	<input type="text"/>	Teléfono Contacto:	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text" value="carferchero@yahoo.com.ar"/>		
Médico de cabecera:	<input type="text"/>		
Matrícula Provincial:	<input type="text"/>	Matrícula Nacional:	<input type="text"/>
Diagnóstico:	<input type="text"/>		
Informe Médico:	<input type="text"/>		
Empresa Prestadora:	<input type="text"/>		

No hay documentos adjuntos para el trámite

Ningún archivo seleccionado

Descripción del archivo:



Los archivos que pueden adjuntarse pueden ser .jpg, .jpeg, .png, .pdf, .doc

Una vez elegido el archivo, en la caja de texto **descripción**, se deberá escribir un breve detalle del documento que se adjunta, por ejemplo EMP resumen de HC, EMP informe de radiografía, EMP planilla 1, EMP planilla 2. (Se agregó EMP delante de cada nombre de archivo, para que se pueda distinguir el archivo adjunto por la empresa, del adjunto por la región).

Al enviar, se ve la siguiente pantalla, pudiéndose eliminar si es que se ha adjuntado un documento que no corresponde, y también seguir agregando todos los documentos necesarios

Sistema de Atención Domiciliaria Integral - Empresa

Trámites ▶ Proforma ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ [Salir](#)

**Adjuntar Documentación**

**Datos del Afiliado**

Apellido y Nombre:	<input type="text" value="ARNALDO GABRIEL"/>	Sexo:	<input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
Afiliado Nº:	<input type="text" value="95176094430"/>	DNI:	<input type="text" value="1...J443"/>
Fecha Nacimiento:	<input type="text" value="17/04/1966"/>	Edad:	<input type="text" value="53 años"/>
		Partido:	<input type="text" value="ROJAS"/>
-----			
Nº de Trámite:	<input type="text" value="04686000224319"/>		
Domicilio:	<input type="text" value="B NEHUENCHE 2 21 0 0"/>	Teléfono:	<input type="text" value="247515404523"/>
Localidad:	<input type="text" value="ROJAS"/>		
Familiar/Contacto:	<input type="text"/>	Teléfono Contacto:	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text"/>		
Médico de cabecera:	<input type="text"/>		
Matrícula Provincial:	<input type="text"/>	Matrícula Nacional:	<input type="text"/>
Diagnóstico:	<input type="text"/>		
Informe Médico:	<input type="text"/>		
Empresa Prestadora:	<input type="text" value="MESEMA"/>		

Acción	Nombre	Descripción	Fecha
<a href="#">eliminar</a> <a href="#">descargar</a>	print.jpg	Emp planilla 1	22/05/2019

Ningún archivo seleccionado

Descripción del archivo:

## Proforma

En este menú, deberán indicar los trámites que van a facturar, y el número de factura de cada grupo afiliatorio y los débitos que se harán a cada trámite, en caso que corresponda. Deberán imprimir las planillas con el detalle de lo que va a facturarse



Sistema de Atención Domiciliaria Integral - Empresa



## Proforma → Débitos



Deberá ingresar el trámite y el período al cual corresponde el débito

Se mostrará la siguiente pantalla

## Débitos

### Datos del Afiliado

Apellido y Nombre:  Sexo:  Hombre  Mujer  
Afiliado Nº:  DNI:   
Autorizado desde:  Hasta:  Días autorizados:

### Autorización

Trámite:   
Periodo:

TODOS

Descripción	Importe	Debitar
Módulo 3	85208,00	<input type="checkbox"/>
Psicología-1 sesión semanal	2574,00	<input type="checkbox"/>

Días a debitar:

Motivo del débito:

Volver

Enviar

Deberá indicar las prestaciones a debitar, la cantidad de días y el motivo. Si tilda en TODOS, quedarán seleccionados todos los elementos del trámite

Si usted grabó y se equivocó en el trámite a debitar, vuelva a seleccionarlo y ponga en cantidad de días "0". Esta acción hará que no se debite nada del trámite

## Proforma → Seleccionar trámites

Al seleccionar en completar, deberá elegir por período y por grupo afiliatorio los trámites que va a presentar.



Buenos Aires Provincia

IOMA con vos

Empresa de Prueba

Sistema de Atención Domiciliaria Integral - Empresa

Trámites ▶ Proforma ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ Salir

**PROFORMA**

Seleccionar un periodo: abril-2019

Buscar

Seleccionar un grupo afiliatorio:

- Seleccionar -
- Seleccionar -
- Convenio
- Obligatorio
- Voluntario
- C. Interprovincial

Se mostrará una grilla con todos los trámites autorizados y en condiciones de poder facturarse.

**PROFORMA**

Seleccionar un periodo:

Seleccionar un grupo afiliatorio:

**Trámites Autorizados**

TODOS

Apellido y Nombre	Trámite	Descripción	Días	Días debitados	Desde	Hasta	Importe	Facturar
ABRIL FRANCISCO JOSE	09049000029420	Módulo 2	31	0	10/04/2020	08/08/2020	66650,00	<input type="checkbox"/>
ABELLA FRANCISCO JOSE	09049000029420	Terapia Ocupacional-3 a 5 sesiones semanales	31	0	10/04/2020	08/08/2020	6796,00	<input type="checkbox"/>
AMARIZ MARCELO OMAR	02147005305020	Módulo 4	31	0	05/04/2020	03/08/2020	107163,00	<input type="checkbox"/>
AMARIZ PEDRO ANGEL	08042000002820	Módulo 2	31	0	05/02/2020	02/10/2020	66650,00	<input type="checkbox"/>
AMARIZ PEDRO ANGEL	08042000002820	Terapia Ocupacional-3 a 5 sesiones semanales	31	0	05/02/2020	02/10/2020	6796,00	<input type="checkbox"/>
ARANDA JULIO ENRIQUE	05252000034320	Módulo 1	31	0	11/03/2020	10/09/2020	34501,00	<input type="checkbox"/>
ARANDA JULIO ENRIQUE	05252000034320	Fonoaudiología-3 a 5 sesiones semanales	31	0	11/03/2020	10/09/2020	6796,00	<input type="checkbox"/>
ARANDA JULIO ENRIQUE	05252000034320	Terapia Ocupacional-3 a 5 sesiones semanales	31	0	11/03/2020	10/09/2020	6796,00	<input type="checkbox"/>
ARANDA JULIO ENRIQUE	05252000034320	Equipamiento-Cama Ortopédica	31	0	11/03/2020	10/09/2020	1819,00	<input type="checkbox"/>
ARANDA JULIO ENRIQUE	05252000034320	Equipamiento-Colchón antiescaras	31	0	11/03/2020	10/09/2020	1134,00	<input type="checkbox"/>
ARANDA JULIO ENRIQUE	05252000034320	Equipamiento-Silla de Ruedas. Alquiler mensual	31	0	11/03/2020	10/09/2020	1134,00	<input type="checkbox"/>
ARANDA EDUARDO OSVALDO	04714000034120	Módulo 3	31	0	03/03/2020	02/07/2020	85208,00	<input type="checkbox"/>

Usted deberá tildar en cada check, los ítems que facturará o tildar en TODOS, y destildar los trámites que no serán presentados. Podrá hacer clic en enviar, y continuar con el trabajo más tarde. Cuando vuelva a elegir el periodo y el grupo, en la grilla se mostrarán cuáles fueron los trámites elegidos hasta el momento.

## Proforma → Cargar Facturas

Una vez que seleccionó todos los trámites que presentará, debe ingresar a este apartado e indicar el número de factura que le corresponde al período y al grupo afiliatorio.



Empresa de Prueba

Sistema de Atención Domiciliaria Integral - Empresa

Trámites ▶ Proforma ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ Salir

- Completar
- Cargar Facturas**
- Impresión

Solo



Empresa de Prueba

Sistema de Atención Domiciliaria Integral - Empresa

Trámites ▶ Proforma ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ Salir

---

**FACTURAS**

Seleccionar un periodo:

Seleccione grupo afiliatorio:

Ingrese el nro de factura:  -  -  Total a Facturar:

---

Seleccione del combo el período y el grupo afiliatorio. Tenga en cuenta que sólo se muestran los grupos afiliatorios para los cuales usted ha completado trámites en el paso anterior.

Trámites ▶ Proforma ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ Salir

---

**FACTURAS**

Seleccionar un periodo:

Seleccione grupo afiliatorio:

Ingrese el nro de factura:  -  -  ( B-001-000031510 )

---

Cuando ingrese el número de factura, el sistema le mostrará cual es el monto a facturar.

Haga clic en enviar. Puede imprimir el detalle de la factura desde el siguiente menú

## Proforma → Adjuntar Facturas

Usted podrá subir un archivo generado a partir de la factura que presentará en el Instituto para su posterior liquidación.

Trámites ▶ Proforma ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ Salir

---

**ADJUNTAR FACTURAS**

Seleccione periodo:

Seleccione grupo afiliatorio:

Seleccione factura:

Seleccione archivo:  Ningún archivo seleccionado



Proforma → Impresión

Seleccione el período



Empresa de Prueba

Sistema de Atención Domiciliaria Integral - Empresa

Trámites ▶ Proforma ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ Salir

**IMPRESIÓN DE FACTURAS**

Seleccionar un período:

- Seleccionar
- abril-2019**
- mayo-2019
- junio-2019

Se mostrará en pantalla todas las facturas que usted ha cargado



Empresa de Prueba

Sistema de Atención Domiciliaria Integral - Empresa

Trámites ▶ Proforma ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ Salir

**IMPRESIÓN DE FACTURAS**

Seleccionar un período:

Grupo Afiliatorio	Numero de factura	Importe	Imprimir factura
Convenio	B00200000015	686259,61	<a href="#">Imprimir</a>

Empresa: 3070745  
Afiliados con Convenio

Proforma: abril 2019  
Factura número: B-002-00000015

Fecha: 30/07/2019

Documento	Apellido y Nombres	Trámite	Descripción	Importe
24603309	ALVAREZ MARCELO OMAR	02147000620319	Módulo 4	75309,00
330378	ARANDA NELIDA ISABEL	05749000004919	Módulo 1	24245,00
330378	ARANDA NELIDA ISABEL	05749000004919	Equipamiento-Cama Ortopédica	1278,00
330378	ARANDA NELIDA ISABEL	05749000004919	Equipamiento-Colchón antiescaras	797,00
330378	ARANDA NELIDA ISABEL	05749000004919	Equipamiento-Silla de Ruedas. Alquiler mensual	797,00
8260416	BUGALLO ALDO ALBERTO	05760000076318	Módulo 2	15612,67
8260416	BUGALLO ALDO ALBERTO	05760000032219	Módulo 2	31225,33
10094580	DESIMONE EDUARDO OSVALDO	04714000006619	Módulo 3	59880,00
10094580	DESIMONE EDUARDO OSVALDO	04714000006619	Fonoaudiología-3 a 5 sesiones semanales	4776,00
10094580	DESIMONE EDUARDO OSVALDO	04714000006619	Terapia Ocupacional-3 a 5 sesiones semanales	4776,00
6204658	HERRERAS LIDIA EUGENIA	08357100424018	Módulo 2	12490,13
6204658	HERRERAS LIDIA EUGENIA	08357100047219	Módulo 3	43912,00
6204658	HERRERAS LIDIA EUGENIA	08357100047219	Terapia Ocupacional-3 a 5 sesiones semanales	3502,40
6204658	HERRERAS LIDIA EUGENIA	08357100424018	Terapia Ocupacional-3 a 5 sesiones semanales	1273,60
6204658	HERRERAS LIDIA EUGENIA	08357100047219	Equipamiento-Colchón antiescaras	584,47
20385910	LESCANO LILIANA	08357100450218	Módulo 3	59880,00
20385910	LESCANO LILIANA	08357100450218	Fonoaudiología-3 a 5 sesiones semanales	4776,00
20385910	LESCANO LILIANA	08357100450218	Terapia Ocupacional-3 a 5 sesiones semanales	4776,00
20385910	LESCANO LILIANA	08357100450218	Psicología-1 sesión semanal	1809,00
20385910	LESCANO LILIANA	08357100450218	Equipamiento-Cama Ortopédica	1278,00
20385910	LESCANO LILIANA	08357100450218	Equipamiento-Colchón antiescaras	797,00
20385910	LESCANO LILIANA	08357100450218	Equipamiento-Silla de Ruedas. Alquiler mensual	797,00
1088718	LORENZO MARIA OLGA	11441700259419	Módulo 2	46838,00
5095104	MAGNINI MARIA ELENA	05760000180118	Módulo 1	24245,00

Consulta → Consultas Generales

Sistema de Atención Domiciliaria Integral - Empresas

Trámites ▶ Proforma ▶ **Consultas ▶** Imprimir ▶ Salir  
Consultas Generales  
 Histórico por Afiliado

Al ingresar, usted podrá armar su consulta de acuerdo a lo seleccionado.

Sistema Atención Domiciliaria Integral Empresas. Manual de Usuario-

### CONSULTAS

Activos:

Estado:  Cargado  Auditado  Vigente  Aprobado  Observado  Rechazado

Desde:  Hasta:

Si tilda **Activos**, podrán listarse todas las internaciones vigentes al momento de realizar la consulta, es decir todos los afiliados a los cuales usted hoy, le está prestando el servicio de Internación Domiciliaria

Si la consulta se hace por Estados, deberá elegir un rango de fechas.

Podrá ver los trámites:

- **Cargados:** son todos aquellos que ingresaron al sistema y que pueden estar en espera de auditoría o que ya están auditados.
- **Auditados:** sólo verá los trámites en donde ya existió al menos una intervención de la auditoría central, pudiendo estar, aprobados, rechazados, observados o dados de baja.
- **Vigentes:** son los trámites que estuvieron activos en el rango de fecha seleccionado.
- **Aprobados, Observados y Rechazados:** podrá seleccionar ver en un rango de fechas, los trámites según sea su estado.

## Consulta → Histórico por Afiliado



Sistema de Atención Domiciliaria Integral - Empresas

Consultas Generales

**Histórico por Afiliado**



Deberá ingresar el número de documento y sexo del afiliado.



### Sistema de Atención Domiciliaria Integral - Empresas

Trámites ▶ Proforma ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ Salir

#### Histórico por Afiliado

Ingrese el N° de documento:

Buscar

Ingrese el sexo:

Hombre  Mujer

Volver

Al ingresar usted verá en una grilla los trámites del afiliado.

El afiliado ha solicitado los siguientes trámites:

Empresa	N° Trámite	Tipo	Fecha Solicitud	Estado	Autorizado Desde	Autorizado Hasta	Acción
0468600249516	Alta	29/07/2016	CENTRAL APROBADO	03/05/2016	03/11/2016	Seleccionar	
0468600202616	Renovación	06/01/2017	CENTRAL APROBADO	03/11/2016	03/03/2017	Seleccionar	
0468600167417	Renovación	04/08/2017	CENTRAL APROBADO	03/07/2017	03/11/2017	Seleccionar	
0000001771418	Renovación	02/02/2018	CENTRAL APROBADO	03/03/2017	03/07/2017	Seleccionar	
04686000423317	Renovación	09/02/2018	CENTRAL APROBADO	03/11/2017	03/03/2018	Seleccionar	
0468600138918	Renovación	11/04/2018	CENTRAL APROBADO	03/03/2018	03/07/2018	Seleccionar	

Al ingresar en seleccionar, podrá ver en detalle cada trámite.

Sistema Atención Domiciliaria Integral Empresas. Manual de Usuario-



## Sistema de Atención Domiciliaria Integral - Empresas

Trámites ▶ Proforma ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ Salir

### Histórico por Afiliado

#### Datos del Afiliado

Apellido y Nombre:  Sexo:  Hombre  Mujer  
DNI:  N° de afiliado:   
Fecha Nacimiento:  Edad:  Partido:   
N° de Trámite:   
Domicilio:   
Localidad:  Teléfono 1:   
Correo electrónico:   
Médico de cabecera:   
Matrícula Provincial:  Matrícula Nacional:   
Diagnóstico que motiva la solicitud de cobertura:   
Informe Médico:   
Empresa Prestadora:

Descripción	Autorizado Desde	Autorizado Hasta
Módulo 2	03/05/2016	03/11/2016
Psicología - 1 sesión semanal	03/05/2016	03/11/2016
Equipamiento - Cama Ortopédica	03/05/2016	03/11/2016
Equipamiento - Calzón antibacterias	03/05/2016	03/11/2016

[Volver](#)