

ADI Atención Domiciliaria Integral

MANUAL DE USUARIO

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.

Breve descripción del circuito administrativo

El nuevo sistema de Internación Domiciliaria, intenta tener a partir de su implementación, una base sólida y confiable de datos, de la cual puedan obtenerse la mayor cantidad de consultas posibles.

El circuito podemos resumirlo de la siguiente manera:

El afiliado se presenta en su delegación/región, con la planilla completada por su médico de cabecera para la solicitud de la prestación, en la cual se indica diagnóstico, informe médico y requerimientos del paciente y la empresa que prestará el servicio. Deberán adjuntarse todos los estudios que sean necesarios.

En la delegación/región se carga esta planilla en el sistema ADI, y de ser posible se escanean los estudios para adjuntar los archivos al trámite iniciado.

El auditor de la delegación/región, deberá visitar al afiliado para hacer una auditoría en terreno. Tendrá que cargar en el sistema el resultado de la misma.

Los auditores de sede central, verán todos los trámites solicitados para poder auditarlos, estén estos auditados o no por terreno. Si observan el trámite, nuevamente la auditoría en terreno deberá ver esa observación y actuar al respecto.

Una vez autorizado el trámite por sede central, se genera un acta que deberá presentar la empresa para su posterior facturación.



MANUAL DE USUARIO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL ADI

Tabla de contenido

INTERNACIÓN DOMICILIARIA	1
Breve descripción del circuito administrativo.....	1
Menú Principal	4
Trámites →Alta	5
Trámites →Documentación	12
Trámites →Renovación.....	14
Trámites →Ampliación.....	16
TRAMITES→Baja	18
Terreno →Trámites para auditar	20
Terreno → Trámites Observados.....	24
Central→Trámites para auditar →Altas y Renovaciones	25
Central→Trámites para auditar →Ampliación	30
Central→Trámites Observados.....	32
Imprimir→Acta	33
ABM→Módulos→Modificación.....	37
ABM→Submódulos→Alta	38
ABM→ EMPRESAS→ALTA	39
ABM→Empresas→Consulta y Modificación.....	41
CONSULTA →Histórico.....	44
Si un trámite estuviera rechazado, se muestra en la grilla resaltado de color	47
Al seleccionar se muestra.....	47
NUEVAS FUNCIONALIDADES DEL SISTEMA	49
Trámites →Cambio de Módulo.....	49
Trámites →Modificación.....	49
Mapa →Ver	50
Aquí puede verse como se ven los datos de un afiliado en particular al acercarnos y hacer clic en un punto azul.	53





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

a Intranet y desde el botón Sistemas, se elegirá Atención Domiciliaria Integral

El usuario deberá loguearse, escribiendo nombre de usuario y contraseña

The login form features the IOMA logo on the left and the Buenos Aires Provincia logo on the right. The main heading reads 'Ingreso al Sistemas de Atención Domiciliaria Integral' followed by the instruction 'Introduzca su código personal para registrar sus datos'. Below this, there are two input fields: 'Nombre de usuario:' and 'Contraseña:'. A link for 'Manual de Usuario >>' is positioned below the password field. At the bottom center, there is a blue 'Ingresar' button.

Menú Principal

Cada usuario podrá acceder a distintas opciones del menú, según el perfil y las funciones que el mismo tenga asignadas.

The main menu displays the IOMA logo on the left and the Buenos Aires Provincia logo on the right. The title 'Sistema de Atención Domiciliaria Integral' is centered above a horizontal menu bar. The menu bar contains the following items: 'Trámites', 'Terreno', 'Central', 'Consultas', 'Imprimir', 'ABM', and 'Salir', each followed by a right-pointing arrow.

Se explicarán todas las opciones del menú.



Deberá tenerse en cuenta que el personal de las distintas regiones y delegaciones, sean auditores o administrativos, sólo verán los trámites de la región a la cual pertenecen.

Trámites → Alta

Este submenú, se usa para cargar las altas de nuevos pacientes.



Sirve para la carga de la **Planilla 1 PLANILLA DE SOLICITUD DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL**.

El afiliado se acerca a la región/delegación con esta planilla completa, solicitando una internación domiciliaria para un afiliado

Debe buscarse al afiliado por documento y sexo, para verificar que el mismo esté activo en padrón, caso contrario, deberá regularizar la situación para poder realizar dicha prestación

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Alta de Trámite

Ingrese el número de documento:

Ingrese el sexo: Hombre Mujer

Buscar

Volver

En pantalla se muestran los datos del afiliado y se solicita se ingrese el número de trámite que corresponde a dicho pedido.

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Alta de Trámite

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre: S^a **ANDREA FABIANA**

Sexo: Hombre Mujer

DNI: **1777 140**

N° de afiliado: **217777 .0000**

Fecha Nacimiento: **20/06/1966** Edad: **52 años**

Partido: **LA PLATA**

Generación de Trámite

01 ▼ 014 ▼ >>

Volver



De acuerdo al destino del usuario del sistema, se muestra el combo de la región posicionado en la región a la cual pertenece, y al lado se despliega otro combo con las delegaciones de esa región.

Sistema de Internación Domiciliaria

Trámites > Terreno > Central > Empresas > Imprimir > ABM > Salir

Alta de Trámite

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre: **ANDREA FABIANA** Sexo: Hombre Mujer
DNI: **1-...-10** Nº de afiliado: **21-1000**
Fecha Nacimiento: **20/06/1966** Edad: **52 años**

Generación de Trámite

014
007
056
100
156
182
203
399
553
602
651
700
819
833
875

23 18 >> Haga clic aquí para dar de alta al trámite

Volver

<http://localhost:64170/Carga.aspx>

Una vez completado el número de trámite y el año, al hacer clic en el botón, se muestra siguiente formulario que deberá completarse de acuerdo a los datos de la planilla.



Generación de Trámite

01 189 23 18

Ingrese los datos de la planilla y el domicilio de prestación

Fecha de Inicio del trámite:	<input type="text"/>		
Domicilio:	<input type="text" value="- 1943 0 0"/>	Teléfono:	<input type="text" value="2214.. 07"/>
Localidad:	<input type="text" value="LA PLATA"/>		
Familiar/Contacto:	<input type="text"/>	Teléfono Contacto:	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text" value="s...if@ioma.gba.gov.ar"/>		
Médico de cabecera:	<input type="text"/>		
Matrícula Provincial:	<input type="text"/>	Matrícula Nacional:	<input type="text"/>
Diagnóstico que motiva la solicitud de cobertura:	<input type="text" value="- Seleccionar -"/>		
Informe Médico:	<input type="text"/>		
Empresa Prestadora:	<input type="text" value="- Seleccionar -"/>		
MÉDICO:	<input type="text" value="- Seleccionar -"/>		
Justificación:	<input type="text"/>		
ENFERMERÍA:	<input type="text" value="- Seleccionar -"/>		
Justificación:	<input type="text"/>		
KINESIOLOGÍA:	<input type="text" value="- Seleccionar -"/>		



FONOAUDIOLOGÍA:

2 sesiones semanales

Justificación:

0/999

EQUIPAMIENTO:

Cama ortopédica

Colchón antiescara

Silla de ruedas

Justificación:

0/999

ASISTENCIA RESPIRATORIA:

Cuadro respiratorio no oxigenado

Oxígeno requiriente, dependiente

Traqueostomizado

Con respirador

Justificación:

0/999

TERAPIA OCUPACIONAL:

2 sesiones por semana

Justificación:

0/999

SOPORTE NUTRICIONAL:

- Seleccionar -

Justificación:

0/999

[Volver](#)

[Enviar](#)

La fecha de inicio del trámite, es la fecha a partir de la cual se solicita la prestación

Hay campos que son obligatorios y deberán cargarse, caso contrario no podrá seguirse.

Entre estos campos, están la fecha, el médico de cabecera, el diagnóstico, la matrícula, el informe médico, empresa prestadora y la justificación de cualquier prestación que se solicite.

Además es obligatorio elegir uno de los siguientes ítems, dado que ellos hacen a los distintos módulos.

Médico, enfermería, kinesiología o cuidador domiciliario. Cada ítem seleccionado deberá ser justificado en el campo observaciones.

Haciendo clic en enviar se mostrará el siguiente mensaje:

Los datos fueron grabados correctamente.

Si el afiliado tuviera un trámite iniciado que está pendiente de auditoría se verá el siguiente mensaje

Alta de Trámite

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre: Sexo: Hombre Mujer
DNI: N° de afiliado:
Fecha Nacimiento: Edad: Partido:

El afiliado tiene 1 trámite/s pendiente/s de autorización
Trámites Iniciados

Solicitud	N° Trámite	Prestador	Desde	Hasta	Ampliación	Estado
8008	01014000111318	IMD	01/01/1900	01/01/1900		SIN AUDITAR

[Volver](#)

Se muestra los datos del afiliado y el trámite.

En cambio si tuviera un trámite ya autorizado, el sistema muestra el siguiente mensaje

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Alta de Trámite

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre: Sexo: Hombre Mujer
DNI: N° de afiliado:
Fecha Nacimiento: Edad: Partido:

El afiliado tiene 1 trámite/s activo/s hasta 25/11/2018. Solicite la renovación antes del mes de cese de la prestación actual.

Trámites Iniciados

Solicitud	N° Trámite	Prestador	Desde	Hasta	Ampliación	Estado
8250	028471111111118	ASISTIR	26/10/2018	25/11/2018		CENTRAL APROBADO

[Volver](#)

En ambos, no se permitirá el alta del trámite.

Trámites → Documentación

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



Se mostrará la siguiente pantalla, en donde debe ingresarse el número de trámite.



Si el trámite existe, se muestra la información del mismo, y haciendo clic en Examinar, se busca el documento que quiere adjuntarse.

En la caja de texto **descripción**, se deberá escribir un breve detalle del documento que se adjunta, por ejemplo resumen de HC, informe de radiografía. Al hacer clic en 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 necesario

Usted podrá consultar la documentación de un trámite desde este submenú.

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"/>
<hr/>			
N° de Trámite:	<input type="text" value="08357100018118"/>		
Domicilio:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Localidad:	<input type="text" value="CAPITAL FEDERAL"/>	Teléfono Contacto:	<input type="text"/>
Familiar/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:



Al igual que en el alta, se deben completar los datos que se solicitan en **la planilla de renovación**.

A diferencia, se podrá solicitar una renovación, sólo si falta un mes para el vencimiento del trámite vigente.

En caso que se solicite una renovación antes del tiempo estimado, el sistema informará:

La renovación puede solicitarla un mes antes del vencimiento del trámite vigente

Se busca al afiliado por documento y sexo y una vez encontrado, se muestra los datos del mismo, los trámites vigentes y los módulos y submódulos autorizados hasta el momento.

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Renovación de Internación Domiciliaria

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre: Sexo: Hombre Mujer
Afiliado N°: DNI:
Fecha Nacimiento: Edad: Partido:

Trámites Iniciados

Solicitud	N° Trámite	Prestador	Desde	Hasta	Ampliación	Estado
8250	028471111111118	ASISTIR	26/10/2018	25/11/2018		CENTRAL APROBADO

El afiliado tiene autorizado

Módulo 1

Psicología - 1 sesión semanal

Generación de Trámite

Deberá ingresar el número de trámite y los elementos que solicita.

Usted observará que la fecha de inicio del trámite es automática, siendo la misma una continuidad del trámite vigente.

Generación de Trámite

01 014 30 18

Ingrese los datos de la planilla y el domicilio de prestación

Fecha de Inicio del trámite: 16/09/2018

Domicilio: AYACUCHO 2303 0 Teléfono: 2284418193

Localidad: OLAVARRIA

Familiar/Contacto: Teléfono Contacto:

Correo electrónico: jorgeochoteco@hotmail.com

Médico de cabecera:

Matrícula Provincial: Matrícula Nacional:

Diagnóstico que motiva la solicitud de cobertura: - Seleccionar -

Informe Médico:

0/1999

Empresa Prestadora: - Seleccionar -

MÉDICO:

- Seleccionar -

Justificación:

0/999

ENFERMERÍA:

- Seleccionar -

Justificación:

0/999

KINESIOLOGÍA:

- Seleccionar -

Justificación:

La carga del formulario de renovación es como la carga del alta.

Una vez cargado todos los datos que se necesita, se hace clic en enviar y se muestra el mensaje de

Los datos fueron grabados correctamente

Trámites → Ampliación

Este submenú se utiliza cuando un afiliado tiene un trámite vigente y necesita de algún submódulo.

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

- Alta
- Documentación
- Renovación
- Ampliación**
- Baja

Estos son psicología, fonoaudiología, equipamiento (cama, colchón silla de ruedas), asistencia respiratoria, terapia ocupacional y soporte nutricional.

Igual que en el alta, se busca al afiliado por documento y sexo. Se muestran los datos del mismo, y todos los elementos que tiene autorizado hasta el momento.

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Solicitud de Ampliación

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre:	<input type="text" value="B... IR HECTOR MARCELO"/>	Sexo:	<input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
DNI:	<input type="text" value="1426...51"/>	Nº de afiliado:	<input type="text" value="2177-...001"/>
Fecha Nacimiento:	<input type="text" value="14/03/1961"/>	Edad:	<input type="text" value="57 años"/>
		Partido:	<input type="text" value="LA PLATA"/>

El afiliado tiene autorizado

Módulo 1

Psicología - 1 sesión semanal

Generación de Trámite

Debe generarse el número de trámite y completarse el formulario



Tener en cuenta que hay campos obligatorios como la fecha de inicio, que es a partir de cuándo se va a dar la prestación, y la justificación de aquellos ítems elegidos.

Datos del Afiliado			
Apellido y Nombre:	OLIVERO JORGE ROLANDO	Sexo:	<input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
Afiliado N°:	A14 722800	DNI:	11.333.333
Fecha Nacimiento:	26/04/1955	Edad:	63 años
El afiliado tiene autorizado			

Módulo 2
Terapia Ocupacional - 3 a 5 sesiones semanales

Seleccione el Submódulo		
Fecha de Inicio del trámite:	<input type="text" value="/ /"/>	
PSICOLOGÍA:		
1 sesión por semana <input type="checkbox"/>		
Justificación:	<input type="text"/>	
<input type="text" value="0/999"/>		
FONOAUDIOLOGÍA:		
2 sesiones semanales <input type="checkbox"/>		
Justificación:	<input type="text"/>	
<input type="text" value="0/999"/>		
EQUIPAMIENTO:		
Cama ortopédica <input type="checkbox"/>	Colchón antiescara <input type="checkbox"/>	Silla de ruedas <input type="checkbox"/>
Justificación:	<input type="text"/>	
<input type="text" value="0/999"/>		
ASISTENCIA RESPIRATORIA:		
Cuadro respiratorio no oxigenado <input type="checkbox"/>		
Oxígeno requiriente, dependiente <input type="checkbox"/>		
Traqueostomizado <input type="checkbox"/>		
Con respirador <input type="checkbox"/>		

Una vez cargado todos los submódulos que se necesita, se hace clic en enviar y se muestra el mensaje de

Los datos fueron grabados correctamente

TRAMITES → Baja

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ **Consultas ▶** Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

- Alta
- Documentación
- Renovación
- Ampliación
- Baja**

La baja se solicita por diversas causas:

- *Fallecimiento
- *Internación en un Hogar
- *Mudanza
- *El prestador no trabaja más para IOMA
- *El prestador no quiere trabajar para el afiliado
- *El afiliado no quiere ese prestador
- *Se cambia el módulo

Primero debe buscarse al afiliado

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ **Consultas ▶** Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Baja de Solicitud

Ingrese el número de documento:

Buscar

Ingrese el sexo:

Hombre Mujer

Volver



Si tiene un trámite activo, puede darse de baja, seleccionando del combo el motivo de baja, eligiendo la fecha y escribiendo en la caja de texto Observaciones, el motivo.

Esta es la pantalla que se muestra

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ **Consultas ▶** Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Baja de Solicitud

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre: Sexo: Hombre Mujer
DNI: N° de afiliado:
Fecha Nacimiento: Edad: Partido:

El afiliado tiene autorizado:

Solicitud	N° Trámite	Prestador	Desde	Hasta	Ampliación	Estado
1237	08357100180618	CLIDOMINT	01/08/2018	01/01/2019		CENTRAL APROBADO

Fecha de baja: Motivo de baja:

Observación:

Terreno → Trámites para auditar

A este submenú, pueden acceder los auditores de las distintas regiones y delegaciones que tengan el perfil correspondiente a Auditoría en Terreno

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ **Central ▶** Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Trámites para Auditar
Trámites Observados





Cada auditor sólo tendrá acceso a los trámites de la región a la cual él pertenece

Al ingresar se ven en la grilla los trámites pendientes de auditoría.

The screenshot shows the IOMA system interface for Buenos Aires Province. At the top, there is a navigation menu with options: Trámites, Terreno, Central, Consultas, Imprimir, ABM, and Salir. Below the menu, the title 'Trámites para auditar en terreno' is displayed. A table lists two pending audit requests:

Solicitud	N° Trámite	Apellido y Nombre	N° Afiliado	Prestador	Tipo	Acción
8007	01014123456718	FERRARI MARIA GABRIELA	221892258100	ADN MEDICAL	Alta	Seleccionar
8008	01014000111318	SOLIZ ANDREA FABIANA	217771140000	IMD	Alta	Seleccionar

Below the table, there is a 'Volver' button and a prompt: 'Seleccione el trámite que va a auditar'.

Los médicos auditores deberán reflejar en el sistema lo que sugieren para cada afiliado.

Una vez seleccionado un trámite, se muestra los datos del afiliado y los elementos solicitados.

DATOS DEL AFILIADO ...

Datos del Afiliado			
Apellido y Nombre:	ALEJANDRA RAQUEL	Sexo:	<input type="radio"/> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer
Afiliado Nº:	21...600	DNI:	16...18
Fecha Nacimiento:	10/10/1962	Edad:	55 años

DATOS DEL TRÁMITE ...

Nº de Trámite:	01014000002518		
Domicilio:	138 5002	Teléfono:	
Localidad:	LA PLATA	Teléfono Contacto:	
Familiar/Contacto:			
Correo electrónico:	ara1732@yahoo.com.ar		
Médico de cabecera:	JUAN		
Matrícula Provincial:	1515151	Matrícula Nacional:	
Diagnóstico:	Enfermedad de Paget		
Informe Médico:	informe		
Empresa Prestadora:	INTERGEMED		

Solicita	Frecuencia
MEDICO	1 a 2 visitas por mes

Auditoría en Terreno

Aprobado
 Rechazado

Fecha de Visita 1:

El auditor deberá decir si aprueba o rechaza el trámite y en qué fecha se hizo la auditoría en terreno.

En caso de rechazar la solicitud, debe indicar en observaciones el motivo.

Si aprueba debe indicar que módulo y que submódulos sugiere, de acuerdo a lo solicitado, Independientemente del resultado de esta auditoría (aprobado o rechazado), los trámites serán auditados por Central siendo ellos quienes definan el resultado final de la auditoría.

Auditoría en Terreno

Aprobado **Rechazado**

Fecha de Visita 1:

Fecha de Visita 2:

Observaciones:

Propuesta de Módulos

- Seleccionar -
- Módulo 1
- Módulo 2
- Módulo 3
- Módulo 4
- Módulo 5
- Módulo 6
- Módulo 7

Propuesta de Submódulos

3 a 5 sesiones semanales

EQUIPAMIENTO:

Cama ortopédica

Colchón antiescara

Silla de ruedas

ASISTENCIA RESPIRATORIA:

Cuadro respiratorio no oxigenado

Oxígeno requiriente, dependiente

Traqueostomizado

Con respirador

TERAPIA OCUPACIONAL:

3 a 5 sesiones por semana

SOPORTE NUTRICIONAL:

- Seleccionar -

[Volver](#)

[Enviar](#)

Siempre se debe hacer clic en enviar y se muestra el mensaje

Los datos fueron grabados correctamente

Terreno → Trámites Observados



The screenshot shows the IOMA logo on the left and the Buenos Aires Provincia logo on the right. Below the logos is the text "Sistema de Atención Domiciliaria Integral". A navigation menu is displayed with the following items: Trámites, Terreno, Central, Consultas, Imprimir, ABM, and Salir. The "Trámites" item is expanded, showing two sub-items: "Trámites para Auditar" and "Trámites Observados", which is circled in red.

Los médicos auditores, podrán ver aquí, todos los trámites observados por central.



The screenshot shows the IOMA logo on the left and the Buenos Aires Provincia logo on the right. Below the logos is the text "Sistema de Atención Domiciliaria Integral". A navigation menu is displayed with the following items: Trámites, Terreno, Central, Consultas, Imprimir, ABM, and Salir. Below the menu is a table titled "Trámites Observados por Central".

Solicitud	Nº Trámite	Tipo	Nº Afiliado	Nombre	Acción
8250	028471111111118	Alta	2177...40001	BO...R HECTOR MARCELO	Seleccionar

Below the table is a button labeled "Volver".

Al seleccionar un el trámite se verá la observación hecha por central, y en caso que haya más de una, se muestra el diálogo completo de las observaciones.

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Trámites Observados por Central

Observaciones	Observa	Fecha
obs 1 central	Central	26/10/2018
no tengo la imagen	Delegación	26/10/2018
necesito la imagen	Central	26/10/2018

Observaciones:

Volver

Enviar

Deberá responder en el cuadro de **observaciones** para que de esta manera el auditor central pueda volver a ver el trámite y auditarlo.

Si central solicita que se adjunte documentación a un trámite, la misma deberá adjuntarse desde **Trámite→Documentación**, y cuando ya lo haya hecho, deberá responder, por ejemplo, la documentación ya se ha adjuntado.

Central→Trámites para auditar →Altas y Renovaciones

Los auditores de sede central, verán en esta opción, todos los las altas y renovaciones solicitadas.

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Trámites para Auditar ▶ Alta y Renovación
Trámites Observados Ampliación

Podrán elegir del combo si quieren ver los trámites aprobados, rechazados, los que aún no han sido auditados por terreno o todos

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Auditoría Central

Trámites

- TODOS ▼
- TODOS
- Aprobados
- Rechazados
- Sin Auditar

Buscar

Volver

En la siguiente grilla se muestran los trámites.

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Auditoría Central

Trámites para Auditar

Solicitud	N° Trámite	Tipo	Estado	N° Afiliado	Nombre	Acción
8007	01014123456718	Alta	SIN AUDITAR	2218****58100	FE...RI MARIA GABRIELA	Seleccionar
8008	01014000111318	Alta	SIN AUDITAR	217****40000	S...T ANDREA FABIANA	Seleccionar

Volver

Una vez seleccionado el trámite, pueden verse los datos del afiliado.

Haciendo clic en "Datos del trámite", puede verse lo que el afiliado solicitó por planilla.

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre: Sexo: Hombre Mujer
Afiliado N°: DNI:
Fecha Nacimiento: Edad: Partido:

DATOS DEL TRÁMITE ...

N° de Trámite:
Domicilio: Teléfono 1:
Localidad: Teléfono 2:
Correo electrónico:
Médico de cabecera:
Matrícula Provincial: Matrícula Nacional:
Diagnóstico que motiva la solicitud de cobertura:
Informe Médico:

Solicita por planilla	Descripción	Justificación
MEDICO	1 a 2 visitas por mes	medi

AUDITORIA TERRENO ...

DOCUMENTOS ADJUNTOS ...


Auditoría Central

Aprobado Observado Rechazado

>>

Observaciones:

En "Auditoría Terreno" puede verse lo que propuso el auditor en terreno



Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Auditoría Central

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre:	<input type="text" value="BC ... HECTOR MARCELO"/>	Sexo:	<input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
DNI:	<input type="text" value="14. ... 51"/>	Nº de afiliado:	<input type="text" value="21 ... 0001"/>
Fecha Nacimiento:	<input type="text" value="14/03/1961"/>	Edad:	<input type="text" value="57 años"/>
		Partido:	<input type="text" value="LA PLATA"/>

Prestaciones del Afiliado >>

DATOS DEL TRÁMITE ...

AUDITORIA TERRENO ...

La auditoría en terreno ha sugerido la aprobación del trámite.

Elementos sugeridos

Módulo 1

Psicología - 1 sesión semanal

Observaciones:

DOCUMENTOS ADJUNTOS ...

Auditoría Central

Aprobado Observado Rechazado

Observaciones:

En "Documentos adjuntos", se muestran el /los link a toda documentación escaneada por terreno, En "descargar" se pueden ver los documentos.

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Auditoría Central

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre: Sexo: Hombre Mujer
DNI: N° de afiliado:
Fecha Nacimiento: Edad: Partido:

Prestaciones del Afiliado >>

DATOS DEL TRÁMITE ...

AUDITORIA TERRENO ...

DOCUMENTOS ADJUNTOS ...

Acción	Nombre	Descripción	Fecha
descargar	buscar.jpg	rx	26/10/2018

Auditoría Central

Aprobado Observado Rechazado

Observaciones:

En el panel que dice Auditoría Central, el médico auditor deberá decir si autoriza, observa o rechaza el trámite. En estos dos últimos casos, es obligatoria escribir en el cuadro observaciones el motivo por el cual observó o rechazó el trámite.

Auditoría Central

Aprobado Observado Rechazado Haga clic aquí, para que la auditoría quede grabada

Observaciones:

Si el trámite fue “aprobado” deberá indicar que módulo y/o submódulos autoriza

Propuesta de Módulos

- Seleccionar - ▾

Propuesta de Submódulos

PSICOLOGÍA:

1 sesión por semana

FONOAUDIOLOGÍA:

3 a 5 sesiones semanales

EQUIPAMIENTO:

Cama ortopédica

Colchón antiescara

Silla de ruedas

ASISTENCIA RESPIRATORIA:

Cuadro respiratorio no oxigenado

Oxígeno requiriente, dependiente

Traqueostomizado

Con respirador

TERAPIA OCUPACIONAL:

3 a 5 sesiones por semana

SOPORTE NUTRICIONAL:

- Seleccionar - ▾

El trámite se aprueba desde

Fecha real de prestación

11/09/2018

Desde:

Por el término de:

meses

Volver

Enviar

Podrá observarse que se indica después de los elementos, la fecha real de prestación que es la que se indicó cuando se dio el alta al trámite.

Usted deberá decir a partir de qué fecha autoriza la prestación, no pudiendo ser esta menor a la fecha real. También deberá indicar la cantidad de meses (de 1 a 12) por la que autoriza el presente trámite.

Haciendo clic en enviar, se muestra el Acta, la cual puede ser impresa en caso que así lo quisiera.

[Central](#) → [Trámites para auditar](#) → [Ampliación](#)

Aquí se muestran todas las ampliaciones solicitadas, entendiendo por ampliación aquellos trámites que solicitan algún submódulo.

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ [Salir](#)

Ampliaciones solicitadas para auditar

Solicitud	Nº Trámite	Apellido y Nombre	Número	Acción
8250	02847222222218	BO...AR HECTOR MARCELO	21777... 001	Seleccionar

DATOS DEL AFILIADO ...

[Volver](#)

Al seleccionar en un trámite se muestran los datos del afiliado y en una grilla, los submódulos solicitados

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ [Salir](#)

DATOS DEL AFILIADO ...

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre:	<input type="text" value="BO...AR HECTOR MARCELO"/>	Sexo:	<input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
Afiliado Nº:	<input type="text" value="2177... 40001"/>	DNI:	<input type="text" value="14207651"/>
Fecha Nacimiento:	<input type="text" value="14/03/1961"/>	Edad:	<input type="text" value="57 años"/>
		Partido:	<input type="text" value="LA PLATA"/>

Solicita	Descripción	Justificación	Autoriza
FONOAUDIOLOGIA	3 a 5 sesiones por semana	jj	<input checked="" type="checkbox"/> Tilde en el check, si autoriza el submódulo

Observaciones:

La ampliación se aprueba desde:

Fecha real de prestación
Desde:

[Volver](#)

[Enviar](#)



Se debe tildar en cada check de la grilla, los submódulos que se autorizan.

En caso de no autorizarse ninguno, el trámite quedará rechazado y debe aclarar los motivos del rechazo en el cuadro observaciones

En caso de autorizar algunos o todos los submódulos pedidos, debe decir a partir de cuándo se autoriza.

Al hacer clic en enviar se puede ver e imprimir el acta generada.

Central → Trámites Observados

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Trámites para Auditar ▶

Trámites Observados

Aquí, el auditor central, podrá ver todos los trámites observados

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Trámites Observados

Solicitud	Nº Trámite	Tipo	Nº Afiliado	Nombre	Acción
8250	028471111111118	Alta	2177...40001	B... HECTOR MARCELO	Seleccionar

[Volver](#)

Seleccionando, puede ver el diálogo entre central y terreno.

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Trámites Observados

Observaciones	Observa	Fecha
obs 1 central	Central	26/10/2018
no tengo la imagen	Delegación	26/10/2018

Auditoría Central

Para Aprobar Observado Rechazado

Observaciones:

Volver

Enviar

En el recuadro de Auditoría central, Ud. deberá indicar el resultado de la auditoría.

Siempre que apruebe o rechace, debe indicar el motivo en el recuadro observaciones.

Si lo aprueba, debe auditar el trámite desde la opción **Central**→**Trámites para auditar**

Imprimir→Acta

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Acta

Deberá ingresar el número de trámite para imprimir el acta que le corresponde.

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

[Trámites ▶](#) [Terreno ▶](#) [Central ▶](#) [Consultas ▶](#) [Imprimir ▶](#) [ABM ▶](#) [Salir](#)

Imprimir Acta de Internación Domiciliaria

TRÁMITE NRO.

Sólo si el trámite está autorizado, se puede imprimir el Acta.

Se muestra un Acta Impresa



Imprimir

IOMA

Instituto de Obra Médico Asistencial

Orden de Internación Domiciliaria Asistencial

La Plata, 19 de Septiembre de 2018

Trámite: 13002000792118

Nombre: PONCE DE LEON ELBA LIDIA CAROZ

Número: 990000134300

Señor:

MEDIZIN

AV SAENZ PEÑA N° 637

CABA

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., en carácter de Director de Programas Específicos, y en uso de las facultades delegadas por el Directorio de este Instituto, a efectos de comunicarle que el IOMA ha resuelto según evaluación por auditoría médica especializada, AUTORIZAR la prestación de Atención Domiciliaria Integral, mediante la siguiente cobertura

Módulo 2	Médico 2 a 4 visitas por mes. Enfermería 1 a 2 veces por día. Kinesiología 3 por semana. Cuidador 4 a 6 por día. Insumos básicos: Antisépticos, gasas, vendas, cinta, guantes, jeringas, guías de suero, unidades de suero.
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A partir del: 11/07/2018 y hasta el 11/11/2018

Por lo expuesto, solicito quiera disponer la facturación del monto correspondiente a dicho/s módulo/s según Resolución 2443/17

Por Disposición del Juzgado de Garantías N° 4 de La Plata los montos cuyo pago se autoriza por el presente, queda satisfecha para el prestador la totalidad de la pretensión de pago originada en el presente trámite, no debiendo el afiliado abonar directamente o indirectamente suma alguna por ningún concepto, quedando cancelado con su percepción el costo total de la prestación autorizada.

La factura de ese servicio deberá ser acompañada por la Orden de Prestación original, y una constancia firmada por el afiliado dando conformidad de la atención recibida.

Observaciones:

Para imprimir, haga clic en el Botón.

ABM (Alta, Baja y Modificación)

Esta parte de menú, está destinada a aquellos usuarios encargados de mantener actualizados los datos de la base.

Se ha desarrollado un ABM para módulos, submódulos y empresas



ABM → Módulos → Alta

Alta de Módulos

Ingrese en N° de Módulo

Ingrese las Prestaciones que incluye el Módulo

Médico	<input type="text"/>	(1/9)	VISITAS/MES
Enfermero/a	<input type="text"/>	(N a N)	VISITAS POR DÍA
	<input type="text"/>	(1/24)	HORAS POR DÍA
Cuidador	<input type="text"/>	(N a N)	HORAS POR DÍA
Kinesiólogo	<input type="text"/>	(N a N)	SESIONES POR SEMANA

Insumos Básicos:

0/999

Otros Insumos:

0/999

Resolución /

Desde:
(dd/mm/yyyy)

Monto: (zzzz.dd)

Enviar

Volver

Se debe completar toda la información de cada módulo, indicando número de módulo y frecuencia de atención de cada profesional, como así también la resolución, vigencia y monto.

ABM → Módulos → Modificación

Consulta y Modificación de Módulos

INGRESE EL N° DE MÓDULO

Buscar

Volver

Para la modificación, primero ingresamos el número de módulo. Se van a mostrar los datos que tiene guardado el mismo. Si desean modificarse, debe hacerse clic en Modificar. Una vez hecho los cambios, deben guardarse los mismos.

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Consulta y Modificación de Módulos

INGRESE EL N° DE MÓDULO

Buscar

INGRESE LAS PRESTACIONES QUE INCLUYE EL MÓDULO

MÉDICO: (1/9) VISITAS/MES
ENFERMERÍA: (N a N) VECES POR DÍA
 (1/24) HORAS POR DÍA
KINESIÓLOGO: (N a N) SESIONES POR SEMANA

Insumos Básicos:

0/999

Otros Insumos:

0/999

RESOLUCIÓN: /

DESDE

(dd/mm/yyyy)

MONTO: (zzzz.dd)

Modificar

Volver

ABM → Submódulos → Alta

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Alta de Submódulos

Nombre del Submódulo

Sesiones por Semana: (indique frecuencia)

Descripción

Resolución: /

Desde (dd/mm/yyyy)

Monto (zzzz.dd)

Enviar

Volver

Deberán completarse los datos de cada submódulo y guardarlos haciendo clic en enviar.



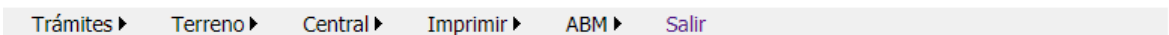
Sistema de Internación Domiciliaria



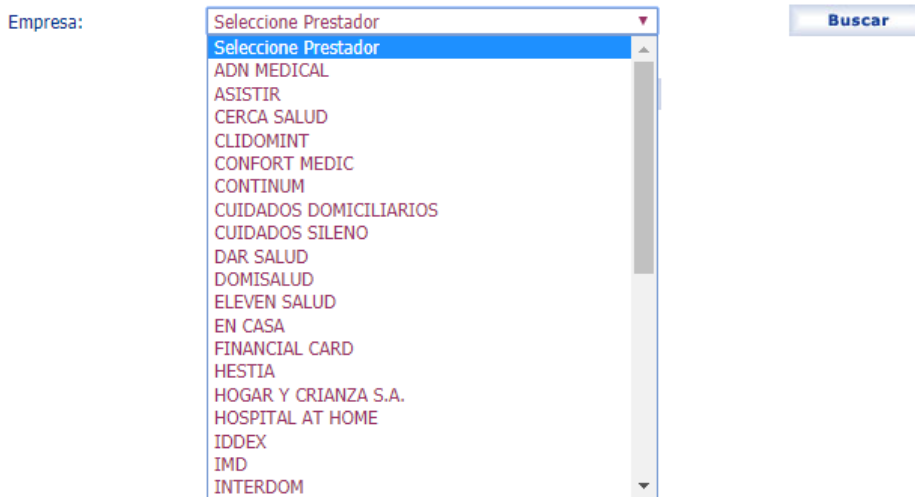
En el alta se guarda todo el staff de la empresa

Lo primero que hacemos es seleccionar la empresa.

Sistema de Internación Domiciliaria



Alta de Staff de Empresas



Una vez seleccionada la empresa podremos empezar a cargar los datos de los profesionales que prestan servicio en la misma.

El alta de una empresa prestadora no se hace por este sistema.

Sistema de Internación Domiciliaria

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Alta de Staff de Empresas

Nombre	<input type="text" value="ASISTIR"/>	Cuit:	<input type="text" value="30-70908264-3"/>
Dirección	<input type="text" value="MAIPU N° 821"/>	Localidad	<input type="text" value="VICENTE LOPEZ"/>
Teléfono	<input type="text" value="011-47964851"/>		
Prestador:	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><p>Seleccione Prestador ▼</p><p>Seleccione Prestador</p><p>MÉDICO</p><p>ENFERMERA</p><p>CUIDADOR DOMICILIARIO</p><p>KINESIÓLOGO</p><p>FONOAUDIÓLOGA</p><p>TERAPISTA OCUPACIONAL</p><p>PSICÓLOGA</p></div>		

Sistema de Internación Domiciliaria

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Alta de Staff de Empresas

Nombre	<input type="text" value="ASISTIR"/>	Cuit:	<input type="text" value="30-70908264-3"/>
Dirección	<input type="text" value="MAIPU N° 821"/>	Localidad	<input type="text" value="VICENTE LOPEZ"/>
Teléfono	<input type="text" value="011-47964851"/>		
Prestador:	<input type="text" value="MÉDICO"/>		

Médico/a

Apellido:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>
Matrícula Provincial:	<input type="text"/>	Matrícula Nacional:	<input type="text"/>
Especialidad:	<input type="text"/>	Cuil:	<input type="text"/>

Enviar

Volver

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Alta de Staff de Empresas

Nombre: ASISTIR Cuit: 30-70908264-3

Dirección: MAIPU N° 821 Localidad: VICENTE LOPEZ

Teléfono: 011-47964851

Prestador: FONOAUDIÓLOGA

Fonoaudiólogo/a

Apellido: Nombre:

DNI: Matrícula:

Una vez cargado los datos, se hace clic en enviar.

ABM → Empresas → Consulta y Modificación



Sistema de Internación Domiciliaria

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

- Módulos ▶
- Submódulos ▶
- Empresas ▶

- Alta
- Consulta y Modificación**

Se muestra nuevamente el combo con las empresas y al elegir una de ellas, se muestra el staff de profesionales que están guardados en la base hasta el momento.

Los datos que se muestran abajo son datos de prueba y no corresponden a dicha empresa

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Consulta Staff de Empresas

Nombre Cuit:

Dirección Localidad

Teléfono

Prestador	Apellido	Nombre	Especialidad	DNI	Mat. Provincial	Mat. Nacional	Cuil	Modificar
ENFERMERO	CISNERO	PILAR MARIA		15552552	158147	0		Editar
ENFERMERO	PEREZ	MARIA		16111111	0	0		Editar
FONOAUDIÓLOGO	FERNANDEZ	JUAN		23151111	444443	0		Editar
MÉDICO	CUETO RUA	MANUEL	GASTRO	0	215150	10052	27-17771140-9	Editar
MÉDICO	ALSINA	JUAN	CLINICA	0	158158	0		Editar
MÉDICO	ALSINA	JUAN	CLINICA	0	159159	0		Editar
MÉDICO	PEREZ	JUAN	CLINICO	0	111222	0		Editar
MÉDICO	PEREZ	JUAN	CLINICA	0	145145	0	1111111111122	Editar
MÉDICO	ALVAREZ	PEDRO	CLINICA	0	151515	0		Editar

[Volver](#)

La edición de cada fila de la grilla, nos permite modificar los datos del prestador, como así también darlos de baja.

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Consulta Staff de Empresas

Nombre: Cuit:
Dirección: Localidad:
Teléfono:

Médico/a

Apellido: Nombre:
Matrícula Provincial: Matrícula Nacional:
Especialidad: Cuil:

Baja a partir de:

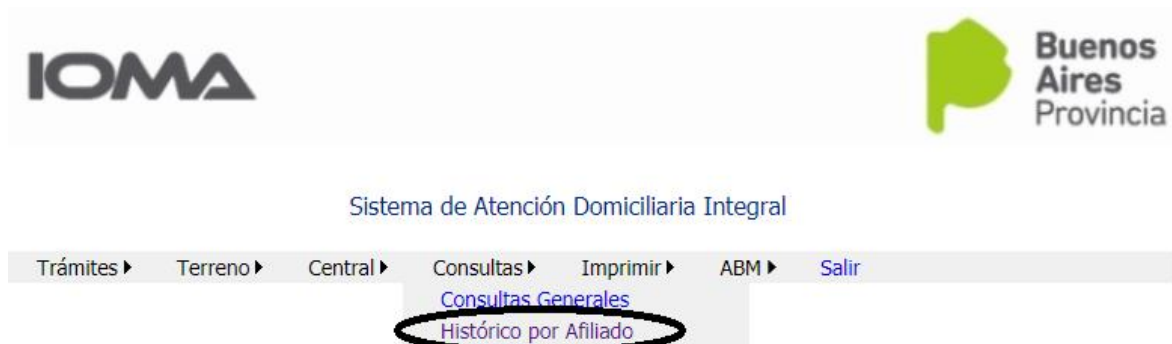
[Volver](#)

[Enviar](#)

Podemos modificar los datos, o darle de baja al prestador, escribiendo la fecha de baja del mismo.

CONSULTA → Histórico.

Se ha agregado al Menú, desde Consulta la opción de poder ver el histórico de internación domiciliaria desde el año 2016 de un afiliado.



Debe buscarse al afiliado por documento y sexo.



Si el afiliado tuvo o tiene algún trámite de internación domiciliaria, se verá en la grilla



Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Histórico por Afiliado

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre: Sexo: Hombre Mujer
DNI: N° de afiliado:
Fecha Nacimiento: Edad: Partido:

El afiliado ha solicitado los siguientes trámites:

N° Trámite	Tipo	Fecha Solicitud	Estado	Autorizado Desde	Autorizado Hasta	Acción
13002000835817	Alta	08/09/2017	CENTRAL APROBADO	11/09/2017	11/12/2017	Seleccionar
13002000895317	Alta	29/11/2017	CENTRAL APROBADO	11/12/2017	11/03/2018	Seleccionar
13002000724218	Alta	01/03/2018	CENTRAL APROBADO	11/03/2018	11/07/2018	Seleccionar
13002000792118	Alta	04/07/2018	CENTRAL APROBADO	11/07/2018	11/11/2018	Seleccionar

[Volver](#)

Al seleccionar puede observarse el detalle de la prestación en caso de que el trámite esté aprobado

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Histórico por Afiliado

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre: Sexo: Hombre Mujer
 DNI: Nº de afiliado:
 Fecha Nacimiento: Edad: Partido:

El afiliado ha solicitado los siguientes trámites:

Nº Trámite	Tipo	Fecha Solicitud	Estado	Autorizado Desde	Autorizado Hasta	Acción
13002000835817	Alta	08/09/2017	CENTRAL APROBADO	11/09/2017	11/12/2017	Seleccionar
13002000895317	Alta	29/11/2017	CENTRAL APROBADO	11/12/2017	11/03/2018	Seleccionar
13002000724218	Alta	01/03/2018	CENTRAL APROBADO	11/03/2018	11/07/2018	Seleccionar
13002000792118	Alta	04/07/2018	CENTRAL APROBADO	11/07/2018	11/11/2018	Seleccionar

Nº de Trámite:
 Domicilio:
 Localidad: Teléfono 1:
 Correo electrónico: Teléfono 2:
 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	11/09/2017	11/12/2017

[Volver](#)

Si un trámite estuviera rechazado, se muestra en la grilla resaltado de color

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Histórico por Afiliado

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre: Sexo: Hombre Mujer
 DNI: Nº de afiliado:
 Fecha Nacimiento: Edad: Partido:

El afiliado ha solicitado los siguientes trámites:

Nº Trámite	Tipo	Fecha Solicitud	Estado	Autorizado Desde	Autorizado Hasta	Acción
05266000368516	Alta	21/03/2016	CENTRAL APROBADO	21/05/2016	21/08/2016	Seleccionar
05266000410116	Alta	15/11/2016	CENTRAL APROBADO	21/10/2016	21/02/2017	Seleccionar
05266000392817	Alta	06/06/2017	CENTRAL APROBADO	21/06/2017	21/12/2017	Seleccionar
00000000981518	Alta	19/01/2018	CENTRAL RECHAZADO	01/01/1900	01/01/1900	Seleccionar
05266500378118	Alta	30/05/2018	CENTRAL APROBADO	21/12/2017	21/02/2018	Seleccionar
00000001647718	Alta	30/05/2018	CENTRAL APROBADO	21/02/2018	21/05/2018	Seleccionar
05266000390518	Alta	27/07/2018	CENTRAL APROBADO	21/05/2018	21/10/2018	Seleccionar

[Volver](#)

Al seleccionar se muestra

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Salir

Histórico por Afiliado

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre: Sexo: Hombre Mujer
 DNI: Nº de afiliado:
 Fecha Nacimiento: Edad: Partido:

El afiliado ha solicitado los siguientes trámites:

Nº Trámite	Tipo	Fecha Solicitud	Estado	Autorizado Desde	Autorizado Hasta	Acción
05266000368516	Alta	21/03/2016	CENTRAL APROBADO	21/05/2016	21/08/2016	Seleccionar
05266000410116	Alta	15/11/2016	CENTRAL APROBADO	21/10/2016	21/02/2017	Seleccionar
05266000392817	Alta	06/06/2017	CENTRAL APROBADO	21/06/2017	21/12/2017	Seleccionar
00000000981518	Alta	19/01/2018	CENTRAL RECHAZADO	01/01/1900	01/01/1900	Seleccionar
05266500378118	Alta	30/05/2018	CENTRAL APROBADO	21/12/2017	21/02/2018	Seleccionar
00000001647718	Alta	30/05/2018	CENTRAL APROBADO	21/02/2018	21/05/2018	Seleccionar
05266000390518	Alta	27/07/2018	CENTRAL APROBADO	21/05/2018	21/10/2018	Seleccionar

Nº de Trámite:
 Domicilio:
 Localidad: Teléfono 1:
 Teléfono 2:
 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	21/02/2018	21/05/2018

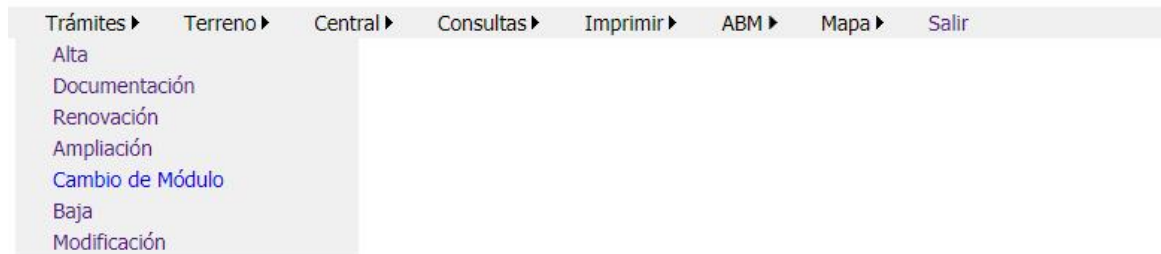
[Volver](#)

NUEVAS FUNCIONALIDADES DEL SISTEMA

A fin de ir mejorando la funcionalidad del sistema, se agregaron nuevas opciones. Al ítem Trámite, se agregó el Cambio de Módulo y la Modificación. Además se agregó un nuevo ítem Mapa.



Sistema de Atención Domiciliaria Integral



Trámites → Cambio de Módulo

Cuando un afiliado tiene un trámite autorizado y su médico solicita un cambio en el módulo, debe ingresarse un trámite con el nuevo pedido.

Si la auditoría central, autoriza el cambio de módulo, el sistema en forma automática da de baja a la prestación actual y pone como vigente el trámite con el cambio de módulo, a partir de la fecha indicada.

La carga de este trámite es como el alta.

Trámites → Modificación

Podrá modificarse la carga de un trámite que no ha sido autorizado por central.

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

[Trámites ▶](#) [Terreno ▶](#) [Central ▶](#) [Consultas ▶](#) [Imprimir ▶](#) [ABM ▶](#) [Mapa ▶](#) [Salir](#)

Ingrese el número de Trámite

TRÁMITE NRO.

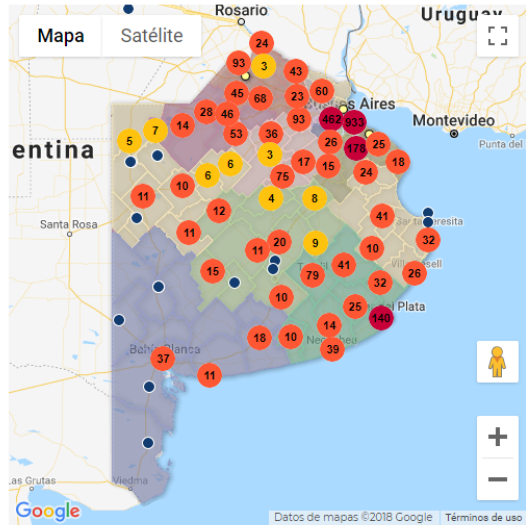
La búsqueda se hace por número de trámite. Si el mismo está en condiciones de ser modificado, se muestran los datos cargados, pudiendo corregir lo que desee, excepto el afiliado que inició el trámite.

Una vez realizado los cambios, deberá hacer clic en modificar, para guardarlos.

[Mapa →Ver](#)

INTERNACIONES DOMICILIARIAS

Internaciones activas al día de hoy
Total: 3133



● Delegación ● Internación ● 3 a 10 internaciones ● 10 a 100 internaciones ● 100 a 1000 internaciones ● Más de 1000 internaciones

Buscar afiliado

Masculino Femenino

Rango de fechas de internación domiciliaria

Regiones

Módulos

Módulo 1 Módulo 5
 Módulo 2 Módulo 6
 Módulo 3 Módulo 7
 Módulo 4

El mapa mostrará de acuerdo a lo que seleccione, la cantidad de internaciones domiciliarias que hay georreferenciadas.

Los números que aparecen en cada círculo, indican la cantidad de afiliados que reciben esta prestación, en una localidad o región. Podrán acercarse, hasta llegar a un punto azul que muestra los datos de un afiliado en particular, domicilio, prestación y fecha de vigencia de la misma.

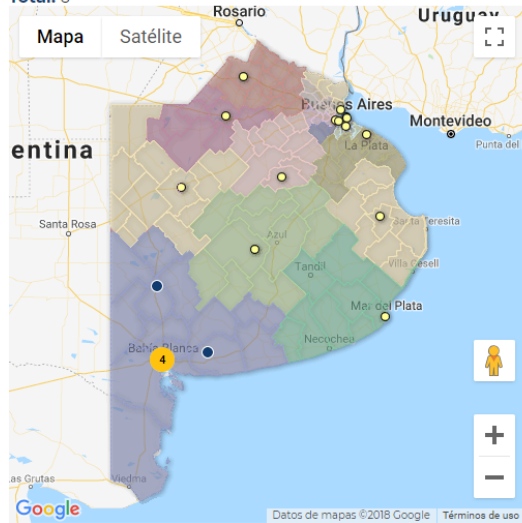
INTERNACIONES DOMICILIARIAS

Búsqueda entre fechas: 01-12-2018 - 14-12-2018

Región buscada: 1 - BAHIA BLANCA

Módulos seleccionados: 1

Total: 6



● Delegación ● Internación ● 3 a 10 internaciones ● 10 a 100 internaciones ● 100 a 1000 internaciones ● Más de 1000 internaciones

Buscar afiliado

Masculino Femenino

Rango de fechas de internación domiciliaria

Regiones

Módulos

Módulo 1 Módulo 5
 Módulo 2 Módulo 6
 Módulo 3 Módulo 7
 Módulo 4

En esta búsqueda en particular, podemos ver los afiliados que tienen autorizados un módulo 1 en la región de Bahía Blanca en el período 01/12/2018 al 14/12/2018.

IOMA

Buenos Aires Provincia

Sistema de Atención Domiciliaria Integral

Trámites ▶ Terreno ▶ Central ▶ Consultas ▶ Imprimir ▶ ABM ▶ Mapa ▶ Salir

INTERNACIONES DOMICILIARIAS

Búsqueda entre fechas: 01-12-2018 - 14-12-2018
 Región buscada: 1 - BAHIA BLANCA
 Módulos seleccionados: 1
 Total: 6

Buscar afiliado

Masculino Femenino DNI:

Rango de fechas de internación domiciliaria

01-12-2018 14-12-2018

Regiones

1 - BAHIA BLANCA

Módulos

Módulo 1 Módulo 5
 Módulo 2 Módulo 6
 Módulo 3 Módulo 7
 Módulo 4

Mapa

Mapa Satélite

OLAVARRIA

Nombre del director: José VALENZA
 Dirección: Independencia 2303, Olavarría, Buenos Aires
 Teléfono: 02284-443037

● Delegación ● Internación ● 3 a 10 internaciones ● 10 a 100 internaciones ● 100 a 1000 internaciones ● Más de 1000 internaciones

Aquí puede verse como se ven los datos de un afiliado en particular al acercarnos y hacer clic en un punto azul.