

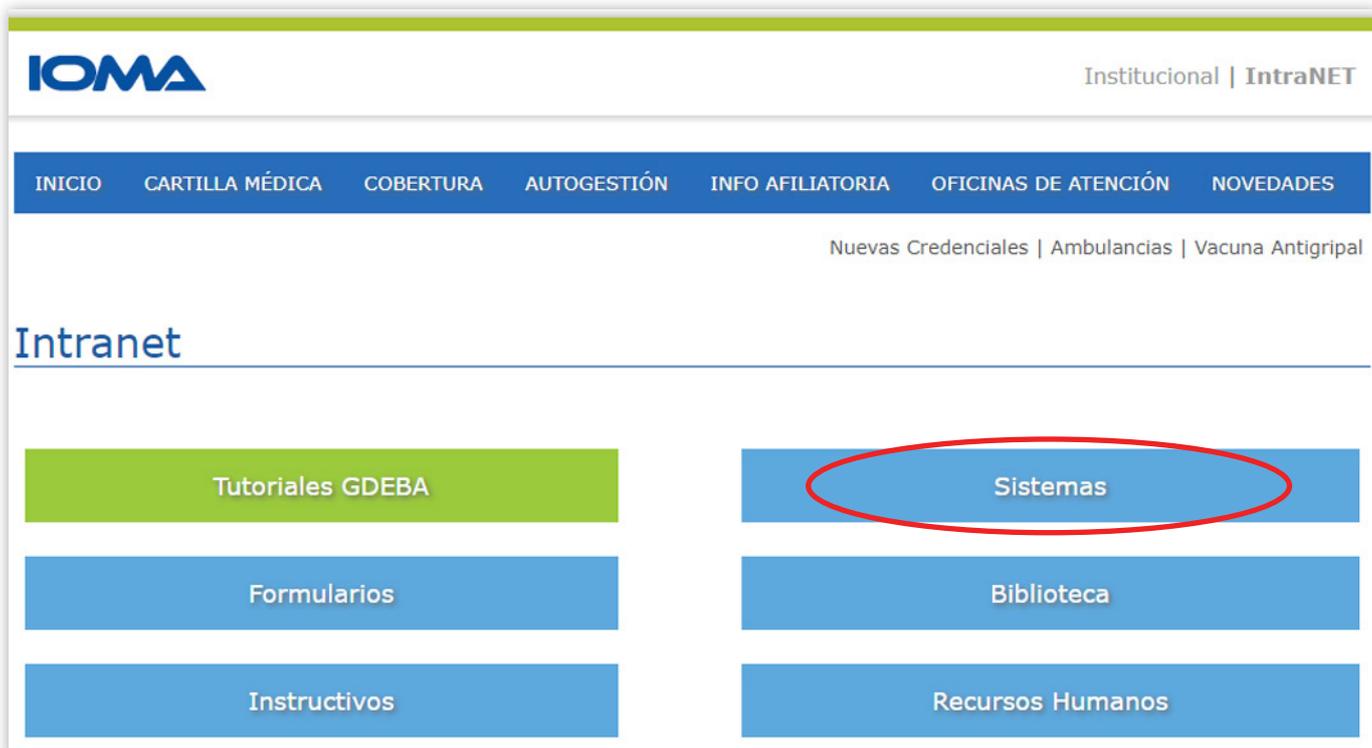
SISTEMA/ CONVENIOS INTERPROVINCIALES AUTORIZACIONES PROVISORIAS DE AFILIADOS (que temporalmente van a otras provincias)

MANUAL DE USO DE LA APLICACIÓN

Paso 1 Ingresá a la intranet de nuestro sitio www.ioma.gba.gov.ar



Paso 2 Ingresá en SISTEMAS



Paso 3 Ingresá en **AUTORIZACIONES PROVISORIAS DE AFILIADOS DE IOMA** (afiliados de IOMA que temporalmente van a otras Pcias)

SECCION SISTEMAS

[ALTA DE CUENTAS >>](#)

[AFILIADOS - CONSULTA DEL PADRÓN ONLINE >>](#)

[ACCESO AL PADRÓN DE CÁPITA >>](#)

[AFILIACIÓN - NUEVAS CREDENCIALES >>](#)

[AFILIACIÓN OBLIGATORIA >>](#)

[AFILIACION VOLUNTARIA - AVI WEB >>](#)

[AFILIACIONES - PADRÓN DE SUELDOS >>](#)

[AFILIADOS CON DISCAPACIDAD >>](#)

[AUDITORÍA DE BONO DE INTERNACIÓN >>](#)

[AUDITORÍA DE PRÓRROGA DE ESCUELAS >>](#)

[AUDITORÍA DE PRÓRROGA DE INSTITUCIONES >>](#)

[AUDITORÍA DE SOLICITUD DE PRÓTESIS >>](#)

[AUDITORÍA DE TRÁMITES DE REHABILITACIÓN >>](#)

[AUDITORÍA PROGRAMA CUIDARTE >>](#)

[AUDITORÍA PROGRAMA SER >>](#)

[AUTORIZACIONES PROVISORIAS DE AFILIADOS DE OTRAS PROVINCIAS](#) (beneficiarios de otras Pcias que temporalmente vienen a Bs. As.>>

[AUTORIZACIONES PROVISORIAS DE AFILIADOS DEL IOMA](#) (afiliados del IOMA que temporalmente van a otras Pcias.>>



Paso 4 Al cliquear sobre este enlace se verá la siguiente pantalla que solicita **Usuario** y **Contraseña**.



Ingreso al módulo AUTORIZACIONES PROVISORIAS DE AFILIADOS AL IOMA

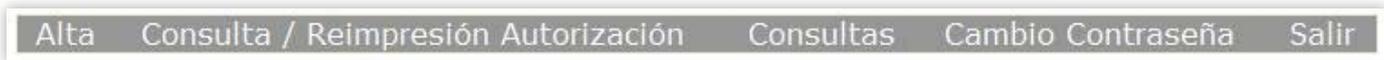
Introduzca sus códigos personales para registrar sus datos

Nombre de usuario:

Contraseña:

Ingresar

Todas las páginas del sitio vendrán acompañadas de un menú que te permitirá acceder haciendo clic sobre la pantalla.



Paso 5 ALTA DE AUTORIZACIONES PROVISORIAS

Una vez que ingreses al sistema, esta será la primer pantalla que se observa. Para dar un **Alta** cliqueá sobre la opción Alta del menú.

Seleccioná Sexo, tipo de DNI, ingresá el número de DNI y realizá clic en **Buscar**.

Si los datos ingresados no existen en padrón, aparecerá el siguiente link para poder continuar con el **Alta**.

[No se encontró al afiliado en el padrón. Si desea continuar haga clic aquí.](#)

Tanto existan los datos ingresados o no (en el caso que no existan luego de hacer clic en el link mencionado anteriormente) aparece la siguiente pantalla:

1) Si existe el afiliado, se carga automáticamente los datos del afiliado, de lo contrario deben ser cargados

2) Se debe seleccionar la delegación y región que realiza el alta de la autorización. Como así también el convenio.

3) Se debe seleccionar el tipo de habilitación

Luego de seleccionar el tipo de habilitación hay que cargar campos particulares para:

- **CARTA BENEFICIARIOS EN OTRA SITUACIÓN**
- **CARTA EN TRÁNSITO (OTRAS PROVINCIAS)**
- **CARTA EN TRÁNSITO CÓRDOBA Y SANTA FE**
- **CARTA A TIERRA DEL FUEGO**
- **DERIVACIONES**

TIPO DE HABILITACIÓN **CARTA BENEFICIARIOS EN OTRA SITUACIÓN**

Los siguientes campos estarán habilitados para la carga:

Si el afiliado es directo solo se puede seleccionar la primera opción, si el afiliado es indirecto se puede elegir entre la opción 2 o 3.

DATOS CARTA DE BENEFICIARIOS EN OTRA SITUACION

Tipo Beneficiario en Otra Situación (a completar solo para tipo habilitación: CARTA DE BENEFICIARIOS EN OTRA SITUACION)

Beneficiarios con domicilio permanente en zona limítrofe que, por razones de distancia, debe requerir prestaciones fuera de la jurisdicción de su Obra Social de origen.

Hijos a cargo del afiliado obligatorio que cursen estudios en jurisdicción de otra provincia en tanto el titular permanezca en la suya de origen

Aquellos que siendo componentes del grupo familiar a cargo de un afiliado obligatorio, se radique/n fuera de la jurisdicción de su Obra Social, en tanto el directo permanezca en la suya de origen.

Calle: Nro:

Localidad:

Provincia:

Se deben completar los siguientes datos.

Paso 6 TIPO DE HABILITACIÓN CARTA EN TRÁNSITO (CÓRDOBA, SANTA FE NI TIERRA DEL FUEGO) Y CARTA EN TRÁNSITO CÓRDOBA Y SANTA FE

Los siguientes campos estarán habilitados para la carga:

DATOS CARTA EN TRANSITO

Domicilio del Afiliado (a completar solo para habilitación: CARTA EN TRANSITO)

Domiciliado en:

Se debe completar el campo

Paso 7 TIPO DE HABILITACIÓN DERIVACIONES

Los siguientes campos estarán habilitados para la carga:

DERIVACIONES

Patología Beneficiario Derivado (a completar solo para tipo habilitación: DERIVACIONES)

Domiciliado en:

Se debe completar los campos

Paso 8 AFILIADOS A CARGO

El sistema permite el ingreso de afiliados a cargo en los siguientes casos:

- TIERRA del FUEGO (IPAUSS)
- Beneficiarios en Otra Situación del tipo "Beneficiarios con domicilio permanente en zona limítrofe que, por razones de distancia, debe requerir prestaciones fuera de la jurisdicción de su Obra Social de origen." (de lo contrario hacer una carta individual por cada afiliado).
- En tránsito, siempre y cuando se incluya al afiliado directo (de lo contrario hacer una carta individual por cada afiliado).

Si corresponde aparece el link.

[Si deseas incluir en la autorización afiliados a cargo cliqueá aquí](#)

Al hacer clic en él se habilitan los siguientes campos:

DATOS DE AFILIADOS A CARGO

La sección Afiliados a Cargo solo estará habilitada para:

- TIERRA del FUEGO (IPAUSS)
- Beneficiarios en Otra Situación del tipo "Beneficiarios con domicilio permanente en zona limítrofe que, por razones de distancia, debe requerir prestaciones fuera de la jurisdicción de su Obra Social de origen." (de lo contrario hacer una carta individual por cada afiliado).
- En tránsito, siempre y cuando se incluya al afiliado directo (de lo contrario hacer una carta individual por cada afiliado).

[Si desea incluir en la autorización afiliados a cargo haga click aquí](#)

AFILIADOS A CARGO:

Importante: Máximo 6 Afiliados a Cargo. De superarse, a los restantes confeccionar autorización de forma individual.

No se encontró Grupo Familiar en el padrón, ingrese los datos abajo y presione el link Agregar

Nro. Afiliado:

Sexo:

Tipo Documento:

Nro. Documento:

Apellido y Nombre:

Fecha Nacimiento:

AGREGAR

Se debe completar los campos y luego presionar el link Agregar

Al presionar **Agregar** se carga una grilla con el grupo familiar.

Luego de completar todos los campos de las pantallas anteriores, ingresá la fecha desde y hasta de la autorización:

PERÍODO DE AUTORIZACIÓN

Fecha Autorización Desde:

Fecha Autorización Hasta:

Finalizar

Se debe completar los campos y presionar agregar.

Al presionar **Finalizar** aparece el botón **Imprimir** que permite imprimir la autorización.

Autorización generada con éxito.

Imprimir

Paso 9 CONSULTA / REIMPRESIÓN AUTORIZACIÓN Accedés desde el Menú **Consulta / Reimpresión Autorización**. Aparece la siguiente pantalla

CONSULTA / REIMPRESION AUTORIZACIONES PROVISORIAS

INGRESAR NUMERO DNI

Sexo:

Tipo Documento: Nro. Documento:

✗

IMPORTANTE:

Debe ingresar el documento del titular al que se le extendió la autorización si desea buscar los siguientes (ingresar por separado cada documento del afiliado):

- TIERRA DEL FUEGO (IPAUS)
- En tránsito si la autorización se le extendió al afiliado directo.
- Para Beneficiarios en otra situación del tipo "Beneficiarios con domicilio permanente en zona limítrofe que, por razones de distancia, debe requerir prestaciones fuera de la jurisdicción de su Obra Social de origen".
- Derivación.

Se debe seleccionar, el sexo, tipo documento, ingresar el número de documento y presionar buscar.

Al presionar **Buscar** aparece, de tenerlo, el historial con todas las autorizaciones del afiliado. El sistema permite seleccionar la que se desea volver a imprimir.

Historial de Autorizaciones para el DNI Ingresado.:

Habilitado Por	Provincia	Delegación	Región	Tipo Habilitación	Fecha Autorización Desde	Fecha Autorización Hasta	Seleccionar
CSS	SANTA CRUZ	BERAZATEGUI	LOMAS DE ZAMORA	CARTA DE BENEFICIARIOS EN OTRA SITUACION	01/01/2014	31/01/2014	Seleccionar

Seleccione al Autorización que quiera consultar y/o reimprimir.

Nro. Afiliado:

Apellido y Nombre:

Fecha Nacimiento:

Hacer clic sobre la autorización que se quiere imprimir.

Al hacer clic aparecen los **datos de la autorización** y el botón **Imprimir**.

CONSULTAS

Accedés desde el Menú **Consultas**. La pantalla permite la selección del criterio de consulta. (Región, Delegación, Tipo de habilitación, Habilitado por y estado).

CONSULTAS AUTORIZACIONES PROVISORIAS

Región:

Delegación:

Tipo Habilitación:

Habilitado Por:

Estado:

Fecha Carga Desde: Fecha Carga Hasta:

(dd/mm/aaaa)

✗

Seleccionar criterio de búsqueda y presionar Buscar.

Al presionar **Buscar** aparece la siguiente pantalla:

Región	Delegación	Habilitado Por	Provincia	Tipo Habilitación	Tipo Benef. Otra Situación	Fecha Aut. Desde	Fecha Aut. Hasta	Nro. Afiliado	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Nombre	Fecha Nac.	Sexo	Fecha Carga	Usuario Carga
LOMAS DE ZAMORA	BERAZATEGUI CSS		SANTA CRUZ	CARTA DE BENEFICIARIOS EN OTRA SITUACION	Beneficiarios con domicilio permanente en zona limítrofe que, por razones de distancia, debe requerir prestaciones fuera de la jurisdicción de su Obra Social de origen.	01/01/2014	31/01/2014	222233445500	DNI	22334455	Afiliado de prueba	01/02/1949	FEMENINO	06/11/2014	prog66lc

Imprimir

Hacer clic para imprimir los datos resultantes.

PROCESO DE IMPRESIÓN

Una vez presionado **Imprimir** en cualquiera de las pantallas aparece la siguiente ventana:



Los pasos a seguir para efectuar impresión son:
Posicionarte sobre el combo

siguient **Seleccionar un formato** Exportar

Paso 1: Seleccionar un formato. Es conveniente seleccionar formato PDF.

Seleccionar un formato Exportar
Seleccionar un formato
Excel
Archivo PDF de Acrobat

Paso 2: Clickear sobre **Exportar**.

Paso 3: Aparecerá la siguiente pantalla de Descarga de archivos, donde cliquearemos sobre **Abrir**, para efectivizar el paso a la impresión.

Se adjuntan las planillas

1. / CARTA EN TRÁNSITO / Provincias de Córdoba y Santa Fe



Afiliado a IOMA

CARTA EN TRÁNSITO / Provincias de CÓRDOBA Y SANTA FE

Conste que el Sr/Sra _____
domiciliado en _____
acredita su afiliación a este IOMA en carácter de afiliado directo / indirecto n° _____
haciéndose extensivos dichos beneficios a:

DNI	NOMBRE Y APELLIDO	N° de Afiliado

BENEFICIARIO EN TRÁNSITO

Es aquel que circunstancialmente se encuentra en jurisdicción de la Obra Social signataria que no es la suya de origen.
COBERTURA / El mismo está autorizado para hacer uso de los servicios médico asistenciales convenidos, por lo tanto está autorizado/a para hacer uso de los servicios médico asistenciales convenido que pudiera necesitar, **con exclusión de las prestaciones programadas.**

Déjase expresa constancia que este IOMA tomará a su cargo los gastos originados en la prestación que se demande, en los límites y condiciones establecidos por los nomencladores de Prestaciones vigentes, las reglamentaciones de las prestadoras en concordancia con el régimen de cobertura de la misma.

Se extiende la presente en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ de 20____,
con **validez hasta** ____ / ____ / ____ y para ser presentada ante las provincias abajo mencionadas, donde se informará del trámite a seguir a fin de recibir los servicios que necesitare.

PROVINCIA	OBRA SOCIAL	DOMICILIO	TELÉFONOS
CÓRDOBA	A.P.R.O.S.	M.T. de Alvear 758	(0351)468-9462 Convenios
SANTA FÉ	I.A.POS.	San Martín 3145	(0342)410-1853 int 36250

Sello Dirección Regional o Delegación

Firma y Sello responsable IOMA



Afiliado al IOMA

CERTIFICADO PARA TIERRA DEL FUEGO

La Dirección Regional de _____ del Instituto de Obra Médico Asistencial certifica por la presente que la/s persona/s abajo descripta/s es/son afiliado/s al mismo:

DNI	NOMBRE Y APELLIDO	N° de Afiliado

Los Afiliados citados se encuentran autorizados a recibir prestaciones en Tierra del Fuego en el marco de la Re. N° 1332/02 del Honorable Directorio de este IOMA, debiendo ser facturadas a éste por el sistema de PAGO POR ACTO MÉDICO.

Obra Social **O.S.E.F.** Domicilio **Alfonsina Storni 2147** Teléfonos **(02901) 423064/73**

La presente autorización tiene validéz hasta el ___ / ___ / ___.

Se extiende la presente autorización en la ciudad de _____ de la Provincia de Buenos Aires a los ___ días del mes de _____ de 20___.

Sello Dirección Regional o Delegación

Firma y Sello responsable IOMA

3. / CARTA DE PRESENTACIÓN PARA AFILIADOS EN TRÁNSITO



Afiliado a IOMA

CARTA DE PRESENTACIÓN PARA AFILIADOS EN TRÁNSITO

No válido para las provincias de Córdoba, Santa Fe y Tierra del Fuego

Conste que el Sr/Sra _____
domiciliado en _____
acredita su afiliación a IOMA en carácter de afiliado directo / indirecto n° _____
haciéndose extensivos dichos beneficios a:

DNI	NOMBRE Y APELLIDO	N° de Afiliado

BENEFICIARIO EN TRÁNSITO

Es aquel que circunstancialmente se encuentra en jurisdicción de la Obra Social signataria que no es la suya de origen. **COBERTURA** / El mismo está autorizado para hacer uso de los servicios médico asistenciales convenidos cuando por **razones de urgencia, sea por accidente o circunstancias graves imprevisibles, debidamente acreditadas, determinen su INTERNACIÓN.**

En todos los casos, a los beneficiarios en tránsito, se les cubrirá solamente los medicamentos y prestaciones emergentes de la misma.

Déjase expresa constancia que este IOMA tomará a su cargo los gastos originados en la prestación que se demande, en los límites y condiciones establecidos por los Nomencladores de Prestaciones vigentes, las reglamentaciones de las prestadoras en concordancia con el régimen de cobertura de la misma.

Se extiende la presente en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 20____,
con validez hasta ____ / ____ / ____ y para ser presentada ante las provincias abajo mencionadas, donde se informará del trámite a seguir a fin de recibir los servicios que necesitare.

PROVINCIA	OBRA SOCIAL	DOMICILIO	TELÉFONOS
CATAMARCA	O.S.E.P.	Hernández de Pedraza y Pte Castillo	(0383) 485-0600
CORRIENTES	I.O.S.Cor.	San Juan 1060 2° Piso	(03794) 47-4587 - Fax 432241
CHACO	In.S.S.Se.P	9 de Julio 347	(0362) 441-4400 int 2211
CHUBUT	S.E.R.O.S.	Rivadavia 430	(0280) 448-2453/54/55
ENTRE RIOS	I.O.S.P.E.R.	Andrés Pasos 243	(0343) 420-4500
FORMOSA	I.A.S.E.P.	Moreno 1170	(03704) 429778
JUJUY	I.S.J.	Alvear 745	(02954) 433974
LA PAMPA	Se.M.Pre.	Av San Martín Oeste 129	(02954) 433974
LA RIOJA	A.P.O.S	Dorrego esq. Dalmacio V. Sarsfield	(0380) 447-0870/447-0805
MENDOZA	O.S.E.P.	Vicente Zapata 313	(0261) 461-5071
MISIONES	I.P.S.	Junín 177	(0376) 444-8674/8638
NEUQUÉN	I.S.S.N	Buenos Aires 353	(0299) 449-6300 int 6411
RIO NEGRO	I.Pro.S.S.	Roca 250	(02920) 420304
SALTA	I.P.S.	España 782	(0837) 432-3129
SAN JUAN	D.O.S.	Agustín Gnecco 360	(0264) 430-4300
SAN LUIS	D.O.S.E.P.	Ayacucho y Chacabuco	(02664) 42-4435/43-9804
SANTA CRUZ	C.S.S.	Chacabuco 60. Río Gallegos	(02966) 42-0946
TUCUMÁN	I.P.S.S.	Las Piedras 530 1° piso	(0381) 450-7824
SANTIAGO DEL ESTERO	I.O.S.E.P.	9 de julio 359	(0385) 424-2900

Sello Dirección Regional o Delegación

Firma y Sello responsable IOMA

SISTEMA/ AUTORIZACIONES PROVISORIAS DE AFILIADOS

Solicitá las claves de acceso, por mail a las siguientes direcciones:

soporte@ioma.gba.gov.ar / con copia a laura@ioma.gba.gov.ar

- Para consultas por problemas en la aplicación comunícale a los internos **975 ó 242**

- Para consultas por problemas de circuito o administrativos comunícale al interno **951**

ó a la dirección de correo - aficonvrec@ioma.gba.gov.ar

Mayo 2018