

AÑO 2023

NOTA MÚLTIPLE N° 144

La Plata, 29 de Mayo de 2023.

Señor  
Presidente de la  
Entidad Primaria

Nos dirigimos a usted con el fin de informar lo siguiente:

**PUNTO ÚNICO: INSSJyP – INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS -VETERANOS DE GUERRA– Código de OS 800-: Cambio de operat**  
**ria de autorización.**

Se comunica a las Entidades Primarias que, a partir del 1° de junio del corriente, las prestaciones para la obra social de referencia se deberán facturar con los bonos originales emitidos por INSSJyP (Ver Anexo I), los cuales deben tener fecha de impresión de no más de 60 días anteriores a la práctica o consulta, **dejando sin efecto la utilización del sistema Fol2PM.**

Los bonos originales, tanto las “OP” (Ordenes de Prestación), como los de “Consultas” y “Prácticas”, tienen que estar completos en todos sus campos, sin excepción, con los siguientes datos:

- Nombre del Prestador.
- Número de beneficiario, completo, sin errores incluidos el grado de parentesco, colocar los 12 (doce) números de beneficiario y separados con barra invertida los dos (2) números de parentesco.
- Apellido y Nombre del afiliado atendido.
- Número de Documento de Identidad
- Fecha de prestación, consignando día, mes y año.
- Consignar el diagnóstico presuntivo y/o definitivo, según corresponda.
- Firma y sello del médico que solicitó la prestación.
- Firma y sello del profesional especialista que realizó dicha prestación.
- Firma aclaratoria del afiliado o familiar, brindado conformidad a la prestación efectuada. Esta firma deberá ser solicitada sin excepciones, al finalizar la prestación o al alta, en caso de internaciones.
- Detallar en forma clara y legible, la/s prestación/es solicitada/s por el profesional que prescribe.

Si la prescripción está confeccionada en un comprobante aparte, el mismo tiene que tener todos los datos ya expresados anteriormente. Y deberá abrochar el bono correspondiente con la transcripción de lo prescripto.

- En los casos de estudios además del bono original debidamente confeccionado y firmado, se deberá adjuntar el informe o resultado del estudio respectivo.
- En los casos de internaciones de mediana o alta complejidad, además de bono original debidamente confeccionado y firmado, se deberá presentar, una fotocopia completa de la Historia Clínica y/o Protocolo quirúrgico.
- En los casos presupuestados, además del bono original debidamente confeccionado y firmado, se deberá presentar el “Presupuesto Original” autorizado por el Instituto y toda la documentación correspondiente que avale y justifique su realización.

**NOTA.** No se reconocerán los bonos tachados o enmendados sin salvar, y con faltante de algunos de los requisitos precedentes. Los bonos deben ser originales, no se aceptan fotocopias.

**Sede Central**

Calle 5 N°473 (B1902CKS) La Plata  
Tel (0221) 439-1300 (Líneas Rotativas)  
Fax (0221) 439-1375  
Mail sec-me@femeba.org.ar

**Oficina Capital Federal**

Av. Belgrano N°1225  
(C1093AAA) C.A.B.A.  
Tel/Fax (011) 4383-4467/4490  
Mail dcapital@femeba.org.ar

Para las re-factuaciones se deberá cumplir en estos casos con los siguientes requisitos:

- Presentar una nota dirigida al INSSJyP solicitando su revisión, con los motivos fundados en cada caso, que valide el proceso de verificación.
- Expresar en dicha nota el número de expedientes de origen, el período facturado y el número de factura original.
- Presentar nueva factura por el monto re-facturado.
- Adjuntar fotocopia del detalle o nota de débito con la descripción del débito efectuado por el Instituto oportunamente.

**NOTA.** No se aceptará re-facturación de un débito total.

A continuación, se detallan las características principales que no sufren modificaciones.

- Están incorporadas las Entidades Primarias que no cuenten con convenio con el INSSJyP.
- Pago por prestación.
- Aranceles IOMA Totales según categoría del profesional actuante – el afiliado no abona copago alguno.
- En las prestaciones video asistidas no se encuentra habilitada la facturación del derecho de aparatología.
- El convenio contempla la totalidad de las prácticas incluidas en el convenio de IOMA (Capitado y Acto Médico).
- Las autorizaciones de prestación tienen una vigencia de 30 días para su efectivización (entre la fecha de prescripción y la fecha de realización de la práctica).
- La facturación deberán incluir las prestaciones realizadas en ambulatorio durante los sesenta (60) días anteriores al mes de presentación. Ejemplo en el mes de Julio, se pueden incluir prestaciones de Mayo y Junio, mientras que en internación el plazo se extiende a noventa (90) días.

Sin otro particular, nos despedimos de usted atentamente.

Dr. Sandro Scafati  
Secretario de Gobierno



**Sede Central**


Calle 5 N°473 (B1902CKS) La Plata  
Tel (0221) 439-1300 (Líneas Rotativas)  
Fax (0221) 439-1375  
Mail sec-me@femeba.org.ar

**Oficina Capital Federal**


Av. Belgrano N°1225  
(C1093AAA) C.A.B.A.  
Tel/Fax (011) 4383-4467/4490  
Mail dcapital@femeba.org.ar

ANEXO I

N° Prestador: 4051

Titular TALAMONI GUSTAVO RUBEN N° Beneficio 430001021008 Grado Parentesco <input type="checkbox"/> N° ORDEN PRÁCTICA <b>A-0371-3281</b>  Comprobante para el prestador	Titular TALAMONI GUSTAVO RUBEN N° Beneficio 430001021008 Grado Parentesco <input type="checkbox"/> UGL 09-SAN MARTIN Prestador <u>HIBA</u> Apellido y Nombre del Beneficiario <u>Pessotto DINA</u> Diagnóstico <u>gonalgia</u> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FECHA</th> <th>CÓDIGO-DESCRIPCIÓN</th> <th>CANT.</th> <th>FECHA</th> <th>CÓDIGO-DESCRIPCIÓN</th> <th>CANT.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 29/03</td> <td>Radiografía Rodilla Izq</td> <td>1</td> <td>4</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Fuente, perfil y axial</td> <td></td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td>6</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> FIRMA BENEFICIARIO <u>[Firma]</u> FIRMA MÉDICO <u>[Firma]</u> MATRÍCULA Y SELLO Médico Mat. Nac. 186528 FIRMA Y SELLO PRESTADOR Dr. J. Martín Robellino Jefe del Servicio de Diagnóstico por Imágenes (MN 102851)	FECHA	CÓDIGO-DESCRIPCIÓN	CANT.	FECHA	CÓDIGO-DESCRIPCIÓN	CANT.	1 29/03	Radiografía Rodilla Izq	1	4			2	Fuente, perfil y axial		5			3			6			<b>PRÁCTICA</b> <b>A-0371-3281</b> Veteranos de Guerra Domicilio <u>Riobamba 823, San Isidro</u> Tipo y Número de Documento <u>DNI 10106365</u>
FECHA	CÓDIGO-DESCRIPCIÓN	CANT.	FECHA	CÓDIGO-DESCRIPCIÓN	CANT.																					
1 29/03	Radiografía Rodilla Izq	1	4																							
2	Fuente, perfil y axial		5																							
3			6																							

Fecha y Lugar de Impresión 23-02-2023 UGL VII - SAN MARTIN (08)
Usuario Impresión U57550 - CUBERO ALEJANDRO RUBEN

Titular MACRI OSVALDO LUIS N° Beneficio 436600242209 Grado Parentesco <input type="checkbox"/> N° ORDEN CONSULTA <b>A-0368-7642</b>  Comprobante para el prestador	Titular MACRI OSVALDO LUIS N° Beneficio 436600242209 Grado Parentesco <input type="checkbox"/> UGL 38-CHIVILCOY Prestador <u>Hospital Italiano</u> Apellido y Nombre del Beneficiario <u>Legizamon Emilia</u> Tipo de Consulta <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Consultorio <input checked="" type="checkbox"/> Horario <input type="checkbox"/> Diurno <input checked="" type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Diagnóstico <u>hipertensión arterial refractaria</u> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FECHA</th> <th>CÓDIGO-DESCRIPCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>29/03</td> <td>420101 consulta Médica</td> </tr> </tbody> </table> FIRMA BENEFICIARIO <u>[Firma]</u> FIRMA MÉDICO <u>[Firma]</u> MATRÍCULA Y SELLO Dr. ROJAS MÁTAS CARLOS MAT. 53424 CARDIOLOGÍA INTERVENCIÓNISTA FIRMA Y SELLO PRESTADOR Dr. ROJAS MÁTAS CARLOS MAT. 53424 CARDIOLOGÍA INTERVENCIÓNISTA	FECHA	CÓDIGO-DESCRIPCIÓN	29/03	420101 consulta Médica	<b>CONSULTA</b> <b>A-0368-7642</b> Veteranos de Guerra Domicilio <u>Espejon 450</u> Tipo y Número de Documento <u>DNI 18201476</u>
FECHA	CÓDIGO-DESCRIPCIÓN					
29/03	420101 consulta Médica					

Fecha y Lugar de impresión 10-01-2023 AGENCIA SALTO (38)
Usuario Impresión U65643 - LETICIA PIERANGELO