

ANEXO  
DESCRIPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN

Índice

|   |   |
|---|---|
| 1. Credencial .....                             | 2 |
| 2. Constancia de Credencial en Trámite .....    | 3 |
| 3. Cupón JS .....                               | 4 |
| 4. Prescripción Médica .....                    | 5 |
| 5. Expediente de Autorización Ambulatorio ..... | 6 |

## 1. Credencial



**La Credencial** es de color **AZUL** con el logo en color Azul y Verde, conteniendo los datos:

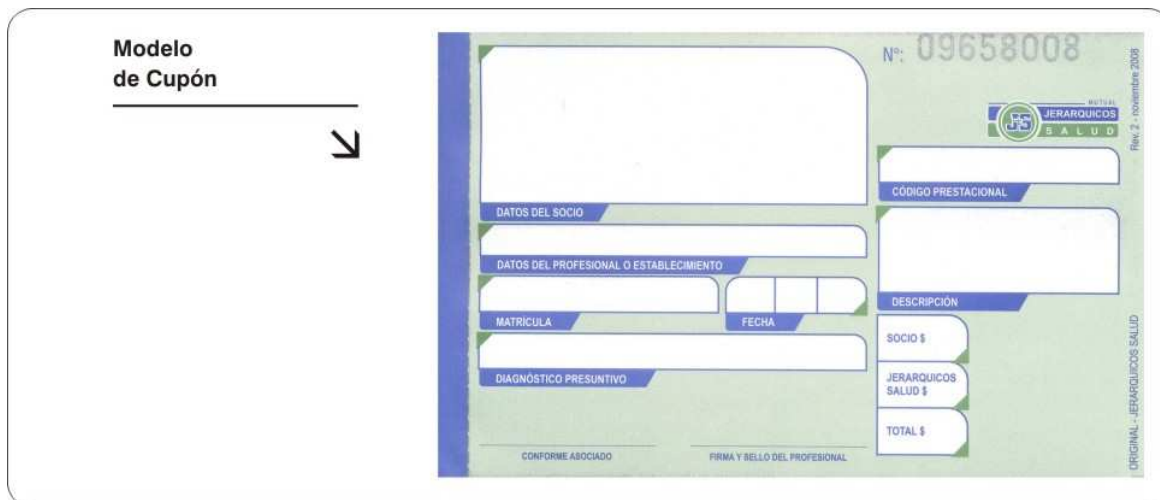
- Número de Socio
- DNI
- Plan de Salud, acompañado de las iniciales **JS**
- Fecha de Activación y Vencimiento
- Nombre y Apellido

## 2. Constancia de Credencial en Trámite

|   |   |
|---|---|
| <p>ASOCIACION MUTUAL DEL PERSONAL JERARQUICO DE BANCOS OFICIALES NACIONALES</p> <hr/> <p>La Sra./Srta. <b>VASO, AGUSTINA</b> ; D.N.I.: <b>55.555.555</b>; Fecha Nac.: 06/01/2003, es socio activo del Plan 'PMI 2886', de esta entidad registrando el N° de Socio: <b>99804-2</b>, con fecha de activación <b>01/12/2010</b> .</p> <p>Certificamos que el afiliado posee en trámite la <b>CREDECIAL</b>.</p> <p>Se extiende la presente para ser presentada ante quien corresponda.</p> <p>(Nota: - El profesional deberá completar el cupón de consulta con los datos del afiliado resaltados en <b>negrita</b>.<br/>- Este certificado tendrá validez únicamente cuando el asociado presente el documento que acredite su identidad.)</p> <p>Válido hasta el 15/01/2011 inclusive.-</p> <hr/> <p>Santa Fe, 06 de Diciembre del 2010.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"><div style="text-align: center;"></div><div style="text-align: center;"><br/>-----<br/>Andrea Dalmasso</div></div> | <p>MUTUAL<br/>JERARQUICOS<br/>S A L U D</p> |
|---|---|

### 3. Cupón JS

Modelo de Cupón



The diagram shows a sample 'Cupón JS' form. The form is titled 'Modelo de Cupón' with an arrow pointing to the sample. The sample form has a header with the number 'Nº: 09658008' and the logo 'MUTUAL JERARQUICOS SALUD' with 'Rev. 2 - noviembre 2010' written vertically. The form is divided into several sections: 'DATOS DEL SOCIO', 'DATOS DEL PROFESIONAL O ESTABLECIMIENTO', 'MATRICULA', 'FECHA', 'DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO', 'CÓDIGO PRESTACIONAL', 'DESCRIPCIÓN', 'SOCIO \$', 'JERARQUICOS SALUD \$', and 'TOTAL \$'. At the bottom, there are lines for 'CONFORME ASOCIADO' and 'FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL'. On the right side, there is a vertical label 'ORIGINAL - JERARQUICOS SALUD'.

El Cupón JS, deberá contener los siguientes datos:

- Datos del Socio contenidos en la Credencial
- Fecha de realización de la prestación
- Datos del profesional o establecimiento
- Diagnóstico presuntivo
- Firma del Socio
- Firma y Sello del Profesional

#### 4. Prescripción Médica

|  |  |
|--|--|
| Gustavo@yahoo.com.ar Fax: 03466-495243<br><br>ASOCIACION MUTUAL DEL PERSONAL JERARQUICO DE BANCOS OFICIALES NACIONALES              |  |
| Mauricio González<br>Jerarquicos Salud - Afiliado 3506/00  |  |
| Solicito<br>Ecografía de Abdomen<br>(18.01.12)<br>Diagnóstico: Distensión Abdominal  |  |
| 22/02/07<br><br>DR. JOSÉ M. F. ARBELLANO<br>M.D. - C.A. - F.O. - L.P.<br>AGENTIA MEDICA<br>JERARQUICOS SALUD<br>S.M.P. - I.B.O.A.I. |  |
| Tel. (0342) 450 - 4800 (Líneas rotativas) 0800 555 4844<br>informes@jerarquicosasalud.com.ar<br>www.jerarquicosasalud.com.ar   | Av. Facundo Zuviría 4504<br>Santa Fe - C.P.A. 53002 ERU<br>República Argentina |

**REFERENCIA DE PRESCRIPCION MEDICA**

**La Prescripción Médica** deberá contener los siguientes datos:

- Datos del Socio (Nombre y Apellido, N° de Socio)
- Descripción de la práctica solicitada
- Código de la práctica
- Diagnóstico presuntivo
- Fecha
- Firma y Sello del profesional

**5. Expediente de Autorización Ambulatorio**

| Respuesta a: Nombre Socios                                   |          | Fig.: AUTORIZACIONES ESPECIALES-   |   | Teléfono: (0342) 4560067                   |  |
|--|----------|--|---|--|--|
| JERARQUICOS SALUD - Autorización de Prestaciones - 2.266.924 |          |  |  |  |  |
| Socio M*: XXXX - XX Nombre Socios                            |          | Plan: PMI  |   | Prescripción: 18/04/2009 Carga: 20/04/2009 |  |
| Cant.  | Código   | Descripción  | Resolución  |  |  |
| 1  | 66.11.86 | SCREENING NEONATAL (TSH NEONATAL, FELANINA Y TIR - BIOTINIDASA, GALACTOSEMIA Y 17-HO-PROGESTERONA) | AUTORIZADO  |  |  |
| 1  | 66.04.88 | GRUPO SANGUINEO  | AUTORIZADO  |  |  |
| 1  | 66.08.18 | FACTOR RH  | AUTORIZADO  |  |  |
| 4  | 66.27.22 | NEONATAL (TIR-TRIPOLINA-IMMUNOREACTIVA) OCS-SENING   | RECHAZADO NO FACTURAR   |  |  |
| 4  | 66.27.29 | NEONATAL (BIOTINIDASA) OCS-SENING  | RECHAZADO NO FACTURAR   |  |  |
| 4  | 66.27.24 | NEONATAL (17-OH-HIDROXIPROGESTERONA) OCS-SENING  | RECHAZADO NO FACTURAR   |  |  |
| 4  | 66.27.26 | NEONATAL (GALACTOSEMIA) OCS-SENING   | RECHAZADO NO FACTURAR   |  |  |

E-MAIL

Nota: Incluidos en screening neonatal ampliado.

  
 -----  
 Silvia Fernandez

Para completar por el Profesional o Establecimiento:

Datos: .....

Domicilio: .....

Matrícula: ..... Fecha: ..... / ..... / ..... Firma Profesional o Responsable ..... Combiné Asociado .....

Sr. Profesional o Establecimiento: Para facturar remitir a JERARQUICOS SALUD el presente formulario con la orden de práctica original. No se requiere cupón.

Sr. Socio: Este formulario reemplaza al cupón. Este Fax será entregado al Profesional o Establecimiento con la Orden de Prestación original, que obra en su poder.

Estimado socio:  
 Recuerde las Normas que Ud. tiene que cumplir para que las resoluciones de Auditoría Médica sean más ágiles:  
 -Remitir la orden como le comunicamos en el objeto la formato de Marzo/07.-  
 -Cuando le prescriba una práctica que se repite durante el año prestacional en la justificación de la repetición y resultado de la anterior autorizada.-  
 -Ante la solicitud de una Tomografía, Resonancia Magnética, Pruebas; debe evaluar la Historia Clínica correspondiente y tomarse cuenta el punto anterior.  
 -Ante la novedad de un embarazo recién detectado y ante el pedido de la Primera rutina de control debe evaluar el respectivo Certificado de Embarazo.-

En el caso de no cumplimentar con dichos requerimientos Auditoría Médica solicitará la documentación faltante, la cual deberá ser enviada dentro de las 48 horas de la recepción del reclamo correspondiente. De no realizarse esto, se entenderá que ha desistido del pedido de la práctica solicitada, en cuyo caso se procederá al Rechazo y Devolución de la misma.

**- COPIA - Nro: 1**

Fecha: 18/04/2009 Hora: 11:03:45 Página: 1 de 1

El **Expediente de Autorización Ambulatorio** deberá contener los siguientes datos:

- Datos del Profesional o Establecimiento
- Firma y Sello del Profesional
- Firma de conformidad del Socio