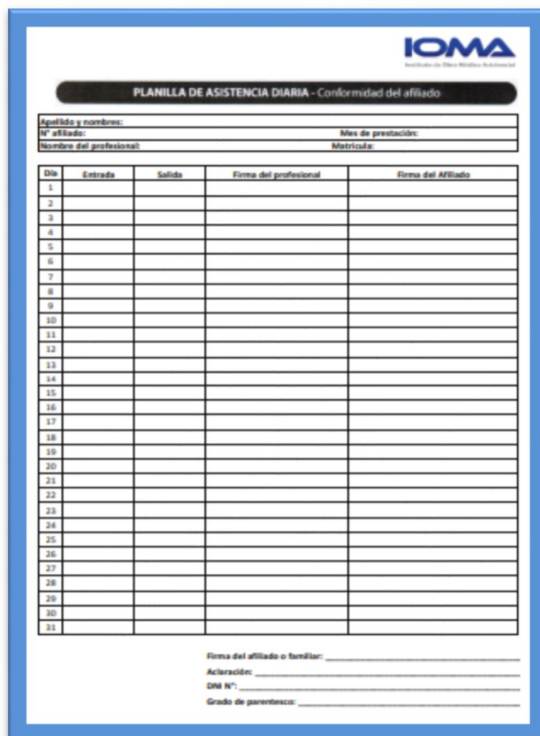


## PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA – INST. A

En este instructivo se detalla como completar correctamente la planilla de asistencia diaria por parte de los prestadores de servicio a Intersan Salud SA, así como también los familiares de los pacientes que dan su conformidad por la prestación.

Hay solo dos tipos de planilla de asistencia diaria que se utilizan según corresponda a la obra social del paciente, se ejemplifica a continuación:



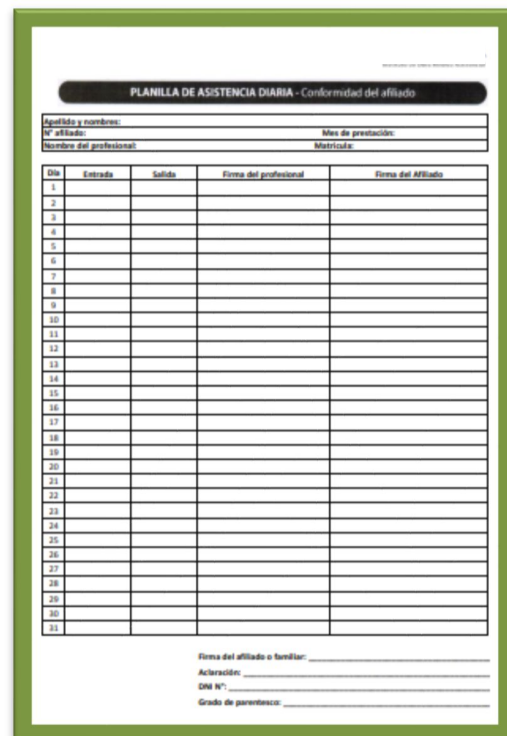
**PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA - Conformidad del afiliado**

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_  
 N° afiliado: \_\_\_\_\_ Mes de prestación: \_\_\_\_\_  
 Nombre del profesional: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Día	Entrada	Salida	Firma del profesional	Firma del Afiliado
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Firma del afiliado o familiar: \_\_\_\_\_  
 Aclaración: \_\_\_\_\_  
 DNI N°: \_\_\_\_\_  
 Grado de parentesco: \_\_\_\_\_

**PLANILLA PARA IOMA**



**PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA - Conformidad del afiliado**

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_  
 N° afiliado: \_\_\_\_\_ Mes de prestación: \_\_\_\_\_  
 Nombre del profesional: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Día	Entrada	Salida	Firma del profesional	Firma del Afiliado
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Firma del afiliado o familiar: \_\_\_\_\_  
 Aclaración: \_\_\_\_\_  
 DNI N°: \_\_\_\_\_  
 Grado de parentesco: \_\_\_\_\_

**PLANILLA PARA OTRAS OBRAS SOCIALES**

**Antes de comenzar a explicar cómo completar las planillas es importante aclarar varios puntos importantes sobre estas planillas:**

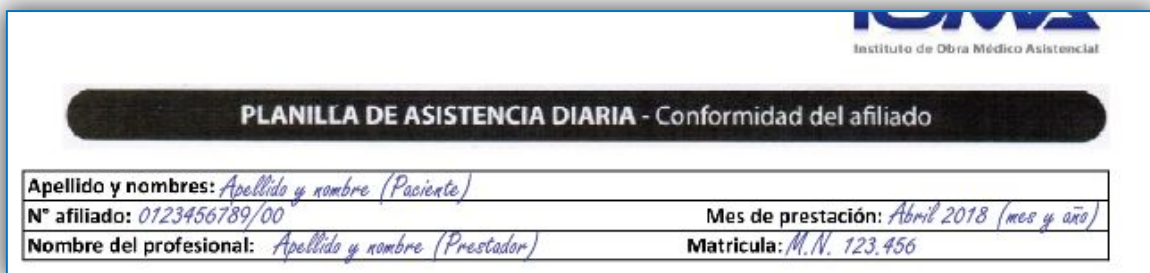
- Las planillas son declaraciones juradas de carácter legal.
- Solo pueden ser presentadas las planillas que están representadas arriba, y la planilla debe estar impresa de forma entera y legible, deben ser completadas con lapicera.
- No se puede usar corrector, ni tachar o borrar de alguna forma.
- Se debe usar una única firma por persona y la cual tiene que ser la misma en todas las planillas presentadas tanto por el prestador como por el paciente.
- Las planillas se completan por periodos que inician el día 26 y finalizan el día 25 del mes siguiente, cuando hay prestaciones en ambos meses se usan dos planillas, es importante entregar las planillas antes que finalice el mes prestado con la factura correspondiente.

## 1) INFORMACION A COMPLETAR EN LA PLANILLA

*Estas planillas se dividen en tres partes:*

5. Información sobre el paciente y el prestador.
6. Información sobre la prestación y su conformidad.
7. Información sobre el familiar que da la conformidad.

### A) Información sobre el paciente y el prestador.



**IOMA**  
Instituto de Obra Médico Asistencial

**PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA - Conformidad del afiliado**

<b>Apellido y nombres:</b> <i>Apellido y nombre (Paciente)</i>	
<b>N° afiliado:</b> <i>0123456789/00</i>	<b>Mes de prestación:</b> <i>Abril 2018 (mes y año)</i>
<b>Nombre del profesional:</b> <i>Apellido y nombre (Prestador)</i>	<b>Matricula:</b> <i>M.N. 123.456</i>

*Los datos que deben ser ingresados en el rotulo superior son los siguientes:*

- **Apellido y nombre:** Apellido y nombre del paciente completos.
- **N° afiliado:** Numero del afiliado el cual en IOMA se compone de diez cifras, una barra y dos cifras, en algunos casos con una letra delante.
- **Mes de prestación:** mes y año de la prestación.
- **Nombre del profesional:** Apellido y nombre del prestador del servicio.
- **Matricula:** Número de matrícula del prestador si tuviese.

*Observaciones a tener en cuenta:*

- Deben estar completos todos los datos a excepción del número de matrícula en los casos que no corresponda.
- Una planilla solo puede corresponder a un mes calendario de prestación, siendo ERRONEO poner por ejemplo (marzo-abril 2018).
- Escribir todos los nombres y apellidos que correspondan al paciente y prestador

## B) Información sobre la prestación y su conformidad.

Día	Entrada	Salida	Firma del profesional	Firma del Afiliado
1	8:10	10:40	Dr. Lic. Apellido y Nombre Especialidad M.N./M.P. 123.456	<i>[Firma]</i>
2				
3	8:30	11:00	Dr. Lic. Apellido y Nombre Especialidad M.N./M.P. 123.456	<i>[Firma]</i>
4				
5	8:00	10:30	Dr. Lic. Apellido y Nombre Especialidad M.N./M.P. 123.456	<i>[Firma]</i>
6	8:50	11:20	Dr. Lic. Apellido y Nombre Especialidad M.N./M.P. 123.456	<i>[Firma]</i>
7				
8	8:00	10:30	Dr. Lic. Apellido y Nombre Especialidad M.N./M.P. 123.456	<i>[Firma]</i>
9				
10				
11	8:10	10:40	Dr. Lic. Apellido y Nombre Especialidad M.N./M.P. 123.456	<i>[Firma]</i>
12				
13	8:30	11:00	Dr. Lic. Apellido y Nombre Especialidad M.N./M.P. 123.456	<i>[Firma]</i>
14				
15	8:00	10:30	Dr. Lic. Apellido y Nombre Especialidad M.N./M.P. 123.456	<i>[Firma]</i>
16	8:50	11:20	Dr. Lic. Apellido y Nombre Especialidad M.N./M.P. 123.456	<i>[Firma]</i>
17				
18	8:00	10:30	Dr. Lic. Apellido y Nombre Especialidad M.N./M.P. 123.456	<i>[Firma]</i>
19				
20	8:10	10:40	Dr. Lic. Apellido y Nombre Especialidad M.N./M.P. 123.456	<i>[Firma]</i>
21				
22	8:00	10:30	Dr. Lic. Apellido y Nombre Especialidad M.N./M.P. 123.456	<i>[Firma]</i>
23	8:50	11:20	Dr. Lic. Apellido y Nombre Especialidad M.N./M.P. 123.456	<i>[Firma]</i>
24				
25	8:00	10:30	Dr. Lic. Apellido y Nombre Especialidad M.N./M.P. 123.456	<i>[Firma]</i>
26				
27				
28				
29				
30				
31				

*Los datos que deben ser ingresados son los siguientes:*

- **DIA:** indica el número del día que se prestó el servicio al completar la fila y firmarla.
- **ENTRADA:** Indicar el horario de inicio de la prestación, debe ser indicada en números y formato hora, (hora:minutos).
- **SALIDA:** Indicar el horario de finalización de la prestación del mismo modo que en ENTRADA.
- **FIRMA DEL PROFESIONAL:** El prestador debe firmar y sellar cada uno de los días que se brindó el servicio en la fila correspondiente que indica el número del día.
- **FIRMA DEL AFILIADO:** El familiar del afiliado debe firmar cada una de las prestaciones otorgadas en la fila correspondiente al día de prestación, dando la conformidad del servicio.

### *Observaciones a tener en cuenta:*

- La prestación debe ser plasmada en la planilla completando la fila que corresponda en la grilla según el día de la prestación, siendo esta por ej. el día 5, se indicaría en la quinta fila.
- Cada fila en la cual se haya realizado una prestación debe estar completa en sus 4 columnas: horario de entrada, horario de salida, firma del prestador y sello (a excepción de que sea un cuidador que no sella), y firma del familiar del paciente.
- Solo puede firmar un único familiar por planilla, en los casos que no esté disponible y sea otra persona quien firme debe usarse otra planilla para poder así firmar el rotulo inferior.
- En caso que haya más de una prestación diaria los mismos días, se debe usar una hoja aparte o más, ya que cada hoja permite indicar un solo horario de visita.

### C) Información sobre el familiar que da la conformidad.

<b>Firma del afiliado o familiar:</b> <u>AS</u>		
<b>Aclaración:</b> <u>Apellido y nombre (Familiar)</u>		
<b>DNI N°:</b> <u>12.345.678</u>		
<b>Grado de parentesco:</b> <u>Hijo/Padre/Primo/Tio/hermano/abuelo/nieto/etc.</u>		

*Los datos que deben ser ingresados en el rotulo inferior son los siguientes:*

- **Firma del afiliado o familiar:** Firma del familiar que da la conformidad sobre la prestación del servicio y la única persona que corresponde que firme la conformidad del paciente en la grilla.
- **Aclaración:** Apellido y nombre del familiar que firma la planilla.
- **DNI N°:** Numero de documento del familiar que firma la planilla
- **Grado de parentesco:** Indicar el parentesco del familiar con el paciente, por ejemplo: Tío, primo, hijo, abuelo, etc.

*Observaciones a tener en cuenta:*

- Los cuatros campos deben estar completos.
- El familiar debe firmar tanto en la grilla como en el rotulo con la misma firma, es importante aclarar que no pueden ser distintas.
- Quien firme como familiar debe ser pariente del paciente, quedando excluidos los cuidadores de turnos, acompañantes, o cualquier otra persona que no sea familiar del paciente.
- El paciente puede ser quien firme la conformidad en la planilla diaria de tener facultad para poder hacerlo.

## 2) Planillas de conformidad y consentimiento de IOMA.

La planilla de Conformidad y consentimiento de atención domiciliaria integral de IOMA, debe completarse en el renglón correspondiente a la prestación indicando el nombre y apellido del Prestador en la columna "DATOS DEL PROFESIONAL ACTUANTE", quien también deberá Firmar y Sellar en la columna "FIRMA DEL PROFESIONAL ACTUANTE" dentro del renglón correspondiente a su prestación y sus datos.

IOMA		3. PLANILLA DE CONFORMIDAD Y CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL					BA		
EMPRESA: INTERSAN SALUD SA		Módulo 1			Módulo 2			Módulo 3	
MODULO AUTORIZADO		1	2	3	4	MES: MES DE LA PRESTACION		AÑO: 2018	
PRESTACION	CANTIDAD		DATOS DEL PROFESIONAL ACTUANTE		FIRMA DEL PROFESIONAL ACTUANTE		FIRMA DEL AFILIADO O FAMILIAR RESPONSABLE		
Médico	4	v/m	APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO		Dr/Lic. Apellido y Nombre Escribir aquí el número de Matrícula Profesional M.N. 23.456		AB		
Médico especialista		v/m					AB		
Enfermería	3	v/d	APELLIDO Y NOMBRE DEL ENFERMERO		Dr/Lic. Apellido y Nombre Escribir aquí el número de Matrícula Profesional M.N. 23.456		AB		
Enfermería alta complejidad		h/d					AB		
Cuidador domiciliario	8	h/d	APELLIDO Y NOMBRE DEL CUIDADOR		Dr/Lic. Apellido y Nombre Escribir aquí el número de Matrícula Profesional M.N. 23.456		AB		
Kinesiología	3	s/s	APELLIDO Y NOMBRE DEL KINESIOLOGO				AB		

SUBMODULO AUTORIZADO			DATOS DEL PROFESIONAL ACTUANTE	FIRMA DEL PROFESIONAL ACTUANTE	FIRMA DEL AFILIADO O FAMILIAR RESPONSABLE
Fonoaudiología		s/s		Dr/Lic. Apellido y Nombre Escribir aquí el número de Matrícula Profesional M.N. 23.456	AB
Terapia Ocupacional	3	s/s	APELLIDO Y NOMBRE DEL PROF.		
Psicología		s/s			

### Observaciones a tener en cuenta:

- El apellido y nombre tiene que ser Legible y estar escrito en letra IMPRENTA MAYUSCULA.
- Se debe firmar y sellar en todos los casos excepto el cuidador.
- El sello debe ser legible el nombre del prestador, la prestación y el número de matrícula si tuviese, en caso de no leerse algo de esto, deberá volver a firmar y sellar en el Rotulo inferior de la hoja.
- No completar esta planilla nos impide cobrar la prestación y es motivo de retención del pago.

## 3) Débitos por omisión sobre lo informado.

Tras realizarse un debito por omitir alguna de los puntos antes mencionado, el prestador que esté interesado en cobrar el débito deberá presentar:

- Planillas diarias nuevas correspondiente a subsanar el débito.
- Nota de Crédito por el total del débito realizado.
- Factura nueva por el total de la diferencia que se refactura.

Es importante aclarar que la liquidación es realizada días antes del pago, por lo cual el débito es informado al momento de hacer los pagos, es por esto que en todos los casos y principalmente el de Profesionales los cuales se liquidan tras 45 días, controlar las planillas con el instructivo antes de entregarlas en la sucursal para **evitar demoras y contratiempos, tanto para el prestador como para la empresa.**