

**Prestador: AMEPLA.**

***Atención de Afiliados en el Marco de la Integración IOSE-DIBA-  
DIBPFA***

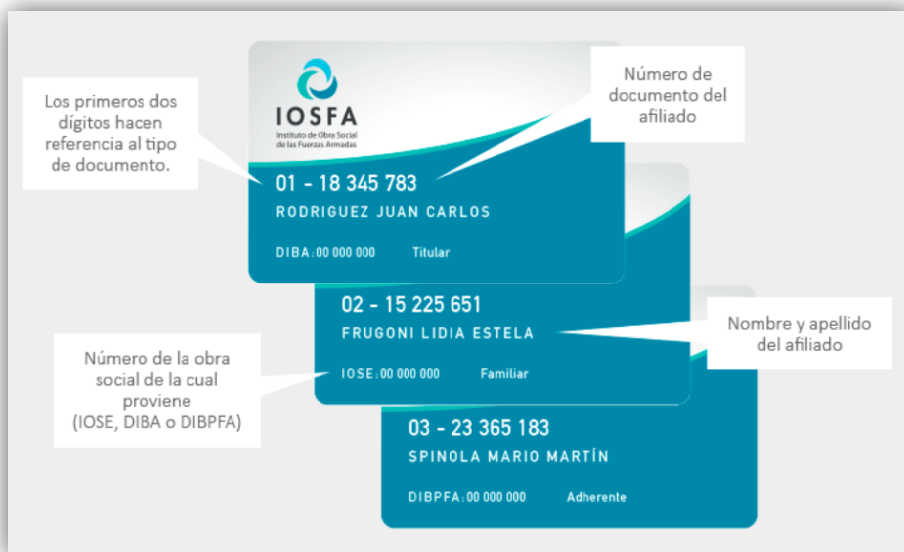
*Debido a que el Prestador posee Contrato con la Obra Social IOSE, el  
circuito administrativo será el establecido en el Contrato con la misma.*

***El administrador de este convenio es: DELEGACIÓN PROVINCIAL  
IOSE LA PLATA.***

## Procedimiento De Atención Afiliados IOSE – DIBPFA – DIBA

### 1. Presentación Del Afiliado:

Los afiliados podrán presentar, la credencial IOSE o la nueva credencial IOSFA. Credenciales válidas:



### 2. Consulta De Afiliados Online (Padrón Unificado)


Se podrá acceder vía internet a la PÁGINA WEB DE CONSULTA DE AFILIADOS y de esta manera conocer si un afiliado, por su DNI, se encuentra incluido en alguna de las tres OOS. El Padrón unificado se actualiza diariamente. (VER INSTRUCTIVO).

**Ordenes De Consulta Válidas:** Continuaran vigentes hasta tanto se unifiquen las siguientes órdenes:

ORDEN DE CONSULTA Nº <b>02966375</b>		ORDEN DE CONSULTA	
NUMERO DE AFILIADO	EDAD	<b>IOSE</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	AMBULATORIO	
APELLIDO Y NOMBRES			
TIPO DE CONSULTA:		CONSULTORIO <input type="checkbox"/>	DOMICILIO <input type="checkbox"/>
FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HORA <input type="text"/>
DIAGNOSTICO / CIE			
FIRMA Y ACLARACION DEL AFILIADO		FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL	
		MATRICULA - TIPO	
		FP 520-2011	

<b>DIBPFA</b> DIRECCION DE MANEJO DEL PERSONAL FUERZA ARMADA		"2212927950065725121095"	
		<b>CONSULTA MÉDICA BÁSICA Nº</b>	
		Consultas Médicas Categoría "A" - Únicas - Básicas	
		Consultas Odontológicas en Consultorio Código 01.01 y Urgencias 01.02	
		Nº : 16655745	
Afiliado	Edad:	Fecha	
669295		<input type="text"/>	
NO SE DEBE FOTOCOPIAR	DIAGNÓSTICO		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
Consultorio <input type="checkbox"/>			
Consulta en domicilio <input type="checkbox"/>			
Feriado <input type="checkbox"/>			
Firma, Sello y Matricula del Médico		Conformidad del Afiliado	
<small>El bono será requerido en el momento de la consulta y deberá ser conformado en todos sus ítems por el profesional tratante. El afiliado deberá firmar la conformidad correspondiente. No se deberá entregar más de un bono para cada consulta médica.</small>			

<b>DIBPFA</b> DIRECCION DE MANEJO DEL PERSONAL FUERZA ARMADA		"20421559265725121095"	
		<b>CONSULTA MÉDICA ESPECIAL Nº</b>	
		Consultas Médicas Categorías "B" y "C" - Especial: Consultas Profesionales Perifericas	
		Clínicas y Sanatorios C.A.B.A. y G.B.A. (sin derivación)	
		Otras Clínicas y Sanatorios del Interior determinadas por convenio	
		Nº : 16579621	
Afiliado	Edad:	Fecha	
669295		<input type="text"/>	
NO SE DEBE FOTOCOPIAR	DIAGNÓSTICO		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
Consultorio <input type="checkbox"/>			
Consulta en domicilio <input type="checkbox"/>			
Feriado <input type="checkbox"/>			
Firma, Sello y Matricula del Médico		Conformidad del Afiliado	
<small>El bono será requerido en el momento de la consulta y deberá ser conformado en todos sus ítems por el profesional tratante. El afiliado deberá firmar la conformidad correspondiente. No se deberá entregar más de un bono para cada consulta médica.</small>			

 <b>DIBA</b> Dirección de Salud y Acción Social de la Armada		DATOS DEL PRESTADOR			
		COMPROBANTE N°		NUMERO	
CODIGO	REGIONAL	DELEGACION			
DATOS DEL AFILIADO			CODIGO PRESTADOR ASIGNADO POR MANDATARIA		
NUMERO DE AFILIADO					
APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO			NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		
DOMICILIO		C.P.			
ORDEN PARA: <input type="checkbox"/> CONSULTA/PRÁCTICA MÉDICA <input type="checkbox"/> CONSULTA EN DOMICILIO <input type="checkbox"/> ODONTOLOGÍA (MARCAR LO QUE CORRESPONDA) <input type="checkbox"/> ALTA COMPLEJIDAD					
PARA LLENAR POR EL PROFESIONAL			MODULO/N.N.	CODIGO O.M.S.	
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO (MOTIVO DE CONSULTA - PRACTICA)					
PRACTICAS		CODIGO N.N O MODULO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL EN PESOS
			IP	LETRA	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
					COSTO TOTAL
PROFESIONAL			CONFORMIDAD AFILIADO / FAMILIAR O ACOMPAÑANTE		
APELLIDO Y NOMBRE			DOC. IDENTIDAD	1/E	2/LC
MATRICULA	LUGAR Y CÓDIGO POSTAL	FECHA	NUMERO		
TIPO	NUMERO	Día Mes Año			
Sello del Profesional		Firma		SELLO DEL ESTABLECIMIENTO SI CORRESPONDE	RECIBI CONFORME
				FIRMA DEL AFILIADO/FAMILIAR O ACOMPAÑANTE	
<b>INSTRUCCIONES:</b> Un Bono por consulta / Práctica. El afiliado puede llenar sus datos personales. <b>No corresponde abonar plus ni coseguro.</b> Por atención en consultorio o domicilio colocar diagnóstico y datos del profesional. La orden de prácticas médicas deberá ser indicada en recetario particular (que deberá ser agregada al bono para facturar) o quien efectúe la práctica deberá asentar en el bono correspondiente, una práctica por cada renglón. Si supera las siete prácticas deberá el afiliado entregar otro bono. Exija la credencial del paciente y su documentación. Haga sus anotaciones con claridad. A toda práctica Nomenclada, y no Nomenclada el prestador deberá indicar NUMERO DE CODIGO que corresponda por nomenclador. Todo bono que no esté completo y legible será motivo de débito.			AUTORIDAD DIBA AUTORIZANTE  MATRICULA TIPO NUMERO Fecha Día Mes Año Firma y Sello		

**Nota: la orden de DIBA SE UTILIZA PARA CONSULTAS Y PRACTICAS**





## **“BONO IOSFA DE PRÁCTICAS Y CONSULTAS MÉDICAS”**

### **Se pondrán en vigencia desde el 01DIC16.**

El Bono IOSFA se subirá a la página Web oficial y a cada una de las propias OOSS, para la impresión por parte del afiliado.

Es indispensable marcar en la misma si el afiliado es paciente (DIBA, DIBPFA, IOSE), así como también si es personal militar o de seguridad en actividad (PMSA). El afiliado podrá concurrir con una impresión o una fotocopia de dicho bono.

Los bonos pre-existentes en poder de los afiliados de cada obra social (DIBA, DIBPFA, IOSE) continuarán vigentes hasta su total utilización.

**Importante: deberán ser aceptados tanto los bonos IOSFA, como los pre-existentes de manera indistinta, hasta nuevo aviso.**



**ANEXO 1.-  
PARA ORDEN DE CONSULTA - Datos a completar por el profesional médico.**

Indicar si es personal militar o de seguridad en actividad

<b>Indicar Obra Social de Origen</b>	<input type="radio"/> DIBA <input type="radio"/> IOSE <input type="radio"/> DIBPFA		ORDEN DE PRACTICA / CONSULTA Personal Militar o Seguridad en Actividad - PMSA <input checked="" type="checkbox"/>			<input type="radio"/> DIBA <input type="radio"/> IOSE <input type="radio"/> DIBPFA			PMSA <input type="checkbox"/>			
<b>edad</b>	DNI -> NÚMERO DE AFILIADO 999999999		EDAD 00		REALIZACIÓN HONORARIOS			REALIZACIÓN GASTOS				
<b>Numero de Doc. o Afiliado</b>					CANT.	CÓDIGO	IMPORTE	CANT.	CÓDIGO	IMPORTE	DNI o NÚMERO DE AFILIADO	EDAD
<b>Nombre y Apellido</b>	APELLIDO Y NOMBRES		PRÁCTICA INDICADA								APELLIDO Y NOMBRES	
<b>Marcar consulta</b>	ORDEN/PRAC. <input checked="" type="checkbox"/> CONSULTA <input type="checkbox"/> PRÁCTICA <input type="checkbox"/>		Intern. <input type="checkbox"/> Ambulato. <input type="checkbox"/> Domici. <input type="checkbox"/>		IMPORTE TOTAL			IMPORTE TOTAL			Intern. <input type="checkbox"/> Ambulato. <input type="checkbox"/> Domici. <input type="checkbox"/>	
<b>Describir diagnóstico</b>	DIAGNÓSTICO*											
<b>Firma y sello del medico efector</b>	Firma y sello del afiliado		Firma y sello del profesional		Firma y sello del efector			Firma y sello del efector			Firma del afiliado	

NO SE COMPLETA



**ANEXO 2.-  
PARA ORDEN DE PRÁCTICA CON FACTURACION DE HONORARIOS Y GASTOS**

Indicar si es personal militar o de seguridad en actividad

	INDICACIÓN	PARA FACTURAR HONORARIOS	PARA FACTURAR GASTOS
	 DIBA <input type="checkbox"/> IOSE <input type="checkbox"/> DIBPFA <input type="checkbox"/>	Personal Militar o Seguridad en Actividad - PMSA <input checked="" type="checkbox"/>	 DIBA <input type="checkbox"/> IOSE <input type="checkbox"/> DIBPFA <input type="checkbox"/>
	ORDEN DE PRACTICA / CONSULTA	PMSA <input type="checkbox"/>	PMSA <input type="checkbox"/>
Indicar Obra Social de Origen	<b>IOSFA</b>		<b>IOSFA</b>
edad	EDAD		EDAD
Número de Doc. o Afiliado	DNI o NÚMERO DE AFILIADO		DNI o NÚMERO DE AFILIADO
Nombre y Apellido	999999999		999999999
Escribir Nombre de la practica	APELLIDO Y NOMBRES		APELLIDO Y NOMBRES
Marcas practica	PRÁCTICA INDICADA		PRÁCTICA INDICADA
Describir diagnostico	Ecocardiograma		Ecocardiograma
Firma y sello del médico que indica	ORDEN PARA CONSULTA <input type="checkbox"/> PRÁCTICA <input checked="" type="checkbox"/>		ORDEN PARA CONSULTA <input type="checkbox"/> PRÁCTICA <input checked="" type="checkbox"/>
Firma y sello del médico efector	Intern. <input type="checkbox"/> Ambulat. <input type="checkbox"/> Domi. <input type="checkbox"/>		Intern. <input type="checkbox"/> Ambulat. <input type="checkbox"/> Domi. <input type="checkbox"/>
	DIAGNÓSTICO		DIAGNÓSTICO
	IMPORTE TOTAL		IMPORTE TOTAL
	Firma y sello del profesional		Firma y sello del efector
	Firma y sello del afiliado		Firma del afiliado
	Fecha Tipo Número		Fecha Tipo Número

Firma y sello médico efector

### **Tratamiento/Autorización**

- ✓ las ordenes (IOSE, DIBA, DIBPFA) cuyas prestaciones requieran de autorización, serán autorizadas por las delegaciones IOSE y sus elementos dependientes. los criterios de autorización continúan siendo los establecidos por IOSE en el convenio vigente, independientemente de la obra social a la que pertenezca el afiliado.

### **Facturación –Auditoria**

- ✓ **Normas de auditoria y facturación:** continúan siendo las establecidas por el IOSE. El circuito administrativo para la rendición de prestaciones realizadas así como el circuito de cobro de las mismas **no sufrirá modificaciones**, independientemente de la obra social a la que pertenezcan los afiliados.
- ✓ **Cobertura:** el prestador facturará el 100% del valor de la prestación al IOSE.
- ✓ **Facturación:** la liquidación deberá ser presentada por separado conforme se trate de afiliados IOSE, DIBA O DIBPFA. La facturación será enviada oportunamente a:

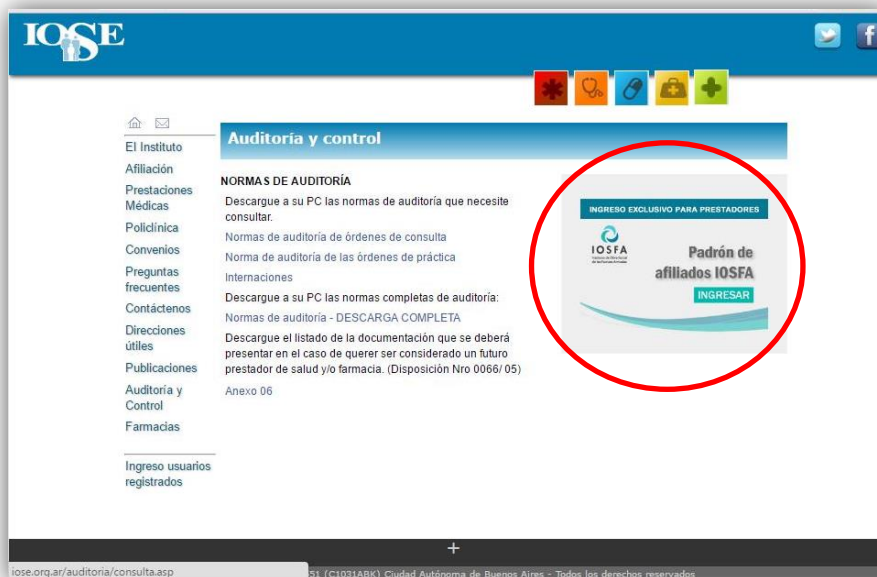
**CAR-CENTRO DE AUDITORIA REGIONAL IOSE**  
**SEDE CENTRAL - INSTITUTO OBRA SOCIAL DEL EJÉRCITO**  
**IOSE CENTRAL CALLE PASO 551 (C1031ABK) CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**

## Consulta Del Padrón De Afiliados

1. Ingresar a: [www.iose.org.ar](http://www.iose.org.ar)
2. Click En: Auditoria Y Control



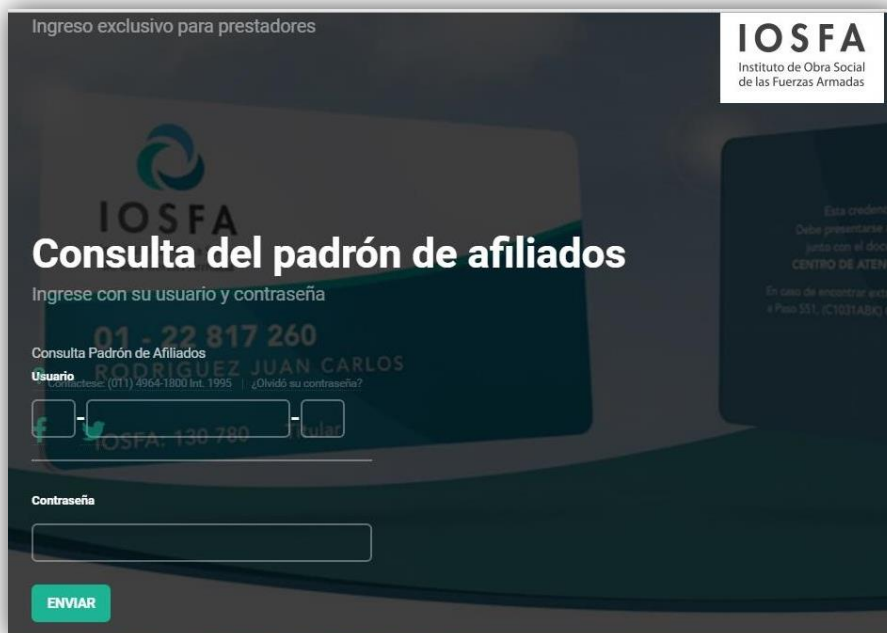
3. Ingresar a Padrón De Afiliados Iosfa



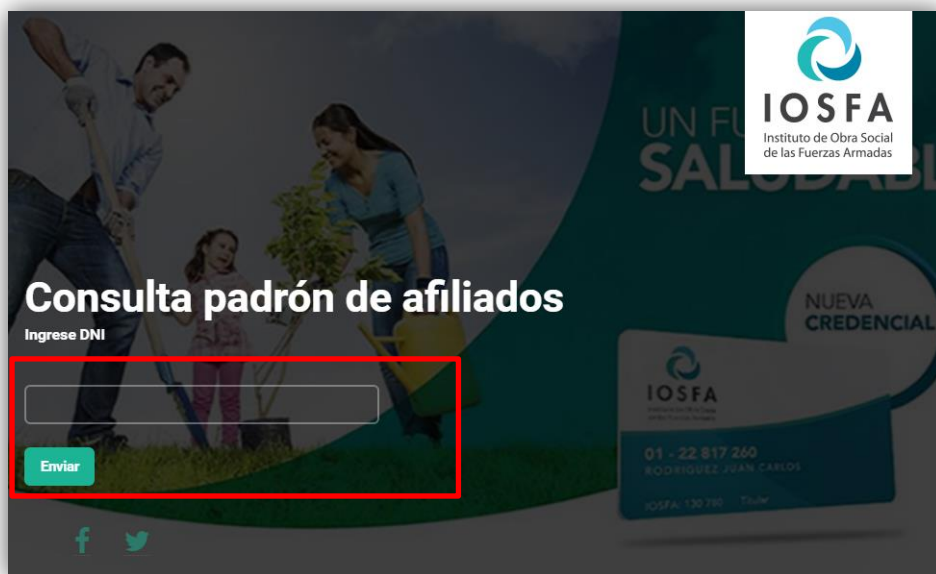
4. Una vez ingresado aparecerá la siguiente pantalla y deberá completar los campos:

**Usuario: N° De Cuit**

**Contraseña: N° De Cuit (Con Guiones).**



5. Ingresar el número de documento del afiliado a consultar y dar click en el botón enviar.



6. Aparecerá la siguiente pantalla con los datos del afiliado a la derecha:



**Contacto Delegación Provincial La Plata**

**Jefe Delegación Provincial La Plata**  
**TENIENTE CORONEL ALCIDES ALFREDO MANGOLD**

**Equipo De Prestadores - Delegación Provincial La Plata**

**ACHINELLI, LUCIA**  
**GALLIANI, CAROLINA**  
[gepreslaplata@iose.com.ar](mailto:gepreslaplata@iose.com.ar)  
[medfamlaplata@iose.com.ar](mailto:medfamlaplata@iose.com.ar)  
**0221-4223903 / 0221- 4824356 int: 115**  
**Diagonal 77 esq. 6 N° 501**

**DIBA**  
**CONT.: ELENA CARINA FERREIRA SILVA**  
[cferreira@diba.org.ar](mailto:cferreira@diba.org.ar)  
[delegaciondibalaplata@live.com.ar](mailto:delegaciondibalaplata@live.com.ar)

[www.iose.org.ar](http://www.iose.org.ar)

**FIRMADO**  
**TENIENTE CORONEL ALCIDES ALFREDO MANGOLD**  
**JEFE DELEGACION PROV IOSE LA PLATA**