

Odontopraxis Americana S.A.

Validador on line

Instituciones

Versión (R.C.)

Manual de instrucciones



➤ Como validar a un afiliado

Se ingresa a la página Web: www.odontopraxis.com.ar/institucion

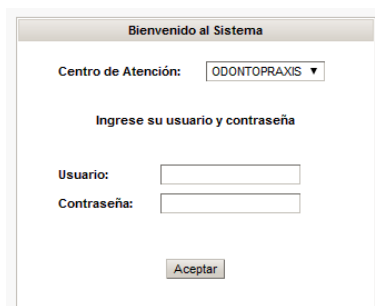


Ilustración 1

Donde deberá ingresar el Usuario y Contraseña nuevamente. Las mismas serán provistas vía mail. Ésta podrá ser cambiada.

Ya dentro del sistema propiamente dicho se desplegará la siguiente pantalla.

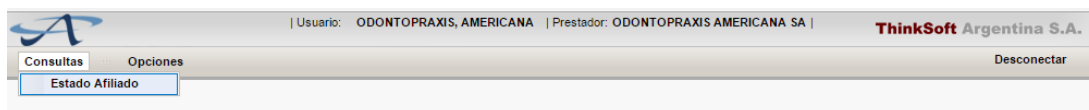


Ilustración 2

Seleccionar con el mouse “CONSULTAS”, allí se desplegarán varias opciones. Seleccionar “ESTADO AFILIADO”.

Se desplegará a continuación la pantalla para validar al paciente

Las opciones de búsqueda podrán ser:

- Por Nro de carnet.
- Por DNI del afiliado

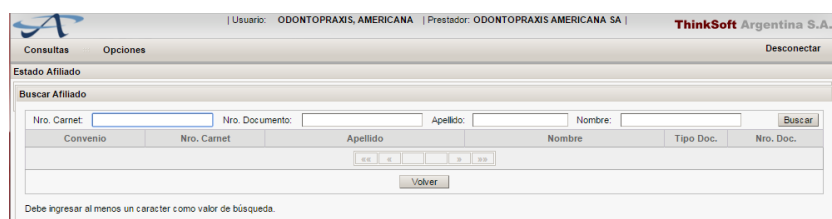
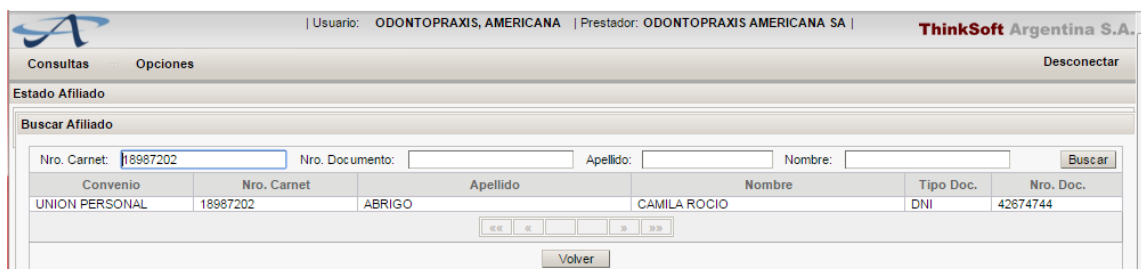


Ilustración 3

Ingresar en el campo “Nro.Carnet” el N° de afiliado que figura en la credencial. No ingresar **los ceros a la izquierda del N°, ni el último dígito.** Luego pulsar el botón “BUSCAR”

Si el nro. de carnet colocado no existe aparecerá la leyenda “No se encontraron datos”. Deberá abonar la práctica, extendiéndosele el recibo correspondiente.

Si el nro. de carnet existe mostrará el registro con los datos del afiliado.



Convenio	Nro. Carnet	Apellido	Nombre	Tipo Doc.	Nro. Doc.
UNION PERSONAL	18987202	ABRIGO	CAMILA ROCIO	DNI	42674744

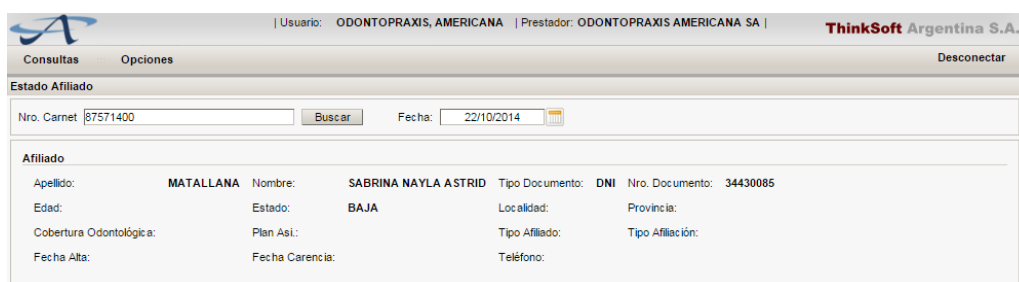
Ilustración 4

Pulsar sobre el registro: Se despliegan datos adicionales como ser **estado el afiliado, plan de cobertura, edad del paciente** y más.

Para su seguridad es necesario verificar coincidencia con el DNI presentado por el afiliado.

En el campo PLAN se detalla el N° y Nombre del Plan tal como figura en la credencial.

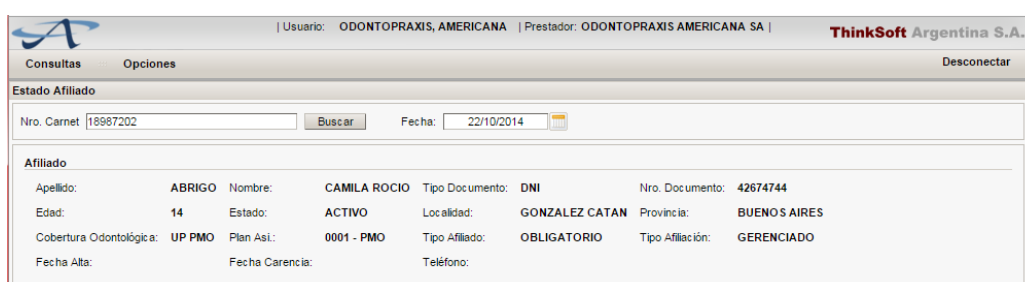
Ejemplos de afiliado con estado baja.



Apellido:	MATALLANA	Nombre:	SABRINA NAYLA ASTRID	Tipo Documento:	DNI	Nro. Documento:	34430085
Edad:		Estado:	BAJA	Localidad:		Provincia:	
Cobertura Odontológica:		Plan Asi:		Tipo Afiliado:		Tipo Afiliación:	
Fecha Alta:		Fecha Cencia:		Teléfono:			

Ilustración 5

Ejemplos de afiliado con estado activo.



Apellido:	ABRIGO	Nombre:	CAMILA ROCIO	Tipo Documento:	DNI	Nro. Documento:	42674744
Edad:	14	Estado:	ACTIVO	Localidad:	GONZALEZ CATAN	Provincia:	BUENOS AIRES
Cobertura Odontológica:	UP PMO	Plan Asi:	0001 - PMO	Tipo Afiliado:	OBLIGATORIO	Tipo Afiliación:	GERENCIADO
Fecha Alta:		Fecha Cencia:		Teléfono:			

Ilustración 6