

AÑO 2025

NOTA MÚLTIPLE N° 311

La Plata, 28 de julio de 2025.

Señor
Presidente de la
Entidad Primaria

De nuestra consideración:

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

PUNTO ÚNICO: OBRA SOCIAL JERÁRQUICOS SALUD (Código 266): S/ Implementación de TOKEN.

Se comunica a las Entidades Primarias que a partir del 01/08/2025, se deberá colocar el Token en el sistema Fol2PM (Profesionales médicos) para la obra social de referencia. Hasta nuevo aviso el token es optativo.

Se adjunta modelo de la nueva pantalla:

FOL2-PM (Módulo Prestador médico) - V 1.0
23 de julio de 2025
888888 - PRESTADOR DE PRUEBA, NOMBRE 888888

Operaciones Generales | Datos | Extensión de Jurisdicción | Salir

Autorizaciones | Proformas | Pagos | Consulta de Valores | Pacientes | Auditoría Médica

Solicitud de Autorización

DATOS DEL AFILIADO/BENEFICIARIO

Código de Afiliado: **00000** | Nombre y Apellido: _____
Obra Social: **JERARQUICOS SALUD** | Sexo: **MASCULINO**
Plan Obra Social: **266-JERARQUICOS SALUD** | Alcanzado por el IVA: **No**

Modalidad de Carga: On-line Diferida

Número de Planilla: 211244 *
EP facturadora: 004 Asociación Médica de Avellaneda *
Código de Profesión: 0 *
Tipo de Prestación: 42010100 - CONSULTA EN CONSULTORIO DIURNA *
Requiere token:
Token: _____ *
Diagnóstico: _____

Importe a abonar según Convenio \$ 0.00

23 de julio de 2025
888888 - PRESTADOR DE PRUEBA, NOMBRE 888888

Operaciones Generales | Datos | Extensión de Jurisdicción | Salir

Autorizaciones | Proformas | Pagos | Consulta de Valores | Pacientes | Auditoría Médica

Solicitud de Autorización

DATOS DEL AFILIADO/BENEFICIARIO

Código de Afiliado: **0000** | Nombre y Apellido: _____
Obra Social: **JERARQUICOS SALUD** | Sexo: **MASCULINO**
Plan Obra Social: **266-JERARQUICOS SALUD** | Alcanzado por el IVA: **No**

Modalidad de Carga: On-line Diferida

Código de Profesión: 0 *
Número de Planilla: 356736 *
EP facturadora: 004 Asociación Médica de Avellaneda *
Matrícula del Solicitante: _____ *
Código de Diagnóstico Solicitante: _____ *
Código de Práctica: _____ *
Cantidad de la Práctica: 1 *
Requiere token:
Token: _____ *
Facturador de Gastos: Seleccione uno... *

Sin otro particular, nos despedimos de usted atentamente.

Dr. Alberto Cuyeu
Secretario de Gobierno

