

Estimados:

Nos ponemos en contacto con ustedes para ponerlos al tanto de la situación que estamos atravesando.

Durante la noche del día viernes 15/09/2023 hemos sido víctimas de un ataque informático de secuestro de datos (conocido como Ransomware). Como consecuencia del mismo, no podemos utilizar nuestros sistemas de gestión y nos encontramos trabajando en normalizar esta situación, poniendo el foco en la prioridad de resolver la atención de nuestros beneficiarios.

Por tal motivo y dando por descontada su colaboración, hemos diseñado un formulario para la autorización de las prestaciones ambulatorias y las ordenes de internación de nuestros afiliados en forma provisoria, con una diseño similar al vigente, cuyos modelos adjuntamos.

Aprovechamos para recodarles que se mantienen vigente, para acreditarse como afiliado, la Credencial física o bien la Constancia de Afiliación (se adjunta un ejemplo).

Solicitamos poner en vigencia la metodología descripta a partir del día de la fecha.

Asimismo, por el mismo motivo, le informamos que no van a estar recibiendo la notificación por mail de los pagos realizados, en este periodo de contingencia.

Continuaremos trabajando para restablecer el normal funcionamiento de nuestra institución y será de nuestro agrado comunicarles cuando esto suceda.

Desde ya agradecemos su paciencia y colaboración, cualquier duda que pueda surgir estamos a disposición.

Cdad. Autónoma de Buenos Aires, 18 de septiembre de 2023.

Se extiende la presente a fin de certificar que(APELLIDO Y NOMBRE)DNI(N° DOCUMENTO)recibe los beneficios de la OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE TELEVISION.

N° beneficiario:(NUMERO DE BENEFICIARIO)

Plan:XXX SI/NOABONA COSEGURO

VTO: 18-12-2023

FIRMA RESPONSABLE SECCIONAL

Orden de Internación



120900

Orden Internación Nro: **00100-000009900001** ORIGINAL Estado: **AUTORIZADA**

Beneficiario: **000000/00** APELLIDO, NOMBRES Edad: **20**
Plan: **SAT** Documento: **D.N.I. 99887766** Sexo: **M**

Entidad Internación: **123456 - NOMBRE DEL PRESTADOR**
Médico Solicitante :
Tipo Internación: **CLINICA** Tipo Pensión: **HAB.STANDARD**

Fecha solicitud: **19/09/2023**

Fecha de Internación: **19/09/2023** Cant. Dias : **1** Fecha Vencimiento de la Orden: **20/09/2023**
Derivación Ingreso:

Observaciones:

Firma Responsable
Obra Social: _____

Firma del Beneficiario,
Familiar o 3ra. Persona: _____
Aclaración:
Documento:

Morón: Vergara 62 Tel. 4489 0554 | Lomas de Zamora: Sarmiento 260 Tel. 4292 – 9331 | Quilmes: Av. Vicente Lopez 87 Tel. 4252-3856
C.A.B.A.: Quintino Bocayuna 50 Tel. 5565-3100

OAJM/Comprobante

Página 1 de 1

EMISION MANUAL

19/9/2023 16:53

TV SALUD
OBRA SOCIAL DE TELEVISION

Autorización Número: **00100-000009900008** ORIGINAL Estado: **AUTORIZADA**

Beneficiario:	000000/00	APELLIDO, NOMBRES	Edad:	20	
Plan:	SAT	Documento:	D.N.I. 99887766	Sexo	M

Fecha de Prescripción:	18/9/2023	Fecha de Solicitud:	18/9/2023	Fecha de Vencimiento:	19/11/2023
------------------------	-----------	---------------------	-----------	-----------------------	------------

Prescriber:

Prestador:	123456 - NOMBRE DEL PRESTADOR	Sucursal:	1
------------	-------------------------------	-----------	---

Práctica OS	Práct Prest.	Prestacion	Cantidad	Prest.	Estado
420101		CONSULTA EN CONSULTORIO	1		

Firma y sello del Elector: _____
Fecha y Hora : _____

Firma del Beneficiario: _____
Aclaración: _____
Documento: _____