

## **A- NORMAS GENERALES**

Las normas que se detallan a continuación revisten carácter de obligatorio, por lo que su incumplimiento será causa de débito de la facturación.

- 1) El afiliado deberá acreditar su condición presentando último recibo de haberes, carné de obra social y DNI.
- 2) El afiliado llevará bono de consulta, de práctica y recetario, en caso de no tener bono podrá extenderse el de la prestadora pero deberá constar firma del afiliado por la atención recibida. Los afiliados de OSPIC no tienen bonos ni recetarios. Deberá utilizarse recetario.
- 3) Las autorizaciones previas serán remitidas por fax a esta empresa para aprobación y designación de prestador.
- 4) Toda prescripción de prácticas deberá contener ( con letra legible) el diagnóstico y / o síntomas.
- 5) No podrán indicarse más de cuatro determinaciones de laboratorio por paciente (excepto en pacientes embarazadas, según rutinas PMO) y a razón de 1 determinación por renglón.
- 6) Las cirugías programadas no deberán contener fecha determinada y deberá solicitarse autorización previa y fecha a esta empresa., los estudios prequirúrgicos solo podrán indicarse una vez que se haya autorizado la cirugía.
- 7) Las internaciones de urgencia y los partos y cesáreas deberán comunicarse dentro de las 24 hs. hábiles de ocurridas.
- 8) En el caso de embarazo de menores de edad solteras, adherentes de su progenitor, deberá recordarse que la única cubierta en el embarazo, parto y puerperio es la adherente y no su hijo desde el mismo momento del nacimiento, por lo que en caso de requerir Neonatología estará a exclusivo cargo de la paciente y/o el titular.
- 9) La medicación ambulatoria se prescribirá exclusivamente por genéricos según ley y dentro del vademécum de cada Obra Social..

## **OBLIGACIONES DEL PRESTADOR**

### **PRACTICAS AMBULATORIAS**

- 1-2-1 Identificar al paciente por medio de su carné o documento de identidad y ultimo recibo de haberes y carne de Obra Social de modo que sus datos se correspondan con los que contiene el bono presentado.
- 1-2-2 Verificar que las órdenes de práctica/ internación tengan autorización con sello y firma de nuestra Dirección Médica o Gerencia.
- 1-2-3 Completar con el mismo tipo de letra, legible todos los casilleros del bono: edad , sexo, diagnóstico y firma del profesional actuante con el mismo color de tinta, domicilio, fecha de consulta/ prestación, diagnóstico, conformidad del afiliado y si es menor, del acompañante ( en cuyo caso deberá aclarar Apellido y Nombre/s y Número de Documento) firma y sello del profesional actuante ( deberá figurar en número de matrícula y especialidad). No se aceptará el sello de la institución sin firma y sello del profesional actuante.  
En el caso de órdenes que impliquen varias sesiones o aplicaciones deberán incluir en el reverso o en hoja adjunta la fecha de cada sesión, los códigos y la firma del afiliado en cada una.
- 1-2-4 En caso de enmiendas o errores, las modificaciones deberán salvarse con la misma tinta, letra, firma y sello del profesional que firmó la prestación.
- 1-2-5 Las órdenes de presentación tienen una vigencia de 30 días para su efectivización (entre la fecha de prescripción y la fecha de realización de la práctica)
- 1-2-6 Las prácticas que se requieran pueden llevar registrado el prestador asignado, en ese caso y de ser realizadas por otro, se debitarán aquellas que difiera el prestador asignado y el que facture.
- 1-2-7 Sólo podrán prescribirse prácticas incluidas en el PMO.
- 1-2-8 Los pedidos de autorización de prácticas deberán contener:
  - a) Nombre y Apellido del paciente
  - b) N° de afiliado, DNI.
  - c) Sexo
  - d) Edad
  - e) Diagnóstico y/o sintomatología
  - f) Prácticas solicitadas

## **B- NORMAS DE AUTORIZACIÓN PREVIA**

### **CONSULTAS AMBULATORIAS**

Se podrán realizar hasta 2 consultas por beneficiario y por mes por un mismo prestador.

En caso de requerir una tercer consulta deberá anexarse un resumen de Historia Clínica que la justifique.

De superar esos límites se requiere autorización previa de nuestra Gerencia / Dirección Médica.

Quedan exceptuadas de esta norma las consultas de Urgencia en la Guardia ( con diagnóstico que las justifique) y las de pacientes con descompensaciones de

patologías crónicas y/o graves en tratamiento con especialistas, en cuyo caso solo se deberá adjuntar resumen de Historia Clínica que las justifique.  
Las consultas de GUARDIA no requieren intervención de médico de cabecera, pediatras y ginecólogos, pero el diagnóstico deberá justificar el tipo de atención.

#### 2-1.1 PRÁCTICAS

Autorizaciones previas y excepciones.

En todos los casos la aprobación final queda supeditada a la Auditoría Médica y Técnica de la Facturación.

Las prácticas indicadas en el PMO como Alta Complejidad, solo podrán indicarse a razón de 1 por bono y todas requieren autorización previa y copia del informe final.

Toda práctica no nombrada y las señaladas por el PMO como alta complejidad requieren autorización previa, e informe al facturar y solo podrán indicarse una por bono e informe de la práctica realizada.

## INTERNACIONES

### 1-PROGRAMADAS

Todas las autorizaciones se harán, sólo por 24 y/o 48 hs. según el caso.  
No podrán programarse sin la evaluación previa de la Auditoría Médica. Las solicitudes de internación programadas deberán hacerse con no menos de 10 días de anticipación. En las mismas deberá constar: Apellido y Nombre del afiliado, número de afiliado, diagnóstico, fecha de internación, nombre del sanatorio y fecha probable de alta y/o cantidad de días de estadía, además deberán tener la firma y sello del profesional que indica la internación. En este punto se reitera que no podrán indicarse estudios quirúrgicos hasta que se autorice la correspondiente cirugía programada.

### 2- INTERNACIONES DE URGENCIA:

Deberán ser denunciadas vía fax, de 9 a 18 hs. al 4328-3031. La gestión de las internaciones de días hábiles después de las 18 hs. y de Sábados Domingos y Feriados se comunicarán el primer día hábil inmediato a las 9 hs. La autorización se otorgará por 24 o 48 hs.

Toda internación de urgencia deberá cumplimentar todos los requisitos para la internación programada, pero **dentro de las 24 hs. hábiles posteriores al ingreso del paciente.**

**3- INTERNACIONES EN UCO / UTI:** Si un paciente es traspasado a UTI – UCO deberá ser comunicado siguiendo las pautas establecidas para las internaciones de urgencia.

**4- PRORROGAS:** Deberán solicitarse antes del vencimiento de la última orden y en todos los casos deberá emitirse un claro resumen de Historia Clínica, que justifique el pedido.

El auditor médico de terreno de Medicina Asistencial Familiar y Social está autorizado a firmar prórrogas sin situ. No se reconocerán días de internación no autorizados, previa y oportunamente.

5- **ALTAS:** Deberán ser informadas a Medicina Asistencial Familiar y Social, el mismo día que el mismo día que se otorgan.

En todos los casos la aprobación final esta supeditada a la auditoria médica de facturación.

6.-**CENSO DIARIO:** diariamente se deberá enviar el censo diario de pacientes internados en el que conste: a) nombre del paciente ,b) documento / número de afiliado, c) diagnóstico (actualizado a la fecha que se esté informando), d) Obra Social a que pertenece ( en caso de atender una sola obviarlo)

### **2-1.1.1 AUTORIZACIONES**

**VIA FAX: 4328-3031 líneas rotativas**

#### **Consultas Telefónicas**

Días de semana de 8 a 18 hs. Tel: 4326-0800

#### **Coordinación Asistencial**

Días hábiles después de las **18 hs. y hasta las 9 hs.** del día hábil siguiente y **SABADOS, DOMINGOS Y FERIADOS al 15-4-984-0909.**

**LA FALTA Y/O INCUMPLIMIENTO DE LO ANTES ENUNCIADO SERÁ MOTIVO DE DEBITO**

### **B- NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE FACTURAS**

2-2 La factura deberá presentarse en original y según normas nacionales vigentes sobre comprobantes de facturación, una factura para cada Obra Social cubierta por Medicina Asistencial Familiar y Social S.A.

2-3 Los valores a facturar para cada prestación deberán ajustarse estrictamente a los valores contractuales. En caso de no estar incluidos en contrato y/o de no haber contrato vigente, deberán ajustarse al concurso de precios oportunamente realizado y aprobado por esta empresa.

2-4 Las facturas deberán ser presentadas en Medicina Asistencial Familiar y Social, en Esmeralda 715 Piso 9 Capital Federal. CP. 1007. del 1 al 10 de cada mes y deberá incluir las prestaciones correspondientes a meses no vencidos.

Las refactoraciones serán recibidas del 20 al 25 de cada mes y deberá estar expresado en forma clara y precisa que se trata de **refacturación.**

2-5 La presentación deberá seguir el siguiente orden:

\* Factura Original

- Detalle ( master) de consultas y prácticas ambulatorias que se facturan, acompañadas de las correspondientes autorizaciones en los casos en que se hubieran firmado en la misma orden, que deberá incluir: Apellido y Nombre del afiliado y número afiliado.
- Código de la práctica, Fecha de realización, importe de la práctica.
- Bono y/o comprobantes incluidos en el master.
- Detalle (master) de internaciones que deberá incluir: Apellido y nombre del Afiliado, número del afiliado, fecha de ingreso fecha de egreso, importe total de la internación (discriminado en gastos y honorarios de no existir módulo).  
Orden de internación e Historia Clínica para cada una de las internaciones que se facturan y fotocopias de carné y/o recibo de sueldo, firma del titular y en caso de familiar, declaración del titular indicando parentesco y que es afiliado de la Obra Social.

Y Deberán incluir:

- Formulario de internación
- Anamnesis
- Hoja de evolución diaria con firma y sello del profesional que actúa
- Hojas de indicaciones médicas
- Hojas de enfermería donde consten los controles de signos vitales y los procedimientos realizados y medicación suministrada, tipo, cantidad, vía.
- Fotocopias de informes o protocolos de prácticas con firma y sello del profesional que las realizó.
- En las cirugías: protocolo quirúrgico y parte anestésico, con firma y sello del anestesista si se factura por el sanatorio.

#### **2-5.1.1 ACLARACIÓN SOBRE HISTORIAS CLÍNICAS**

- Deberán ser legibles y estar completas
- No podrán contener diagnósticos con siglas y/o epónimos
- Deberán indicarse en cada día de evolución los signos vitales del paciente.
- Deberán contener una epicrisis
- En el caso de cirugía:
  - Parte quirúrgico
  - Hoja de anestesia
  - Informe de Anatomía Patológica ( en las cirugías de exéresis) según se indica en la Res.213 / 97 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
- En el caso de partos y cesáreas, además:

- Hoja de Neonatología ( con impresión plantar del bebe), e impresión digital de la madre y evolución diaria del recién nacido correspondiente a la internación conjunta con la madre.
- Incluir el estado del bebe en la epicrisis de la madre (aunque el niño no hubiera sido patológico)

**D- NOTA:**

**Los prestadores avisarán a Medicina Asistencial Familiar y Social según surja de los interrogatorios profesionales en las distintas variantes asistenciales, la detección de accidentes y etiología de los mismos, cualquiera sea su naturaleza. En consecuencia la autorización de prácticas para atención de traumatismo, fracturas, esguinces, heridas, etc, deberá consignarse como ocurrió, fecha y hora.**