



MODALIDAD OPERATIVA PARA PRESTADORES EN GENERAL

Índice

1. Normas Operativas: Generales

1.1 Credencial

1.2 Cupón

2. Normas Operativas: Autorización de Prácticas Ambulatorias

2.1 Autorización de Prácticas Ambulatorias

2.1.1 Solicitud de Autorización

2.1.2 Prescripción Médica

2.1.3 Tiempo de Resolución

2.2 Formulario de Autorización de Prestaciones Ambulatorias

2.2.1 Descripción de la Práctica – Codificación

2.2.2 Resolución de Auditoría Médica

2.2.3 Nota

2.2.5 Número de Expediente

2.2.6 Fecha de Prescripción – Fecha de Carga

3. Normas Generales de Facturación

3.1 Requisitos de Presentación de la Facturación

3.2 Plazo de Presentación

3.3 Facturación con IVA

3.4 Monotributo

3.5 Refacturación

4. Modalidad de Atención

4.1 Normas Generales

4.2 Prácticas que No Requieren Autorización

4.3 Prácticas que Requieren Autorización

5. Presupuestos

6. Anexos

Anexo 1: Prestaciones que No Requieren Autorización

Listado de Prácticas que No Requieren Autorización

Anexo 2: Descripción de documentación:

“Credencial”

“Constancia de Credencial en Trámite”

“Cupón JS”

“Prescripción Médica”

“Expediente de Autorización Ambulatorio”





1. Normas Operativas: Generales

1.1- Credencial

➤Será responsabilidad del prestador requerir al beneficiario la credencial habilitante que lo identifique como tal. El Plan Médico Integral deberá constar en la Credencial como Plan de la siguiente manera: PMI, PMI SOLTERO, PMI2000, PMI2886, PMI MONOTRIBUTO, PMI 2886 SOLTERO, PMI-JUB, PMI 2000-JUB, PMI2886-2000, PMI CONTINUIDAD, PMI 3000, PMI 3000 JUB, PMI 2000 MONOTRIBUTO, PMI MONOTRIBUTO SOLTERO. **VER ANEXO 2** "Credencial".

➤Dicha credencial deberá encontrarse en VIGENCIA para poder ser utilizada por el Socio, con lo cual se deberá verificar las fechas de Activación y de Vencimiento contenidas en la misma.

➤Solicitar documento de identidad como constancia de que el beneficiario es el titular de la credencial; teniendo en cuenta que la misma es PERSONAL E INTRANSFERIBLE.

➤En los casos en los cuales el Socio posea la CREDENCIAL EN TRÁMITE, deberá presentar DNI y Certificado de Jerárquicos Salud que lo acredite como tal.

IMPORTANTE:

El acceso a las Prestaciones Médicas que NO requieren previa autorización, se efectúa por medio de la CREDENCIAL. Por este motivo solicitamos que siempre se exija su presentación y se verifiquen los datos contenidos en la misma. Es importante corroborar si es el Titular o Adherente quien va a recibir la Prestación.

1.2- Cupón de Jerárquicos Salud

El Cupón de Jerárquicos Salud, se utiliza solamente para:

- Consultas Médicas en Consultorio y Domicilio (Visita Médica)
- Nutrición: Anamnesis, Entrega de Plan y Control.

VER ANEXO 2: "Cupón JS"

2. Normas Operativas: Autorización de Prácticas Ambulatorias

2.1- Autorización de Prácticas Ambulatorias

2.1.1- Solicitud de Autorización

La solicitud de autorización de prácticas ambulatorias deberá ser realizada por el Socio y las vías de comunicación serán por fax al número **0800-5551040** ó por correo electrónico a autorizaciones@jerarquicosalud.com.ar mediante la digitalización de la prescripción médica correspondiente.





2.1.2- Prescripción Médica

Toda **Prescripción Médica** deberá ser realizada por el médico tratante en su R/p profesional con letra perfectamente legible y deberá contar con todos los datos que le son inherentes a la misma.

VER ANEXO 2: “Prescripción Médica”.

2.1.3- Tiempo de Resolución

Jerárquicos Salud dará respuesta al Socio de la solicitud de Autorización de Prestaciones Ambulatorias dentro de las 24 hs. a partir del ingreso de la prescripción médica a Auditoría Médica. La vía de respuesta será la indicada por el Socio en la misma.

2.2- Expediente de Autorización Ambulatorio

Como respuesta a la solicitud de autorización de parte del Socio, Jerárquicos Salud remitirá el “Formulario de Autorización de Prestaciones Ambulatorias”, el cual constituye un elemento esencial de facturación, siendo indispensable que al momento de su presentación, el mismo se encuentre completo con todos los datos solicitados.

VER ANEXO 2: “Formulario de Autorización de Prestaciones Ambulatorias”.

2.2.1- Descripción de la Práctica - Codificación

A fin de proceder a la autorización de las prestaciones, se utilizarán los Códigos del Nomenclador Nacional, PMOE y la Codificación Interna de Jerárquicos Salud para aquellas Prácticas Médicas No Nomencladas. En este último caso, se registrará el código interno de Jerárquicos Salud debiendo coincidir la descripción de lo solicitado en la prescripción médica, con la descripción informada en el formulario de autorización.

Cabe destacar que no se aclarará el código No Nomenclado utilizado por el profesional y/o institución, vale decir que para las Prácticas No Nomencladas prevalecerá la descripción de la práctica.

2.2.2- Resolución de Auditoría Médica

Las alternativas de Resolución de Auditoría Médica son las siguientes:

✓ **No requiere Autorización:** la práctica respecto de la cual se solicita autorización no corresponde a una de las cuales Jerárquicos Salud exige este requisito.

VER ANEXO 1: “Listado de Prácticas que No Requieren Autorización Previa”

✓ **Pendiente de Resolución:** este estado no habilita al profesional a facturar la práctica indicada. Tal cual se menciona, la resolución se encuentra pendiente y se dará a conocer al Socio mediante nota al pie del expediente indicando cómo proceder a fin de obtener la resolución definitiva de Auditoría Médica.

✓ **Rechazado No Facturar:** refiere a todas aquellas Prácticas que No fueron autorizadas por Auditoría Médica para su realización, en consecuencia no deberán ser facturadas por el Prestador.

✓ **Autorizado:** prestaciones autorizadas a ser realizadas y facturadas por el Prestador.



**IMPORTANTE:**

Solamente en los estados correspondientes al primer y último ítem, Jerárquicos Salud hará efectivo el pago de las prestaciones realizadas y facturadas como tal. En los demás casos, la documentación recibida será observada y devuelta por no reunir las condiciones anteriormente descriptas.

2.2.3- Nota

El Médico Auditor de Jerárquicos Salud informará a través del “Formulario de Autorización de Prestaciones Ambulatorias” en el campo “**NOTA**”, toda la información que considere necesaria para el Socio como así también para el prestador. Por ejemplo: Justificación de Rechazo, Cobertura de Material de Contraste, Coseguros a cargo del Socio, Cobertura por Reintegro, etc.

2.2.5- Número de Expediente

Recibida la Prescripción de Prácticas Ambulatorias, de la cual se solicita autorización, se ingresa al sistema y se obtiene el número de autorización o expediente, el cual es único e irrepetible e indica la Prescripción Médica que le da origen.

2.2.6- Fecha de Prescripción - Fecha de Carga

Fecha de Prescripción: indica la fecha de la Prescripción Médica recibida por Jerárquicos Salud para su autorización. Se informa con el fin de brindar la posibilidad de verificar la identidad entre la fecha de la Prescripción Médica Original y la fecha informada en el campo “Fecha de Prescripción” del “Formulario de Autorización de Prestaciones Ambulatorias” presentado. Es decir, que dicho Formulario haya sido obtenido en virtud de la Prescripción Médica Original que se adjunta al mismo.

Fecha de Carga: indica la fecha de recepción del pedido de Autorización de la práctica indicada, en la Administración de Jerárquicos Salud.

3. Normas Generales de Facturación**3.1 Requisitos de Presentación de la Facturación**

Se exigirá como requisito indispensable la siguiente documentación:

1- **Factura A** (con / sin discriminación de IVA s/corresponda), C o M, con los siguientes datos:

Señor/es: A.M.P.J.B.O.N (Jerárquicos Salud)

Domicilio: Av. Facundo Zuviría 4584

C.P.: 3000 / Localidad: Santa Fe (Capital)

IVA: Responsable Inscripto

C.U.I.T.: 30-68695518-0





IMPORTANTE:

La Factura será confeccionada en letra clara, en forma legible, sin borrones, tachaduras ni enmiendas. De recibir la misma no dando cumplimiento en las condiciones señaladas, se procederá a devolver la Factura correspondiente, adjunta la documentación.

La Factura deberá encontrarse en vigencia a la fecha de su emisión, como así también deberá cumplir con la condición de validez de los comprobantes emitidos, obtenida a través de la página de la AFIP. Llevada a cabo dicha verificación de parte de Jerárquicos Salud y si la misma es observada, no se podrá dar el curso correspondiente a la documentación devolviendo la misma.

2- **Resumen** de facturación (detalle de prestaciones médicas facturadas). El mismo deberá constar con los siguiente datos:

- Código Prestacional
- Descripción del Código
- Cantidad
- Valor Unitario
- Valor Total
- Desgloce de Honorarios (H) y Gastos (G)
- Profesional Efector

3- **Documentación** respaldatoria de las prestaciones médicas.

Nota: La documentación adjunta al resumen de Facturación debe cumplir con las normas de Trabajo del Departamento Liquidación de Facturación establecidas para cada modalidad de atención. Ver Punto "Modalidad de Atención".

En referencia a la facturación se exigirá lo siguiente:

- ✓Que la misma sea presentada de manera ordenada y respetando la disposición establecida en el resumen de Facturación.
- ✓Sólo una (1) presentación de facturación mensual del 01 al 10.

3.2 Plazo de Presentación

El Prestador tiene **90 (noventa)** días corridos de plazo para la presentación de la facturación. Una vez superado el mismo, no se abonarán las prestaciones correspondientes.

El plazo señalado comienza a computarse de la siguiente manera:

- 1- Consultas Médicas y Prácticas: a partir de la fecha de realización.
- 2- Internaciones: a partir de la fecha de alta del paciente.



Nota: en los casos de Internaciones prolongadas se podrán realizar facturaciones parciales, especificando el período de días que comprende el corte de facturación.

3.3 Facturación con IVA

En base a las Reformas realizadas por la Ley 25.239, nuestra Mutual se ha inscripto en el Impuesto del Valor Agregado en función de aquellos Socios voluntarios (Planes Autónomos), mientras que permanece exenta para aquellos Socios obligatorios (Planes Asalariados).

En razón de esto, se debe facturar de la siguiente manera:

- con **factura "A" con el 10,5 %** sobre los valores netos (Medicamentos Exentos), para las prestaciones de los Socios Autónomos
- con **factura "A" pero sin discriminar el IVA** ya que se trata de prestaciones exentas según el Art. 7 inc. h) apartado 7mo.; para las prestaciones de los Socios Asalariados.

PLAN	CONDICIÓN DE IVA
PMI	EXENTO
PMI JUB	EXENTO
PMI 3000	EXENTO
PMI 3000 JUB	EXENTO
PMI 2000	EXENTO
PMI 2000 JUB	EXENTO
PMI 2000 MONOTRIBUTO	EXENTO
PMI MONOTRIBUTO SOLTERO	EXENTO
PMI MONOTRIBUTO	EXENTO
PMI SOLTERO	EXENTO
PMI 2886	GRAVADO
PMI 2886/2000	GRAVADO
PMI 2886 MONOTRIBUTO	GRAVADO
PMI 2886 SOLTERO	GRAVADO
PMI CONTINUIDAD	GRAVADO

3.4 Monotributo

En este caso, sólo se deberá remitir Factura "C".



3.5 Refacturación

En el caso de eventuales Refacturaciones, las mismas obedecerán únicamente a aquellas observaciones realizadas como consecuencia del proceso de Auditoría Médica/Administrativa, por prestaciones debitadas y factibles de ser subsanadas, cumplimentando el Profesional o a quien le corresponda los requisitos inicialmente faltantes que originaron el Débito.

Para refacturar una prestación debitada, el prestador deberá cumplimentar con los siguientes puntos:

1. La prestación refacturada deberá ser canalizada en forma separada de aquella correspondiente a la facturación ordinaria, identificada con el título REFACTURACIÓN.
2. El plazo de presentación no podrá superar los **60 (sesenta)** días de la recepción del pago. Caso contrario, no se le dará curso al reclamo por extemporáneo.
3. Nota de referencia al Débito en cuestión, mencionando todos los datos relativos al mismo.
4. Copia de la planilla de débitos y ajustes sobre la cual se aplicó el débito. Toda la documentación respaldatoria para su re-auditoría.
5. Copia de Factura original.

Nota: La resolución de los mismos se determinará según el caso y su complejidad.

4. Modalidad de Atención

4.1 Normas Generales

- a) Toda facturación correspondiente tanto a pacientes internados como ambulatorios, deberá incluir indefectiblemente el diagnóstico que motivó las prestaciones que se facturan.
- b) No se aceptarán copias de las Prescripciones Médicas, a excepción del punto 12.
- c) Las prestaciones médicas, además del diagnóstico y autorización de Auditoría Médica (las que así lo requieran), deberán ser solicitadas por el Especialista relacionado con la patología enunciada en el diagnóstico. Cuando tales prestaciones sean gestionadas por otros Médicos sólo serán reconocidas, cuando obedezcan a situaciones de urgencia médica, o a motivos fundamentados en estricto Criterio Médico y sujeto a Auditoría Médica posterior.
- d) Las Prestaciones realizadas y facturadas, deberán guardar estrecha relación con la Patología del paciente.
- e) No se aceptará la facturación de prestaciones que no correspondieran a la Especialidad del Prestador.
- f) Toda Internación o Prestación no justificada, así como la utilización indebida (en exceso o tipo) de material descartable o medicación, al momento de su facturación, serán objetadas.
- g) Auditoría Médica de Facturación adopta para el control de Prestaciones las Normas Generales y Particulares del Nomenclador Nacional y PMO.
- h) En Prestaciones No Nomencladas o que no estén pactadas en el convenio vigente y ante la ausencia del respectivo Presupuesto Autorizado, se aplicará el valor de la Práctica según Valores JS.





- i) En el caso de facturaciones directas a JS, realizadas sin la realización de un convenio entre partes, las mismas serán abonadas según Valores JS, hasta que el mismo se formalice como tal.
- j) Profilaxis Antibiótica Pre-Quirúrgica: Se reconocerán según Guía Sociedad Argentina de Infectología.
- k) El registro en la Historia Clínica es lo que refleja fehacientemente lo efectivamente realizado y la legitimidad de la Práctica realizada, por lo expuesto es que lo facturado deberá constar expresamente en la misma.
- l) En los casos de facturación desglosada, gastos y honorarios separados, en la facturación de Honorarios se deberán enviar los originales de la documentación solicitada y con la facturación de los Gastos se deberá acompañar de copia de toda la documentación correspondiente en el caso concreto.
- m) No se reconocerán las Prestaciones Médicas solicitadas como Pre-ingreso a Instituciones Deportivas y Pre-nupciales, tampoco así las Pre-ocupacionales e Ingreso Escolar.
- n) Toda facturación que JS reciba dando cumplimiento a las Normativas de Trabajo señaladas y descriptas gozarán de toda autenticidad, revistiendo así el carácter de prestaciones correctamente facturadas y sujetas al régimen de pago de la Obra Social.
- ñ) Toda facturación que JS reciba no dando cumplimiento de los requisitos exigidos en la Normativa de Trabajo descripta, será pasible de débito y devuelta a los fines de ser correctamente presentada, en los casos que el punto observado pueda ser subsanado, total o parcialmente.

4.2 Prácticas Médicas que No Requieren Autorización

VER ANEXO 1: "Listado de Prácticas que No Requieren Autorización Previa"

Se debe facturar adjuntando la siguiente documentación:

- *Prescripción Médica Original*, completa con todos los datos según lo indicado en VER ANEXO 2: "Prescripción Médica".
- *Firma, Aclaración y DNI del Socio* al dorso de la Prescripción Médica.
- *Firma y Sello del Profesional* que realiza la Prestación, al dorso de la Prescripción Médica.
- *Fecha de realización de la Prestación* al dorso de la Prescripción Médica.

Nota: Se debe tener en cuenta que el tiempo transcurrido entre la Fecha de la Prescripción Médica y la Fecha de su realización, NO debe superar el plazo máximo de **30 (treinta) días corridos**.

➤ *Informe Médico y/o Protocolo Quirúrgico según corresponda*, a excepción de Análisis Bioquímicos de rutina, Yesos y Vendas, Electrocardiogramas, Colposcopías.

IMPORTANTE:

Será motivo de débito si los datos de identificación del Socio detallados al dorso de la Prescripción, no se corresponden con los datos contenidos en la misma. En caso de imposibilidad de cumplimiento de lo establecido anteriormente, se deberá asentar en la misma el motivo que la origina y se exigirá la aclaración del grado de parentesco y tipo y N° de Documento del firmante.



Nota: Los códigos correspondientes a operaciones en la Piel y Tejido Celular Subcutáneo del NN (capítulo 13.01) se deberán acompañar agregando a los requisitos normativos detallados, el informe correspondiente de Anatomía Patológica.

4.3 Prácticas Médicas que Requieren Autorización

Se debe facturar adjuntando la siguiente documentación:

- *Prescripción Médica Original.* (**VER ANEXO 2**)
- *“Formulario de Autorización de Prestaciones Ambulatorias”* (**VER ANEXO 2**)
- *Informe Médico y/o Protocolo Quirúrgico, si corresponde.*

Nota: En las Prestaciones que incluyan Anatomía Patológica deben constar necesariamente los respectivos informes al momento de ser facturadas.

IMPORTANTE:

El Profesional que recibe de un Socio de Jerárquicos Salud el **“Formulario de Autorización de Prestaciones Ambulatorias”**, debe exigir al mismo tiempo la respectiva Prescripción Médica Original de la/s Práctica/s Ambulatoria/s que avale/n la misma y verificar la concordancia de los datos estipulados en ambos documentos (Fecha de Prescripción Médica; Códigos Autorizados, etc.), a los fines de evitar confusiones e inconvenientes al momento de facturar la prestación realizada.

5. Presupuestos

Si la prestación solicitada (ambulatoria, internación, traslado) no se encuentra convenida, es obligación del prestador remitir a la Administración de Jerárquicos Salud, vía Fax o e-mail el presupuesto correspondiente. El mismo debe contener los siguientes datos:

- Nombre y Apellido del Socio
- N° de Socio
- Prestación
- Valor Propuesto de la Prestación
- Inclusiones y Exclusiones de la prestaciones
- Diagnóstico
- Fecha de Probable de Prestación
- Nombre y Apellido del Médico Tratante
- Matrícula
- Firma del Profesional



El tiempo de resolución de los presupuestos será:

- * Para las prestaciones ambulatorias o traslado programado en ambulatorio los presupuestos sujetos a negociación se resuelven en el término de 48 hs. Los presupuestos que no requieren ser negociados se resuelven en 24 hs.
- * Para las prestaciones en internación o traslado programado en internación los presupuestos sujetos a negociación se resuelven en el término de 72 hs. Los presupuestos que no requieren ser negociados se resuelven en 48 hs.

La Resolución del Presupuesto se plasmará en la Autorización de Prestaciones, Ambulatoria o de Internación según corresponda, en el campo Nota - Ver punto 2.2.3: "Nota"- y la misma deberá contener:

- Autorización/ Rechazo.
- Monto del Presupuesto Autorizado.
- Inclusiones y Exclusiones del mismo.

El Presupuesto y la Autorización del mismo es indispensable para el pago de la prestación realizada.





ANEXO 2: DESCRIPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN

Credencial

Constancia de Credencial en Trámite

Cupón JS

Prescripción Médica

Expediente de Autorización Ambulatorio

Credencial



La Credencial es de color **AZUL** con el logo en color Azul y Verde, conteniendo los datos:

- Nro de Socio
- DNI
- Plan de Salud, acompañado de las iniciales **JS**
- Fecha de Activación y Vencimiento
- Nombre y Apellido



Constancia de Credencial en Trámite

ASOCIACION MUTUAL DEL PERSONAL JERARQUICO DE BANCOS OFICIALES NACIONALES 

La Sra./Srta. **VASO, AGUSTINA** ; D.N.I.: **55.555.555**; Fecha Nac.: 06/01/2003, es socio activo del Plan 'PMI 2886', de esta entidad registrando el N° de Socio: **99804-2**, con fecha de activación 01/12/2010 .

Certificamos que el afiliado posee en trámite la **CREDECIAL**.

Se extiende la presente para ser presentada ante quien corresponda.

(Nota: - El profesional deberá completar el cupón de consulta con los datos del afiliado resaltados en **negrita**.
- Este certificado tendrá validez únicamente cuando el asociado presente el documento que acredite su identidad.)

Válido hasta el 15/01/2011 inclusive.-

Santa Fe, 06 de Diciembre del 2010.

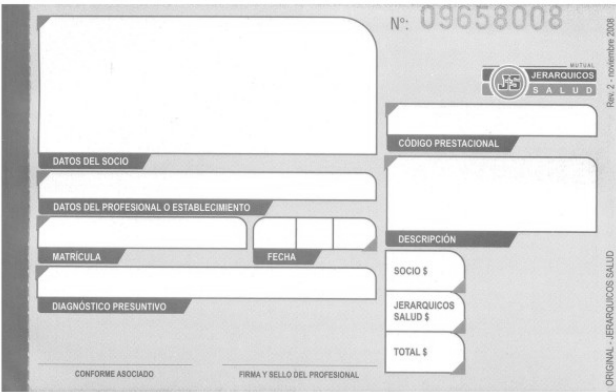



.....
Andrea Dalmaso

CUPÓN JS

Modelo de Cupón

N°: 09658008



Rev. 2 - noviembre 2010




ORIGINAL - JERARQUICOS SALUD

El Cupón JS, deberá contener los siguientes datos:

- Datos del Socio contenidos en la Credencial
- Fecha de realización de la prestación
- Datos del profesional o establecimiento
- Diagnóstico presuntivo
- Firma del Socio
- Firma y sello del profesional



Prescripción Médica

Gustavo @ yahoo.com.ar. FAX: 03466-495243	
 ASOCIACIÓN MUTUAL DEL PERSONAL JERÁRQUICO DE BANCOS OFICIALES NACIONALES	
Mauricio González Jerarquicos Salud - Afiliado 3506/00	●
Solicito Ecografía de Abdomen (18.01.12) Diagnóstico: Distensión Abdominal	●
22/02/07  Dr. JOSÉ M. E. ANGELARDI Médico - F.O.-U.-B. AUTORIDAD MÉDICA JERARQUICOS SALUD & M.B.U.B.A.	●
	
REFERENCIA DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA	
Tel. (0342) 450 - 4800 (Líneas rotativas) 0800 555 4844 Av. Facundo Zuviría 4584 informes@jerarquicosalud.com.ar Santa Fe - C.P.A. 53002 ERU www.jerarquicosalud.com.ar República Argentina	

La Prescripción Médica deberá contener los siguientes datos:

- ✓ Datos del Socio (Nombre y Apellido, N° de Socio)
- ✓ Descripción de la práctica solicitada
- ✓ Código de la práctica
- ✓ Diagnóstico presuntivo
- ✓ Fecha
- ✓ Firma y sello del profesional



Expediente de Autorización Ambulatorio

Respuesta a: Nombre Socios Fig.: AUTORIZACIONES ESPECIALES - Teléfono: (0342) 4960067

JERARQUICOS SALUD - Autorización de Prestaciones - 2.266.924 

Socio N°: XXXX - XX Nombre Socios - Plan: PMI Precripción: 18/04/2009 Carga: 20/04/2009

Cant.	Código	Descripción	Resolución
1	66.11.96	SCREENING NEONATAL (TSH NEONATAL, FENILANINA Y TIR - BIOTINIDASA, GALACTOSEMIA Y 17-HO-PROGESTERONA)	AUTORIZADO
1	66.04.33	GRUPO SANGUINEO	AUTORIZADO
1	66.08.18	FACTOR RH	AUTORIZADO
4	66.27.22	NEONATAL, (TIR) TRIPOLINA INMUNO REACTIVA SCREENING	RECHAZADO NO FACTURAR
4	66.27.29	NEONATAL, (TIR) TRIPOLINA INMUNO REACTIVA SCREENING	RECHAZADO NO FACTURAR
4	66.27.24	NEONATAL, (TIR) TRIPOLINA INMUNO REACTIVA SCREENING	RECHAZADO NO FACTURAR
4	66.27.28	NEONATAL, GALACTOSEMIA, SCREENING	RECHAZADO NO FACTURAR

E-MAIL

Nota: Incluidos en screening neonatal ampliado.


Silvia Fernandez

Para completar por el Profesional o Establecimiento:

Datos:

Domicilio:

Motivación: Fecha: Firma Profesional o Responsable Conforme Asociado

Dr. Profesional o Establecimiento: Para aclarar remitir a JERARQUICOS SALUD el presente formulario con la orden de práctica original. No se requiere cupón.

Dr. Socio: Este formulario reemplaza al cupón. Este Fax será entregado al Profesional o Establecimiento con la Orden de Prestación original, que obra en su poder.

Estimado socio:
Recuerde las Normas que Ud. tiene que cumplir para que las resoluciones de Auditoría Médica sean más ágiles:
-Remitir la orden como le comunicamos en el Boletín Informativo de Marzo/07.-
-Cuando le prescribe una práctica que se repite durante el año prestacional evaluar la justificación de la repetición y resultado de la anterior autorizada.-
-Ante la solicitud de una Tomografía, Resonancia Magnética, Pruebas; debe enviar la Historia Clínica correspondiente y tomar en cuenta el pedido anterior.
-Ante la novedad de un embarazo recién detectado y ante el pedido de la Primer retia de control debe enviar el respectivo Certificado de Embarazo.-

En el caso de no cumplimentar con dichos requerimientos Auditoría Médica solicitará la documentación faltante, la cual deberá ser enviada dentro de las 48 horas de la recepción del reclamo correspondiente. De no realizarse esto, se entenderá que ha desistido del pedido de la práctica solicitada, en cuyo caso se procederá al Rechazo y Devolución de la misma.

- COPIA - Nro: 1

Fecha: 18/04/2009 Hora: 11:07:48 Pagina: 1 de 1

El Expediente de Autorización Ambulatorio deberá contener los siguientes datos:

- Datos del profesional o establecimiento
- Firma y sello del profesional
- Firma de conformidad del Socio





MODALIDAD OPERATIVA ESPECÍFICA INTERNACIONES

Índice

1. Normas Operativas Generales

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

2. Autorización de Prácticas Ambulatorias

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

3. Normas Generales de Facturación

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

4. Modalidad de Atención

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

4.1 Modalidad de Atención Específica: Internación

4.1.1 Normas Operativas Atención en Internación

4.1.2 Internaciones de Urgencia

4.1.3 Internaciones Programadas

4.1.4 Internaciones Psiquiátricas

4.2 Prórroga de Internación

4.3 Prácticas Médicas y Laboratorios en Internación

4.5 Medicamentos y Material Descartable en Internación

5. Diálisis en Pacientes Agudos y Crónicos

6. Acompañantes

7. Interconsultas en Internación

8. Derivaciones de Pacientes Internados

9. Internaciones Domiciliarias

10. Tratamientos Oncológicos

11. Accidentes

12. Rehabilitación de Drogadependientes

13. Rehabilitación de Adicción Alcohólica

14. Red de Médicos Auditores en Terreno

15. Modalidad de Facturación

15.1 Modalidad de Facturación General

15.2 Modalidad de Facturación Específica

15.2.1 Quimioterapia

15.2.2 Internación Psiquiátrica

15.2.3 Medicina Transfusional

15.2.4 Internación Domiciliaria

15.2.5 Cirugía Oftalmológica c/ Lente Intraocular

15.3 Insumos



- 15.3.1 Medicamentos
- 15.3.2 Descartables
- 15.3.3 Material Radioactivo
- 15.3.4 Material de Contraste

16. Presupuestos

Ver Normas de Trabajo Generales

17. Anexo: Descripción de Documentación Específica

- “Expediente de Autorización de Internaciones”
- “Formulario de Traslado de Pacientes Internados”
- “Formulario de Accidentes”
- “Protocolo de Medicamentos Oncológicos”

4.1.1 Modalidad de Atención Específica: Internación

PEDIDO DE INTERNACIÓN: Deberá ser realizado por el médico tratante y con letra legible, consignando: nombre y apellido del Socio, número de credencial, plan, edad, diagnóstico, código de práctica, datos identificatorios del profesional (nombre y apellido, matrícula), rubro solicitado, cantidad estimativa de días, lugar de internación el cual deberá ser Prestador de la Obra Social, fecha de prescripción, fecha de realización (en caso de internaciones programadas). En el Pedido de Internación, deberá indicarse la vía de respuesta: fax o e-mail donde deba remitirse la Autorización de Internaciones.

El médico prestador es el principal responsable de la internación del Socio en los establecimientos asistenciales adheridos, quien deberá ajustarse estrictamente a las normas reglamentarias. No se reconocerán honorarios ni gastos originados por internaciones efectuadas por profesionales médicos que no sean prestadores de esta Obra Social o en entidades fuera de padrón. El profesional actuante será el único responsable ante el establecimiento asistencial de internación, en aquellos casos en que el motivo de internación se encontrara fuera de la cobertura que brinda esta Obra Social.

La solicitud de Autorización de Internaciones debe realizarse vía fax al número **0800 – 555-1040 opción 1** ó por correo electrónico a internaciones@jerarquicosalud.com.ar mediante la digitalización de la prescripción de internación correspondiente.

Jerárquicos Salud dará respuesta a la Solicitud de Autorización de Internaciones dentro de las **24 Hs.** a partir del ingreso de la orden a Auditoría Médica si se trata de internaciones de “menor complejidad”. En caso de tratarse de internaciones de “mayor complejidad” el tiempo de respuesta será de **72 Hs.**

En respuesta a la solicitud de autorización de prácticas, se remitirá el “Expediente de Autorización de Internaciones” **VER ANEXO.**

4.1.2 Internaciones de Urgencia

El establecimiento asistencial deberá comunicar a Jerárquicos Salud (por fax o e-mail), dentro de las **24 horas hábiles** posteriores al día de producida la internación, con el Informe Médico, quedando sujetas las prestaciones efectuadas a la posterior evaluación de la Historia Clínica.



4.1.3 Internaciones Programadas

En lo que respecta a las Internaciones Quirúrgicas y/o Clínicas, antes de las **72 hs.** de producirse la misma, deberá presentarse prescripción médica, informe médico con diagnóstico claro e informe de estudio de diagnóstico si contase con alguno (según patología).

En caso de requerir prótesis o insumos quirúrgicos, la provisión se hará por contratación de Jerárquicos Salud a través de la cadena de proveedores, siendo obligatoria la presentación de la documentación requerida con siete días hábiles de antelación a la fecha de cirugía programada debiendo especificar fecha de realización.

IMPORTANTE:

No se reconocerán internaciones para la realización de exámenes complementarios de diagnóstico si los mismos pueden ser realizados en forma ambulatoria.

4.1.4 Internaciones Psiquiátricas

La modalidad de autorización deberá ajustarse a las normas detalladas en el ítem "Internaciones de Urgencia". Jerárquicos Salud brindará cobertura de 30 días por año calendario en este rubro. Superando este período, la ampliación quedará a consideración del análisis de Auditoría Médica de Jerárquicos Salud según fundamentación presentada.

4.2 Prórroga de Internación

La solicitud de prórroga de internación deberá ser confeccionada por el médico tratante y remitida a Jerárquicos Salud el mismo día de su vencimiento. La respuesta a dicha prórroga se informará en el "Expediente de Autorización de Internaciones" **VER ANEXO.**

4.3 Prácticas Médicas y Laboratorios en Internación

Las prácticas y laboratorios de rutina que se realizan durante internación no requieren autorización previa, exceptuando aquellas que no son inherentes al diagnóstico de ingreso o a la evolución del paciente. Requerirán autorización las prácticas de mayor complejidad como tomografías, RMN, prácticas no nomencadas, rehabilitaciones fisio-kinésicas, prácticas oftálmicas, otras.

La interpretación de los resultados deberá consignarla el médico tratante en la evolución.

No serán reconocidas prácticas repetidas por técnicas diferentes.

En las internaciones que conlleven procedimientos quirúrgicos que impliquen realización de Anatomía Patológica de pieza operatoria, deberá adjuntarse el resultado de la misma.

4.4 Medicamentos y Material Descartable en Internación

Los medicamentos y materiales descartables habituales para el tratamiento del paciente según diagnóstico informado no requieren autorización previa. Requerirán autorización los medicamentos de alto costo y baja incidencia, por ejemplo: omeprazol, heparina de bajo peso molecular, antibióticos de alto espectro, etc. De igual manera, se exige autorización de los descartables de alto costo.





5. Diálisis en Pacientes Agudos y Crónicos

Se deberá solicitar la autorización correspondiente al inicio de cada mes especificando cantidad de sesiones mensuales. Si la complejidad del cuadro clínico del paciente requiere que el mismo sea trasladado desde el domicilio al Centro de Diálisis deberá presentarse la solicitud médica del traslado adjuntando historia clínica.

6. Acompañantes

Los gastos que se originen por acompañantes o extras del paciente mayor de 15 años estarán a cargo exclusivo del Socio, salvo casos excepcionales, bajo prescripción médica y fundamentación médica debidamente autorizados por Jerárquicos Salud.

7. Interconsultas Durante Internación

No se reconocerán seguimientos conjuntos de la misma especialidad.

Las interconsultas de los especialistas deberán ser solicitadas por el médico tratante y estar debidamente informadas en la historia clínica por el Especialista interviniente.

8. Derivaciones de Pacientes Internados

1. Cuando un paciente internado requiera ser derivado a un Centro de mayor complejidad, el médico tratante deberá cumplimentar el correspondiente trámite de derivación:
2. Deberá presentar historia clínica completa y solicitud de traslado en "Formulario de Traslado de Pacientes Internados" habiendo completado todos los datos solicitados (lugar de internación y destino, fecha y hora del traslado, diagnóstico, complejidad, profesional que recibirá al paciente, sello, firma del médico tratante) **VER ANEXO** "Formulario de Traslados de Pacientes Internados".
3. Es responsabilidad del médico tratante o de la entidad sanitaria donde el paciente está internado seleccionar el centro asistencial de destino y garantizar que el mismo sea prestador de Jerárquicos Salud.
4. Es responsabilidad del médico tratante o de la entidad sanitaria donde el paciente esta internado, gestionar la cama en la entidad sanatorial de destino.
5. El médico tratante deberá comunicar al Departamento Internaciones de Jerárquicos Salud los datos a fin de realizar la logística del traslado desde la Administración. En caso que la entidad que albergue al paciente cuente con unidades de traslados adecuadas para realizarlo, y los costos del mismo están excluidos del convenio vigente, se evaluará la adjudicación de la prestación con previa presentación de presupuesto.
6. No se reconocerán traslados por derivación a otros centros asistenciales si la historia clínica no lo amerita.
7. No se reconocerán traslados por alta médica, exceptuando aquellos casos en que el estado del paciente lo requiera, debidamente fundamentado.
8. En caso de que la Empresa de Traslado no cuente con convenio formalizado, se evaluará la





adjudicación de la prestación con previa presentación de presupuesto.

- Una vez autorizado el traslado, el paciente será derivado munido de una copia de la historia clínica completa, como así también de los exámenes complementarios.
- Si la complejidad del cuadro clínico del paciente requiere la presencia de un médico durante su traslado, deberá ser debidamente solicitado y justificado.
- Si la complejidad del cuadro clínico del paciente requiere de evacuación sanitaria, deberá estar debidamente solicitado y justificado.

Nota: La autorización para los traslados en Internación puede ser solicitada dentro de un plazo de 48 hs. posteriores a la realización de las mismas.

9. Internaciones Domiciliarias

- Deberá estar debidamente indicada por el médico tratante quien justificará con historia clínica completa y estado del paciente.
- Deberá presentar consentimiento expreso y de colaboración de familiar directo.
- Presentar plan de tratamiento detallado: equipo interdisciplinario tratante, medicación, tareas a realizar, etc.

10. Tratamientos Oncológicos

Se brindará cobertura sólo habiendo presentado previamente la documentación necesaria para la incorporación del Socio al Programa Oncológico.

Quimioterapia: Deberá presentar el formulario de requisitos para medicación oncológica (provisto por Jerárquicos Salud) con datos completos, Historia Clínica completa, Plan de tratamiento, firma y sello del médico solicitante. **VER ANEXO:** "Protocolo de Medicamentos Oncológicos".

Radioterapia: Deberá presentar historia clínica completa y plan de tratamiento. En los centros especializados de Radioterapia que cuenten con equipamiento para Radioterapia 3D y cuyos aranceles estén pactados con Jerárquicos Salud.

11. Accidentes

- **Accidentes de tránsito:** Tendrán cobertura por Jerárquicos Salud presentando denuncia policial y relato de los hechos, y adjuntando formulario de accidentes provisto por JS detallando datos de los vehículos intervinientes y seguros de los mismos. **VER ANEXO** "Formulario de Accidentes".
- **Accidentes deportivos:** Tendrán cobertura presentando formulario de accidentes provisto por JS detallando datos de la entidad deportiva a la que pertenece el Socio. En caso de comprobarse que el lesionado dispone de cobertura médica a través del club al que pertenece, Jerárquicos Salud se abstendrá de brindar la cobertura de las prestaciones requeridas. **VER ANEXO:** "Formulario de Accidentes".
- **Accidentes laborales:** Deberán ser denunciados a la ART. Sólo tendrán cobertura si la actividad comercial/laboral del Socio no está registrada en ART.





- **Internaciones ocurridas por hechos delictivos** (asaltos, atracos, golpizas, etc.) tendrán cobertura presentando denuncia policial y relato de los hechos.
- **Otros:** si ocurriese algún hecho que no está enmarcado dentro de los anteriormente detallados, se solicitará la documentación pertinente para ser evaluado por Auditoría Médica.

12. Internaciones para Rehabilitación de Drogadependientes

Cobertura según Programa Aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación, y por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico:

- a.) Hospital de Día “Módulo de 4 hs.”
- b.) Hospital de Día “Módulo de 8 hs.”
- c.) Hospital de Noche
- d.) Internación psiquiátrica para desintoxicación, con terapéutica y medicación específica. Máximo un (1) mes.
- e.) Internación de Comunidades Terapéuticas debidamente autorizadas.

REQUISITOS:

1. Prescripción del Médico Tratante (Psiquiatra) indicando, además de los requisitos habituales, el tratamiento a realizar con firma, fecha de prescripción (deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento), sello del Profesional, fecha de inicio del tratamiento y/o internación, lugar de realización del mismo.
2. Resumen de historia clínica actualizado con Orientación Terapéutica, prescripta por el Médico Tratante. **Aclaración:** el Profesional Médico tratante **NO** debe pertenecer al Plantel de la Institución en donde llevará a cabo el tratamiento de Rehabilitación.
3. Presupuesto personalizado y detallado de la Institución en donde realizará el Tratamiento de Rehabilitación.
4. Fotocopia de la Inscripción del prestador en el **Registro Nacional de Prestadores de Servicios** perteneciente a la **Superintendencia de Servicios de Salud** (Res. 214/01 S.S.S.) con su correspondiente fotocopia de Resolución de Prórroga de Vencimiento (en caso que la tuviese) de Institución en donde realizará la Rehabilitación.
5. Informe de Ingreso a la Institución.
6. Informe Evolutivo Mensual: Psicológico, Psiquiátrico, Grupal, Familiar, etc.
7. Proyecto de Plan Terapéutico de Trabajo de la Institución para con el Paciente.

13. Internaciones para Rehabilitación de Adicción Alcohólica

La cobertura se homologará a todos los ítems descriptos en el punto 12 “Internaciones para Rehabilitación de Drogadependientes”.



14. Red de Médicos Auditores en Terreno

Habiéndose notificado al prestador, por parte de Jerárquicos Salud, sobre la existencia de Médico Auditor en Terreno en la localidad y los datos del mismo, la entidad sanatorial deberá comunicar al mismo el ingreso del paciente dentro de las 24 hs de producida la internación.

15. Modalidad de Facturación

15.1 Modalidad de Facturación General

En Internación, se deberá presentar al momento de facturar la misma, la siguiente documentación:

- Resumen de Facturación: en el cual deberán constar los códigos de las prácticas facturadas, cantidades y montos facturados por cada práctica, identificando Honorarios y Gastos, en cada caso.
- Autorización de Jerárquicos Salud de la Internación: adjuntar expediente de Internación en el cual se especifican las prestaciones solicitadas y autorizadas desde el ingreso del Socio hasta su egreso.

VER ANEXO: "Expediente de Autorización de Internaciones".

- Toda la Documentación Respaldata de la Internación, a saber:

-Prescripción Médica de la Internación y/o Prórroga/s en el caso que corresponda.

-Historia clínica completa:

- Anamnesis.
- Examen Físico.
- Diagnóstico Presuntivo.
- Plan Diagnóstico.
- Plan Terapéutico.
- Evolución Diaria Completa: En el caso de prácticas especializadas en internación anexar pedido del médico actuante e informe del médico efector. Asimismo, incorporar los resultados de análisis clínicos, informe de anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, etc.
- Hoja de Indicaciones Médicas, actualizadas en forma periódica.
- Hoja de Enfermería.
- Epicrisis.
- Consentimiento Informado.
- Protocolo Quirúrgico.
- Anatomía Patológica.
- Foja Anestésica.

-**Medicamentos y Descartables** utilizados en la Internación especificando los montos unitarios, totales y cantidades suministradas.

En cuanto al **Monitoreo Intraoperatorio**, con el Pedido y Justificación Médica en los casos que se reconocen, según Normas.

A los efectos de la Auditoría, sólo se tendrán en cuenta las Prestaciones detalladas en la HC y que conste en el informe adjunto del Profesional o Servicio requerido en la consulta.



Las estadías en **UTI/UCO/NEO/CE**, deben justificarse a través de las correspondientes Evoluciones diarias en esos Sectores o Servicios Especiales.

Las prestaciones facturadas en forma desagregadas y que no puedan ser auditadas en el marco general del análisis de la Historia Clínica de la Internación, serán devueltas y observadas por la Auditoría Médica, por no contar con la integridad de la documentación necesaria para el análisis del caso.

15.2 Modalidad de Facturación Específica

15.2.1 Quimioterapia

Se deberá presentar al momento de la facturación, la siguiente documentación:

- Indicación Médica de la Quimioterapia
- Las indicaciones de las Drogas citostáticas y ciclo actual realizado, con firma del Oncólogo
- Evolución Médica por parte del Oncólogo tratante.
- Hoja de Enfermería constatando la realización del tratamiento indicado.

15.2.2 Internación Psiquiátrica

Se debe facturar con la documentación que corresponda a la Especialidad detallada en el ítem precedente (Internación Clínica), resaltando los siguientes puntos:

- En cuanto a la Evolución Diaria, justificando la internación psiquiátrica la cual debe estar firmada por el Médico tratante (Psiquiatra) detallando la situación diaria y el estado clínico del paciente.
- En el caso de requerir la atención de otros Profesionales (Psicólogo, Psicopedagogo, Acompañante Terapéutico, etc) se deberán presentar los respectivos informes de atención y evolución en el tratamiento indicado.
- Hoja de Indicaciones Médicas, actualizadas en forma periódica.

15.2.3 Medicina Transfusional

Aplica la Ley Nacional de Sangre N° 22.990 y las Normas Técnicas y Administrativas de la Especialidad Hemoterapia según Resolución 58/2005.

En los casos de Transfusiones, se deberá detallar:

- Serología (las que determine la legislación vigente).
- Compatibilidad.
- Material Descartable "facturable".

La historia clínica debe contener claramente, el Laboratorio que la justifique, el correspondiente Pedido del Médico, los resultados de las Serología realizadas y la Hoja de Hemoterapia donde conste la realización de todas las pruebas realizadas y las bolsas de fluido utilizado.





Por Hemoterapia, en HC se debe dejar registro de la leyenda que se corresponda con el Pedido Médico: **“Se transfunden..... Unidades de.....”**, bajo firma y sello del Hematólogo y/o Médico.

Se deberá evolucionar al paciente, dejando constancia de su estado clínico general, luego de la realización de la Transfusión, por el Médico tratante.

15.2.4 Internación Domiciliaria

Al momento de su facturación se deberá presentar:

1. Indicación Médica por el Médico tratante, justificando la misma con historia clínica del paciente.
2. Tratamiento indicado en todos sus aspectos integrales y en el caso que corresponda el Equipo Interdisciplinario que intervendrá en la atención del paciente.
3. Formulario de Autorización de JS completo en todos sus ítems.
4. Historia clínica completa, con la Evolución diaria por el Médico tratante.
5. Hoja de Enfermería completa.

15.2.5 Cirugía Oftalmológica c/ Lente Intraocular

Este tipo de cirugías quedan reguladas por el Convenio y sus particularidades, Módulos con Inclusiones y Exclusiones detalladas. No obstante en todos los casos, independientemente de la modalidad de contratación pactada, se deberá adjuntar al Protocolo Quirúrgico el Sticker de la Prótesis, en donde está indicada la Marca y la Graduación.

15.3 Insumos

15.3.1 Medicamentos

Los medicamentos de uso habitual para el tratamiento del paciente según diagnóstico informado, no requieren previa autorización y deberán ser facturados según normas convenidas con los prestadores o en su defecto a valores de Referencia.

En cuanto a medicamentos de alto costo y baja incidencia, se deberá adjuntar el **Troquel** correspondiente al momento de su facturación. Por Ej.: CEFTRIAXZONA, CEFTAZIDIMA, VANCOMICINA, IMIPENEM, HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR.

La facturación de Medicamentos sólo se aceptará en unidades y fracciones, según Indicaciones Médicas y Hojas de Enfermería.



15.3.2 Descartables

Los descartables de uso habitual utilizados serán facturados a valores de Plaza.

Ante la utilización de material descartable de alto costo (Por Ej. Cateter Swan-Ganz, Arrow, etc) los mismos se deberán facturar con sus respectivos stickers originales.

Según Normas de Facturación se reconocerán sólo los descartables "Facturables", no así los Incluidos en Gastos.

15.3.2 Material Radioactivo

El mismo deberá ser provisto por el Prestador y se facturará a Valores CEDIM con previa autorización.

15.3.4 Sustancia de Contraste

La misma deberá ser provista por el Prestador y se facturará a Valor Manual Farmacéutico.

Endovenoso y oral: se deberá presentar el correspondiente Troquel original y se abonará en base a la cantidad que requiera la práctica realizada. En caso de utilizar más de una presentación se deberá justificar el pedido.





17. Anexo: "Expediente de Autorización de Internaciones"

ASOCIACION MUTUAL DEL PERSONAL JERARQUICO DE BANCOS OFICIALES NACIONALES

Expediente Internación N°: 52@10 - Orden de Internación

Ingreso: 16/04/2009

Paciente:	PBI: PBI
Dom. CILBO:	Teléfono:
Localidad: SANTA FE - CP: 3000	Provincia: SANTA FE
Edad:	

Institución: SANATORIO SAN GERONIMO (LABORATORIO)	HABERIDA: 0	PREO: 0
Dom. CILBO: SAN GERONIMO N° 3337	Teléfono: 0342-4560004	
Localidad: SANTA FE - CP: 3000	Provincia: SANTA FE	

Diagnóstico:

Módulo Tratado:	Medida de Internación: EN PISO		
Días Autorizados:	Ciudad: SI	Obligado: NO	Tel. de Pasaje SI:

Cant	Código	Descripción	Resolución
1	41.24.01	OPERACION CEDAFAECLAZICA, BISTRAPERTORREAL, VAGM. AUTORIZADO	
1	40.21.01	CAMA DE HASTA 200 CM CABEZO-	AUTORIZADO
1	40.21.01	CAMA DE HASTA 200 CM CABEZO-	AUTORIZADO

Mauro
Dr. Mauro Villalva

Fax completo por el Profesional Establecimiento:

Datos:

Dom. CILBO:

Materia: **Fecha:** **Área Profesional o Funcional:** **Carácter Autorizado:**

Si. Presentado el Establecimiento: Para obtener envío a JERARQUICOS SALUD el presente debe estar con el sello de planta original. No se requiere copias.

Si. Copia: Este documento comienza a regir. Este Fax se lo entregó al Profesional Establecimiento con el Orden de Facturas original que obtiene el poder.

Comentarios:

W. 11. 12/01/2009 W. 11. 01/04/09 Página 1 de 1



MAURO VILLALVA
JEFE DEPTO. CONVENIOS
JERARQUICOS SALUD
ANP 380N



“Formulario de Traslado de Pacientes Internados”

	Solicitud de traslado de paciente internado
--	--

.....de.....de.....
(Localidad) (Día) (Mes) (Año)

PACIENTE:..... Nº DE SOCIO:.....

EDAD:..... DIAGNOSTICO:.....

SOLICITO TRASLADO:

- MOTIVO:.....
- DESDE (Nombre y domicilio):.....
- HABITACION/CAMA:.....
- HASTA (Nombre y domicilio):.....
- PARA EL DIA:...../...../.....
- HORA:..... MEDICO QUE RECIBE:.....

FORMA DE TRASLADO:

- AMBULANCIA:
- COMUN ()
 - UTI ()
 - UTI NEONATAL ()
 - CON ENFERMERO ()
 - CON MEDICO ()

- DISTANCIA:
- IDA ()
 - IDA Y VUELTA ()
 - C / ESPERA ()

- KILOMETROS TOTALES:.....

.....
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO SOLICITANTE



MAURO VILLALVA
JEFE DEPTO. CONVENIOS
JERARQUICOS SALUD
AMP 3808



“Formulario de Accidentes”

	REPORTE DE ACCIDENTES
Asociación Mutual del Personal Jerárquico de Bancos Oficiales Nacionales	
FECHA DEL SINISTRO _____	
LUGAR _____	
NOMBRE Y APELLIDO _____	
DNI _____	
TIPO DE ACCIDENTES (marque con una x)	
TRANSITO <input type="checkbox"/>	Titular del vehiculo embistente _____ Vehiculo / Nro de patente _____ Compañía de Seguro _____ Póliza _____ Titular del vehiculo embestido _____ Vehiculo / Nro de patente _____ Compañía de Seguro _____ Póliza _____
DEPORTIVO <input type="checkbox"/>	Club / Entidad _____ Compañía aseguradora _____
TRABAJO <input type="checkbox"/>	ART _____ Póliza _____
OTROS <input type="checkbox"/>	_____
RESPONSABILIDAD (marque con una x)	
PROPIA <input type="checkbox"/>	TERCEROS <input type="checkbox"/>
OTROS <input type="checkbox"/>	
Importante: en todos los casos de accidente, adjuntar denuncia policial y enviar por fax al 0800 555 1040 opción 1	



MAURO VILLALVA
 JEFE DEPTO. CONVENIOS
 JERARQUICOS SALUD
 ANP 3808



“Protocolo de Medicamentos Oncológicos”

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

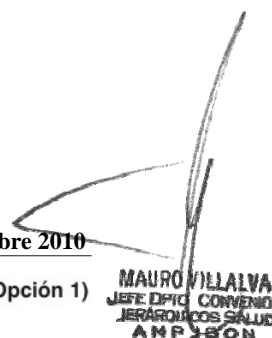
FECHA...../...../.....

- 1) NOMBRE Y APELLIDO.....
- 2) EDAD: PESO:..... TALLA:..... SUP. CORPORAL.....
- 3) DIAGNOSTICO ONCOLOGICO:.....
-
- 4) TIPO O CLASIFICACION HISTOLOGICA:.....
-
- 5) ESTADIO DE ENFERMEDAD:
- 6) PROTOCOLO DE TRATAMIENTO A SEGUIR DONDE CONSTE:

a) Nombre de las Drogas a utilizar:	b) Dosis por m2 de sup. corp.:
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

- c).Intervalo o frecuencia de administración.....
- d).Cantidad de ciclos.....
- 7) OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO: marcar donde corresponda
CURATIVO:PALIATIVO:OTROS:
- 8) TRATAMIENTOS PREVIOS REALIZADOS:
CIRUGIA:RADIOTERAPIA:QUIMIOTERAPIA:
INMUNOTERAPIA:
- 9) EVIDENCIA CIENTIFICA QUE RESPALDA EL PROTOCOLO ELEGIDO: debe enviarla conjuntamente con la historia clínica, en especial si usa anticuerpos monoclonales o drogas de reciente incorporación.




MAURO VILLALVA
 JEFE DPTO. CONVENIOS
 JERARQUICOS SALUD
 ANP 3808



Continuación formulario

Ficha de tratamiento de pacientes oncológicos:

Requisitos indispensables para la solicitud de medicación oncológica por los afiliados:

Normas y exigencias de la...Administración de Programas Especiales y la...
Superintendencia de Servicios de Salud.

- 1) Resumen de Historia clínica completa.
- 2) Fotocopias de los informes de los estudios complementarios que avalen el diagnóstico y el estadio de enfermedad: (anatomía patológica, TAC, Resonancias, gammagrama óseo, etc.).
- 3) Todos los ítems deben ser completados por el médico tratante, haciendo constar firma y sello aclaratorio.
- 4) No se aceptarán fichas de tratamiento oncológico incompletas.

Auditoría Médica.
Jerárquicos Salud



MODALIDAD OPERATIVA ESPECÍFICA PARA CONSULTAS MÉDICAS

Índice

1. Normas Operativas: Generales

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

2. Normas Operativas: Autorización de Prácticas Ambulatorias

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

3. Normas Generales de Facturación

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

4. Modalidad de Atención

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

4.1 Modalidad de Atención Específica: Ambulatorio

4.1.1 Consultas Médicas

5. Anexos

Ver Normas de Trabajo Generales

4.1 Modalidad de Atención Específica: Ambulatorio

4.1.1 Consultas Médicas

Para su facturación, se requiere:

Cupón de Consulta Médica en Original (VER ANEXO), ya que el Duplicado es para el control del Socio y el Triplicado para el control del Profesional.

Cupón Completo con todos los datos exigidos en el mismo.

NOTA: En los casos que corresponda, se deberá especificar en el Cupón de Jerárquicos Salud el **horario de atención y/o día feriado** en el cual se efectivice la prestación.

Es indispensable que se completen todos los datos exigidos en el presente documento, tanto del Profesional como del Socio, dando prioridad a la firma del mismo ya que por medio de ella presta su consentimiento para hacer efectivo el pago de la prestación efectuada, como así también firma y sello del Profesional efector. De presentarse el Cupón de Consulta Médica con enmiendas, tachaduras, sin que las mismas se encuentren debidamente salvadas bajo firma y sello del Profesional respectivo, serán pasibles de débitos. Se procederá de igual manera, en los casos de presentarse el Cupón de Jerárquicos Salud, sin alguno de los datos que el mismo indica y se exigen como requisito para su pago. Se reconocerán hasta cuatro (4) consultas mensuales para cada Socio. En caso de requerirse una mayor cantidad de consultas médicas, las mismas deberán fundamentarse con la correspondiente historia clínica. No podrán facturarse más de una consulta por Especialidad en el mismo día, salvo que la misma se justifique mediante historia clínica, quedando sujeto a Auditoría Médica.

MODALIDAD OPERATIVA ESPECÍFICA PARA ANESTESIOLOGÍA

Índice

1. Normas Operativas Generales

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

2. Autorización de Prácticas Ambulatorias

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

3. Normas Generales de Facturación

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

4. Modalidad de Atención

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

4.1 Modalidad de Atención Específica: Ambulatorio y/o Internación

4.1.1 Anestesiología

5. Anexos

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

4.1 Modalidad de Atención Específica: Ambulatorio y/o Internación

4.1.1 Anestesiología

Se deberán facturar las prestaciones correspondientes a la Especialidad, adjuntando la siguiente documentación:

Foja / Protocolo de Anestesia

Protocolo Quirúrgico

Evaluación Pre-Anestésica

Para abonar la **Evaluación Preanestésica** se deberá contar con la correspondiente justificación de la misma. Enviando una Ficha en la que consten todos los datos recabados en el interrogatorio realizado por el Profesional: examen físico, antecedentes, estudios complementarios entre otros, con firma y sello del Profesional Anestesta y fecha en que se realizó la misma.

En caso de que dichos datos estén contemplados en la misma Foja o Protocolo de Anestesia, se tomará como válido el requisito exigido, siempre que sea correctamente realizada e informada en la documentación enviada.

Con respecto a los **recargos adicionales** (Urgencias/Edades Extremas/Horarios Nocturnos/ Feriados) contemplados en el Nomenclador, los mismos deberán estar debidamente informados o detallados en el documento respectivo remitido en la facturación. De lo contrario será pasible de débito.

En caso de estar agrupado en una Asociación de Anestesiología, la facturación y el pago respectivo de los Honorarios, será realizado a la Institución correspondiente de la cual el Profesional forma parte.

Los Médicos de otras Especialidades, que utilicen Anestesia Local, sólo podrán facturar el



Medicamento utilizado.

Cuando se requiera Anestesia General, se llevará a cabo con la participación del Médico Anestesta, aún para procedimientos mínimos.

En lo que respecta a los **Medicamentos Anestésicos**, el pago de los mismos se efectuará según Tiempo Quirúrgico en los Líquidos Volátiles y en las demás drogas se abonarán en función de lo especificado en el Protocolo de Anestesia, según la Farmacocinética de las mismas.





MODALIDAD OPERATIVA ESPECÍFICA PARA DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Índice

1. Normas Operativas Generales

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

2. Autorización de Prácticas Ambulatorias

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

3. Normas Generales de Facturación

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

4. Modalidad de Atención

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

4.1 Modalidad de Atención Específica: ambulatorio

4.1.1 Suministros

4.1.1.1 Material Radioactivo

4.1.1.2 Sustancia de Contraste

4.1.1.3 Medicamentos

5. Anexos

Ver Normas de Trabajo Generales

4.1 Modalidad de Atención Específica

4.1.1 Suministros

4.1.1.1 Material Radioactivo

El mismo deberá ser provisto por el Prestador.

Deberá facturarse a Jerárquicos Salud a Valores CEDIM con previa autorización de Jerárquicos Salud.

4.1.1.2 Material de Contraste

El mismo deberá ser provisto por el Prestador y para su reconocimiento deberá encontrarse indicado por el Profesional en la Prescripción que solicita la práctica médica.

Deberá facturarse a Jerárquicos Salud a Valor Manual Farmacéutico.

Contraste endovenoso y oral: se deberá presentar el correspondiente Troquel original y se abonará en base a la cantidad que requiera la práctica realizada. En caso de utilizar más de una presentación se deberá justificar el pedido.





4.1.1.3 Medicamentos

Los medicamentos de uso habitual para el tratamiento del paciente según diagnóstico informado, no requieren previa autorización y deberán ser facturados según normas convenidas en el contrato vigente o en su defecto a valores de referencia.

La facturación de medicamentos sólo se aceptará en unidades y fracciones, según Indicaciones Médicas y Registro del suministro.



MODALIDAD OPERATIVA ESPECÍFICA PARA NUTRICIÓN

Índice

1. Normas Operativas Generales

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

2. Autorización de Prácticas Ambulatorias

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

3. Normas Generales de Facturación

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

4. Modalidad de Atención

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

4.1 Modalidad de Atención Específica: Ambulatorio

4.1.1 Nutrición

5. Anexos

Ver Normas de Trabajo Generales

4.1 Modalidad de Atención Específica: Ambulatorio

4.1.1 Nutrición

Se deberán facturar las prestaciones correspondientes a la Especialidad, adjuntando la siguiente documentación:

Anamnesis: Cupón de JS

Entrega de Plan: Cupón de JS

Controles: Cupón de JS

Nota: En el caso de la Anamnesis y Entrega de Plan se debe facturar por ÚNICA VEZ al iniciar el Tratamiento.

El cupón de JS deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Cupón de Jerárquicos Salud en Original ya que el Duplicado es para el control del Socio y el Triplicado para el control del Profesional.
- Cupón Completo con todos los datos exigidos en el mismo (**VER ANEXO**).

Es indispensable que se completen todos los datos exigidos en el mismo, tanto del Profesional como del Socio, dando prioridad a la firma del mismo ya que por medio de ella presta su consentimiento para hacer efectivo el pago de la prestación efectuada, como así también firma y sello del Profesional efector.

De presentarse el Cupón de Jerárquicos Salud con enmiendas y/o tachaduras, sin que las mismas se encuentren debidamente salvadas bajo firma y sello del respectivo Profesional, serán pasibles de débitos.

Se procederá de igual manera en los casos de presentarse el Cupón de Jerárquicos Salud, sin alguno de los datos que el mismo indica y se exigen como requisito para su pago.



MODALIDAD OPERATIVA ESPECÍFICA PARA REHABILITACIÓN MÉDICA

Índice

1. Normas Operativas Generales

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

2. Autorización de Prácticas Ambulatorias

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

3. Normas Generales de Facturación

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

4. Modalidad de Atención

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

4.1 Modalidad de Atención Específica: Ambulatorio

4.1.1 FKT / Fonoaudiología / Terapia Ocupacional

5. Anexos

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

4.1 Modalidad de Atención Específica: Ambulatorio

4.1.1 FKT / Fonoaudiología / Terapia Ocupacional

Se debe facturar adjuntando la siguiente documentación:

Prescripción Médica Original. (VER ANEXO)

Firma, Aclaración y DNI del Socio, al dorso de la Prescripción Médica.

Firma y Sello del Profesional que realiza la prestación, al dorso de la Prescripción Médica.

Fecha y Firma de asistencia del Socio que acredite la realización de cada una de las sesiones.

En lo que respecta a las sesiones de **FKT** para el tratamiento de **Rehabilitación Cardiovascular**, se deberá adjuntar a la documentación exigida y el Informe elaborado por el Médico Tratante de la Evolución del paciente.





MODALIDAD PARA ACTUALIZACIÓN DE PADRÓN DE PRESTADORES

Índice

1- Padrón de Prestadores

- 1.1 Padrón de Profesionales
- 1.2 Padrón de Instituciones
- 1.3 Altas, Bajas y Modificaciones

1. Padrón de Prestadores

Los prestadores podrán acceder al Padrón de Prestadores a través de nuestra página Web: www.jerarquicosalud.com.ar o mediante consultas telefónicas a nuestras líneas: **0800-555-4844 / 0342-4504890 (opción 6)**.

A fin de contar con un Padrón de Prestadores actualizado, y así brindar información fehaciente a los requerimientos de nuestros Socios y un detalle preciso al momento del pago de las facturaciones, será obligación del prestador remitir a la Administración de Jerárquicos Salud el Padrón de Prestadores actualizado. El mismo debe ser enviado en archivo xls, vía e-mail a:

padronprestadores@jerarquicosalud.com.ar

Los datos que debe contener el Padrón de Prestadores constan en los puntos 1.1 – 1.2 – 1.3.

De no presentar todos los datos que se remarcan como imprescindibles, el padrón no podrá ser cargado y por lo tanto no podrán ser publicados. Se deberá tener en cuenta que resulta muy importante contar con el Nro de CUIL o CUIT de cada institución o profesional, ya que éste dato es el que utiliza nuestro sistema informático para no duplicar información en cada actualización. También es obligatorio el Nro de registro de prestador de cada institución, dado que el mismo nos es exigido por la S.S.S.

1.1 Padrón de profesionales:

Datos del Prestador:

- Nombre del Prestador *
- Nro de Convenio
- Dirección
- Teléfono
- E-mail

Datos del Profesional:

- Cuil *
- Matrícula Provincial *
- Matrícula Nacional *
- Nombre del Profesional *
- Domicilio Laboral *





- Provincia *
- Localidad *
- Código Postal
- Característica
- Teléfono *
- Especialidad 1 *
- Especialidad 2
- Especialidad 3
- Categoría
- DNI
- E-mail

- Los datos con asterisco (*) son de carácter obligatorio a completar.
- En caso de profesionales que cuenten con más de una dirección de atención o especialidades, las mismas también deben de ser informadas en otra columna. Ej: dirección 2 ó especialidad 2.

1.2 Padrón de instituciones

Datos del Prestador:

- Nombre del Prestador *
- Nro de Convenio
- Dirección
- Teléfono
- E-mail

Datos de las Entidades:

- Tipo de Entidad: Sanatorio / Clínica / Laboratorio / Óptica / Servicio de Emergencia / Prótesis
- CUIT *
- Número de Registro de Prestadores
- Nombre de la Institución *
- Domicilio *
- Provincia *
- Localidad *
- Código Postal
- Característica del Teléfono
- Teléfono *
- E-mail
- Los datos con asterisco (*) son de carácter obligatorio a completar.





1.3 Altas, Bajas y Modificaciones

Toda variante (Altas, Bajas y Modificaciones) deberá ser informada a Jerárquicos Salud mediante notificación fehaciente cada 30 (treinta) días, vía e-mail a padronprestadores@jerarquicosalud.com.ar



MODALIDAD OPERATIVA ESPECÍFICA PARA SALUD MENTAL

Índice

1. Normas Operativas Generales

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General.

2. Autorización de Prácticas Ambulatorias

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General.

3. Normas Generales de Facturación

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General.

4. Modalidad de Atención

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General.

4.1 Modalidad de Atención Específica: Ambulatorio

4.1.1 Psicología / Psiquiatría / Psicopedagogía

4.1.2 Consulta Médica

5. Anexos

Ver Normas de Trabajo Generales

4.1 Modalidad de Facturación Específica

4.1.1 Psicología / Psiquiatría / Psicopedagogía

Se debe facturar adjuntando la siguiente documentación:

Prescripción Médica Original (VER ANEXO)

Firma, Aclaración y DNI del Socio, al dorso de la Prescripción Médica.

Firma y Sello del Profesional que realiza la prestación, al dorso de la Prescripción Médica.

Fecha y Firma de asistencia del Socio que acredite la realización de cada una de las sesiones de Psicoterapia.

Psicodiagnóstico: incluye la realización de los siguientes códigos: 33.01.11 (Pruebas Psicométricas) y 33.01.12 (Pruebas Proyectivas).

4.1.2 Consultas Médicas

Para su facturación, se requiere:

- Cupón de Consulta Médica en **Original** ya que el **Duplicado** es para el control del Socio y el **Triplicado** para el control del Profesional.
- Cupón Completo con todos los datos exigidos en el mismo. **(VER ANEXO)**

En el caso de corresponder, la **Consulta de la Especialidad de Psicología** se debe facturar **por única vez** al iniciar el tratamiento con el **Cupón** de Jerárquicos Salud. Para la facturación de **Consultas Médicas de la Especialidad de Psiquiatría**, se deberá presentar únicamente el respectivo **Cupón** de Jerárquicos Salud. Se reconocerán hasta cuatro (4) consultas mensuales para cada Socio. En caso de requerirse una mayor cantidad de consultas médicas, las mismas deberán fundamentarse con historia clínica. No podrán facturarse más de una consulta por Especialidad en el mismo día, salvo que se justifique mediante historia clínica, quedando sujeto a Auditoría Médica.



MODALIDAD OPERATIVA ESPECÍFICA PARA PRÓTESIS

Índice

1. Normas Operativas Generales

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

2. Autorización de Prácticas Ambulatorias

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

3. Normas Generales de Facturación

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

4. Modalidad de Atención

Ver NOR-EXP.001 Modalidad Operativa para Prestadores en General

5. Modalidad por Especialidad

5.1 Solicitud de Prótesis

5.2 Urgencias

6. Modalidad de Facturación Específica

6.1 Prótesis

6.2 En el Aspecto Impositivo

5. Modalidad de por especialidad

5.1 Solicitud de Prótesis

Es imprescindible que el profesional confeccione con letra clara la Prescripción de los materiales. Debe indicar en la misma la fecha probable de cirugía a fin de conocer los tiempos con los que cuenta la Administración de Jerárquicos Salud en el ingreso del pedido y el trámite de solicitud de cotizaciones a los proveedores.

NOTA:

Los pedidos deben enviarse a la Administración con una antelación no menor a 7 días hábiles.

La prescripción de las prótesis deben ser solicitadas con su nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor o especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto.

5.2 Urgencias

El profesional o las Instituciones pueden suministrar el material necesario y posteriormente Jerárquicos Salud podrá reponer o autorizar su facturación, presentando la siguiente documentación:

- Protocolo Quirúrgico (si es una cirugía) o informe de estudios.
- Certificado de Implantes con stickers.
- Rx post quirúrgica (si correspondiera).





NOTA: la falta de esta documentación imposibilitará la reposición de los materiales utilizados.

6. Modalidad de Facturación Específica

6.1 Prótesis

Se debe facturar adjuntando la siguiente documentación:

- A.- Presupuesto Original membretado
- B.- Autorización de Jerárquicos Salud del Presupuesto remitido (Orden de Compra).
- C.- Remito de Entrega del Material con firma y sello de Recepción del mismo.
- D.- Certificado de Implante: original, con los correspondientes stickers, firma y sello del médico interviniente.
- E.- Fotocopia del Protocolo Quirúrgico.
- F.- RX post quirúrgica en el caso que el material no posea stickers.
- G.- Factura según importe presupuestado.
- H.- Recibo de Pago Efectuado (Remitirlo a la Administración de Jerárquicos Salud luego de la recepción del pago).

Nota: En caso de no poseer stickers la prótesis colocada, el proveedor deberá enviar una nota con firma y sello del profesional actuante que **la prótesis NO posee stickers**.

6.2 En el Aspecto Impositivo

- Deberán presentar **Declaración Jurada de datos Impositivos para proveedores**, adjuntando constancia de inscripción en AFIP, en Ingresos Brutos y aclarando si es agente de retención o percepción por algún régimen.
- Las facturas a presentar deben ser de **tipo A** (si el prestador es Responsable Inscripto en IVA con discriminación del mismo al 21%) **o C si es Monotributista**.

