



SCIS Medicina Privada

# **Manual Operativo para Prestadores**

VIGENCIA 1° DE ABRIL DE 2023.

# 1. Condiciones generales para prestadores de contratación directa.

**SCIS** (Sistema de Cobertura interior de Salud) es una empresa de Medicina Privada (R.N.E.M.P. N° 1-1109-4) que posee una amplia cobertura y red nacional de prestadores con sucursales propias distribuidas a lo largo de toda la República Argentina. Contamos con una gran variedad de planes acordes a las necesidades de nuestros asociados. Nuestra población se compone de afiliados directos privados y desregulados provenientes de diferentes Obras Sociales.

## Planes vigentes:

**SC50 / SC100 / SC150**  
**SC250 / SC300 / SC500**  
**SC550 / SC600 / SC4000**

## 2. Identificación del asociado

### A. Credencial Física.

Scis Medicina Privada cuenta con una **Credencial de Identificación Única** para sus asociados. La credencial vigente identifica al Asociado con sus **datos personales, tipo de plan, numero de afiliado, fecha de vencimiento y condición ante el iva.**



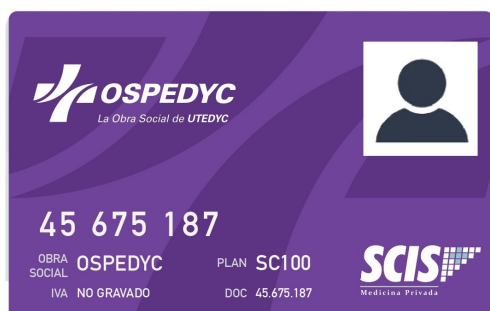
## B. Modelos de Credenciales Adicionales.



**OSSIMRA**



**OSDEPYM**  
La Obra Social Empresaria



## C. Credencial Digital 2.0.

La Credencial Digital viene a reemplazar el plástico. Una vez que el Afiliado activa su credencial digital, quedará invalida la credencial física.

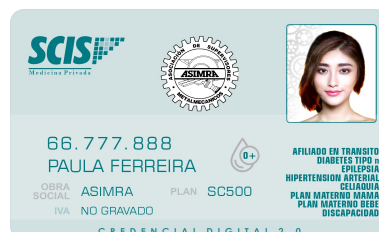
El objetivo es mejorar la experiencia de nuestros Afiliados y Prestadores en el proceso de atención y validación de Prestaciones Médicas.

Además su utilización ayuda a disminuir el fraude eventual por mal uso de las credenciales tradicionales.

El prestador deberá solicitar los siguientes datos:

- Número de Afiliado
- Código Token que figura al dorso de la credencial y tiene una vigencia de “xx” segundos.
- Documentos de identidad.

### Modelos de Credenciales Digitales 2.0



### Modelos de Credencial Digital 2.0 - Adicionales

## D. Credencial Provisoria / Constancia de Afiliación.

El asociado podrá presentar una **Credencial Provisoria** o una **Constancia de Afiliación**, hasta la **provision del plastico definitivo**.



### Constancia de Afiliación

RECOLETA, Martes 1 de ENERO de 2019

Por la presente constancia se certifica que el Afiliado:

Nombre y Apellido:.

Plan: DNI

N° AFILIADO:

O. SOCIAL:

Pertenece a nuestra empresa desde:

La presente constancia se extiende a pedido de la institución:

A Quien Corresponda.

El Afiliado debe acreditar su identidad con documento de identidad indefectiblemente.

**Esta certificación tiene una validez de 31 DIAS**

Depto de Afiliaciones

**SCIS - Medicina Privada.**

## 3. Autorizaciones

### Socios y Prestadores

Las autorizaciones pueden ser gestionadas por el Prestador y/o el Socio.

### CENTRAL DE AUTORIZACIONES

|                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>VIA FAX:</b> Al Fax Server (011) 5276 – 9586.                                                                           |
| <b>VIA TELEFONO:</b> (011) 5246 – 1600                                                                                     |
| <b>VIA EMAIL:</b> Enviando una foto escaneada a <a href="mailto:autorizaciones@scis.com.ar">autorizaciones@scis.com.ar</a> |
| <b>VIA WEB:</b> A través de nuestra web <a href="http://www.scis.com.ar/autorizaciones">www.scis.com.ar/autorizaciones</a> |

### Autorizaciones de prestaciones ambulatorias.

Se debe enviar por Email o por Fax la orden médica a autorizar junto con los datos del paciente (email o teléfono). La autorización se otorgará por mail / fax. Dentro de las 72 hs.

### Autorizaciones de internaciones y/o cirugías.

Serán autorizadas con la correspondiente orden de internación y/u orden de cirugía emitida. Las cirugías programadas deberán ser autorizadas con una semana de anticipación. Las cirugías programadas con prótesis que no sean de urgencia deberán contar con una anticipación de 30 días. Se pueden consultar las solicitudes enviadas en nuestra mesa operativa.

Las internaciones y/o cirugías de urgencia deberán ser denunciadas dentro de las 24 hs. posteriores a fin de evitar débitos futuros.

**Solicitud para prestaciones especiales (Cirugías o estudios de alta complejidad).**

Ante una prestación particular como una Cirugía, el afiliado debe presentar la siguiente solicitud.

| <h2 style="margin: 0;">Solicitud para Prestaciones Especiales.</h2>                                                                                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Nombre y Apellido del Paciente: .....</p> <p>Edad: ..... Sexo: ..... N° de Afiliado: .....</p> <p>Inicio de la Enfermedad: .....</p>                                                                                                                        |                                                                                     |
| <p>Resumen de Historia Clínica: (Datos de interés para el estudio solicitado) .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                                                                          |                                                                                     |
| <p>Diagnóstico presuntivo: .....</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <p>Estudios realizados hasta la fecha : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |
| <p>Resultados Obtenidos: (que indiquen claramente la necesidad del estudio a fin de orientar la conducta a seguir en el caso por ejemplo: cirugía, tratamiento conservador, estudio, estudio invasivo de alta complejidad, etc.)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |                                                                                     |
| <p>Prestaciones que se solicitan: (Adjuntar presupuesto según corresponda) .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                 |                                                                                     |
| <p>Que se espera obtener de los estudios solicitados: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                                      |                                                                                     |
| <p>En que incidirá sobre la conducta terapéutica el estudio solicitado: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                    |                                                                                     |
| <p>.....</p> <p><b>Firma y Sello del Médico</b></p>                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |

### **Autorización de internaciones de urgencia.**

Se denuncian en el momento.

Si la internación se produce fuera del horario de atención administrativa deberá comunicarse con nuestra **Guardia de Mesa Operativa (011) 5246-1600 Opción 3.**

REQUERIMIENTOS DE AUTORIZACION. Ver archivos adjuntos con *Niveles de Autorización*.

## PRACTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE GUARDIA.

**Dada la imposibilidad a solicitar una autorización para prácticas de urgencia, se debe solicitar la autorización con los mismos criterios al siguiente día hábil.**

#### 4. Criterios de Autorización (segun plan)

[illegible]

| <b>Capítulo 16 - ANESTESIOLOGIA</b>                                                              | <b>SC50</b> | <b>SC100</b> | <b>SC150</b> | <b>SC250</b> | <b>SC300</b> | <b>SC 500</b> | <b>SC 550</b> | <b>SC 600</b> | <b>SC 4000</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| ANESTESIA LOCAL, ANESTESIA REGIONAL Y ANESTESIA GENERAL                                          | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| TRATAMIENTO DEL DOLOR                                                                            | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| <b>Capítulo 17 - CARDIOLOGIA</b>                                                                 | <b>SC50</b> | <b>SC100</b> | <b>SC150</b> | <b>SC250</b> | <b>SC300</b> | <b>SC 500</b> | <b>SC 550</b> | <b>SC 600</b> | <b>SC 4000</b> |
| TODAS LAS PRACTICAS DE CARDIOLOGIA INCLUIDAS EN EL PMO - EXCEPTO LA DETALLADAS                   | SI          | SI           | SI           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)                                                                         | SI          | NO           | NO           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ELECTROCARDIOGRAMA DE HOLTER (POR 24 HS) - UN CANAL                                              | SI          | NO           | NO           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ERGOMETRIA                                                                                       | SI          | SI           | SI           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ELECTROCARDIOGRAMA DE HOLTER (POR 24 HS) - DOS CANALES                                           | SI          | NO           | NO           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| OTRAS PRACTICAS DE CARDIOLOGIA NO INCLUIDAS EN EL PMO                                            | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| <b>Capítulo 18 - ECOGRAFIAS</b>                                                                  | <b>SC50</b> | <b>SC100</b> | <b>SC150</b> | <b>SC250</b> | <b>SC300</b> | <b>SC 500</b> | <b>SC 550</b> | <b>SC 600</b> | <b>SC 4000</b> |
| TODAS LAS PRACTICAS DE ECOGRAFIA INCLUIDAS EN EL PMO - EXCEPTO LAS DETALLADA                     | SI          | NO           | NO           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ECOCARDIOGRAMA COMPLETO, CON ECOSCOPIA (MODO B).                                                 | SI          | SI           | SI           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ECOGRAFIA OFTALMOLOGICA UNI O BILATERAL.                                                         | SI          | SI           | SI           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ECOGRAFIA PARA LA AMNIOCENTESIS.                                                                 | SI          | SI           | SI           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ECOGRAFIA TRANSVAGINAL                                                                           | SI          | SI           | SI           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ECOGRAFIA TRANSRECTAL                                                                            | SI          | SI           | SI           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ECODOPPLER PERIFERICO BLANCO Y NEGRO (B/N)                                                       | SI          | SI           | SI           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ECODOPPLER PERIFERICO COLOR                                                                      | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ECODOPPLER COLOR CIRCULACION PORTAL SUPRAHEPATICO CAVA                                           | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ECODOPPLER COLOR ESPLENICO CAVA                                                                  | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ECODOPPLER CARDIACO COLOR                                                                        | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ECOCARDIOGRAMA DE STRESS FISICO Y/O FARMACOLOGICO (CON IMAGEN DIGITALIZADA)                      | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ECODOPPLER CARDIACO FETAL COLOR                                                                  | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ECODOPPLER TRANSCRANEANO COLOR                                                                   | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS                                                                      | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| OTRAS PRACTICAS ECOGRAFICAS NO INCLUIDAS EN EL PMO                                               | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| <b>Capítulo 19 - ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION</b>                                                  | <b>SC50</b> | <b>SC100</b> | <b>SC150</b> | <b>SC250</b> | <b>SC300</b> | <b>SC 500</b> | <b>SC 550</b> | <b>SC 600</b> | <b>SC 4000</b> |
| REGIMEN INDIVIDUAL, DETERMINACION DEL MB / ANAMNESIS ALIMENTARIA, SEGUIMIENTO (CONTROL DIETARIO) | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | NO            | NO            | NO            | NO             |

[illegible]

|                                                                                                                                                                                                                    |             |              |              |              |              |               |               |               |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| ESTUDIO DE MECANICA PULMONAR (COMPRENDE DISTENSIBILIDAD PULMONAR ESTATICA Y DINAMICA - COMPLIANCE - RESISTENCIA DE LAS VÍAS AEREAS, CONDUCTANCIA Y COEFICIENTE DE RETRACCION, COEFICIENTE DE RETRACCION ELASTICA). | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| OTRAS PRACTICAS DE NEUMONOLOGIA NO INCLUIDAS EN EL PMO                                                                                                                                                             | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| <b>Capítulo 29 - NEUROLOGIA</b>                                                                                                                                                                                    | <b>SC50</b> | <b>SC100</b> | <b>SC150</b> | <b>SC250</b> | <b>SC300</b> | <b>SC 500</b> | <b>SC 550</b> | <b>SC 600</b> | <b>SC 4000</b> |
| TODAS LAS PRACTICAS DE NEUROLOGIA - EXCEPTO LAS DETALLADAS                                                                                                                                                         | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| ELECTROENCEFALOGRAFÍA CON ACTIVACIÓN SIMPLE.                                                                                                                                                                       | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| ELECTROENCEFALOGRAFÍA CON ACTIVACIÓN COMPLEJA.                                                                                                                                                                     | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| NISTAGMOGRAFÍA. ELECTRORETINOGRAMA.                                                                                                                                                                                | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES O FACIAL.                                                                                                                                                     | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| ELECTROMIOGRAFÍA DE LOS CUATRO MIEMBROS.                                                                                                                                                                           | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| ELECTROMIOGRAFÍA CON VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN.                                                                                                                                                                      | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| REFLEXOGRAMA PATELAR Y/O AQUILIANO.                                                                                                                                                                                | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| CRONAXIMETRÍA.                                                                                                                                                                                                     | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| ELECTRODIAGNÓSTICO.                                                                                                                                                                                                | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| OTRAS PRACTICAS DE NEUROLOGIA NO INCLUIDAS EN EL PMO                                                                                                                                                               | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| <b>Capítulo 30 - OFTALMOLOGIA</b>                                                                                                                                                                                  | <b>SC50</b> | <b>SC100</b> | <b>SC150</b> | <b>SC250</b> | <b>SC300</b> | <b>SC 500</b> | <b>SC 550</b> | <b>SC 600</b> | <b>SC 4000</b> |
| TODAS LAS PRACTICAS DE OFTALMOLOGIA INCLUIDAS EN EL PMO - EXCEPTO LAS DETALLADAS                                                                                                                                   | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| CAMPO VISUAL (CAMPEMETRÍA Y/O PERIMETRÍA).- (BILATERAL)                                                                                                                                                            | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| FONDO DE OJO Y/O ESQUIASCOPIA (CON DILATACIÓN PUPILAR).- (BILATERAL) - (INCLUIDO EN CONSULTA)                                                                                                                      | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| TONOMETRÍA.- (BILATERAL) - (INCLUIDO EN CONSULTA).                                                                                                                                                                 | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| TONOMETRÍA EN NIÑOS CON ANESTESIA GENERAL.- (BILATERAL)                                                                                                                                                            | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| GONIOSCOPIA.- (BILATERAL)                                                                                                                                                                                          | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| CURVA TENSIONAL.- (BILATERAL)                                                                                                                                                                                      | SI          | NO           | NO           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| TONOGRAFÍA (CON TONOGRAMO ELECTRÓNICO).- (BILATERAL)                                                                                                                                                               | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| RETINOGRAMA CON TRES PLACAS.- (UNILATERAL)                                                                                                                                                                         | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| RETINOGRAMA CON TRES PLACAS.- (BILATERAL)                                                                                                                                                                          | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| RETINOFLUORESCENCIA.- (UNILATERAL)                                                                                                                                                                                 | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| EXOFTALMOMETRÍA.- (BILATERAL) - (INCLUIDO EN CONSULTA)                                                                                                                                                             | SI          | NO           | NO           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |

[illegible]

|                                                                                            |             |              |              |              |              |               |               |               |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| TOMOGRAFICO                                                                                |             |              |              |              |              |               |               |               |                |
| RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR                                                               | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| MARCACION MAMARIA PRE-QUIRURGICA                                                           | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| DENSITOMETRIA OSEAS                                                                        | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| ESPINOGRAMA                                                                                | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| MAMOGRAFIA CON TECNICA DE EKLUND                                                           | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| MAMOGRAFIA MAGNIFICADA                                                                     | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| PUNCIONES DIRIGIDAS POR DIAGNOSTICO POR IMAGES                                             | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| OTRAS PRACTICAS RADIOLOGICAS NO INCLUIDAS EN EL PMO                                        | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| <b>Capítulo 35 - TERAPIA RADIANTE</b>                                                      | <b>SC50</b> | <b>SC100</b> | <b>SC150</b> | <b>SC250</b> | <b>SC300</b> | <b>SC 500</b> | <b>SC 550</b> | <b>SC 600</b> | <b>SC 4000</b> |
| TODAS LAS PRACTICAS DE TERAPIA RADIANTE                                                    | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| <b>Capítulo 36 - UROLOGIA</b>                                                              | <b>SC50</b> | <b>SC100</b> | <b>SC150</b> | <b>SC250</b> | <b>SC300</b> | <b>SC 500</b> | <b>SC 550</b> | <b>SC 600</b> | <b>SC 4000</b> |
| TODAS LAS PRACTICAS DE UROLOGIA - EXCEPTO LAS DETALLADAS                                   | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| URETROCISTOSCOPIA CON INSTRUMENTAL RIGIDO.                                                 | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| URETROCISTOFIBROSCOPIA. (VER NORMA IDEM COD. 36.01.01)                                     | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| SONDAJE VESICAL-EVACUADOR, PARA INSTILACIÓN TERAPÉUTICA. (INCLUIDO EN CONSULTA)            | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| SONDAJE VESICAL (PARA CISTOGRAFÍA DE REPLESIÓN, URETROCISTOGRAFÍA). (INCLUIDO EN CONSULTA) | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| CISTOTONOMANOMETRÍA.                                                                       | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| DILATACIÓN URETRAL. (INCLUIDO EN CONSULTA)                                                 | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| URETROSCOPIA. (VER NORMA IDEM CÓDIGO 36.01.01)                                             | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| URETROCISTOURETEROFIBROSCOPIA CON VIDEOSCOPIA                                              | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| ESTUDIO URODINAMICO COMPLETO                                                               | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| PENESCOPIA                                                                                 | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| OTRAS PRACTICAS DE UROLOGIA NO INCLUIDAS EN EL PMO                                         | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| <b>Capítulo 42 - CONSULTAS MEDICAS</b>                                                     | <b>SC50</b> | <b>SC100</b> | <b>SC150</b> | <b>SC250</b> | <b>SC300</b> | <b>SC 500</b> | <b>SC 550</b> | <b>SC 600</b> | <b>SC 4000</b> |
| CONSULTAS DE GUARDIA / URGENCIAS                                                           | NO          | NO           | NO           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| CONSULTAS MEDICAS PROGRAMADAS                                                              | SI          | SI           | SI           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |
| <b>TRATAMIENTOS ESPECIALES</b>                                                             | <b>SC50</b> | <b>SC100</b> | <b>SC150</b> | <b>SC250</b> | <b>SC300</b> | <b>SC 500</b> | <b>SC 550</b> | <b>SC 600</b> | <b>SC 4000</b> |
| PUVATERAPIA                                                                                | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| CAMARA HIPERBARICA                                                                         | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| QUIMIOTERAPIA                                                                              | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| BRAQUITERAPIA                                                                              | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| TRATAMIENTO ESCLEROSANTE                                                                   | SI          | SI           | SI           | SI           | SI           | SI            | SI            | SI            | SI             |
| <b>Capítulo 66 - LABORATORIO</b>                                                           | <b>SC50</b> | <b>SC100</b> | <b>SC150</b> | <b>SC250</b> | <b>SC300</b> | <b>SC 500</b> | <b>SC 550</b> | <b>SC 600</b> | <b>SC 4000</b> |
| PRÁCTICAS NOMENCLADAS INCLUIDAS EN EL PMO                                                  | SI          | NO           | NO           | NO           | NO           | NO            | NO            | NO            | NO             |

[illegible]

[illegible]

## 5. Normas para prescripción de medicamentos.

### a) Tipo de recetario

Se aceptaran recetas con o sin membrete impreso.

### b) Datos contenidos en la receta

Los datos deben figurar en original de puño y letra del profesional y con la misma tinta.

- 1) Fecha de prescripción.
- 2) Sobre el socio: Nombre, Apellido, Numero de asociado y Plan.
- 3) Sobre el Profesional: Firma y sello aclaratorio con matricula legible. Ambos son obligatorios aun figurando los datos impresos en el recetario.
- 4) Sobre los medicamentos: Deberán indicarse por principio activo (PMO), formulación (Contenido o dosis) de la presentación prescrita, forma farmacéutica y cantidad de unidades de los medicamentos en números y letras.

**Tratamiento Normal:** Se pueden expender hasta tres productos diferentes por receta, y hasta un envase chico por cada producto.

**Tratamiento prolongado:** Se pueden expender hasta tres productos diferentes por receta, y hasta dos envases por producto, de los cuales hasta tres pueden ser de tamaño grande. La receta debe incluir la leyenda "Tratamiento Prolongado".

**Leyenda "Tratamiento Prolongado", en caso que corresponda.**

**Inyectables:** Si la presentación es de una ampolla se expenderán hasta cinco envases, de dos ampollas hasta tres envases, de tres ampollas hasta dos envases y de cuatro ampollas hasta un envase.

**Psicofarmacos:** Deberá confeccionarse la receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico aun constando los datos impresos en el recetario.

### c) Prescripción de medicamentos incluidos en la resolución 310/04, Patologías especiales, Diabetes, Oncológicos y HIV.

Deberá dirigirse a la sucursal más cercana o vía mail a [autorizaciones@scis.com.ar](mailto:autorizaciones@scis.com.ar) a fin de solicitar el formulario correspondiente, el cual deberá completar al momento de efectuar la prescripción.

## Normas para prescripción de practicas.

### a. Tipo recetario

Se aceptaran recetas con o sin membrete impreso.

### b. Datos contenidos en la receta

Los datos deben figurar en original de puño y letra del profesional y con la misma tinta.

- 1) Fecha de prescripción
- 2) Sobre el socio: Nombre y Apellido, Numero de asociado y Plan.
- 3) Sobre el Profesional: Firma y sello aclaratorio con matricula legible. Ambos son obligatorios aun figurando los datos impresos en el recetario.
- 4) Sobre la prescripción: Nombre de las practicas indicadas. Diagnostico presuntivo o su codificación por especialidad.

## 6. Validez de las autorizaciones

La autorización emitida a un asociado para la realización de una práctica tiene una validez de 60 días corridos, contando a partir de la fecha de emisión de la orden.

## 7. Registro de prestaciones realizadas.

Las prestaciones realizadas a nuestros asociados por PRESTADORES DE CONTRATACIÓN DIRECTA, deberán registrarse en recetarios particulares.

Las prestaciones realizadas por PRESTADORES CONTRATADOS A TRAVES DE CIRCULOS O ASOCIACIONES MEDICAS, deberán facturarse de acuerdo a las normas propias de la entidad a la cual presenten su facturación.

La misma deberá completarse con todos los datos de acuerdo a la siguiente descripción:

### a. Consultas y Prácticas Ambulatorias.

|                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dr.:</b> Nombre y Apellido del prestador médico.                                 |
| <b>Especialidad:</b> Especialidad a la que pertenecen las prestaciones registradas. |
| <b>N° de Matrícula:</b> Número de matrícula del profesional.                        |
| <b>N° de CUIT:</b> Número de CUIT del prestador.                                    |
| <b>N° de Prestador:</b> Registrar el número de prestador identificadorio            |
| <b>Fecha:</b> indicar día, mes y año de realización de las prestaciones.            |
| <b>N° de Asociado:</b> Registrar el número de asociado indicado en la Credencial.   |

**Apellido y Nombre:** Registrar los datos según la credencial del asociado.

**Plan:** Registrar el plan del asociado.

**Código de Prestación:** Indicar el código de la prestación de acuerdo al Nomenclador Nacional.

**Consultorio/Domicilio/Sanatorio/Asist.Domiciliaria/Urgencia/Urg. Nocturna:** Indicar lo que corresponda, de acuerdo a la prestación realizada.

**Diagnóstico:** Indicar el diagnóstico presuntivo.

**Autorización:** En caso de realizar una práctica que requiera autorización, deberá adjuntar a la orden médica la autorización emitida por Scis.

**Firma del Asociado:** El paciente que recibe la prestación deberá registrar su firma.

**Firma y sello del Profesional:** Deberá firmar y sellar cada orden médica al pie de la misma.

## b. Información para Instituciones Sanatoriales

El día de ingreso del afiliado se considera íntegramente cualquiera fuera la hora en que el mismo se interna.

No se abonará el día del alta, salvo las que se produzcan después de las 14 hs y estén debidamente justificadas en la Historia Clínica, quedando las mismas sujetas a la Auditoría de Liquidaciones de Scis.

Las internaciones en observación por menos de 24 hs. informada por el médico auditor, se computarán como 1/2 día, salvo las pactadas por módulos.

Todas las internaciones deberán ser facturadas con fotocopia de historia clínica completa (hoja de enfermería e informe de estudios complementarios realizados).

Las prórrogas de internación deberán ser autorizadas por Scis previas al alta del paciente.

Si surgiera fuera de nuestro horario de atención, deberá comunicarlo a primera hora del siguiente día hábil.

**Honorarios profesionales:** El prestador tendrá a su cargo la liquidación de honorarios de todos los profesionales intervinientes, salvo los que por acuerdo de partes puedan facturar directamente a SCIS Medicina Privada.

## c. Información para Profesionales

Si se efectúa en el consultorio médico más de una consulta por día o más de tres por mes por afiliado deberán justificarse con envío de fotocopia de historia clínica que evaluará auditoría médica.

## 8. Modalidad de pagos y facturación.

Fecha de Presentación de Facturas, Planillas y/o Documentación respaldatoria del 1 al 10 de cada mes o previo día hábil si este fuera no laborable.

Las mismas se recepcionarán en nuestras oficinas de **Av. Pueyrredón 1777, Piso 1º, (C1119ACA)**, donde podrán entregarlos personalmente o enviarlas por correo a los siguientes e-mails:

- [vinacciav@scis.com.ar](mailto:vinacciav@scis.com.ar)
- [liquidaciones@scis.com.ar](mailto:liquidaciones@scis.com.ar).

En todos los casos solo se procederá a liquidar las prestaciones que sean recepcionadas en la sucursal hasta el día 10 del mes.

Los datos para la facturación son:

**SCIS S. A.**

**IVA: RI**

**CUIT 30-70842808-2**

**AV. PUEYREDON N° 1777 PRIMER PISO CABA C1119ACA**

**FACTURA “A” si es Responsable Inscripto o “C” si es exento o monotributista.**

Las prestaciones deberán realizarse en facturas separadas de acuerdo a la condición ante el IVA de los socios:

- Socios Gravados
- **Socios Exentos (No Gravados)**

Las prestaciones presentadas fuera de termino serán ingresadas el primer día del mes inmediato posterior, con el consecuente traslado en las fechas de pago.

Scis Medicina Privada realizará el pago en la fecha correspondiente, por transferencia bancaria mediante CBU o cheque.

*Para Transferencia Bancaria, el prestador deberá cumplimentar la presentación del formulario de solicitud de acreditación de pagos en Cuenta corriente o Caja de ahorro.*

## 9. Confección del recibo.

Por el cobro de la liquidaciones de prestaciones se deberá confeccionar el recibo correspondiente.

|                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Razón Social:</b> Scis s.a.                                                                                                                                                      |
| <b>Domicilio Fiscal:</b> Av. Pueyrredón 1.777, Piso 1°, CABA.                                                                                                                       |
| <b>Cuit:</b> 30 - 70842808 – 2                                                                                                                                                      |
| <b>Fecha del Recibo:</b> Deberá consignarse el día, mes y año correspondiente al del pago y ser emitido dentro del correspondiente mes.                                             |
| <b>Letra del comprobante:</b> Deberá ser del tipo “A” si esta Ud. inscripto en el IVA; o “C” si no esta inscripto o se encuentra inscripto en el Monotributo.                       |
| <b>Importe neto</b> (en letras) debe ser exactamente igual al importe descripta en el cheque o/ transferencia bancaria y detallarse en el espacio destinado en el recibo para ello. |
| <b>Importe Bruto</b> (en números) debe ser igual a la suma del importe neto mas todas las retenciones, y detallarse en el espacio en el recibo para ello.                           |
| <b>Importe de las Retenciones realizadas</b> (en números) detallando el concepto de retención.                                                                                      |
| <b>Concepto del pago y mes de prestación.</b>                                                                                                                                       |

**Si el prestador es IVA Inscripto (Recibo letra “A”), el comprobante deberá detallar el importe total de IVA,** en caso de corresponder, en el espacio destinado en el recibo a tal efecto.

**Si el prestador es IVA Inscripto (Comprobante letra “A”), el comprobante deberá tener el numero C.A.I** cuya fecha de vencimiento debe ser mayor o igual a la fecha de emisión del comprobante.

*Si es IVA inscripto deberá confeccionar una factura para pacientes gravados y otra separada para exentos. Esta diferenciación la encontrara en la credencial del Socio.*

## 10. Auditoría Médica.

1. Para facturar la internación, el prestador deberá adjuntar copia integral de la historia clínica completa, autorización emitida y el detalle de los conceptos facturados.
2. Los estudios complementarios de alta y baja complejidad serán facturados con los informes correspondientes, validados con la firma y sello del profesional interviniente.
3. En las prácticas y prestaciones ambulatorias, no se abonará pensión de 24 hs, aunque se haya gestionado la autorización previa de internación, si el cuadro clínico no lo amerita y no surgieron complicaciones que así lo justifiquen.

En los casos de observación post anestesia, o cuadros clínicos que no ameriten una observación de 24 hs y el paciente fuera dado de alta el mismo día de su internación, se abonará el 50 % del valor de pensión 43.01.01 o el valor de recuperación anestésica convenido.

4. En las intervenciones quirúrgicas múltiples se aplicarán las reglas del Nomenclador Nacional:  
Cuando se realicen más de una intervención en un mismo acto quirúrgico:
  - Las operaciones múltiples realizadas a través de una misma incisión o vía de abordaje, dirigida a tratar una misma patología, se considerarán procedimientos complementarios y se facturarán los honorarios según el arancel del código correspondiente a de mayor valor, no habiendo suma de aranceles.  
El gasto quirúrgico se abonará: al 100% el código mayor y el 30 % de las restantes
  - Las operaciones múltiples realizadas a través de una misma incisión o vía de abordaje, dirigida a tratar distinta patologías, se considerarán como operaciones múltiples correspondiendo facturar honorarios médicos el 100% de la mayor y el 50% de la /s restante/s. Quedan excluidos de esta norma de suma de aranceles para honorarios médicos, aquellas intervenciones cuyos códigos tengan un valor de 201,75 galenos o inferior, a los que se aplicará la norma del párrafo anterior.
  - El gasto quirúrgico se abonará: al 100% el código mayor y el 30 % de las restantes
  - Las operaciones múltiples realizadas a través de distintas vías de abordaje o incisiones diferentes en un mismo acto quirúrgico y que no están específicamente contempladas en sus respectivos códigos, se facturarán por honorarios médicos el 100% del valor arancelario de la mayor y el 75% de las restantes.  
El gasto quirúrgico se abonará: al 100% el código mayor y el 50 % de las restantes.
  - Las operaciones en tendones , vainas tendinosas y fascias: en los casos en que la lesión de una mano y/o pie comprometan más de un tendón, la reparación de los mismos se facturarán: código 121504 o 121505 100% del honorario de la mayor y 25% de los restantes de la misma mano o muñeca. El gasto quirúrgico se facturará 100% de la mayor y 30% de los subsiguientes. Los casos de fracturas múltiples no quirúrgicas o luxaciones, se facturará el 100% del honorario de la mayor y el 50% del honorario de las siguientes.
  - Las operaciones convenidas a facturar como única operación no podrá facturarse con otros códigos quirúrgicos.

5. La auditoría de las Instituciones deberá controlar la necesidad de permanencia de los pacientes, en todos los casos, incluso cuando los profesionales actuantes no sean de planta del Sanatorio. Por lo que serán procedentes los débitos en pensión, cuando no hubiera motivo médico que justifique prolongar la internación.
6. Scis abona los medicamentos conforme valor de Manual Farmacéutico, en el supuesto de que la marca registrada facturada por la Clínica no cotice en el Manual, se abonará el valor publicado para el mismo genérico y dosis en un valor medio (promedio entre la marca más cara y más barata).
7. Se abonará las dosis de medicamentos prescritos y administrados de acuerdo al informe de la historia clínica.
8. Los fármacos utilizados en anestesia se abonarán en relación a las dosis utilizadas, si no constata en el parte anestésico las dosis se abonará conforme dosis Standard (Remifentanilo 2 mg, Sevoflurano 10 mg/hora, infiltración con lidocaína 5 ml, entre otros).
9. Se debitarán los estudios por imágenes que no fueran efectuados con criterio médico diagnóstico, y se solicitaran en conjunto, sin esperar los resultados de menor complejidad (A modo de ejemplo: se solicita al mismo tiempo ecografía de abdomen/TAC/RMN).
10. No se abonarán en el mismo día la repetición de estudios por imágenes que no sean conducentes para diagnóstico/ tratamiento.
11. No se abonarán fármacos que no tengan indicación específica en su utilización: flumazenil en el post anestésico, ondasetrón en la medicación anestésica y otros).
12. Serán debitadas las prácticas y prestaciones que no adjunten informes o protocolos correspondientes: laboratorio, radiología, capnografía, oximetría de pulso, etc.
13. El código 250101 no se abona en internación, dado el instrumental requerido se abona en ambulatorio (consultorio de kinesiología).
14. El material descartable se abonará conforme los valores medios del mercado
15. Los medicamentos de alto costo (inmunoglobulinas, vacunas, etc) y el material descartable de elevado valor (a modo de ejemplo: set vía central, set peridural) requieren para su facturación troqueles o stickers originales.
16. Se respetarán las normas de Nomenclador Nacional en cuanto las inclusiones de material descartable y gastos quirúrgicos.
17. No se podrán facturar las prestaciones no incluidas en convenio, que no hubiera sido aprobado su presupuesto previamente.
18. La colocación de vía central se homologará al código 07.06.15 y/o 07.07.15 de acuerdo al criterio de auditoria medica.

## 11. REGISTRO DE PRESTACIONES POR CONECTIVIDAD

A partir de Febrero 2021, podrá registrar Prestaciones a través del Canal de Conectividad que lo vincula con Scis.

La forma de procesar las mismas le será informada por el Administrador del Canal que posee.

Para información sobre como registrar prestaciones o dudas sobre claves deben comunicarse al (011) 2205-9500.

### - INCONVENIENTES CON EL SISTEMA

Por caídas de sistemas, cortes de luz, internet y/o dificultades con la Validación, tanto de Scis como en su Consultorio o Sanatorio, se deberán comunicar con nuestra Mesa Operativa que funciona las 24 hs. los 365 días del año, en el horario de 9 a 20 hs. al Teléfono (011) 5246-1600 o al 0810-345-7247.

Para registrar las prestaciones efectuadas durante el inconveniente, se le informará un código alfanumérico que deberán completar en la “Planilla de Atención y Liquidación de Prestaciones Médicas”, la cual adjuntamos, en el casillero de “Cod. Autorización”.

Los códigos son por día y exclusivamente mientras permanezca el impedimento, si el inconveniente persiste el día posterior se deberá comunicar nuevamente para gestionar un nuevo Código de Autorización.

### - PRESENTACIÓN DE PRESTACIONES REALIZADAS

Con el fin de posibilitar la liquidación de las Prestaciones deberá remitir mensualmente a nuestras oficinas de SCIS el comprobante de las mismas, conjuntamente con la Facturación, según el sistema de Conectividad que lo vincule con Scis:

Si usted es usuario de un lector POS: Ticket con el Total de las Prestaciones emitido el último día de trabajo del mes.

Si su vínculo de conectividad es por SAF, WEB, APLIGEM (ACTIVIA) y/o IVR (Total Telefónico): Total de Prestaciones procesadas hasta el último día de trabajo del mes.

## 12. Contacto

### **Departamento de Contrataciones**

Teléfonos: (011) 5246 – 1639 / 1644 / 1658

email: [contrataciones@scis.com.ar](mailto:contrataciones@scis.com.ar)

### **Central de autorizaciones**

Vía Fax al fax server (011) 5276 – 9586 o al teléfono (011) 5246 – 1600.

Vía email enviando una foto o la orden escaneada al email: [autorizaciones@scis.com.ar](mailto:autorizaciones@scis.com.ar)

### **Débitos - Departamento de liquidaciones**

(011) 5246 – 1637 / 1619 / 1612

email.: [liquidaciones@scis.com.ar](mailto:liquidaciones@scis.com.ar)

### **Pagos - Tesorería**

(011) 5246 – 1645 / 1623

email: [tesoreria@scis.com.ar](mailto:tesoreria@scis.com.ar)

### **Atención al cliente**

(011) 5246 – 1600

email: [atencionalcliente@scis.com.ar](mailto:atencionalcliente@scis.com.ar)

## 13. Sucursales.

Las mismas las pueden visualizar haciendo un Clic en la siguiente opción de nuestro sitio Web:

[Sucursales Propias](#)

## 14. Coseguros.

Los coseguros están incluidos en el valor pactado y son descontados en el momento de la liquidación, salvo aquellos casos donde el prestador proceda al cobro del mismo y facture la diferencia, siempre informando el valor total de la prestación y detallando el coseguro cobrado.

**Los mismos son informado de acuerdo a las actualizaciones publicadas por la Superintendencia de Servicios de Salud.**