

ANEXO I

MODALIDADES OPERATIVAS Y

NORMAS GENERALES PARA EL CONTROL DE FACTURACIÓN

Las Normas en General tomarán como base lo reglamentado por el Nomenclador Nacional.

En los apartados siguientes se abordan normas internas de trabajo de Ámsterdam Salud

PLANES PMO – AMS10 – URGARA 10

Los afiliados que pertenecen a estos planes deben presentar el bono de autorización respectivo para todas las prácticas contratadas, salvo las realizadas por guardia siempre que EL PRESTADOR cuente con este servicio contratado con Amsterdam Salud SA

PLANES

- ✓ AMS 20 – AMS 30 – AMS 40
- ✓ URGARA 20 – URGARA 30 -- URGARA 40

CONSULTAS

Los afiliados deberán gestionar previamente la autorización, ya sea en las oficinas de atención, por Whatsapp al número +5491121931547 o al mail de autorizaciones@amsterdamsalud.com.ar; acreditando DNI, credencial y el último recibo de sueldo.

En el caso de que al prestador se le habilite el sistema de autorización online “**TRADITUM**”, deberá loguearse con usuario y contraseña provista por AMSTERDAM SALUD y emitir el bono de consulta, el cual luego deberá presentarse sin excepción junto a la facturación.

A partir de la cuarta consulta al mes, se deberá presentar un informe que justifique dicha necesidad.

PRACTICAS AMBULATORIAS

Las mismas deberán ser prescriptas por el profesional en un R/P debiendo constar todos los datos del afiliado, fecha, plan, diagnostico en forma clara, sello y firma del médico prescriptor.

Al igual que en las consultas, el afiliado o prestador, deberá gestionar la autorización, a través del validador online “**TRADITUM**”, el cual tiene alcance para 1er Nivel según parametrización AMS en esa plataforma. En el caso de no estar habilitado, la autorización



se deberá gestionar por los medios anteriormente detallados.

Dichas prácticas deberán ser facturadas adjuntando la autorización y el R/P original, donde conste la autorización de la/s misma/s, con su respectivo informe médico y con la

Conformidad del paciente una vez realizada la práctica, donde el prestador al momento de brindar la cobertura, solicite al afiliado la firma, o de los padres en el caso de ser un menor, DNI y aclaración.

NO SE ABONARÁ NINGUNA PRÁCTICA QUE NO HAYA SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADA POR AMSTERDAM SALUD S.A.

Recordamos que los bonos tienen una fecha de validez desde la emisión de 30 días para su utilización.

Dado que TRADITUM, por el momento solo autoriza automáticamente lo correspondiente a 1º Nivel (VER ANEXO II – CODIGOS 1ER NIVEL), el resto de prácticas deberán ser siempre previamente autorizadas a través de la delegación, en el caso de disponer sucursal cercana, o por medio del Whatsapp o correo electrónico mencionado anteriormente.

INTERNACIONES CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS:

Las autorizaciones de internaciones deberán ser gestionadas dentro de las 24hs de producidas.

El tipo de habitación en internación será individuales (sujetos a disponibilidad y autorizadas por AMS) en planes 20, 30 y 40

Las cirugías deben ser comunicadas con tres días de anticipación y previamente autorizadas a su realización.

Al momento de presentar la facturación, se deberá adjuntar la autorización, junto a todos los otros requisitos, dado que **NO SE ABONARÁ NINGUNA PRÁCTICA QUE NO HAYA SIDO AUTORIZADA POR AMSTERDAM SALUD S.A.**

PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN

1. **PERIODO QUE SE FACTURA:** mes completo y vencido y las prestaciones efectuadas dentro de los 90 días.
2. **PLAZO DE PRESENTACIÓN:** del 01 al 10 de cada mes, días hábiles, luego de esa fecha la facturación ingresara pero quedará "Fuera de término", corriendo dicha presentación para el mes siguiente.
3. **LUGAR DE PRESENTACIÓN:** Las facturas deberán ser presentadas en mesa de entradas de la sucursal local correspondiente de AMS o enviadas a casa Central, Jujuy 136 – Provincia de Córdoba, CP 5000 en horario de 08 a 17.00 hs.
4. **PLAZO DE REFACTURACIÓN:** hasta 60 (sesenta) días de entregadas como débitos refacturables.
5. **VIGENCIA DE AUTORIZACION DE ORDENES:** las órdenes de prácticas tendrán 30 días de validez para su realización; vencida su vigencia deberá ser revalidada por AMS para su efectiva prestación. Bonos que no respeten esta norma se debitarán con carácter de no refacturable.
6. **ARANCELAMIENTO:** cada prestación se ajustará al arancel convenido entre AMS y el prestador, **las diferencias de aranceles por esta causa se debitarán.** AMS

no reconocerá ajustes de valores en prestaciones que no hayan sido formalmente aceptadas e incluidas en el convenio vigente mediante Adenda debidamente rubricada.

7. **NORMAS DE REFACTURACIONES:** las prácticas o bonos de consulta que fueran debitadas deberán ser presentadas en forma independiente, separadas de la facturación mensual, junto con la documentación avalatoria correspondiente (lo que ocasionó el débito), con fotocopia del débito original indicando el número de factura emitida por el prestador y/o el número de expediente emitido por AMS, a la que hace referencia y dentro de los 60 días de entregado el débito. Las refacturaciones que no cumplieren los requisitos que ocasionaron el debito inicial serán consideradas no recuperables.

8. **FACTURACIÓN:**

- a. Factura y/o recibo oficial "A" o "C", en original y una copia , según la condición frente al IVA del emisor, debiendo cumplir con los requisitos legales e impositivos establecidos, emitida a nombre de:

AMSTERDAM SALUD S.A.

JUJUY 136 CP 5000 – Ciudad de Córdoba – Córdoba

CUIT **30-70893009-8**

IVA: Responsable Inscripto

- b. Documentación respaldatoria de la Factura: planilla con resumen general, resumen individual, arancelados en forma individual y el total, ordenados en forma correlativa a la presentación de la documentación.

9. **DATOS FILIATORIOS QUE DEBE CONTENER EL BONO DE ATENCIÓN:**

- a. Identificación del afiliado y/o beneficiario, indicar el plan al que pertenece y Número de afiliado, edad y número de autorización (*preimpresos*) que se corresponderán con los datos de la credencial que el profesional debe solicitar al afiliado al momento de su atención.
- b. Firma y Aclaración, DNI del beneficiario o persona responsable.
- c. Datos del profesional: firma y sello aclaratorio, especialidad, diagnóstico y fecha de la prestación.
- d. Para internaciones deberán acompañarse de:
- Credencial oficial de AMSERDAM SALUD, donde se consignan los datos del paciente y plan a los fines de su identificación (fotocopia)
 - Documento de identidad (fotocopia)
 - Fotocopia del último recibo de sueldo o monotributo.

CAUSALES DE DEBITOS

Consultas:

1. Falta de diagnóstico (Refacturable)
2. Falta de fecha de prestación (Refacturable)

3. Cuarta consulta en el mismo mes sin Hist. Clínica respaldatoria (Refacturable)
4. Falta de firma y sello del profesional (Refacturable)
5. Orden vencida o que exceda los 90 días de la fecha de prestación (NO REFACTURABLE)
6. Falta de datos del paciente; nombre y apellido, DNI, firma y aclaración; en caso de menores o personas mayores se aceptarán de las personas responsables emparentadas (Refacturable)
7. Orden de consulta fotocopiada (NO REFACTURABLE)
8. enmiendas no salvadas (Refacturable)
9. Falta de autorización

Prácticas:

1. Falta firma, sello efector y fecha de prestación (Refacturable)
2. Falta firma de conformidad de beneficiario (REFACTURABLE)
3. Orden vencida (REFACTURABLE)
4. Falta de autorización
5. Toda práctica que no sea acompañada con su respectivo informe debe contener los siguientes ítems:

Fecha de realización,

Datos del afiliado o beneficiario,

Informe de la práctica según protocolos correspondientes con

Firma y sello del profesional efector

Fecha de realización

La falta de alguno de estos requisitos será causal de débitos refacturables

Prácticas no nombradas, sin bono emitido por AMS o que no están acompañadas de presupuesto autorizado previamente por Auditoría Médica de AMS se debitarán como NO REFACTURABLE.

Internaciones y Cirugías:

1. Historia clínica, se evaluará que sea legible, confeccionada correctamente según normas básicas de la práctica clínica con sus correspondientes evoluciones e indicaciones médicas; y registros de enfermería con firma y sello del profesional actuante. Toda interconsulta deberá quedar asentada en la evolución diaria.
2. En la misma deberá asentarse el diagnóstico de ingreso y de egreso como así también debe contener la epicrisis correspondiente.
3. Las internaciones prolongadas deben tener la correspondiente prorrogas autorizada por AMSTERDAM SALUD. Las mismas se solicitarán a partir de las 48 horas de internación.
4. Las indicaciones médicas deberán ser legibles, realizarse diariamente y deberán corresponderse con los registros de enfermería. Todo aquel

- medicamento facturado por su nombre comercial deberá adjuntarse el troquel correspondiente y en caso de envases hospitalarios el lote correspondiente.
5. Los protocolos anestésicos y quirúrgicos deberán ser legibles e inteligibles.
 6. Falta de evolución diaria.
 7. Falta de firma y sello legible del médico tratante en evolución.
 8. Evoluciones confeccionadas por médicos distintos en días sucesivos diferentes al médico que figura como tratante
 9. Falta de informes de médicos interconsultores o de firma y sello de los mismos.
 10. Cuando en evolución no se justifique la prolongación de la internación.
 11. Toda vez que se exprese: ídem, igual evolución, sin cambios, s/p; iguales indicaciones "como única consigna"
 12. Cuando no se confeccione una epicrisis final que exprese el diagnóstico inicial presuntivo, un resumen de lo actuado y el diagnóstico de egreso (REFACTURABLE)
 13. Falta de protocolos anestésicos, quirúrgicos u otras prácticas realizadas.
 14. En internaciones quirúrgicas con colocación de prótesis se deberá adjuntar stickers correspondientes.
 15. Falta de troqueles de todos aquellos medicamentos facturados por su nombre comercial.
 16. Falta de documentación respaldatoria del afiliado (fotocopia de credencial, DNI, recibo de sueldo)

Internación en cuidados intensivos.

La internación en cuidados intensivos será pasible de débitos cuando hubiere H.C defectuosa en su confección, incompletas, sin diagnóstico de ingreso o que el mismo no se ajuste a las patologías de tratamiento en cuidado intensivos.

Cuando en evolución diaria no se refleje la necesidad de continuar internado en UCI.

Falta de informe de exámenes complementarios realizados (diagnóstico por imágenes, analítica, bioquímica, etc.)

Sobre los exámenes complementarios en UCI

Analítica bioquímica:

Se autorizan hasta dos análisis de gases en sangre por día en paciente en ARM como control o toda vez que se indique un cambio de los parámetros de ventilación si la situación clínica del enfermo lo requiriera.

Hemogramas cada 48 Hs.

Interconsultores en terapia intensiva: cuando estuviera plenamente justificado.

No se autorizarán honorarios por la colocación de un acceso venoso central por punción (sí se autorizará el uso del set correspondiente) debe adjuntarse el sticker del set a la H.C.

Sobre medicamento en UCI:

El uso de antibióticos normatizados deberá estar plenamente justificado y serán evaluados en su indicación según guías de tratamiento validadas según medicina basada en la evidencia.

Los tratamientos antibióticos empíricos en pacientes en shock séptico se admitirán por no más de 72 horas al cabo del cual deberán ajustarse según cultivos y antibiograma.

Otros medicamentos deberán seguir iguales normas (basarse en guías de tratamiento validadas), las dosis deberán respetar las guías de tratamiento.

Nutrición parenteral total y enteral será prescrita por médico especialista en nutrición o especialista en terapia intensiva (jefe de la unidad) y será autorizada previamente por la obra social.

No se reconocerán indicaciones que se expresen como SOS

Toda medicación prescrita se deberá corresponder con el registro en hoja de enfermería estrictamente.

No se admitirán medicamentos no prescritos por el médico en hoja de indicaciones. O que no coincidan con los intervalos inter dosis fijadas.

Sobre descartables en terapia intensiva.

Todo el descartable deberá estar en relación a la medicación administrada.

Un uso mayor del mismo deberá estar plenamente justificado, AMS no se hará cargo de descartables que fueran utilizados en exceso por problemas propios de la institución.

Se reconocerán set de infusión continua por bomba cada 72 hs.

No se autorizaran ítems que estuvieran contenidos en el código 400101 según normas del nomenclador nacional.

MODELOS DE CREDENCIAL PLANES URGARA / PLANES AMS:



