

1- RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR

- ✓ Identificar con la credencial del SAS y el documento de identidad, la condición de beneficiario.
- ✓ Si probada la condición de afiliado, la documentación presentada no estuviera en orden o completa, o el afiliado perteneciera a un Plan de cobertura por reintegro, el Prestador sólo podrá cobrarle los aranceles de acuerdo a la modalidad contractual convenida y extender el recibo correspondiente.
- ✓ El SAS no reconoce pagos extra en concepto de Carrera Médica, Plus, arancel ético o diferencial.
- ✓ El SAS reconocerá únicamente aquellas prestaciones que se especifiquen en los anexos de los respectivos convenios, salvo aquellas que se autorice por vía de excepción, cuyos montos y porcentajes de cobertura estarán fehacientemente expresados en la autorización.
- ✓ Para el reconocimiento de las prestaciones brindadas valen todas las normas, nomenclaturas y codificaciones contenidas en los anexos.

2- PRESTACIONES RECONOCIDAS

INTERNACION

La internación se produce ante el requerimiento médico a fin de concentrar actividades asistenciales sobre el paciente, las que incluyen cuidados especiales, estudios complejos o de rutina, secuenciales y tratamientos clínicos y/o quirúrgicos.

Para las internaciones programadas, como cirugías, quimioterapia etc, se solicitará la autorización con antelación, y el prestador confirmará la internación; en las urgencias se procederá a internar al paciente e informar al SAS de acuerdo a la metodología descrita a continuación:

Una vez producida la internación, será responsabilidad del prestador denunciar fehacientemente (mediante FAX, correo electrónico, etc.) dentro de las primeras 12 Hs, la internación al SAS. Tanto para las urgencias como las programadas.

Deberá constar mínimamente los datos del afiliado: Apellido y nombre, Edad, N° de Afiliado al SAS, Plan, N° y tipo de documento, motivo o diagnóstico que originó la internación, consignando día y hora de producida la misma.

Junto al pedido de autorización se remitirá la HOJA DE ADMISIÓN: que deberá contener condiciones al ingreso, anamnesis y examen físico, diagnóstico presuntivo, estudios y prácticas complementarias solicitadas, esquema de tratamiento inicial.

Se gestionará la autorización correspondiente dentro de las 48 horas, o el día inmediato al de un fin de semana o feriado mediante la presentación de la cartilla de internación, cuyos datos deberán corresponder con el Fax enviado al momento de la internación.

La Historia Clínica se evolucionará diariamente, detallando todas las circunstancias relacionadas con la internación, informes de los estudios realizados y cambios o modificaciones producidos en relación con las condiciones de ingreso, con día, hora, firma y sello del profesional interviniente.

Toda situación que se produzca y motive cambios en las características de la internación: (pase de o a UTI, necesidad de prórroga, cambio de categoría, traslado a otro establecimiento de mayor complejidad, alta transitoria o definitiva) se informará inmediatamente al SAS a los fines de no entorpecer la tarea de Auditoría Médica .

En ningún caso se reconocerá el día pre- quirúrgico.

El SAS no reconoce internación para realización de estudios, ni de prácticas pasibles de realizarse de modo ambulatorio.

Facturación:

La facturación será presentada mensualmente al SAS, del 01 al 15 de cada mes. No se reconocerá facturaciones correspondientes a meses anteriores, salvo refacturaciones autorizadas por Auditoría Médica o Gerencia del SAS.

Documentación requerida:

·Es requisito ineludible para facturar, presentar la Historia Clínica completa y foliada donde conste:

- ✓ Condiciones al ingreso
- ✓ Anamnesis y examen físico
- ✓ Diagnóstico de ingreso
- ✓ Prescripciones y Ordenes Médicas
- ✓ Evolución diaria con detalle de las prácticas realizadas y su resultado
- ✓ Hojas de Enfermería
- ✓ Foja quirúrgica y Protocolo anestésico en caso de cirugía
- ✓ Hoja de control de trabajo de parto, parto, alumbramiento y puerperio, Recién nacido en el caso de Internaciones Obstétricas
- ✓ En caso de Prórroga constancia de Autorización de la misma
- ✓ Epicrisis
- ✓ Otra documentación o informe requerido por Auditoría médica en oportunidad de la Internación

·Los días sin evolución serán debitados, como asimismo toda práctica que no conste en la Historia clínica con su pedido registrado en evolución y su correspondiente informe.

·Si no se adjunta Autorización de la Prórroga, serán debitados los días que excedan el período autorizado, sin dar lugar a reclamos.

·Historia Clínica incompleta o sin epicrisis se debita en su totalidad.

- Cuando se facture un módulo, no se dará curso a ninguna práctica o medicamento que se facture por fuera del mismo, y que no haya sido autorizado previamente por Auditoría Médica.
- Se autorizará antibióticos catástrofe sólo en aquellos casos debidamente justificados con antibiograma.
- Se autorizará Parto gamma en caso de madre RH negativo, padre RH positivo y Recién nacido RH positivo adjuntando al pedido el informe de laboratorio
- En todos los casos se reconoce el día de ingreso, no el de alta. En internaciones combinadas Ejm. Pases de o a UTI, corresponde facturar ese día al servicio al que ingresa el paciente, no al servicio de egreso.
- Se reconocen los medicamentos, drogas y materiales descartables utilizados en internación que se encuentren registrados en Hoja de Enfermería y prescritos en Hoja de Prescripciones, y los medicamentos, drogas y descartables utilizados en Cirugía, siempre que se encuentren registrados en Parte Quirúrgico y Protocolo Anestésico, excepto los incluidos en Gasto Operatorio (Nom. Nac Cap VII, Normas Técnicas).

MODULOS

Definición, alcances y limitaciones:

- Los módulos Clínico- quirúrgicos comprenden todos los servicios para el diagnóstico y tratamiento del paciente durante el período de la internación, adicionando a la facturación aranceles de otras prestaciones, sólo en casos expresamente autorizados.
- Las prestaciones realizadas en horarios nocturno y/o feriado no modifican los aranceles.
- Los honorarios que demande la extracción de sangre, el estudio de los receptores y dadores, la preparación y transfusión de sangre, plasma y elementos sanguíneos están incluidos en los módulos de internación. La sangre y sus subproductos que se utilicen, no podrán ser

facturados, quedando la reposición a cargo del paciente de acuerdo a normas vigentes: Ley 22990/83 (art. 52 y 53 Cap XVI)

- Los aranceles contemplan el traslado del paciente a otro establecimiento para la realización de prácticas incluídas en el módulo motivo de la internación.
- Cuando el motivo de la internación no esté contemplado en los módulos por diagnóstico se utilizará el módulo día para su facturación.
- Cuando un paciente durante la internación clínica requiera tratamiento quirúrgico, se facturará el módulo clínico hasta su realización y posteriormente se adicionará el módulo quirúrgico correspondiente o viceversa.
- Los módulos quirúrgicos son aquellos que corresponden a patologías que determinen la necesidad de efectuar la cirugía que tipifica el módulo. En caso de no haberse realizado el acto quirúrgico por razones no atribuibles al prestador, se facturará como módulo día clínico; si la no realización es atribuible al prestador será motivo de débito definitivo.
- Las reintervenciones por la misma patología durante una internación estarán incluídas cuando se trate de módulos arancelados por diagnóstico. En caso de distinta patología, se facturará el módulo correspondiente.
- En las intervenciones múltiples realizadas durante un mismo acto quirúrgico y distinta vía de abordaje, se facturará el 100% del módulo mayor y el 25 % de los restantes. Cuando se trate de una misma vía de abordaje no existe sumatoria de módulos.
- Toda pieza quirúrgica incluye el estudio Anátomo – Patológico, salvo que expresamente esté excluido.
- En los módulos por diagnóstico y en caso de reinternación por la misma patología, ésta no se facturará si se produce dentro de las 72 horas del egreso en el mismo efector. Superado este plazo se considerará nuevo módulo.

- Los aranceles son aplicables tanto para la atención de adultos como de niños, salvo indicación expresa.
- En internaciones prolongadas por módulo día (Clínico, quirúrgico y áreas críticas) comunicará en forma fehaciente, diariamente a fin de solicitar la auditoría y obviar situaciones conflictivas.
- En intervenciones quirúrgicas no previstas en módulos arancelados por diagnóstico se facturará DOS (2) módulos día quirúrgico.
- Tratándose de módulo día se facturará el día de ingreso y no el de egreso.
- No se podrá facturar más de dos (2) días pre – quirúrgicos en las internaciones valorizadas por módulo día quirúrgico, salvo indicación médica expresa y avalado por Auditoría Médica justificando la estadía del paciente.

AMBULATORIO

Prácticas complementarias

Las prácticas complementarias solicitadas y/o realizadas serán prescriptas en el recetario del profesional.

Deberá contener los datos del afiliado: Apellido y Nombre, N° de afiliado, y motivo o diagnóstico que genera la misma, y en el caso de prácticas de mediana complejidad o de alta complejidad, se requiere para solicitar autorización, la presentación de Historia Clínica.

En el reverso del pedido de la Práctica diagnóstica o Terapéutica se debe colocar el código e Importe abonado en concepto de coseguro, fecha de realización de la misma, firma con aclaración y N° de documento.

Cuando la práctica incluya varias sesiones o modalidades de tratamiento, deberán incluir en la misma el código y fecha de realización de las mismas, debiendo el afiliado firmar prestando conformidad en cada sesión.

De la Facturación:

Se deberá presentar la prescripción de las prácticas diagnósticas o terapéuticas, previamente autorizadas por Auditoría Médica del SAS (cuando se trate de una práctica para la que se exige autorización previa), y el informe final.

El llenado incompleto o incorrecto o la falta de autorización o de informes dará lugar al débito automático sin lugar a reclamos.

El sello aclaratorio de los Profesionales con descripción de la especialidad y número de matrícula habilitante, es requisito indispensable para la validación de la misma.

Si el beneficiario estuviere impedido de firmar, lo hará la persona que lo represente, debiéndose dejar constancia con aclaración y n° de documento.

La facturación, sin enmiendas ni tachaduras, discriminado por número de afiliado, para ser considerada válida deberá adjuntar toda la documentación respaldatoria solicitada por Auditoría Médica, debidamente autorizada y conformada, firmada por el afiliado y los Profesionales actuantes.

Las facturaciones se presentarán mensualmente en la sede del SAS, del 01 al 15 de cada mes, no se dará curso a facturaciones de meses anteriores, excepto, refacturaciones aceptadas por Auditoría Médica o por Gerencia del SAS.