

MODALIDAD OPERATIVA PARA PRESTADORES EN GENERAL

Índice

1. Normas Operativas: Generales	2
1.1 Credencial	2
1.2 Cupón	2
2. Normas Operativas: Autorización de Prácticas Ambulatorias	2
2.1 Autorización de Prácticas Ambulatorias	2
2.1.1 Solicitud de Autorización	2
2.1.2 Prescripción Médica	3
2.1.3 Tiempo de Resolución	3
2.2 Formulario de Autorización de Prestaciones Ambulatorias	3
2.2.1 Descripción de la Práctica – Codificación	3
2.2.2 Resolución de Auditoría Médica	3
2.2.3 Nota	4
2.2.5 Número de Expediente	4
2.2.6 Fecha de Prescripción – Fecha de Carga	4
3. Normas Generales de Facturación	5
3.1 Requisitos de Presentación de la Facturación	5
3.2 Plazo de Presentación	6
3.3 Facturación con IVA	6
3.4 Monotributo	7
3.5 Refacturación	7
4. Modalidad de Atención	7
4.1 Normas Generales	7
4.2 Prácticas que No Requieren Autorización	8
4.3 Prácticas que Requieren Autorización	9
5. Presupuestos	10

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 Fecha 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 Asociado 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

2

Rev. 0 – noviembre 2010

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 Asociado 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 asociado en la misma.

2.2 Expediente de Autorización Ambulatorio

Como respuesta a la solicitud de autorización de parte del Asociado, 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 en el mismo.

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 asociado

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 asociado como para así también para el prestador. Por ejemplo: Justificación de Rechazo, Cobertura de Material de Contraste, Coseguros a cargo del asociado, Cobertura por Reintegro, etc.

2.2.4 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.

2.2.5 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/res: 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.

Resúmen 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.

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

5

Rev. 0 – noviembre 2010

establecida en el resumen de Facturación.

- Solo 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 afiliados voluntarios (Planes Autónomos), mientras que permanece exenta para aquellos afiliados 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 afiliados 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 afiliados Asalariados.

PLAN	CONDICION 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 Medica/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

7

Rev. 0 – noviembre 2010

reconocidas, cuando obedezcan a situaciones de urgencia médica, o a motivos fundamentados en estricto Criterio Médico y sujeto a Auditoria 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) Auditoria 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 **VER8**

Rev. 0 – noviembre 2010

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*, según corresponda.

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

IMPORTANTE:

El Profesional que recibe de un asociado 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.

Rev. 0 – noviembre 2010

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 las 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.