



# Manual Operativo para Prestadores

## INDICE

<b>CAPITULO 1: CONDICIONES GENERALES PARA PRESTADORES DE CONTRATACIÓN DIRECTA</b>	
a) Para Profesionales Médicos	pág. 3
b) Para Instituciones Sanatoriales	pág. 4
<b>CAPITULO 2: IDENTIFICACIÓN DE NUESTROS ASOCIADOS</b>	pág. 8
<b>CAPITULO 3: IDENTIFICACIÓN DE COPAGOS</b>	pág. 12
<b>CAPITULO 4: AUTORIZACIONES</b>	
a) Prestaciones Ambulatorias	pág. 15
b) Internaciones y Cirugías	pág. 17
c) Internaciones de Urgencia	pág. 17
d) Vigencia	pág. 17
e) Requerimiento de Autorizaciones para Prácticas Ambulatorias	pág. 18
f) Prácticas Excluidas de Cobertura	pág. 32
g) Estudios y Tratamientos de fertilidad-esterilidad	pág. 33
h) Prácticas y Procedimientos de Guardia	pág. 34
<b>CAPITULO 5: NORMAS PARA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS A SOCIOS GALENO</b>	pág. 34
<b>CAPITULO 6: NORMAS PARA LA PRESCRIPCIÓN DE PRÁCTICAS PARA SOCIOS GALENO</b>	pág. 35
<b>CAPITULO 7: REGISTRO DE PRESTACIONES REALIZADAS POR PRESTADORES DE CONTRATACIÓN DIRECTA</b>	
a) Conectividad	pág. 36
b) Para Prestadores Profesionales	pág. 38
<b>CAPITULO 8: PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN DE REGISTRO DE PRESTACIONES</b>	pág. 42
<b>CAPITULO 9: CONFECCIÓN DEL RECIBO</b>	pág. 45
<b>CAPITULO 10: MODALIDAD DE PAGO Y ENVÍO DE RECIBOS</b>	pág. 45
<b>CAPITULO 11: AUDITORÍA MÉDICA</b>	pág. 46
<b>CAPITULO 12: CONTACTOS</b>	pág. 50



## 1. CONDICIONES GENERALES PARA PRESTADORES DE CONTRATACIÓN DIRECTA

### a) PARA PROFESIONALES MÉDICOS

#### Garantías Profesionales del Médico

El profesional médico garantiza que cuenta con los medios personales y materiales, conocimientos, experiencia profesional y título habilitante necesarios para practicar su profesión y prestar adecuadamente servicios médicos a los socios GALENO y que cumplirá con todos los requisitos de acreditación e idoneidad que establezcan la legislación vigente y GALENO. Asimismo proveerá a requerimiento de GALENO toda la documentación que acredite su capacidad profesional, matrícula, inscripciones y reválidas, número de inscripción ante la Superintendencia de Servicios de Salud e inscripción en los registros pertinentes para el ejercicio profesional de la medicina en la República Argentina y específicamente en la/s jurisdicción/es donde preste servicios.

Será responsabilidad exclusiva del médico abonar los aranceles, tasas y demás importes que graven el ejercicio de la medicina en la República Argentina y conforme los requerimientos de cada jurisdicción o autoridad competente.

#### Disponibilidad de turnos

Para facilitar la accesibilidad del socio a la consulta médica, los turnos deberán ser brindados dentro de los 5 días hábiles de solicitados.

#### Historias Clínicas

El médico deberá mantener las historias clínicas de los socios por un mínimo de diez (10) años contados a partir de la fecha de apertura de las mismas. El médico conviene en poner a disposición de GALENO las historias clínicas de los socios que contengan el historial clínico de los servicios prestados y cualquier otra documentación respaldatoria indicada o proporcionada por GALENO, siempre que GALENO así lo requiera. Por ningún motivo podrá el médico revelar a terceros las historias clínicas de los socios o cualquier dato referido a la salud de los mismos, salvo que ello sea exigido por las disposiciones vigentes, ordenado por una autoridad judicial o el propio socio lo autorice por escrito.

#### Información Confidencial y Reservada

Todo documento e información escrita u oral, o que GALENO y el médico intercambien o a la cual tengan acceso en relación con la atención de los socios de GALENO, constituirán información confidencial y reservada y no podrá ser revelada por el médico a terceros por ningún motivo.

#### Sistema de comunicación con GALENO

El médico se compromete a instalar y utilizar todos aquellos sistemas, dispositivos y elementos que GALENO le proporcione con la finalidad de verificar la elegibilidad de los socios y facilitar el manejo y transmisión de información relativa a los socios, o vinculada a los servicios médicos prestados a éstos.

#### Codificación

El médico se compromete a utilizar los códigos de diagnósticos y procedimientos que GALENO establezca, a efectos de facilitar la identificación de los servicios médicos prestados a los socios.

#### Responsabilidad Profesional

El médico asumirá toda responsabilidad, daño o perjuicio generado por actos u omisiones imputables al profesional en detrimento de los socios y en relación con los servicios médicos prestados a éstos. El médico deberá mantener indemne a GALENO de cualquier reclamo que le formule un socio, sus derechohabientes, o cualquier tercero, y que sea atribuible a culpa, dolo, negligencia, imprudencia o impericia del profesional en la prestación de los servicios médicos.



## **Suspensiones temporarias de servicios por Congresos, Seminarios, Actividades Académicas, Vacaciones o Enfermedad del Médico**

Las suspensiones temporarias en las prestaciones deberán ser informadas a GALENO con no menos de 30 días de anticipación, a fin de organizar los eventuales reemplazos y ser comunicadas a las áreas de atención al cliente para de esta forma poder evacuar correctamente las consultas de los socios.

En todos los casos, los reemplazos deberán ser autorizados por GALENO.

Si el prestador dispusiera una suspensión temporaria de servicios que exceda los 60 días corridos, GALENO se reservará el derecho de evaluar la continuidad del profesional dentro del sistema.

### **Actualización de datos del prestador**

El prestador será responsable de mantener sus datos actualizados. Si fuese necesario realizar alguna modificación en los mismos, deberá comunicarlo por escrito al Servicio de Atención a Prestadores-SAP por correo electrónico, fax o correo postal. Los cambios deberán ser notificados con 30 días de anticipación a su vigencia.

Los datos a informar son:

1. Datos Particulares: Domicilio particular o legal, domicilio para correspondencia, correo electrónico.
2. Datos del Consultorio: Domicilio y teléfono. Los cambios relacionados con el domicilio del consultorio por el cual el profesional fue contratado, operarán ad referendum de aprobación de la Gerencia de Prestaciones de GALENO.
3. Prestaciones Médicas: Cambios en las prestaciones que realiza en su consultorio. Baja y alta de prestaciones (ad referendum de aprobación de la Gerencia de Prestaciones de GALENO).
4. Datos de Inscripciones y Seguros: Inscripción ante los organismos reguladores (Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud), seguro de mala praxis, cambios en la compañía aseguradora, vigencia y/o montos de la póliza.
5. Datos Impositivos: Modificaciones de categorización en AFIP (Responsable Inscripto IVA, Monotributo), Ingresos Brutos (delegaciones de rentas provinciales, Convenio Multilateral).

### **Impuestos y Contribuciones**

El médico presta su conformidad para que GALENO retenga de sus honorarios, el o los impuestos que correspondan de acuerdo con las disposiciones legales aplicables. Será responsabilidad del profesional, cumplir estrictamente con todas las obligaciones impuestas por las normas impositivas, previsionales y laborales vigentes o que en el futuro se dicten. El médico deberá exhibir a GALENO la documentación que ésta le requiera, a efectos de acreditar que ha cumplido adecuadamente con dichas normas. En especial, el profesional se compromete a abonar en término sus aportes al Sistema Unico de Seguridad Social para el Personal Autónomo.

Asimismo, se deberá comunicar en tiempo y forma las exclusiones o certificados que lo eximan de sufrir retenciones, en caso de realizarlo con posterioridad a la vigencia de los mismos, serán tenidos en cuenta a partir de vuestra comunicación.

### **Inexistencia de relación laboral**

En razón de que el médico organiza su actividad profesional según su criterio y coordina libremente la misma para la adecuada atención de pacientes, su relación con GALENO de ningún modo implica o implicará la constitución de una relación laboral o contrato de trabajo entre GALENO y el médico o entre GALENO y los empleados o colaboradores del profesional. Por lo tanto, GALENO no asume ni asumirá, obligación alguna de naturaleza laboral respecto al médico, sus empleados y colaboradores. El profesional se obliga a mantener indemne a GALENO en caso de que cualquiera de los empleados, colaboradores del profesional o sus derechohabientes, presente un reclamo o demanda en contra de GALENO, basado en la existencia de una relación laboral entre GALENO y dichos empleados o colaboradores del médico.

El médico garantiza que reviste el carácter de trabajador autónomo y que presta servicios a otras empresas de medicina prepaga distintas de GALENO y a otros individuos distintos de los socios a GALENO. Ninguna disposición entre las partes podrá ser interpretada como creadora de un vínculo de exclusividad entre el profesional y GALENO o incompatibilidad del médico respecto de terceros.

## **b) PARA INSTITUCIONES SANATORIALES**

### **Garantías Institucionales**

La institución garantiza que cuenta actualmente y mantendrá durante toda la vigencia de su acuerdo con GALENO, las instalaciones, el personal y los recursos técnicos, administrativos y financieros que se requieren para la adecuada prestación de servicios médicos. Asimismo, la institución se compromete a que todo el personal en

relación de dependencia o contratado y que esté directa o indirectamente vinculado con el tratamiento de los socios:

- (i) Contará con los títulos habilitantes, permisos y demás requisitos que sean necesarios para prestar los servicios sanatoriales;
- (ii) Estará adecuadamente supervisado;
- (iii) Será idóneo y competente;
- (iv) Prestará sus servicios específicos conforme la legislación vigente.

### **Disponibilidad de los Servicios**

La institución prestará sus servicios a los socios todos los días del año, en tanto lo permitan su capacidad instalada y disponibilidad. En los casos que se disponga la internación de un socio en la institución, y a menos que se requiera de cuidados intensivos o específicos, la institución se compromete a proporcionar al socio de que se trate, una habitación sanatorial cuyas características se ajusten a lo ofrecido al socio en su respectivo plan de beneficios. En caso de no tener disponibles habitaciones de esas características, la institución proporcionará a los socios habitaciones de características superiores, sin que ello implique cargo adicional alguno para GALENO o el socio. A solicitud del socio, la institución le proporcionará una habitación de características superiores a las que le correspondan conforme su plan de beneficios, quedando entendido, tanto por la institución como por el socio, que la diferencia de precio de allí resultante, será responsabilidad exclusiva del socio. De presentarse esta situación, GALENO sólo abonará a la institución la tarifa que corresponda a la habitación comprendida en el plan de beneficios correspondiente y para cobrar la diferencia al socio, la institución deberá obtener su previa conformidad expresada por escrito. En el caso de socios menores o incapaces, o que por su estado de salud no estén en condiciones de prestar su consentimiento, se requerirá la autorización de sus progenitores, cónyuges, hijos mayores de edad, tutores o curadores, según fuere el caso.

### **No Discriminación**

La institución prestará sus servicios a los socios con el máximo nivel de cuidado y habilidad, y en estricta observancia de las reglas del arte, el Código de Ética y la legislación vigente. La institución no hará actos discriminatorios en detrimento de los socios por razones de raza, género, origen, nacionalidad, ocupación, edad, sexo, religión, estado civil, orientación sexual, incapacidad física, color, residencia, estado de salud, fuente de pago de los servicios, o por cualquier otra razón prohibida por la ley.

### **Historias Clínicas**

La institución deberá mantener las historias clínicas de los socios por un mínimo de diez años contados a partir de la fecha de apertura de las mismas. La institución conviene en poner a disposición de GALENO las historias clínicas de los socios que contengan el historial clínico de los servicios prestados y cualquier otra documentación respaldatoria indicada o proporcionada por GALENO, siempre que GALENO así se lo requiera. Por ningún motivo podrá la institución revelar a terceros las historias clínicas de los socios o cualquier dato referido a la salud de los mismos, salvo que ello sea exigido por las disposiciones vigentes, ordenado por una autoridad judicial o el propio socio lo autorice por escrito.

### **Administración de los Servicios**

La institución toma conocimiento y acepta que GALENO emplea programas de medición de calidad y utilización de los servicios provistos a los socios, cuyas finalidades primordiales son asegurar que los tratamientos médicos cubiertos por los planes de beneficios, sean cumplimentados adecuadamente, mejorar la calidad de los mismos y controlar los costos médicos de cada socio. A estos efectos, la institución se compromete a cumplir con las siguientes obligaciones: (i) Permitir que GALENO conduzca sus programas de auditoría con respecto a todos los socios que hayan sido internados o atendidos en la institución, independientemente de los programas de auditoría de la institución; (ii) proporcionar a GALENO información y datos clínicos de los socios; (iii) participar de los programas de medición de calidad y utilización de los servicios que GALENO establezca; (iv) cooperar con el médico de cabecera del socio, incluyendo todo lo relacionado con la comunicación de los resultados después de efectuada la evaluación y tratamiento del paciente; (v) permitir a GALENO conducir revisiones de campo; y (vi) proporcionar a GALENO libre y total acceso a las Historias Clínicas de los socios.

La institución acepta que GALENO emplea Guías Clínicas para su gestión de pacientes internados. En particular la institución toma conocimiento y acepta que GALENO podrá conducir programas de Gerenciamiento de Casos de



los socios internados o que se encuentren recibiendo servicios en la institución. En este marco, la institución acepta que un profesional médico de GALENO especialmente designado a tales fines consensúe con los médicos tratantes los requerimientos de servicios y la terapéutica de los socios, acciones entre las que se encuentra la definición del alta sanatorial, la continuidad de los cuidados y todo aquello que forme parte del gerenciamiento del caso.

### **Autorizaciones**

La institución toma conocimiento y acepta que GALENO cuenta con una Guía de Requerimientos de Autorización que indica las prácticas ambulatorias que deben ser autorizadas por GALENO.

### **Medicamentos Recetados**

La institución suministrará durante la internación los medicamentos necesarios y suficientes para el adecuado tratamiento de los socios, conforme lo receten los profesionales que asistan a los mismos. La prescripción deberá constar en un recetario médica y/o en la Historia Clínica del socio, la cual deberá cumplir todos los requisitos estipulados por la legislación vigente.

### **Información Confidencial y Reservada**

Todo documento o información escrita u oral que GALENO y la institución intercambien o a que tengan acceso en relación con la atención de los pacientes de GALENO, constituirán información confidencial y reservada y no podrá ser revelada por la institución a terceros por ningún motivo.

### **Sistema de Comunicación con GALENO**

La institución se compromete a instalar y utilizar todos aquellos sistemas, dispositivos y elementos que GALENO le proporcione con la finalidad de verificar la elegibilidad de los socios y facilitar el manejo y transmisión de información relativa a los socios, o vinculada a los servicios médicos prestados a éstos.

### **Codificación**

La institución se compromete a utilizar los códigos de diagnósticos y procedimientos que GALENO establezca, a efectos de facilitar la identificación de los servicios médicos prestados a los socios.

### **Responsabilidad Profesional**

La institución asumirá toda responsabilidad, daño o perjuicio generado por actos u omisiones imputables a la institución en detrimento de los socios y en relación con los servicios médicos prestados a éstos. La institución deberá mantener indemne a GALENO de cualquier reclamo que le formule un socio, sus derechohabientes, o cualquier otro tercero y que sea atribuible a la culpa, dolo, negligencia, imprudencia o impericia de la institución en la prestación de los servicios médicos. En el supuesto que GALENO se viera obligada a efectuar pago alguno a un tercero por tal motivo, la institución deberá reintegrarle los importes que hubiere desembolsado, con más sus accesorios, dentro de las 72 hs. de ser requerido en forma fehaciente.

La institución se compromete a mantener una cobertura de seguros adecuada contra los riesgos de responsabilidad civil y mala praxis que cubra los daños que puedan experimentar los socios u otros terceros en virtud de lesiones o muertes ocasionadas con motivo de la prestación de los servicios o del uso de las instalaciones y demás elementos existentes en la institución. La institución deberá contratar la póliza de seguro aquí mencionada, en compañía de seguros de reconocida solvencia. La institución notificará a GALENO de cualquier modificación en los términos de dicha póliza, comprometiéndose a que los montos asignados, así como los riesgos cubiertos no varíen de manera significativa de los actualmente existentes.

### **Actualización de datos del prestador**

El prestador será responsable de mantener sus datos actualizados. Si fuese necesario realizar alguna modificación en los datos, deberá comunicarlo por escrito al Servicio de Atención a Prestadores-SAP por correo electrónico, fax o correo postal. Los cambios deberán ser notificados con 30 días de anticipación de a vigencia.

Los datos a informar son:

Prestaciones médicas: Cambios en las prestaciones que realiza la institución. Baja y alta de prestaciones y/o servicios (ad referendum de aprobación de la Gerencia de Prestaciones de GALENO).

Datos de Inscripciones y Seguros: Inscripción ante los organismos reguladores (Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud). Seguro de Mala Praxis, cambios en la compañía aseguradora, vigencia y/o montos de la póliza.

### **Impuestos y Contribuciones**

La institución presta su conformidad para que GALENO le retenga el o los impuestos que correspondan de acuerdo con las disposiciones legales aplicables. Será responsabilidad de la institución, cumplir estrictamente con todas las obligaciones impuestas por las normas impositivas, previsionales y laborales vigentes o que en el futuro se dicten. La institución deberá exhibir a GALENO la documentación que ésta le requiera, a efectos de acreditar que ha cumplido adecuadamente con dichas normas.

### **Inexistencia de relación laboral**

La prestación de servicios de la Institución a socios de GALENO, en modo alguno implica o implicará la constitución de una relación laboral o contrato de trabajo entre GALENO y los empleados, colaboradores o contratistas de la institución. Por lo tanto, GALENO no asume ni asumirá, obligación alguna de naturaleza laboral respecto a la institución, sus empleados, colaboradores o contratistas. Cualquier accidente que sufriera el personal de la institución o los terceros que eventualmente subcontrate para prestar los servicios, será responsabilidad exclusiva de la institución. La institución se obliga a mantener indemne a GALENO en caso de que cualquiera de los empleados, colaboradores o contratistas de la Institución o sus derechohabientes, presente un reclamo o demanda en contra de GALENO, basado en la existencia de una relación laboral entre GALENO y dichos empleados, colaboradores o contratistas de la institución.



## 2. IDENTIFICACIÓN DE NUESTROS SOCIOS

En el presente capítulo, encontrará los ejemplos de comprobantes de acreditación válidos para los socios GALENO y el modo de identificar la cobertura correspondiente en cada caso.

Le recordamos que sólo podrá prestar sus servicios a aquellos socios a quienes les corresponda alguna de las cartillas que usted integra, según el acuerdo vigente con GALENO al momento de realizar la prestación.

### A) Credenciales Vigentes

Credencial vigente para socios GALENO Oro



Credencial vigente para socios GALENO Plata



Credencial vigente para socios GALENO Azul



Credencial vigente para socios GALENO Blanco



Referencias:

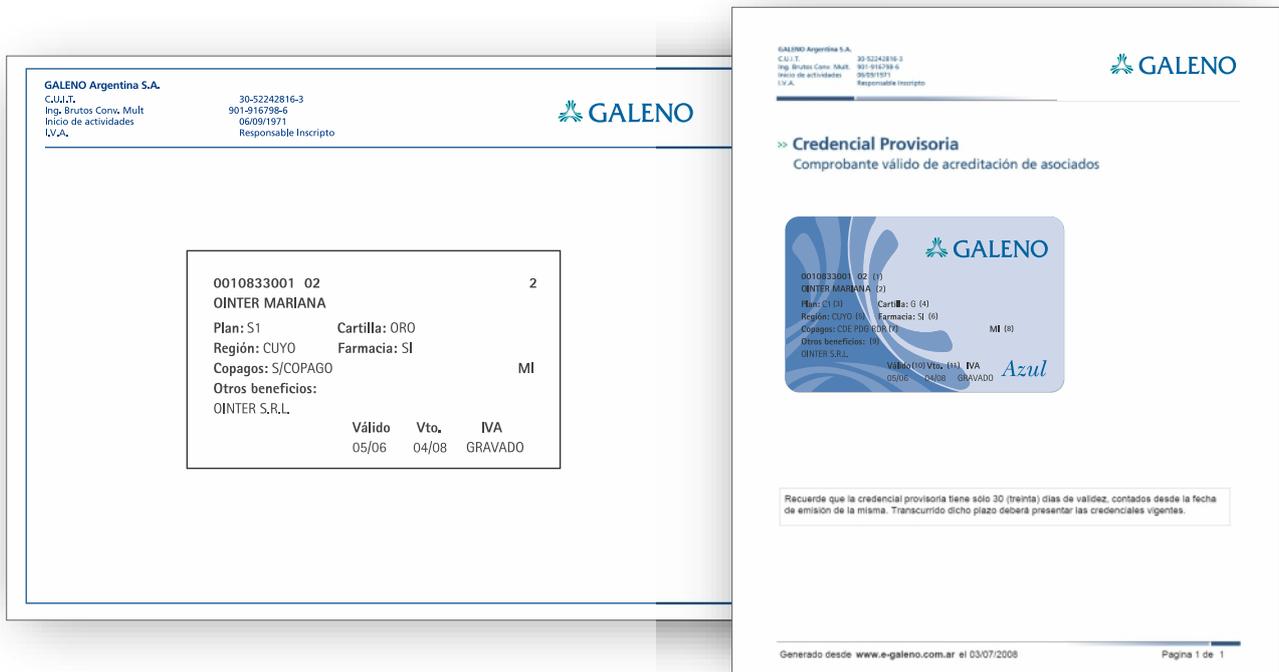
- (1) Número de Socio
- (2) Apellido y Nombre
- (3) Plan de Beneficios
- (4) Cartilla

- (5) Región de Residencia
- (6) Cobertura en Farmacia
- (7) Correspondencia o no de Copagos
- (8) Otros Beneficios

- (9) Empresa de Socios Corporativos
- (10) Período de Vigencia de la Credencial
- (11) Socio Exento o Gravado

## b) Credenciales Provisorias

Las credenciales provisorias pueden ser emitidas en las sucursales de GALENO por sistema, en hoja con membrete, o por los socios desde nuestra página web. Las mismas indicarán todos los datos de cobertura detallados en las credenciales plásticas para la identificación de los socios.



## c) Acreditación mediante solicitud de ingreso y recibo de pago

Aquellos pacientes recientemente asociados que aún no hayan recibido su credencial, ni su credencial provisoria, podrán acreditarse presentando la solicitud de ingreso a GALENO junto al recibo de pago. Los mismos deberán registrarse en la planilla para el registro de prestaciones con Nombre y Apellido del paciente, indicando el N° de recibo en el campo para "N° de socio" y el Código 05 en el campo destinado al "Código de Autorización".

## d) Credenciales con segundo logo

Existen credenciales GALENO Oro, GALENO Plata, GALENO Azul y GALENO Blanco que cuentan con el logo de GALENO y un segundo logo (Ej. Credencial GALENO Oro con logo de GALENO y de Obra Social YPF / Credencial GALENO Azul con logo de GALENO y OSIM).



### e) Socios con beneficios del Plan Materno Infantil (PMI)

Los socios GALENO a quienes les corresponda el Plan Materno Infantil (PMI) podrán identificarse con la sigla "MI" indicada en la credencial, a continuación de los códigos y rangos de copago que correspondan.

Le recordamos que el Plan Materno Infantil abarca la cobertura del 100% y sin copagos de todas las prestaciones inherentes al embarazo durante el mismo, el parto y puerperio de la madre; como así también la cobertura del 100% para el recién nacido durante su primer año de vida (medicamentos según vademecum, consultas, estudios de diagnóstico y laboratorio). Esto significa que las socias e hijos a quienes les corresponda este beneficio NO DEBEN ABONAR COPAGO ALGUNO.



### f) Cobertura Médica Nacional

Usted podrá brindar sus servicios a los socios GALENO que se encuentren en tránsito en su ciudad y que requieran servicios de atención de Urgencias y Emergencias Médicas ó Atención Médica Programada. Podrá reconocerlos como socios en tránsito por el código regional indicado en el campo de la credencial destinado a tal fin.

Estos socios podrán acreditarse con credenciales GALENO de cualquier región ó provincia (ver modelo en pág. 11) e independientemente de la cartilla, deberán tener un plan de beneficios que corresponda a una línea de planes (Oro, Plata, Azul o Blanco) para la cual usted se encuentre habilitado por GALENO.

En caso de requerir internaciones, cirugías ó prácticas de alta complejidad, deberá contactarse con GALENO, para que el caso sea evaluado por nuestra Auditoría Médica local.

El procedimiento para gestionar autorizaciones para estos socios será idéntico al establecido para socios locales (ver punto 4.e, pag. 16 Autorizaciones).

Codigos de Región por Provincia

Provincias	Código en Credencial
Area Metropolitana de Buenos Aires (Capital Federal y Gran Buenos Aires)	AMBA
Pcia. de Buenos Aires incluido Mar del Plata y La Pampa	CENTR
Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego	PATAG
Mendoza, San Juan y San Luis	CUYO
Rosario y San Nicolás	ROS
Córdoba, La Rioja y Catamarca	MEDIT
Santa Fé (1ra. Circunsc.), Entre Ríos, Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa	LITN
Jujuy y Salta	NOAN
Tucumán y Sgo. Del Estero	NOAS



Región: CUYO



### 3. IDENTIFICACIÓN DE COPAGOS

En las credenciales encontrará un campo que indica la correspondencia o excepción de copagos, de acuerdo al plan de beneficios del socio, conforme los códigos que detallamos a continuación.

#### a) Descripción de Códigos y Rangos de Copago



Códigos de Copago: Indican el Tipo de Prestación

CC: Consulta en Consultorio  
 PC: Prácticas y Exámenes Complementarios  
 RC: Rehabilitación en Consultorio  
 SM: Salud Mental

CD: Consulta en Domicilio  
 PD: Prácticas en Domicilio  
 RD: Rehabilitación en Domicilio

Rangos de Copago: La última letra del código indica la correspondencia de copago y el importe del mismo, ó la excepción del mismo.

#### Consultas en Consultorio

RANGOS	CCA	CCB	CCH	CCI	CCJ	CCM
Copagos	\$45	\$45	No	\$45	\$45	\$45

#### Consultas en Domicilio

RANGOS	CDE	CDF	CDK	CDN
Copagos	\$80	\$80	No	\$80

#### Prácticas y Exámenes Complementarios en Consultorio

RANGOS	PCC	PCO	PCV	PCX
NOMENCLADAS	No	\$45	No	\$45
NO NOMENCLADAS	No	\$45	No	\$45

#### Prácticas y Exámenes Complementarios en Domicilio

RANGOS	PDG	PDL	PDQ
PRÁCTICAS Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	\$45	No	\$45

#### Rehabilitación en Consultorio

RANGOS	RCD	RCP	RCU	RCW
REHABILITACIÓN KINESIO/ FONO	No	\$45	\$45	\$45

#### Rehabilitación en Domicilio

RANGOS	RDR	RDS	RDT
REHABILITACIÓN EN DOMICILIO	\$45	\$45	No

#### Salud Mental

RANGOS	SMY	SMZ
SALUD MENTAL	\$80	\$80

La leyenda "SIN COPAGOS" INDICA que al socio no le corresponde abonar copago por ningún tipo de prestación.

Para todos los planes GALENO:

Medicamentos, materiales descartables, sustancias de contraste y radioactivas necesarias durante la realización de prestaciones ambulatorias **100% a cargo de GALENO.**

#### b) Aplicación de Copagos por orden y cantidad de prácticas

PRÁCTICA	TIPO	COPAGO	COPAGOS POR ORDEN	PRESTADORES EFECTOR
Laboratorio	Nomencladas No Nomencladas	\$ 45	Un copago por procedimiento (independientemente de la cantidad de órdenes médicas o determinaciones realizadas en la misma fecha)	Centros de Diagnóstico e Instituciones Sanatoriales
Radiología	Nomencladas	\$ 45	Un copago hasta 3 prácticas	Centros de Diagnóstico e Instituciones Sanatoriales
	No Nomencladas	\$ 45	Un copago hasta 3 prácticas	
Medicina Nuclear	Nomencladas	\$ 45	Un copago por estudio	Centros de Diagnóstico e Instituciones Sanatoriales
	No Nomencladas	\$ 45		
Prácticas y Estudios Diagnósticos	Nomencladas	\$ 45	Un copago por práctica o estudio	Centros de Diagnóstico e Instituciones Sanatoriales
	No Nomencladas	\$ 45		
Prácticas Médicas	Nomencladas/ No Nomencladas	\$ 45	Un copago por práctica	Médicos en Consultorios
Colposcopia	Nomencladas	\$ 45	Un copago	Centros de Diagnóstico e Instituciones Sanatoriales
Colposcopia	Nomencladas	Incluido en la Consulta	Incluida en la Consulta	Médicos en Consultorios
PAP	Nomencladas	\$ 45	Un copago	Centros de Diagnóstico e Instituciones Sanatoriales
PAP	Nomencladas	Incluido en la Consulta	Incluida en la Consulta	Médicos en Consultorios
E.C.G.	Nomencladas	\$ 45	Un copago por estudio	Centros y/o Médicos en Consultorios
Ecografías	Nomencladas	\$ 45	Un copago por práctica	Centros de Diagnóstico e Instituciones Sanatoriales ó Médicos en Consultorios
	No Nomencladas	\$ 45		
Mamografías	Nomencladas	\$ 45	Un copago por práctica	Centros de Diagnóstico e Instituciones Sanatoriales
	No Nomencladas	\$ 45		
Prácticas de Hematología	Nomencladas	\$ 45	Un copago por procedimiento (independientemente de la cantidad de órdenes médicas o determinaciones realizadas en la misma fecha)	Centros y/o Médicos en Consultorios
T.A.C.	Nomencladas/ No Nomencladas	\$ 45	Un copago por estudio	Centros de Diagnóstico e Instituciones Sanatoriales
R.N.M.	No Nomencladas	\$ 45	Un copago por estudio	Centros de Diagnóstico e Instituciones Sanatoriales



### c) Planes Básicos y Planes Integrales

Es posible que reciba en su consultorio pacientes en cuyas credenciales se indique si el plan de beneficios corresponde a un plan Básico o Integral:

No abona Copago en consultorio



Abona Copago en consultorio de acuerdo a los códigos y rangos de Copago



Independientemente de esta diferenciación, el cobro de copagos debe aplicarse de acuerdo a los códigos y rangos de copago detallados en el campo de "COPAGOS" de la credencial. En aquellos casos en que en el campo COPAGOS de la credencial se indique SIN COPAGOS o COPAGOS DIFERIDOS Usted no deberá cobrarle al socio importe alguno por ninguna prestación.

#### 4. AUTORIZACIONES

Las autorizaciones podrán ser gestionadas por:

- Socios
- Prestadores

El operador que atienda su llamado le solicitará los siguientes datos, los cuales deberán constar en la orden médica:

- N° de socio del paciente
- Prestación a realizar
- Profesional que indica la práctica
- Diagnóstico presuntivo
- Fecha de emisión de la orden
- En caso de cirugía, la fecha de la misma

##### a1). Autorización de Prestaciones Ambulatorias en AMBA

A fin de solicitar autorización para realizar prácticas que así lo requieran, a socios GALENO, deberá comunicarse con la Central de Autorizaciones Telefónica al teléfono que corresponda de acuerdo al plan del socio.

CENTRAL DE AUTORIZACIONES GALENO		
Otorga autorizaciones para la realización de estudios de diagnóstico y tratamiento.		
Oro: 4321-4115	Plata: 4321-4215	Azul y Blanco: 5382-5010
De Lunes a Viernes de 8 a 19 hs.		
Autorizaciones de Prácticas Oftalmológicas: de Lunes a Viernes de 9 a 18 hs.		

##### Códigos de Autorización

La autorización se otorgará asignando un código alfanumérico, el cual deberá registrarse en el margen superior izquierdo de la orden médica original.

Código Alfabético: Indica el alcance de la cobertura autorizada y el importe del copago a cobrar al socio, de acuerdo al cuadro que encontrará a continuación.

Código Numérico: Indica el número de registro de la autorización.

El código alfanumérico registrado en la orden médica lo habilitará a facturar el servicio sin ningún trámite complementario.

Nomenclatura alfabética de cobertura que se aplica a los códigos de autorización:

CODIGO	DESCRIPCION
F	Copago \$ 45,00
J	Copago \$ 35,00
L	100% Cobertura a cargo de GALENO
O	50% Cobertura a cargo de GALENO



## a2). Autorización de Prestaciones Ambulatorias en el Interior del País

A fin de solicitar autorización para realizar prácticas en el Interior del país, deberá comunicarse telefónicamente a la sucursal correspondiente de acuerdo a la ciudad en la cual preste sus servicios llamando al 0810-999-SUCURSAL (7828).

### Códigos de Autorización

La autorización se otorgará asignando un código alfanumérico, el cual deberá registrarse en el margen superior izquierdo de la orden médica original.

Código Alfabético: Indica el alcance de la cobertura autorizada y el importe del copago a cobrar al socio, de acuerdo al cuadro que encontrará a continuación.

Código Numérico: Indica el número de registro de la autorización.

El código alfanumérico registrado en la orden médica lo habilitará a facturar el servicio sin ningún trámite complementario.

Nomenclatura alfabética de cobertura que se aplica a los códigos de autorización:

CODIGO	DESCRIPCION
F	Copago \$ 45,00
J	Copago \$ 35,00
L	100% Cobertura a cargo de GALENO
O	50% Cobertura a cargo de GALENO
H	Copago \$ 30,00
D	Copago \$ 40,00

## b) Autorización de Internaciones y Cirugías en Todo el País

En todos los casos, serán autorizadas con la correspondiente orden de internación y orden de cirugía ambulatoria emitida.

El prestador podrá recepcionarla de manos del socio o por fax enviado desde GALENO.

Si desea consultar sobre solicitudes enviadas deberá comunicarse con nuestra Central de Autorizaciones Telefónica (en AMBA) o con la Sucursal GALENO que corresponda de acuerdo a la ciudad en la cual preste sus servicios (en el interior del país).

Central de Autorizaciones - Internaciones

Otorga la autorizaciones para cirugías con internación y ambulatorias

4321-4343 / 4344 / 4034 / 4264

De Lunes a Viernes de 8 a 18 hs.

## **b) Autorización de Internaciones y Cirugías en Todo el País**

En todos los casos, serán autorizadas con la correspondiente orden de internación y orden de cirugía ambulatoria emitida.

El prestador podrá recepcionarla de manos del socio o por fax enviado desde GALENO.

Si desea consultar sobre solicitudes enviadas deberá comunicarse con nuestra Central de Autorizaciones Telefónica (en AMBA) o con la Sucursal GALENO que corresponda de acuerdo a la ciudad en la cual preste sus servicios (en el interior del país).

## **c) Autorización de Internaciones de Urgencia**

Toda internación de Urgencia deberá ser denunciada en el momento de la determinación de la misma. Si la internación se produjera fuera de nuestro horario de atención (horario nocturno, sábados, domingos o feriados):

- En AMBA deberá contactarse con la central de Urgencias y Emergencias a los teléfonos 4321-4111, 4321-4222 ó 5382-5050.

- En el Interior del país deberá contactarse con la sucursal correspondiente el siguiente día hábil.

## **d) Vigencia de las Autorizaciones**

Las autorizaciones de prácticas ambulatorias tienen validez por 60 días a partir de la fecha de emisión de la prescripción, excepto las prescripciones de lentes, plantillas y medicamentos cuya validez es de 30 días.

Las autorizaciones de cirugías tienen validez por 30 días a partir de la fecha de emisión de la orden.

Destacamos que las autorizaciones de las prácticas que así lo requieran, deben ser gestionadas previo a la realización de las mismas.

e) **Requerimientos de Autorización de GALENO para Prácticas Ambulatorias**

<b>ORO y PLATA</b>	
<b>Criterios de Autorización para Prácticas Ambulatorias</b>	
<b>Capítulos 01 al 13</b>	
Todos los capítulos	SI <small>Excepto Cód: 11.02.11/11.02.15/ 12.02.01/ 12.02.02/ 12.02.03/ 12.02.04/ 13.01.04 (en Consultorio)</small>
<b>Capítulo 14. ALERGIA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO
Prácticas No Nomencladas	SI
<b>Capítulo 15. ANAT. PATOLOGICA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO
Prácticas No Nomencladas	NO
<b>Capítulo 16. ANESTESIOLOGIA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO
Tratamientos del dolor	SI
<b>Capítulo 17. CARDIOLOGIA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO
Tilt Test	NO
Presuometría	NO
Cardiografía de impedancia	SI
Osciloscopías	NO
Ctrol/ Reprogramación de Marcapasos/ Cardiodesfibrilador	NO
Estudio de señales promediadas	SI
Ergometría de 12 derivaciones	NO
Rehabilitación del cardiópata	SI
Sobreestim. Ecg intracavitario c/cateterismo	SI
Electrograma del Haz De His (incluye cateterismo)	SI
Electrofisiológico Simple y Complejo De Haz His	SI
Electrocardiograma con derivación intraesofágica	SI
Ergometría con consumo de oxígeno	SI
El resto de las Prácticas No Nomencladas	NO
<b>Capítulo 18. ECOGRAFIAS</b>	
Prácticas Nomencladas	NO
Ecodopler (Todas las regiones)	NO
Punción de Mama bajo ecografía	NO



## ORO y PLATA (Cont.)

### Capítulo 18. ECOGRAFIAS (cont.)

Restantes procedimientos bajo ecografía (Punciones - Marcaciones)	SI
Ecografías 3D y 4D	SI
Ecografía para Amniocentesis	SI
Ecografía con Translucencia Nucal	Oro: NO / Plata: SI
Scan Fetal	Oro: NO / Plata: SI
Elastografía Hepática (fibroscan)	SI
El resto de las Prácticas No Nomencladas	NO

### Capítulo 20. GASTROENTEROLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
Biofeedback	SI
PHMetrías Computarizadas	SI
Manometría	SI
Fotocoagulación Hemorroidaria	SI
Impedanciometría Intraluminal Multicanal	SI
Procedimientos endoscópicos, bajo Video/Computarizados y procedimientos con sedación	SI
El resto de las Prácticas No Nomencladas	NO

### Capítulo 21. GENETICA HUMANA

Interconsulta genética, Cariotipo Simple y Bandeado	NO
El Resto de las Prácticas Nomencladas	SI
NT Plus	Oro: NO / Plata: SI
Prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 22. GINECO-OBSTETRICIA

Prácticas Nomencladas	NO
Cytobrush-Endobrush	NO
Procedimientos por punción No Nomenclados	SI
El resto de las Prácticas No Nomencladas	NO

### Capítulo 23. HEMATOLOGIA-INMUNOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
Estudios para Talasemia	NO
Gen de la Hemocromatosis	SI
Estudios por Biología Molecular	NO
El resto de las Prácticas No Nomencladas	NO

## ORO y PLATA (Cont.)

### Capítulo 24. HEMOTERAPIA

Todas las prácticas que requieren Internación u Hospital de día	SI
---	----

### Capítulo 25. REHABILITACION

Prácticas Nomencladas	SI
-----------------------	----

Prácticas No Nomencladas	SI
--------------------------	----

### Capítulo 26. MEDICINA NUCLEAR

Prácticas Nomencladas	NO
-----------------------	----

Prácticas No Nomencladas	NO
	Excepto: Rastreo Corporal con In 111

### Capítulo 27. NEFROLOGIA

Prácticas Nomencladas	SI
-----------------------	----

Prácticas No Nomencladas	SI
--------------------------	----

### Capítulo 28. NEUMONOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
	Excepto: Broncofibroscopía, Broncoscopía y Traqueoscopía

Estudio de Mecánica pulmonar	NO
------------------------------	----

Espirometría computarizada	NO
----------------------------	----

Test de la marcha	NO
-------------------	----

Difusión Pulmonar (DLCO)	NO
--------------------------	----

Curva de Flujo Volumen	NO
------------------------	----

Determinación e Volúmenes Pulmonares	NO
--------------------------------------	----

Procedimientos bajo video	SI
---------------------------	----

Procedimientos endoscópicos de lesión bronquial	SI
---	----

Estudio de la Reactividad Vascular Pulmonar	SI
---	----

Broncoscopía Virtual	SI
----------------------	----

El resto de las Prácticas No Nomencladas	NO
--	----

### Capítulo 29. NEUROLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
-----------------------	----

Polisomnografías	SI
------------------	----

EEG No Nomenclados	NO
--------------------	----

Mapeo cerebral computarizado	NO
------------------------------	----

Procedimientos bajo video	SI
---------------------------	----

Tratamiento con Toxina Botulínica/Botox	SI
---	----

El resto de las Prácticas No Nomencladas	NO
--	----



## ORO y PLATA (Cont.)

### Capítulo 30. OFTALMOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
Exámen de agudeza visual, Refractometría computada, biomicroscopía, toma de presión ocular, test de AMSER, test de LANCASTER, test de ducciones forzadas, exámen sensorial, test de visión de color, estudios de análisis del film pre-corneal, test de estereopsis, pruebas de permeabilidad lagrimal, tomografía de papila HRT, tomografía de coherencia óptica OCT.	NO
Campo visual computado, Angiografía digital, indocianinografía, topografía, paquimetría, inyección de sustancias terapéuticas, electroretinograma, electrooculograma, curva tensional diaria (mínimo 4 tomas), ultrabiomicroscopía de segmento anterior, prácticas quirúrgicas y cirugías oftalmológicas en general. Microscopia Especular – Recuento de Células Endoteliales.	SI
Potenciales Evocados Visuales	NO
Cirugía refractiva, Excimer y Yag laser, Facoemulsificación	SI

### Capítulo 31. OTORRINOLARINGOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
Criocirugía nasal en consultorio	SI
Evaluación otoneurológica	SI
Procedimientos endoscópicos- bajo video	SI
Evaluación Audiológica por observación de conducta	SI
Calibración de Implante Coclear	SI
Estimulación Auditiva para Implante Coclear	SI
Selección de Otoamplifonos	SI
Fibrolaringoscopia (con y sin video)	NO
El resto de las Prácticas No Nomencladas	NO

### Capítulo 34. RADIOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
Tomografías (en todas sus variantes)	NO
Tomografía de emisión de positrones "PET"	SI
Angi coronariografía por tomografía	SI
Mielotomografía	SI
Resonancia Nuclear Magnética (en todas sus variantes)	NO
Punción de Mama bajo T.A.C.	NO
Marcaciones mamarias	SI
Mieloradiculografía	SI
Restantes Procedimientos bajo T.A.C.	SI
Procedimientos bajo video	SI
Defecatógrafía	SI

## ORO y PLATA (Cont.)

### Capítulo 34. RADIOLOGIA (Cont.)

Prácticas de hemodinamia o que se realizan en quirófano	SI
---	----

El resto de las Prácticas No Nomencladas	NO
--	----

### Capítulo 35. TERAPIA RADIANTE

Todo el capítulo	SI
------------------	----

### Capítulo 36. UROLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO Excepto: Uretrocistofibroskopías
-----------------------	--

Penoscopía	NO
------------	----

Procedimientos endoscópicos, computarizados, bajo eco, bajo video	SI
---	----

Pielografía Ascendente + Colocación de Pigtail	SI
--	----

El resto de las Prácticas No Nomencladas	NO
--	----

### Capítulo 66. LABORATORIO

Todas las prácticas Bioquímicas	NO Excepto: Estudios específicos de HIV y estudios neurometabólicos
---------------------------------	--

## AZUL

### Criterios de Autorización para Prácticas Ambulatorias

#### Capítulos 01 al 13

Todos los capítulos	SI Excepto: cód. 11.02.11 / 11.02.15 / 13.01.04 (en Consultorio)
---------------------	---

#### Capítulo 14. ALERGIA

Prácticas Nomencladas	NO
-----------------------	----

Prácticas No Nomencladas	SI
--------------------------	----

#### Capítulo 15. ANAT. PATOLOGICA

Prácticas Nomencladas	NO
-----------------------	----

Prácticas No Nomencladas	NO
--------------------------	----

#### Capítulo 16. ANESTESIOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
-----------------------	----

Tratamientos del dolor	SI
------------------------	----



## AZUL (Cont.)

### Capítulo 17. CARDIOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
Eco Stress	NO
Tilt Test	NO
Osciloscopías	NO
Presurometría	NO
Cardiografía de impedancia	SI
Holter más de 2 canales	NO
Ctrol/Reprogramació Marcapasos-Cardiodesfibrilador	NO
Estudio de señales promediadas	SI
Ergometría 12 derivaciones	NO
Rehabilitación del cardiópata	SI
Sobreestim. Ecg intracavitario c/cateterismo	SI
El resto de las Prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 18. ECOGRAFIAS

Prácticas Nomencladas	NO
Ecografía de partes blandas/ caderas	NO
Ecografía Transvaginal	NO
Ecografía prostática transrectal	NO
Ecografía Transrectal Femenina	NO
Ecografía de Bazo-Retroperitoneal-Grandes Vasos	NO
Ecografía de Cabeza y Cuello	NO
Ecografía de Masas Intestinales	NO
Ecografía Transcraneal, Transfontanelar	NO
EcoStress (Todas sus especificaciones)	NO
Ecodoppler (Todas sus especificaciones)	NO
Procedimientos bajo ecografía (Punciones – Marcaciones, etc)	SI
Ecografías 3D y 4D	SI
Ecografía para Amniocentesis	SI
El resto de las prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 20. GASTROENTEROLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
	Excepto: prácticas endoscópicas, con o sin sedación anestésica

## AZUL (Cont.)

### Capítulo 20. GASTROENTEROLOGIA (Cont.)

Biofeedback	SI
PHMetrías Computarizadas	SI
Manometria	SI
CPR (Colangiopancreatograf. Retrograda)	SI
Procedimientos endoscópicos, bajo Video/Computarizados y procedimientos con sedación	SI
El resto de las prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 21. GENETICA HUMANA

Prácticas Nomencladas	SI
Prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 22. GINECO-OBSTETRICIA

Prácticas Nomencladas	NO
Topicaciones Ginecológicas	NO
Vulvoscopía-Vaginoscopía	NO
Biopsia Perineal, Anal	NO
Amnioscopía	SI
Cytobrush-Endobrush	NO
El resto de las Prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 23. HEMATOLOGIA-INMUNOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
Estudios para Talasemia	NO
Gen de la Hemocromatosis	SI
Estudios por Biología Molecular	NO
El resto de las Prácticas No Nomenclados	NO

### Capítulo 24. HEMOTERAPIA

Todas las prácticas que requieren Internación u Hospital de día	SI
---	----

### Capítulo 25. REHABILITACION

Prácticas Nomencladas	SI
Prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 26. MEDICINA NUCLEAR

Perfusión Miocárdica (en todas sus variantes)	NO
---	----



## AZUL (Cont.)

### Capítulo 26. MEDICINA NUCLEAR (Cont.)

Spect en todas sus variantes	NO
Cisternografía Isotópica	SI
Restantes Prácticas Nomencladas	NO
Restantes Prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 27. NEFROLOGIA

Prácticas Nomencladas	SI
Prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 28. NEUMONOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO Excepto: Broncofibroscopía, Broncoscopía, Traqueoscopia y Capacidad Vital Lenta
Estudio de Mecánica pulmonar	NO
Espirometría computarizada	NO
Test de la marcha	NO
Difusión Pulmonar (DLCO)	NO
Saturometría - Oximetría	NO
Saturometría Pediátrica	NO
Curva de Flujo Volumen	NO
Determinación de Volúmenes Pulmonares	NO
Examen funcional respiratorio	NO
Ventilación Voluntaria Máxima	NO
Curva flujo volumen computarizada	NO
Estudio de volúmenes pulmonares por pletismografía	NO
Procedimientos bajo video	SI
El resto de las prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 29. NEUROLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
EEG de Sueño (en todas sus variantes)	NO
EEG No Nomenclados (excepto el que se realice con internación)	NO
EMG de MMSS, MMII y Cara	NO
El resto de los EMG No Nomenclados	SI
Polisomnografías	SI
Estudio de reflejo bulbocavernoso	SI

## AZUL (Cont.)

### Capítulo 29. NEUROLOGIA (Cont.)

Mapeo cerebral computarizado	SI
Potenciales Evocados (en todas sus variantes)	NO
Procedimientos bajo video	SI
El resto de las prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 30. OFTALMOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
Exámen de agudeza visual, Refractometría computada, biomicroscopía, toma de presión ocular, test de AMSER, test de LANCASTER, test de ducciones forzadas, exámen sensorial, test de visión de color, estudios de análisis del film pre-corneal, test de estereopsis, pruebas de permeabilidad lagrimal, tomografía de papila HRT, tomografía de coherencia óptica OCT.	NO
Campo visual computado, Angiografía digital, indocianinografía, topografía, paquimetría, inyección de sustancias terapéuticas, electroretinograma, electrooculograma, curva tensional diaria (mínimo 4 tomas), ultrabiomicroscopía de segmento anterior, prácticas quirúrgicas y cirugías oftalmológicas en general. Microscopia Especular – Recuento de Células Endoteliales.	SI
Potenciales Evocados Visuales	NO
Cirugía refractiva, Excimer y Yag laser, Facoemulsificación	SI

### Capítulo 31. OTORRINOLARINGOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO Excepto: Rinofibrolaringoscopías
Audio -Logo - Impedancio	NO
Otoemisiones acústicas	NO
Criocirugía nasal en consultorio	SI
Evaluación otoneurológica	SI
Procedimientos endoscópicos- bajo video	SI
Timpanometría	NO
Timpanometría Pediátrica	NO
Impedanciometria Pediátrica	NO
Evaluación Audiológica por observación de conducta	SI
Acufenometría	NO
El resto de las prácticas No Nomencladas	NO

### Capítulo 34. RADIOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
Espinograma - Escanograma	NO
Mamografía Magnificada/ Con técnica de Ecklund	NO
Densitometrías Oseas	NO
Mamografías digitales	NO



## AZUL (Cont.)

### Capítulo 34. RADIOLOGIA (Cont.)

Tomografías (en todas sus variantes)	NO
Tomografía de emisión de positrones "PET"	SI
Angiocoronariografía por tomografía	SI
Mielotomografía	SI
Resonancia Nuclear Magnética (en todas sus variantes)	NO
Procedimientos bajo Tac	SI
Mieloradiculografía	SI
Procedimientos bajo video	SI
El resto de las prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 35. TERAPIA RADIANTE

Todo el capítulo	SI
------------------	----

### Capítulo 36. UROLOGÍA

Prácticas Nomencladas	NO Excepto: Uretrocistofibroscopías
Penoscopía	NO
Procedimientos endoscópicos, computarizados, bajo eco, bajo video	SI
El resto de las prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 66. LABORATORIO

Todas las prácticas Bioquímicas	NO Excepto: Estudios específicos de HIV y estudios neurometabólicos
---------------------------------	--

## BLANCO

### Criterios de Autorización para Prácticas Ambulatorias

#### Capítulos 01 al 13

Todos los capítulos	SI
---------------------	----

#### Capítulo 14. ALERGIA

Prácticas Nomencladas	NO
Prácticas No Nomencladas	Excluido de Cobertura

## BLANCO (Cont.)

### Capítulo 15. ANAT. PATOLOGICA

Prácticas Nomencladas	NO
-----------------------	----

Prácticas No Nomencladas	NO
--------------------------	----

### Capítulo 16. ANESTESIOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
-----------------------	----

Tratamientos del dolor	SI
------------------------	----

### Capítulo 17. CARDIOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
	Excepto: 17.01.03:ECG Haz de Hiz

Tilt Test	NO
-----------	----

Presurometría	NO
---------------	----

Cardiografía de impedancia	SI
----------------------------	----

Holter 3 canales	SI
------------------	----

Ctrol/Reprogramació Marcapasos-Cardiodesfibrilador	SI
--	----

Estudio de señales promediadas	SI
--------------------------------	----

Ergometría 12 derivaciones	NO
----------------------------	----

Rehabilitación del cardiópata	SI
-------------------------------	----

Sobreestim. Ecg intracavitario c/cateterismo	SI
--	----

El resto de las prácticas No Nomencladas	SI
--	----

### Capítulo 18. ECOGRAFIAS

Prácticas Nomencladas	NO
-----------------------	----

Ecografía de partes blandas/ caderas	NO
--------------------------------------	----

Ecografía Transvaginal	NO
------------------------	----

Ecografía de Masas Intestinales, Hidrocolon	NO
---	----

Ecografía Transrectal	SI
-----------------------	----

Ecodopler (Todas las regiones)	SI
--------------------------------	----

Procedimientos bajo ecografía (Punciones –Marcaciones)	SI
--	----

Ecografías 3D y 4D	SI
--------------------	----

El resto de las prácticas No Nomencladas	SI
--	----

### Capítulo 20. GASTROENTEROLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
	Excepto: prácticas endoscópicas, con o sin sedación anestésica



**BLANCO (Cont.)****Capítulo 20. GASTROENTEROLOGIA (Cont.)**

Biofeedback	SI
PHMetrías Computarizadas	SI
Manometria	SI
CPR (Colangiopancreatograf. Retrograda)	SI
Procedimientos endoscópicos No NN - Bajo Video - Computarizados, c/s sedación	SI

**Capítulo 21. GENETICA HUMANA**

Prácticas Nomencladas	SI
Prácticas No Nomencladas	SI

**Capítulo 22. GINECO-OBSTETRICIA**

Prácticas Nomencladas	NO
Amnioscopía	SI
Cytobrush-Endobrush	SI
Procedimientos endoscópicos No Nomenclados	SI
Procedimientos por punción No Nomenclados	SI
El resto de las prácticas No Nomencladas	SI

**Capítulo 23. HEMATOLOGIA-INMUNOLOGIA**

Prácticas Nomencladas	NO
Prácticas No Nomencladas	SI

**Capítulo 24. HEMOTERAPIA**

Todas las prácticas que requieren Internación u Hospital de día	SI
---	----

**Capítulo 25. REHABILITACION**

Prácticas Nomencladas	SI
Prácticas No Nomencladas	SI

**Capítulo 26. MEDICINA NUCLEAR**

Prácticas Nomencladas	NO
Perfusión Miocárdica (en todas sus variantes)	NO
Spect Cardíaco (en todas sus variantes)	NO
Prácticas No Nomencladas	SI

**Capítulo 27. NEFROLOGIA**

Prácticas Nomencladas	SI
Prácticas No Nomencladas	SI

## BLANCO (Cont.)

### Capítulo 28. NEUMONOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO Excepto: Broncofibroscopía, Broncoscopía, Traqueoscopia y Capacidad Vital Lenta
Estudio de Mecánica pulmonar	NO
Espirometría computarizada	NO
Test de la marcha	NO
Difusión Pulmonar (DLCO)	NO
Examen Funcional Respiratorio	NO
Saturometría	NO
Oximetría	NO
Curva de Flujo Volumen	NO
Determinación e Volúmenes Pulmonares	NO
Examen funcional respiratorio	NO
Ventilación Voluntaria Máxima	NO
Curva flujo volumen computarizada	NO
Estudio de volúmenes pulmonares por pletismografía	NO
Procedimientos bajo video	SI
El resto de las prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 29. NEUROLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
Polisomnografías	SI
Potenciales Evocados (en todas sus variantes)	NO
EMG de MMSS y MMII	NO
El resto de EMG No Nomenclados	SI
Estudio de reflejo bulbocavernoso	SI
Mapeo cerebral computarizado	SI
Procedimientos bajo video	SI
El resto de las prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 30. OFTALMOLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO
Exámen de agudeza visual, Refractometría computada, biomicroscopía, toma de presión ocular, test de AMSER, test de LANCASTER, test de ducciones forzadas, exámen sensorial, test de visión de color, estudios de análisis del film pre-corneal, test de estereopsis y pruebas de permeabilidad lagrimal.	NO



## BLANCO (Cont.)

### Capítulo 30. OFTALMOLOGIA (Cont.)

Campo visual computado, Angiografía digital, indocianinografía, topografía, paquimetría, inyección de sustancias terapéuticas, tomografía de papila HRT, tomografía HTA, electroretinograma, electrooculograma, curva tensional diaria (mínimo 4 tomas), ultrabiomicroscopía de segmento anterior, prácticas quirúrgicas y cirugías oftalmológicas en general.

SI

Potenciales Evocados Visuales

NO

Cirugía refractiva, Excimer y Yag laser, Facoemulsificación

SI

### Capítulo 31. OTORRINOLARINGOLOGIA

Prácticas Nomencladas

NO

Excepto:  
Rinofibrolaringoscopías

Criocirugía nasal en consultorio

SI

Evaluación otoneurológica

SI

Audio -Logo- Impedancio

NO

Acufenometría

NO

Otoemisiones acústicas

SI

Procedimientos endoscópicos- bajo video

SI

Timpanometría

NO

Evaluación Audiológica por observación de conducta

SI

El resto de las prácticas no Nomencladas

SI

### Capítulo 34. RADIOLOGIA

Prácticas Nomencladas

NO

Espinograma - Escanograma

NO

Densitometría Ósea

NO

Mamografía Magnificada con técnica de Ecklund

Excluído de Cobertura

Mamografía Magnificada

SI

Resonancia Nuclear Magnética (En todas sus variantes)

SI

Tomografías (En todas sus variantes)

SI

Procedimientos bajo Tac

SI

Procedimientos bajo video

SI

El resto de las prácticas No Nomencladas

SI

### Capítulo 35. TERAPIA RADIANTE

Todas las Prácticas

SI

## BLANCO (Cont.)

### Capítulo 36. UROLOGIA

Prácticas Nomencladas	NO Excepto: Uretrocistofibroscopías
Penoscopía	SI
Procedimientos endoscópicos- computarizados- bajo eco, video-	SI
El resto de las prácticas No Nomencladas	SI

### Capítulo 66. LABORATORIO

Todas las prácticas Bioquímicas	NO Excepto: Estudios específicos de HIV y estudios neurometabólicos
---------------------------------	--

## BLANCO PD

### Criterios de Autorización para Prácticas Ambulatorias

Requieren autorización TODAS las Prácticas, excepto las que se detallan a continuación:

Capítulo 15: Prácticas Nomencladas
Capítulo 17: Electrocardiograma
Capítulo 18: Ecografías Nomencladas (excepto Ecografía para Amniocentesis) y Ecografía Transvaginal
Capítulo 22: Pap y Colposcopía
Capítulo 29: Electroencefalograma simple
Capítulo 31: Otoemisiones Acústicas
Capítulo 34: Radiografías Nomencladas (excepto las Radiografías Odontológicas)
Capítulo 60: Ninguna práctica se autoriza salvo estudios específicos de HIV y estudios neurometabólicos

### f) Prácticas Ambulatorias Excluidas de Cobertura para GALENO ORO, PLATA, AZUL Y BLANCO

Estudios y tratamientos de disfunción sexual
Ecodoppler Power
Ondas de Choque Traumatológicas
Regiscan
Test farmacológico de papaverina con drogas vasoactivas
Histerosonografía



### g) Estudios y Tratamientos de fertilidad-esterilidad

De acuerdo a la Ley Nacional 26862 de fertilización humana asistida, se cubren tratamientos de alta y baja complejidad. Los requerimientos de autorización y el detalle de exclusión de los estudios relacionados, se detallan a continuación, para todos los planes:

Estudio	Cobertura
CML (Cultivo Mixto Linfocitario)	Sin Cobertura
HSG virtual	Sin Cobertura
Inhibina B	Sin Cobertura
Inmunización c/ Linfocitos Paternos	Sin Cobertura
PGD (Diagn.Genét.Preimplantacional)	Sin Cobertura
Vitrificación óv/ espermat NO oncológica	Sin Cobertura
Espermocultivo	No Requiere Autorización
Espermograma computarizado	No Requiere Autorización
Est.Hematológicos Lab	No Requiere Autorización
Free Beta	No Requiere Autorización
HAM	No Requiere Autorización
PAPPA	No Requiere Autorización
Swin Up	No Requiere Autorización
Espermograma c/técnica de Kruger	No Requiere Autorización
Test de Sobrevida Espermática	No Requiere Autorización
Test Hiposmótico	No Requiere Autorización
Test Túnel o Fragmentación Espermática	No Requiere Autorización
Cariotipo Simple y Bandeado (NN)	No Requiere Autorización
Ecografía endocavitaria p/monitoreo de ovulación	No Requiere Autorización
Carga viral en semen	Requiere Autorización
Cariotipo AR	Requiere Autorización
CASPASA	Requiere Autorización
Columnas de Anexina	Requiere Autorización
TESE (Extracción Espermática Testicular)	Requiere Autorización

## h) Prácticas y Procedimientos de Guardia

Dada la imposibilidad de preestablecer criterios para prácticas de urgencia, las detalladas a continuación -si son realizadas en un servicios de guardia- No requerirán autorización.

### Laboratorio

Estado ácido base  
Amilasa en sangre y líquidos de punción  
Determinación para HIV (METODO ELISA)  
Baciloscopia directa -ziehl nielsen  
Bacteriología directa -gram-  
Bilirrubinemia total, directa e indirecta  
Cetonemia  
Calcemia  
Coagulograma basico. Incluye tiempo de protrombina kptt, recuento de plaquetas, tiempo de coagulacion y sangria, protombina  
Prueba de COOMBS DIRECTA e Indirecta  
Creatinquinasa-cpk ( cpk mb)  
Creatinina, orina o sangre  
Test de embarazo o dosaje de gonadotrofinas  
Eritrosedimentacion  
Fosfatasa alcalina  
Recuento de globulos blancos y formula leucocitaria  
Glutamyl transpeptidasa, gama  
Glucemia  
Grupo sanguineo y factor rh  
Hematocrito  
Hemocultivo  
Dosaje de hemoglobina  
Hemograma  
Ionograma plasmatico y urinario  
Lactico dehidrogenasa -ldh-  
Liquido cefalorraquideo, fisico, quimico, citologico y bacterioscopico  
Liquido de puncion, fisico, quimico, citologico y bacterioscopico  
Orina completa  
Sedimento urinario  
Transaminasa glutamico oxalacetica  
Transaminasa glutamico piruvica  
Uremia (azoemia)  
Uricemia

### Curaciones, punciones , suturas y drenajes

Puncion lumbar  
Drenaje de glandula o saco lagrimal (absceso)  
Incision y drenaje de conducto auditivo externo y de piel de oido  
Sutura de encia  
Incision y drenaje de glandula parotida, submaxilar o sus conductos  
Incision y drenaje de labio (absceso). Sutura de labio  
Sutura de faringe  
Traqueostomia. Traqueotomia (como unica intervencion)  
Drenaje de absceso mamario  
Artrocentesis (terapeutica)  
Incision y drenaje de absceso superficial, hidrosadenitis, quiste sebaceo infectado, forunculo, panadizo, hematoma, antrax, etc.  
Sutura de herida de mas de 10 cm.  
Sutura simple de herida  
Atencion del paciente con quemaduras de 2do. y 3er.grado, hasta el 5% de superficie corporal (tome o no zonas funcionales)  
Drenaje de absceso perianal

### T.A.C.

T.A.C. cerebral  
T.A.C de abdomen.  
T.A.C. toracica.  
T.A.C. vejiga y prostata

### Procedimientos

Lavado gastrico o esofagico (en paciente no internado).  
Colocacion de sonda balon de sengstaken, blakemore, linton o similares en hemorragias digestivas por varices esofagicas.  
Colocacion de ferulas  
Vendajes y yesos  
Traqueostomia. Traqueotomia (como unica intervencion).  
Extraccion de cuerpo extraño en oido o nariz  
Extraccion de cuerpo extraño en esofago o estómago  
Taponamiento nasal anterior y anteroposterior  
Cauterizacion de nariz  
Puncion traqueal  
Transfusiones de sangre  
Sondaje vesical  
Curaciones  
Nebulizacion  
Hemostasia de lesion gastrica o colonica por endoscopia  
Escarectomia simple

### Pruebas Diagnósticas

Electrocardiograma  
Ecocardiograma  
Colposcopia (traqueloscopia)  
Fondo de ojo  
Tonometria  
Laringoscopia directa o indirecta  
Otomicroscopia  
Rinoscopia  
Anoscopia

### Radiografías

Radiografia simples

### Endoscopías

Esofagofibroscopia o video endoscopia digestiva alta.  
Esofagogastroduodenofibroscopia.  
Rectosigmoidoscopia con instrumento rigido.  
Rectosigmoidofibroscopia  
Fibrolaringoscopia  
Videobroncoscopia  
Uretrocistoscopia con instrumental rigido  
Uretrocistofibroscopia

### Ecografías

Ecografia tocoginecologica  
ECOGRAFIA CEREBRAL ( sólo para neonatos)  
Ecografia oftalmologica uni o bilateral  
Ecografia de testiculos  
Ecografia de abdomen  
Ecografia renal  
Ecografia de aorta abdominal dinamica y estatica (modo m)  
Ecografia pancreatica o suprarrenal



## 5. NORMAS PARA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS A SOCIOS GALENO

### a) Tipo de recetario

- Para profesionales médicos individuales se aceptarán recetas con o sin membrete impreso.
- Para prestadores institucionales serán aceptados los recetarios convencionales con membrete de la institución.

### b) Datos contenidos en la receta:

**La totalidad debe figurar en original, de puño y letra del profesional y con la misma tinta.**

#### 1. Fecha de Prescripción

#### 2. Sobre el Socio

- Nombres y apellidos completos
- Número de socio indicado en la credencial: es importante que se registre en forma clara y legible.
- Línea de planes de GALENO a la cual pertenece el asociado (Oro, Plata, Azul, Blanco).

#### 3. Sobre el Médico

- Firma y sello aclaratorio con matrícula legible; ambos son obligatorios aún figurando los datos impresos en el recetario.

#### 4. Sobre los Medicamentos

- Nombre genérico del medicamento (conforme lo indica la Ley 25649). Puede además, indicarse un nombre comercial.
- Forma farmacéutica: En caso de existir varias formas farmacéuticas deberá estar debidamente aclarado en la receta cual es la indicada.
- Presentación: en caso de existir varias presentaciones deberá aclararse la indicada en la receta; de lo contrario se expenderá la presentación más pequeña. Si el profesional prescribe una presentación inexistente, se expenderá el tamaño inmediato inferior.
- Cantidad de envases de cada medicamento en números y letras.
- Leyenda "Tratamiento Prolongado", en caso que corresponda.
- Enmiendas: Las correcciones y enmiendas deberán estar salvadas por el profesional médico, con su sello y firma.
- 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.
- 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.
- Psicofármacos: Deberá confeccionarse la receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún constando los datos impresos en el recetario.

### c) Prescripción de medicamentos incluidos en la Resolución 310/04, Patologías Especiales, Diabetes, Oncológicos y HIV

Deberá contactarse con la sucursal de GALENO más cercana a fin de solicitar el formulario correspondiente, el cuál deberá completar al momento de efectuar la prescripción.

### d) Medicamentos con el 100% cobertura por Plan Materno Infantil (PMI)

Si desea consultar nuestro listado de medicamentos PMI para la madre y/o para el bebé, puede solicitarlo telefónicamente o por correo electrónico al SAP Servicio de Atención a Prestadores-



## 6. NORMAS PARA LA PRESCRIPCIÓN DE PRÁCTICAS PARA SOCIOS GALENO

### a) Tipo de recetario

- Para profesionales médicos individuales se aceptarán recetas con o sin membrete impreso.
- Para prestadores institucionales serán aceptados los recetarios convencionales con membrete de la institución.

### b) Datos contenidos en la receta:

**Los pedidos de prácticas ambulatorias deberán ser realizados de puño y letra con la misma tinta ó informatizado con firma, diagnóstico, fecha y sello del profesional EN ORIGINAL.**

**No se aceptarán recetarios preimpresos contengan o no áreas para tildar.**

#### 1. Fecha de Prescripción

#### 2. Sobre el Socio

- Nombres y apellidos completos
- Número de socio indicado en la credencial: es importante que se registre en forma clara y legible.
- Línea de planes de **GALENO** a la cual pertenece el socio (Oro, Plata, Azul, Blanco).

#### 3. Sobre el Médico

- Firma y sello aclaratorio con matrícula legible; ambos son obligatorios aún figurando los datos impresos en el recetario.

#### 4. Sobre la prescripción

- Nombre de la/s práctica/s indicada/s.
- Enmiendas: Las correcciones y enmiendas deberán estar salvadas por el profesional médico, con su sello y firma.
- Diagnóstico presuntivo ó su codificación por especialidad.

## 7. REGISTRO DE PRESTACIONES REALIZADAS POR PRESTADORES DE CONTRATACIÓN DIRECTA

Las prestaciones realizadas a nuestros socios deberán registrarse mediante alguno de los canales de conectividad que GALENO utiliza para intercambiar información con sus prestadores. En caso de no tener asignado aún un canal de conectividad, deberá realizar la presentación como se indica a continuación:

- **Prestadores Profesionales:** mediante las planillas tradicionales provistas por GALENO a tal fin, disponibles en nuestras sucursales (excepto: Centro, Microcentro, Trinidad Palermo, T. San Isidro, T. Mitre, T. Quilmes).
- **Prestadores Institucionales:** adjuntando a la factura el resumen de consultas y/o prácticas y los comprobantes de la institución firmados por los socios u otro formato acordado previamente con GALENO.

El canal de conectividad será asignado por GALENO. Una vez habilitado, sólo se utilizarán planillas para aquellos casos en que el mismo no pueda utilizarse por motivos técnicos.

### a) Registro de Prestaciones por Conectividad

#### a1) Introducción

Hemos desarrollado un Proyecto de Conectividad para con nuestra red de prestadores cuya implementación asegura un importante avance en materia de consolidación del vínculo entre nosotros y nuestros prestadores, ofreciendo múltiples ventajas tales como:

- **Unificación del canal de conexión** (Integración de Sistemas, PC, Internet, POS o Validación Telefónica por IVR). Cada prestador se vinculará al grupo de empresas financiadoras involucradas, mediante un único dispositivo, y un único proveedor de conectividad. Esto también implica una única Mesa de Ayuda Técnica;
- **Minimización de los débitos**, al poder constatar en tiempo real si el socio se encuentra o no en condiciones de recibir los servicios de un determinado prestador;
- **Identificación al momento de la condición ante el IVA del socio**, lo que minimiza también eventuales ajustes impositivos por facturar socios gravados como exentos y viceversa;
- **Conocimiento al instante de las posibles aplicaciones de copagos** a la consulta y/o prácticas que el prestador realice, cuando corresponda conforme el plan del socio;
- **Reducción de las tareas administrativas y logísticas** de intercambio de información en planillas entre el prestador y la empresa.

Este conjunto de ventajas son iniciales, por cuanto el proyecto de Conectividad ha sido concebido para incorporar con el tiempo nuevas funcionalidades que se le irán proponiendo.

Al momento de la instalación, el proveedor le entregará un instructivo para operar el canal de conectividad que le haya sido asignado.

Las consultas deben ser ingresadas en el momento de la visita, y si el socio se retirara del consultorio antes de ser atendido, la transacción también deberá ser anulada en el momento.

#### a2) Presentación de Prestaciones del Mes

- i) Si Usted es usuario de un Lector POS, deberá presentar el ticket de totales emitido el último día hábil del mes.
- ii) Si su vínculo de conectividad con GALENO es vía PC ó Internet, deberá presentar la impresión de la pantalla de totales generada el último día de trabajo del mes.
- iii) Si para la validación de nuestros socios utiliza el sistema IVR, deberá presentar una planilla de registro de prestaciones o un recetario registrando sólo el número total de consultas y el total de prácticas que haya validado por este medio.

En todos los casos la presentación debe realizarse por período de acuerdo al mes calendario y en caso de haber realizado prácticas deberá adjuntar las órdenes correspondientes.

Si realizó 3 o más consultas a un mismo paciente -en igual o distinta especialidad- deberá adjuntar también el resumen de historia clínica que justifique las visitas.

Con el fin de brindarle más facilidades, les ofrecemos además la posibilidad de consultar la cantidad de transacciones realizadas en un período determinado desde nuestra página web. Si lo desea puede imprimirlo y hacernos llegar esa impresión con su liquidación mensual.

Para acceder a esta función ingrese a e-galeno.com.ar, seleccione el botón "Prestadores", regístrese con su usuario y clave y obtenga su ticket indicando las fechas de inicio y finalización del período deseado.



### a3) Preguntas y Respuestas

A continuación encontrará un argumentario con las dudas más frecuentes que surgen a los prestadores en relación a esta implementación, y las respuestas correspondientes.

#### 1) ¿Qué es conectividad?

Es el vínculo de conexión "en línea" entre usted y nosotros, que permite el intercambio de información y facturación en línea.

El objetivo es que ambas partes interactúen reduciendo tareas administrativas o manuales y minimizar los débitos brindando en forma inmediata la información que se requiera sobre la condición del socio.

#### 2) ¿Qué es IVR, POS, PC/Internet o Integración de sistemas?

*Se describen de menor a mayor. El costo telefónico y de accesos a Internet cuando corresponda, no está incluido en el costo de conectividad.*

**IVR:** Canal que le permite realizar transacciones a través del teléfono (Ejemplo: pago de servicios). No es necesario agregar nada al teléfono, solo su aparato configurado por "tonos".

**POS:** Canal que utiliza un dispositivo (similar al de las tarjetas de crédito) que incluye un lector de tarjeta, un teclado alfanumérico, una unidad de impresión, y una pantalla de visualización de mensajes.

**PC:** Canal que utiliza un programa (suministrado por el proveedor), que funciona en forma independiente de sus sistemas propios, y captura datos en forma similar al POS. Usted deberá contar con una PC con modem.

**INTERNET:** Canal que utiliza un acceso a Internet, para realizar las transacciones a través de una página WEB desarrollada por el Proveedor. Usted deberá contar con una PC con modem, y un acceso a Internet.

**INTEGRACIÓN DE APLICACIONES:** Es un desarrollo de programa realizado por el Proveedor que permite conectar su sistema al nuestro.

#### 3) ¿Qué diferencias hay entre cada tipo de dispositivo?

**IVR e INTERNET:** Es conveniente para prestadores con bajo volumen de transacciones.

**POS, PC e INTERNET:** Es el canal conveniente para prestadores con volumen medio.

**INTEGRACIÓN DE APLICACIONES:** Canal más conveniente para prestadores de gran volumen de transacciones (Instituciones, Centros, Laboratorios) que ya poseen un sistema de facturación. Ventaja: evita la doble carga de datos.

#### 4) ¿Qué constituye una transacción?

Cada comunicación con el sistema validador constituye una transacción.

#### 5) ¿Puedo elegir el tipo de dispositivo?

No. Se le asignará el canal más adecuado y conveniente de acuerdo al volumen de transacciones que usted realice con el conjunto de empresas de medicina prepaga para las que trabaje, o al tipo de prestador que sea usted (médico o institucional)

#### 6) ¿Puedo cambiar el tipo de dispositivo que se me asigne?

Inicialmente se le asignará aquel que resulte más conveniente de acuerdo su volumen de transacciones. Toda vez que éste se modifique (crezca o disminuya) se le propondrá otra alternativa.

#### 7) ¿Qué pasa si no quiero trabajar con conectividad? ¿Dejo de ser prestador?

No inmediatamente, pero nuestro objetivo es tener en un al 100% de nuestra red en alguno de los canales de conectividad.

#### 8) ¿Puedo empezar con el servicio más adelante?

No, usted deberá implementar esta modalidad conforme el plan de despliegue. El mismo será escalonado y se priorizará tomando en cuenta el tipo de prestador y el volumen de transacciones.



## 2. Modelo de Planilla de prácticas Quirúrgicas Sanatoriales

PLANILLA DE PRACTICAS QUIRURGICAS SANATORIALES			GALENO	
Dr.: .....				
Especialidad: .....				
N° de Matrícula: .....				
N° de CUIT: .....				
N° de Prestador: .....				
Prestaciones realizadas a asociados de: <input type="checkbox"/> GALENO ORO / PLATA <input type="checkbox"/> GALENO AZUL / BLANCO		Jurisdicción en que se realizó la prestación: <input type="checkbox"/> CAPITAL FEDERAL <input type="checkbox"/> INTERIOR <input type="checkbox"/> PROVINCIA DE BS. AS.		
(Indicar con una cruz lo que corresponda)				
Fecha: .....	Código de Autorización: .....	Código de la cirugía: .....	Apellido y Nombre del Anestesiista: .....	
Apellido y Nombre del Asociado: .....		Descripción de la cirugía: .....	Matrícula del Anestesiista: .....	
N° de Asociado: .....			Anestesiista: Local <input type="checkbox"/> /anestesiista <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> /anestesiista <input type="checkbox"/> Bloqueo <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/>	
Código Dx: .....			Cantidad de Ayudantes: .....	
Cirugía: Amb <input type="checkbox"/> Int. <input type="checkbox"/> Urg. <input type="checkbox"/> Hora: .....		Institución: .....		
Fecha: .....	Código de Autorización: .....	Código de la cirugía: .....	Apellido y Nombre del Anestesiista: .....	
Apellido y Nombre del Asociado: .....		Descripción de la cirugía: .....	Matrícula del Anestesiista: .....	
N° de Asociado: .....			Anestesiista: Local <input type="checkbox"/> /anestesiista <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> /anestesiista <input type="checkbox"/> Bloqueo <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/>	
Código Dx: .....			Cantidad de Ayudantes: .....	
Cirugía: Amb <input type="checkbox"/> Int. <input type="checkbox"/> Urg. <input type="checkbox"/> Hora: .....		Institución: .....		
Fecha: .....	Código de Autorización: .....	Código de la cirugía: .....	Apellido y Nombre del Anestesiista: .....	
Apellido y Nombre del Asociado: .....		Descripción de la cirugía: .....	Matrícula del Anestesiista: .....	
N° de Asociado: .....			Anestesiista: Local <input type="checkbox"/> /anestesiista <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> /anestesiista <input type="checkbox"/> Bloqueo <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/>	
Código Dx: .....			Cantidad de Ayudantes: .....	
Cirugía: Amb <input type="checkbox"/> Int. <input type="checkbox"/> Urg. <input type="checkbox"/> Hora: .....		Institución: .....		
Fecha: .....	Código de Autorización: .....	Código de la cirugía: .....	Apellido y Nombre del Anestesiista: .....	
Apellido y Nombre del Asociado: .....		Descripción de la cirugía: .....	Matrícula del Anestesiista: .....	
N° de Asociado: .....			Anestesiista: Local <input type="checkbox"/> /anestesiista <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> /anestesiista <input type="checkbox"/> Bloqueo <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/>	
Código Dx: .....			Cantidad de Ayudantes: .....	
Cirugía: Amb <input type="checkbox"/> Int. <input type="checkbox"/> Urg. <input type="checkbox"/> Hora: .....		Institución: .....		
Firma y Sello del Profesional			Hoja ..... de .....	

Ambas planillas deberán completarse con letra legible, en cada campo y con todos los datos de acuerdo a la siguiente descripción:

### 3. Datos comunes en ambas planillas

**Dr.:** Nombre y Apellido del prestador médico.

**Especialidad:** Especialidad a la que pertenecen las prestaciones registradas.

**N° de Matrícula:** Número de matrícula del profesional. Indicar si es provincial o nacional.

**N° de CUIT:** Número de CUIT del prestador.

**N° de Prestador:** Registrar el número de prestador identificatorio.

**Prestaciones realizadas a socios de:** Indicar con una cruz la línea de planes a la que pertenecen los socios que registrará en esa planilla (Oro, Plata, Azul ó Blanco).

**Jurisdicción en que se realizó la prestación:** Indicar con una cruz, según corresponda.

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

### 4. Datos propios de la planilla de consultas y prácticas ambulatorias

**Mes de Prestación:** Mes de realización de las prestaciones.

**Día:** Día en que se realizó la prestación, dentro del mes indicado.

**N° de Socio:** Registrar el número de socio indicado en la credencial.

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

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

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

**Diagnóstico:** Indicar el código de diagnóstico (Cod Dx) y la descripción del mismo (Detalle).

**Código de Autorización:** En caso de realizar una práctica que requiera autorización, deberá registrar aquí el código de autorización correspondiente.

**Matrícula del Profesional Solicitante:** Si usted realizara una práctica indicada por otro profesional, deberá indicar la matrícula profesional del mismo, de acuerdo a la orden médica presentada por el paciente.

**Copago (en \$):** Deberá registrar el importe abonado por el paciente al momento de realizar la prestación.

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

## 5. Datos propios de la planilla de prácticas quirúrgicas sanatoriales

**Fecha:** Día en que se realizó la prestación

**Código de Autorización:** Si toma contacto con la orden de internación, deberá registrar el código de autorización otorgado por GALENO.

**Apellido y Nombre del Socio:** Datos de acuerdo a la credencial.

**N° de Socio:** Registrar el número de socio de acuerdo a la credencial.

**Código Dx:** Registrar el código de diagnóstico y la descripción del mismo.

**Cirugía Ambulatoria/ Internación/Urgencia:** Señalar según corresponda e indicar la hora.

**Código de la Cirugía:** Registrar el código de acuerdo al Nomenclador Nacional.

**Descripción de la Cirugía:** Indicar la intervención realizada.

**Institución:** Clínica o Sanatorio donde se realizó la intervención.

**Apellido y Nombre del Anestesista / Matrícula del Anestesista:** Registrar los datos del anestesista que participó en el procedimiento.

**Anestesia Local s/anestesista, Local c/anestesista, Bloqueo, General:** Señalar lo que corresponda.

**Cantidad de ayudantes:** Indicar la cantidad de ayudantes participantes en la intervención quirúrgica.



## 8. PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACION DE FACTURACIONES Y LIQUIDACIONES PRESTACIONES AMBULATORIAS E INTERNACIONES

### a) Información para Prestadores de AMBA

#### Fecha de Presentación de Facturas, Planillas y/o Documentación Respaldataoria

- Prestadores Médicos: Los dos primeros días hábiles de cada mes.
- Prestadores Institucionales, Médicos de Oftalmología, Médicos de Internación Domiciliaria y Rehabilitación: Entre los días 1 y 8 de cada mes (o previo día hábil si este fuera no laborable)
- Prestadores de Odontología: Los primeros 4 días hábiles de cada mes.

#### Lugar de entrega de la documentación

Las facturas y planillas de los prestadores Institucionales serán recibidas únicamente en Mesa de Entrada, sita en Elvira Rawson de Dellepiane 150 Planta Baja, Puerto Madero, Ciudad de Buenos Aires. Los Prestadores Médicos podrán también entregar la documentación en nuestras sucursales (excepto en las sucursales: Centro, Microcentro, San Isidro, Trinidad Palermo, Trinidad San Isidro, Trinidad Mitre y Trinidad Quilmes).

### b) Información para Prestadores de Contratación Directa en el Interior del País

#### Fecha de presentación de facturas, planillas y/o documentación respaldatoria

Todos los Prestadores: Entre los días 1 y 8 de cada mes (o previo día hábil si este fuera no laborable).

#### Lugar de entrega de la documentación

Las facturas y planillas serán recibidas en la Sucursal GALENO que corresponda de acuerdo a la ciudad o región de prestación de servicios.

### c) Información para Prestadores de GALENO en todo el país

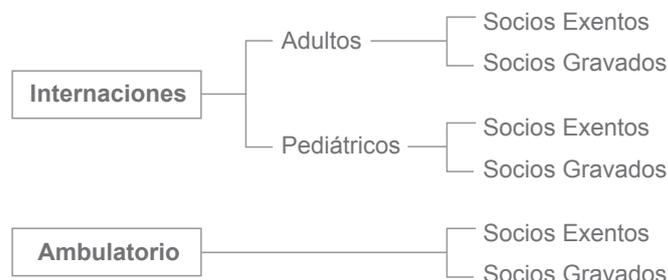
- La presentación de prestaciones debe realizarse de acuerdo al mes calendario: Cada presentación debe agrupar las prestaciones de un mismo período (del 1 al 30, del 1 al 31 o del 1 al 28/29 según corresponda).
- Presentaciones fuera de término: Se las considerarán como ingresadas el 1er. día del mes inmediato posterior, con el consecuente traslado de las fechas de pago.
- Prestaciones fuera de término: No aceptaremos documentación de prestaciones, cuyas fechas de realización excedan los 120 días de presentación. Aquellas que excedan el plazo indicado no serán reconocidas para su pago.

#### Información para la confección de la factura:

- Razón Social: Galeno Argentina S.A.
- Domicilio: Av. Elvira Rawson de Dellepiane 150, Piso 11, Ciudad de Buenos Aires.
- CUIT: 30-52242816-3
- Letra del comprobante: deberá ser del tipo "A", "A Con CBU Informada" o "M" si está Usted inscripto en el IVA; o "C" si es exento o se encuentra inscripto en el Monotributo.

#### Facturas a Confeccionar

Deberán presentarse facturas separadas según lo indicado en el siguiente cuadro:



El monto facturado debe ser el monto contratado, Galeno Argentina realizará el descuento de los copagos, estos se verán reflejados en el detalle de débito.

Nota: Si Usted presta servicios a socios de GALENO a través de alguna entidad, le rogamos operar de acuerdo a las normas indicadas por ésta, como lo hace habitualmente.

#### Detalle individual en prestaciones Ambulatorias, por socio con los siguientes datos:

Apellido y Nombre (\*)  
Nº de socio (10 primeros dígitos) (\*)  
Fecha de realización de la práctica (\*)  
Código (Nomenclador Galeno Argentina)  
Cantidad x código  
Monto  
Tipo de matrícula del médico prescriptor  
Número de matrícula del médico prescriptor

#### Ejemplo:

Apellido y Nombre	Nº de socio (10 primeros dígitos)	Fecha de realización de la práctica	Código (Nomenclador Galeno Arg.)	Cantidad x código	Valor contratado sin IVA	Tipo de Matrícula	Número de matrícula del médico prescriptor
Gómez, Raquel	1234567890	02/06/2014	1850112	1	\$75	Nac.	123.456

(\*) Esta información deberá indicarse en cada cambio de código de prestación que existiese para un mismo socio y además debe ser valorizada por prestación realizada, no en forma global.

#### Respaldo en soporte magnético Formato Excel

Con el fin de establecer un formato unificado para la recepción de liquidaciones de prestadores, que facilite el proceso de liquidación de prestaciones, es requerimiento de GALENO que vuestra liquidación sea enviada al momento de la presentación de la facturación (cd) o al siguiente correo electrónico: [procesos.galeno@galenoargentina.com.ar](mailto:procesos.galeno@galenoargentina.com.ar). En el asunto del mail debe figurar la Razón social, el código de prestador y período de facturación.

ES FUNDAMENTAL QUE LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA ESTÉ ORDENADA CON CADA FACTURA, COINCIDA CON EL LISTADO Y CON EL SOPORTE MAGNETICO.

#### Documentación respaldatoria

##### Ambulatorios

Prescripción médica original con diagnóstico, conformidad del socio y firma y sello del profesional actuante.  
Informe o protocolo de resultados de practicas de media, alta complejidad y no nomencladas, y de lo autorizado por presupuesto, consignado "sujeto a auditoria" o similar.  
En el caso de requerir autorización la práctica realizada, deberá figurar en la orden médica el código alfanumérico de autorización que deberá ser registrado en el margen superior izquierdo.

##### Internados

Fotocopia de la orden de internación (y sus prórrogas si las hubiere)  
Copia de la historia clínica completa  
Copia del parte quirúrgico  
Detalle de los medicamentos suministrados  
Detalle del Material Descartable utilizado  
Protocolo o informes de resultados de prácticas de media, alta complejidad y no nomencladas, y de lo autorizado por presupuesto o consignado "sujeto a auditoría médica" o similar.  
Todas las evoluciones fotocopiadas deben tener constancia con firma y sello de los profesionales y auxiliares que realizan las atenciones y prácticas.



### **Cirugías Múltiples**

Cuando en un mismo acto quirúrgico se realicen dos cirugías correspondientes a distintos módulos, deberán solicitar autorización previamente.

### **Prestaciones no moduladas**

Para aquellos casos de internaciones no moduladas mayores a los 30 días se aceptará que la institución realice presentaciones parciales.

### **Cirugías o Prácticas no convenidas**

Se deberá solicitar autorización del presupuesto a GALENO. Ver Auditoría Médica (capítulo 11).

## **Débitos**

### **Fundamentación**

Toda observación a la facturación será debidamente fundamentada por GALENO. En caso de presentarse situaciones en que el motivo indicado sea “Según Criterio de Auditoría Médica” y el mismo no sea claro para la institución, esta podrá comunicarse con Auditoría Médica de GALENO a fin de solicitar las aclaraciones correspondientes, dentro de los 30 días de recibido el Detalle de Débitos.

Cuando el motivo sea “Falta de Documentación Respaldata” se indicará claramente a que práctica se refiere a fin de que la institución pueda al momento de realizar la refacturación adjuntar la misma.

Cuando el débito se deba a “Documentación Incompleta, Datos Erróneos o Incompletos, Falta de Autorización o Afiliados no correspondientes a GALENO”, se devolverá a la institución toda la documentación respaldatoria recibida.

### **Aceptación**

Deberá presentar una Nota de Crédito confeccionada de acuerdo a la Nota de Débito Original -respetando los conceptos de Gravado o Exento- una por cada débito realizado y haciendo referencia a la factura correspondiente.

## **Refacturaciones**

La Institución tendrá un plazo de 60 días corridos desde que recibió la Nota de Débito a fin de realizar las observaciones pertinentes. Si la institución no estuviera de acuerdo con los motivos del débito, deberá enviar la refacturación separada de la facturación del mes que se está presentando.

Transcurridos los 60 (sesenta) días de notificados los débitos por parte de GALENO sin que la institución se pronuncie en contrario, los débitos se tendrán por aceptados.

Las refacturaciones deberán realizarse presentando una nota de débito o factura, indicando la nota de débito que le dio origen, copia del detalle del débito realizado y la justificación de la nueva presentación.

Las refacturaciones se liquidarán generando un nuevo detalle de liquidación y de ser necesario una nueva Nota de Débito. Una vez transcurridos 30 (treinta) días de notificados los débitos sin que la institución se pronuncie en contrario, los nuevos débitos se tendrán por aceptados. El incumplimiento de los plazos indicados para la presentación de las refacturaciones por parte de la institución, generará la invalidez de cualquier presentación posterior.

## 9. CONFECCIÓN DEL RECIBO

El Recibo Profesional deberá contar con la siguiente información:

- Razón Social: Galeno Argentina S.A.
- Domicilio: Av. Elvira Rawson de Dellepiane 150, Piso 11, Ciudad de Buenos Aires.
- CUIT: 30-52242816-3
- Fecha del Recibo: deberá consignarse el día, mes y año correspondiente al del pago y ser emitido dentro del correspondiente mes.
- Letra del comprobante: deberá ser del tipo "A", "A Con CBU Informada" o "M" si está Usted inscripto en el IVA; o "C" si es exento o se encuentra inscripto en el Monotributo.
- Importe Neto (en letras): debe ser exactamente igual al importe del cheque o depósito y detallarse en el espacio destinado para ello en el recibo.
- Importe Bruto (en números): debe ser igual a la suma del importe neto más todas las retenciones, y detallarse en el espacio destinado para ello en el recibo.
- Importe de las Retenciones realizadas (en números): detallando el concepto de retención.
- Concepto del pago y mes de prestación.
- Si el prestador es IVA Inscripto\* (Recibo letra "A", "A Con CBU Informada" o "M"), 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", "A Con CBU Informada" o "M"), el comprobante deberá tener el número de 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 está indicada en la credencial como "GRAVADO" ó "EXENTO"

## 10. MODALIDAD DE PAGO Y ENVIO DE RECIBOS

### a) Para prestadores de AMBA

Modalidad de Pago: En la fecha de pago GALENO realizará un depósito en Caja de Ahorro de ICBC para las Personas Físicas y emitirá un cheque por el importe correspondiente para las Personas Jurídicas.  
Entrega de Recibos: Mesa de Entrada en ubicada en Av. Elvira Rawson de Dellepiane 150, Planta Baja, Ciudad de Buenos Aires.

### b) Para prestadores de Contratación Directa en el Interior del País

Modalidad de pago: En la fecha de pago GALENO realizará un depósito en Caja de Ahorro de ICBC o emitirá un cheque "No a la Orden" por el importe correspondiente, dependiendo de la modalidad de pago implementada por GALENO en ciudad de prestación de los servicios.  
Entrega de Recibos: En la sucursal GALENO que corresponda de acuerdo a la ciudad en la cual Usted preste sus servicios.

### c) Información para Prestadores de GALENO en todo el país

Si el recibo no es recepcionado en nuestras oficinas en las condiciones indicadas, los pagos del período posterior se bloquearán automáticamente.  
Si el pago se efectúa con cheque, la liquidación y el comprobante de retención se entregarán con el mismo, contra la recepción del recibo correspondiente. Si el pago se efectúa por depósito en cuenta, la liquidación y el comprobante de retención podrán ser impresos por el prestador desde el sitio web de GALENO.

Nota: Si Usted presta servicios a socios de GALENO a través de alguna entidad, le rogamos Operar de acuerdo a las normas indicadas por ésta, como lo hace habitualmente.



## 11. AUDITORÍA MÉDICA

### Consideraciones Generales

- Usted sólo se encuentra autorizado a realizar las prácticas que, por contrato tiene pactadas con GALENO, para las cartillas que corresponda. Si Usted realizara prácticas que -aún no requiriendo autorización- no estuviesen pactadas, las mismas le serán debitadas de su facturación. Ante cualquier duda, le sugerimos contactarnos previamente a efectos de evitar esta situación.
- La presentación de las prácticas que requieren autorización previa (internaciones, estudios de alta complejidad, prácticas nombradas y no nombradas, etc.), deberá realizarse adjuntando la correspondiente orden autorizada (Formulario de GALENO) o con el código otorgado junto al pedido original del profesional que solicita la misma. No se reconocerán en su facturación aquellas prácticas que no cumplan con este requisito.
- Salvo en los casos en los cuales corresponda el cobro de un copago, o que ciertos procedimientos no se encuentren incluidos en el plan de beneficios del socio, Usted no podrá percibir importe alguno por parte del mismo.
- Las prácticas de consultorio que se generen en la consulta deberán ser autorizadas por GALENO -previamente a la realización de las mismas- salvo que se refiera a prácticas que no requieran autorización.
- La indicación emitida por un profesional a un socio para la realización de una práctica tiene una validez de 60 días corridos, contados a partir de la fecha de emisión de la orden, excepto las correspondientes a **lentes, plantillas y medicamentos, cuya validez es de 30 días**.
- Las prestaciones de alta complejidad, además del diagnóstico y cuando corresponda, autorización por parte de auditoría médica, deberán ser solicitadas por el Médico Especialista que tenga relación con la patología que motiva el diagnóstico.
- Toda facturación, tanto de pacientes internados como ambulatorios, deberá incluir sin excepción el diagnóstico que motivó las prestaciones que se facturan.
- Con respecto al tipo de cirugías que se realizan, se detalla a continuación la Resolución 1712/2005 del Ministerio de Salud y Ambiente.

### Cirugía Menor Ambulatoria

Se denomina así, a los procedimientos quirúrgicos menores que se realizan con anestesia local y que, sin ningún período de recuperación permiten al paciente retirarse del consultorio o centro en forma inmediata. En estos casos NO se reconocerá Monitoreo Intraoperatorio de Rutina ni Oximetría de Pulso.

A continuación detallamos algunos ejemplos:

Cirugía General: Cirugía quiste pilonidal, Cirugías del Tejido Celular Subcutáneo

Cirugía Maxilofacial ORL y de Cabeza y Cuello: Cirugía dentaria

Cirugía de Obstetricia y Ginecología: Criocoagulación, Biopsia de cuello

Cirugía Oftalmológica: Cataratas, Estrabismo

Cirugía Ortopédica y Traumatológica: Artroscopía diagnóstica, Biopsia ósea/muscular

Cirugías Urológicas: Cambio de Nefrostomía, Punción evacuadora vesical, Cistostomía por punción, Mealotomía uretral, Biopsia de próstata por punción

Testículo Deferente y Epidídimo: Biopsia de testículo, Drenaje de absceso testicular

Pene: Biopsia de pene, Cauterización de lesión HPV

Cirugía plástica estética y reparadora: Colgajos por deslizamiento y rotación (menores)

### Cirugía Mayor Ambulatoria (Res MSA 1712-05 Art 2°)

Se entiende a la misma como a la modalidad de prestación del servicio quirúrgico realizada con anestesia local,

Regional o general, que requiere que el paciente reciba cuidados post-operatorios poco intensivos y cuya duración no podrá ser superior a SEIS (6) horas, por lo que no necesitan internación y que cumplido el período de recuperación son derivados a su domicilio. Para reconocer el Monitoreo Intraoperatorio u Oximetría, el mismo deberá estar justificado e informado por el profesional actuante. Estos procedimientos son realizados dentro del horario establecido en la Resolución N° 911/04 del Ministerio de Salud y Ambiente.

Son ejemplos los que a continuación se detallan

Cirugía General: Cirugía de hernias (inguinales, clurales, umbilicales), Orquidopexia

Cirugía Plástica Estética y Reparadora: Lifting completo, Mini dermolipectomía

Cirugía Oftalmológica: Cirugía de Cámara Posterior

Cirugía de Obstetricia y Ginecología: Celioscopia, culdoscopia

Cirugía Ortopédica y Traumatológica: Cirugía del Hallux valgus, Artroscopia terapéutica

## Otras Consideraciones

### Prestaciones en el Aparato Cardiovascular

Cardiología intervencionista: Si se realiza un estudio Hemodinámico Diagnóstico y el mismo es seguido de Angioplastia (en el mismo acto), se facturará un 70% del Módulo de Hemodinamia Diagnóstica y el 100% de la Angioplastia.

Si se realizan reintervenciones de angioplastias dentro de las 24 Hs. , los honorarios están comprendidos dentro del valor del módulo y se adicionará el gasto que corresponda por medicamentos y materiales descartables por esta nueva intervención. Si la reintervención se realiza después de las 48 Hs., se facturará el 100% del valor del módulo original.

Si se realizan reoperaciones en Cardiocirugía, dentro de las 48 Hs, se facturará solamente el gasto que corresponda por medicamentos y materiales descartables.

Después de las 48 Hs. se facturará el 50% del módulo original.

La colocación del un catéter doble lumen (tipo Arrow o similar) por punción se homologará al código 07.06.08, salvo que esté específicamente pactado

Cuando sea por canalización (diálisis o plasmaféresis) se homologará al código 07.06.10, salvo que esté específicamente pactado

El implante de un catéter Portacath o similar se homologará al código 07.05.02, salvo que esté específicamente pactado

El doppler de vasos de cuello o venoso de miembros, se reconoce la bilateralidad como una misma prestación.

En caso de fallecimiento del paciente en cirugía cardiovascular, se facturará:

Si fallece en la sala de operaciones antes de ser operado el módulo no se abonará

Si fallece en la sala de operaciones después de ser intervenido, se abonará el 60% del módulo.

Si fallece dentro de las 48 Hs de efectuada la cirugía, se abonará el 80% del módulo.

Los desenlaces intermedios se evaluarán en cada caso

### Operaciones Obstétricas

Se considera la "Evacuación uterina en el segundo trimestre del embarazo" cuando el feto tiene una edad mayor de 22 semanas o pesa más de 500 grs.

### Operaciones Traumatológicas

El agrupamiento utilizado para las intervenciones quirúrgicas artroplásticas, considera solo dos superficies articulares independientemente del número de huesos que conforma cada una de ellas. Por tal motivo en el reemplazo total de rodilla (tres superficies articulares) o cualquier otro de similares características, solo puede agregarse el 50% como máximo de todos los honorarios quirúrgicos establecidos en el código que corresponde aplicar.



## Terapia Intensiva

No se reconoce la oximetría, cuya prestación se considera incluida en los gastos.  
No se puede facturar el código 34.09.05 cuando se realice a pacientes internados en la unidad, dado que se exige disponer en la misma de un equipo radiológico portátil para reconocerla como tal.

## Material Descartable

La utilización de prótesis (cuando no la provea GALENO) o material descartable de alto costo (Swan-Ganz, Stent, Sutura Mecánica, etc) se deberán facturar con sus respectivos "stickers" originales.

## Endoscopías

Las prestaciones por endoscopia incluyen la vía de abordaje por lo que no se reconoce sumatoria de aranceles.

## Laboratorio

Solo se aceptará el Antibiograma y el Recuento de Colonias, cuando el cultivo sea positivo (se debe adjuntar el protocolo)  
Los estudios de laboratorio que requieren autorización previa para su realización deben ser facturados con copia del resultado del mismo.  
Para el caso en que las prácticas que no requieren autorización previa, excedan un número de 20 prácticas por orden médica, deberá acompañarse una copia de los resultados para su liquidación.

## Prácticas Ambulatorias

Se detallan a continuación las prácticas que cuando son facturadas no requieren de la presentación de informes:

Capítulo 14 del Nomenclador Nacional

Capítulo 17 del Nomenclador Nacional: No requiere presentación de informes el 17.01.01 y 17.01.02

Capítulo 18 del Nomenclador Nacional, salvo cuando se soliciten dos o más ecografías simultáneamente.

Capítulo 19 del Nomenclador Nacional

Capítulo 22 del Nomenclador Nacional, salvo el código 22.02.02 y 22.02.03

Capítulo 23 del Nomenclador Nacional, salvo los estudios que requieren autorización previa.

Capítulo 24 del Nomenclador Nacional, salvo los códigos 24.01.01 al 24.01.13

Capítulo 29 del Nomenclador Nacional, salvo los códigos 29.01.04/05/06

Capítulo 34 del Nomenclador Nacional, No requieren informes los códigos 34.01 al 34.04 inclusive, salvo aquellos que requieran el uso de material de contraste (con detalle del material utilizado y peso del paciente).

## Información para Instituciones Sanatorias

- El día de ingreso del afiliado se considerará completo, cualquiera sea la hora en que el mismo se interne.
- Sólo se abonará el día de alta en los casos en que la misma se produzca luego de las 11:00 hs por el traslado del paciente a otra institución ó por óbito, siempre que el traslado no se genere por falta de complejidad de la institución.
- Cuando la atención se realice de urgencia y por razones de horario no se pueda autorizar las prácticas, las mismas se solicitarán el siguiente día hábil no debiendo Usted solicitar al afiliado abonar suma alguna por la prestación de la urgencia aludida, ni depósito alguno en garantía.
- Las internaciones para observación, por menos de 24 hs., se computarán como ½ día, salvo las pactadas por módulos o que estén específicamente aclaradas en el contrato.
- Todas las internaciones deberán facturarse adjuntando fotocopia de la historia clínica completa (Hojas de ingreso y evolución, Partes quirúrgicos/anestesia, Hojas de prescripciones, Hojas de interconsultas, Hojas de enfermería, Informes de estudios complementarios realizados y Epicrisis).
- Honorarios profesionales: El prestador tendrá a su cargo la liquidación de honorarios de todos los profesionales participantes, salvo los que por acuerdo de partes puedan facturar directamente a GALENO.
- Cuando se realicen prácticas que conllevan el uso de medicamentos y material descartable, se debe enviar informe con el detalle de los mismos y agregar el peso del paciente.
- ESTA NORMA ES VALIDA TAMBIEN PARA LOS CENTROS AMBULATORIOS QUE GENERAN DICHAS PRACTICAS

- Si se efectuaran más de una consulta por día o más de tres por mes a un mismo afiliado, deberán justificarse con envío de fotocopia de historia clínica, para la consideración de auditoría médica.
- ESTA NORMA ES VALIDA TAMBIEN PARA LOS CENTROS AMBULATORIOS QUE GENERAN CONSULTAS
- Cuando se efectúa atención por guardia y en la misma se solicitan estudios o se indica medicación, se debe enviar aparte del diagnóstico un breve resumen justificando lo solicitado.
- No se aceptarán órdenes de prácticas que no estén indicadas por profesionales médicos.
- Las prórrogas de internación deberán ser autorizadas por GALENO.
- Las internaciones de urgencia estarán sujetas a aprobación de Auditoría Médica de GALENO. A efectos de evitar inconvenientes, le solicitamos que informe a GALENO toda internación que haya derivado de una urgencia, en el momento de producirse la misma. Si surgiera fuera de nuestro horario de atención, deberá comunicarlo a primera hora del siguiente día hábil.
- Cuando por razones de “Excepción” se realiza una práctica no convenida contractualmente y la misma se autoriza por presupuesto, se factura la misma adjuntando dicho presupuesto aprobado por GALENO.

### **Información para Prestadores Profesionales**

Cuando se presenta protocolo quirúrgico para liquidar la prestación realizada, el mismo como mínimo debe contener:

- Fecha
- Identificación del paciente (apellido, nombre y nro. de socio)
- Equipo quirúrgico
- Autor material del protocolo
- Firma y aclaración
- Número de historia clínica
- Horario de comienzo y finalización (tiempo operatorio)
- Legibilidad
- Descripción detallada del acto quirúrgico

Módulos múltiples en el mismo acto quirúrgico: Cuando se facturan dos o más módulos en el mismo acto quirúrgico, en los mismos se aplican las normas del Nomenclador Nacional, salvo que por pauta contractual con el prestador no se aplique dicho criterio.



## 12. CONTACTOS

### LINEAS DE ACCESO EXCLUSIVAS PARA PRESTADORES DE GALENO

#### AMBA

##### SAP - SERVICIO DE ATENCION AL PRESTADOR

4814-7377 - Desde interior 0810-999-7737

doc.mail@galenoargentina.com.ar

De Lunes a Viernes de 8.30 a 19 hs.

##### LIQUIDACIONES

4340-2951 / 82

De Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.

##### PAGOS

4348-6045 / 6111

De Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.

##### AUDITORÍA MÉDICA DE FACTURACIÓN

4321-4071

De Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.

##### CENTRAL DE AUTORIZACIONES

Galeno Oro: 4321-4115

Galeno Plata: 4321-4215

Galeno Azul y Blanco: 5382-5010

De Lunes a Viernes de 8 a 19 hs.

##### INTERNACIONES

4321-4343 / 4344 / 4034 / 4264

De Lunes a Viernes de 8 a 18 hs

#### INTERIOR DEL PAÍS

0810-999-SUCURSAL (7828)

[www.e-galeno.com.ar](http://www.e-galeno.com.ar)

## e-Galeno

A través de [www.e-galeno.com.ar](http://www.e-galeno.com.ar), Galeno comunica y mantiene actualizadas Normas Operativas, brinda detalle de Totales de Conectividad, e informa sobre Liquidaciones y Pagos.

Si ud. aún no tiene su clave, deberá gestionarla contactándose con el SAP.

**Institucional**   **Servicios**   **Fundación GALENO**   **Plan 220 330 440 550**   **Prestadores**

### Prestadores

- Padrones
- Redes Capitadas
- Manual operativo
- Totales de Conectividad
- Comunicaciones
- Liquidación y Pagos**
- Contactos
- Auditoría Médica
- Formularios útiles

Debe loguearse para poder ingresar a esta seccion.

Identificación

Clave

Al ingresar su clave utilizar únicamente MAYUSCULAS.  
Si su código contiene el caracter '0' utilice únicamente el número cero.

[www.e-galeno.com.ar](http://www.e-galeno.com.ar)

Portal de acceso durante las 24 horas a información actualizada, que agiliza y facilita las gestiones administrativas.





[www.e-galeno.com.ar](http://www.e-galeno.com.ar)