

## **CAJA DE ABOGADOS**

### **ANEXO II**

**01-2019**

#### **Normas generales**

**1) – CONSULTAS: Ordenes de consultas en consultorio:** El afiliado deberá entregar una orden de consulta que entrega la Caja o impresas desde la pagina de la Caja en internet y presentar el carnet de afiliación, que provee el Servicio Solidario de Salud de LA CAJA. Las órdenes de consulta tienen vencimiento. El profesional deberá hacer constar en la orden de consulta con letra clara todos los datos solicitados en la misma:

**a) Nombre y apellido del beneficiario**

**b) Número de afiliado, código de parentesco (Ej. 3 a 5 cifras / 1 dígito verificador-.código de parentesco-00 titular 01 cónyuge etc.) Es el ingreso del toda prestación, no puede faltar, ni estar incorrecto o lo debita el sistema – y debe pedir el carnet, ya que solo el prestador puede indicarnos a quien atiente (normas del NN).**

**c) Fecha y hora de atención, diagnóstico legible, edad.**

**d) Firma del afiliado aclarada (no puede faltar)**

**e) Firma y sello del profesional (Nombre y Apellido, especialidad, Matrícula Provincial y Matrícula de especialistas si correspondiere).**

LA CAJA cubre hasta cuatro consultas por afiliado y por mes debidamente justificadas y en caso de superar las cuatro consultas deberá facturarse con informe médico, sujeta a auditoría posterior.-

Presentada la facturación se realizará la auditoría de la misma, pudiendo LA CAJA solicitar informe médico en los casos que los considere necesario.

**Cobertura de consulta en consultorio: LA CAJA cubre el 100%.**

**2) Medicamentos Ambulatorios:** El profesional deberá realizar el pedido en la orden que provee LA CAJA o el afiliado baja de la página de La Caja y conforme al Vademécum que debe solicitar al Afiliado.

**3).- Ordenes de prácticas complementarias ambulatorias:** El Profesional deberá requerir el carnet que provee LA CAJA y realizará la solicitud en un recetario Rp/ con membrete, donde debe constar con letra clara:

a) **Nombre y Apellido del afiliado, N° de afiliado y código de parentesco.**

b) **Fecha de la solicitud, diagnóstico presuntivo legible, firma y sello del profesional que solicita la prestación (matricula provincial y matricula de especialista si correspondiera)**

c) **Firma aclarada de conformidad del afiliado con su aclaración -no puede faltar**

d) **Fecha y hora de atención.**

e) **Firma y sello del profesional que realiza la práctica, matricula: provincial y de especialista, si correspondiere.**

f) **Informe de la prestación realizada. Prácticas computadas o video: deben acompañar el informe – registro.**

g) **Estudios que requieren autorización: debe constar además en el Rp/ el número de la autorización y fecha que se otorgó (vía telefónica o por fax – correo electrónico).**

e) **Al mencionado Rp/ deberá adjuntarse con el informe del estudio correspondiente para su facturación (se realizara el débito por falta del n° de autorización)**

h) **Las prácticas especializadas deben ser realizadas por profesionales con la especialidad que corresponda, según NN**

i) **Los honorarios de los anestesiistas deberán facturarse por intermedio de A.D.A.A.R.C. en los casos que el especialista se encuentre asociado a dicha entidad y a los valores convenidos con la misma cobertura el 100%.- .En TODOS los casos la Institución deberá proveer al profesional anestesiista actuante :1) la copia del R/P firmado por el afiliado, con la firma aclarada, donde conste la autorización( ambulatoria o de internación ) y 2)copia de la foja de anestesia.**

j) **Prácticas por Sesión:** requieren cada sesión la fecha y firma del afiliado aclarada. En caso de enmiendas deberán ser salvadas con la firma aclarada del afiliado y de EL PRESTADOR.

k) **Mamografía de Alta Resolución o Digital etc.-** debe estar solicitada por el profesional que la prescribe y acompañada por informe-registro con firma y sello del prestador se cubre una por año

l) **Examen Pre quirúrgico:** debe acompañar Informe del especialista y debe facturarse en forma ambulatoria, salvo casos excepcionales de urgencia o emergencia que podría facturarlos en la internación.

m) Las enmiendas deben ser salvadas por el profesional interviniente con firma y sello.

n) **Anatomía patológica** debe facturarse por el profesional a la Asociación de Anatómos patólogos con copia de la autorización firmada por el afiliado de la práctica quirúrgica del 01-al 13 inclusive y módulos quirúrgicos, con más el informe correspondiente de la práctica facturada. Cobertura: ambulatoria 80% a cargo de la Caja, el afiliado le paga al profesional el 20%, y en Internación el 90% cubre la Caja y el 10% cobra el profesional al Afiliado, salvo los casos que la Caja autorice el 100% a cargo de la Caja.-

**Cobertura de las prácticas ambulatorias:**

a) **Prácticas por acto médico:** LA CAJA cubrirá el 80% del valor total convenido de la práctica y el 20 % restante deberá pagar el afiliado al prestador, salvo autorización en contrario (por eje OCT, Eximer laser se cubre el 50%, o prestaciones que se cubren al 100%) por lo que se sugiere tener en cuenta lo convenido y las autorizaciones

b) **Los medicamentos, materiales descartables y material de contraste en prácticas ambulatorias** que se requieran, deberá pagar el afiliado al prestador por estar a cargo exclusivo del mismo (100%).salvo el material de contraste endovenoso en las Tomografías computadas y Resonancia Magnética (los casos marcados con asteriscos en este convenio Anexo I) debiendo en estos casos estar solicitado el contraste en el pedido y si fue autorizada la practica.-

c) **Material Radioactivo:** LA CAJA cubrirá en prácticas ambulatoria el 80% de la dosis efectivamente utilizada y al valor convenido Valores de (CEDIM ) y el 20 % restante deberá ser facturado y cobrado al afiliado por el prestador .-

d) Prácticas moduladas: cobertura: LA CAJA cubrirá el 80% del valor global convenido de la práctica y el 20 % restante y el 20 % restante deberá ser facturado y cobrado al afiliado por el prestador.-

**4) Estudios que requieren autorización**, debe constar además en el Rp/ el número de la autorización que se otorgó (vía telefónica o por fax- correo electrónico). El mencionado Rp/ deberá adjuntarse con el informe del estudio correspondiente para su facturación y cobro.-----

**Sólo Requieren Autorización Previa: las prácticas detalladas en este anexo** que es parte de este convenio. Se hará auditoría posterior con la facturación, donde se debitarán aquellos estudios y/o análisis que no estén autorizados y/ o justificados debidamente por el médico que los indicó.

**EL PRESTADOR ES QUIEN SOLICITARA LA AUTORIZACION AL T.E.**

**0810-777-CAJA-2252 fax int 123**

**PRACTICAS QUE REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA DE AUDITORIA**

FIBROENDOSCOPIAS Y VIDEOENDOSCOPIAS

**CIRUGIAS AMBULATORIAS- 010101 al código 13 inclusive** o moduladas

RADIOTERAPIA

TOMOGRAFIA COMPUTADA (TAC)

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR (R.M.N.)

DENSITOMETRIA OSEA

PERFUSION MIOCARDICA

ESTUDIOS HEMODINAMICOS

SPECTS

CENTELLOGRAFIAS-

ECO DOPLER COLOR

ECOGRAFIA CON MAPEO VASCULAR

PUNCION GUIADA POR TAC

PUNCION GUIADA POR ECOGRAFIA

ORTOPANTOMOGRAMIA-ESTUDIO RADIOLOGICO SERIADO

ESPINOGRAFIA

HISTOQUIMICA

PRACTICAS NO NOMENCLADAS (por ejemplo ecografía endovaginal, ecografía partes blandas, prácticas hematología etc.) O NO INCLUIDA EN CONVENIO con presupuesto de la misma.-

**PRACTICAS QUE REQUIEREN AUTORIZACION POR TOPE ANUAL**  
**AMBULATORIAS**

FISIOTERAPIA hasta 12 por mes y 36 al año

KINESIOTERAPIA hasta 12 por mes y 36 al año

PSICOTERAPIA hasta 12 por mes y 36 al año

FONOAUDIOLOGIA hasta 12 por mes y 36 al año

PSICOPEDAGOGIA hasta 12 por mes y 36 al año

REHABILITACION CARDIOVASCULAR.....

NEUROREHABILITACION.....

TODA OTRA PRÁCTICA NO NOMENCLADA-----

**ANALISIS DE LABORATORIO QUE REQUIEREN AUTORIZACION DE**  
**AUDITORIA MEDICA**

TODOS LOS CODIGOS SUPERIORES AL 999 DEL N.N. (EXCEPTO  
COLESTEROL- HDL Y COLESTEROL-LDL) Y SI SUPERAN LOS 10 (DIEZ)  
ANALISIS-----

**Nuevas prácticas y/o no incluida** En caso de nuevas prácticas y/o no incluida en el convenio deberá solicitar autorización a LA CAJA, con su código y justificación médica y Auditoria Médica podrá autorizarla o no, según normas internas de la Caja.-

**5) INTERNACION**

**Cobertura:**

a) **Internaciones y Cirugías ambulatorias de complejidad** que se realizan por Acto Médico: LA CAJA cubrirá el 90% de los valores acordados: Derechos, honorarios, medicamentos y descartables y el 10 % restante el prestador deberá facturar y cobrar al afiliado.-

b) **Internaciones y Cirugías ambulatorias de complejidad moduladas:**

**EL PRESTADOR ES QUIEN SOLICITARA LA AUTORIZACION A LA CAJA**

LA CAJA cubrirá el 90% de los valores globales convenidos y el 10 % restante el prestador deberá facturar y cobrar al afiliado.-

**Trámite de internación:** EL PRESTADOR ES QUIEN SOLICITARA LA AUTORIZACION LA CAJA con al menos 24 hs. de anticipación (si fuese programada) o dentro de las 48 hs. hábiles de producida en casos de internación de urgencia o días feriados en LA CAJA----- Si se

trata de afiliados de capital o en los Colegios de Abogados o delegaciones de los mismos cuando la prestación se realice fuera del ámbito de la capital.: Debe enviar el prestador la solicitud de internación en formulario de la institución sanatorial prestadora, en la que deben constar los datos completos del paciente, N° de afiliado, diagnóstico y/o tratamiento, cantidad de días solicitados, si es internación en piso o en UTI o UCO, firma y sello del médico tratante. Y el pedido de prótesis si correspondiere (para su autorización por vía de reintegro)

En el Servicio de Salud se emitirá la orden correspondiente que le será enviada y deberá acompañar la factura con la firma aclarada del afiliado.

En caso de **prórrogas de la internación**, es la institución prestadora la que mediante correo electrónico solicita las órdenes correspondientes, quedando a criterio de la Auditoría Médica de La Caja la autorización de las mismas. Debe además enviar el prestador la comunicación del **alta del paciente**

c) **Raspado Uterino**: En caso de realizar legrado uterino terapéutico, deberá facturarlos con firma del profesional que realiza la práctica y de dos profesionales más.

d) **Medicamentos Catástrofes**: Requieren autorización previa por parte del Auditor de terreno y, en caso de internaciones en el interior de la provincia, deben solicitar por fax o correo electrónico a la Auditoría Médica de LA CAJA.

e) **Prácticas que requieren autorización en internación**: Requieren autorización previa por parte del **Auditor de terreno en Córdoba-Capital** y, en caso de internaciones en el interior de la provincia, deben solicitar la autorización por fax o correo electrónico de Auditoría Médica de LA CAJA.

f) **Partos y Cesáreas** La caja cubre el **100%** requiere autorización previa

g) **Requisitos para la facturación de pacientes internados** : Debe presentarse acompañada de las ordenes de autorización, prórrogas con firma aclarada del afiliado, y comunicación de Alta o del fallecimiento del afiliado, comunicación de internación en UTI, foja quirúrgica ,Hoja de Hospitalización Foja de Anestesia si correspondiera, pedido y detalle de prestaciones realizadas, de medicamentos y descartables indicados y debidamente justificados según la patología del paciente internado, detallar por día y valorizado en la factura y en la Historia Clínica debe constar la evolución diaria

indicaciones médicas, Epicrisis, hojas de enfermería.-, Actas de auditoria de terreno .

**h) Interconsultas: con especialistas** deben estar solicitada y justificada por el médico tratante, debiendo ser facturadas con el informe del profesional especialista interviniente.

**i) Prácticas por Sesión en internación:** deben constar en las indicaciones médicas y acompañarse con constancia por fecha de realización, hora con firma aclarada del afiliado, firma del profesional y sello, En caso de enmienda deberá ser salvada con firma del afiliado y de EL PRESTADOR. de igual forma que todas las practicas

**j) Pacientes con Lesiones, Traumatismos derivados de Accidentes Hogareños, de Tránsito, Deportivos, etc.** EL PRESTADOR deberá enviar informe de inmediato explicando el estado del afiliado y las circunstancias que lo provocaron.

**k) Prótesis-Stent, Descartables excluidos de Módulos, etc:** Las mismas serán provistas o repuestas por el afiliado debiendo EL PRESTADOR debe enviar el pedido médico con las características del producto. conjuntamente, con el pedido de la internación y/o cirugía. Teniendo en cuenta que estos insumos están a cargo del afiliado, para que el mismo solicite posteriormente el reintegro en LA CAJA, EL PRESTADOR deberá entregarle Sticker o en su defecto el embalaje completo, copia del certificado de colocación o utilización y copia de la foja quirúrgica al afiliado.

**h) Atención días sábado desde las 13 hs, domingo, Feriados, y urgencias:**

En los días feriados, sábado, domingo y/o urgencia, EL PRESTADOR está **obligado a atender** a los afiliados de LA CAJA y podrá cobrarle la prestación que requiera el afiliado a la Caja, si la misma requiere autorización o no tenga orden de consulta, y **deberá reintegrar al afiliado** lo abonado dentro de las 72 horas hábiles subsiguientes, una vez tramitada la orden de consulta o recibida la autorización de la práctica correspondiente. Si se trata de **prácticas que no requieren autorización solo cobrará** el o los Co-seguros de las prácticas a los afiliados s/ normas convenidas con esta Caja.-.

**j) Afiliados perteneciente a Cajas de Jubilaciones o Forenses de otras provincias:** EL PRESTADOR deberá solicitar el carnet y número de afiliado

que otorga para estos casos LA CAJA de Córdoba, para poder facturar y cobrar.

**Nota:** La cobertura en prácticas, internaciones y cirugías, podrá ser modificada según normas internas de LA CAJA y estarán **expresamente indicadas en las respectivas autorizaciones** de Auditoría Médica de LA CAJA.-

#### **9) PRESTACIONES EXCLUIDAS**

#### **LA CAJA DE ABOGADOS – SERVICIO MEDICO NO RECONOCERÁ LAS SIGUIENTES PRESTACIONES:**

a)- Lesiones derivadas de hechos en los cuales la culpa del asociado alcanzare niveles de dolo eventual.

b)- Accidentes de trabajo.

c)- Tratamientos de: adelgazamiento con fines estéticos, rejuvenecimiento, reposo, sueño o similares, hidroterapia, acupuntura, digito-puntura, celuloterapia, medicina alternativa, homeopatía y todo tipo de prácticas no reconocidas por el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, aun las realizadas por médicos u otros profesionales con título habilitante.

d)- Cobertura de toda patología preexistente al momento de su asociación al Servicio de Salud y sus complicaciones posteriores.

e)- Cirugía plástica no reparadora, ni por cosmetología.

f)- Medicamentos, practicas e internaciones con fines experimentales.

g)- Anteojos y lentes de contacto.

h)- Hogarizaciones geriátricas.

i)- Implantes odontológicos.

j)- Podología.

k)- Estudios y / o terapéuticas relacionadas con la fertilidad. -----

-----