

NORMAS DE AUDITORÍA MÉDICA

ÍNDICE

1. CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA PARA LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES	Pág. 3
2. PRESTACIONES EN AMBULATORIO	Pág. 5
2.1 Requisitos Generales	Pág. 5
2.2 Prestaciones que deben ser facturadas con Informe Médico	Pág. 5
2.3 Modalidad de facturación ante la prescripción de más de un (1) código	Pág. 6
3. PRESTACIONES EN INTERNACIÓN	Pág. 6
3.1 Formularios de Autorización	Pág. 6
3.2 Documentación respaldatoria	Pág. 6
3.3 Fecha de presentación	Pág. 6
4. INFORMACION DE INTERÉS	Pág. 7
5. ANEXO I: DETALLE DE PRÁCTICAS EN “AMBULATORIO” QUE DEBEN SER FACTURADAS CON INFORME	Pág. 8
6. ANEXO II: DETALLE MODALIDAD DE FACTURACIÓN ANTE LA PRESCRIPCIÓN DE MÁS DE UN CÓDIGO	Pág. 10

Lo comprendido en estas **Normas de Auditoría Médica** son aplicables a todos los Planes de SanCor Salud y de los Productos AMSS GRAV y AMSS NO GRAV.

1. CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA PARA LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES

En los puntos que se detallan a continuación se explicitan los requisitos generales que se deberán tener en cuenta a fin de efectuar una correcta facturación.

1.1 Los Pedidos Médicos, Planillas, Órdenes y Formularios deberán contar con los siguientes datos: nombre, apellido y número del Asociado, descripción de la práctica, diagnóstico, fecha, firma y sello del profesional actuante, conformidad del Asociado (con firma, aclaración y DNI).

1.2 El diagnóstico detallado en los Pedidos Médicos deberá ser legible. (*)

1.3 No se podrán facturar prestaciones prescritas y realizadas por el mismo profesional que no correspondan a su especialidad. (*)

1.4 Se deberá facturar con el código de la prestación pactada en el convenio. (*)

1.5 Para la facturación de prácticas se deberá adjuntar el Pedido Médico, Planilla, Orden, Formulario de Autorización Previa, Formulario Aviso de Internación y archivos de prestaciones correspondientes. Queda exceptuada de ese requerimiento la facturación de las prácticas contempladas en las órdenes provistas a Asociados inscriptos en el Programa de Diabetes Mellitus.

El registro de la firma del Asociado podrá estar asentada en la Planilla de Prestaciones o al dorso del Pedido Médico o en el ticket de autorización que emite el Autogestor de Prestadores. La documentación puede presentarse en formato digital o en formato físico. (*)

1.6 Las prestaciones realizadas por sesión, deberán facturarse adjuntando el Pedido Médico, detallando la fecha de realización de cada una de las mismas y con la firma de conformidad del Asociado. Esta normativa también es válida para la rehabilitación del Cardiópata. (*)

(*) El incumplimiento de este punto habilitará a la aplicación de un DÉBITO EN FIRME no refacturable y sin envío de la documentación al prestador.

1.7 Las prestaciones deberán ser facturadas teniendo en cuenta las Normas del Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Normas de Auditoría definidas por Asociación Mutual SanCor Salud, según se detallan en el ítem 2. (*)

1.8 Es importante no perforar ni obstruir los códigos de barra en las Órdenes y/o Formularios, a fin de permitir su perfecta lectura. Si presenta la documentación en formato digital, debe visualizarse correctamente.

1.9 Normas aplicables a prestadores que validan las prestaciones en forma online:

1.9.1 Deberán realizar la presentación de la documentación respaldatoria impresa o en soporte digital. Los Pedidos Médicos, Planillas, Órdenes y Formularios deberán contar con el número de autorización y la conformidad del Asociado mediante firma, aclaración y N° de documento.

1.9.2 Para prestadores que utilicen el Autogestor de Prestadores de SanCor Salud, deberán generar la preliquidación y adjuntar la documentación respaldatoria (Órdenes, Formularios, Pedidos Médicos, Planillas). La preliquidación es un resumen obligatorio con los datos de cada autorización realizada durante un período de tiempo determinado.

1.9.3 Para prestadores que utilicen un sistema propio, deberán presentar la facturación bajo el modelo de resumen con información obligatoria.

Este resumen deberá estar confeccionado con los siguientes datos:

- Prestaciones en ambulatorio: un resumen para el segmento Gravado y otro para el segmento NO Gravado.
- Prestaciones en Internaciones: un resumen para el segmento Gravado y otro para el segmento No Gravado.

Información que debe contener:

Asignarle a cada resumen un número correlativo para que se pueda realizar el seguimiento.

• **Sobre los importes:** colocar importe unitario / importes totales y aclarar si suma IVA.

• **Formatos:** Excel o PDF.

• **Datos sobre el Asociado:**

- N° de Asociado o N° de documento.
- Apellidos y nombres.

• **Datos sobre las prestaciones realizadas:**

- Fecha de realización.
- N° de Autorización online o N° Formulario N°4.
- Código de prestación (convenido).
- Descripción.
- Cantidad.

• **Datos sobre el Efector y Prescriptor:**

- Matrícula o N° de CUIT del Efector.
- Nombres y apellidos del profesional.
- Matrícula o N° de CUIT del médico prescribiente.
- Nombre y apellido del profesional.

(*) El incumplimiento de este punto habilitará a la aplicación de un DÉBITO EN FIRME no refacturable y sin envío de la documentación al prestador.

2. PRESTACIONES EN AMBULATORIO

Además de lo mencionado en el ítem 1, es importante que al momento de facturar, cumplan con las siguientes **Normas de Auditoría Médica**, a fin de evitar DÉBITOS.

2.1 REQUISITOS GENERALES

2.1.1 Todas las prestaciones realizadas en ambulatorio, deberán estar autorizadas en forma online mediante el sistema de Autogestor de Prestadores o el sistema de conectividad que utilice. (*)

2.1.2 Las prestaciones deben ser facturadas dentro del término establecido de 90 días posteriores a su realización. (*)

2.1.3 A partir de la 4ta. consulta efectuada por el mismo profesional a un mismo Asociado dentro del mismo mes, deberá adjuntarse a la factura la Historia Clínica correspondiente. (*)

2.1.4 En el caso de que un Asociado haya realizado dos (2) consultas en el mismo día y con el mismo profesional, deberá adjuntarse a la factura la Historia Clínica que clarifique esa necesidad. (*)

2.1.5 Si al validar la prestación requiere de autorización previa, deberá presentarse junto a la factura el Formulario autorizado y el Pedido Médico. El Formulario autorizado es válido en formato digital. (*)

2.1.6 Al autorizar una prestación online, deberá considerar que la entidad facturadora coincida con el convenio por el cual autorizó, caso contrario se ejecutará un débito automático. (*)

2.2 PRESTACIONES QUE DEBEN SER FACTURADAS CON INFORME MÉDICO

Todo procedimiento ambulatorio debe ser acompañado del Informe de resultado correspondiente. Se especifican las prácticas alcanzadas por esta normativa en el Punto 5 ANEXO I: "DETALLE DE PRÁCTICAS QUE DEBEN SER FACTURADAS CON INFORME". (*)

En el caso que se haya realizado toma de material biológico deberá presentar indefectiblemente el Informe de Anatomía Patológica. (*)

Las prácticas de diagnóstico tales como RMN, TAC y Eco Doppler, deberán presentar el informe correspondiente y desde el Autogestor de Prestadores, en el menú "Solicitar Preliquidación" deberá tildar si el resultado del informe fue "Normal" o "Patológico". (Ver en Instructivo de Autogestor de Prestadores).

(*) El incumplimiento de este punto habilitará a la aplicación de un DÉBITO EN FIRME no refacturable y sin envío de la documentación al prestador.

2.3 MODALIDAD DE FACTURACIÓN ANTE LA PRESCRIPCIÓN DE MÁS DE UN CÓDIGO

Ante la prescripción de más de un código de un mismo servicio, se aplicará la normativa explicitada en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas, se adjunta en el Punto 6 ANEXO II: “DETALLE MODALIDAD DE FACTURACIÓN ANTE LA PRESCRIPCIÓN DE MÁS DE UN CÓDIGO”.

3. PRESTACIONES EN INTERNACIÓN

Además de lo mencionado en el ítem 1, es importante al momento de facturar, cumplir con las siguientes **Normas de Auditoría Médica**.

La facturación de “todas” las internaciones deberá realizarse cumplimentando los requisitos referidos a Formularios y Documentación Respaldata que se detallan a continuación:

3.1 FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN

Deberán adjuntar los Formularios N° 6 Aviso de Internación y los de Prórrogas correspondientes, y en los casos que la cirugía se efectúe luego de emitir el Formulario N° 6, también deberán enviar el Formulario N° 4 Prestaciones que requieren Autorización Previa con la autorización del código quirúrgico. (*)

3.2 DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

La Historia Clínica debe estar cumplimentada con letra legible y sin abreviaturas, en la que se detalle. (*)

- * Datos completos el Asociado.
- * Fecha y hora de ingreso/egreso.
- * Diagnóstico, evolución diaria con firma y sello del médico.
- * Diagnóstico de egreso (epicrisis).
- * Toda práctica que son por sesiones o interconsultas, deberán estar evolucionadas, firmadas y selladas por el prestador actuante, en día consecutivo a la evolución médica diaria.
- * Cuando se efectúen interconsultas y prácticas deberá explicitar en la Historia Clínica y adjuntar el/los informes de los mismos.
- * En el caso de internaciones quirúrgicas, deberán facturarse con el Protocolo Quirúrgico y las correspondientes Hojas de Enfermería (todo confeccionado con letra legible).
- * En los procedimientos que incluya la colocación de **material protésico** (de cualquier tipo), el informe del mismo debe estar acompañado del **sticker** correspondiente.
- * En las prácticas que incluya la toma de **material biológico**, deberán adjuntar el **Informe de Anatomía Patológica**.

3.3 FECHA DE PRESENTACIÓN

Las prestaciones deberán ser facturadas dentro del término de 120 días desde la fecha de prestación. (*)

En internaciones prolongadas que superen los 30 días, deberá realizar un corte mensual, a los fines de la facturación.

(*) El incumplimiento de este punto habilitará a la aplicación de un DÉBITO EN FIRME no refacturable y sin envío de la documentación al prestador.

4. INFORMACIÓN DE INTERÉS

4.1 Las mencionadas Normas en este documento son válidas para todos los convenios, independientemente de la modalidad de facturación.

4.2 El reclamo de débitos efectuados, deberá canalizarse a través de la dirección de e-mail **analisis.debitosprestadores@sancorsalud.com.ar**, adjuntando el número de presentación de la Planilla de Débitos correspondiente, dentro de los 60 días corridos de recepcionado el pago, vencido ese plazo no se dará curso al reclamo.

4.3 El incumplimiento de cualquiera de los requisitos especificados en este documento, originará la DEVOLUCIÓN de las facturaciones o DÉBITOS de las prestaciones.

5. ANEXO I: DETALLE DE PRÁCTICAS EN “AMBULATORIO” QUE DEBEN SER FACTURADAS CON INFORME.

DETALLE DE PRÁCTICAS EN "AMBULATORIO" QUE DEBEN SER FACTURADAS CON INFORME

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
CAPÍTULO 01.07 - PROCEDIMIENTOS NEURORRADIOLÓGICOS	
01.07.01	VENTRICULOGRAFÍA POR INYECCIÓN DE MEDIO CONTRASTE - LIQUIDO O GASEOSO.
01.07.02	PAN-ARTERIOGRAFÍA CEREBRAL POR CATETERISMO. UNI O BILATERAL.
01.07.03	ARTERIOGRAFÍA CAROTÍDEA O VERTEBRAL. (POR DISECCIÓN O PUNCIÓN DIRECTA).
01.07.04	NEUMOENCEFALOVENTRICULOGRAFÍA FRACCIONADA (CISTERNOGRAFÍA).
01.07.05	MIELOGRAFÍA ASCENDENTE O DESCENDENTE. CISTERNOGRAFÍA, MIELOGRAFÍA, RADICULOGRAFÍA.
01.07.06	DISCOGRAFÍA. NEUROGRAFÍA. EPIDUROGRAFÍA.
CAPÍTULO 02 - OPERACIONES EN EL APARATO DE LA VISIÓN	
	CIRUGÍAS OFTALMOLÓGICAS E INTERVENCIONES CON LÁSER SE DEBERÁ ADJUNTAR PROTOCOLO ADEMÁS DEL PARTE ANESTÉSICO EN CASO QUE LO HUBIERA Y CUMPLIR CON LOS REQUISITOS HABITUALES.
CAPÍTULO 07.07 - PROCEDIMIENTOS ANGIO-CARDIORRADIOLÓGICOS	
07.07.01	CATETERISMO DE CORAZÓN PARA DIAGNÓSTICO.
07.07.02	CARDIOGRAFÍA-ANGIOCARDIOGRAFÍA.
07.07.03	CORONARIOGRAFÍA SELECTIVA DE CORONARIA IZQUIERDA Y/O DERECHA.
07.07.04	AORTOGRAFÍA POR PUNCIÓN LUMBAR.
07.07.05	AORTOGRAFÍA POR CATETERISMO FEMORAL.
07.07.06	AORTOGRAFÍA ABDOMINAL Y ESTUDIO SELECTIVO DE LAS ARTERIAS DEL CAYADO AÓRTICO Y DEL CUELLO.
07.07.07	AORTOGRAFÍA TORÁCICA Y/O ESTUDIO SELECTIVO DE LAS ARTERIAS DEL CAYADO AÓRTICO Y DEL CUELLO.
07.07.08	AORTOGRAFÍA ABDOMINAL Y ESTUDIO SELECTIVO DE TRONCO CELÍACO, MESENTERICA SUPERIOR E INFERIOR, RENALES Y/O SUS RAMAS, POR CATETERISMO HUMERAL O FEMORAL (TIEMPO ARTERIAL, PARENQUIMATOSO Y
07.07.09	CAVOGRAFÍA ABDOMINAL Y/O TORÁCICA Y/O SELECTIVA DE SUS AFLUENTES.
07.07.10	ACIGOGRAFÍA POR PUNCIÓN TRANSOSEA.
07.07.11	FLEBOGRAFÍA DEL SENO PETROSO (BILATERAL).
07.07.12	ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA DE ARTERIAS INTERCOSTALES LUMBARES BILATERAL.
07.07.13	FLEBOGRAFÍA SUPRARRENAL BILATERAL CON EXTRACCIÓN DE MUESTRAS PARA DOSAJE HORMONAL.
07.07.14	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA POR PUNCIÓN.
07.07.16	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBROS INFERIOR O SUPERIOR.

07.07.71	ANGIOGRAFÍA DIGITAL DE VASOS DEL CUELLO.
07.07.74	ARTERIOGRAFÍA + AORTOGRAFÍA.
07.07.76	ANGIOGRAFÍA PULMONAR.
07.07.78	ANGIOGRAFÍA FÍSTULA HEMODIÁLISIS.
07.07.80	ANGIOGRAFÍA ROTACIONAL CON RECONSTRUCCIÓN 3D.
07.07.81	ANGIOGRAFÍA MEDULAR.
CAPÍTULO 13- OPERACIONES EN LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	
	EN CASO QUE SE REALICE TOMA DE ALGÚN MATERIAL BIOLÓGICO DEBE PRESENTAR EL INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.
CAPÍTULO 14- ALERGI	
14.01.01	TESTIFICACIÓN TOTAL.
14.01.02	TESTIFICACIÓN PARCIAL.
14.01.03	TESTIFICACIÓN POR DROGAS.
CAPÍTULO 15- ANATOMÍA PATOLÓGICA	
	TODOS LOS CÓDIGOS.
CAPÍTULO 17- CARDIOLOGÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS, EXCEPTO 17.01.01 (ELECTROCARDIOGRAMA); 17.01.17 Y 17.01.89 (REHABILITACIÓN DEL CARDÍOPATA) DEBEN FACTURARSE CON FECHA Y FIRMA DEL ASOCIADO.
CAPÍTULO 18- ECOGRAFÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS.
CAPÍTULO 20- GASTROENTEROLOGÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS, EXCEPTO 20.01.27 ANOSCOPIA Y 20.01.73 USO DE BOMBA.
CAPÍTULO 22- GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	
22.01.03	TEST DE SIMS-HUNER.
22.01.04	ESTUDIO DEL MOCO CERVICAL. CON MICROSCOPIO.
22.01.71	MÓDULO PATOLOGÍA CERVICAL.
22.02.01	AMNIOSCOPIA.
22.02.02	MONITOREO FETAL.
22.03.01	ESTUDIO DE MADURACIÓN PULMONAR FETAL.
22.04.01	ESPECTROFOTOMETRÍA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO.
CAPÍTULO 23- HEMATOLOGÍA-INMUNOLOGÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS.
CAPÍTULO 26- MEDICINA NUCLEAR	
	TODOS LOS CÓDIGOS.
CAPÍTULO 28- NEUMONOLOGÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS.
CAPÍTULO 29- NEUROLOGÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS.
CAPÍTULO 30 - OFTALMOLOGÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS QUE CORRESPONDEN A ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO.
CAPÍTULO 31- OTORRINOLARINGOLOGÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS QUE CORRESPONDEN A ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO.
CAPÍTULO 33- SALUD MENTAL	
33.01.11	PRUEBAS PSICOMÉTRICAS (BATERÍA DE UN MÍNIMO DE CUATRO TESTS).
33.01.12	PRUEBAS PROYECTIVAS. PERFIL DE PERSONALIDAD (BATERÍA DE UN MÍNIMO DE 4 TESTS).
CAPÍTULO 34- RADIOLÓGIA	
	TODOS LOS CÓDIGOS DE ESTUDIOS CONTRASTADOS, TAC Y RMN.
CAPÍTULO 36- UROLOGÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS QUE CORRESPONDEN A ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO.

6. ANEXO II: DETALLE DE MODALIDAD DE FACTURACIÓN ANTE LA PRESCRIPCIÓN DE MÁS DE UN CÓDIGO

DETALLE MODALIDAD DE FACTURACIÓN ANTE LA PRESCRIPCIÓN DE MÁS DE UN CÓDIGO

SI SE FACTURA		SE ABONA
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	
CAPÍTULO 15 - ANATOMÍA PATOLÓGICA		
15.01.06	CITOLOGÍA EXFOLIATIVA ONCOLÓGICA.	15.01.06
15.01.07	CITOLOGÍA EXFOLIATIVA HORMONAL. CADA 4 EXTENDIDOS.	
CAPÍTULO 18 - ECOGRAFÍA		
18.01.12	ECOGRAFÍA COMPLETA DE ABDOMEN.	18.01.12
18.01.16	ECOGRAFÍA RENAL BILATERAL.	
18.01.13	ECOGRAFÍA HEPATO BILIAR, ESPLÉNICA O TORÁCICA.	18.01.12
18.01.16	ECOGRAFÍA RENAL BILATERAL.	
18.06.01	ECOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS.	18.01.12
18.01.12	ECOGRAFÍA COMPLETA DE ABDOMEN.	
18.01.12	ECOGRAFÍA COMPLETA DE ABDOMEN.	18.01.12 y 18.01.14
18.01.14	ECOGRAFÍA DE VEJIGA O PROSTATA C/S TRANSDUCTOR RECTAL.	
18.01.16	ECOGRAFÍA RENAL BILATERAL	
18.01.18	ECOGRAFIA PANCREÁTICA O SUPRARRENAL.	18.01.12
18.01.12	ECOGRAFÍA COMPLETA DE ABDOMEN.	
18.01.14 X 2	ECOGRAFÍA DE VEJIGA O PRÓSTATA C/S TRANSDUCTOR RECTAL. (pre-postmiccional) corresponde abonar por 1.	18.01.14 x 1
CAPÍTULO 34 - RADIOLOGÍA		
34.10.08	T.A.C. COMPLETA DE ABDOMEN.	34.10.08
34.10.12	T.A.C. DE OTROS ÓRGANOS O REGIONES.	