

## **NORMAS DE TRABAJO E INSTRUCCIONES PARA EL OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES**

### **DISPOSICIONES GENERALES**

1.-El Nomenclador y las prestaciones acordadas serán la norma básica para las partes y, la presente, reglamentación complementaria del mismo, no pudiendo ninguna de ellas apartarse de estas sin el consentimiento de la otra. Tiene como finalidad establecer pautas de trabajo que faciliten el desenvolvimiento de prestador y prestataria.

2.-La Prestataria deberá verificar datos y elegibilidad de los afiliados que se encuentran con la cobertura en consulta de padrón del sistema brindado por la Prestataria a tal fin.

3.- La Prestadora contrae para con la Prestataria exclusivamente, la obligación de prestar a sus beneficiarios, los servicios de atención médico sanatoriales que profesionalmente correspondan, con la exclusión, de toda tarea administrativa que la prestación de dichos servicios determine y que no esté contemplada en las presentes normas.

4.-Verificación de credenciales: para requerir los servicios del Prestador, el beneficiario afiliado debe presentar, junto con el formulario de atención el Documento de Identidad.

A los fines de la identificación, el Prestador deberá verificar que, los documentos, se encuentren actualizados y en condiciones correctas, para establecer la legitimidad de su tenedor.

Para atenciones de urgencias, deberá consultar el estado del afiliado en el sistema brindado por la Prestataria y solicitar la autorización correspondiente dentro las 24 hs. hábiles posteriores a la atención. En caso de requerir medicación en guardia, ésta deberá ser abonada por el afiliado.

Para atenciones programadas: deberá consultar el estado del afiliado en el sistema y la práctica debe estar autorizada previamente.



5.-Limitaciones: El afiliado no será considerado como tal sí:

- a) No posee o no provee su documento de afiliación y de identidad.
- b) Las fechas de vigencia de cobertura se encuentran vencidas al momento de requerir la prestación. Las mismas tienen validez 30 días desde la fecha de prescripción médica.
- c) La prestación solicitada se encuentra excluida expresamente o la misma está incluida en el plazo de carencia inserto en el carné.
- d) Los documentos presentados, que adolecen de visibles alteraciones en su contenido, u otras situaciones que hagan presumir ilegitimidad en la posesión del documento. Las presentes limitaciones serán aplicables incluso para los afiliados que, portando orden de atención de la Prestataria, no demuestren su condición de afiliado, acreditado por la documentación referida a tal efecto.

6.-Situaciones a contemplar

- a) El afiliado que, habiendo demostrado fehacientemente su condición de tal y presente la orden de atención expedida por la Prestataria, tiene el derecho a las prestaciones autorizadas, no correspondiendo en tal caso exigírsele cualquier forma de compromiso destinado a garantizar la contraprestación de servicios.
- b) En los casos en los que no fuese posible la autorización previa y resulte necesario brindar la prestación en forma inmediata, se procederá de la misma manera que la indicada en los apartados anteriores. - Siempre con previa verificación del estado del afiliado en el sistema. De lo contrario se facturará como particular.

Las gestiones correspondientes a la autorización de la orden de prestación se realizarán el primer día hábil siguiente al de la atención entre las partes (prestadora y Prestataria) directamente.



De no gestionar en el plazo establecido, será considerado válido a partir del momento de la denuncia del trámite, previa auditoría donde justifique la urgencia.

#### 7.- Prestaciones no reconocidas por la Prestataria

La Prestataria solo reconocerá las prestaciones expresamente autorizadas e incluidas en el PMO. excepto: accidente de trabajo, accidente de tránsito y/o accidente deportivo y demás excepciones de la PRESTATARIA.

#### 8.- Prestaciones a cargo exclusivo del afiliado

La prestación que, según normas de la Prestataria, no reconozca o no autorice, serán facturadas con valores fijados para pacientes particulares al afiliado en forma directa, siempre que este tome conocimientos previos del hecho y acepte su realización y el valor pactado para la práctica, por escrito, a efectos de evitar situaciones problemáticas con el mismo, o que el afiliado promueva una reclamación que resulte improcedente para la Prestataria. -

#### 10- Prácticas médicas sanatoriales

**Definición:** para la correcta interpretación en cuanto al servicio que se brinda y factura, se hace constar que se entenderá por:

- a) **Consulta:** La asistencia prestada cuando al paciente se traslada al establecimiento asistencial. -
  
- b) **Visitas:** Cuando el profesional se traslada al establecimiento sanatorial para asistir al paciente internado. -



La orden/evolución médica será el único elemento válido y suficiente para el cobro de los honorarios profesionales. Si la Prestataria establece un coseguro para las consultas o visitas médicas, el mismo será pagado al Prestador efector al valor indicado en la orden de atención o en el sistema provisto por la Prestataria a tal fin. Igual conducta se seguirá para con las ordenes de prestaciones medico sanatoriales. -

Cuando la autorización de internaciones, prácticas y/o estudios, dependa del previo consentimiento del médico auditor de la Prestataria, ésta deberá expedirse dentro de un plazo no mayor de 24 horas hábiles. -

La denegatoria deberá ser siempre fundada, entregándose en todo caso al establecimiento sanatorial o al médico solicitante, una copia del dictamen respectivo. De insistirse en la necesidad de la autorización la cuestión será sometida a Auditoria Compartida.

### **NORMA DE TRABAJO DURANTE LA INTERNACIÓN**

La internación de los beneficiarios de la Prestataria será solicitada por el médico, llenando perfectamente los datos pertinentes a la identificación del paciente. En dicha orden deberá constar el motivo de la internación, diagnóstico presuntivo y código del Nomenclador Nacional, categoría de habitación y días presumibles de estada. En caso de intervenciones quirúrgicas, nombre del cirujano. Las mismas deben ser llenadas con letra clara, con la firma del profesional, aclaración de firma y número de matrícula. -

El prestador informará fax y/o vía e-mail el ingreso del afiliado a los teléfonos y/o correos informados por la Prestataria, solicitando la autorización correspondiente en el sistema y adjuntando estudios complementarios.

Se excluye la autorización previa en aquellas prácticas que deban realizarse con carácter de urgencia y/o días y horarios que no trabaje la faz administrativa de la Prestataria, siempre verificando condición del afiliado y justificando la urgencia.



La orden de internación será válida y deberá ser reconocida para su pago, toda vez que la boca de expendio de la Prestataria la autorice, por intermedio del personal administrativo y/o Auditor Médico, no invalidando la autorización, algún déficit que la misma pueda tener por responsabilidad de estos.

La documentación a presentar debe cumplir con los requisitos mencionados en Normas generales de facturación.

El profesional está obligado a presentar resumen de historia clínica que justifique el trabajo realizado en los casos contemplados específicamente en el Nomenclador en vigencia, o cuando la Prestataria lo considere procedente.

La Prestataria, a través de su auditoria médica, podrá corroborar la prestación brindada al afiliado, en el lugar y momento oportuno es decir, durante la internación del paciente, pudiendo acceder a la historia clínica y solicitar, cuando sea procedente, informe al médico tratante o al establecimiento sanatorial; todos los casos conflictivos donde no surja solución entre médico de cabecera y el auditor de la Prestataria serán, sometidos a auditoria compartida, estas podrían ser solicitadas por el médico tratante, establecimiento sanatorial o por la Prestataria al Prestador mediante nota. En todos los casos y al final de cada auditoria, se confeccionará un acta por triplicado, firmada por los intervinientes, entregándose una copia a cada una de las partes.

Para aquellas internaciones que superen las 72 hs. toda prórroga deberá tener adjunto un resumen de Historia Clínica justificando la misma. Asimismo, todos los estudios de alta complejidad deben venir también acompañados de dicho resumen y estudios previos.

Cualquier situación no contemplada en las presentes normas ni en el Nomenclador por analogía, quedará sujeta al criterio adoptado en conformidad por las partes mediante auditoria compartida.



## **FISCALIZACIÓN**

Toda orden emitida por la Prestataria hace presumir el debido control previo y su aceptación.

Toda orden autorizada por la Prestataria sin observación deberá ser abonada al ser presentada la facturación. La misma debe cumplir con los requisitos mencionados en Normas generales de facturación.

La autorización de órdenes, referente al método empleado será de incumbencia de la Prestataria, podrá ser realizada por personal administrativo o médico teniendo la misma, plena validez para la realización de las prestaciones y su cobro posterior. Siempre que cumpla con los requisitos antes mencionados.

La Prestataria deberán contar con médicos auditores en el ámbito de su cobertura. Cuando no se justifique la presencia permanente del médico auditor, esta arbitrará los medios para que las autorizaciones de sus bocas de expendios confieran validez al acto realizado o a realizar, en caso de intervenciones programadas.

La Prestataria contará con un plazo perentorio de 30 (treinta) días, desde el momento de la recepción de la facturación, para realizar las objeciones. Vencido dicho plazo, caducarán sus derechos.

En caso de que en una internación se hiciesen débitos parciales, únicamente será descontado el importe correspondiente al débito, abonándose el resto de la prestación, en forma total.

Cualquier situación no contemplada en el Nomenclador o P.M.O.E u en las presentes Normas de Trabajo, serán resueltas por **Auditorías Médicas Compartidas**, las que deberán hacerse en el lugar de la prestación, o en su defecto, en la Delegación de la Prestataria o sede de la PRESTADORA, siempre en la ciudad de Salta.



## **NORMAS GENERALES DE FACTURACION**

### **DE LAS CONSULTAS MÉDICAS EN GENERAL**

La documentación respaldatoria por consultas médicas presentadas al cobro comprenderá:

1. Orden de Atención que debe incluir:
  - Firma y aclaración del afiliado.
  - Matrícula, firma y aclaración del médico tratante.
  - Fecha de la atención.
  - En ningún caso la orden de atención presentará tachaduras, borrones o palabras sobrescritas. Los datos a completar en la Orden de atención deben ser legibles.
  - Diagnóstico completo, legible, sin siglas o abreviaturas.
2. Historia clínica o Informe médico, cuando el prestador presente al cobro:
  - Dos consultas de igual fecha de atención y referidas al mismo afiliado.
  - Más de dos consultas en el mismo mes y referidas al mismo afiliado.

### **DE LAS CONSULTAS VENCIDAS**

Las consultas médicas tienen validez 30 días corridos de la fecha de emisión.

Las consultas presentadas al cobro con posterioridad al periodo establecido serán debitadas por el importe total.

Consultas en general: La fecha de atención no podrá ser anterior a la fecha de emisión de la orden.

### **DE LAS PRÁCTICAS AMBULATORIAS**

La documentación respaldatoria por prácticas ambulatorias presentadas al cobro comprenderá:

1. Orden de Atención que debe incluir:
  - Firma y aclaración del afiliado.



- Matrícula, firma y aclaración del médico tratante.
  - Fecha de la atención.
  - En ningún caso la orden de atención presentará tachaduras, borrones o palabras sobrescritas. Los datos a completar en la Orden de atención deben ser legibles.
  - Diagnóstico completo, legible, sin siglas o abreviaturas.
2. El pedido de la práctica por el profesional (médico tratante).
  3. Informe médico sobre la práctica realizada.
  4. La Orden de práctica emitida por la PRESTATARIA constituye el pago único y total de la práctica por lo que no es exigible de parte de los prestadores el pago de orden de consulta adicional.

En el caso de prácticas ambulatorias que se encuentren necesariamente vinculadas o superpuestas en su realización y sean realizadas por el mismo prestador se facturará únicamente la práctica de mayor valor:

Ejemplo:

Electrocardiograma y ergometría corresponde únicamente, el pago de la ergometría.

## **DE LAS PRÁCTICAS VENCIDAS**

Las prácticas ambulatorias tendrán validez 30 días corridos de la fecha de emisión.

Las órdenes presentadas al cobro con posterioridad al periodo establecido serán debitadas por el importe total.

Prácticas en general: La fecha de atención no podrá ser anterior a la fecha de emisión de la orden.

## **DOCUMENTACION A PRESENTAR PARA INTERNACIONES**

La documentación respaldatoria por las internaciones presentadas al cobro comprenderá:

1. Orden de Atención que debe contener:
  - Firma y aclaración del afiliado.
  - Matrícula, firma y aclaración del médico tratante.
  - Fecha de la atención.
  - Diagnóstico completo, legible, sin siglas o abreviaturas.



En ningún caso la orden de atención presentará tachaduras, borrones o palabras sobrescritas. Los datos a completar en la orden de atención deben ser legibles.

2. El pedido del médico tratante y mail autorizado por el médico auditor de SAJU Salud.
3. En el caso de cirugías que cuentan con pieza quirúrgica, se deberá adjuntar el Informe Anatomopatológico correspondiente (implicancias médico legales)
4. Hojas de enfermería que detallen los medicamentos y descartables suministrados al afiliado. Los datos brindados por la hoja de enfermería deben ser legibles y estarán manuscritas con un mismo tipo de letra, color de tinta, sin tachaduras y palabras sobrescritas. (Implicancias Legales).

En caso de no encuadrarse en el párrafo anterior se requiere la salvedad del profesional tratante (firma, aclaración y sello). De no cumplir con esta normativa se podrán generar débitos.

5. Detalle valorizado de los medicamentos y descartables facturados con sus respectivos troqueles y/o stickers.
6. Todos los estudios complementarios deberán contar con la prescripción médica e informe.

Toda la documentación debe estar en poder de la Prestataria entre los días 1 al 15 de efectuadas las prestaciones para su pago en tiempo y forma adjuntando el archivo informático correspondiente según el formato solicitado por la Prestataria, se adjunta modelo a tal fin.

## **ANÁLISIS DE LOS DÉBITOS – REQUISITOS PARA PRESENTACIÓN – AUDITORÍAS MÉDICAS**

Efectuado el control de las facturas por parte de la Prestataria, previo a la confección de la correspondiente orden de liquidación, si existieran débitos, se informará a la Prestadora para que personal de la misma se



apersona a la sede de la Prestataria en Salta, a los efectos de tomar conocimiento de éstos y así iniciar el proceso de corrección de los mismos. Si obedecieran a causas médicas, se generará la correspondiente auditoria médica compartida en Salta, con la participación de los auditores médicos de la Prestadora y de la Prestataria, evitándose de esta manera la concreción de débitos subsanables.

Todo débito que efectúe la Prestataria (los "Débitos") debe indefectiblemente contar con la emisión de la NOTA DE DEBITO correspondiente por parte de la Prestataria, de acuerdo a la Resolución General N.º 1415 de la A.F.I.P. que legisla sobre Régimen de Facturación (la "Nota de Débito"). La Nota de Débito, en su contenido, debe hacer expresa mención a:

- (1) N.º de Factura a la cual aplica el débito
- (2) Nombre del Establecimiento o Nombre del Efector
- (3) Mes de la prestación observada
- (4) Monto Debitado

En un reporte de respaldo se adicionará:

- (1) Nombre y apellido del afiliado
- (2) N.º de Afiliado
- (3) Práctica observada (código de la prestación)
- (4) Monto Facturado
- (5) Monte debitado
- (6) Motivo del Débito
- (7) En caso de tratarse de débitos sobre medicamentos, deberá detallarse, además de lo señalado en los puntos precedentes, las cantidades facturadas y las cantidades debitadas.

La emisión de la correspondiente Nota de Débito –sin haberse cumplimentado lo expresado en el primer párrafo– no implica en ningún caso aceptación de los Débitos efectuados por la Prestataria, pero la falta de su emisión faculta al Prestador al rechazo de los mismos.



Los Débitos que no cumplan con los requisitos de la Nota de Debito serán rechazados de plano y, consecuentemente, la Prestataria deberá pagar lo indebidamente retenido dentro del perentorio termino de 72 horas de recibida la devolución.

Cuando la Prestadora solicitare una Auditoria Compartida para analizar Débitos observados y la Prestataria no la aceptare o no contestare el pedido para su realización dentro de los 10 días corridos de recibida la solicitud, dichos Débitos quedarán sin efecto, debiendo proceder la Prestataria a pagar lo indebidamente retenido dentro del perentorio plazo de 72 horas.

Todos los pagos que realice la Prestataria y que tengan como origen el reconocimiento de prestaciones efectuadas por la misma durante un acto de Auditoria Compartida, deberán ser claramente diferenciados en las órdenes de pago o notas de remisión de valores.



## **Procedimiento de autorización para prestadores de SAJU Salud - Salta**

Este documento establece las normas operativas para la gestión de autorizaciones de servicios de salud de SAJU en Córdoba. Su objetivo es guiar a los prestadores en el manejo eficiente de los diferentes tipos de atención y métodos de autorización disponibles, garantizando una experiencia óptima tanto para los afiliados como para los prestadores.

### **Tipos de Atención**

#### **1. Atención ambulatoria:**

Incluye consultas médicas, estudios de diagnóstico y procedimientos menores que no requieren hospitalización.

#### **2. Atención en Guardia:**

Servicios de urgencias o emergencias brindados sin necesidad de programación previa.

#### **3. Atención en Internado:**

Procedimientos médicos que requieren hospitalización del afiliado.

### **Gestión de Autorizaciones**

Para garantizar un servicio eficiente, SAJU ofrece tres métodos para gestionar autorizaciones:

#### **1. Autorización a través de bono emitido**

##### **Procedimiento:**

1. El afiliado debe presentarse con el bono de autorización impreso o digital.
2. El bono puede ser emitido por:
  - Oficinas de SAJU.
  - Vía WhatsApp al número oficial de autorizaciones.
3. El prestador deberá verificar la validez del bono antes de brindar el servicio.
4. A continuación, le compartimos una imagen nuestra orden física



saju Cobertura Médica		Autorización de ASISTENCIAL_ AMBULATORIO		saju Cobertura Médica	
Apellido y Nombre		Fecha 16/10/2024		Nº 24	
Documento Único		Centro de atención		Sede Central	
Tipo de documento		Origen		Aliado	
Nº		Edad		Plan	
00		0		NO	
0		Dig		Extracapia	
NO					
Estracapia					
DATOS DE LA ORDEN					
Solicitante					
Prestador					
Fecha Orden Médica					
Diagnóstico					
PRÁCTICAS					
Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Estado	
		1	#	Autorizado	
Firma y aclaración Beneficiario		Firma y sello Prestador			
DNI Beneficiario		Lugar y Fecha			
Audito: 16/10/2024 12:49					

Cargó MCANETTI 23/10/24 08:38:32

## 2. Autorización a través de *AutorizaMe* (Sistema Online y App)

### Procedimiento para registrarse en *AutorizaMe*

1. Descargar la app *AutorizaMe Prestador* (disponible para Android e iPhone) o ingresar al sitio web:  
<https://app.autorizame.com.ar/AutorizaMe/com.autorizame.login>.
2. Generar un nuevo usuario seleccionando la opción "Crear cuenta".
3. Completar los datos personales o institucionales. Asegúrese de ingresar la información correctamente, especificando el tipo de efector (prestador) al que pertenece. Esto es crucial, ya que la validación será realizada por personal de SAJU.
4. Recibirá un correo electrónico confirmando la creación de su usuario.

### Gestión de autorizaciones a través de *AutorizaMe*

1. Ingrese al sistema con su usuario y contraseña validados.
2. Complete los datos del afiliado y detalle el servicio solicitado



3. Confirme la autorización directamente en la plataforma antes de brindar el servicio.

### 3. Autorización a través de la App *SiSalud* de Afiliados

#### Procedimiento:

1. El afiliado gestiona la autorización desde su cuenta en la app *SiSalud*.
2. La app genera un token único para cada autorización.
3. El prestador debe verificar el token mediante las siguientes opciones:
  - Ingresarlo manualmente en *AutorizaMe*.
  - Escanear el código QR generado por la app del afiliado.
4. Confirmar que el token esté activo antes de realizar el servicio.

#### Verificación de credenciales y documentos

Antes de brindar cualquier prestación, el prestador debe verificar que las credenciales y documentos presentados por el afiliado sean válidos y estén vigentes. Esto incluye:

1. **Documento de Identidad** del afiliado.
2. **Credencial de afiliación válida**, ya sea en su versión física o digital (app).

A continuación, se presentan imágenes de las credenciales vigentes para facilitar su identificación:

#### Versión física:



**Versión digital:**

