

ANEXO I
NORMAS PARA LA ATENCION AMBULATORIA E INTERNACION DE LOS
BENEFICIARIOS DE OSALARA

Requisitos para la atención Medica Ambulatoria o Internación que debe presentar el af.:

1. Credencial o carnet de afiliado actualizado.
2. Documento de Identidad.
3. Ultimo recibo de haberes.
4. En caso de ser socio adherente deberá presentar último recibo de pago.
5. Figurar en el último padrón disponible para descarga en :
<http://www.hemisferiosalud.com.ar/descarga-de-padrones/>
6. Figurar en el último padrón disponible para consulta en:
<https://www.hemisferiosalud.com.ar/padron/>

NORMAS DE FACTURACION AMBULATORIA

1. Todas las **prácticas y / o prestaciones** de **Baja Complejidad**, incluidas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (P. M. O.) (ANEXO I del presente convenio) **NO requieren autorización previa (ver punto 6 también)**; para su facturación se debe *adjuntar el pedido médico con la conformidad del afiliado*.
2. Se debe remitir planilla de consultas según los distintos profesionales intervinientes según planilla adjunta indicando:
 - a. Periodo facturado, Nombre del Prestador, Profesional interviniente y Especialidad.
 - b. Fecha, Apellido, Nombre y N° de Afiliado, diagnostico /s, firma de beneficiario..
3. Se debe remitir planilla de prácticas con ordenes medicas completas según los distintos servicios intervinientes indicando:
 - a.- Periodo facturado, Nombre del Prestador, servicio interviniente y Especialidad.
 - b.- Fecha, Apellido, Nombre y N° de Afiliado, Cód. de práctica según PMO.
4. **Todas las prácticas o estudios de Alta complejidad según PMO (ANEXO I)** requieren autorización previa de **HEMISFERIO SALUD S.A.** por mail a: **autorizaciones@hemisferiosalud.com.ar**.- enviando orden médica y planilla adjunta. De esta manera se evitarán débitos.
5. Las planillas con las órdenes de todas las prácticas o estudios de alta complejidad junto con el informe, **autorizadas por la Auditoria Médica de esta Administradora**, debe presentarse de la misma manera que los estudios de baja complejidad detallándose y descontando los coseguros cobrados.
6. Las prácticas o prestaciones que son de **Baja Complejidad según PMO** pero **que tienen tope por afiliado año**, también requieren autorizaciones, ellas son:
 - a.- **Kinesiología y Fonoaudiología**: por cada orden se aceptan 5 sesiones. TOPE DE 25 Sesiones al año.
 - b.- **Prestaciones de Salud Mental**: también requieren autorización.: cada 10 sesiones pedir autorización. TOPE DE 30 SESIONES AL AÑO.

c.- **Estimulaciones temprana, auditiva, etc.:** también requieren autorización.

Los co-seguros (**Anexo II**) percibidos deben estar detallados y descontados en la presentación de la factura correspondiente.

La fecha máxima que esta Administradora recibirá la facturación, con la documentación respaldatoria completa (planilla de consultas, prácticas, ficha de identificación del recién nacido, protocolos quirúrgicos, etc.) de las prestaciones realizadas correspondientes, es de 60 días de realizadas las mismas, luego quedarán sin efecto. Así mismo, **el plazo máximo para recibir refacturaciones será de 30 días a partir de recibido el débito.**

NORMAS DE OPERATIVIDAD EN INTERNACION

Enviar denuncia de Internación según planilla adjunta, dentro de las 24 hs. de producida la misma, por mail a: internaciones@hemisferiosalud.com.ar.

Hemisferio Salud S.A. enviará la denuncia a la Institución con el N° de internación y su correspondiente autorización que deberá ser entregada oportunamente al presentar la facturación.

La denuncia fuera de término quedará sujeta a evaluación de Auditoría Médica de esta Administradora para su reconocimiento. De no haberse registrado la misma se procederá a su débito total.

Informar externación a internaciones@hemisferiosalud.com.ar

NORMAS DE FACTURACION DE INTERNACION

Denuncia de internación con el N° correspondiente dado por esta Administradora junto con:

- Fotocopia de credencial o carnet de afiliado.
- Fotocopia de último recibo de haberes y/o comprobante de pago.
- Fotocopia de documento de identidad.
- Fotocopia de Historia Clínica completa (adjuntando fotocopia de hoja de enfermería, protocolo de laboratorio, RX, protocolo quirúrgico y anestésico, ficha identificadora del RN, troqueles originales en caso de facturar medicación, si es de presentación hospitalaria, la autorización previa y valor por unidad etc.).

ALTERNATIVA DIGITAL DE FACTURACION

Debe enviar lo siguiente:

* *Factura* (electrónica si corresponde)

* *Detalle ambulatorio-internaciones* de las prestaciones facturadas (**adjuntamos planilla**) con los mismos criterios expresados anteriormente.

* *Documentación respaldatoria* (**escaneada** en vez de fotocopia).

A la siguiente dirección:

convenios@hemisferiosalud.com.ar

Esta propuesta simplifica la facturación (evitando consumo de papel y gastos de envío por correo), ante cualquier duda o consulta, comunicarse a,

convenios@hemisferiosalud.com.ar

OBRA SOCIAL:		Nº FACTURA:		PERIODO:							
Fecha	Nº de Autorización Ambulatorio-Internación Salud Mental	Nº de Afiliado	Nombre y Apellido	Código de Prestación	Profesional	Categoría Prof	Especialidad/Tipo de Consulta	Código ICD / Diagnóstico	Cantidad	\$ Unitario	\$ Coseguro (total)

Obra social, Numero de factura, periodo

Fecha

Nº de Autorización Ambulatorio-Internación Salud Mental

Nº de Afiliado

Nombre y Apellido

Código de Prestación

Profesional

Categoría Prof

Especialidad/Tipo de Consulta

Código ICD / Diagnóstico

Cantidad

\$ Unitario

\$ Coseguro (total)

HEMISFERIO SALUD S.A.

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE ALTA COMPLEJIDAD y NO NOMENCLADOS

Obra Social:

Apellido y Nombre: Afiliado Nº:

Edad: Peso: Tel. Afiliado:

Profesional Solicitante: Dr/Dra: Especialidad:

ESTUDIO/S SOLICITADOS

.....
.....
.....
.....

INTERNADO

AMBULATORIO

PROGRAMADO

URGENCIA

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA /ANTECEDENTES

.....
.....
.....
.....

ESTUDIOS PREVIOS

.....
.....
.....
.....

FECHA: *mmmm / mmmm / mmmm*

FIRMA y SELLO deL PROFESIONAL

NOTA: EL/LOS ESTUDIOS SOLICITADO QUE NO POSEAN LOS DATOS CLINICOS y PERSONALES DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADOS ASI COMO LOS QUE CAREZCAN DE FUNDAMENTO MEDICO QUE LOS JUSTIFIQUE NO SERAN AUTORIZADOS POR AUDITORIA MEDICA.

PARA SER REALIZADO EN :

AUTORIZADO POR:

FECHA...../...../.....

HEMISFERIO SALUD S.A.

DENUNCIA DE INTERNACION

Obra Social:

Apellido y Nombre : Afiliado N°:

Edad: Peso: Sexo: Tel. Afiliado:

CLINICA/SANATORIO:

DIAGNÓSTICO\S:.....

.....

FECHA DE INTERNACIÓN: /..... /..... HORA:

NÚMERO DE INTERNACIÓN

.....

Profesional Solicitante: Dr/Dra: Especialidad:

.....

FIRMA Y SELLO

Resolución de Auditoría Hemisferio Salud S.A: