

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 que puede consultarse- descargarse en :
<http://www.hemisferiosalud.com.ar/%20descarga-de-padrones/>

NORMAS PARA AUTORIZAR PRACTICAS AMBULATORIAS

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 y deben cobrar el co-seguro que corresponda según la complejidad y plan.**

Recordamos que hay prácticas o prestaciones de ***Baja Complejidad según PMO*** pero **que tienen tope por afiliado año**, y requieren autorización, 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.

Todas las prácticas o estudios de Alta complejidad según PMO (ANEXO II) requieren autorización previa de HEMISFERIO SALUD por mail a: autorizaciones@hemisferiosalud.com.ar enviando orden médica y planilla adjunta. **Deben cobrar el co-seguro que corresponda según la complejidad y plan.**

Aclaremos que el criterio de autorización abarca a todos los sectores de la Institución, incluyendo la guardia, pero sin que esta acción condicione el accionar médico.

NORMAS DE FACTURACION PRACTICAS AMBULATORIAS

1. Para la facturación de ***prácticas de baja complejidad*** según PMO 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 (***Anexo III***) indicando:
 - a. Profesional interviniente y Especialidad, firma y N° matricula profesional
 - 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. 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.
5. Los **co-seguros (Anexo Co-seguros en página Hemisferio Salud)** percibidos deben estar detallados y descontados en la presentación de la factura correspondiente.
6. Los Planes que pagan co-seguros son:
 - a.- Plan **PMO** pagan co-seguros por prácticas de Baja y Alta complejidad.
 - b- Planes **Juegos de Azar / Alta complejidad** pagan co-seguros de Alta complejidadLos planes se encuentran discriminados en el padrón que deben bajar/consultar:
<http://www.hemisferiosalud.com.ar/%20descarga-de-padrones/>

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 90 días de realizadas las mismas, luego quedarán sin efecto. Así mismo, **el plazo máximo para recibir refacturaciones será de 60 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. enviara 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 Auditoria Médica de esta Administradora para su reconocimiento. De no haberse registrado la misma se procederá a su débito total.

Aclaremos que todo **estudio que requiera autorización**, solicitado al paciente internado debe canalizarse a través de: internaciones@hemisferiosalud.com.ar

Informar alta médica / extermación 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 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 Anexo IV***) 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

HEMISFERIO SALUD S.A.

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE ALTA COMPLEJIDAD y NO NOMENCLADOS

Obra Social:

Apellido y Nombre : Afiliado N°:

Edad: Peso: Tel. Afiliado:

Profesional Solicitante: Dr/Dra: Especialidad:

ESTUDIO/S SOLICITADOS

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

INTERNADO AMBULATORIO PROGRAMADO URGENCIA

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA /ANTECEDENTES

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

ESTUDIOS PREVIOS

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

FECHA: / /

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...../...../.....

Obra Social: _____

**DENUNCIA FORMAL DE INTERNACION PARA: URGENCIAS, PRÁCTICAS PROGRAMADAS
Y MÓDULOS DE OBSERVACION.**

*CLINICA/SANATORIO/CENTRO:

*APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

*EDAD: SEXO: M. F. *D.N.I. N°:.....

*N° DE A FILIACIÓN/BENEFICIARIO:

*DIAGNÓSTICO/S: _____

*Practica/s (programadas):

*FECHA DE INTERNACIÓN: ____ / ____ / ____ HORA: _____ *EGRESO ____ / ____ / ____

OBSERVACIONES: _____

*Profesional Solicitante: Dr./Dra.:

Sres. prestadores, por favor, en sus solicitudes, NO copiar y/o enviar a personas o sectores ajenos al de internaciones.

Deben enviar únicamente y en forma directa a: internaciones@hemisferiosalud.com.ar todo lo relacionado a denuncias de internaciones de urgencia, módulos de observación, cx programadas, sesiones de quimioterapia, VEDA, VCC como también estudios de afiliados internados que requieran autorización previa.