

## ANEXO II

### Normas Administrativas:

#### Facturación:

- Requisitos para la presentación de la documentación:
  - 1) Toda la documentación deberá ser enviada protegida por un envase o envoltorio que evite su deterioro.
  - 2) Y contener:

**Facturas tipo A, ó C**, una para pacientes obligatorios (sin IVA) y otra para pacientes adherentes (con IVA). Cada una de ellas deberá contener desagregados los planes (detalle y subtotales), según corresponda por tipo de afiliado:

- i. **Obligatorios:** Classic, planes Accord Obligatorios.
- ii. **Adherentes:** planes Accord Adherentes.

La condición de afiliado adherente se verifica en el frente de la credencial que indica "ADHERENTE"

#### Prestaciones ambulatorias:

- Se aceptarán hasta 3 consultas por paciente y por mes, independientemente de la especialidad de que se trate. Para facturar más de 3 consultas, deberán presentar resumen de Historia Clínica
- En prácticas ambulatorias se deberán detallar en remito de facturación separadas por prestador, rubro y por orden alfabético, acompañando dicho remito con las prescripciones médicas, debidamente conformadas: sello y firma del profesional solicitante y del actuante, firma del afiliado, fecha de prestación, diagnóstico presuntivo, N° de afiliado completo y legible, informe de estudios, autorización correspondiente.
- No serán válidas las prescripciones con tachaduras y/o enmendadas; si lo estuvieran deberán salvarse con el mismo trazo caligráfico y con la firma y el sello del profesional
- El profesional deberá adjuntar una planilla consignando los datos del paciente (Nombre y Apellido, N° de beneficiario, prestación realizada, fecha, diagnóstico, firma y aclaración del paciente). Además, la referida planilla deberá contener la firma y el sello del médico que prestó los servicios facturados.

#### Internaciones:

- Deberá adjuntarse a la facturación Resumen de Internaciones, consignando nombre y apellido del beneficiario, NC de afiliado e importe total de la prestación
- Remito individual de internación: con copia de la Historia Clínica completa del paciente debidamente ordenado. Orden de autorización de la internación, fotocopia del DNI, de la credencial y recibo de sueldo. En caso que el paciente sea un beneficiario adherente el recibo de sueldo no es requisito a solicitar.

### Plazo de presentación de la facturación:

Se aceptarán facturas por prestaciones de hasta 2 (dos) meses anteriores a la fecha de presentación.

Toda facturación de prestaciones anteriores a los sesenta (60) días no será reconocida por UP para su correspondiente pago.

### Normas Operativas

#### Auditoría médica y administrativa:

La Auditoría Administrativa procederá a revisar la totalidad de la documentación presentada, controlando:

- Pacientes contra padrón
- Orden Medica Original completa
- Autorización de la prestación
- Prestaciones realizadas
- Fecha de realización
- Firma y sello Efector
- Informe de procedimientos o prácticas
- Códigos facturados
- Valores pactados

El departamento de Auditoría Médica de UNION PERSONAL se reservará el derecho de controlar y auditar la documentación remitida por el prestador y las auditorías de terreno que hubiera realizado, con el fin de dar curso o no a las prestaciones facturadas para su pago; pudiendo efectuar los débitos que correspondan al prestador, ya sea por incumplimiento de alguna de las cláusulas establecidas en el convenio o normas anexas al mismo, como así también por posibles irregularidades detectadas por la empresa en alguno de los conceptos facturados; aclarando que el prestador gozará del derecho de re-facturar las prestaciones alegando por escrito las motivaciones clínicas y/o quirúrgicas que considere pertinentes, dentro de los 60 (sesenta) días de retirado el débito y en forma separada de la facturación mensual.

El Departamento de Auditoría Médica procederá a la evaluación de cada caso en particular según el descargo realizado por el prestador. Transcurrido los 60 (sesenta) días mencionados no se aceptarán re-facturaciones por prestaciones realizadas.

#### Si se aceptarán re-facturaciones por:

Ambulatorio: Débitos administrativos por

- Ausencia de datos del beneficiario.
- Falta de diagnóstico.
- Falta de firma y / o sello del médico interviniente / efectore.
- Falta de fecha de realización
- Falta de validación o validación vencida

## **No se aceptarán re-facturaciones por:**

### **Internaciones:**

- Débitos de días de internación por ausencia de la evolución médica
- Falta de firma y / o sello aclaratorio del médico interviniente/ efector
- Ausencia de los protocolos de informe de los estudios realizados, protocolos quirúrgicos, hemoterapia, etc.

Si luego de esta instancia continuaran los débitos por diferencias de criterio médico, el Prestador podrá solicitar una Auditoría Compartida, para tal fin dispondrá de un plazo de 30 (treinta) días corridos a partir de la fecha de notificación del dictamen de la re-facturación previa, luego de lo cual no se aceptará dicha solicitud.

Para solicitar Auditoría Compartida deberán enviar a la Obra Social un listado de los pacientes que deseen discutir con el fundamento médico escrito en cada caso y haciendo referencia a qué N° de Expediente y Factura pertenecen.

Entre la Obra Social y el Prestador se acordará una fecha de Auditoría Compartida a realizarse en la sede de UNION PERSONAL, que finalizará con el ACTA correspondiente que será signada por ambas partes.

La Auditoría Compartida constituye la instancia final a todo reclamo por parte del prestador de los débitos realizados en oportunidad de la auditoría de facturación.

Las prestaciones deberán autorizarse previamente por sistema instalado en cada prestador o por vía fax al teléfono:....., en la Delegación .....

Para los efectores de las prácticas, los requisitos para la realización de las mismas y su posterior facturación son las siguientes en cada orden de práctica:

- Orden medica Original. (La validez es de 60 días desde la fecha de prescripción de la misma)
- Diagnóstico presuntivo del prescriptor (a excepción del Plan Platino)
- Nombre y Apellido del paciente.
- N° de beneficiario.
- Firma y sello del profesional solicitante.
- Fecha de solicitud de la práctica (Vigencia 60 días desde la prescripción de la orden médica. Se aclara que la validación / autorización NO re-valida fecha)
- Firma y sello del profesional efector
- Fecha de realización de la misma.
- Firma, aclaración y N° de DNI del paciente y/o responsable en el reverso de la orden médica.
- Informe del procedimiento o práctica realizada
- Bono de atención, para aquellas consultas que la requieren
- Autorización impresa solicitada por el prestador o excepcionalmente por el afiliado.

## **Internaciones.**

En caso de internaciones programadas deberá solicitarse la autorización correspondiente en forma previa, en caso de urgencias se podrá solicitar la autorización dentro de las 24 hs. hábiles posteriores a la internación.

Se recomienda chequear el Plan del paciente antes de solicitar la internación.

## **Plan Materno Infantil.**

Dejamos constancia por este medio que las mujeres embarazadas y los niños hasta el año de vida gozan de los beneficios del citado plan. Por lo tanto no les corresponde abonar ningún tipo de co-seguro tanto para las consultas como para las prácticas.

Los médicos coordinadores y/o especialistas deberán consignar en las órdenes médicas la leyenda "PMI"

## **Anestesia:**

### **Documentación obligatoria para presentar:**

- **Protocolo anestésico**
- **Protocolo quirúrgico ( no obligatorio)**
- **Pedido Médico**
- **Informes de prácticas**
- **Copia de autorización de cirugía o internación (no obligatorio)**