



	Manual de Procedimientos	Hoja 2 de 13
	Normas Operativas Generales	NOG-16

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

1. Deberá solicitarse

- a. Credencial de la Obra Social.
- b. D.N.I.
- c. Bono correspondiente a la prestación a efectuar
- d. Indicación médica y
- e. Autorización, si correspondiera (se adjunta modelo de autorización en anexo 1).

En caso de falta de presentación del DNI o credencial, se podrá solicitar copia vía fax al 0810-666-7400 o al (011) 4344-9999 (24 hs.) o validar vía on line por intermedio de la página web en <https://valida.gmssa.com.ar>, previa asignación de usuario.

2. AUTORIZACIONES

- a. En el Anexo 3 se definen las prestaciones que requieren autorización, y la forma en que se gestiona la misma.
- b. Todas las solicitudes de autorización de prestaciones programadas deben ser cargadas por el centro referente local.
- c. Las internaciones de URGENCIA deben ser denunciadas a la Central de autorizaciones por los Sanatorios y/o Clínicas directamente, sin intervención del Centro Referente Local.
- d. Las prácticas de internación que requieran autorización de la Central de Autorizaciones deben ser solicitadas a ésta por los Sanatorios y/o Clínicas directamente, sin intervención del Centro Referente Local.
- e. Las prácticas de internación urgentes, que deban ser realizadas fuera del establecimiento donde el paciente está internado, y que surjan fuera del horario en que funciona la Central de Autorizaciones, serán gestionadas ante la Mesa Operativa, la cual tramitará la derivación. La autorización correspondiente para el efector será emitida el día hábil siguiente por la Central de Autorizaciones.

A. Atención Ambulatoria

CONSULTAS AMBULATORIAS PROGRAMADAS

1. El beneficiario deberá concurrir a la consulta presentando la siguiente documentación:
 - a. Credencial de la Obra Social.
 - b. Documento de Identidad.
 - c. Bono de Consulta.
2. El profesional deberá completar en el bono, los siguientes datos:
 - a. Nombre y apellido del beneficiario.
 - b. Obra Social.
 - c. Fecha de realización de la consulta.
 - d. Edad del beneficiario.
 - e. Diagnóstico o Motivo de la consulta, según códigos del CEI-10.
 - f. Firma y sello del profesional.
 - g. Firma de conformidad del beneficiario.
3. Los datos mencionados deberán ser completados con letra clara, sin enmiendas ni tachaduras o en su defecto ser salvados por el mismo trazo caligráfico del profesional, en el bono de Consulta.
4. Los diagnósticos y atenciones brindadas deberán ser solo inherentes a la especialidad con que figura en la Cartilla Prestacional.
5. En caso de controles periódicos, se deberá aclarar a qué tipo corresponde: ginecológico, mamario, lactancia, vacunación, alimentación, etc., y su periodicidad: anual, mensual, etc. (Por

ejemplo: Control ginecológico anual, PAP, control 1 mes de vida, control alimentación 4º mes, control de vacunación 5 años, control mamario anual).

6. Los especialistas en Ginecología y Tocoginecología, deben realizar la colposcopia y tomar la muestra para PAP, en una consulta. Si por algún motivo, se realizara la colposcopia en consulta ulterior, sólo se abonará la práctica y no la consulta, salvo que el profesional justifique plenamente el motivo por el cual no la llevó a cabo en la consulta inicial.

PRÁCTICAS AMBULATORIAS COMPLEMENTARIAS

1. La prescripción de una Orden de Práctica, o solicitud de interconsulta a especialidades (según se describe en Anexo 3) deberá contener:
 - a. Nombre y Apellido del beneficiario.
 - b. Obra Social.
 - c. Número de beneficiario.
 - d. Detalle de la práctica solicitada.
 - e. Diagnóstico de certeza o presuntivo.
 - f. Resumen de Historia Clínica.
 - g. Fecha de la solicitud.
 - h. Firma y sello del profesional solicitante
2. La solicitud de una práctica o pedido de interconsulta a especialidades, debe ser efectuada en una receta y/o formulario institucional específico del Prestador, hasta que la Obra Social defina el nuevo modelo de solicitud.
3. No se otorgarán turnos ni se emitirán bonos para realización de estudios o interconsultas sin verificar la necesidad o no de autorización, de acuerdo al Anexo 3.
La verificación, la carga en sistema SAES, si corresponde, y la gestión de la autorización en el nivel que indica el Anexo 3, están a cargo del Ambulatorio donde se genera la prestación.
4. No se podrán transcribir estudios solicitados por terceros.
5. No se podrán utilizar recetarios con prácticas preimpresas.
6. Los profesionales deberán confeccionar de su puño y letra la solicitud de estudios, ya que trazados caligráficos diferentes serán observados.
7. No se podrá solicitar Densitometrías óseas de más de una región, sin la debida justificación detallada en el resumen de historia clínica.
8. No se podrá prescribir estudios catastrales, preocupacionales, laborales, aptitud física escolar y/o deportiva, ni cualquier prestación incluida en el Régimen de la Ley N° 22457 de Riesgos del Trabajo.
9. En caso de ser necesario solicitar un estudio no frecuente o de reciente implementación en nuestro medio, deberá comunicarse a los **CENTROS OPERATIVOS** antes de emitir el pedido.
10. **Carga digital de informes en Historia Clínica Digital (HCI):**
 - a. El Prestador deberá realizar la carga digital de informes de, protocolos y/o resultados de todas las prestaciones efectuadas, tanto, ambulatorias como internación en los formatos, sistemas y/o modalidades que establezcan entre la OS y cada Efector en particular, para ser anexadas a la Historia Clínica Informatizada (HCI) de cada beneficiario, según se indica en el Anexo Nro. 2.

B. Atención Ambulatoria en Centros De Diagnóstico y Tratamiento

1. **El beneficiario deberá presentar la siguiente documentación:**
 - a. Credencial de la Obra Social.
 - b. Documento de Identidad.
 - c. Orden de práctica debidamente completada en un formulario preimpreso o en el recetario del médico solicitante.
 - d. Bono de la Obra Social por la práctica solicitada.
 - e. Autorización si la práctica lo requiere.

2. Las Ordenes de Prácticas que se presentan, requieren contener los siguientes datos
 - a. Nombre y apellido del beneficiario.
 - b. Obra Social.
 - c. Número de beneficiario.
 - d. Detalle de la práctica solicitada.
 - e. Datos clínicos.
 - f. Diagnóstico.
 - g. Fecha de la solicitud.
 - h. Firma y sello del profesional solicitante.
 - i. Firma de conformidad del beneficiario.
 - j. Fecha de la realización.
3. Para las prácticas ambulatorias, interconsultas a especialidades y/o INTERNACIONES PROGRAMADAS, que requieran autorización, el beneficiario deberá haber efectuado previamente el trámite en el AMBULATORIO.
4. El material de Contraste y/o Radioactivo, Material Descartable y/o Medicación específica requeridos para una práctica serán provistos por el Efector que efectúa la prestación.
5. La vigencia de la Orden de Práctica será de 30 días corridos, a partir de su indicación/prescripción.
6. **Carga digital de informes en Historia Clínica Digital (HCI):**
 - a. El Prestador deberá realizar la carga digital de informes de, protocolos y/o resultados de todas las prestaciones efectuadas, tanto, ambulatorias como internación en los formatos, sistemas y/o modalidades que establezcan entre la OS y cada Efector en particular, para ser anexadas a la Historia Clínica Informatizada (HCI) de cada beneficiario, según se indica en el Anexo Nro. 2.

C. Atención en Sanatorios con Internación

1. **Atención por Guardia:**
 - a. Todo beneficiario que ingrese para ser atendido por Consultorio de Guardia y/o en Emergencias debe validarse en el Sistema de Autorización (SAES).
 - b. La no validación de beneficiario generará el débito del cincuenta por ciento (50%) del valor pactado para la prestación, siempre y cuando este se encuentre activo, y se presente el bono de prestación.
 - c. La atención de beneficiarios no válidados en el SAES, sin cobertura al momento de la prestación, generará el débito total de la atención, aún cuando se acompañe del bono de prestación.
2. **Denuncia de Internación:**

Todas las internaciones (urgencias o programadas) requieren autorización para su realización, caso contrario serán debitadas:

 - a. Programadas: ante una internación programada – previamente autorizada – el Prestador sanatorial deberá denunciarla dentro de las 2 (dos) horas subsiguientes a la internación. Se denunciarán las internaciones de pacientes al SAES, según se detalla en el Manual del Usuario (Anexo 4) una vez otorgado el usuario y contraseña correspondiente.
 - b. Urgencias: en los pacientes con requerimientos de internación se procederá:
 - ✓ Se solicitará la autorización a la Mesa Operativa dentro de las **2 horas** posteriores a la prescripción de la conducta médica de internar.
 - ✓ La Mesa Operativa autorizará o rechazará la internación derivando al paciente de acuerdo a su plan de cobertura, relación contractual con el Prestador y capacidad instalada para la resolución de la patología.
 - ✓ Las denuncias de requerimientos de internación realizadas posterior a las 2 (dos) horas y antes de las 12 (doce) horas, tendrán un débito del cincuenta por ciento (50%) del día de internación, hasta efectivizar la denuncia de internación.

- ✓ Las denuncias de requerimientos de internación realizadas posterior a las 12 (doce) horas y antes de las 24 (veinticuatro) horas, tendrán un débito del sesenta por ciento (60%) del día de internación, hasta efectivizar la denuncia de internación.
 - ✓ Las denuncias de requerimientos de internación realizadas posterior a las 24 (veinticuatro) horas, tendrán un débito del setenta por ciento (70%) del día de internación, hasta efectivizar la denuncia de internación.
 - ✓ Las denuncias de requerimientos de internación realizadas posterior a las 48 (cuarenta y ocho) horas, tendrán un débito del ochenta por ciento (80%) del día de internación, hasta efectivizar la denuncia de internación.
 - ✓ Las denuncias de requerimientos de internación realizadas posterior a las 72 (setenta y dos) horas, tendrán un débito del noventa por ciento (90%) del día de internación, hasta efectivizar la denuncia de internación.
- c. Prácticas de Internación: todas las prácticas, **previo a realizarse**, deberán ser denunciadas a la central de Autorizaciones sector Urgencias adjuntando prescripción médica vía mail a la casilla denunciasdeinternacion@osecac.org.ar, vía telefónica al 4331-5260 Int. 111 / 120 / 126 / 127. En el caso de realizar dichas prácticas de internación (cirugía) de urgencia, a la misma se le deberá sumar en el envío el protocolo quirúrgico y si utilizó material de prótesis; el certificado de implante con stickers. Cabe destacar que este proceso se debe realizar mientras el afiliado/a se encuentra internado.
- 3. Clave quirúrgica:**
- a. Es responsabilidad del médico cirujano solicitar a la Central de Turnos Quirúrgicos la clave quirúrgica, necesaria para gestionar el turno en quirófano y para la posterior facturación de la práctica. La clave quirúrgica **no** reemplaza a la autorización médica. Deberá ser solicitada por correo electrónico a la cuenta centralclavesquirurgicas@osecac.org.ar teléfono 4331-1919 int. 2036 / 2190. El profesional se da por notificado de:
- ✓ La existencia de varios planes, los cuales incluyen una red prestacional diferentes entre sí, por tanto no sugerirá Institución alguna hasta conocer el **otorgamiento de la fecha de cirugía y Centro donde se realizará la misma**.
 - ✓ Se prodrá postergar o adelantar la carga quirúrgica que tiene la Obra Social de acuerdo a los cambios epidemiológicos existentes, con el objetivo de la mejor utilización de camas disponibles.
- b. La Central de Turnos Quirúrgicos informará – vía correo electrónico, dentro de los 7 (siete) días corridos – el número de clave quirúrgica **indicando fecha aproximada y lugar de programación** de la/s prestación/es. Se exceptúan pacientes con patologías que deban ser resueltas a la brevedad: oncológica, vascular, resolución quirúrgica con tiempo perentorio, urgencias relativas (menos de 7 (siete) días), etc., los cuales recibirán la clave quirúrgica en las 48 hs de formulada la solicitud.
- c. Las cirugías programadas realizadas sin clave quirúrgica tendrán un débito del cincuenta por ciento (50%) de la internación, hasta efectivizar la solicitud de clave quirúrgica.
- d. Las cirugías de urgencias deberán solicitar clave quirúrgica en las primeras 24 (veinticuatro) horas posterior a su realización, pasada las 48 (cuarenta y ocho) horas, tendrán un débito del cincuenta por ciento (50%) de la internación, hasta efectivizar la solicitud de clave quirúrgica.
- 4. Autorización de cirugía y/o materiales:**
- a. La solicitud de autorización de cirugía y/o materiales se realizará por el profesional, Policonsultorio y/o Institución – según lo designado por la Obra Social, en cada caso en particular – directamente a la Central de Autorizaciones, la documentación respaldatoria podrá ser enviando por: cadetería, correo electrónico a la cuenta cautorizaciones@osecac.org.ar (**escaneada**) o vía fax al 4331-5260 (líneas rotativas).
- b. La Central de Autorizaciones emitirá dictámen en los 3 (tres) días hábiles de ingresada la solicitud médica; en los casos de disentir con el procedimiento y/o los materiales el auditor se comunicará en forma personal con el profesional prescriptor para solucionar la diferencia debiendo quedar cerrado el trámite por acuerdo consensuado, cuando no se alcance acuerdo por las partes se remitirá el trámite a la Gerencia Médica para su resolución definitiva.

- c. En el caso de prestaciones que requiera materiales excluidos (descartables, stents, material de osteosíntesis, ortesis o prótesis, etc) y provistos por la Obra Social, se deberá gestionar su solicitud para la autorización y provisión a la Central de Autorización, en días hábiles de 08 a 20 hs, en horario nocturno y feriados se enviará la solicitud a la Mesa Operativa. Presentando la siguiente información:
- ✓ Nombre y apellido del Beneficiario.
 - ✓ Número de documento.
 - ✓ Material quirúrgico implantable, prótesis, descartables, etc. a utilizar, de acuerdo a las normativas vigentes del Programa Médico Obligatorio (PMO): *“Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto. El Agente del Seguro deberá proveer las prótesis nacionales según indicación, sólo se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional. La responsabilidad del Agente del Seguro se extingue al momento de la provisión de la prótesis nacional”*. De requerir provisión de materiales excluidos (descartables, stents, material de osteosíntesis, ortesis o prótesis, etc) con marcas comerciales o especificaciones especiales y/o dirigidas a una marca determinada, rechazando los provistos por la Obra Social, los mismos quedarán a cargo del Prestador.
 - ✓ Firma y sello del médico tratante.
5. El traslado de pacientes internados de un establecimiento a otro por derivación o realización de estudios con retorno, o alta sanatorial, se gestionarse ante la Mesa Operativa; deberá enviarse la prescripción del traslado, el diagnóstico y fundamentos que justifiquen la derivación o el alta en transporte sanitario, indicando tipo de traslado requerido y la unidad a emplear (terrestre, aéreo, equipamiento), emitida por el médico tratante.
6. La Historia Clínica del paciente internado deberá contener a disposición de la Auditoría Médica de Terreno:
- a. Fotocopias de la documentación presentada por el beneficiario para su atención; en caso de tratarse de monotributistas, fotocopia de los últimos 6 pagos.
 - b. Historia Clínica completa, con indicaciones y evolución diaria firmada por el médico tratante.
 - c. Protocolo quirúrgico y anestesiológico (si fuera el caso) firmados por los profesionales intervinientes.
 - d. Informe de todas las prácticas realizadas durante la internación.
 - e. Hoja de enfermería, medicación instituida y material descartable empleado.
 - f. Epicrisis.
 - g. Consentimiento informado, en caso de intervenciones quirúrgicas y/o prácticas especiales que así lo requieran.
7. **Carga digital de informes en Historia Clínica Digital (HCI):**
- a. El Prestador deberá realizar la carga digital de informes de, protocolos y/o resultados de todas las prestaciones efectuadas, tanto, ambulatorias como internación en los formatos, sistemas y/o modalidades que establezcan entre la OS y cada Efector en particular, para ser anexadas a la Historia Clínica Informatizada (HCI) de cada beneficiario, según se indica en el Anexo Nro. 2.

D. Normas Generales de Facturación | Requisitos que deben reunir las facturas



1. **FACTURA:** emitida a nombre de **O.S.E.C.A.C.**, de acuerdo con los requisitos establecidos en la Resolución General 3419 de la AFIP, sus modificatorias y demás Normas vigentes sobre emisión de facturas:
- a. Datos de la O.S.E.C.A.C.:
 - Número de CUIT 30-55027355-80.
 - Domicilio Moreno 648/50 Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1091AAN).
 - Condición frente al impuesto agregado **EXENTO**.
 - Solo serán recibidas facturas tipo “B” o “C”.**

- No se aceptarán en ningún caso remitos en reemplazo de facturas, respaldando prácticas médicas.
- b. Datos del Prestador:
 - Número de CUIT.
 - Condición ante el IVA.
 - Ingresos Brutos, cuando corresponda.
 - Numeración preimpresa en original y duplicado.
 - Concepto y período de las prestaciones facturadas:
 - ✓ Prestaciones ambulatorias en tres (3) Facturas, divididas en los siguientes conceptos, **cuando corresponda**: 1º atención médica por Guardia y/o consultorios externos, 2º prácticas ambulatorias y 3º monto fijo mensual; con su correspondiente detalle valorizado en soporte magnético y documentación respaldatoria.
 - ✓ Prestaciones de internación por facturación de acto médico en cuatro (4) Facturas, divididas en los siguientes conceptos, **cuando corresponda**: 1º adultos, 2º neonatología y pediatría, 3º nacimientos (partos y cesáreas), 4º monto fijo mensual; con su correspondiente detalle valorizado en soporte magnético y documentación respaldatoria.
 - ✓ **Prestaciones con recupero SUR**, se presentarán en forma unipersonal (por beneficiario), debe contener:
 - Identificación del beneficiario: nombre/s y apellido/s, DNI,
 - Período de la prestación facturada a la Obra Social,
 - Si la factura contiene varios insumos detallar los importes individuales.
- c. Fecha de emisión de la/s Factura/s.
- d. Firma y sello del responsable del área.
- e. No deberá discriminarse IVA por tratarse de beneficiarios obligatorios.
- 2. PRESENTACION: deben corresponder a prestaciones efectuadas el mes previo al de fecha de presentación de la factura y deberán ser remitidas del día 1º al 10º de cada mes al Centro de Liquidaciones designado según convenio:
 - a. Rivadavia 611 Piso 1º Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1002AAE), o
 - b. Moreno 648. Planta Baja. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1091AAE).No se aceptarán prestaciones pasadas los sesenta (60) días de su realización.
- 3. SOPORTE MAGNETICO: el soporte magnético de la facturación – en archivos separados por Factura – será enviado por correo electrónico a enviodesoportes@gmssa.com.ar, el mismo día que se recepciona la documentación en el Centro de Liquidaciones.
- 4. MODALIDAD DE PRESENTACION DE FACTURACION Y DOCUMENTACION RESPALDATORIA: detalle de prestaciones realizadas valorizadas según convenio, en una única presentación mensual, con su correspondiente soporte magnético:
 - a. Atención ambulatoria, detalle valorizado donde consten las prestaciones efectuadas (se adjunta modelo de planilla):
 - Datos filiatorios del beneficiario: número de Documento Nacional de Identidad (DNI), Libreta Cívica (LC) o Libreta de Enrolamiento (LE), nombre/s y apellido/s completos.
 - Código y descripción de la prestación realizada (según convenio), con su correspondiente importe unitario, no se aceptarán sumatoria de prácticas realizadas en un mismo ítem.
 - Fecha de efectuada la prestación.
 - Cantidad de prestación/es realizada/s.
 - Importe unitario.
 - Importe total.
 - Total facturado.
 - Documentación avalatoria: se adjuntará ordenada y numerada respetando el detalle informado en el soporte magnético:
 - ✓ Bonos de prestación, con todos sus datos completos.
 - ✓ Prescripción médica – **original** – de las prácticas realizadas.
 - ✓ Autorización – cuando corresponda – Anexo Nro. 1 de las Normas Operativas.
 - ✓ Protocolo de la práctica realizada.

- b. Atención en internación, detalle valorizado donde consten las prestaciones efectuadas (se adjunta modelo de planilla):
- Datos filiatorios del beneficiario: número de Documento Nacional de Identidad (DNI), Libreta Cívica (LC) o Libreta de Enrolamiento (LE), nombre/s y apellido/s completos.
 - Código y descripción de la prestación realizada (según convenio), con su correspondiente importe unitario, no se aceptarán sumatoria de prácticas realizadas en un mismo ítem.
 - Fecha de efectuada la prestación.
 - Cantidad de prestación/es realizada/s.
 - Importe unitario.
 - Importe total.
 - Total facturado.
 - Documentación avalatoria: se adjuntará ordenada y numerada respetando el detalle informado en el soporte magnético:
 - ✓ Documentación (fotocopia) presentada por el beneficiario para su atención; en caso de tratarse de Monotributistas, fotocopia de los últimos 6 pagos cuando se trate de prestaciones con recupero SUR. Servicio doméstico último pago y recibo de cobro de haberes a mes vencido.
 - ✓ Autorización de la internación, con el bono de prestación, con todos sus datos completos.
 - ✓ Autorización de las prácticas de internación que así lo requieran.
 - ✓ Historia Clínica (fotocopia) unificada y completa con resumen individual impreso por paciente, incluyendo indicaciones y evolución diaria firmada por el médico tratante; protocolos quirúrgico, anestesiológico y, si fuera el caso, informe de anatomía patológica o constancia de envío del material al anatomopatólogo; informe de todas las prácticas realizadas durante la internación; hojas de enfermería, medicación administrada y material descartable empleado; epicrisis; consentimiento informado, en caso de intervenciones quirúrgicas y/o prácticas especiales que así lo requieran.
 - ✓ Transfusiones de sangre y/o hemoderivados, autotransfusión, exanguineotransfusión, filtros especiales transfusionales e irradiación de sangre y/o hemoderivados deberán presentar prescripción médica, protocolo de la prestación, y stickers identificatorios de los materiales usados: bolsas de sangre y/o hemoderivados, filtros, etc.
 - ✓ Prestaciones con recupero SUR deberán presentar la documentación requerida a tal efecto, de acuerdo a lo establecido en las normativas de la Obra Social.
 - No se aceptará facturación discriminada por Servicios Médicos
5. **MEDICAMENTOS:** medicamentos y/o drogas excluidos – **corresponde únicamente a las presentaciones farmacéuticas para uso parenteral** – podrán ser por provisión, reposición o facturación al valor establecido por la Obra Social, de acuerdo a los normativas particulares establecidas en cada convenio. La facturación deberá acompañar el respectivo troquel – **original** – y en los casos de envases hospitalarios el Remito – **original** – de compra mas declaracion jurada del Responsable Técnico/a de Farmacia o en su defecto la fotocopia de HC y hojas de enfermeria firmadas por el Director/a Médico/a de la Institucional, debidamente justificados y reconocidos como tal en el Manual Farmacéutico. Los medicamentos y drogas con posibilidad de fraccionamiento para su facturación, serán consideradas las condiciones de estabilidad de estos de acuerdo a las indicaciones médicas, teniendo en cuenta la evidencia disponible: prospecto, bibliografía especializada y recomendaciones de las Asociaciones y/o Sociedades Científicas.
6. **DESCARTABLES:** serán por reposición o provisión, para ser facturados con autorización, **previa**, de la Obra Social.
7. **PRESTACIONES NO CONVENIDAS:** se realizarán con **presupuesto previo**, debiendo adjuntarse a la facturación y documentación respaldatoria individual.
8. **DEBITOS:** Serán notificados a los cuarenta y cinco (45) días de recibida la facturación.
9. **REFACTURACIONES:**
- a. Los débitos deberán ser observados en forma fehaciente en los treinta (30) días subsiguientes de haberse tomado conocimiento de los mismos.

- b. No se recibirán refacturaciones o solicitudes de revisión de débitos, pasados los 60 días de la recepción de los mismos por parte de los prestadores.
- c. Deberá presentarse en factura separada de las prestaciones del mes a liquidar, debiendo constar:
 - Período de facturación original.
 - Número de factura de presentación original.
 - Cumplimentar los mismos requisitos enunciados en el ítem 4 (MODALIDAD DE PRESENTACION DE FACTURACION Y DOCUMENTACION RESPALDATORIA).
 - Argumentos médicos y/o administrativos que fundamentan la presentación.
- d. Para la revisión de débitos deberá enviar la solicitud por correo electrónico a auditoriascompartidas@osecac.org.ar, es condición indispensable remitir los datos necesarios para la recuperación de las historias clínicas del Archivo:
 - Datos filiatorios del beneficiario: número de Documento Nacional de Identidad (DNI), Libreta Cívica (LC) o Libreta de Enrolamiento (LE), nombre/s y apellido/s completos.
 - Fecha de realización de la prestación.
 - Fecha de ingreso y egreso sanatorial.
 - N° de Historia Clínica.
 - N° de Expediente de Egreso y/o N° de Liquidación.
 - Argumentos médicos y/o administrativos que fundamentan el pedido.

Anexo 1

		N° : 1.281.439
AUTORIZACION		
SOLICITANTE		Fecha de Emisión: 15/09/2008
Nombre : APRESA - Juan Salk - Pto. Perea 2254 Domicilio : 0 Localidad : CAPITAL FEDERAL	Código Postal : 0 Teléfono : 5274-4149	
DATOS DEL AFILIADO		
Número : DNI 42950817 Nombre : OJEDA CAMILA Domicilio :	Edad : 7 Teléfono : 0600100 Localidad Atención Médica : CAPITAL FEDERAL	Sexo : F
Prácticas Solicitadas	Cant.	Cod. Num. Sac.
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA	1	340000
		Monto o Preimp.
		0.00
		Fecha de Realización
		15/09/2008
Motivo o Res. H.C.		
Tipo de Autorización: Ambulatorio <input checked="" type="checkbox"/> Internación <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Práctica Internada <input type="checkbox"/>		
Observaciones:		
SUJETO A AUDITORIA MEDICA CENTRAL		
AUTORIZACION VALIDA SOLO DE LA FECHA DE EMISION DE PRESENTA A LA REALIZACION DE LA PRACTICA		
EFECTOR		
Nombre : T.C.B.A. Domicilio : J. SALGUERO 554 Localidad : CAPITAL FEDERAL	Código Postal : 1177 Teléfono : 4960-8436/0470	
 Dr. Gabriela R. Ballester M.A. M.C. U.C. Médica General	Firma y sello del beneficiario	Firma y sello del efector
Firma y sello Médico Analista		
DEBE ADJUNTARSE EN TODOS LOS CASOS COPIA DE LOS INFORMES O RESUMEN DE HISTORIA CLINICA Este documento tiene validez por 30 días desde la fecha de emisión. Las prácticas programadas deberán solicitarse con un mínimo de 7 días.		

Anexo 2

A. PROTOCOLO DE ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR FTP.

Objetivo: Envío de documentación médica complementaria de agentes externos para ser anexada a la Historia Clínica de OSECAC.

Por consultas contactarse con: mesa_de_ayuda@qmssa.com.ar, TE: 4345-0400 internos 1044, 1048

ARCHIVOS:

- Enviar en formato .pdf
- Nombrarlos como se detalla a continuación, separando cada dato con un guion bajo:
TipoDato_OrigenDato_NumDocumento_PrimerApellido_Protocolo_fecha.pdf

Ejemplos :

AH_HELIOS_00106708_VECCHIARELLI_827391_02072013.pdf

AP_HELIOS_95062041_SANTOS_00_05072013.pdf

LB_HELIOS_02803589_KADECKI_00_03072013.pdf

DATOS:

- Tipo dato:** 2 caracteres
 - Certificado CE
 - Anatomía Patológica AP
 - Atención Medica AM
 - Receta RP
 - Laboratorio LB
 - Imágenes IM
 - Endoscopia EN
 - Cardiología CA
 - Hemodinamia Terapéutica HT
 - Hemodinamia Diagnostica HD
 - Hemodinamia Neurológica HN
 - Cirugía Cardiovascular CV
 - Consentimiento Informado CI
- Origen dato:** Prestador
- Número documento:** 10 caracteres. Valor: completar a izquierda con 0.
- Primer apellido:** primer apellido del paciente, si es doble solo pasar el primero.
- Protocolo:** protocolo del estudio, si no tiene completar con 00
- Fecha:** 8 caracteres. formato: ddmmaaaa.

FTP: Se enviará un Usuario y contraseña para el ingreso a la FTP IP Address: 200.51.42.42. Se podrán subir los archivos de manera masiva o en un archivo .zip

- Un Job procesa los archivos recibido en el FTP validando:
 - Que el documento y el primer apellido existan en el padrón de OSECAC.
 - Que si existen no estén dados de baja, en cuyo caso se procesan pero se informa por mail al prestador la situación de baja.
 - Que la fecha del informe sea menor a la fecha del proceso.
 - Si el archivo no cumple con estas validaciones el documento no se integra al a Historia clínica del paciente y se informa por mail al día siguiente al prestador para que lo puedan corregir y reenviarlo si es que corresponde.

Para solicitar usuario enviar los siguientes datos:

Nombre del prestador:
Localidad:
Informes que realiza:
Mail para recibir los errores:

B. PROTOCOLO DE ENVIO DE DATOS DE LABORATORIO DE PACIENTES DE OSECAC.

webservice: <https://wslaboratorioresultados.gmssa.com.ar:4443/wslaboratorioResultados.aspx>

En esa dirección accederán a 4 métodos sobre los cuales podrán trabajar. Cuando los vean uno por uno verán una codificación XML que les explicara qué tipo de dato y el parámetro que recibe. Si eso no es suficiente no duden en consultar. El más importante de los métodos es "EnviarResultados" que solo recibe un string, este string está compuesto por cadenas con un cierto formato detallado a continuación. Las cadenas están compuestas por registros separados por enter, y dentro de cada registro los valores se separan con ";" sin espacios.

Ejemplo de una cadena con 5 registros:

```
12/06/2012;937157;DNI;28230263;00110;BT;11,50;mg/dl;Colorimétrico-DPD;hasta 1.00 mg/dl;laboratorio sol
12/06/2012;937157;DNI;28230263;00546;CL;00110,0;mEq/l;lón selectivo ;Desde 98.0 Hasta 108.0
mEq/l;laboratorio sol
12/06/2012;937157;DNI;28230263;00466;HTO;62,0;%;Contador automatizado;Hombre: 39.0 a 47.0 %, Mujer:
36.0 a 44.0 %;laboratorio sol
12/06/2012;937157;DNI;28230263;00110;BT;11,50;mg/dl;Colorimétrico-DPD;hasta 1.00 mg/dl;laboratorio sol
12/06/2012;937157;DNI;28230263;00546;CL;00110,0;mEq/l;lón selectivo;Desde 98.0 Hasta 108.0
mEq/l;laboratorio sol
```

SIGNIFICADO DE LOS VALORES (todos son requeridos):

- **Fecha;** = < al día de hoy, formato dd/mm/yyyy
- **IdPrescripcion;** numero entero, si no tiene el dato escribir directo ; sin espacio
- **TipoDocumento;** varchar 3, (ver tabla adjunta)
- **NumDocumento;** numero
- **Prestacion;** (varchar 10) según tabla adjunta
- **Determinacion;** (varchar 5) según tabla
- **Resultado;** (varchar 500) 'puede ser numérico o descriptivo'
- **Unidad;** (varchar 20), especificar las unidades en caso de ser numérico, si no tiene el dato escribir directo ; sin espacio
- **Metodo;** (varchar 50), si no tiene el dato escribir directo ; sin espacio
- **ValorReferencia;** (100) , si no tiene el dato escribir directo ; sin espacio
- **Prestador;** varchar(100)

Importante:

- ✓ **NO DEBEN** dejarse espacios en blanco entre valor y ";"
- ✓ **NO DEBE** haber ";" en los campos que permiten texto ya que ese carácter es por el que corta.
- ✓ **Si no tienen dato para el campo requerido escribir directo el ; sin espacio**
- ✓ **Ejemplo:**
 - 12/06/2012;;DNI;28230263;00110;BT;11,50;;;;
 - 12/06/2012;937157;DNI;28230263;00546;CL;00110,0;mEq/l;lón selectivo ;Desde 98.0 Hasta 108.0 mEq/l;laboratorio sol

	Manual de Procedimientos	Hoja 13 de 13
	Normas Operativas Generales	NOG-16

CENTRAL DE AUTORIZACIONES

- Coordinadora Administrativa:** Lic. ESPELOSIN, Claudia
- Referente Prótesis y Materiales:** Srta. Romina Cotelli
 Números Telefónicos (011) 4331-5260
 Email: cautorizaciones@osecac.org.ar
 Horarios de Atención: Lunes a Viernes de 08:00 a 20:00 Hs / Sabados 09:00 a 13:00 Hs
- Referente Hospitales Públicos:** Srta. Mónica Loydi
 Números Telefónicos (011) 4345-0200 Opción 5


MESA OPERATIVA

- Coordinación Médica:** Dr. MIRANDA, Mariano
 Números Telefónicos: 0810-666-7400 o (011) 4344-9999 - 24 Hs
 Email: supervisor_mesaoperativa@osecac.org.ar

**Normas para Derivación de
Material Biológico para
Estudios Diagnósticos**

NDMB-3



	Manual de Procedimientos	Hoja 2 de 5
	Normas para Derivación de Material Biológico para Estudios Diagnósticos	NDMB-3

NORMAS OPERATIVAS PARA EL ENVIO DE MATERIAL BIOLÓGICO PARA ESTUDIOS DIAGNOSTICOS EN LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES


Todas las prácticas que requieren investigación en materiales biológicos para completar el diagnóstico, y no pueden realizarse en la localidad de origen y corredor sanitario regional, serán derivadas a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, debiendo seguir el siguiente circuito administrativo:

ANATOMIA PATOLOGICA

- La/s muestra/s debe/n remitirse al médico patólogo, quien efectuará los cortes necesarios y preparará el taco para su derivación posterior.
- El patólogo, al finalizar su análisis, debe comunicarse con el paciente y/o familiar, para que retiren del Laboratorio la muestra en condiciones óptimas para ser trasladada.
- El paciente y/o familiar entregará la muestra en la Delegación, Agencias y/o Sub-Agencias, según corresponda, la cual completará la documentación pertinente y la enviará en el mismo día, tomando los recaudos para que llegue en los tiempos requeridos.
- Las muestras serán remitidas a:
 1. **CENTRO DE PATOLOGIA Dr. ELSNER:** Peña 2967. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1425AVI). Teléfono (011) 4805-1246. E-mail: info@ctrodepatologia.com.ar.
 2. **LABORATORIO ANATOMIA PATOLOGICA Dra. DIAZ, MARIA CRISTINA:** Av. Presidente Manuel Quintana 189, Planta baja, Dpto B. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1014ACB). Teléfono (011) 4816-6177.
 3. **LABORATORIO ANATOMIA PATOLOGICA Dra. AVAGNINA, MARIA ALEJANDRA:** Av. Presidente Manuel Quintana 189, Planta baja, Dpto B. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1014ACB). Teléfono (011) 4816-6177.
 4. **LABORATORIO NEUROLOGIA Dra. TARATUTO, ANALIA:** M. T. de Alvear 2107. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C2122AAG). Teléfono (011) 4823-0675.
- Cada muestra debe ir acompañada de la siguiente documentación:
 - a. Solicitud del médico tratante con breve resumen de Historia Clínica.
 - b. Autorización emitida por auditoría médica, previa carga en el sistema, acompañada del Anexo Nro. 1, de las Normas Operativas de la Obra Social.
 - c. Bono/s de prestación/es, con los códigos referente a las prácticas con derivación.
 - d. Formulario de identificación del beneficiario.
- Los informes finales (en original) serán remitidos a la Gerencia Médica OSECAC Central – con devolución obligatoria del taco estudiado, para ser archivado por el patólogo de origen – de donde serán devueltos a la Delegación de origen.
- La Delegación, Agencias y/o Sub-Agencias, según corresponda, entregará al paciente y/o sus familiares el taco para ser devuelto al médico patólogo que inicio el estudio.

PRACTICAS BIOQUÍMICAS

- La muestra debe ser extraída por los bioquímicos, en los Laboratorios de análisis clínicos contratados en cada localidad, donde se preparará la misma para su derivación.
- Previamente, el laboratorio prestador debe llamar a los números abajo indicados, para que OSECAC – MANLAB le habilite un código y envíe el Manual de Instrucciones para preparación de muestras.
- El paciente o familiar entregará la muestra en la Delegación, Agencias y/o Sub-Agencias, según corresponda, la cual completará la documentación pertinente y la enviará en el mismo día, tomando los recaudos para que llegue en los tiempos requeridos.

	Manual de Procedimientos	Hoja 3 de 5
	Normas para Derivación de Material Biológico para Estudios Diagnósticos	NDMB-3


- Las muestras serán remitidas a:
 1. **LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS OSECAC – MANLAB:** Presidente J. D. Peron 2354. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1040AAL). Teléfono (011) 5276-4100 int. 1123 / 1150.
- Cada muestra debe ir acompañada de la siguiente documentación:
 - a. Solicitud del médico tratante con breve resumen de Historia Clínica.
 - b. Autorización emitida por auditoría médica, previa carga en el sistema, acompañada del Anexo Nro. 1, de las Normas Operativas de la Obra Social.
 - c. Bono/s de prestación/es, con los códigos referente a las prácticas con derivación.
 - d. Formulario de identificación del beneficiario.
- Los informes finales (en original) serán remitidos a la Gerencia Médica, OSECAC Central, de donde serán devueltos a la Delegación de origen.
- Los resultados serán enviados vía correo electrónico por el laboratorio OSECAC – MANLAB y pueden ser transcritos al protocolo de cada laboratorio.
- El costo de embalaje y envío está a cargo de las Delegaciones.

ESTUDIOS DE BIOLOGIA MOLECULAR

- La muestra debe ser extraída por los Bioquímicos, en los Laboratorios de Análisis Clínicos contratados en cada Localidad, donde se preparará la misma para su Derivación. Previamente, el laboratorio prestador debe llamar a los números abajo indicados, para recibir instrucciones para la preparación de muestras.
- El paciente o familiar entregará la muestra en la Delegación, Agencias y/o Sub-Agencias, según corresponda, la cual completará la documentación pertinente y la enviará en el mismo día, tomando los recaudos para que llegue en los tiempos requeridos.
- Las muestras serán remitidas a:
 1. **LABORATORIO DE BIOLOGIA Y PATOLOGIA MOLECULAR:** Av. Scalabrini Ortiz 3355. Piso 3º G. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Teléfono (C1425DCB). Teléfono (011) 4801- 9819.
- Cada muestra debe ir acompañada de la siguiente documentación:
 - a. Solicitud del médico tratante con breve resumen de Historia Clínica.
 - b. Autorización emitida por auditoría médica, previa carga en el sistema, acompañada del Anexo Nro. 1, de las Normas Operativas de la Obra Social.
 - c. Bono/s de prestación/es, con los códigos referente a las prácticas con derivación.
 - d. Formulario de identificación del beneficiario.
- Los informes finales (en original) serán remitidos a la Gerencia Médica, OSECAC Central, de donde serán devueltos a la Delegación de origen.
- El costo de embalaje y envío está a cargo de las Delegaciones.

ESTUDIOS GENETICOS


- La muestra debe ser extraída por los bioquímicos, en los Laboratorios de análisis clínicos contratados en cada localidad, donde se preparará la misma para su derivación.
- Previamente, el laboratorio prestador debe llamar a los números abajo indicados, para recibir instrucciones para la preparación de muestras.
- El paciente o familiar entregará la muestra en la Delegación, Agencias y/o Sub-Agencias, según corresponda, la cual completará la documentación pertinente y la enviará en el mismo día, tomando los recaudos para que llegue en los tiempos requeridos.
- Las muestras serán remitidas a:
 1. **GENOS:** Francisco Acuña de Figueroa 731. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1180AAM). E-mail: genos@speedy.com.ar. Teléfono (011) 4862- 0622 / 0810-999-GENOS (43667)


	Manual de Procedimientos	Hoja 4 de 5
	Normas para Derivación de Material Biológico para Estudios Diagnósticos	NDMB-3

- Cada muestra debe ir acompañada de la siguiente documentación:
 - a. Solicitud del médico tratante con breve resumen de Historia Clínica.
 - b. Autorización emitida por auditoría médica, previa carga en el sistema, acompañada del Anexo Nro. 1, de las Normas Operativas de la Obra Social.
 - c. Bono/s de prestación/es, con los códigos referente a las prácticas con derivación.
 - d. Formulario de identificación del beneficiario.
- Los informes finales (en original) serán remitidos a la Gerencia Médica, OSECAC Central, de donde serán devueltos a la Delegación de origen.
- El costo de embalaje y envío está a cargo de las Delegaciones.

PRACTICAS HEMATOLOGICAS

- La muestra debe ser obtenida por el médico hematólogo.
- El médico hematólogo preparará la muestra para su envío **(las muestras para citometría de flujo deben llegar en el mismo día o no superar las 24 hs., en heparina; si son para biología molecular, en EDTA).**
- El paciente o familiar entregará la muestra en la Delegación, Agencias y/o Sub-Agencias, según corresponda, la cual completará la documentación pertinente y la enviará en el mismo día, tomando los recaudos para que llegue en los tiempos requeridos.
- Las muestras serán remitidas a:
 1. **IASTREBNAER, MARCELO:** Echeverría 2182. Planta baja 2º. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1428DRL). Teléfono (011) 4706-0488.
 2. **CITOMLAB:** de lunes a jueves de 08 a 18 hs, viernes de 08 a 14 hs. Fray Cayetano Rodríguez 749, Planta baja. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1406AWK). Teléfono (011) 4632-5183. Teléfono alternativo: (011) 4786-4369 o 4706-0488.
 3. **FUNDAGEN:** Echeverría 2182. Planta baja 2º. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1428DRL). Teléfono (011) 4788-9440.
 4. **CETHAC:** Lavalle 1882. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (C1051ABB). Teléfono (011) 4373- 4904 / 3288.
- Cada muestra debe ir acompañada de la siguiente documentación:
 - a. Solicitud del médico tratante con breve resumen de Historia Clínica.
 - b. Autorización emitida por auditoría médica, previa carga en el sistema, acompañada del Anexo Nro. 1, de las Normas Operativas de la Obra Social.
 - c. Bono/s de prestación/es, con los códigos referente a las prácticas con derivación.
 - d. Formulario de identificación del beneficiario.
- Los informes finales (en original) serán remitidos a la Gerencia Médica, OSECAC Central, de donde serán devueltos a la Delegación de origen.
- El costo de embalaje y envío está a cargo de las Delegaciones.

	Manual de Procedimientos	Hoja 5 de 5
	Normas para Derivación de Material Biológico para Estudios Diagnósticos	NDMB-3

	IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO	
BENEFICIARIO:		
AFILIADO :		DELEGACION:
LOCALIDAD DE ATENCION :		
TELEFONO :		AGENCIA:
PRESTACION : <input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLOGICA <input type="checkbox"/> PRACTICAS BIOQUIMICAS <input type="checkbox"/> PRACTICAS HEMATOLOGICAS <input type="checkbox"/> ESTUDIO GENÉTICO <input type="checkbox"/> ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR		<input type="checkbox"/> DEVOLUCION TACO ANATOMÍA PATOLOGICA
PROFESIONAL :		
TELEFONO :		LOCALIDAD: