

NORMAS OPERATIVAS DE ATENCIÓN Y FACTURACIÓN

**Prestadores Conectados al
Autogestor de SanCor Salud**

ÍNDICE

1. ACREDITACIÓN DEL PRESTADOR PARA OPERAR EN LA PÁGINA WEB	Pág. 4
2. PRODUCTOS Y PLANES	Pág. 4
3. ACREDITACIÓN Y VALIDACIÓN DEL ASOCIADO	Pág. 4
4. REQUISITOS PARA BRINDAR EL SERVICIO	Pág. 4
5. NOMENCLADOR	Pág. 5
6. MODALIDAD DE ATENCIÓN	Pág. 5
A. Prestaciones y Medicamentos en Ambulatorio	Pág. 5
A.1 Prestaciones que requieren de Autorización Previa	Pág. 5
A.2 Registro de Atención Médica	Pág. 6
A.3 Auxiliares de la Medicina: prestaciones realizadas por sesión	Pág. 7
A.4 Medicamentos en Ambulatorio	Pág. 8
A.5 Programa Especial Diabetes Mellitus	Pág. 8
A.6 Programa Especial Plan Materno Infantil	Pág. 9
B. Internaciones. Prórrogas. Form. Prov. N° 60 Válido para “Cirugía Programada”	Pág. 9
B.1 Autorización de la Internación	Pág. 9
B.2 Comunicación de la Internación	Pág. 10
B.3 Pedido de Prórroga	Pág. 10
B.4 Práctica efectuadas en Internación	Pág. 10
B.5 Internaciones Programadas	Pág. 11
B.6 Internaciones de Urgencia	Pág. 11
B.7 Internaciones Prolongadas	Pág. 11
B.8 Reprogramación de Internaciones	Pág. 11
B.9 Fecha Alta Sanatorial	Pág. 11
B.10 Medicamentos en Internación	Pág. 12
B.11 Materiales Descartable	Pág. 18
B.12 Internaciones que requieren de Provisión de Prótesis y/o Insumos	Pág. 18
B.13 Facturación en caso de 2 equipos quirúrgicos en el mismo tiempo operatorio	Pág. 18
B.14 Módulos Combinados	Pág. 18
B.15 Prácticas Médicas y Seguridad del Paciente	Pág. 18
B.16 Días de Pensión	Pág. 18
B.17 Internación / Atención Domiciliaria	Pág. 19
C. Servicio de Ambulancia Programado	Pág. 19
D. Prácticas Pactadas por Convenio	Pág. 20
7. REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIMENTAR LOS PEDIDOS MÉDICOS	Pág. 20
8. REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIMENTAR LAS HISTORIAS CLÍNICAS	Pág. 25
9. ACTUALIZACIÓN LISTADOS DE PRESTADORES	Pág. 26

10. DISPOSICIONES DE FACTURACIÓN	Pág. 28
A. Disposiciones Generales	Pág. 28
B. Auxiliares de la Medicina	Pág. 29
C. Fecha de Presentación	Pág. 29
D. Prestaciones que deben ser facturadas con Informe Médico	Pág. 29
E. Modalidad de Facturación ante la prescripción de más de un código	Pág. 32
F. Modalidad de Presentación	Pág. 34
F.1 Prestaciones en ambulatorio que no llevan autorización previa	Pág. 34
F.2 Prestaciones en ambulatorio que llevan autorización previa	Pág. 34
F.3 Internaciones y Prórrogas	Pág. 34
F.4 Modalidad de Facturación	Pág. 35
G. Refacturación	Pág. 36
H. Reclamos	Pág. 36
I. Confección de factura o recibo	Pág. 37
INFORMACIÓN DE INTERÉS	Pág. 38
VÍAS DE CONTACTO	Pág. 38
ANEXO I	Pág. 41
ANEXO II	Pág. 43
ANEXO III	Pág. 44

1. ACREDITACIÓN DEL PRESTADOR PARA OPERAR EN LA PÁGINA WEB

Es importante resaltar que la plataforma web Autogestión de Prestadores **es el único medio habilitado para gestionar la consulta y/o validación de todas las prestaciones en ambulatorio**. Para operar a través de nuestra página, cada Prestador debe estar registrado con su Usuario y Contraseña.

Para más detalle ver: "INSTRUCTIVO PLATAFORMA AUTOGESTION DE PRESTADORES", los puntos relacionados a esta temática son los 1 y 2.

2. PRODUCTOS Y PLANES

Estas Normas son aplicables para los Productos GRAV y NO GRAV en función del contrato vigente y futuras actualizaciones de Planes, salvo especificaciones especiales.

Las mismas son válidas para todos los convenios, independientemente de la modalidad de facturación.

3. ACREDITACIÓN Y VALIDACIÓN DEL ASOCIADO

Los Asociados de SanCor Salud de todos los Planes acreditan su condición a través de la presentación de la Credencial, que puede ser en formato físico o digital (las características varían en función del Plan contratado) y el Documento Nacional de Identidad.

La Credencial de plástico y digital tienen la misma validez.

Las Credenciales vigentes deben ser validadas online por el Autogestor de Prestadores al momento de la atención, a los fines de corroborar si el Plan está convenido y si el Asociado se encuentra activo.

4. REQUISITOS PARA BRINDAR EL SERVICIO

Previo a efectuar la atención, el Prestador deberá cumplir los siguientes pasos:

A- Solicitar documentación al Asociado que recibirá la prestación:

- * Credencial física o digital.
- * Documento de Identidad, como constancia de que el mismo es titular de la Credencial.

B- Validar si el Asociado y la prestación se encuentran habilitadas para la atención:

Desde el Autogestor de Prestadores, en la sección: "Validación Online / Pre-validación Prestaciones Ambulatorio", podrá conocer si el Asociado se encuentra habilitado y corroborar si la prestación requiere o no de Formulario de Autorización Previa.

Esta opción se utiliza al momento de otorgar el turno al Asociado.

C- Autorizaciones de las prestaciones:

Todas las prestaciones realizadas en ambulatorio deberán estar autorizadas en forma online mediante el sistema de Autogestor de Prestadores, a excepción de aquellas que requieran autorización previa, conforme lo dispuesto en el Punto 6. (*)¹

Esta opción se utiliza al momento de realizar la prestación del servicio.

D- Inconvenientes con la conectividad del Autogestor de Prestadores:

En aquellos casos en que por algún motivo la transacción que desee realizar no pueda ser gestionada o cuando se genere un mensaje de rechazo, deberá actuar de la siguiente manera:

Por cualquier desperfecto técnico o falla del sistema deberá comunicarse con el Contact Center de Prestadores, donde recibirán y gestionarán una solución técnica a su problema.

Antes de contactarse con el Contact Center de Prestadores, asegúrese de contar con la siguiente información a fin de obtener una respuesta más rápida y eficiente:

- Código de identificación: CUIT o número de prestador.
- Print de pantalla del error (si corresponde).
- Describa al operador cómo se presenta el desperfecto y cómo afecta a la operación.

Si el desperfecto ocurriera fuera del horario de atención del Contact Center de Prestadores, deberá notificarlo a primera hora del siguiente día hábil en caso de continuar el problema.

Contact Center de Prestadores SanCor Salud

Tel: 0800-7777-72583

Correo Electrónico: prestador@sancorsalud.com.ar

Horario de Atención: 9 a 17 hs de Lunes a Viernes.

5. NOMENCLADOR

El menú prestacional de los Planes de SanCor Salud está basado en el P.M.O. (Programa Médico Obligatorio), según Resolución Nro. 201/02 del Ministerio de Salud y sus modificatorias.

Para la facturación de todas las prestaciones deberán estar previamente convenidas, autorizadas y/o presupuestadas, caso contrario serán debitadas. (*)¹

6. MODALIDAD DE ATENCIÓN

A. PRESTACIONES Y MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO

A.1 Prestaciones que requieren de Autorización Previa

Si al validar la prestación en el Autogestor de Prestadores, se obtiene como respuesta “Requiere Autorización Previa” o “Requiere Autorización, según consumo del Asociado”, el Asociado deberá gestionar el Formulario N° 4 por las vías habituales, adjuntando el Pedido Médico.

Si el prestador desea gestionar el Formulario N° 4 de Autorización Previa deberá adjuntar el Pedido Médico a través del Autogestor de Prestadores, en la sección Contáctenos (ícono del sobre) bajo el

¹(*) El incumplimiento de este punto habilitará a la aplicación de un DÉBITO EN FIRME no refacturable y sin envío de la documentación al prestador.

motivo de Autorización Ambulatorio, debiendo completar los campos requeridos. Recibirá respuesta vía mail, donde se adjuntará el Formulario.

El Formulario de Autorización Previa es válido en formato digital y físico. El Pedido Médico y el Formulario tienen una validez de 60 (sesenta) días a partir de la fecha de emisión.

Para más detalle ver: "INSTRUCTIVO PLATAFORMA AUTOGESTIÓN DE PRESTADORES". El punto relacionado a esta temática es el 5.

A.2 Registro de Atención Médica

Las prestaciones en ambulatorio deben estar firmadas por el Asociado, con aclaración de la firma y N° de documento.

Pueden registrarlas en alguna de estas opciones:

A-Planilla de Atención:

Completar los datos requeridos y la firma del Asociado. Puede realizar una planilla por Asociados GRAV y otra por NO GRAV.

PLANILLA PARA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES

Prestador: Matricula: ☐ GRAV ☐ NO GRAV

Fecha	N° Autorización online	Formulario 4 / N° Formulario electrónico	Plan	N° Asociado	N° Documento	Apellido y Nombre Asociado	Firma Asociado	Código Prestación	Importe

Observaciones:

Lugar y fecha	Período de liquidación	Firma del Prestador	Sello	N° de Factura	Sello y Firma Recepción
---------------	------------------------	---------------------	-------	---------------	-------------------------

0800-7777-SALUD (72853) sancorsalud.com.ar

SanCorSalud Grupo de Medicina Privada

0800-7777-SALUD (72853) sancorsalud.com.ar

SanCorSalud Grupo de Medicina Privada

B- Pedido Médico:

Podrá registrar la firma del Asociado y el N° de la autorización al dorso del Pedido Médico que posteriormente adjuntará en la presentación de la facturación.

C- Impresión del Ticket de Autorización:

Podrá imprimir el Ticket de Autorización que emite el Autogestor de Prestadores como comprobante de la transacción. El Asociado podrá firmar con aclaración y N° de documento en la columna que indica "ticket prestador".

Es importante que elija una sola modalidad de registro de la firma del Asociado.

A.3. Auxiliares de la medicina: prestaciones realizadas por sesión

A.3.1 Para las prestaciones que se efectúan por sesión, el prestador deberá realizar la validación y autorización de cada una de ellas a través de la Plataforma Autogestor de Prestadores.

Para más detalle ver: "INSTRUCTIVO PLATAFORMA AUTOGESTIÓN DE PRESTADORES", los puntos relacionados son los 4 y 5.

A.3.2 El registro de asistencia de las sesiones deberá realizarse con fecha, firma, aclaración y DNI del Asociado por cada vez que concurre. Para el registro de asistencia son válidas las opciones descritas en el Punto 6.A.2.

A.3.3 En el caso de Salud Mental, los códigos de psicoterapia de familia, pareja o grupal, deberá firmar cada integrante del grupo que concurre a la sesión.

A.3.4 Las sesiones virtuales de Salud Mental deberán ser facturadas adjuntando mail de conformidad del asociado por cada sesión realizada.

A.3.5 El código de DOMICILIO se reconocerá en prácticas por sesiones grupales uno por grupo familiar, no por cada integrante.

A.3.6 Prestaciones en Internación: para su facturación deberán presentar Pedido Médico, con copia de Hojas de Internación con prestaciones evolucionadas, firmadas y selladas por el profesional actuante, consecutivas a la evolución médica del día correspondiente.

A.3.7 Las siguientes prestaciones deben ser facturadas con Informe:

PRÁCTICAS QUE LLEVAN INFORME PARA FACTURAR	
310101	Exámen Funcional Laberíntico
310102	Audiometría
310103	Logaudiometría
310104	Pruebas Supraliminares
310105	Selección de Otoamplifonos
310109	Impedanciometría
310172	Otoemisiones Acústicas
330111	Pruebas Psicométricas
330112	Pruebas Proyectivas Perfil de Personalidad

A.4. Medicamentos en Ambulatorio

La prescripción de medicamentos debe efectuarse expresando el nombre genérico o denominación de la droga, de forma clara y legible.

Para más detalle ver Punto 7. REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIMENTAR LOS PEDIDOS MÉDICOS, Items B.

Deberán respetarse las siguientes normas de prescripción:

- La presentación de la receta de medicamentos puede ser física, digital o electrónica, estas últimas emitidas a través de plataformas certificadas u homologadas.
- Hasta dos (2) productos por RP/recetario como máximo, los cuales podrán ser de distinto genérico o de igual genérico con distinta forma farmacéutica y podrán prescribir:
- Hasta un (1) envase grande, o dos (2) envases chicos en un sólo y único renglón.
- Hasta un (1) envase chico en el renglón restante.
- Antibióticos:

Monodosis: hasta cinco (5) ampollas por RP/recetario;
desde dos (2) ampollas se considera envase grande.

Multidosis: hasta dos (2) envases por RP/recetario; se considera envase grande.

PLAN C: la cobertura es con Vademécum, el mismo se encuentra disponible para su consulta en nuestra página web.

A.5. PROGRAMA ESPECIAL DIABETES MELLITUS

Las órdenes para este Programa están debidamente identificadas en la parte superior. Las prestaciones pre-impresas, consignadas en ellas, no requieren de autorización previa ni de la presentación de Pedido Médico para su realización. Se adjunta modelo.

PROGRAMA DIABETES MELLITUS		ORDEN N°: 00068565
OSPERSA	Control Trimestral con Medico Especialista	NO GRAV
SanCor	Titular: XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Afil: XXXX/XX Prog: C	OSAMS	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXX
FORMULARIO ELECTRONICO		

A.6. Programa Especial Plan Materno Infantil

Las prestaciones de todos los Planes, deben ser validadas online, desde el Autogestor de Prestadores.

Planes C y OS No Capitado:

Medicamentos: la cobertura es con Vademécum, el Formulario Terapéutico se encuentra disponible para su consulta en nuestra página web.

B. INTERNACIONES, PRÓRROGAS Y FORMULARIO PROVISORIO Nº 60 VÁLIDO PARA “CIRUGÍA PROGRAMADA”

B.1 Autorización de la Internación

El prestador deberá solicitar la autorización de las internaciones, prórrogas, internaciones programadas y de urgencia, como así también para la solicitud de autorizaciones de medicamentos, provisión de prótesis e insumos u otras prestaciones vinculadas a una internación, a través de las siguientes **casillas de correo electrónico:**

- **Autorizaciones Quirúrgicas:** autorizaciones.cirugias@sancorsalud.com.ar

Esta casilla está habilitada para solicitar autorizaciones de procedimientos quirúrgicos (programados y/o urgencia).

Nota: Recordamos los tiempos requeridos para la gestión de estas solicitudes:

- Cirugías sin materiales, el plazo es de siete (7) días hábiles.
- Cirugías con materiales y/o presupuestos, el plazo es de diez (10) días hábiles.

- **Autorizaciones de Internaciones:** autorizaciones.internaciones@sancorsalud.com.ar

Esta casilla es para requerir:

- Autorizaciones de internaciones clínicas, denuncia de internaciones por guardia, prórrogas y censo.
- Alimentación enteral/parenteral para asociados internados.

- **Autorizaciones Internaciones Domiciliarias:** atencion.domiciliaria@sancorsalud.com.ar

Está habilitada para solicitar pedidos de internación domiciliaria.

- **Validación de Prestaciones Ambulatorias -prácticas, estudios y tratamientos-:**

Las solicitudes continúan con la modalidad actual, a través de los canales: Plataforma Autogestión de Prestadores o Web Services según corresponda.

- **Rechazos en la Validación:** prestador@sancorsalud.com.ar

Está habilitada para canalizar los rechazos de autorizaciones de validaciones online.

B.2 Comunicación de la Internación

El prestador deberá informar la internación el día del ingreso del paciente o el primer día hábil inmediato posterior, enviando por correo electrónico, a las direcciones mencionadas en el punto B.1, el Aviso o Pedido Médico consignando los datos de manera obligatoria y con letra legible, de acuerdo como se especifica en “Modelos de Pedidos Médicos”, Punto 7 C.

Una vez recibida la información, desde SanCor Salud se efectuará el control técnico/administrativo y se emitirá el Formulario N° 6 Aviso de Internación, en el que se consignará la cantidad de días de internación autorizados por Auditoría Médica.

Cuando se trate de internaciones quirúrgicas, partos y cesáreas, se especificarán además el/los códigos/s pertinente/s.

B.3 Pedido de Prórroga

Una vez cumplidos los días de internación autorizados en el Formulario N° 6 Aviso de Internación, si el Asociado necesita permanecer internado por más tiempo, se deberá solicitar una **Prórroga de Internación**, el mismo día o el primer día hábil inmediato posterior al fin de semana o feriado, consignando los datos de la internación y la cantidad de días a solicitar.

El Prestador deberá efectuar el mismo circuito según lo detallado en el punto **B.2**.

Desde SanCor Salud se procederá a emitir el **Formulario Prórroga de Internación**, donde se especificará la cantidad de días autorizados por Auditoría Médica.

Los Formularios mencionados serán válidos para la Facturación de las internaciones, por lo que deberá adjuntarse a la misma el Aviso de internación y la última prórroga autorizada, en los casos que corresponda.

Cabe señalar que se procederá a abonar la cantidad de días que hayan sido debidamente autorizados, sujeto a auditoría médica de facturación.

B.4 Prácticas efectuadas en Internación

Las prácticas efectuadas durante la internación no requieren de autorización previa, a excepción de:

- Procedimientos quirúrgicos.
- Materiales.
- Aquellas que lleven presupuesto.
- Los códigos correspondientes a los capítulos del 01 al 13 inclusive, salvo los que se detallan en el **"ANEXO II: Prácticas que No Requieren de Autorización Previa en Internación"**, éstos no llevan autorización previa.

B.5 Internaciones Programadas

Las cirugías programadas tienen un tiempo de gestión de 7 días hábiles, mientras que aquellas que requieran de material y/o prótesis y/o conlleven presupuesto, un máximo de 10 días hábiles. El plazo se computará una vez recepcionada la documentación completa.

Cabe destacar que en estos casos el Pedido Médico deberá estar acompañado de estudios previos y/o documentación respaldatoria y en lo posible detallar la fecha de realización de la cirugía.

Todo ello de acuerdo a lo especificado en el documento **"ANEXO I: Estudios previos a presentar para cirugías y prácticas especiales"**.

Ya sea que se trate de cirugías programadas con o sin fecha, se generará el Formulario N° 60 válido para "Cirugía Programada", como comprobante provisorio. Es importante señalar que el mismo no es válido para facturar, por este motivo, al momento del ingreso del Asociado se deberá cumplimentar el circuito Comunicación de Internación, mencionado en el punto B.2, a fin de confirmar los datos y obtener el Formulario N° 6 "Aviso de Internación", válido para la facturación.

B.6 Internaciones de Urgencia

El Prestador deberá dar aviso de la internación en el mismo día o día hábil posterior (si fuera feriado) y cumplimentar el circuito indicado en el punto B.2.

B.7 Internaciones Prolongadas

En internaciones prolongadas que superen los 30 (treinta) días, deberá realizar un corte mensual, a los fines de la facturación.

Luego de la primera presentación, a la que deberá adjuntarse el Formulario N° 6 Aviso de Internación, la facturación se realizará anexando las prórrogas correspondientes al período facturado.

B.8 Reprogramación de Internaciones

En caso de reprogramación de internaciones, si fue emitido el Formulario N° 6, el prestador deberá comunicar la nueva fecha, cumplimentando el mismo circuito indicado en Comunicación de Internaciones, ítem B.2.

B.9 Fecha Alta Sanatorial

Otro punto muy importante a tener en cuenta es la necesidad de contar con la notificación de las **Altas Sanatoriales**, en aquellos casos que no se reciba esta información, se considerará como fecha de alta sanatorial el día inmediato posterior al último día de internación autorizado.

Por esta razón, se recomienda disponer de la autorización de todos los días de internación, a fin de evitar la aplicación de débitos a la facturación de la misma.

El prestador deberá comunicarlás a las direcciones de correo electrónico informadas en el punto **B.1.**

B.10 Medicamentos en Internación

- **Autorización de Medicamentos de Alto Costo:** medicamentos.internacion@sancorsalud.com.ar.

Esta casilla se encuentra habilitada para solicitar la autorización por medicamentos de alto costo en internación.

- La cobertura es del 100 %, respetando exclusiones y reglamentación de internación. Las exclusiones están conformadas por el listado de medicamentos de Alto Costo, conforme al cuadro que se adjunta al final de este punto.
- Se deberá adjuntar Formulario de Autorización N° 4 a la facturación de medicamentos de alto costo.
- El uso de los mismos debe ser previamente autorizado por el Médico Auditor en terreno, sujeto a la provisión y reposición. En caso de no tener Médico Auditor en terreno, dicha autorización estará a cargo del Médico Auditor zonal que considerará valores de referencia.
- El valor facturado de los medicamentos deberá responder a un valor kairos promedio. En caso de que se facturen marcas comerciales de mayor costo a la media, se aplicarán débitos que ajustarán la diferencia.
- Se realizarán auditorías de farmacia de forma periódica. Las visitas serán pactadas con anticipación.
- Antibióticos para profilaxis quirúrgicas: según normas de SanCor Salud, el uso de profilaxis antibiótica se fundamenta en bibliografía académica (Ej.: Protocolo VIHDA). El uso de drogas por fuera de este protocolo deberá estar justificado debidamente.
- En internaciones de pediatría, la cantidad de medicamentos y su facturación deberá ajustarse a las normas de conservación de manuales farmacoterapéuticos.
- Isoflurane se reconoce el uso de 10ml/h de cirugía. Sevoflurane se reconoce 20ml/h de cirugía.
- Todos los medicamentos que se encuentran fuera del Manual Farmacéutico y/o sean RAEM llevan autorización previa por parte de Auditoría Médica y son provistos por SanCor Salud.
- Se adjunta listado de medicamentos de alto costo.

LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

ACCIÓN FARMACOLÓGICA			
CÓDIGO	NOMBRE	MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL
4	ANTIBIÓTICOS	CEFTAZIDIMA+AVIBACTAM	ZAVICEFTA 10 UNIDADES
		COLISTINA METANSULFONATO	ESPIROTECH INHALATORIO +DISOLV. 30 UNIDADES
		LINEZOLID	ZYVOX IV 10 BOLSAS
			LINEZOLIDE GEMEPE
			LINEZOLID NORGREEN
		MEROPENEM	FADA MEROPENEM
			KLOPENEM
			MEROEFECTIL NORTHIA
			MEROPENEM DRAWER
			MEROPENEM FABRA
			MEROPENEM HLB
			MEROPENEM KILAB
			MEROPENEM PHARMAVIAL
			MEROPENEM RICHET IV
			MEROZEN IV
			NEROPENEM LARJAN IV
		TIGECICLINA	TIGECICLINA LIOFILIZADA PHARMAVIAL 10 UNIDADES
			TIGECICLINA LIOFILIZADA RICHET 10 UNIDADES
			TIZOXIMA 10 UNIDADES
			TYGACIL 10 UNIDADES
		TOBRAMICINA	BRIDUL 56 UNIDADES
			TOBI PODHALER
			TOBRAHALER
			TOBRADOSA HALER 56 UNIDADES
			TOBI 56 UNIDADES
			TUBERBUT 56 UNIDADES
			TOFIB 56 UNIDADES
			TOBRAMICINA CASSARA 56 UNIDADES
			ALVEOTEROL 56 UNIDADES
			TOBRAMITEX 56 UNIDADES
			BELBARMICINA 56 UNIDADES
			ALVEOTEROL 28 UNIDADES
			BELBARMICINA 28 UNIDADES
		VANCOMICINA	VANCOMICINA CELTYC
			VANCOMAX
			VANCOMICINA GEMEPE
			VAREDET
			VANCOMICINA RICHET
			VANCOMICINA FABRA
			RIVERVAN
		ANFOTERICINA B COMPLEJO LIPÍDICO	ABELCET 1 UNIDAD

734	ANTIBIÓTICO ANTIMICÓTICO	ANFOTERICINA B LIPOSOMAL	AMBISOME 1 UNIDAD
			AMBISOME MAS FILTRO 1 UNIDAD
			ANFONAX 1 UNIDAD
		ANFOTERICINA B	ANFOTERICINA B FADA 5 UNIDADES
			ANFOTERICINA B IV NORTHIA 5 UNIDADES
ANFOTERICINA RICHET 1 UNIDAD			
26	ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO	SELEXIPAG	GALEXIG
		TIROFIBAN	AGRASTAT
		ABCIXIMAB	REOPRO 1 UNIDAD
1088	ANTIFÚNGICO	ISAVUCONAZOL	CRESEMBA
10	ANTIMICÓTICO	CASPOFUNGIN	CANCIDAS VIAL 1 UNIDAD
			CASPOFUNGINA SANDOZ 1 UNIDAD
			RAGNEROL 1 UNIDAD
		VORICONAZOL	KEFIDIM
			V FEND
			VORICONAZOL PHARMAVIAL 1 UNIDAD
			VORICONAZOL RICHET
			VORICONAZOL SANDOZ
	VORINOVA		
859	ANTIMICÓTICO USO SISTÉMICO	ANIDULAFUNGINA	ECALTA
		POSACONAZOL	NOXAFIL
232	ANTIVIRAL	GANCICLOVIR	GANCICLOVIR RICHET 1 UNIDAD
			GRINEVEL 1 UNIDAD
		LETERMOVIR	PREVMIS
		VALGANCICLOVIR	VALGANCICLOVIR SANDOZ
			VALGARD
			VALIXA
600	ANTIVIRAL CONTRA HIV	FOSTEMSAVIR	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		ENFUVIRTIDE	
		ETRAVIRINA	
		RILPIVIRINA+EMTRICITABINA+TENOF	
		DARUNAVIR	
		MARAVIROC	
		ELVITEGRAVIR+EMTRICITABI-NA+TENOF	
		DARUNAVIR+COBICISTAT+EMTRICITABI	
		CABOTEGRAVIR	
		EMTRICITABINA+TENOFVIR ALAF.+DO	
		TENOFOVIR+EFAVIRENZ+ LAMIVUDINA	
		DOLUTEGRAVIR+ABACAVIR+ LAMIVUDINA	
		EMTRICITABINA+TENOFVIR ALAFEN.+	
		EFAVIRENZ+EMTRICITABINA+TENOFV.	
		DARUNAVIR+RITONAVIR	
		EMTRICITABINA+TENOFVIRDISOPROX.	
		ATAZANAVIR+COBICISTAT	
		DOLUTEGRAVIR+LAMIVUDINA	
		RALTEGRAVIR	
		RILPIVIRINA	
		EMTRICITABINA+TENOFVIR ALAFENAM	
		TENOFOVIR DISOPROXIL+LAMIVUDINA	

		LAMIVUDINA+ZIDOVUDINA+NEVIRAPINA	
		DOLUTEGRAVIR	
		ABACAVIR+LAMIVUDINA	
		EFAVIRENZ	
		DORAVIRINA+LAMIVUDINA+TENOFIVIR	
		DORAVIRINA	
		FOSAMPRENAVIR	
		TENOFIVIR DISOPROXIL	
		LAMIVUDINA+ZIDOVUDINA	
		LAMIVUDINA	
		ABACAVIR	
		INDINAVIR	
		ABACAVIR+LAMIVUDINA+ZIDOVUDINA	
		ZIDOVUDINA	
		NEVIRAPINA	
576	ANTIHEMOFÍLICO	FACTOR VIII COAGULACIÓN RECOMB. P	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		EPTACOG ALFA	
		FACTOR VIII COAGULACIÓN RECOMB.	
		FACTOR VIII	
		FACTOR IX	
		FACTOR IX COAGULACIÓN RECOMB.	
		FACTOR VIII+FACT. VON WILLEBRAND	
		FACTOR XIII	
49	ANTIHEMORRÁGICO	EMICIZUMAB	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		ALBUTREPENONACOG ALFA - FACTOR I	
		NONACOG BETA PEGOL - FACTOR IX R	
		ANTI-INHIBIDOR FACTOR VIII	
		ELTROMBOPAG	
		ROMIPLOSTIM	
		LONOCOTOCOG ALFA - FACTOR VIII RE	
		TERLIPRESINA	
		FACTORES DE COAGULACIÓN	
472	COADYUVANTE COAGULACIÓN	FIBRINÓGENO HUMANO	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		FACTORES DE COAGULACIÓN	
476	ADHESIVO HEMOSTÁTICO	FIBRINÓGENO HUMANO	BERIPLAST P
		INMUNOGL. HUMANA+HIALURONIDASA	HYQVIA
		PROTEÍNAS PLASMÁTICAS	INTRATEC T
		INMUNOGLOBULINA ANTIHEPATITIS B	INMUNOGLOBULINA HEPATITIS B P BEHRING

327 / 78	INMUNIZACIÓN PASIVA / INMUNOTERAPIA PASIVA	INMUNOGLOBULINA HUMANA	CIELDOM 1 UNIDAD
			EUGAMMA SN
			FLEBOGAMMA
			HIZENTRA
			IG VENA
			KIOVIG
			OCTAGAM
			PANZYGA
			PENTAGLOBIN
			GAMMANORM
			PRIVIGEN
			INMUNOGLOBULINA G ENDOVENOSA UNC
669	AGENTE INOTRÓPICO POSITIVO	LEVOSIMENDAN	LEVOSIMENDAN RICHET
803	TRAT. HIPERTENSION ARTERIAL PULMO	TREPROSTINIL	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		SELEXIPAG	
		BOSENTAN	
		MACITENTAN	
		ILOPROST	
		MACITENTAN+TADALAFILO	
		TADALAFILO	
55	ANTINEOPLÁSICO	TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
1103	ANTINEOPLASICO. INHIBIDOR DE LA	TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
508	HORMONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA	TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
1104	CHAPERONA FARMACOLÓGICA	MIGALASTAT	GALAFOLD
1083 / 1042 / 1024	ANTICUERPO MONOCLONAL / ANTICUERPO MONOCLONAL HUMANO / ANTICUERPO MONOCLONAL. INHIB. DE	INOTUZUMAB OZOGAMICINA	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		ISATUXIMAB	
		ERENUMAB	
		NIVOLUMAB	
		ELOTUZUMAB	
		SATRALIZUMAB	
		IPIILIMUMAB	
		RISANKIZUMAB	
		GUSELKUMAB	
		MEPOLIZUMAB	
		BELIMUMAB	
		SECUKINUMAB	
1109	TRAT. DE ERRORES CONGÉNITOS	ÁCIDO CÓLICO	ORPHACOL
902	INHIB. DEL FACTOR NECROSIS TUMORAL	GOLIMUMAB	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		CERTOLIZUMAB PEGOL	
		ETANERCEPT	
		ADALIMUMAB	
		INFLIXIMAB	
		TUCATINIB	
		ALECTINIB	
		LAROTRECTINIB	

1067 / 838 / 912	INHIB. DE LA PROTEÍNA QUINASA / INHIB. DE LA TIROSINA QUINASA / INHIBIDOR DE LA JANUS QUINASA	NINTEDANIB	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		CABOZANTINIB	
		RUXOLITINIB	
		ENTRECTINIB	
		EVEROLIMUS	
		IMATINIB	
		DASATINIB	
		UPADACITINIB	
		ABROCITINIB	
		TOFACITINIB	
108	INMUNOMODULADOR	LENALIDOMIDA	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		PEGINTERFERON BETA 1 A	
		INTERFERÓN BETA 1 A SIN ALBUMINA	
		INTERFERÓN BETA 1 B	
		INTERFERÓN BETA 1 A	
		USTEKINUMAB	
		FINGOLIMOD	
		GLATIRAMER, ACETATO	
		DUPILUMAB	
		DIMETIL FUMARATO	
		TIMOSIN ALFA-1	
		INTERFERÓN ALFA 2 B	
1125	PROFILAXIS HEPATITIS A	INMUNOGLOBULINA ANTIHEPATITIS A	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
829	TRAT. DE LA HEPATITIS B	ENTECAVIR	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		TENOFOVIR ALAFENAMIDE	
597	TRAT. DE LA HEPATITIS C CRÓNICA	SOFOSBUVIR+VELPATASVIR+VOXILAPRE	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		LEDIPASVIR+SOFOSBUVIR	
		GLECAPREVIR+PIBRENTASVIR	
		SOFOSBUVIR+VELPATASVIR	
		SOFOSBUVIR	
1119	TERAPIA DE REEMPLAZO ENZIMÁTICO	MIGLUSTAT	GLITIR
1065	MODULADORES PARA FIBROSIS QUISTI	TEZACAFITOR+IVACAFITOR	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		ELEXACAFITOR+TEZACAFITOR+IVACAFITOR	
		IVACAFITOR	
		LUMACAFITOR+IVACAFITOR	
901	TRAT.DE LA FIBROSIS IDEOPATICA	NINTEDANIB	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		PIRFENIDONA	
1134	TRAT. MIELOFIBROSIS	FEDRATINIB	INREBIC
744	ANTIPLAQUETARIO VASODILATADOR	EPOPROSTENOL	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
371	ANTITROMBÓTICO VASODILATADOR	CILOSTAZOL	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
158	VASODILATADOR	RIOCIGUAT	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		FARICIMAB	
1066	AGENTE REVERSOR ESPECÍFICO DE DA	IDARUCIZUMAB	PRAXBIND 2 UNIDADES
326	HORMONOTERAPIA	OCTREOTIDA	SANDOSTATIN LAR 1 UNIDAD

B.11 Materiales Descartables

La facturación de materiales descartables de alto costo y/o de uso no habitual, deberán estar acompañados de comprobantes de uso. En caso de que el valor de mercado utilizado exceda a la media, la facturación podrá percibir débitos de ajuste, aun habiéndose presentado comprobantes.

B.12 Internaciones que requieren la Provisión de Prótesis y/o Insumos

En el punto 7. D se detallan los requisitos que deben cumplimentar los Pedidos Médicos.

B.13 Facturación en caso de dos equipos quirúrgicos en mismo tiempo operatorio

Cuando dos prestaciones quirúrgicas se realizan en el mismo tiempo operatorio con la intervención de dos equipos quirúrgicos diferentes, se abonarán los honorarios según el Nomenclador Nacional y gastos operatorios al 50% o 30%, dependiendo de la vía de abordaje, según normas del NN.

B.14 Módulos combinados

En caso de realización de dos prestaciones moduladas de manera simultánea, como lo puede ser el caso de dos cirugías en el mismo tiempo operatorio, se abonará 100% de la práctica de mayor valor y 50% la de menor valor.

B.15 Prácticas Médicas y Seguridad del Paciente

- Aquellas desatenciones en el cuidado de la salud o prácticas médicas que hayan generado una complicación no deseada en el paciente y hubieran llevado a otras prácticas para subsanar las mismas, así como también una mayor cantidad de días de internación, serán pasibles de débitos.
- Toda práctica que no pudo haberse completado en su totalidad se abonará en un 50%, ya sea honorarios y gastos. Estos porcentajes podrán variar según las características de la práctica y los costos.
- En relación a códigos de monitoreo cardiovascular intraoperatorio, se tendrá en cuenta el Nomenclador Nacional.

B.16 Días de Pensión

- No se reconocerán los días de internación previos a cirugías programadas como único motivo de estadía.
- En el caso de que la evolución del médico tratante no sea legible, la facturación del o de los días de pensión podrán percibir débitos o devolución de la documentación.
- Cuando no exista en la Historia Clínica evolución médica en uno de los días, no se abonará dicho día bajo ninguna circunstancia.
- Para aquellas internaciones de duración menor a 12 hs., se abonará media pensión.

B.17 Internación / Atención Domiciliaria

Para la autorización el prestador deberá enviar:

- Pedido Médico de prestaciones, medicamentos e insumos a suministrar.
- Historia Clínica realizada por el médico de cabecera o Institución Sanatorial.
- La empresa de Atención Domiciliaria remitirá presupuesto, en caso de no tener convenio suscripto.
- Pacientes Crónicos: La empresa de Internación Domiciliaria, deberá enviar un Informe Médico de los pacientes crónicos en forma mensual, para evaluar la situación de los mismos.

Particularidades a tener en cuenta:

- Medicamentos: informar dosis y tiempo de tratamiento estimado. Adjuntar las recetas correspondientes.
- Oxígeno: debe solicitarse en Pedido Médico separado, indicando el requerimiento diario.
- Insumos: detallar las cantidades requeridas.
- Alimentación Enteral/Parenteral: aclarar si requiere fórmula magistral o genérica, como así también si lleva el uso de bomba o no.
- Los medicamentos vinculados a la internación domiciliaria, tendrán una cobertura al 100%, siempre y cuando sean parenterales u opioides. El resto de medicamentos se gestiona con cobertura según plan.
- **Toda prestación única (a excepción de enfermería), no incluida dentro de la internación domiciliaria, se gestiona por cartilla.**

Para la facturación deberá enviar:

- Mensualmente las evoluciones de cada paciente realizada por los profesionales intervinientes.
- Anualmente o con cada cambio/quita o agregado de prestaciones justificativo médico y objetivos del tratamiento.

C. SERVICIO DE AMBULANCIA PROGRAMADO

El traslado de ambulancia programado está contemplado en aquellos casos en los cuales el Asociado deba concurrir a un Centro de Diagnóstico o Tratamiento y que por su afección se encuentre imposibilitado de movilizarse por sus propios medios habituales de transporte. También se contempla derivación por falta de complejidad o disponibilidad a otro Centro Médico.

Para más detalle ver "INSTRUCTIVO PLATAFORMA AUTOGESTIÓN DE PRESTADORES", el punto relacionado a esta temática es el 19."

Para gestionar la solicitud de traslado y derivación el prestador deberá comunicarse al TE. **0800-555-7262**, las 24 hs., los 7 días de la semana.

En el caso de traslado programado, es importante gestionarlo como mínimo con 2 horas de anticipación dependiendo la distancia a recorrer, y remitir la Indicación Médica que justifique el pedido, detallando además el tiempo estimado para la puntualidad del arribo. Si es por falta de complejidad o disponibilidad se realizará según recurso en el resto de los prestadores.

Para traslados programados no urgentes, deberá ingresar al Autogestor de Prestadores y en la opción Gestión de Traslados deberá completar el formulario pertinente y además:

- 1-Validar los datos del Asociado (Número de Asociado o documento) para conocer si está habilitado.
- 2-Completar los datos para solicitar la gestión (tipo de traslado, nombre y apellido de la persona que solicita, email, número telefónico).
3. Adjuntar Pedido Médico legible.
4. Hacer click en Solicitar Traslado.

En el transcurso de la siguiente hora se estarán comunicando para proceder con la gestión.

D. PRÁCTICAS PACTADAS POR CONVENIO

El prestador podrá realizar la consulta de las prácticas pactadas por convenio a través de la sección Convenios / Prestaciones Convenidas de la plataforma web Autogestión de Prestadores. Asimismo, en el apartado Convenios / Adendas podrá visualizar los últimos dos archivos digitalizados.

Para más detalle ver "INSTRUCTIVO PLATAFORMA AUTOGESTIÓN DE PRESTADORES", los puntos relacionados a estas temáticas son el 11 y el 12.

7. REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIMENTAR LOS PEDIDOS MÉDICOS

Para la autorización y facturación de las prestaciones realizadas en ambulatorio e internación, así como también para la indicación de medicamentos, es necesaria la presentación del Pedido Médico.

El diagnóstico detallado en los Pedidos Médicos deberán ser legible (*)².

El RP/ correspondiente, deberá ser coincidente con el solicitante.

Serán aceptados como válidos los Pedidos Médicos en formato digital siempre y cuando cumplan con los requisitos solicitados.

²(*)El incumplimiento de este punto habilitará a la aplicación de un DÉBITO EN FIRME no refacturable y sin envío de la documentación al prestador.

A fin de evitar débitos se adjuntan “Modelos de Pedidos Médicos” en el que se detalla la información que deben contener en cada prescripción para:

A - Prácticas en Ambulatorio

B - Medicamentos en Ambulatorio

C - Internaciones de Urgencia y Programadas

D - Solicitud de Prótesis

E - Solicitud de Insumos

F- Solicitud de Alimentación Enteral y Parenteral

A-Prácticas en Ambulatorio

- Membrete del Profesional o Entidad Sanatorial - Dirección y teléfono	]	Datos del Profesional Prescribiente
Rp - Apellido y nombre - N° de documento - N° de Asociado - Plan	]	Datos del Asociado
- Nombre de la práctica - Código de la práctica (opcional) - Cantidad	]	Detalle de la solicitud de la prestación / Pedido Médico
Diagnóstico	]	Detalle del Diagnóstico
- Fecha de prescripción - Firma y sello del profesional (puede ser electrónica) - Número de matrícula	]	Datos de fecha/firma/sello/matrícula

B-Medicamentos en Ambulatorio

- Se acepta en formato electrónico
- Podrán prescribir hasta 2 medicamentos por receta

- Membrete de la Institución o del Profesional - Dirección y teléfono	
Rp - Apellido y nombre o codificación en caso de HIV - N° de documento - N° de Asociado - Plan - Nombre de la Obra social	Datos del Asociado
- Droga (no marca comercial) - Cantidad	Detalle de la solicitud de medicamentos / Pedido Médico
Diagnóstico	Detalle del Diagnóstico
- Fecha de prescripción - Firma y sello legible del profesional (puede ser electrónica) - Número de matrícula	Datos de fecha/firma/sello/matrícula

C-Internaciones de Urgencias y Programadas

- Membrete de la Institución o del Profesional - Nombre del Establecimiento Asistencial - Dirección y teléfono	
Rp - Apellido y nombre - N° de documento - N° de Asociado - Plan	Datos del Asociado
- Cantidad de días solicitados / estimados - Tipo de internación: Clínica - Quirúrgica - Parto o Cesárea, Psiquiátrica (en el caso de una internación quirúrgica deberá detallar el/los códigos/s correspondiente/s) - Si es una internación programada indicar fecha probable de cirugía	Detalle de la solicitud de la prestación / Pedido Médico
Diagnóstico de ingreso	Detalle del Diagnóstico
- Fecha de prescripción - Firma y sello del profesional prescribiente (puede ser electrónica) - Número de matrícula	Datos de fecha/firma/sello/matrícula

D-Solicitud de Prótesis

- Membrete Denominación Entidad Sanatorial o Prestador - Dirección y teléfono	
Rp	- Apellido y nombre - N° de documento - N° de Asociado - Plan
	Detalle del material genérico. Sugerencia de marca comercial (especificar todas las características)
	Diagnóstico
	- Fecha de prescripción - Firma y sello del profesional prescribiente - N° de matrícula

Datos del Profesional Prescribiente

Datos del Asociado

Detalle de la solicitud de la prestación / Pedido Médico

Detalle del Diagnóstico

Datos de fecha/firma/sello/matricula

E-Solicitud de Insumos

- Membrete Denominación Entidad Sanatorial o Prestador - Dirección y teléfono	
Rp	- Apellido y nombre - N° de documento - N° de Asociado - Plan
	Detalle del insumo. Sugerencia de marca comercial (especificar todas las características)
	Lugar de entrega
	Diagnóstico
	- Fecha de prescripción - Firma y sello del profesional prescribiente - N° de matrícula

Datos del Profesional Prescribiente

Datos del Asociado

Detalle de la solicitud de la prestación / Pedido Médico

Detalle del Diagnóstico

Datos de fecha/firma/sello/matricula

F-Solicitud de Alimentación Enteral y Parenteral

• Membrete Denominación Entidad Sanatorial • Dirección y teléfono	}	Datos del Profesional Prescribiente
Rp • Apellido y nombre • N° de documento • N° de Asociado • Plan	}	Datos del Asociado
• Detalle de la fórmula enteral/parenteral • Internación / Internación Domiciliaria	}	Detalle de la solicitud de la prestación / Pedido Médico
• Diagnóstico	}	Detalle del Diagnóstico
• Médico responsable/referente encargado del tema • Fecha de prescripción • Firma y sello del profesional prescribiente • N° de matrícula	}	Datos de fecha/firma/sello/matrícula

8. REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIMENTAR LAS HISTORIAS CLÍNICAS

Deberán estar redactadas con letra legible y sin abreviaturas, en las que se detalle:

Datos de la Historia Clínica
- Datos completos del Asociado - Fecha y hora de ingreso/egreso - Diagnóstico, evolución diaria (con firma y sello del médico) y además deberán adjuntar Indicaciones Médicas y Hojas de Cumplimiento de Enfermería. - Diagnóstico de egreso (epicrisis) - Toda práctica realizada por sesiones o interconsultas, deberán estar evolucionadas, firmadas y selladas por el prestador actuante, en día consecutivo a la evolución médica diaria - Cuando se efectúen interconsultas y prácticas deberá explicitar en la Historia Clínica y adjuntar el/los informes de los mismos

En internaciones quirúrgicas deberá presentar Protocolo Quirúrgico, Foja de Anestesia y las correspondientes Hojas de Enfermería (todo confeccionado con letra legible).

En los procedimientos que incluya la colocación de material protésico (de cualquier tipo), el informe del mismo debe estar acompañado del sticker correspondiente.

En las prácticas que incluya la toma de muestra de material biológico, deberán adjuntar el informe de Anatomía Patológica.

9. ACTUALIZACION LISTADOS DE PRESTADORES

Es necesario contar con los datos actualizados del equipo de prestadores que brindan servicio, periódicamente o cuando surjan modificaciones. Es importante que sea comunicado a la brevedad teniendo en cuenta los siguientes items:

A- Remitir el detalle en formato Excel

B- Enviar el documento por Contáctenos (ícono del sobre en Autogestor de Prestadores), seleccionando el motivo del contacto “Incorporación o Baja de Prestadores Adheridos”

C- Debe contener los datos que se enumeran a continuación:

ENTIDADES SANATORIALES

- Nombre y Apellido
- CUIT
- Matrícula (tipo y número)
- Especialidad
- E-Mail
- Teléfono

ENTIDADES INTERMEDIAS (que agrupan personas físicas)

- Nombre y Apellido
- CUIT
- Matrícula (tipo y número)
- Especialidad
- Domicilio/s de atención
- Localidad
- Teléfono/s de atención
- E-Mail
- Categoría (en caso de corresponder según convenio: antigüedad/prestador)

ENTIDADES INTERMEDIAS (que agrupan personas jurídicas)

- Razón Social
- Nombre de Fantasía
- CUIT
- Domicilio
- Localidad
- Teléfono/s de atención
- E-Mail

Para más detalle ver “INSTRUCTIVO PLATAFORMA AUTOGESTIÓN DE PRESTADORES”, el punto relacionado a esta temática es el 13.

NORMAS DE FACTURACIÓN

10.DISPOSICIONES DE FACTURACIÓN

A. DISPOSICIONES GENERALES

-No se podrán facturar prestaciones prescriptas y/o realizadas por el mismo profesional que no correspondan a su especialidad. (*)

-Las prestaciones deberán ser facturadas teniendo en cuenta las Normas del Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y lo dispuesto en la presente Norma y sus modificatorias y/o complementarias. (*)

-Se deberá facturar con el código de la prestación pactada en el convenio. (*)

-En el caso de que un Asociado haya realizado 2 (dos) consultas en el mismo día y con el mismo profesional, se deberá adjuntar a la factura la Historia Clínica que clarifique esa necesidad. (*)

-A partir de la 4° (cuarta) consulta efectuada por el mismo profesional a un mismo Asociado dentro del mismo mes, se deberá adjuntar a la factura la Historia Clínica correspondiente. (*)

-Para la facturación de prácticas realizadas en ambulatorio los prestadores deberán presentar la documentación respaldatoria: Pedidos Médicos, Planillas y Formularios que deberán contar con el número de autorización y la conformidad del Asociado mediante firma, aclaración y DNI. Queda exceptuada de ese requerimiento la facturación de las prácticas contempladas en las órdenes provistas a Asociados inscriptos en Programas Especiales (ej: Diabetes Mellitus). Además, deberá adjuntar en forma obligatoria la preliquidación generada desde el Autogestor de Prestadores o resumen que contenga los datos de cada autorización conforme se detalla en el punto 10.F.4.2.

-Para la facturación de prácticas realizadas en internación, deberán presentarse los Formularios de Autorización y documentación respaldatoria conforme lo dispuesto en el Punto 10.F.3.

-La mencionada documentación respaldatoria puede ser presentada en formato impreso o en soporte digital. Para el caso de envío digital de la misma, la conservación de los originales corre por cuenta y orden del prestador conforme a disposiciones legales vigentes.

-Si al validar la prestación la misma requiere de autorización previa, deberá presentarse junto a la factura el Formulario autorizado y el Pedido Médico. El Formulario autorizado es válido tanto en formato físico como en digital. (*)

-Al autorizar una prestación online deberá considerar que la entidad facturadora coincida con el convenio por el cual autorizó, caso contrario se ejecutará un débito automático. (*)

-Es importante no perforar ni obstruir los códigos de barra en los tickets y/o formularios, a fin de permitir su perfecta lectura. Si presenta la documentación en formato digital, ésta debe visualizarse correctamente. (*)

(*) El incumplimiento de este punto habilitará a la aplicación de un DÉBITO EN FIRME no refacturable y sin envío de la documentación al prestador.

B. AUXILIARES DE LA MEDICINA

-En el caso de Kinesiólogos, Terapistas Ocupacionales, Psicopedagogos y Psicomotricistas: la prescripción de la prestación debe ser realizada con sello y membrete del médico o clínica habilitada para dicho fin. No se encuentran habilitados para auto-prescribirse.

-Las prestaciones realizadas por sesión, deberán facturarse adjuntando el Pedido Médico, detallando la fecha de realización de cada una de las mismas con la conformidad del Asociado mediante firma, aclaración y DNI. Esta normativa también es válida para la rehabilitación del cardiópata. (*)

C. FECHA DE PRESENTACIÓN

El Prestador cuenta con los siguientes plazos para la presentación de las prestaciones:

- En Ambulatorio NOVENTA (90) días corridos a partir de la fecha de realización de la práctica.
- Formularios de Autorización Previa: la prestación debe realizarse antes de la fecha de vencimiento que se detalla en el mismo. Si el Asociado presenta un Formulario vencido, se le deberá requerir la correspondiente actualización.
- Para los Formularios en los que se autorizan sesiones, la primera sesión deberá realizarse dentro de la fecha de validez del Formulario.
- En Internación CIENTO VEINTE (120) días corridos desde la fecha de realización de la prestación.
- En Internaciones prolongadas que superen los TREINTA (30) días, deberá realizar un corte mensual, a los fines de la facturación.

D. PRESTACIONES QUE DEBEN SER FACTURADAS CON INFORME MÉDICO

Todo procedimiento ambulatorio deberá ser acompañado del Informe de Resultado correspondiente. Se especifican a continuación las prácticas alcanzadas por esta normativa.

En el caso que se haya realizado toma de muestra de material biológico deberá presentar indefectiblemente el informe de Anatomía Patológica. (*)

Las prácticas de diagnóstico tales como RMN, TAC y eco doppler, deberán presentar el informe correspondiente y desde el Autogestor de Prestadores, en el menú "Solicitar Preliquidación" deberá tildar si el resultado del informe fue "Normal" o "Patológico". (Ver Instructivo del Autogestor de Prestadores).

(*) El incumplimiento de este punto habilitará a la aplicación de un DÉBITO EN FIRME no refacturable y sin envío de la documentación al prestador.

DETALLE DE PRÁCTICAS EN "AMBULATORIO" QUE DEBEN SER FACTURADAS CON INFORME

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
CAPÍTULO 01.07 - PROCEDIMIENTOS NEURORRADIOLÓGICOS	
01.07.01	VENTRICULOGRAFÍA POR INYECCIÓN DE MEDIO CONTRASTE -LÍQUIDO O GASEOSO
01.07.02	PAN-ARTERIOGRAFÍA CEREBRAL POR CATETERISMO. UNI O BILATERAL.
01.07.03	ARTERIOGRAFÍA CAROTIDEA O VERTEBRAL. (POR DISECCIÓN O PUNCIÓN DIRECTA).
01.07.04	NEUMOENCEFALOVENTRICULOGRAFÍA FRACCIONADA (CISTERNOGRAFÍA).
01.07.05	MIELOGRAFÍA ASCENDENTE O DESCENDENTE. CISTERNOGRAFÍA. MIELOGRAFÍA. RADICULOGRAFÍA.
01.07.06	DISCOGRAFÍA. NEUROGRAFÍA. EPIDUROGRAFÍA.
CAPÍTULO 02 - OPERACIONES EN EL APARATO DE LA VISIÓN	
	CIRUGÍAS OFTALMOLÓGICAS E INTERVENCIONES CON LÁSER SE DEBERÁ ADJUNTAR PROTOCOLO ADEMÁS DEL PARTE ANESTÉSICO EN CASO QUE LO HUBIERA Y CUMPLIR CON LOS REQUISITOS HABITUALES
CAPÍTULO 07.07 - PROCEDIMIENTOS ANGIO-CARDIORRADIOLÓGICOS	
07.07.01	CATETERISMO DE CORAZÓN PARA DIAGNÓSTICO
07.07.02	CARDIOGRAFÍA-ANGIOCARDIOGRAFÍA
07.07.03	CORONARIOGRAFÍA SELECTIVA DE CORONARIA IZQUIERDA Y/O DERECHA
07.07.04	AORTOGRAFÍA POR PUNCIÓN LUMBAR.
07.07.05	AORTOGRAFÍA POR CATETERISMO FEMORAL.
07.07.06	AORTOGRAFÍA ABDOMINAL Y ESTUDIO SELECTIVO DE LAS ARTERIAS DEL CAYADO AÓRTICO Y DEL CUELLO
07.07.07	AORTOGRAFÍA TORÁCICA Y/O ESTUDIO SELECTIVO DE LAS ARTERIAS DEL CAYADO AÓRTICO Y DEL CUELLO
07.07.08	AORTOGRAFÍA ABDOMINAL Y ESTUDIO SELECTIVO DE TRONCO CELÍACO, MESENTERICA SUPERIOR E INFERIOR, RENALES Y/O SUS RAMAS, POR CATETERISMO HUMERAL O FEMORAL (TIEMPO ARTERIAL, PARENQUIMATOSO Y VENOSO).
07.07.09	CAVOGRAFÍA ABDOMINAL Y/O TORÁCICA Y/O SELECTIVA DE SUS AFLUENTES
07.07.10	ACIOGRAFÍA POR PUNCIÓN TRANSOSEA.
07.07.11	FLEBOGRAFÍA DEL SENO PETROSO (BILATERAL).
07.07.12	ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA DE ARTERIAS INTERCOSTALES LUMBARES BILATERAL.
07.07.13	FLEBOGRAFÍA SUPRARRENAL BILATERAL CON EXTRACCIÓN DE MUESTRAS PARA DOSAJE HORMONAL.
07.07.14	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA POR PUNCIÓN.
07.07.16	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBROS INFERIOR O SUPERIOR.
07.07.71	ANGIOGRAFÍA DIGITAL DE VASOS DEL CUELLO
07.07.74	ARTERIOGRAFÍA + AORTOGRAFÍA
07.07.76	ANGIOGRAFÍA PULMONAR

07.07.78	ANGIOGRAFÍA FISTULA HEMODIÁLISIS
07.07.80	ANGIOGRAFÍA ROTACIONAL CON RECONSTRUCCIÓN 3D
07.07.81	ANGIOGRAFÍA MEDULAR
CAPÍTULO 13- OPERACIONES EN LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	
	EN CASO QUE SE REALICE TOMA DE ALGÚN MATERIAL BIOLÓGICO DEBE PRESENTAR EL INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
CAPÍTULO 14- ALERGIA	
14.01.01	TESTIFICACIÓN TOTAL
14.01.02	TESTIFICACIÓN PARCIAL
14.01.03	TESTIFICACIÓN POR DROGAS
CAPÍTULO 15- ANATOMÍA PATOLÓGICA	
	TODOS LOS CÓDIGOS
CAPÍTULO 17- CARDIOLÓGÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS, EXCEPTO 17.01.01 (ELECTROCARDIOGRAMA); 17.01.17 Y 17.01.89 (REHABILITACIÓN DEL CARDÍOPATA) DEBEN FACTURARSE CON FECHA Y FIRMA DEL ASOCIADO
CAPÍTULO 18- ECOGRAFÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS
CAPÍTULO 20- GASTROENTEROLOGÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS, EXCEPTO 20.01.27 ANOSCOPIA Y 20.01.73 USO DE BOMBA
CAPÍTULO 22- GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	
22.01.03	TEST DE SIMS-HUNER.
22.01.04	ESTUDIO DEL MOCO CERVICAL. CON MICROSCOPIO
22.01.71	MÓDULO PATOLOGÍA CERVICAL
22.02.01	AMNIOSCOPIA.
22.02.02	MONITOREO FETAL.
22.03.01	ESTUDIO DE MADURACIÓN PULMONAR FETAL
22.04.01	ESPECTROFOTOMETRÍA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO
CAPÍTULO 23- HEMATOLOGÍA-INMUNOLOGÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS
CAPÍTULO 26- MEDICINA NUCLEAR	
	TODOS LOS CÓDIGOS
CAPÍTULO 28- NEUMONOLOGÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS

CAPÍTULO 29- NEUROLOGÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS
CAPÍTULO 30 – OFTALMOLOGÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS QUE CORRESPONDEN A ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO
CAPÍTULO 31- OTORRINOLARINGOLOGÍA	
	TODOS LOS CÓDIGOS QUE CORRESPONDEN A ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO

E. MODALIDAD DE FACTURACIÓN ANTE LA PRESCRIPCIÓN DE MÁS DE UN CÓDIGO

Ante la prescripción de más de un código, se aplicará la normativa explicitada en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas. Se detallan a continuación:

SI SE FACTURA		SE ABONA
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	
CAPÍTULO 15 - ANATOMÍA PATOLÓGICA		
15.01.06	CITOLOGÍA EXFOLIATIVA ONCOLÓGICA.	15.01.06
15.01.07	CITOLOGÍA EXFOLIATIVA HORMONAL. CADA 4 EXTENDIDOS.	
CAPÍTULO 18 – ECOGRAFÍA		
18.01.12	ECOGRAFÍA COMPLETA DE ABDOMEN.	18.01.12
18.01.16	ECOGRAFÍA RENAL BILATERAL.	
18.01.13	ECOGRAFÍA HEPATO BILIAR, ESPLÉNICA O TORÁCICA.	18.01.12
18.01.16	ECOGRAFÍA RENAL BILATERAL.	
18.01.12	ECOGRAFÍA COMPLETA DE ABDOMEN.	18.01.12 y 18.01.14
18.01.14	ECOGRAFÍA DE VEJIGA O PRÓSTATA C/S TRANSDUCTOR RECTAL.	
18.01.16	ECOGRAFÍA RENAL BILATERAL	
18.01.18	ECOGRAFÍA PANCRÉATICA O SUPRARRENAL.	18.01.12
18.01.12	ECOGRAFÍA COMPLETA DE ABDOMEN.	
18.01.14 X 2	ECOGRAFÍA DE VEJIGA O PRÓSTATA C/S TRANSDUCTOR RECTAL. (pre-postmiccional) corresponde abonar por 1	18.01.14 x 1
CAPÍTULO 30 – OFTALMOLOGÍA		
30.01.76	ESTUDIOS OFTALMOLÓGICOS EN NIÑOS BAJO ANESTESIA GENERAL BILATERAL	30.01.76
30.01.04	FONDO DE OJO Y/O ESQUIASCOPIA (CON DILATACIÓN PUPILAR) BILATERAL	
30.01.76	ESTUDIOS OFTALMOLÓGICOS EN NIÑOS BAJO ANESTESIA GENERAL BILATERAL	30.01.76
30.01.04.00	FONDO DE OJO Y/O ESQUIASCOPIA UNILATERAL	
30.01.76	ESTUDIOS OFTALMOLÓGICOS EN NIÑOS BAJO ANESTESIA GENERAL BILATERAL	30.01.76
30.01.05	TONOMETRÍA BILATERAL	
30.01.76	ESTUDIOS OFTALMOLÓGICOS EN NIÑOS BAJO ANESTESIA GENERAL BILATERAL	30.01.76
30.01.06	TONOMETRÍA EN NIÑOS CON ANESTESIA GENERAL BILATERAL	
30.01.76	ESTUDIOS OFTALMOLÓGICOS EN NIÑOS BAJO ANESTESIA GENERAL BILATERAL	30.01.76
30.01.06.00	TONOMETRÍA EN NIÑOS CON ANESTESIA GENERAL UNILATERAL	
30.01.76	ESTUDIOS OFTALMOLÓGICOS EN NIÑOS BAJO ANESTESIA GENERAL BILATERAL	30.01.76

30.01.08	GONIOSCOPIA BILATERAL	
30.01.76	ESTUDIOS OFTALMOLÓGICOS EN NIÑOS BAJO ANESTESIA GENERAL BILATERAL	30.01.76
30.01.08.00	GONIOSCOPIA UNILATERAL	
30.01.76	ESTUDIOS OFTALMOLÓGICOS EN NIÑOS BAJO ANESTESIA GENERAL BILATERAL	30.01.76
30.02.89	BIOMICROSCOPIA ULTRASÓNICA (U.B.M.)	
CAPÍTULO 33 – PSICOLOGÍA		
42.80.01	TEST DE PEDIATRÍA (PRUNAPE, ADI-R, SCQ, ADOS, TEST DE VINELAND, ETC.)	42.80.01
33.01.79	ADOS-G PARA DIAGNÓSTICO TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA, ETC.)	
42.80.01	TEST DE PEDIATRÍA (PRUNAPE, ADI-R, SCQ, ADOS, TEST DE VINELAND, ETC.)	42.80.01
33.01.81	TEST DE VINELAND	
CAPÍTULO 34 – RADIOLOGÍA		
34.10.08	T.A.C. COMPLETA DE ABDOMEN. I	34.10.08
34.10.12	T.A.C. DE OTROS ÓRGANOS O REGIONES	

F. MODALIDAD DE PRESENTACIÓN

F.1 Prestaciones en Ambulatorio que no llevan Autorización Previa

Las prestaciones en ambulatorio que no llevan autorización previa y son autorizadas a través del Autogestor de Prestadores cuentan con la opción de exportar el resumen de preliquidación.

Para más detalles ver el "INSTRUCTIVO PLATAFORMA AUTOGESTIÓN DE PRESTADORES", los puntos referentes a este tema son los 7 y 8.

F.2 Prestaciones en Ambulatorio que llevan Autorización Previa

- Para la presentación de estas prestaciones se deberá adjuntar el Formulario N° 4 autorizado y el Pedido Médico. El formulario 4 deberá ser validado on line dentro del Autogestor de Prestadores, por lo que se verá reflejado en su preliquidación.
- Las prácticas efectuadas por sesiones deberán ser facturadas con el Pedido Médico, detallando la fecha de realización de cada una de las mismas y con firma de conformidad del Asociado, aclaración y DNI.

F.3 Internaciones y Prórrogas

Para la facturación deberán adjuntar los Formularios N° 6 Aviso de Internación (válido para facturar) y los de Prórrogas correspondientes, y en los casos que la cirugía se efectúe luego de emitir el Formulario N°6, también deberán enviar el Formulario N° 4 Prestaciones que requieren Autorización Previa con la autorización del código quirúrgico. (*)

Como así también la documentación médica respaldatoria de acuerdo a la práctica efectuada: Pedido Médico, Historia Clínica con letra legible y sin abreviatura (conforme al Punto 8), Protocolo Quirúrgico, Hojas de Enfermería, informes de resultados de anatomía patológica. (**)

Para la facturación deberán adjuntar:

- Formularios N°6 (Aviso de Internación) y los de Prórrogas correspondientes.
- Formulario N°4:
 - a) Para la/s cirugía/s se efectúen luego de emitir el formulario N°6 (Códigos quirúrgicos)
 - b) Para Prácticas, medicación, alimentación y aparatología que requieran autorización previa en internación.
- En Cirugías y prácticas no convenidas, medicación de alto costo, alimentación, etc. se deberá adjuntar presupuesto autorizado por AMSS para su facturación.
- Documentación respaldatoria de acuerdo al tipo de internación realizada: Epicrisis, Pedidos Médicos, Historia Clínica (con letra legible y sin abreviatura), protocolos quirúrgico, hoja de enfermería, informes de resultados de estudios indicados y realizados (en especial Anatomopatológicos) y consentimiento de prácticas quirúrgicas

IMPORTANTE: NO ES VÁLIDO para facturar el Formulario N°60 (pre-autorización de cirugía programada).

(*) La presentación fuera de término habilitará a la aplicación de un débito.

(**) La falta de presentación de la documentación respaldatoria, habilitará a la aplicación de un débito.

F.4 Modalidad de Facturación

1 GENERALIDAD

En todos los casos y cualquiera sea la forma de presentación, la facturación deberá realizarse dividida en dos facturas, en función del segmento al que pertenezca el Asociado (GRAV o NO GRAV). A excepción del monotributista que puede presentar ambos segmentos en una sola factura.

IMPORTANTE: La facturación de prestaciones realizadas en internación deberá efectuarse en forma separada del resto de las prestaciones autorizadas online.

A continuación describimos dos modalidades a optar por el prestador para la presentación de la facturación, según disposición de la **RESOLUCIÓN GENERAL (AFIP) 4540** (ver ANEXO III, adjunto al final en el apartado de ANEXOS).

Modalidad 1:

El prestador podrá confeccionar un resumen ó pre-liquidación como una pre-facturación, considerando los datos y el formato que se detallan en el punto F.4.2.

Este resumen se presenta antes de emitir la factura, es decir que podrá adjuntar resumen de pre-facturación y la documentación respaldatoria. El mismo será analizado previo al vencimiento de su plazo de pago.

El importe a facturar se encontrará detallado en la Planilla de Débito, dentro de la sección: Administración/Envíos y Consultas de Facturación/Historial de Comprobantes, pudiendo descargar la misma en la línea de la factura correspondiente, en la columna planilla débito.

La factura deberá adjuntarse en la sección: Administración/Envíos y Consultas de Facturación, haciendo click en el botón Enviar Nuevo Comprobante, seleccionando el tipo de envío que corresponda. Se ejecutará el pago en los plazos convenidos.

Modalidad 2:

En caso de enviar factura directamente, con la documentación respaldatoria y el resumen/preliquidación, se procesará la misma y previo al vencimiento de su factura, podrá visualizar la Planilla de Débito en el Autogestor de Prestadores, dentro de la sección: Administración/Envíos y Consultas de Facturación/Historial de Comprobantes, pudiendo descargar la misma en la línea de la factura correspondiente, en la columna planilla débito.

En caso de corresponder, la Nota de Crédito deberá adjuntarse en la sección: Administración/Envíos y Consultas de Facturación/Historial de Comprobantes, pudiendo descargar la misma en la línea de la factura, cuando el Estado indique: "Esperando Nota de Crédito", haciendo click sobre el ícono adjuntar (imagen de la flecha ascendente).

IMPORTANTE: recordar que el envío de la Nota de Crédito es imprescindible para ejecutar el pago.

2 CONFECCIÓN DEL RESUMEN

En este archivo podrá detallar todas las prestaciones realizadas en ambulatorio y en internaciones, uno para segmento GRAV y otro para segmento NO GRAV.

Datos que debe contener:

a- Asignarle a cada resumen un número correlativo para que se pueda realizar el seguimiento.

b- Datos del Asociado:

- N° de Asociado o N° de documento
- Apellido y nombre

c- Sobre los importes: colocar importe unitario / importes totales. Aclarar si suma IVA

d- Sobre las prestaciones realizadas:

- Fecha de realización
- N° de Autorización online o N° de Formulario
- Código de la prestación (convenido)
- Descripción
- Cantidad

e- Sobre el Efector y Prescriptor:

- Matrícula o CUIT del efector y prescriptor.
- Nombre y apellido del profesional en ambos casos.

f- Formatos: Excel o pdf

3 PROCEDIMIENTO DE LA PRESENTACIÓN PARA EL ENVÍO DE LA FACTURACIÓN EN ARCHIVO DIGITAL O FÍSICO

1 Presentación de la facturación y documentación en archivo DIGITAL:

Para más detalles ver el "INSTRUCTIVO PLATAFORMA AUTOGESTIÓN DE PRESTADORES", punto 15.

2 Presentación de la facturación y documentación en FÍSICO:

a- Hay dos (2) lugares para la remisión de las facturaciones:

Sede Central Sunchales: San Martín 248 - Código Postal 2322
Sunchales (Santa Fe)

Sede Buenos Aires: Sarmiento 811 - Código Postal 1040
Capital Federal (Buenos Aires)

b- Se deberá presentar para la **Modalidad 1:** Resumen + Documentación y para la **Modalidad 2:** Factura + Resumen + Documentación. Cada factura o resumen deben ser enviados por separado y junto a la papelería correspondiente. No deben remitir los comprobantes por un lado y documentación por el otro.

c- El vencimiento comenzará a contarse a partir de la recepción de la facturación en Sede Sunchales o Buenos Aires.

G. REFACTURACIÓN

Para mayor información dirigirse a la norma: NORMAS DE REFACTURACIÓN DE PRESTACIONES Y RECLAMOS DE DÉBITOS, a través del Autogestor de Prestadores, sección "Convenios", "Normas Operativas e Instructivos".

H. RECLAMOS

Para mayor información dirigirse a la norma: NORMAS DE REFACTURACIÓN DE PRESTACIONES Y RECLAMOS DE DÉBITOS, a través del Autogestor de Prestadores, sección "Convenios", "Normas Operativas e Instructivos".

I. CONFECCIÓN DE FACTURA O RECIBO

Las facturas o notas de crédito deberán cumplir con los requisitos exigidos por AFIP mediante las Resoluciones Generales 1415, 100 y 3419 sus modificatorias y complementarias (ver **ANEXO III - Resolución General AFIP 4540**, adjunto al final en el apartado ANEXOS).

El prestador deberá emitir la factura original a nombre de:

“Asociación Mutual SanCor Salud”, C.U.I.T. N° 30-59035479-8, Exento en I.V.A.. De acuerdo a la condición ante el IVA del Prestador tener en cuenta lo siguiente:

• **Para Prestadores Responsables Inscriptos:**

- Factura tipo “B” incluyendo IVA (10,5%) en el monto final, para Asociados GRAV (Gravados).
- Factura tipo “B” sin IVA., para Asociado NO GRAV (No Gravados).

• **Para Prestadores Responsables Exentos o Monotributistas:**

- Factura o Recibo tipo “C” sin IVA.

• **Para Entidades Intermedias:**

- Si el convenio facturador es Exento, el profesional actuante es Responsable Inscripto y el Asociado es GRAV (Gravados), se abona IVA.

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Para mayor información podrá consultar las Normas Generales y Particulares a través del Autogestor de Prestadores, sección “Convenios”, “Normas Operativas e Instructivos”:

- NORMAS OPERATIVAS DE ATENCIÓN Y FACTURACIÓN - Prestadores Conectados al Autogestor de SanCor Salud.
- NORMAS OPERATIVAS DE ATENCIÓN Y FACTURACIÓN - Prestadores con Integración Web Service.
- NORMAS PARA LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES “EN AMBULATORIO” DE ESPECIALIDADES.
- NORMAS OPERATIVAS PARA PRESTACIONES OFTALMOLÓGICAS.
- NORMAS DE REFACTURACIÓN DE PRESTACIONES Y RECLAMOS DE DÉBITOS.
- NORMAS DE FACTURACIÓN Y PRESENTACIÓN PARA DISCAPACIDAD.
- NORMAS DE FACTURACIÓN Y PRESENTACIÓN PARA EL SISTEMA ÚNICO DE REINTEGRO POR GESTIÓN DE ENFERMEDADES (SURGE).

VÍAS DE CONTACTO

SanCor Salud cuenta con las siguientes VÍAS DE COMUNICACIÓN EXCLUSIVAS PARA PRESTADORES.

CONSULTAS GENERALES

- 0800-7777-72583 (SALUD) - Atención de lunes a viernes de 9 a 17 hs.
- E-mail: prestador@sancorsalud.com.ar

CONSULTAS SOBRE CONVENIOS

- contrataciones@sancorsalud.com.ar
- contrataciones.buenosaires@sancorsalud.com.ar

AUTORIZACIONES QUIRÚRGICAS: autorizaciones.cirugias@sancorsalud.com.ar

Esta dirección de e-mail está habilitada para solicitar autorizaciones de procedimientos quirúrgicos (programados y/o urgencia).

AUTORIZACIONES DE INTERNACIONES: autorizaciones.internaciones@sancorsalud.com.ar

Esta casilla es para requerir autorizaciones de internaciones clínicas, denuncia de internaciones por guardia, prórrogas y censo.

AUTORIZACIONES INTERNACIONES DOMICILIARIAS:

atencion.domiciliaria@sancorsalud.com.ar

Está habilitada para solicitar pedidos de internación domiciliaria.

AUTORIZACIONES AMBULATORIAS DE PRÁCTICAS, ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS:

Las solicitudes continúan con la modalidad actual, a través de los canales: Plataforma Autogestión de Prestadores o Web Service según corresponda.

RECLAMOS POR DÉBITOS: analisis.debitosprestadores@sancorsalud.com.ar

Autogestor de Prestadores: Contáctenos

Por esta vía puede canalizar estos motivos de consulta

- Actualización datos del prestador
- Autorización en ambulatorio
- Aranceles y convenio
- Nota de crédito
- Consulta sobre facturación
- Reclamo Débitos/Refacturación
- Incorporación o baja de prestador adherido
- Pagos
- Error de validación
- Error de preliquidación
- Otros

ANEXOS

ANEXO I: ESTUDIOS PREVIOS A PRESENTAR PARA CIRUGÍAS Y PRÁCTICAS ESPECIALES**1- Cirugía de Cabeza y Cuello:**

- Cirugía de boca/paladar: TAC y anatomía patológica
- Cirugía de miopía y astigmatismo. Excimer láser: dioptrías (tiras reactivas)
- Cirugía Anti-angiogénicas (Lucentis, Eylia, Avastin): RHC, TAC de coherencia óptica
- Cirugía por queratocono: paquimetría, topografía corneal
- Cirugía de fosas nasales: TAC, endoscopia rinosinusal
- Cirugía de adenoides: radiografía de cavum
- Cirugía tiroidea: ecografía y anatomía patológica
- Cirugía de laringe/faringe: endoscopia de laringe (laringofibroscofia - laringovideoscopia)

2- Cirugía General:

- Cirugía de pared abdominal: ecografía e Historia Clínica
- Cirugía de aorta: angiografía, TAC
- Cirugía de uréteres: ecografía. Uro TAC
- Cirugía de vejiga: ecografía. Citoscopia. Anatomía patológica (si hubiere)
- Cirugía de colon: colonoscopia. TAC de abdomen y pelvis
- Sexo masculino: cirugía de próstata: TAC de abdomen y pelvis. PSA. Ecografía
- Neurocirugía: RMN. Angioresonancia
- Cirugía de vasos de cuello: doppler. Angiografía
- Cirugía de mama: mamografía y ecografía
- Cirugía de pulmón: TAC. Fibrobroncoscopia
- Cirugía cardiovascular: estudios cardiológicos. CCG. Angiografía
- Cirugía vascular de miembros inferiores: doppler. Angiografía

3- Cirugías Oncológicas:

- Adjuntar Historia Clínica
- Anatomía patológica
- Estudio de diagnóstico previo según órgano (TAC, RMN, PET, centellograma, endoscopia, mamografía, ecografía, etc.)

4- Cirugías Traumatológicas:

- Fracturas: imágenes de Rx
- Artroscopias: imágenes de RMN
- Cirugía de hombro: imágenes de RMN
- Cirugía de columna: imágenes de RMN
- Artroplastia de cadera: imágenes de Rx
- Cirugía de rodilla: imágenes de RX y RMN

5- Stent Dilatadores:

- Endoscopia
- TAC
- RMN

6- Radioterapia:

- RHC
- Informe de biopsia
- Imagen de la zona a irradiar y dosis (TAC, RMN, centellograma)

7- Radioterapia de Próstata:

- RHC
- Informe de biopsia
- PSA
- Centellograma óseo.
- TAC de abdomen, tórax, pelvis

ANEXOII: PRÁCTICAS QUE NO REQUIEREN DE AUTORIZACIÓN PREVIA EN INTERNACIÓN

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
01.03.09	Punción Lumbar
05.02.02	Traqueostomía Convencional
05.04.07 / 05.04.08	Pleurocentesis
07.01.70 / 07.01.77 / 07.06.15	Colocación de Vía Central
08.02.12	Paracentesis

ANEXO III: RESOLUCIÓN GENERAL (AFIP) 4540**Emisión de notas de crédito y/o débito. Solo podrán ser realizadas por los sujetos que generaron el comprobante de venta original**

SUMARIO: Se establecen nuevas disposiciones aplicables en materia de emisión de notas de crédito y/o débito, y se vislumbra la inminente instrumentación por parte de la AFIP del "Libro de IVA Digital". En tal sentido, señalamos:

- Solo los sujetos que emitieron los comprobantes por las operaciones originarias podrán emitir las notas de crédito y/o débito, siempre que se encuentren relacionadas a una o más facturas o documentos equivalentes emitidos previamente.

- Las notas de crédito y/o débito deberán cumplir con los requisitos y las formalidades exigidos para los comprobantes emitidos por las operaciones originarias, debiendo ser emitidas dentro de los 15 días corridos de producido el hecho que requiera su documentación, y deberán identificar en dichos documentos las operaciones y documentos comerciales que originan los ajustes correspondientes.

Señalamos que las presentes disposiciones resultan de aplicación a partir del 1/7/2020 en la generalidad de los casos, siendo aplicables con anterioridad a dicha fecha en las siguientes situaciones:

- por operaciones que deban documentarse conforme al "Régimen de Facturas de Crédito Electrónicas MiPyMEs", en cuyo caso resultan de aplicación las fechas previstas para la emisión de dichos comprobantes;

- los sujetos que sean obligados a utilizar el régimen de registración electrónica denominado "Libro de IVA Digital" deberán aplicar las presentes disposiciones desde dicha fecha.

JURISDICCIÓN:	Nacional
ORGANISMO:	Adm. Fed. Ingresos Públicos
FECHA:	31/07/2019
BOL. OFICIAL:	01/08/2019
VIGENCIA DESDE:	01/08/2019

[Análisis de la norma](#)**VISTO:**

Los diversos regímenes de emisión de comprobantes dispuestos por esta Administración Federal, y

CONSIDERANDO:

Que en uso de sus facultades de verificación y control, esta Administración Federal detectó sujetos que, para ajustar las operaciones que realizan con sus proveedores, emiten su propia nota de crédito y/o débito, corrigiendo así a la factura o comprobante recibido.

Que la operatoria utilizada trae aparejada la duplicidad de comprobantes respaldatorios de una misma operación en los registros de este Organismo.

Que a los efectos de coadyuvar a la próxima implementación del "Libro de IVA Digital" y con el fin de evitar una distorsión de la información que se pone a disposición de los contribuyentes y/o responsables, corresponde complementar las previsiones vigentes establecidas en los diversos regímenes de facturación, para la emisión de las notas de crédito y/o débito.

Que han tomado la intervención que les compete la Dirección de Legislación, las Subdirecciones Generales de Asuntos Jurídicos, de Fiscalización y Técnico Legal Impositiva, y la Dirección General Impositiva.

Que la presente se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por el Artículo 33 de la Ley N° 11.683, texto ordenado en 1998 y sus modificaciones y el Artículo 7° del Decreto N° 618 del 10 de julio de 1997, sus modificatorios y sus complementarios.

Por ello,

EL ADMINISTRADOR FEDERAL DE LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS

RESUELVE:

Art. 1 - Las notas de crédito y/o débito que se emitan, conforme a lo previsto por los diversos regímenes de facturación vigentes implementados por esta Administración Federal, deberán ajustarse a las condiciones que se establecen por la presente resolución general.

Art. 2 - Solo los sujetos que emitieron los comprobantes por las operaciones originarias podrán emitir las notas de crédito y/o débito en concepto de descuentos, bonificaciones, quitas, devoluciones, rescisiones, intereses, etc., siempre que se encuentren relacionadas a una o más facturas o documentos equivalentes emitidos previamente.

Cuando los descuentos y/o bonificaciones estén acordados y sean determinables al momento de la emisión de una factura o documento equivalente, y estos sean relacionados de manera directa con ese comprobante, dichos conceptos deberán ser aplicados en el documento original que respalda la operación.

Art. 3 - Las notas de crédito y/o débito deberán cumplir con los requisitos y las formalidades exigidos para los comprobantes emitidos por las operaciones originarias. Asimismo serán emitidas únicamente al mismo receptor de los comprobantes originales para modificar las facturas o documentos equivalentes generados con anterioridad, consignándose el número de las facturas o documentos equivalentes asociados o el período al cual ajustan, referenciando los datos comerciales consignados o vinculados a los comprobantes originales, de corresponder (vg. artículos comercializados, notas de pedido, órdenes de compra u otro documento no fiscal de ajuste emitido entre las partes, etc.).

No obstante lo indicado en el párrafo precedente, cuando la nota de débito o crédito se emita por un ajuste vinculado a diferencias de precio y/o cantidad entre lo pautado por las partes, lo documentado en el comprobante original y lo efectivamente entregado, la citada nota de crédito y/o débito deberá identificar individualmente a la factura o documento equivalente que ajusta, referenciando asimismo, los datos comerciales consignados o vinculados a los comprobantes originales conforme lo indicado en el párrafo anterior.

Las respectivas notas de crédito y/o débito deberán emitirse dentro de los quince (15) días corridos desde que surja el hecho o situación que requiera su documentación mediante los citados comprobantes.

Art. 4 - Hasta tanto se adecuen los sistemas de emisión de comprobantes, a los fines de prever campos específicos para el ingreso del período que se ajusta a través de las respectivas notas de crédito y/o débito, conforme lo dispuesto en el primer párrafo del artículo precedente y la vinculación a otros documentos comerciales no fiscales, la información deberá encontrarse contenida en la cabecera del documento de ajuste o en algún lugar destinado a leyendas o datos adicionales de libre ingreso.

De tratarse de una micro, pequeña o mediana empresa alcanzada por el Régimen de "Factura de Crédito Electrónica MiPyMEs", idéntico tratamiento se aplicará cuando deba emitir un comprobante de ajuste sobre una factura o documento equivalente emitido con anterioridad a la implementación del citado régimen.

La novedad sobre la habilitación de campos específicos mencionados en el primer párrafo, será publicada en los micrositios correspondientes a los regímenes de facturación disponibles en el sitio web institucional (www.afip.gob.ar).

Art. 5 - Cuando a través de una norma particular dictada por este Organismo se establezcan requisitos para la emisión de notas de crédito y/o débito, deberá observarse lo previsto en esa norma específica y aplicarse de manera supletoria la presente para aquellas condiciones no contempladas.

Art. 6 - Las disposiciones de esta resolución general entrarán en vigencia el día 1 de julio de 2020.

Cuando se trate de operaciones documentadas en el marco del 'Régimen de Facturas de Crédito Electrónicas MiPyMEs' con anterioridad a la fecha indicada en el párrafo precedente, para el cálculo del monto neto negociable del título ejecutivo, sólo se considerarán las notas de crédito y/o débito emitidas por el sujeto emisor de la respectiva factura de crédito electrónica".

TEXTO S/RG (AFIP) 4701 - BO: 18/4/2020

FUENTE: RG (AFIP) 4701, art. 1

VIGENCIA Y APLICACIÓN

Vigencia: 18/4/2020

Aplicación: desde el 18/4/2020

TEXTOS ANTERIORES

Art. 6 - Las disposiciones de esta resolución general entrarán en vigencia el día 1 de mayo de 2020.

Cuando se trate de operaciones documentadas en el marco del "Régimen de Facturas de Crédito Electrónicas MiPyMEs" con anterioridad a la fecha indicada en el párrafo precedente, para el cálculo del monto neto negociable del título ejecutivo, solo se considerarán las notas de crédito y/o débito emitidas por el sujeto emisor de la respectiva factura de crédito electrónica.

TEXTO S/RG (AFIP) 4688 - BO: 30/3/2020

FUENTE: RG (AFIP) 4688, art. 1

VIGENCIA Y APLICACIÓN

Vigencia: 30/3/2020 - 17/4/2020

Aplicación: desde el 30/3/2020 hasta el 17/4/2020

TEXTO ANTERIOR

Art. 6 - Las disposiciones de esta resolución general entrarán en vigencia el día 1 de abril de 2020.

Cuando se trate de operaciones documentadas en el marco del "Régimen de Facturas de Crédito Electrónicas MiPyMEs" con anterioridad a la fecha indicada precedente, para el cálculo del monto neto negociable del título ejecutivo, solo se considerarán las notas de crédito y/o débito emitidas por el sujeto emisor de la respectiva factura de crédito electrónica.

TEXTO S/RG (AFIP) 4668 - BO: 31/1/2020

FUENTE: RG (AFIP) 4668, art. 1

VIGENCIA Y APLICACIÓN

Vigencia: 31/1/2020 - 29/3/2020

Aplicación: no resultó de aplicación

TEXTO ANTERIOR

Art. 6 - Las disposiciones de esta resolución general entrarán en vigencia a partir del día 1 de febrero de 2020.

Cuando se trate de operaciones documentadas en el marco del "Régimen de Facturas de Crédito Electrónicas MiPyMEs" con anterioridad a la fecha indicada precedente, para el cálculo del monto neto negociable del título ejecutivo, solo se considerarán las notas de crédito y/o débito emitidas por el sujeto emisor de la respectiva factura de crédito electrónica.

TEXTO S/RG (AFIP) 4589 - BO: 30/9/2019

FUENTE: RG (AFIP) 4589, art. 1

VIGENCIA Y APLICACIÓN

Vigencia: 30/9/2019 - 30/1/2020

Aplicación: no resultó de aplicación

TEXTO ANTERIOR

Art. 6 - Las disposiciones de esta resolución general entrarán en vigencia a partir del día 1 de octubre de 2019, excepto para las situaciones o sujetos que se detallan a continuación, cuya aplicación será:

- a) Operaciones que deban documentarse conforme el "Régimen de Facturas de Crédito Electrónicas MiPyMEs" con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente: a partir de la fecha que para cada actividad y en función del monto de cada operación haya sido prevista por la Autoridad de Aplicación del referido régimen de facturas de crédito.
- b) Sujetos obligados a utilizar el régimen de registración electrónica denominado "Libro de IVA Digital" con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente: a partir de la fecha que sea prevista en el cronograma de implementación que establecerá esta Administración Federal.

TEXTO S/RG (AFIP) 4540 - **BO:** 1/8/2019

FUENTE: RG (AFIP) 4540, art. 6

VIGENCIA Y APLICACIÓN

Vigencia: 1/8/2019 - 29/9/2019

Aplicación: no resultó de aplicación

Art. 7 - De forma.

TEXTO S/RG (AFIP) 4540 modif. por [RG \(AFIP\) 4589](#); [RG \(AFIP\) 4668](#); [RG \(AFIP\) 4688](#) y [RG \(AFIP\) 4701](#) - **BO:** RG (AFIP) 4540: 1/8/2019; RG (AFIP) 4589: 30/9/2019; RG (AFIP) 4668: 31/1/2020; RG (AFIP) 4688: 30/3/2020 y RG (AFIP) 4701: 18/4/2020

FUENTE: RG (AFIP) 4540; RG (AFIP) 4589; RG (AFIP) 4668; RG (AFIP) 4688 y RG (AFIP) 4701

VIGENCIA Y APLICACIÓN

Vigencia: 1/8/2019

Aplicación: desde el 1/7/2020

Excepto

- El [art. 6](#)