

Modalidad Operativa General para Prestadores



ÍNDICE

- 03 ACREDITACIÓN DEL SOCIO**
 - 03 Especificaciones sobre la credencial. Credencial Física / Virtual.
 - 04 Especificaciones sobre el Certificado Provisorio.
 - 05 Validación del Socio On Line

- 06 IDENTIFICACIÓN DE LOS PLANES DE SALUD**

- 07 PRESCRIPCIÓN MÉDICA**
 - 07 Prescripción Médica – Prácticas
 - 07 Prescripción Médica - Medicamentos
 - 08 Consideraciones generales a tener en cuenta

- 09 MODALIDAD DE ATENCIÓN ESPECÍFICAS**
 - 09 Ambulatorio:**
 - 09 Consultas Médicas
 - 10 Prestaciones que no requieren autorización previa.
 - 11 Prestaciones que requieren autorización previa.
 - 12 Internaciones:**
 - 12 Consideraciones Generales
 - 13 Internaciones de Urgencia
 - 14 Internaciones programadas

- 15 PRESUPUESTOS**

- 16 NORMAS GENERALES DE FACTURACIÓN**
 - 16 Requisitos de presentación
 - 17 Plazo y cantidad de presentación
 - 17 Lugar de presentación
 - 18 Forma y Plazo de pago
 - 18 Responsable Inscrito
 - 19 Monotributo
 - 20 Refacturación
 - 21 Normas Generales

- 23 MODOS DE CONTACTO: EXCLUSIVO PRESTADORES**

Las imágenes anexas de dicha normativa pueden descargarse desde la sección Descargas > Anexos disponible en la página web exclusiva para prestadores:

<http://gestiones.jerarquicos.com/Prestadores>

ACREDITACIÓN DEL SOCIO

Será responsabilidad del prestador requerir al socio al momento de la atención médica, la presentación de la documentación que lo acredite como tal, teniendo en cuenta lo siguiente:

- ▶ **Credencial del Socio (Física o Virtual) o Certificado Provisorio,**
- ▶ **Documento de Identidad (DNI):** como constancia de que el socio es el titular de la credencial; teniendo en cuenta que la misma es **personal e intransferible,**

Especificaciones sobre la credencial. Credencial Física/Virtual

El socio podrá optar por acceder a la prestación o atención, con la credencial física o la credencial virtual, teniendo ambas la misma validez.

a) Credencial física: Credencial habilitante que lo identifique como tal. La misma debe encontrarse en vigencia. Verifique las fechas de activación y vencimiento.

[Ver Modelo de Credencial Física](#)

Información contenida en la misma:

- ▶ **Número Único:** número de tarjeta de crédito de 16 a 18 dígitos según corresponda. Identificación Única e Irrepetible (No válido para facturar).
- ▶ **Información General del Socio:** número de Socio; Nombre y Apellido, DNI, Plan de Salud
- ▶ **Banda Magnética:** información para el acceso a servicios por lectoras magnéticas.
- ▶ **Código:** números únicos de seguridad.
- ▶ **Fecha de vencimiento y de activación,** de la credencial.

b) Credencial virtual: dicha Credencial se encuentra disponible en la aplicación para socios Jerárquicos Móvil, la cual contiene la misma información suministrada en la credencial física.

[Ver Modelo de Credencial Virtual](#)

Información contenida en la misma:

- ▶ **QR** con datos de la banda magnetica
- ▶ **Foto de Perfil** (elegida por el Socio)
- ▶ **Logo Animado** de Jerarquicos
- ▶ **Datos** de la Credencial

IMPORTANTE: El logo animado (en movimiento) de la credencial acredita que la misma no se trata de una foto tomada. Tocando la credencial virtual, la misma girara, presentando igual informacion contenida al dorso de la credencial fisica.

Si el socio tiene activo el **Programa Materno Infantil**, ya sea con el Plan de Cobertura **Madre o Niño**, se visualizará dicha condición en la credencial virtual, como se muestra a continuación:

[Ver Modelo de Credencial Virtual - Bajo Programa](#)

Especificaciones sobre el certificado provisorio

El **certificado provisorio** debe ser presentado ante la circunstancia de credencial en trámite o eventual ausencia de la misma. El mismo se emite desde la Administración de la Mutual Jerárquicos Salud, pudiendo también el socio imprimirlo ingresando al sitio de autogestión de la página web. (Válido para Credencial Física)

En los casos descritos, el socio deberá acreditar su condición presentando el certificado provisorio acompañado del DNI.

[Ver Modelo de Certificado Provisorio](#)

IMPORTANTE: El acceso a las Prestaciones Médicas que NO requieren previa autorización, se efectúa por medio de la CREDENCIAL/CERTIFICADO PROVISORIO, por este motivo solicitamos que siempre se exija su presentación y se verifiquen los datos contenidos en la misma. Es importante corroborar si es el Titular o Adherente quien va a recibir la Prestación.

Validación del Socio On Line

Ingresando a la página Web www.jerarquicos.com, en el Área Exclusiva Prestadores, se encuentra disponible una funcionalidad que permite identificar si la persona es un socio válido en el servicio de salud de la Mutual, en tiempo real a una fecha determinada.-

Ingresando el dato del número de socio y orden o DNI y seleccionando la fecha de consumo, podrá verificar dicha condición. Como resultado, el sistema devuelve la siguiente información:

- ▶ **SOCIO VALIDO:** el socio se encuentra apto para el consumo.
Nota: Tener en cuenta que en los casos de socios con PLAN PMO, será válido solo para aquellos convenios que tienen convenido este tipo de Plan para la atención medica.
- ▶ **SOCIO NO VALIDO:** emite un mensaje indicando porque la persona no se encuentra apta para el servicio. Ejemplo: El socio no tiene plan activo a la fecha especificada.

En este último caso, luego de verificada la validación del socio y persistir el rechazo, el socio podrá comunicarse con la administración con la finalidad de consultar su condición, conocer los motivos que la fundamentan y los pasos a seguir.-



Ingrese el número de socio o número de documento.

Número de socio: - 0

Documento:

Fecha de Consumo: 21/06/2017

625409 9818 0915 7167
SOCIO 000000-00 PMI SOLTERO
DNI: 32327036 ACT: 04/11 exp. 12/15
ECHEVETTI, AUGUSTO DANIEL

IDENTIFICACION DE LOS PLANES DE SALUD

El Plan Médico Integral debe constar en la credencial como Plan de salud, en alguna de las siguientes opciones:

PMI	PMI 2886	PMI MONOTRIBUTO	PMI JUBILADO
PMI	PMI 2886 Soltero	PMI MONOTRIBUTO	PMI JUB
PMI Soltero	PMI 2886 2000	PMI MONOTRIBUTO SOLTERO	PMI JUB 2000
PMI 2000	PMI 2886 3000	PMI MONOTRIBUTO 2000	PMI JUB 3000
PMI 3000			

Tener en cuenta: Solo podrá prestar sus servicios a aquellos socios que se acrediten con alguno de los Planes de Salud detallados en grilla. Los socios que se acrediten con credencial cuyo Plan es **PMO**, corresponden a beneficiarios de la Obra Social de los Trabajadores Socios de la Asociación Mutual del Personal Jerárquico de Bancos Oficiales Nacionales (**OSTSAMPJON-JS**), los cuales se identifican con Credencial específica y distinta de la contenida en la presente modalidad y en razón de ello no constituye uno de los Planes de Salud establecidos y habilitados para la atención, en los convenios vigentes. Queda bajo responsabilidad del prestador validar el Plan de Salud, según especificaciones informadas.-

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Prescripción Médica – Prácticas

Toda prescripción médica, deberá ser confeccionada por el profesional, con letra perfectamente clara, legible y completa con todos los datos inherentes a la misma:

- ▶ Nombre y Apellido del Socio
- ▶ N° de Socio.
- ▶ Descripción de la práctica solicitada
- ▶ Codificación
- ▶ Diagnóstico presuntivo
- ▶ Fecha
- ▶ Firma y Sello del profesional

[Ver Modelo de Prescripción Médica - Prácticas](#)

Prescripción Médica – Medicamentos

Toda prescripción de medicamentos, deberá ser confeccionada por el profesional emisor con letra perfectamente clara, legible y completa con todos los datos inherentes a la misma:

- ▶ Nombre y Apellido del Socio.
- ▶ N° de Socio.
- ▶ Prescripción del medicamento, según la **Ley de Genéricos**: “por nombre genérico del medicamento o denominación común internacional seguida de forma farmacéutica y dosis/ unidad, con detalle del grado de concentración”.
- ▶ Diagnóstico presuntivo.
- ▶ Localidad y fecha de emisión.
- ▶ Firma y Sello del profesional.

[Ver Modelo de Recetario de Medicamentos](#)

Consideraciones generales a tener en cuenta:

Enmiendas: Se recuerda que toda **tachadura, enmienda o raspadura**, deberá ser salvada por el profesional emisor, indicando al dorso del documento el dato correcto, refrendando el mismo mediante firma y sello.

Conformidad del socio: en las prestaciones realizadas que según normativa no requieren autorización previa, en todos los casos, el socio deberá dar conformidad consignando su firma, aclaración, DNI y fecha, al dorso de la prescripción médica.

Validez de la Prescripción – Prácticas: se estipula en los casos de las prestaciones que no requieren de autorización previa de la Mutual Jerárquicos Salud, para la prescripción médica un plazo máximo de **30 (treinta) días corridos** computados a partir de la fecha de prescripción que consta en el documento.

Validez de la Prescripción – Medicamentos: se reconoce un plazo máximo de **15 (quince) días corridos**, vencido el plazo las farmacias no deberán dar curso al pedido de expendio.

Número de medicamentos y cantidad de unidades: el profesional sólo puede prescribir un (1) envase de medicamento por renglón y hasta tres (3) medicamentos por receta, quedando, en este caso, exceptuados los medicamentos propios de Programas especiales y/o de cobertura diferencial, donde el profesional puede prescribir más de tres (3) medicamentos con autorización previa de la Mutual.

Formato de recetario: se aceptará cualquier formato de prescripción médica/recetario, siempre que incluya en su encabezado la sigla "Rp/", independientemente del diseño de recetario oficial que se anexa a la presente modalidad operativa.-

MODALIDAD DE ATENCIÓN ESPECÍFICA

Ambulatorio – Consultas Médicas

La Mutual Jerárquicos Salud, cuenta con distintas modalidades de acceso en lo que refiere a la consulta médica, de acuerdo a la modalidad operativa convenida y adoptada por el convenio/prestador. Para su facturación se requerirá como documentación avalatoria de la prestación realizada, según aplique al caso:

- ▶ Planilla de Registro de Consultas Médicas
- ▶ Planilla de Registro de Consultas Médicas (Profesional No Registrado): se utilizará solo en aquellos casos en los cuales el prestador no disponga de un sistema de validación y registro On Line, previo acuerdo con la Mutual Jerárquicos Salud. En este caso, deberá completar la planilla con los datos solicitados en la misma, junto con la firma y sello del médico efector.
- ▶ Registro de Consumo impreso emitido por el Sistema de Gestión de Prácticas On Line.

La presentación de cualquier otra documentación distinta de la mencionada precedentemente, deberá ser validada y autorizada por la Mutual Jerárquicos Salud.

Las planillas de Registro de Consultas Médicas están disponibles para su impresión, en la Sección Exclusiva Prestadores del sitio Web www.jerarquicos.com.

[Ver Registro de Consultas Médicas - Profesional Registrado](#)

[Ver Registro de Consultas Médicas - Profesional No Registrado](#)

[Ver Registro de Consumo / Gestión de Prácticas Online](#)

Se reconocerán hasta dos (2) consultas médicas mensuales por socio, por prestador. A partir de la tercera (3) consulta médica, deberá fundamentarse con la correspondiente Historia Clínica, adjuntando la misma a la documentación respaldatoria. Igual proceder en caso de efectuarse dos (2) consultas médicas por el mismo Prestador en el mismo día.-

De recepcionarse cualquiera de los documentos mencionados, con enmiendas, tachaduras; sin que las mismas se encuentren debidamente salvadas bajo firma y sello del profesional respectivo, serán pasibles de débitos. Como también, si no se registran los datos solicitados, firma, aclaración y DNI del socio, o los mismos fuesen insuficientes para su correcta identificación.

Ambulatorio - Prestaciones que no requieren autorización previa

La Mutual Jerárquicos Salud cuenta con prestaciones que NO requieren autorización previa, las cuales pueden ser consultadas en el sitio web www.jerarquicos.com **Área Exclusiva Prestadores**
/ Consultar Listado de prestaciones que no requieren autorización previa.

[Ver Listado de Prestaciones que No Requieren de Autorización Previa](#)

De igual forma, se puede consultar una prestación específica y particular, ingresando los datos solicitados, Plan de Salud, Código Prestacional o Prescripción de la Práctica.

El sistema devuelve como información la condición de acceso a la misma, si requiere o no autorización previa, permitiendo la descarga del comprobante de considerarlo necesario.

[Ver Comprobante de consulta de prácticas online](#)

Modalidad Operativa General

El socio accede a las prestaciones que no requieren autorización previa, presentando la siguiente documentación:

- ▶ Credencial / DNI
- ▶ Prescripción Médica Original, completa con todos los datos

Al momento de facturar las prestaciones deberá presentar:

- ▶ Prescripción Médica Original
- ▶ Firma, Aclaración y DNI del Socio, Fecha de realización, al dorso de la prescripción médica
- ▶ Informe médico (a excepción de los análisis bioquímicos ambulatorios, RX simples, yesos y vendajes, colposcopia, alergia, nutrición)

IMPORTANTE: Será pasible de débito si los datos de identificación del Socio detallados al dorso de la prescripción, no se corresponden con los datos contenidos en la misma o son ilegibles. En caso de imposibilidad, el firmante podrá ser un mayor que acompañe, de manera tal de avalar la realización de la prestación, aclarando vínculo y DNI.-

Recuerde que la prescripción médica cuenta con un lapso de **tiempo de validez**, entre la fecha de prescripción y fecha de realización, según sea el caso. No cumplida dicha condición, se procederá a debitar lo facturado, no pudiendo ser posteriormente salvado.-

Ambulatorio - Prestaciones que requieren autorización previa

El acceso a las prestaciones que requieren autorización previa de la Mutual Jerárquicos Salud, el Socio deberá gestionar la misma a través de algunas de las vías de comunicación existentes. Las autorizaciones también podrán ser gestionadas por los Prestadores, por alguno de los canales habilitados para tal fin: **autorizaciones@jerarquicos.com/ internaciones@jerarquicos.com** o vía fax al número **0800 – 5551040**.

Como respuesta a la solicitud de autorización, la Mutual remitirá el Formulario denominado **“Expediente de Autorización de Prestaciones Ambulatorias”**, el cual constituye un elemento esencial para la presentación de la facturación.

[Ver Expediente de Autorización de Prestaciones Ambulatorias](#)

Es indispensable, que éste se envíe adjunto a la documentación original correspondiente en cada caso, y se encuentre completo con todos los datos solicitados en el mismo. Este formulario cuenta con un N° de Expediente único e irrepetible, el cual constituye en elemento de control de la auditoría.

Ante el requerimiento de una solicitud de autorización, nuestra Auditoría Médica puede aplicar las siguientes resoluciones:

- ▶ **No requiere autorización**
- ▶ **Práctica Liberada:** refiere a las prestaciones que no requieren autorización previa para el prestador con tope de realización para el socio.
- ▶ **Pendiente de resolución:** en este caso, se indicará al Socio mediante una nota al pie del expediente, cómo proceder a fin de obtener la resolución definitiva de Auditoría Médica. Este estado no habilita su facturación.
- ▶ **No autorizado. No Facturar:** refiere a todas aquellas prestaciones NO autorizadas por Auditoría Médica, en consecuencia no deberán ser facturadas en ningún caso por el prestador.

- ▶ **Autorizado:** refiere a las prestaciones autorizadas por lo que pueden ser facturadas por el prestador.

IMPORTANTE: Todo expediente de autorización facturado que se encuentre en estado "Pendiente de Resolución" o "No autorizado. No facturar", será pasible de débito.

En los casos donde Auditoría Médica considere necesario, registrará en el campo "**Observaciones**" del "**Expediente de Autorización Ambulatoria**", toda la información que considere necesaria para el Socio y/o para el Prestador, inherentes a la realización de lo solicitado. Por ejemplo: Justificación de Rechazo, modalidad de Cobertura, Coseguros a cargo del Socio, resolución de presupuestos, etc.-

IMPORTANTE: Los importes de coseguros informados en los Expedientes de Autorizaciones, corresponden sólo a título informativo para el socio, no debiendo ser considerado por los profesionales o instituciones, siendo el cobro de los mismos gestionados por nuestra Administración.-

Al momento de facturar las prestaciones deberá presentar:

- ▶ Prescripción Médica Original.
- ▶ Expediente de Autorización Ambulatoria, completo en todos sus campos.
- ▶ Informe médico y/o Protocolo Quirúrgico según corresponda.
- ▶ Demás documentación que se requiera según modalidad operativa general y/o específicas en cada caso.- (Ej. presupuesto)

Internaciones. Consideraciones generales

El pedido de Internación, deberá ser realizado por el médico tratante y con letra legible, consignando los siguientes datos:

- ▶ Número de socio
- ▶ Nombre y apellido
- ▶ Diagnóstico

- ▶ Descripción y código de la prestación
- ▶ Cantidad de días solicitados
- ▶ Lugar de internación (la institución deberá ser prestador de la Mutual Jerárquicos Salud)
- ▶ Fecha de realización (en caso de tratarse de una internación programada)
- ▶ Fecha de prescripción
- ▶ Firma y sello del profesional

En el Pedido de Internación, deberá indicarse la vía de respuesta: fax o correo electrónico donde deba remitirse la Autorización.

El médico es el principal responsable de la internación del asociado en los establecimientos asistenciales adheridos, quien deberá ajustarse estrictamente a las normas reglamentarias. No se reconocerán honorarios ni gastos originados por internaciones efectuadas por profesionales médicos que no sean prestadores de la Mutual Jerárquicos Salud o en entidades fuera de padrón. El profesional actuante será el único responsable ante el establecimiento asistencial de internación, en aquellos casos en que el motivo de internación se encontrara fuera de la cobertura que brinda la Mutual Jerárquicos Salud.

La solicitud de Autorización de Internaciones debe realizarse vía fax al número **0800 - 5551040 opción 1** ó por correo electrónico a internaciones@jerarquicos.com mediante la digitalización de la prescripción de internación correspondiente.

La Mutual Jerárquicos Salud, dará respuesta a la Solicitud de Autorización de Internaciones dentro de las **24 Hs.** a partir del ingreso de la orden a Auditoría Médica si se trata de internaciones de “menor complejidad”. En caso de tratarse de internaciones de “mayor complejidad” el tiempo de respuesta será de **72 Hs.**

En respuesta a la solicitud, se remitirá el “Expediente de Autorización de Internaciones”

[Ver Expediente de Autorización de Internación](#)

Internaciones de Urgencia

El establecimiento asistencial deberá comunicar la internación a la Mutual Jerárquicos Salud por los medios habilitados para tal fin, dentro de las **24 horas hábiles** posteriores al día de efectivizada la internación, quedando sujetas las prestaciones efectuadas a la posterior evaluación de la documentación remitida.

Internaciones Programadas

En lo que respecta a las Internaciones Quirúrgicas y/o Clínicas, antes de las **72 hs.** de producirse la misma, deberá presentarse prescripción médica, informe médico con diagnóstico claro e informe de estudio de diagnóstico si contase con alguno (según patología).

En caso de requerir prótesis o insumos quirúrgicos, la provisión se hará por contratación de la Mutual Jerárquicos Salud a través de la cadena de proveedores, siendo obligatoria la presentación de la documentación requerida con siete días hábiles de antelación a la fecha de cirugía programada, debiendo especificar fecha de realización.

Tener en cuenta: La presente modalidad operativa, solo refiere a lineamientos generales acerca de la solicitud de Internación, haciendo una breve referencia a las internaciones de urgencia y programadas, ya que toda la modalidad operativa específica e inherente a las distintas especialidades de atención en internación (Ej.: psiquiátricas, oncológicas, etc.), serán referenciadas en cada una de ellas.-

PRESUPUESTOS

Si la prestación solicitada (ambulatoria / internación) no se encuentra convenida, es obligación del prestador remitir a la administración de la Mutual Jerárquicos Salud, vía fax al 0800 555 1040; o correo electrónico (autorizaciones@jerarquicos.com / internaciones@jerarquicos.com / prestadores@jerarquicos.com) el presupuesto correspondiente en cada caso, el cual para ser gestionado, debe contener la siguiente información:

- ▶ Datos del Socio: Nombre y Apellido / Nro. de Socio
- ▶ Denominación de la Prestación
- ▶ Valor presupuestado
- ▶ Especificaciones relativas a Inclusiones y Exclusiones
- ▶ Diagnóstico o HC, según el caso
- ▶ Fecha Probable de la Prestación
- ▶ Nombre de la Institución
- ▶ Firma y Sello del Profesional

La Resolución del Presupuesto se plasmará en el Expediente de Autorización de Prestaciones, Ambulatoria o de Internación según corresponda, en el campo Observaciones, con la siguiente información:

- ▶ Autorizado / Rechazado
- ▶ Valor del Presupuesto Autorizado
- ▶ Inclusiones y Exclusiones del mismo

La presentación del respectivo presupuesto y la correspondiente autorización, son requisitos documentales indispensables para hacer efectivo el pago de la prestación realizada.

El **tiempo de resolución** de los presupuestos será:

- 1 Para las prestaciones ambulatorias o traslado programado en ambulatorio los presupuestos se resuelven en el término de 24 a 48 horas.
- 2 Para las prestaciones en internación o traslado programado en internación los presupuestos se resuelven en el término de 48 a 72 horas.

Nota: El tiempo de resolución de los mismos se determinará según cada caso y su complejidad.

NORMAS GENERALES DE FACTURACIÓN

Requisitos de Presentación

La presentación de la facturación debe realizarse de acuerdo al mes calendario, agrupar las prestaciones de un mismo período, de manera ordenada y respetando las disposiciones establecidas en la presente modalidad.

En referencia a la facturación se exigirá lo siguiente:

- ▶ Que la misma sea presentada de manera ordenada y respetando la disposición establecida en el resumen de Facturación. De no cumplir con dicha condición no se dará curso a su procesamiento y será devuelta para su corrección.-
- ▶ Solo una (1) presentación de facturación mensual, a excepción de lo estipulado en convenio vigente.-

Se debe presentar:

- ▶ **FACTURA B o C** (según corresponda) con los siguientes datos:
 - **Señores:** Asociación Mutual del Personal Jerárquico de Bancos Oficiales Nacionales (AMPJBON)
 - **Domicilio:** Av. Facundo Zuviría 4584.
 - **C.P:** 3000
 - **Localidad:** Santa Fe.
 - **Provincia:** Santa Fe.
 - **IVA:** Exento.
 - **C.U.I.T:** 30-68695518-0

La Factura deberá ser presentada en **original** confeccionada en letra clara, en forma legible, sin borrones, tachaduras ni enmiendas. De recibir la misma no dando cumplimiento en las condiciones señaladas, se procederá a devolver la Factura correspondiente, adjunta la documentación.

La Factura deberá encontrarse en vigencia a la fecha de su emisión, como así también deberá cumplir con la condición de validez de los comprobantes emitidos, obtenida a través de la página de la AFIP. Llevada a cabo dicha verificación de parte de la Mutual Jerárquicos Salud y si la misma es observada, no se podrá dar el curso correspondiente a la documentación, procediendo a su devolución.

- ▶ **RESÚMEN DE FACTURACIÓN** (detalle de prestaciones médicas facturadas). El mismo deberá constar con los siguiente datos:
 - Código Prestacional
 - Descripción del Código
 - Cantidad
 - Valor Unitario
 - Valor Total
 - Desglose de Honorarios (H) y Gastos (G)
 - Profesional Efector

- ▶ **DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA** de las prestaciones facturadas. Las mismas deberán cumplir con las Modalidades Operativas Generales y Específicas establecidas para cada Modalidad de Atención.-

Plazo y Cantidad de Presentación

El Prestador tiene 60 (sesenta) días corridos de plazo para la presentación de la facturación. Una vez superado el mismo, no se abonarán las prestaciones correspondientes por extemporáneas.-

El plazo señalado comienza a computarse de la siguiente manera:

1- Consultas Médicas y Prestaciones en general: a partir de la fecha de realización.-

2- Internaciones: a partir de la fecha de alta del paciente.-

En los casos de Internaciones prolongadas se podrán realizar facturaciones parciales, especificando el período de días que comprende el corte de facturación.

Lugar de presentación

La misma debe remitirse por correo postal o entregar personalmente al Sector “Registro y Mesa de Entrada” de la Mutual Jerárquicos Salud, ubicado en calle Avenida Facundo Zuviría 4584 – Código Postal 3000 – Santa Fe (Capital).

La fecha de recepción de la facturación será aplicada y considerada a partir del día en que es recibida en la sede de la administración. Fecha en la cual se computa el lapso de tiempo legal contenido en los contratos para calcular plazo de pago.

Forma y Plazo de pago

La Mutual efectuará los pagos mediante Cheque / Transferencia Bancaria, según acuerdo de partes.-

La liquidación y los comprobantes de retención, en los casos que corresponda, serán remitidos junto al pago realizado por cada presentación.

De efectuarse el pago, mediante Cheque, el mismo será emitido con la cláusula “No a la Orden” y será remitido mediante correo postal al domicilio informado por el prestador para tal efecto. En caso de robo o extravío del valor, deberá remitir denuncia policial correspondiente, como condición de realización del respectivo reemplazo.

De efectuarse el pago mediante Transferencia Bancaria, será responsabilidad del prestador notificar fehacientemente todos los datos correspondientes para hacer efectiva la misma, como así también los cambios de cuenta bancaria. Los datos bancarios consignados por cada prestador deberán corresponderse como titular de la cuenta.

Responsable Inscripto

La Mutual Jerárquicos Salud se encuentra EXENTA de IVA, desde el mes de diciembre 2015.

Teniendo en cuenta la situación fiscal de nuestra Entidad, se deberá tener en cuenta:

- ▶ Si la condición del prestador, es **Responsable Inscripto** en IVA, deberá emitirnos facturas **TIPO B**
- ▶ Si la condición del prestador, es sujeto **Exento o Monotributista**, deberá emitirnos facturas de **TIPO C**

Si es Responsable Inscripto, deberá confeccionar la factura de las prestaciones realizadas a los socios autónomos, incorporando el % correspondiente al IVA, incluido en el monto total.

PLAN DEL SOCIO	CONDICION DEL PLAN
PMI	OBLIGATORIO
PMI 3000	
PMI 2000	
PMI SOLTERO	
PMI MONOTRIBUTISTA	
PMI 2000 MONOTRIBUTISTA	
PMI MONOTRIBUTISTO SOLTERO	
PMI JUB	
PMI 2000 JUB	
PMI 3000 JUB	
PMI 2886	AUTONOMO
PMI 2886/2000	
PMI 2886 SOLTERO	
PMI 2886 – 3000	

Monotributo

Sólo se deberá remitir **Factura “C”**.-

La Mutual Jerárquicos Salud, actúa como Agente de Retención, en relación a los pagos efectuados a Monotributistas, por aplicación de la **Resolución 2745 de la AFIP** (vigente desde Mayo 2010).

La **Resolución General de AFIP 3067**, obliga a los **Monotributistas** encuadrados en las categorías **“H,” “I,” “J,” “K” o “L”** a emitir Facturas Electrónicas, por lo tanto, todos los comprobantes (Facturas, Recibos, Notas de Crédito, Notas de Débito) **“C”**, que provengan de **Monotributistas** comprendidos en las categorías antes mencionadas, deberán emitir comprobantes **“C”** (Facturas, Recibos, Notas de Crédito, o Notas de Débito) **“Electrónicos”**.

Por **Resolución General 4053-E la AFIP** comunica que a partir del 01-06-2017 no se podrán aceptar Facturas C o Recibos C (Monotributo) que no posean CAI (Código de Autorización de Impresión). Por tal motivo, dichos documentos quedan sin efecto y de recibir los mismos, no se le dará curso, procediendo a su devolución.

Es decir que estos documentos quedan sin efecto y se deberán informar a aquellos Proveedores de Bienes y Servicios que hasta el momento están emitiendo este tipo de comprobantes.

Al efecto del control, la Mutual verificará la categoría del **Monotributo** y de corresponder exigirá el comprobante **"C"** en forma **"Electrónica"**.

La factura Electrónica puede ser remitida por correo electrónico a prestadores@jerarquicos.com especificando el convenio/prestador al cual corresponde y el período facturado. Recepcionada la misma, se procederá a darle curso una vez recibida la documentación respaldatoria.

Refacturación

En el caso de eventuales refacturaciones, las mismas obedecerán únicamente a aquellas observaciones realizadas como consecuencia del proceso de Auditoría Medica/Administrativa, por prestaciones debitadas y factibles de ser subsanadas y refacturadas, cumplimentando el Profesional o a quien le corresponda los requisitos inicialmente faltantes que originaron el Débito (total o parcial).-

- ▶ Para refacturar una prestación debitada, el prestador deberá cumplimentar con los siguientes puntos:
 1. La prestación refacturada deberá ser canalizada en forma separada de aquella correspondiente a la facturación ordinaria, identificada con el título **REFACTURACIÓN**.-
 2. El plazo de presentación, no podrá superar los **60 (sesenta)** días de la recepción del pago. Caso contrario, no se le dará curso al reclamo por extemporáneo.-
 3. Nota de referencia al Débito en cuestión, mencionando todos los datos relativos al mismo.-
 4. Copia de la Planilla de Débitos y Ajustes sobre la cual se aplicó el débito. Toda la documentación respaldatoria para su reevaluación.-
 5. Copia de Factura original.-La resolución de los mismos se determinará según el caso y su complejidad.-

Normas Generales

- ▶ Toda facturación correspondiente tanto a pacientes internados como ambulatorios, deberá incluir indefectiblemente el diagnóstico que motivó las prestaciones que se facturan.
- ▶ A fin de proceder a la autorización de las prestaciones, se utilizarán los Códigos del NN, PMO y la codificación interna de la Mutual Jerárquicos para aquellas prestaciones no nombradas. En este último caso, se registrará en el Expediente de Autorización el código prestacional interno de Jerárquicos y su correspondiente descripción, debiendo ésta coincidir con la descripción de lo solicitado en la prescripción médica, independientemente de la codificación específica con la cual se solicita y se factura la prestación.-
- ▶ No se aceptarán copias de las Prescripciones Médicas, a excepción de las autorizaciones que se realicen semestrales o anuales.-
- ▶ Las prestaciones médicas, además del diagnóstico y autorización de Auditoría Médica (las que así lo requieran), deberán ser solicitadas por el Especialista relacionado con la patología enunciada en el diagnóstico. Cuando tales prestaciones sean gestionadas por otros Médicos sólo serán reconocidas, cuando obedezcan a situaciones de urgencia médica, o a motivos fundamentados en estricto Criterio Médico y sujeto a Auditoría Médica posterior.
- ▶ No se aceptará la facturación de prestaciones que no correspondieran a la Especialidad del Prestador.
- ▶ Toda Internación o Prestación no justificada, así como la utilización indebida (en exceso o tipo) de material descartable o medicación, al momento de su facturación, serán objetadas.-
- ▶ La auditoría técnica administrativa y médica de Facturación adopta para el control de las Prestaciones, las Normas Generales y Particulares del NN y PMO, como así también todas aquellas regulaciones legales existentes y vigentes y las modalidades operativas para prestadores en generales y específicas en todo su contenido.-
- ▶ Ante la realización y facturación de prestaciones que no estén pactadas en el convenio vigente y ante la ausencia del respectivo presupuesto autorizado, se aplicará el valor de la práctica según valores de referencia establecidos por la Mutual; no pudiendo ser reevaluado u observado con posterioridad.-

- ▶ Tratándose de facturaciones directas realizadas sin la formalización de un convenio entre partes, las mismas serán abonadas según valores de referencia establecidos por la Mutual; no pudiendo ser observado con posterioridad.-
- ▶ Profilaxis Antibiótica Pre-Quirúrgica: Se reconocerán según Guía Sociedad Argentina de Infectología.-
- ▶ El registro en la Historia Clínica es lo que refleja fehacientemente lo efectivamente realizado y la legitimidad de lo realizado, por lo expuesto es que lo facturado deberá constar expresamente en la misma.-
- ▶ En los casos de facturación desglosada, gastos y honorarios separados, en la facturación de honorarios se deberán enviar los originales de la documentación solicitada y con la facturación de los gastos se deberá acompañar de copia de toda la documentación correspondiente en el caso concreto.-
- ▶ No se reconocerán las Prestaciones solicitadas como Pre-ingreso a Instituciones Deportivas y Pre-nupciales, tampoco así las Pre-ocupacionales e Ingreso Escolar.-
- ▶ Toda facturación que la Mutual Jerárquicos Salud, reciba dando cumplimiento a las Modalidades Operativas señaladas y descriptas gozarán de toda autenticidad, revistiendo así el carácter de prestaciones correctamente facturadas y sujetas al régimen de pago de la Mutual.-
- ▶ Toda facturación que la Mutual Jerárquicos Salud, reciba no dando cumplimiento de los requisitos exigidos en la Modalidad Operativa descripta, será pasible de débito y devuelta a los fines de ser correctamente presentada, en los casos que el punto observado pueda ser subsanado y refacturado como tal, ya sea total o parcialmente.-

MODOS DE CONTACTO: EXCLUSIVO PRESTADORES

La página web de la Mutual Jerárquicos Salud, **www.jerarquicos.com** cuenta con una **Sección Exclusiva para todos nuestros prestadores**. Es un espacio diseñado con el objetivo de facilitar las vías de comunicación e información, brindar respuesta a las consultas y requerimientos más frecuentes, como así también otorgar mayor capacidad de autogestión a nuestros Profesionales e Instituciones.

Se puede acceder al Área Exclusiva de manera cómoda y segura, desde cualquier dispositivo, las 24 hs.

El sitio, consta de dos ámbitos de información disponibles, **uno público**, en el cual puede acceder a distintos tipos de consultas sin necesidad de restricción de ingreso, y **otra privada**, la cual se encuentra resguardada con normas de seguridad y de acceso a través de un usuario y contraseña.

Algunos de los servicios disponibles:

- ▶ Permite obtener en línea la validación de los datos del socio, pudiendo corroborar la habilitación del paciente antes de efectuar la atención
- ▶ Permite consultar sobre la condición de acceso a las prestaciones médicas
- ▶ Permite consultar la cuenta corriente: ingresos de facturas, estado de las mismas, liquidaciones, etc.-
- ▶ Se encuentran disponibles las Modalidades Operativas vigentes
- ▶ Descargas de formularios, planillas, etc.
- ▶ Permite gestionar modalidades de facturaciones específicas, Ej. Facturación Digital, etc.

Para una atención más eficiente y personalizada, contamos con un Centro de Atención a Prestadores (CAT Prestadores): **0800-888-5040**, como también así una casilla de correo directa: **prestadores@jerarquicos.com**, donde podrán canalizar todas las consultas y/o necesidades que pudieran surgir al realizar la atención a nuestros socios.

La Línea telefónica de atención especializada a prestadores, se encuentra disponible en el horario de 08:00 hs a 14:00 hs.

JERÁRQUICOS SALUD

Av. Facundo Zuviría 4584
Línea directa prestadores: 0800 888 5040
prestadores@jerarquicos.com
www.jerarquicos.com/Prestadores