

NORMAS ACTUALIZADAS DE FACTURACIÓN 2017

Presentación de la facturación

Requisitos

Factura/Recibo B, C, con los siguientes datos

Señores Mutual Federada 25 de Junio SPR

Moreno 1222

2000 Rosario

CUIT 30-54159260-8

Las presentaciones se podrán realizar en Sede Central o en cualquiera de las Oficinas/Agencias/Delegaciones de MF

PRESTACIONES MÉDICAS AMBULATORIAS/ INTERNACIONES

1- Fechas de presentaciones se coordinarán con responsable zonal.

2- Detalle de prestaciones facturadas

Detalle de prácticas y códigos correspondientes, facturados individualmente a valor convenido.

Se aceptará un detalle/factura por total internaciones y detalle/factura por total ambulatorio

Con el fin de optimizar proceso enviamos [Diseño de Registro de facturación](#) Se aceptará solamente facturación de prestaciones previamente convenidas o presupuestadas.

3- Documentación respaldatoria de las prestaciones médicas en original (prescripciones, autorizaciones e informes de estudios de alta complejidad), se deberán presentar en forma ordenada y respetando la disposición establecida en el Resumen de Facturación.

4- Plazo de Presentación: 90 días corridos. Superado el mismo, no se abonarán las prestaciones correspondientes. Plazo señalado comienza a computarse de la siguiente manera:

Consultas y prácticas: desde la fecha de realización

Internaciones: desde el alta

5- Internaciones prolongadas: coordinar con MF corte de facturación de Internaciones mayores a 30 días. (cortes mensuales)

6- REFACTURACIONES. 90 días corridos desde la comunicación fehaciente del débito. Presentación separada de facturación mensual.

Normas generales de facturación

Todas las prestaciones/internaciones facturadas deben contar con diagnóstico correspondiente. Guardar estrecha relación con la patología del paciente.

Se reconocerán prestaciones relacionadas con el diagnóstico fisiopatológico, la terapéutica y el re establecimiento de la función, de acuerdo a normas universales reconocidas y emergentes de la "Medicina Basada en la Evidencia". No se reconocerá a las que persigan fines estéticos, o de la Investigación Clínica, salvo circunstancias excepcionales, previamente autorizadas por MF.

Se solicitará número de validación on line para aquellas prestaciones que correspondan. (según convenio con prestador)

Toda corrección debe ser salvada por el profesional interviniente con firma y sello.

1- Consultas (órdenes propias del prestador, copia validación). Se deberá corroborar identidad del asociado, vigencia de la credencial, consignando:
profesional; diagnóstico (CIE 10), firma y sello asociado; firma, aclaración, dni, fecha efectiva de atención.
En caso que un socio deba realizar 3 (tres) o más consultas en el mismo mes o bien dos con el mismo profesional el mismo día , éste deberá adjuntar HC justificando.

2- Prácticas médicas

Firma conformidad del asociado y fecha de atención de cada una de las prácticas o sesiones realizadas, como así también los resultados según los estándares de auditoría médica.

Sin autorización: **Prestaciones Nivel 0 (cero)**

Con autorización: además se solicitará número de formulario autorizante o impresión del mismo.

3- Medicamentos facturados en ambulatorio

Adjuntar troqueles correspondientes. En caso de no indicar se reconocerá s/consumo a valor monodroga.

4- Descartables especiales/Insumos/Prótesis

Factura original (nombre y apellido del pte., detalle de lo facturado, fecha de cx, montos individuales y totales, número de remito)

Remito original (con firma y sello del profesional interviniente, datos del pte., detalle de lo entregado, cantidad)

Certificado de Implante original (stickers con fecha y lugar de la cx, firma y sello del profesional)

Copia protocolo qx

Presupuesto original

Estudio post operatorio con informe donde se visualice el material implantado (CX traumatológicas y cirugía vertebral)

5- Sustancias de contraste (documentar con troquel)y radiactivas deberán facturarse 100% a cargo de MF, según pautas contractuales.

6- Salud mental

Conformidad del asociado y fecha de atención (hasta 30 sesiones por año calendario; incluye la modalidad de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagógica, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, familiar y de pareja, psicodiagnóstico)

No se aceptará distintas terapias, mismo profesional con distintos familiares.

7- Nutrición

Se reconocerá UN Plan alimentario por año calendario

En pacientes con IMC = o mayor a 30, se reconocerá Hasta 4 controles mensuales (indicar IMC, PESO Y ALTURA)

En caso de IMC inferior a 30, se reconocerá UN control mensual.

Módulos de Trastornos de Alimentación: presentación de informes de evolución y actividades incluidas en el módulo respectivo.

8- Odontología

Ver [Anexo III](#)

9- Prácticas No nomencladas y de alto costo del PMO: informes correspondientes

10- Internaciones

No se reconocerán internaciones sin su correspondiente autorización, como así también código quirúrgico.

La misma podrá gestionarla el asociado personalmente o a CANALES DIGITALES INDICADOS EN CADA OFICINA/ZONA.

Al facturar se solicitará número de Autorización o su impresión.

No se podrá facturar a MF ni al asociado los días anteriores al período de la internación.

Incluir toda la documentación según normas/resoluciones INOS

- ° Hoja de Ingreso/Egreso
- ° Evolución diaria
- ° Indicaciones médicas
- ° Hojas de Enfermería
- ° Epicrisis
- ° Protocolos quirúrgicos/kinesiológicos/anatomías patológicas
- ° Informes definitivos estudios complementarios no nombrados o de alto costo
- ° Descartables de alto costo, stickers, certificador implante
- ° Medicamentos s/evolución y evaluación; por monodrogas. La medicación de alto costo debe adjuntar troqueles respaldatorios de su utilización.

Internaciones prolongadas (más de 15 días de estadía), notificar CANALES DIGITALES ZONALES, indicados.

11- Anestias

Autorización, Foja de anestesia y quirúrgico, con firma de profesionales intervinientes

12-Prestaciones Autorizadas según cobertura Ley Discapacidad

ver link [Requisitos para presentación de facturación](#)

13- FARMACIAS

consultar con arancelamiento@federada.com

CAUSALES DE DÉBITOS

No aplicación de Normas Nomenclador Nacional.

Admisión o internación

Sin criterio para sala general o terapia intensiva/unidad coronaria, UCIN.

Internación innecesaria acorde a los datos vertidos en HC

Exceso de días para el tratamiento de la patología correspondiente por los datos vertidos en la HC.

Historia Clínica

Falta de evolución diaria

Falta Plan diagnóstico y terapéutico

Letra ilegible

Lo facturado no consta en HC

Falta de protocolos bacteriológicos y antibiogramas que avalen los atb instaurados

Esquemas de tratamientos NO avalados por especialistas, o reconocidos por el buen accionar médico o la MBE

Prestación modulada

Categorización indebida. Facturación de más de un módulo en un mismo acto al 100%.

Diagnóstico

Ausencia de correlación de diagnóstico de admisión con el diagnóstico de egreso.

Diferencias entre diagnóstico presuntivo y final sin justificación pertinente.

Exámenes complementarios

Ausencia de correlación entre diagnósticos y exámenes pedidos

Práctica innecesaria por el diagnóstico explicitado

Estudios complementarios presentados son inadecuados acorde a los datos vertidos por la HC

Profilaxis antitetánica en cirugía programada y/o estudios prequirúrgicos que deberán ser realizados en forma ambulatoria.

Tratamiento

Médico: se controlará medicación y descartables (facturables y no facturables), cantidad y precios.

Drogas de alto costo sin troqueles

Quirúrgico: sin protocolo quirúrgico/anatomía patológica.

Anatomía Patológica

Discordancia en los datos del paciente y/o falta de informe.

Evaluación final o conclusiones

Diagnóstico final en desacuerdo con HC, diagnóstico presuntivo y anatomía patológica

Epicrisis inconsistente y/o inexistente

Alta médica retrasada por lo fundamentado en HC

Internación o Prestación injustificada

Contactos referenciales

Actualización aranceles: acuerdos@federada.com

Débitos/liquidaciones: arancelamiento@federada.com

Acreditaciones: pagos@federada.com