



NORMAS OPERATIVAS PLANES CERRADOS

GENERALIDADES

1. Las presentes normas de facturación de Integral Salud (GILSA S.R.L.) son de cumplimiento obligatorio para todos los prestadores sin excepción.
2. El incumplimiento de las mismas autoriza a Auditoría Médica a realizar los débitos parciales o totales de las facturaciones presentadas.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO:

PLAN ROBLE

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO: El beneficiario se deberá identificar con la credencial (se adjunta modelo en Anexo I.) y DNI.

ORDEN DE CONSULTA: La atención es **por planillas**, las cuales deben ser firmadas por los afiliados. (Se adjuntan normas de atención en el Anexo II y planilla).

ORDEN DE PRACTICA: El afiliado deberá entregar la prescripción del profesional solicitante (la cual se realiza en un recetario común) acompañado de la autorización de la Auditoría Médica de INTEGRAL SALUD.

PRACTICAS SIN AUTORIZACIÓN PREVIA

CODIGO PRACTICAS		AUTORIZACIÓN PREVIA
33.60.07	Entrevista de Admisión	NO
33.01.01	Entrevista Individual (por sesión)	NO

Los tope 30 sesiones sin autorización son por persona y por año calendario. En caso de requerirse más sesiones en dicho período, la autorización quedara sujeta a la decisión que emane de la Auditoría Médica de Integral Salud, la que podrá solicitar resumen de Historia Clínica

El resto de las prácticas requiere autorización de la **Auditoría Médica de INTEGRAL SALUD**.



NORMAS OPERATIVAS PLANES CERRADOS

PLAN ARRAYAN

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO: El beneficiario se deberá identificar con la credencial (se adjunta modelo en Anexo I.) y DNI.

ORDEN DE CONSULTA: La atención es **por planillas**, las cuales deben ser firmadas por los afiliados. (Se adjuntan normas de atención en el Anexo II y planilla).

ORDEN DE PRACTICA: El afiliado deberá entregar la prescripción del profesional solicitante (la cual se realiza en un recetario común) acompañado de la autorización de la Auditoría Médica de INTEGRAL SALUD.

Topes 30 sesiones con autorización son por persona y por año calendario.

PLANES CEIBO

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO: El beneficiario se deberá identificar con la credencial (se adjunta modelo en Anexo I.) y DNI.

ORDEN DE CONSULTA: La atención es **por planillas**, las cuales deben ser firmadas por los afiliados. (Se adjuntan normas de atención en el Anexo II y planilla).

ORDEN DE PRACTICA: El afiliado deberá entregar la prescripción del profesional solicitante (la cual se realiza en un recetario común) acompañado de la autorización de la Auditoría Médica de INTEGRAL SALUD.

Topes 30 sesiones con autorización son por persona y por año calendario.

COSEGUROS PARA TODOS LOS PLANES

COSEGUROS:

Consultas: En Planes ROBLE **NO** se cobrará coseguro alguno al afiliado (topes 30 sesiones sin autorización son por persona y por año calendario). En Planes ARRAYAN y CEIBO el **PRESTADOR cobrará al BENEFICIARIO** los coseguros determinados por INTEGRAL SALUD. A tal efecto se debe incluir en la planilla de consulta el “**COSEGURO en \$**”. **INTEGRAL SALUD** informara a los prestadores el valor que deberá cobrarle.

Prácticas: En los planes y/o prácticas que contemplen el pago de coseguro, el mismo será abonado por el **BENEFICIARIO al PRESTADOR**. A efectos de evitar inconvenientes en la determinación del coseguro a cobrar en las prácticas, las mismas deberán remitirse a la Auditoría Médica de INTEGRAL SALUD con anterioridad a su realización. Adjunto a la autorización se colocará un sello especificando el monto del coseguro a cobrar (como se detalla en el modelo).

<p>El prestador debe cobrar \$..... al Beneficiario en concepto de Coseguro</p>

- **CONSULTAS**

Las consultas deben ser asentadas en Planillas suministradas por INTEGRAL SALUD, con informes cuando así correspondan. Todos los datos serán completos (Apellido y Nombre, N° de Afiliado, Plan, Fecha; Diagnostico., Firma y Sello Médico) y debe contener la firma de conformidad del afiliado

El afiliado debe presentar: Credencial y DNI

En caso de presentarse mas de dos consultas de un mismo afiliado en el mismo mes se deberá adjuntar Historia Clínica (la Auditoría médica de integral Salud podrá solicitar H.C. ante un número menor de consultas en caso de considerarlo necesario).

En ningún caso podrá presentarse más de una consulta el mismo día.

En caso de presentarse más de cuatro consultas del mismo grupo familiar en el mes, se deberá adjuntar H.C., quedando exceptuados de esta modalidad los especialistas en pediatría.

Serán debitadas las consultas en las cuales falten uno o más de los datos requeridos.

Toda dato enmendado deberá ser salvado con firma y sello del prestador.

- **PRACTICAS**

Los pedidos deben ser autorizados por **INTEGRAL SALUD**

El profesional actuante prescribirá en recetario particular la práctica solicitada, indicando:

- ✓ N° de afiliado
- ✓ Nombre y Apellido
- ✓ Practica Indicada
- ✓ Diagnostico
- ✓ Fecha de emisión
- ✓ Firma y sello con N° de matricula del medico

**Las órdenes tienen una validez de 30 días corridos a partir de la fecha que
INTEGRAL SALUD autoriza**

Todas las prácticas requieren Autorización previa por Auditoria Médica por intermedio del sistema de Gestion de Autorizaciones en Línea, o También a INTEGRAL SALUD vía mail a NataliaV@integralsalud.com.ar o fax al 0294-4436319 de lunes a viernes de 9:00 a 16:00 horas.

Las prácticas deben ser facturadas con:

- ✓ Prescripción médica autorizada

**Los pedidos solicitados vía fax serán respondidos dentro de las 24 hs. hábiles
de solicitados los mismos, al teléfono indicado.**



NORMAS OPERATIVAS PLANES CERRADOS

- **PADRON**

En caso de presentarse un asociado y se desee confirmar que esta habilitado para el uso de la cobertura medica, pueden consultarlo al teléfono 0294-4436319.

DATOS DE FACTURACION

La factura deberá ser “A” o “C” emitida a nombre de **GILSA SRL**, con domicilio en **Santiago del Estero 217 piso 5° Código Postal 1075 – CABA.**
IVA Responsable Inscripto CUIT 30-65430356-4

REMITIR LA DOCUMENTACION DEL 1 AL 10 DE CADA MES A:

Fernández Beschtedt 130
San Carlos de Bariloche – (8400) – RIO NEGRO

Las facturaciones recibidas con posterioridad a la fecha indicada será considerada ingresada en el mes inmediato posterior al de la recepción, y en tal consecuencia se fijará su fecha de vencimiento a partir de la misma.

Se devolverá la facturación que no contenga los datos correctos

DEBITOS

Se considerará motivo de débito:

➤ **FALTA DIAGNÓSTICO**

Deberá registrarse el diagnóstico, Código de la OMS o CIE 10 de puño y letra del profesional.

➤ **FALTA FIRMA Y/O SELLO DEL PROFESIONAL**

Deben registrarse ambos datos.

➤ **FALTA CONFORMIDAD DEL AFILIADO**

Aquel afiliado imposibilitado de firmar deberá registrar impresión del pulgar o un representante o acompañante. En menores de edad podrán firmar los padres.

➤ **FALTAN DATOS DEL AFILIADO O SON ERRONEOS**

Deben completarse los datos del paciente en los casilleros destinados a tal fin.

➤ **CAMBIO DE TINTA Y LETRA**

Deben ser debidamente salvadas.

➤ **DATOS ILEGIBLES O ENMENDADOS**

Cuando sea imposible la lectura de los mismos o las enmiendas sean confusas, ilegibles, o nulas.

➤ **FALTA HISTORIA CLINICA**

Más de dos consultas al mismo afiliado en el mismo mes.

➤ **FALTA FECHA DE ATENCIÓN O ERROR EN FECHA**

Indistintamente de la fecha de emisión de la consulta o autorización de la práctica.

➤ **FALTA BONO DE LA PRÁCTICA**

Cuando corresponda su presentación.

➤ **AUTORIZACIÓN DE PRESTACIÓN PREVIA**

Práctica realizada con anterioridad a la fecha de autorización.

➤ **AUTORIZACIÓN DE PRESTACIÓN VENCIDA**

Práctica realizada con más de treinta días de la fecha de autorización.

➤ **FALTA AUTORIZACIÓN DE GILSA S.R.L.**

La firma del médico auditor o empleada administrativa de autorizaciones debe estar obligatoriamente.

➤ **NO CUMPLIMENTA NORMAS**

Falta informe de práctica (o carece de fecha y/o firma del profesional actuante) evolución, sticker u otra exigencia definida en las normas o en las que se comuniquen debidamente.

➤ **FACTURACIÓN FUERA DE TÉRMINO**

Transcurrido más de sesenta días entre la fecha de prestación y de facturación. En caso de órdenes devueltas se otorgará un plazo de treinta días.

➤ **PROTOCOLOS QUIRURGICOS Y DE PRACTICAS**

Cuando se trate de prácticas o prestaciones individuales, las mismas deben tener adjunto el informe correspondiente de la práctica realizada (diagnóstico por imagen, protocolos quirúrgicos -códigos 010101 al 13xxxx más los procedimientos endoscópicos-, protocolos de anestesia, informes anatomía patología, estudios oftalmológicos, etc.).

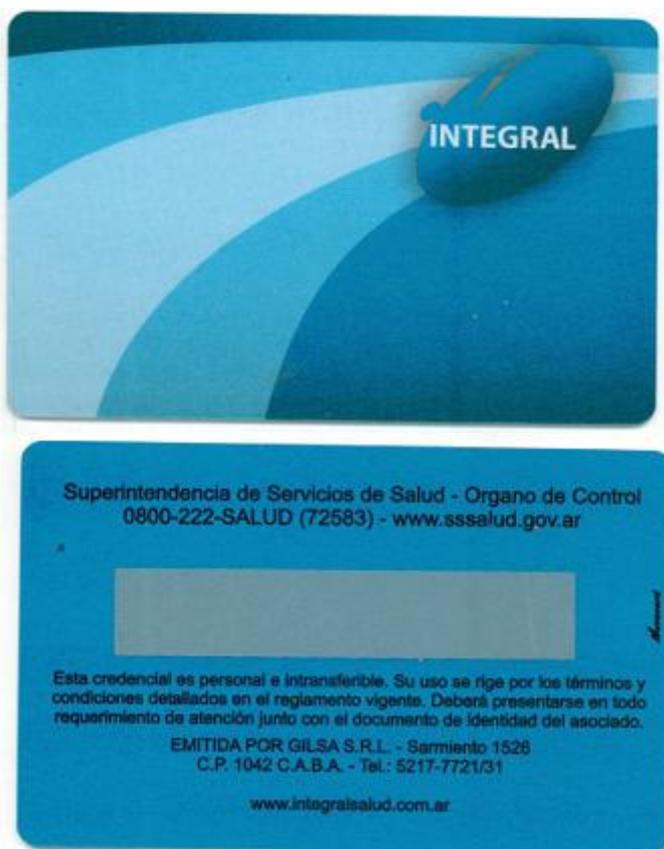
En los casos que se utilicen materiales, prótesis, órtesis o similares, se deberá acompañar la facturación con los stickers o certificados de implante correspondientes.

Anexo I

MODELO DE CREDENCIAL

A continuación le detallamos las referencias a tener en cuenta para la correcta identificación, atención y facturación de las prestaciones requeridas por nuestros afiliados.

Adjuntamos el modelo de credencial que diferencian nuestros planes.



Ustedes verán en las credenciales la siguiente serie de números impresos:

NOMBRE Y APELLIDO
NUMERO DE AFILIADO
NUMERO DE DOCUMENTO
PLAN
VIGENCIA
CONDICION IMPOSITIVA (gravado o exento)



NORMAS OPERATIVAS PLANES CERRADOS

Los planes activos son los siguientes:

ROBLE
ARRAYAN
CEIBO

Anexo II

NORMATIVA PARA ATENCIÓN POR PLANILLAS

PLANES DE AFILIADOS “GRAVADO” - adicionar el IVA (10,5%)

ROBLE
ARRAYAN
CEIBO

PLANES DE AFILIADOS “EXENTO”

ROBLE
ARRAYAN
CEIBO

Será suficiente que el afiliado se identifique con **documento** y **credencial** correspondiente y firme de conformidad en una planilla cuyo modelo se adjunta, que deberá ser cumplimentada con todos los datos allí requeridos.

Para facturar las consultas deberán presentarse, como documentación de respaldo, estas planillas en original.

Los requisitos para facturar con el sistema de planillas son los siguientes:

- ✓ Deben completarse íntegramente los **datos del prestador**
 - ✓ **Datos completos de cada afiliado:** Nombre y apellido, N° de afiliado, edad
 - ✓ Identificar al afiliado en la planillas en “**GRAVADO**” o “**EXENTO**”
 - ✓ Diagnóstico
 - ✓ Copago (en \$)
 - ✓ Fecha de consulta
 - ✓ Firma y sello legible del profesional
 - ✓ Firma de conformidad del afiliado
-
- ❖ En caso de presentarse **más consultas de las que establece el tope (30 sesiones por persona y por año calendario) de un mismo afiliado, se deberá adjuntar Historia Clínica (la Auditoria Médica de Integral Salud podrá solicitar H.C. ante un número menor de consultas en caso de considerarlo necesario).**
 - ❖ En ningún caso podrá presentarse más de una consulta el mismo día.
 - ❖ Serán debitadas las consultas en las cuales falten uno o más de los datos requeridos.

A efectos de evitar desgloses, les recordamos que para efectivizar la consulta el beneficiario deberá presentar:



NORMAS OPERATIVAS PLANES CERRADOS

- **Credencial de INTEGRAL SALUD**
- **DNI**

La prescripción de medicamentos se realizará en los recetarios comunes utilizados por el profesional, manteniéndose vigente el límite de dos medicamentos por receta y la obligatoriedad de prescribir por genéricos.

LAS PRESTACIONES:

1) MODULO DE ADMISION Y DIAGNOSTICO

a) Entrevista de Admisión.

Es la primera entrevista celebrada entre el afiliado de la O.S./Prepaga y el profesional que aquel ha elegido, en la que se explicita el motivo de su consulta.

El ítem que la identifica es 33.60.07, y será vendida en forma directa por la Prepaga al asociado, para ser presentada al profesional en el momento de asistir a la primera consulta, junto con la credencial que otorgue la O.S./Prepaga a los efectos de identificar al paciente.

Es compromiso de la O.S./Prepaga informar al afiliado con que tipo de cobertura cuenta para Salud Mental según el Plan que aquel posea, y adjuntar a la de Entrevista de Admisión el Formulario que haga fehaciente dicha información al profesional (Anexo III). A partir de este momento el profesional optará por solicitar a la Prepaga las Entrevistas Preliminares o Diagnósticas o bien una Batería Psicodiagnóstica según considere pertinente para cada caso.

b) Diagnóstico

1) Entrevistas Preliminares o Diagnósticas.

Son cuatro entrevistas a partir de las cuales se identifica el diagnóstico presuntivo del paciente y la modalidad de abordaje (individual, vincular, familiar, grupal) del tratamiento o en caso de ser pertinente la derivación a otro profesional.

Los ítems que las identifican son: 33.01.01, 33.01.03 y 33.01.04 y 60.33.15 y deberán ir acompañados por la consigna: "Entrevistas Diagnósticas" o "Entrevistas Preliminares".

2) Psicodiagnóstico.

Consiste en la administración de Técnicas Proyectivas y Psicométricas. Los ítems que las identifican son 33.01.11 y 33.01.12.

Concluidas las mismas se establecerá un diagnóstico presuntivo y la modalidad de abordaje o en caso de ser pertinente la derivación a otro profesional.

2) MODULO DE PSICOTERAPIA

Aquí se da inicio al tratamiento psicológico propiamente dicho, que según el caso, como se detalló en el diagnóstico, puede tener distintos abordajes. Los ítems son 33.01.01; 33.01.02; 33.01.03; 33.01.04

La O.S./Prepaga autorizará cuatro o cinco entrevistas al mes (de acuerdo al mes calendario) y por el tiempo que establezca el Plan que tenga el afiliado.

3) ENTREVISTAS COMPLEMENTARIAS

Son aquellas entrevistas destinadas a padres o responsables de niños o adolescentes, a instituciones escolares que lo requieran dentro del proceso terapéutico, como así también a familiares y/o responsables de adultos con trastornos graves en aquellas situaciones que sean necesarias.

El ítem que las identifica es 60.33.15



NORMAS OPERATIVAS PLANES CERRADOS

4) INFORME PSICODIAGNOSTICO

Es el informe que confecciona el profesional tratante a pedido del paciente para ser presentado con su consentimiento o el de sus padres o tutores en caso de ser menor, en una institución que lo requiera, como por ejemplo la escuela.

El mismo deberá encuadrarse en lo establecido por el Código de Ética vigente en el Consejo Profesional de Psicólogos de la Provincia de Neuquén.