



NACIONAL



RESOLUCION 146/1986
INSTITUTO NACIONAL DE OBRAS SOCIALES (INOS)

Documentación de uso obligatorio para todos los contratos de prestaciones médico-asistenciales.
del 15/04/1986; publ. B. O. 25/04/1986

Artículo 1º. - Apruébanse los criterios generales de uso, los documentos (formularios) e instructivos correspondientes a: Orden de consulta, orden de práctica, recetario, orden de internación, rendición individual de internación, informe de hospitalización, rendición de atención ambulatoria, resumen de internaciones, factura y ajuste de facturación, y el instructivo general para todos los formularios que como anexos I a XII se adjuntan y forman parte de la presente resolución.

Art. 2º. - Los documentos (formularios) que se aprueban por el artículo anterior serán de uso recomendado para obras sociales y prestadores a partir de la vigencia de la presente resolución.

Art. 3º. - A partir del 1 de setiembre de 1986, la mencionada documentación será de uso obligatorio para todos los contratos de prestaciones médico-asistenciales de las obras sociales comprendidas por la ley 22.269 tanto los vigentes, como los que se celebren o renueven en el futuro. A ese efecto, dichas entidades procederán a formular las previsiones y adecuaciones contractuales que fueren pertinentes.

Art. 4º. - Invítase a las obras sociales no comprendidas en el régimen de la ley 22.269 a adherir a los términos de la presente resolución y aplicar los respectivos formularios y normas de uso dentro de sus propias jurisdicciones, a cuyo efecto la Secretaría General cursará las correspondientes comunicaciones de estilo.

Art. 5º. - Comuníquese, etc

Mera.

Nota: Los documentos (formularios) no se publicaron en el Boletín Oficial del 25/4/86.

ANEXO I

CRITERIOS GENERALES DE USO:

1. Los requerimientos de toda otra documentación complementaria acordada entre las partes, incluyendo formularios que contemplan aspectos no normatizados mantienen su vigencia.
2. Los resúmenes y facturas deben exponer en forma claramente diferenciada las prestaciones ambulatorias de las que se brindan a pacientes internados.
3. Las normas de trabajo acordadas y vigentes entre las partes (obras sociales y prestadores), fuera de lo establecido en la resolución, no se afectan (sea en las prestaciones que requieren autorización, cantidad de copias por formulario, como cualquier otro aspecto de la relación administrativa, de contralor o de auditoría) manteniendo plena vigencia. Los que por su característica de prestación de servicios no utilicen alguno de los documentos aprobados, pueden continuar con su modalidad, en caso contrario deberán emplear obligatoriamente el modelo respectivo de la resolución.
4. Los que utilicen sistemas computarizados podrán continuar con los mismos teniendo la sola obligación de respetar los datos requeridos en los documentos y secuencia.

5. Las consultas que resulten necesario efectuar, así como cualquier otro trámite vinculado con la presente resolución, debe dirigirse a la Coordinación del Comité de Documentación y Procedimientos (res. INOS 1053/84) Gerencia de Prestaciones, Instituto Nacional de Obras Sociales.

ANEXO II

INSTRUCTIVO PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO

ORDEN DE CONSULTA

Este formulario está destinado a registrar cada una de las distintas consultas que se brinden a los beneficiarios de acuerdo con las normas vigentes y/o modalidades convenidas entre las partes.

De acuerdo con las características de la obra social, puede utilizarse un formulario que contemple las distintas alternativas o bien imprimir uno para cada caso (internación, consultorio o domicilio) respetando en un todo el tamaño, datos y diseño excepto en que sólo indicara su destino específico.

Internación - Ambulatorio

Teniendo en cuenta que en algunas zonas del país la facturación de honorarios médicos se realiza en forma separada de los gastos sanatoriales y siendo imprescindible en esta circunstancia que la respectiva factura exponga clara y diferenciadamente las prestaciones brindadas a pacientes internados de las realizadas en forma ambulatoria: Se marcará con una equis (x) el casillero correspondiente.

Consultorio - Domicilio

Se marcará con una equis (x) el casillero que corresponda.

Código N. N.

En este espacio se consignará el código del Nomenclador Nacional correspondiente a la prestación realizada (consulta visita o atención médica en internación clínica).

Domicilio

Si la consulta es realizada en consultorio, este espacio se dejará en blanco, lo que no podrá ser motivo de observación por parte de la obra social.

Si la consulta se realiza en domicilio, se consignará el que corresponde al mismo, consignando en ese orden, nombre de la calle, número, piso, departamento. La localidad y provincia sólo se consignará si fuera diferente del lugar de emisión.

Establecimiento

Si la consulta fue realizada en un establecimiento asistencial o a un beneficiario internado, se consignará el nombre del establecimiento, pudiendo usarse un sello.

Número de internación

Si la consulta se realizó a un beneficiario internado, se consignará el número de la orden que originó la internación colocando un dígito en cada casillero; cuando el número cuente con menos dígitos que los casilleros previstos se dejarán libres los casilleros de la izquierda.

Motivo o diagnóstico

A juicio del médico tratante se consignará en este orden: el diagnóstico comprobado, el diagnóstico presuntivo o el motivo de la consulta. Debe tenerse en cuenta la importancia de esta información en la recopilación estadística, elaboración de planes y programas, etc., que podrá ser utilizada para todos los integrantes del sistema de atención médica.

El espacio para código está reservado para la implementación de una codificación concertada y uniforme que una vez establecida será de uso obligatorio.

Firma y sello profesional

El profesional que realizó la consulta suscribirá este espacio y aclarará su firma y el número de matrícula, pudiendo utilizarse un sello o realizarlo en forma manuscrita con letra de imprenta clara y legible.

Instructivo de uso general

A los efectos de una adecuada cumplimentación del formulario debe tenerse en cuenta lo establecido en el instructivo de uso general donde además de aspectos generales se aclara la forma de suscribir los datos comunes a todos los formularios.

ANEXO III

INSTRUCTIVO PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO ORDEN DE PRACTICA

Este formulario está destinado a registrar la solicitud y realización de las distintas prácticas o prestaciones (médicas, bioquímicas, etc.) que se brinden a los beneficiarios de acuerdo con las normas vigentes y/o modalidades convenidas entre las partes. Su diseño permite su utilización en los casos en que se facturen honorarios y gastos en forma conjunta como también cuando ello se concreta por distintas vías.

Teniendo en cuenta que los acuerdos existentes entre las partes mantienen plena vigencia, cada obra social determinará cuántas prácticas reconoce por formulario.

En caso de intervenciones quirúrgicas cuyos honorarios se facturen por distinta vía, se utilizará un formulario para cada integrante del equipo profesional.

La orden de práctica presenta dos (2) cuerpos claramente delimitados; comprendiendo el primero el sector uno (1) y el sector dos (2) y el segundo cuerpo, el sector tres (3) (de izquierda a derecha); y están destinados a ser cumplimentados por:

Sector 1. Para el médico solicitante o prescriptor o en su caso lo cumplimentará la obra social, según sea la modalidad en vigencia.

Sector 2. Para el profesional efector destinado a facturar los honorarios.

Sector 3. Para la facturación de los gastos, es decir que puede ser utilizado por el establecimiento o el profesional según corresponda de acuerdo con la modalidad de facturación en vigencia.

Sector 1. De la prescripción

El solicitante (médico u obra social) cumplimentará los datos personales del beneficiario de acuerdo con el instructivo general.

Prescripción - Práctica indicada

Se consignará con letra clara la denominación de la/s práctica/s que solicita, ej.:

Orina completa

Hemograma

Eritrosedimentación

Utilizará un renglón para cada práctica y una orden de práctica para cada especialidad o especialista; es decir que no se consignarán en un mismo formulario determinaciones de laboratorio y estudios radiológicos, por ejemplo.

Cuando corresponda consignará las características especiales del pedido (domicilio, urgente, etc.) a renglón seguido de la prestación prescripta.

Firma y sello solicitante

El profesional que prescribe debe suscribir este espacio y aclarar su firma y el número de matrícula, pudiendo utilizarse un sello o realizarlo en forma manuscrita con letra de imprenta clara y legible.

Alternativa

Si por la modalidad acordada entre las partes, el profesional derivante utilizara para requerir la práctica cualquier otro formulario, la obra social o quien ésta indique debe cumplimentar los datos requeridos en este sector.

Sector 2. De la realización (honorarios)

El efector verificará mediante el carnet del beneficiario la identidad del mismo.

Cantidad - Código

Consignará el orden señalado con números claros y legibles, la cantidad y código de la/s práctica/s efectuada/s, de acuerdo con lo establecido en el Nomenclador Nacional, ej.: 01-34.02.01.

Espacio en blanco

Está destinado para uso interno de la obra social.

Lugar de atención

Marcará con una equis (x) el casillero que corresponda al lugar en donde se efectúe/n la/s práctica/s. (Internado - Ambulatorio - Domicilio - Institucional).

Número de orden de internación

En caso de tratarse de prestaciones brindadas a un beneficiario internado, cuya facturación se realice por distinta vía, se consignará el número de la orden de internación original que

motivó la misma.

Establecimiento

Se consignará la denominación del establecimiento en donde se realizó la/s práctica/s, pudiendo utilizarse sello.

Firma y sello efector

El profesional que realizó la/s práctica/s suscribirá este espacio y aclarará su firma y el número de matrícula, pudiendo utilizarse un sello o realizarlo en forma manuscrita con letra de imprenta clara y legible.

Fecha - Hora

Se consignará la fecha de la efectiva realización de la/s práctica/s. La hora sólo se consignará si la prestación fue realizada fuera del honorario habitual previsto en el Nomenclador Nacional.

Sector 3. De la realización (gastos)

Este sector será cumplimentado en distinta forma según sea la modalidad de facturación, a saber:

a) Facturación conjunta de honorarios y gastos, o

b) Facturación de honorarios y gastos por vías diferentes.

a) Facturación conjunta de honorarios y gastos

En esta modalidad de facturación, el prestador sólo firmará con aclaración, de igual forma que en el sector 2, sin desprender el talón (sector 3). El resto de los espacios previstos quedará en blanco.

b) Facturación de honorarios y gastos por vías diferentes

Para la facturación de los gastos por diferente vía que los honorarios, se debe cumplimentar todo el sector 3 (talón) de acuerdo con las siguientes instrucciones y se desprenderá el talón para su remisión a la obra social con la rendición de prestaciones ambulatorias.

Los datos personales del beneficiario se cumplimentarán de acuerdo con el instructivo general.

Lugar de atención

Marcará con una equis (x) el casillero que corresponda al lugar en donde se efectúe/n la/s práctica/s (Internado - Ambulatorio - Domicilio - Institucional).

Número de orden de internación

En caso de tratarse de prestaciones brindadas a un beneficiario internado, cuya facturación se realice por distinta vía se consignará el número de la orden de internación original que motivó la misma.

Cantidad - Código

Consignará el orden señalado con números claros y legibles, la cantidad y código de la/s práctica/s efectuada/s de la/s misma/s, de acuerdo con lo establecido en el Nomenclador Nacional, ej.: 01-34.02.01.

Espacio en blanco

Está destinado para uso interno de la obra social.

Establecimiento

Se consignará la denominación del establecimiento en donde se realizó la/s práctica/s, pudiendo utilizarse sello.

Firma y sello efector

El profesional que realizó la/s práctica/s suscribirá este espacio y aclarará su firma y el número de matrícula, pudiendo utilizarse un sello o realizarlo en forma manuscrita con letra clara y legible.

Fecha - Hora

Se consignará la fecha de la efectiva realización de la/s práctica/s. La hora sólo se consignará si la/s práctica/s se realizara/n fuera del horario habitual previsto en el Nomenclador Nacional.

ANEXO IV

INSTRUCTIVO PARA CUMPLIMENTAR EL RECETARIO (PRESCRIPCION Y DISPENSACION)

Este formulario está destinado a la prescripción y dispensación de los productos

farmacéuticos al beneficiario.

Los acuerdos y/o convenios existentes entre las partes mantienen plena vigencia en todos los aspectos no contemplados en el presente documento. El talón o espacio en blanco del sector izquierdo es de uso optativo para la obra social.

Datos a ser completados por el profesional prescriptor

Receta

Los datos generales y personales del beneficiario se cumplimentarán de acuerdo con lo establecido en el instructivo general.

Código Profesional o Institución

En aquellos casos en que los datos no se encuentren preimpresos en la receta, deberá registrarse el código asignado por el Registro de Prestadores o la obra social

R. P.:

Se podrán prescribir hasta tres (3) productos por receta de acuerdo con las normas de los convenios en vigencia, o el número menor que tuviere establecido la obra social.

Dichos productos podrán ser de distintas marcas o de igual marca con distinta forma farmacéutica.

Se deberá indicar claramente el contenido y potencia de cada uno de los productos prescritos. Si no se hiciese, la farmacia entregará el de menor contenido, de acuerdo a la lista del laboratorio productor.

Se considerarán tamaños "grandes" los siguientes en orden ascendente al "menor". Si la prescripción no aclara contenido y sólo indicara "grande", la farmacia dispensará el tamaño de presentación siguiente al "menor" en orden ascendente.

En caso de estar acordado, consignará la fórmula "tratamiento prolongado".

Es obligatorio la anulación de los espacios no utilizados.

Se recuerda que toda enmienda, tachadura o raspadura deberá ser salvada por el profesional emisor, indicando al dorso de la receta el dato correcto y la firma.

En el supuesto que las condiciones de mercado lo hagan necesario el profesional podrá indicar medicamentos sustitutos de los prescritos, de acuerdo a lo establecido en la res. I.N.O.S. 645/84. En el caso de especialidades medicinales a base de monodrogas el producto de alternativa deberá estar basado en la misma droga o principio actuante. Tratándose de específicos en cuya composición intervengan dos o más drogas, el reemplazo deberá efectuarse por otro medicamento cuya acción terapéutica será reconocidamente similar (art. 1°).

El profesional tratante deberá recetar el medicamento de su elección en el anverso de la receta, indicando en el reverso los medicamentos de alternativa (art. 2°) y firmarlo.

Cantidad recetada (letras - N°):

Las cantidades de unidades prescritas para cada producto deberá ser obligatoriamente asentada en números arábigos y en letras en el espacio asignado al efecto.

Por ejemplo:

1 envase = 1 (uno)

2 envases = 2 (dos)

5 fco. amp. = 5 (cinco)

Espacio para número (N°)

Estos casilleros para número (N°), sin indicación expresa, están destinados para uso optativo e indistinto (orden de consulta, historia clínica, etc.) en aquellos casos que corresponda, de acuerdo con las normas vigentes entre las partes.

Sello institución

Cuando el profesional que prescribe pertenezca a una institución contratada por la obra social, se asentará el sello de la misma, únicamente.

Firma profesional - Aclaración - Matrícula:

El profesional que prescribe deberá suscribir la receta y aclarar su firma y el número de matrícula, pudiendo cumplirse estos dos últimos requisitos utilizando un sello.

Datos a ser completados por la farmacia

Número de orden:

Cada receta será numerada en este casillero, correlativamente por obra social.

Fecha de dispensación:

Deberá indicarse la fecha en números arábigos, en la cual la farmacia expende el o los productos.

Se usarán los dos primeros casilleros para el día, los dos segundos para el mes y los dos terceros para colocar los dos últimos dígitos del año.

Cuando día o mes corresponda a una expresión numérica de un solo dígito, se completará con un cero (0) a la izquierda.

Por ejemplo: 020385 (2 de marzo de 1985).

Código de la farmacia:

Se asentará el número de código asignado a la farmacia por la obra social correspondiente, en forma manuscrita o con sello que coincida con los casilleros destinados a tal fin.

Cantidad entregada:

Se consignará la cantidad de unidades entregadas por cada Rp/.

Esta cantidad nunca podrá ser mayor que la cantidad recetada.

La farmacia podrá expender por receta hasta (3) especialidades medicinales.

Dichas especialidades podrán ser de distintas marcas o de igual marca con distinta forma farmacéutica.

Deberán estar indicados claramente el contenido y potencia de cada uno de los productos prescritos.

Si no lo estuvieran, la farmacia entregará el de menor contenido que figure en la lista del laboratorio productor.

Se considerarán tamaños "grandes" los siguientes en orden ascendente al "menor". Si la prescripción no aclara contenido y sólo indicara "grande", se dispensará el tamaño de presentación siguiente al "menor" en orden ascendente.

El profesional prescriptor podrá indicar medicamentos sustitutos, de acuerdo a lo establecido en la res. I.N.O.S. 645/84. Al efecto, el profesional tratante deberá haber recetado el medicamento de su elección en el anverso de la receta, indicando en el reverso los medicamentos de alternativa (art. 2°).

La aceptación de alternativas se hará según el listado de los nombres comerciales de los específicos, en orden a su menor precio. En los casos en que la prescripción se realice por el nombre genérico de la droga se procederá entregando la monodroga de menor precio (art. 3°).

El farmacéutico solamente podrá dispensar el medicamento sustituto prescrito cuando se viera en esa necesidad por carencia en plaza del medicamento recetado. Cuando faltare el medicamento original recetado, el farmacéutico deberá dispensar los sustitutos respetando el orden de menor precio (art. 4°).

Precio unitario

Se asentará el precio de cada envase-medicamento entregado. Este importe no deberá exceder del que indique la lista de precios emitida por el laboratorio, vigente a la fecha de la dispensación. Se colocará un número en cada casilla, alineándolo hacia la derecha.

Ejemplo: 1 2 3 4 5 0

Importe:

Se registrará el resultado del producto de ("Cantidad Entregada") x ("Precio Unitario").

% a cargo de la obra social

Se anotará el porcentaje que reconoce la obra social para el medicamento en cuestión.

Rótulos (troqueles):

Cada vez que se expendan un medicamento deberá previamente extraérsele el rótulo identificador de su envase.

Dichos rótulos serán adheridos en el espacio asignado (punteado) en el mismo orden en que fueron prescritos los medicamentos de que se trate.

En caso de haber entregado más de un envase por medicamento, se adherirán los rótulos restantes en el área inferior de la receta, situándose en primer lugar los rótulos sobrantes de la receta, asignada a tal efecto, de tal forma que queden ordenados de izquierda a derecha, situándose en primer lugar los rótulos sobrantes de las Rp/1 y a continuación los de la Rp/2 y Rp/3, respectivamente.

La forma de adhesión del rótulo a la receta queda a elección de la farmacia, debiendo asegurarse la legibilidad del contenido de los mismos, específicamente el número de código, y su seguridad con el fin de evitar pérdidas de rótulos.

En todos los casos y con el fin de facilitar su lectura, la ubicación del rótulo deberá hacerse con la inscripción en igual sentido que el de la prescripción médica.

Total receta:

Se registrará el resultado de la suma de los montos consignados en el casillero importe. En el supuesto que el número cuente con menos de cinco (5) dígitos deberán dejarse libres los casilleros de la izquierda, colocando un número en cada casilla y alineándolo hacia la derecha. En caso de resultar necesario se sobrepasará el primer casillero de la izquierda. Los dos últimos casilleros de la derecha serán destinados a centavos. El rótulo deberá ser colocado en la receta mediante el método que elija la farmacia, en tanto se resguarde adecuadamente: a) la legibilidad del contenido de los mismos, específicamente el número de código;

b) Su adhesión, evitando pérdidas de rótulos y

c) Su integridad, evitando raspaduras, enmiendas, etc.

A cargo del beneficiario:

Se asentará el importe que efectivamente deba abonar el afiliado.

En caso de tratarse de una cifra menor de cinco (5) dígitos deberán dejarse libres los casilleros de la izquierda.

A cargo de la obra social:

Se anotará el importe que reconoce la obra social sobre los medicamentos entregados y que surge de aplicar a las cifras consignadas en "importe" los porcentajes indicados en el casillero "% a cargo de la obra social".

No deberán deducirse de este importe los descuentos especiales que la farmacia haya otorgado a la obra social (los mismos serán efectuados en las facturas resumen).

Si la cifra contara con menos de cinco (5) dígitos deberán dejarse libres los casilleros de la izquierda.

Firma del farmacéutico y sello de la farmacia:

Deberá estamparse el sello de la farmacia en el lugar asignado al efecto, debiendo ser legible y contener dirección y teléfono de la misma.

La receta deberá asimismo, estar suscripta por el farmacéutico.

Interviniente:

Se indicará con una X, en el lugar asignado al efecto, si quien adquiere los medicamentos es el afiliado o un tercero interviniente.

Documento de identidad - Domicilio

Se consignará el tipo y número de documento de identidad y el domicilio de la persona que adquiere los medicamentos (sea el afiliado o un tercero interviniente).

Firma del afiliado o tercero interviniente:

Una vez realizadas las operaciones por la farmacia y volcados los resultados correspondientes en la receta, el afiliado o el tercero interviniente en su caso, deberá firmar la receta.

Si quien suscribiera la receta fuera un tercero interviniente deberá aclarar la firma colocando su nombre y apellido al pie.

La firma de la receta por el afiliado o por el tercero interviniente implicará su conformidad con los medicamentos entregados (cantidad de envases, tamaño y precios).

Si el afiliado o el tercero interviniente no supiese firmar o no pudiese hacerlo, imprimirá la huella digital de su pulgar derecho.

El beneficiario debe exigir la anulación de los medicamentos no expendidos, por medio del trazado de una línea.

Recaudos que deberá guardar la farmacia

La farmacia deberá exigir del beneficiario a una obra social la presentación del carnet o documento correspondiente que lo acredite como tal. Si se trata de un tercero interviniente deberá exigírsele la presentación de la documentación que acredite al afiliado como tal y su documento de identidad.

Deberá verificar asimismo, previo el expendio de los medicamentos prescriptos y como condición para ello, que en la receta figuren completos los datos que debieron ser llenados por el profesional.

La farmacia podrá negar la atención de recetas en las que hubiere errores o tachaduras no salvadas por el profesional y correctamente firmadas por el mismo.

Los datos a ser llenados por la farmacia deben ser escritos en el momento del expendio, por una misma persona y de forma que resulte legible.

Toda enmienda y/o raspadura en el sector a completar por la farmacia deberá estar salvada por el farmacéutico. A tal efecto deberá testar con una línea el dato erróneo y colocará el correcto sobre o debajo del dato testado, aclarando al dorso de la receta el dato salvado, con su firma. En los casos que se modifique el importe a cargo del afiliado, suscribirá, también al dorso de la receta, quién retira los medicamentos.

En caso de diferente letra o rasgos, igualmente tinta, raspados, sobre-impresos, etc., que permitiese suponer que la receta ha sido adulterada, la obra social se reserva el derecho de no abonar la misma.

Si la farmacia no pusiera del tamaño indicado y el beneficiario así lo aceptara podrá entregar un tamaño menor (nunca mayor).

La farmacia tachará con una línea, con tinta indeleble, los espacios correspondientes a productos no entregados definitivamente, como así también el espacio correspondiente a los precios.

Con respecto a los productos que la farmacia podrá o no expender, remitirse a lo que pueda prescribir el médico.

Ante requerimiento de personal de las obras sociales debidamente autorizados, la farmacia deberá presentar para consulta las recetas realizadas hasta el momento, las cuales deberán encontrarse completas-terminadas de acuerdo con estas normas, y por ningún concepto deberán ser retiradas de la farmacia, salvo por motivos contables, previa comunicación a las obras sociales.

La farmacia atenderá a los beneficiarios de las obras sociales de acuerdo al contrato en los horarios de atención al público, es decir, incluso en turnos de días festivos, sábados, domingos o nocturno, y dándole el mismo trato que a su clientela habitual sin recurrir a filas o turnos especiales o entrega diferida de los productos, etc.

ANEXO V

INSTRUCTIVO PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO "ORDEN DE INTERNACION O PRORROGA"

Este formulario está destinado para requerir la internación del beneficiario o disponer la prórroga de la misma según sea la modalidad en vigencia. Será emitido por la obra social o quien ésta indique.

A fin de contemplar en la forma más amplia, las distintas modalidades en vigencia, el formulario contiene numerosos datos que, según sea la característica de la obra social, pueden no existir o no resultar de su interés su cumplimentación (Ej.: "Distrito" - "Delegación" - "Sección" - "Empleador" - "Plan" - "Optativo" - "Obligatorio", etc.). En estos casos, cada obra social, dispondrá qué datos son los que cumplimentará, ajustándose para ello a las presentes instrucciones.

En las órdenes de internación o prórroga que emita la obra social o quien ésta determine de conformidad con sus normas vigentes, la ausencia de datos excepto: Apellido y nombres, número de beneficiario y firma responsable de la obra social, no será motivo para observar la internación.

Aquellos datos en que sea posible hacerlo, podrán estar preimpresos o bien podrán consignarse mediante el uso de sellos. Serán confeccionadas preferentemente a máquina y, en su defecto, con letra de imprenta, clara y legible.

Orden de internación o prórroga

Se marcará con una equis (x) lo que no corresponda.

Los datos generales y personales del beneficiario se cumplimentarán de acuerdo con lo establecido en el instructivo general.

Internación

Motivo

Se consignará la razón o causa que origina la internación.

Días de internación autorizados

Si de acuerdo con la modalidad en vigencia las internaciones se autorizan por un período determinado de días, se consignará la fecha desde la cual tiene o tendrá vigencia y hasta el día de vencimiento de la misma. En el espacio de "total" se consignará el número total de días autorizados.

Los casilleros se cumplimentarán comenzando de izquierda a derecha, se usarán los dos primeros casilleros para el día, los dos segundos para el mes y los dos terceros para colocar los dos últimos dígitos del año. Cuando el día o mes correspondan a una expresión numérica de un solo dígito se completará con un cero (0) a la izquierda, Ej.: 050685 (5 de junio de 1985).

Para el total de días se antepondrán los ceros (0) que fueren necesarios.

Si se tratare de una prórroga se consignarán los días de prórroga autorizados.

Si la obra social extendiera la orden de internación sin plazo determinado, sólo consignará la fecha a partir desde cuando se autoriza la misma.

Tipo de pensión

Se expresará en letras el tipo de pensión en la que se encuentra internado o se internará el beneficiario, Ej.: "Terapia intensiva" o bien "Habitación de dos camas con baño privado", etc.

Prórroga correspondiente a orden de internación N°

Se consignará el número de la orden de internación que originó la internación y que figura en el ángulo superior derecho del formulario, colocando un dígito en cada casillero de derecha a izquierda, es decir que de necesitarse menos casilleros que los previstos quedarán libres los de la izquierda.

Firma responsable de la obra social

La o las personas que cada obra social determine como autorizadas para suscribir las órdenes de internación o prórroga, suscribirá este espacio y aclarará su firma, pudiendo utilizarse un sello o realizarlo en forma manuscrita con letra clara y legible.

Profesional que indica la internación-número de matrícula

Se indicará el que corresponda, colocando un dígito en cada casillero, comenzando de derecha a izquierda, es decir que de necesitarse menos casilleros que los previstos, quedarán libres los de la izquierda.

Apellidos y nombres

En ese orden se consignarán los que correspondan al profesional que indicó la internación.

Prestador

De acuerdo con la modalidad en vigencia, será cumplimentado por la obra social o por el propio prestador.

Código

Se consignará el número de inscripción en el Registro de Prestadores utilizando un casillero para cada dígito, de derecha a izquierda, es decir que de necesitarse menos casilleros que los previstos quedarán libres los de la izquierda.

Nombre o denominación

Se consignará el que corresponda al establecimiento donde se verifique la internación.

Domicilio

Se consignará la calle a continuación el número, luego la localidad y provincia.

Instructivo de uso general

A los efectos de una adecuada cumplimentación del formulario debe tenerse en cuenta lo establecido en el "Instructivo de uso general" donde además de aspectos generales se aclara la forma de suscribir los datos comunes a todos los formularios.

ANEXO VI

INSTRUCTIVO PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO RENDICION INDIVIDUAL DE INTERNACION

Este formulario deberá utilizarse para la facturación total, parcial o refacturación de internaciones.

En el ángulo superior izquierdo, si no figurase impreso, se consignará la denominación del efector.

Número de rendición

En este espacio se registrará el número de registro o rendición individual, colocándose un dígito en cada casillero, cuando el número sea inferior, deberán dejarse libres los casilleros de la izquierda, pudiendo estar impreso.

Número de historia clínica

En este espacio se registrará el respectivo número, colocándose un dígito en cada casillero, cuando el número

cuenta con menos dígitos, deberán dejarse libres los casilleros de la izquierda.

Los datos generales y personales del beneficiario se cumplimentarán de acuerdo con lo establecido en el instructivo general.

Domicilio

En este espacio se registrará el domicilio del afiliado.

Orden de internación N°

Se consignará el número de la orden de internación que originó la misma.

Ingreso: Fecha

Se usarán los dos primeros casilleros para el día, los dos segundos para el mes y los dos terceros para colocar los dos últimos dígitos del año. Cuando día o mes correspondan a una expresión numérica de un solo dígito, se completará con un cero (0) a la izquierda. Ej.: 02/03/85 (2 de marzo de 1985).

Hora

Se registrarán de cero (0) a veinticuatro (24), utilizando para ello los dos primeros casilleros y los dos segundos casilleros están destinados a los minutos. Ej.: 22:30.

Egreso (Fecha y hora)

La fecha y hora de egreso deberán registrarse de la misma manera que la fecha y hora de ingreso.

Factura (Total-parcial)

Marcará con una equis (x) el casillero que corresponda.

Refacturación

Este espacio deberá cumplimentarse únicamente cuando se trate de una refacturación.

Dellate (Fecha-código-cantidad-profesional o servicio- honorarios-gastos-total)

En el orden señalado se consignarán los datos requeridos. Los honorarios sólo se consignarán si son facturados junto con los gastos, de lo contrario se dejará esta columna en blanco. La cumplimentación de este espacio debe hacerse respetando la siguiente secuencia de rubros:

I -- Internación: En este espacio se registrarán los distintos códigos correspondientes a internación: 43.01.01, 43.01.02, 43.01.03, 43.01.04, 43.01.05, 43.01.06, 43.01.07, 40.01.01 y 41.01.01, los que deberán coincidir con los registrados en el informe de hospitalización, debiendo colocarse el/los importe/s correspondiente/s en la columna gastos.

II -- Gastos quirúrgicos: En este espacio deberán registrarse los códigos de las intervenciones realizadas y el/los importe/s correspondiente/s deberán colocarse en la columna de gastos.

III -- Radiografías: En este espacio deberán facturarse los códigos y cantidad de estudios realizados. Si la institución factura gastos y honorarios, deberá cumplimentar las dos columnas, de lo contrario, cumplimentará solamente la columna referida a gastos.

IV -- Prácticas: En este espacio deberán facturarse los códigos de las prácticas realizadas durante la internación. Si la institución factura gastos y honorarios, deberá cumplimentar las dos columnas, de lo contrario, completará solamente la columna referida a gastos.

V -- Honorarios médicos, clínicos y quirúrgicos: En este espacio se registrará: código de la práctica realizada, nombre y apellido del profesional actuante, especialidad o función, número de matrícula, cantidad e importe. Si la institución no factura honorarios, solamente mencionará los datos del/los profesional/es actuante/s al pie de la rendición deberá constar la firma responsable del establecimiento.

Para la facturación de prestaciones no nomencladas, debidamente autorizadas, se dejará en

blanco el espacio destinado a código y en el lugar de profesional o servicio, además de este dato se detallará la prestación, utilizando, si fuera necesario más de un renglón.

VI -- Prestaciones bioquímicas (análisis): Se facturarán las prestaciones realizadas durante la internación.

Subtotal -- a cargo del beneficiario -- a cargo de la obra social

Se cumplimentarán los datos requeridos en las columnas que corresponda.

Medicamentos, descartables y prótesis

Se consignará el importe total neto que corresponda facturar a la obra social, cuyo detalle consta en la hoja respectiva.

Firma responsable del establecimiento

Será suscripto por la/s persona/s autorizada/s del establecimiento.

Medicamentos, descartables y prótesis (hoja específica)

En este espacio deberán registrarse fecha, cantidad, presentación y denominación comercial, precio unitario y total de cada medicamento o descartable que se le provea al paciente. El monto total se transcribirá en la planilla individual.

Transporte

En caso de resultar necesario utilizar más de una hoja, cualquiera sea en el último renglón de la primera y el primero de la siguiente se consignará la fórmula "transporte" y el importe respectivo.

Instructivo de uso general

A los efectos de una adecuada cumplimentación del formulario debe tenerse en cuenta lo establecido en el

"Instructivo de uso general" donde además de aspectos generales se aclara la forma de suscribir los datos comunes a todos los formularios.

ANEXO VII

INSTRUCTIVO PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO INFORME DE HOSPITALIZACION

Este formulario está destinado a registrar datos de los beneficiarios internados para la elaboración de estadísticas, asimismo el ejemplar original con la firma del beneficiario asistido familiar o tercero responsable certificará que la internación se verificó durante el período consignado y en los sectores y tipos de habitaciones que se indican, reemplazando así la firma de "rendición individual de internación".

Deben ser cumplidos todos los datos, preferentemente a máquina o con letra clara y legible tipo imprenta y se adjuntará indefectiblemente a la "rendición individual de internación" sin perjuicio de la demás documentación que se debe adjuntar de conformidad con los acuerdos existentes entre las partes.

Una copia del "informe de hospitalización" debe quedar en el establecimiento archivado en la historia clínica.

Debe ser cumplimentado por el establecimiento en donde se verifique la internación, los datos del beneficiario se cumplimentarán al momento del ingreso, los de la internación en el momento del alta, oportunidad en que se hará firmar la "certificación de internación" por parte del beneficiario, familiar o tercero responsable.

El resto de los datos (diagnóstico, tipo de parto, etc.) serán cumplimentados por el profesional responsable antes del envío a la obra social. Para la adecuada cumplimentación deberán ajustarse a las siguientes instrucciones:

Historia clínica y rendición individual o Registro

Se indicará el que corresponda colocando un dígito en cada casillero, comenzando de derecha a izquierda, es decir que de necesitarse menos casilleros que los previstos quedarán libres los de la izquierda.

Edad al ingreso

Indicar la edad del beneficiario al momento de ingresar al establecimiento en números y marcar con una equis (x) el casillero correspondiente a la unidad de la edad que se registra.

Teléfono

Se consignará el del familiar responsable.

Ocupación

Se consignará la que declare el beneficiario o familiar responsable.

Ingreso

Fecha

Se consignará la fecha a partir de la cual tiene vigencia la internación del beneficiario, comenzando de izquierda a derecha, se usarán dos dígitos para el día, dos para el mes y dos para colocar los dos últimos dígitos del año. Cuando el día o mes correspondan a una expresión numérica de un solo dígito se completará con un 0 (cero) a la izquierda, ej.: 05-06-85 (5 de junio de 1985).

Hora:

Se registrará de cero (0) a veinticuatro (24) con indicación de los minutos, ej.: 22.30 ó 09.00. Es decir que cuando se trate de menos de cuatro (4) dígitos se antepondrá un cero (0).

Sector servicio:

Se consignará el sector en donde se verifica la internación, ej.: 2º piso, o el servicio que corresponda, ej.: cardiología.

Tipo de pensión:

Se expresará en letras el tipo de pensión en la que se internará el beneficiario, ej.: "terapia intensiva" o bien "habitación de dos camas con baño privado".

Días internación:

Se indicará el número total de días que permaneció internado el beneficiario en ese sector de internación, si se tratara de un solo dígito, se antepondrá un 0 (cero), ej.: 04.

1er pase - 5º pase.

En caso de que el beneficiario sea trasladado a otro sector de internación dentro del mismo establecimiento, se registrarán todos los datos requeridos en la forma indicada precedentemente.

Si no se producen traslados dejar en blanco estos rubros.

Egreso

Fecha

Se consignará la que corresponda, comenzando de izquierda a derecha, utilizando dos dígitos para el día, dos para el mes y dos para colocar los dos últimos dígitos del año.

Cuando el día o mes correspondan a una expresión numérica de un solo dígito, se completará con un cero (0) a la izquierda, ej.: 05.06.85 (5 de junio de 1985).

Hora

Se registrará de cero (0) a veinticuatro (24) con indicación de los minutos, ej.: 22.30 ó 09.00 es decir que cuando se trate de menos de cuatro (4) dígitos se antepondrá un cero (0).

Oper. - Parto

Se marcará con una equis (x) lo que corresponda, de tratarse de una internación clínica, se marca "no", de ser

operación o parto se marcará "sí".

Certificado de internación

Una vez cumplimentados todos los datos requeridos precedentemente y en el momento del egreso del paciente, no antes, se requerirá la firma de este espacio como certificación de que la internación se verificó en los períodos y lugares indicados.

Firma del beneficiario, familiar o 3º responsable

Se consignará la firma del beneficiario, familiar o tercero responsable. Si el que suscribe no es el beneficiario deberá aclarar la firma consignando su nombre y apellido y número de documento de identidad. Si no supiese firmar o no pudiese hacerlo, imprimirá la huella digital de su pulgar derecho.

Total de días estada

Se consignará el número total de días que permaneció internado el beneficiario sin perjuicio de los sectores en donde se verificó la misma, si se tratara de un solo dígito se antepondrá un cero (0), ej.: 04.

Egreso por

Se marcará con una equis (x) el casillero que corresponda.

En caso de lesiones

Se marcará con una equis (x) el casillero que corresponda.

Lugar donde ocurrió

Se consignará lo que corresponda (domicilio, vía pública, lugar de trabajo, etc.).

Parte policial

Se marcará con una equis (x) el casillero que corresponda.

Operación más importante/otras operaciones

Se consignará el código del Nomenclador Nacional correspondiente de no haberse realizado ninguna operación se testará el espacio mediante una línea.

Diagnóstico principal

Se consignará el que a juicio del médico tratante requirió mayor esfuerzo de estudio y tratamiento durante el período de internación.

Otros diagnósticos

Se consignarán enfermedades adicionales que padezca el paciente durante el período de internación. Debe indicar diagnósticos comprobados, no términos imprecisos o síntomas tales como hemoptisis, cefaleas, etc.

Código

Se consignará el correspondiente al diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de no disponerse se dejará el espacio en blanco.

Tipo de parto

Se consignará el número de niños nacidos, ej.: simple, doble, triple, etc.

Condición al nacer

Se consignará vivo o muerto, según corresponda, utilizando un renglón por cada niño para correlacionarlo con los datos siguientes (sexo o peso).

Sexo

Se marcará con una equis (x) sobre M o F, según sea masculino o femenino.

Peso

Se consignará el peso al nacer en gramos, en los cuatro (4) dígitos.

Observaciones

Será suscripto por el médico tratante o en su defecto por el médico director del establecimiento quien aclarará su firma e indicará el número de matrícula pudiendo utilizarse un sello o realizarlo en forma manuscrita con letra de imprenta clara y legible.

Instructivo de uso general

A los efectos de una adecuada cumplimentación del formulario debe tenerse en cuenta lo establecido en el "Instructivo de uso general" donde además de aspectos generales se aclara la forma de suscribir los datos comunes a todos los formularios.

ANEXO VIII

INSTRUCTIVO PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO

RENDICION DE ATENCION AMBULATORIA

Este formulario está destinado a registrar todas las prestaciones ambulatorias brindadas durante un período mensual a los beneficiarios de la obra social de que se trate, las que se consignarán en orden correlativo a la fecha de prestación. Este documento es de uso obligatorio para los establecimientos sanatoriales, resultando para los demás prestadores optativo.

El espacio libre del ángulo superior izquierdo puede ser destinado a la impresión del logotipo de la entidad.

Para la adecuada cumplimentación, deberán ajustarse a las siguientes instrucciones.

Facturación - Mes - Año

Se consignará el mes y año al que corresponden las prestaciones; si el mes corresponde a una expresión

numérica de un solo dígito se completará con un cero (0) a la izquierda, ej.: 06 (junio).

Localidad

Se indicará la ciudad o localidad correspondiente al prestador.

Fecha emisión

Se consignará la fecha en que se emite la "Rendición de atención ambulatoria".

Comenzando de izquierda a derecha, se usarán los dos primeros casilleros para el día, los

dos segundos para el mes y los dos terceros para colocar los dos últimos dígitos del año; cuando el día o mes correspondan a una expresión numérica de un solo dígito se completará con un cero (0) a la izquierda, ej.: 05-06-85 (5 de junio de 1985).

Hoja N°

Se consignará la numeración correlativa de las hojas que integran la "Rendición de atención ambulatoria".

Entidad - Código

Se indicará la denominación de quien realizó las prestaciones y en el código se asentará el número de inscripción en el Registro de Prestadores. Ambos datos pueden estar preimpresos; al igual que el logotipo en el espacio libre del ángulo superior izquierdo.

Domicilio

Se indicará el domicilio del prestador.

Obra Social - Código

Se consignará la denominación y el código es el número de inscripción en el registro de obras sociales.

Domicilio

Se consignará el domicilio de la obra social donde se presentará la documentación.

Orden N°

Se indicará el número del formulario (consulta o práctica) que corresponda.

Número de beneficiario - Categoría

Se indicará lo que corresponda.

Apellido y nombre del beneficiario

Se consignará el que corresponda, en ese orden.

Código Nomenclador Nacional - Cantidad - Importe - Honorarios - Importe gastos - Importe total

En el orden indicado y de acuerdo con la modalidad de facturación vigente entre las partes, se consignará lo que corresponda.

Para la facturación de prestaciones no nomencladas, debidamente autorizadas, a continuación del apellido y nombre del beneficiario se detallará la prestación utilizando, si fuera necesario más de un renglón y se dejará en blanco el espacio destinado a código.

Firma y sello responsables prestador

La o las personas autorizadas del servicio prestador suscribirán este espacio con su firma y sello.

A cargo del beneficiario - A cargo de la obra social - Transporte - Total general

Se consignarán los importes que correspondan. En caso de necesitar más de una hoja, en el primer renglón de la siguiente se consignará la fórmula "transporte" y el importe respectivo.

ANEXO IX

INSTRUCTIVO PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO "RESUMEN DE INTERNACIONES"

EMISOR: INSTITUTO NACIONAL DE OBRAS SOCIALES (I.N.O.S.)

Este formulario está destinado a registrar todas las "rendiciones individuales" (internaciones) brindadas durante un período mensual a los beneficiarios de la obra social de que se trate.

Para la adecuada cumplimentación deberá ajustarse a las siguientes instrucciones:

En el ángulo superior izquierdo si no figurase impreso, se consignará la denominación del efector.

Facturación - Mes - Año

Se consignará el mes y año al que corresponden las "rendiciones individuales" (internaciones); si el mes corresponde a una expresión numérica de un solo dígito se completará con un cero (0) a la izquierda, ej.: 06 (junio).

Localidad

Se indicará la ciudad o localidad correspondiente al prestador.

Fecha

Se consignará la fecha en que se emite el "resumen de internaciones". Comenzando de

izquierda a derecha, se usarán los dos primeros casilleros para el día, los dos segundos para el mes y los dos terceros para colocar los dos últimos dígitos del año. Cuando el día o mes correspondan a una expresión numérica de un solo dígito se completará con un cero (0) a la izquierda, ej.: 05-06-85 (5 de junio de 1985).

Entidad - Código

Se indicará la denominación de quien realizó las prestaciones y en el código se asentará el número de inscripción en el Registro de Prestadores. Ambos datos pueden estar preimpresos; al igual que el logotipo en el espacio libre del ángulo superior izquierdo.

Domicilio

Se indicará el domicilio del prestador (Calle y N°).

Obra social - Código

Se consignará la denominación y el código es el número de inscripción en el Registro de Obras Sociales.

Domicilio

Se consignará el domicilio de la Obra Social donde se presentará la documentación.

N° de rendición individual

Se indicará el número correspondiente a la Rendición Individual de Internación en la cual se consignan las prestaciones del beneficiario internado.

N° beneficiario - Categoría

Se indicará el que corresponda al paciente internado.

Apellido y nombre del beneficiario

Se consignará el que corresponda al paciente internado, en ese orden.

Importe a cargo obra social

Se indicará el importe neto (H. y G.) que corresponda abonar a la obra social por la intervención del beneficiario, de acuerdo con la rendición individual

Firma y sello prestador

La o las personas autorizadas del servicio prestador suscribirán este espacio con su firma y sello.

Transporte/total

Se consignará el importe que corresponda. En caso de necesitar más de una hoja, en el primer renglón de la siguiente se consignará la fórmula "transporte" y el importe respectivo
ANEXO X

INSTRUCTIVO PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO "FACTURA"

Este formulario está destinado a consignar las distintas prestaciones que se facturan a la obra social (prestaciones ambulatorias, internaciones y otros conceptos) por un período mensual o el que contractualmente corresponda, es decir que conforma un resumen general que a los fines contables y legales constituye la "Factura", debiendo cumplimentarse todos los requisitos en vigencia establecidos por autoridad competente.

Los datos que no se encuentren impresos serán cumplimentados a máquina y será acompañada de toda la documentación complementaria que las partes tengan acordado.

Para la adecuada cumplimentación deberán ajustarse a las siguientes instrucciones:

N° (número)

Es la numeración correlativa que corresponde a cada factura y debe encontrarse preimpresa.

Fecha

Se consignará la fecha en que se confecciona la factura; si el día o mes correspondiera a una expresión numérica de un solo dígito se completará con un cero (0) a la izquierda, ej.: 05-06-85 (5 de junio de 1985).

Entidad y código

Corresponde a la denominación de quien emite la factura, a cuyo favor se efectuará la liquidación.

El código corresponde al número de inscripción en el Registro de Prestadores. Ambos datos pueden estar preimpresos; al igual que el logotipo en el espacio libre del ángulo superior izquierdo. Si el domicilio de quien emite la factura no se encontrare impreso se lo consignará en el ángulo superior izquierdo.

Sello recepción obra social

La obra social al recibir la factura sellará este espacio, consignando la fecha y el número interno asignado a la factura.

Señor - dirección

Se consignará la denominación de la obra social y el domicilio correspondiente al lugar de presentación de la factura.

Concepto - honorarios - gastos

Se consignará el mes y año al que corresponden las prestaciones motivo de la factura. En el renglón respectivo (prestaciones ambulatorias, internaciones) se asentarán los importes de acuerdo a la desagregación convenida. De tratarse de "otros conceptos", se detallará el rubro a que corresponda.

Al pie se consignará el subtotal y el total general en números y en letras (son A) el total general.

Asimismo deben indicarse los números de inscripción que exige la legislación vigente (impuesto a las ganancias, impuesto a los ingresos brutos, jubilaciones, I. V. A. y cualquier otro que corresponda o pudiese corresponder en el futuro), pudiendo estar preimpresos.

Este documento es de uso obligatorio para los establecimientos sanatoriales resultando para los demás prestadores optativo.

ANEXO XI

INSTRUCTIVO PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO PLANILLA DE AJUSTES

Este formulario está destinado para registrar los ajustes, débitos y/o créditos, que sobre la facturación presentada por los prestadores debe realizar la obra social con motivo del análisis, evaluación y/o contralor que efectúe, con ajuste a las normas en vigencia.

Será cumplimentada por la obra social en los casos que la facturación sea pasible de ajustes, confeccionándola preferentemente a máquina y en su defecto con letra tipo imprenta clara y legible.

Una vez cumplimentada de acuerdo con el presente instructivo se debe remitir al prestador un ejemplar adjuntando a la misma la documentación que hubiese sido desglosada por motivos que una vez subsanados permitan su nueva tramitación y pago (Ej.: Falta firma del beneficiario, familiar o tercero responsable)

De ser posible utilizará para cada ajuste (débito o crédito) un renglón, pero en aquellas circunstancias que así lo exijan, para una mejor comprensión de las causas del ajuste, empleará cuantos renglones sean necesarios.

Teniendo en cuenta la diversidad existente en los sistemas de organización interna de las distintas obras sociales, con este formulario sólo se pretende cumplir con los fines enunciados precedentemente; es decir que puede resultar necesaria la utilización de algún formulario complementario para la tramitación y registro administrativo-contable propio, en algunas obras sociales.

Obra social - Código

Si no se encontrare impreso, se consignará su denominación y el número del código de inscripción en el Registro de Obras Sociales del INOS.

Prestador - Código

Se consignará la denominación del establecimiento o nombre y apellido del efector que hubiere realizado la facturación de las prestaciones realizadas. De existir y conocerse se consignará el código correspondiente al número de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores del INOS. Si la obra social, conforme su modalidad operativa tuviera codificados a los prestadores podrá consignar en este espacio dicho número identificador interno.

Factura - Mes - Año

En este espacio se consignará el mes al que correspondan las prestaciones facturadas y que se encuentre indicado en la respectiva "Factura" (Resumen general). En el casillero siguiente los dos últimos dígitos del año. Cuando el mes corresponda a una expresión de un solo dígito se antepondrá un cero (0).

Factura - Resumen - Expediente o liquidación N°

Se consignará el número que corresponda, de acuerdo con la documentación de que se trate según la modalidad propia de la obra social para identificar de acuerdo con su sistema de registro a la factura motivo de ajuste.

Columna en blanco

Este espacio está destinado a consignar el nombre o denominación del prestador individual cuando la facturación correspondiere a una entidad representativa (círculo, federación, etc.).

Este espacio es optativo pudiendo la obra social, cuando no resulte necesario a los fines enunciados precedentemente, destinarlo a otros usos.

Apellido del beneficiario

Motivo y/o código de la prestación observada

En este espacio se expresará en forma resumida pero comprensible la causa que origina el ajuste, excepto que el código establecido fuera suficientemente explícito, ej.: "falta firma del beneficiario, familiar o tercero responsable".

Importes

Facturado - Debitado - Acreditado

En cada uno de estos espacios se indicará en forma numérica, el importe que corresponda a cada concepto.

Desglose Sí - No

Deberá indicarse con una equis (x) lo que corresponda, es decir que si se marca "Sí" la respectiva documentación que motivó el ajuste se remite en devolución al prestador y por lo tanto se adjuntará al ejemplar de la planilla "Ajuste de facturación" que le sea remitida a éste.

Transporte total

Se testará lo que no corresponda. En caso de necesitarse más de una hoja, en el primer renglón de la siguiente se consignará la fórmula "transporte" y el importe respectivo.

Firma responsable obra social

La o las personas que cada obra social determine como autorizadas para conformar y/o certificar los "ajustes", según su organización y/o régimen interno; suscribirá este espacio y aclarará su firma, pudiendo utilizarse un sello o realizarlo en forma manuscrita con letra clara y legible.

Códigos de Ajuste (Detalle)

01 Comprobante de otra obra social

02 Falta de fecha de prescripción o realización

03 Falta firma y/o sello y/o matrícula del profesional

04 Falta firma conformidad beneficiario

05 Falta orden

06 Falta prescripción del médico tratante

07 Falta protocolo operatorio y/o historia clínica

08 Falta fecha y/u hora de atención

09 Falta diagnóstico

10 Falta orden

11 Debe facturar con orden en original

12 Orden vencida

13 Omitido facturar

14 Error de suma

15 Error de cálculo

16 Liquidado de acuerdo valores y/o aranceles del Nomenclador Nacional.

17 Debitado por auditoría médica (ver informe)

18 Ajustado según detalle (ver planilla)

19 Carece de autorización de la obra social

20 Más de una consulta y/o visita diaria o más de cuatro en el mes a un mismo beneficiario. Requiere historia clínica.

21 El beneficiario no pertenece a la obra social.

22 Enmiendas no salvadas por quien corresponde.

ANEXO XII

INSTRUCTIVO GENERAL PARA TODOS LOS FORMULARIOS

1. Los formularios oficialmente aprobados, serán impresos al frente exclusivamente, en papel preferentemente color blanco, tinta color negro y con ajuste a las medidas que en cada caso se indican en la planilla de medidas.
2. Respetando el diseño, todos aquellos datos en que sea posible hacerlo, podrán estar preimpresos o bien consignarse mediante el uso de sellos. Así como aquellos que por su modalidad no resulten necesarios o no existieran en la institución, podrán testarse al realizar la impresión mediante el trazado de una línea.
3. Los espacios libres del frente de los documentos (formularios) así como el dorso, podrán ser utilizados para consignar cualquier particularidad que resulte de interés y fuera acordada entre las partes cuando ello correspondiere.
4. Los casos en que corresponda la autorización de la obra social o sea necesario certificar la percepción del coseguro y el espacio del frente no lo permitiera, se utilizará el dorso.
5. Cuando el tipo de prestación requiera la certificación y conformidad de las sesiones o aplicaciones, se podrá utilizar el dorso del documento (formulario).
6. Los sellos de aclaración de firma deberán contener como mínimo los datos que en cada caso se indican, adecuándolos en el tamaño a los espacios disponibles, profesionales: Nombre y apellido, profesión, número de matrícula con aclaración de su carácter (M. N. Nacional, o M. P. Provincial). Los Establecimientos: Nombre y apellido, cargo o función, y denominación del establecimiento, por las obras sociales, nombre y apellido y cargo o función.
7. Los instructivos deben ser ampliamente difundidos entre los interesados en caso de utilizarse las denominadas chequeras, así como cuando los documentos (formularios) sean embocados, se les incluirá la transcripción del respectivo instructivo o en su defecto una síntesis del mismo lo más ilustrativa posible.
8. Datos comunes a todos los formularios: Alguno de estos datos puede estar preimpreso o de ser ello posible se consignará mediante el uso de sello, de no ser así se cumplimentará a máquina o en forma manuscrita con letra clara y legible.

Denominación de obras sociales y código

Se consignará el que corresponda, siendo el código el número de inscripción en el Registro de Obras Sociales del INOS.

Lugar de emisión:

Debe indicarse la localidad donde se emite el formulario.

Fecha:

Comenzando de izquierda a derecha, se usarán los dos primeros casilleros para el día, los dos segundos para el mes y los dos terceros para los dos últimos dígitos del año.

Cuando el día o mes correspondan a una expresión numérica de un solo dígito se completará con un cero (0) a la izquierda, ejemplo: 05-06-86 (6 de junio de 1986)

Número del beneficiario:

Se consignará el que corresponda, colocando un dígito en cada casillero. Cuando el número cuente con menos de doce dígitos deberán dejarse libre los casilleros de la izquierda, ejemplo: N° 000000240317.

Categoría

Es el o los dígitos con los que algunas obras sociales identifican a los familiares, ejemplo: 01.

Plan

De figurar en el carnet del beneficiario, se consignará como se encuentra indicado.

Edad

Se indicará la que corresponda, colocando un dígito en cada casillero. Si el beneficiario fuera mayor de noventa y

nueve (99) años, se consignará esta cifra; si fuera menor de un (01) años se consignará 01.

Sexo

Se marcará con una equis (x) M o F, según sea masculino o femenino.

Apellido y nombre del beneficiario

Se consignará el que corresponda de acuerdo con el que figura en el carnet del beneficiario de la obra social y en el mismo orden.

Firma del beneficiario

Se consignará la firma del beneficiario, familiar o tercero responsable. Si el que suscribe no es el beneficiario deberá aclarar la firma consignando su nombre y apellido y número de documento de identidad, si no supiese firmar o no pudiese hacerlo, imprimirá la huella digital de su pulgar derecho.

