



SAN JUAN

RESOLUCIÓN 5066-I/2017 **DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL (D.O.S.)**

Apruébese las Normas de Presentación y Control de las Prestaciones que otorga la D.O.S. a sus afiliados y son facturadas por los prestadores convenidos.
Del: 25/07/2017; Boletín Oficial 03/08/2017.

VISTO:

La Resolución N° 6794-I-16, registro de esta Dirección de Obra Social, y;

CONSIDERANDO:

Que en el mencionado acto administrativo se establecen normas de presentación y control de facturación de prestadores;

Que atento a las falencias que se presentaron en la puesta en práctica de dichas normas, se considera necesario redefinir la modalidad de presentación, control y pago que las mismas disponen;

Que se pretende unificar los criterios de presentación aplicables a todos los prestadores de esta Obra Social;

Que la DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL, conforme a la Ley 216-Q tiene las facultades de redefinir el marco regulatorio precisando requisitos y modalidades referidas a la presentación de la facturación;

Que por lo expuesto se procede al dictado de la presente norma legal;

POR ELLO, y en uso de las facultades conferidas por Decreto N° 1704-G-2016;

El Interventor de la Dirección de Obra Social resuelve:

Artículo 1°.- Apruébese a partir del 01 Agosto del corriente año, las Normas de Presentación y Control de las Prestaciones que otorga la D.O.S. a sus afiliados y son facturadas por los prestadores convenidos, formando parte de esta Resolución los Anexos I, II, III y IV que a continuación se detallan:

ANEXO I: Normas de presentación de la facturación

ANEXO II: Normas de control de la facturación, de aplicación a todas las prestaciones que se rigen por la presente.

ANEXO III: Normas de control de la facturación por tipo de prestación.

ANEXO IV: Normas de presentación de reconsideración de débitos y presentación de reconsideración de diferencias

Art. 2°.- Exclúyase del alcance de la presente norma legal a las prestaciones de Farmacia y las contempladas en Montos Fijos.

Art. 3°.- Revóquese la Resolución N° 6794-I-2016, y todo lo que se oponga a la presente norma legal.

Art. 4°.- Regístrese, Notifíquese y Archívese.

ANEXO I

NORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN

La Obra Social Provincia establece un único tipo de categoría de facturación:

Facturación del mes (inmediato anterior), Facturación complementaria (mes mediato anterior) y Re-facturación.

Estos tres conceptos forman parte de una sola categoría, e integran un solo expediente.

Se presenta un expediente mensual por los tres conceptos antes nombrados; es decir; sólo se puede presentar, por mes, una facturación del mes inmediato anterior con facturación complementaria y re-facturaciones.

A continuación se explica en detalle:

DESCRIPCIÓN DE CADA UNO DE LOS CONCEPTOS DE PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN QUE DEBE CUMPLIR EL PRESTADOR:

Facturación del mes inmediato anterior: Todas las prestaciones del mes inmediato anterior vencido.

Facturación complementaria: Prestaciones del mes anterior al de facturación vencido, que por distintos motivos no pudieron ser presentadas en su momento, y que se encuentran en el período de vigencia para ser presentadas según Calendario adjunto de Complementarias. Por ejemplo, en Noviembre del 2016 se presenta únicamente complementaria correspondiente a Septiembre del 2016.

Re-facturación: débitos u observaciones realizados por la Obra Social Provincia que subsanados pueden ser presentados nuevamente (según Calendario adjunto de Re-facturaciones).

METODOLOGÍA DE PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN:

Facturación del mes inmediato anterior, Facturación complementaria y Re-facturación:

- Plazo Improrrogable de Presentación: Del 01 al 15 de cada mes, contándose el plazo de pago a partir del día siguiente al de la efectiva presentación.
- En caso de no presentarse dentro del período establecido, se podrá dictar Resolución de excepción de presentación fuera de término y el plazo de pago se contará a partir del primer día del mes siguiente al de la presentación.

El Expediente debe contener:

- Nota de elevación dirigida al Sr. Interventor.
- Factura debidamente confeccionada según normas de AFIP, donde consta el monto facturado en concepto de mes inmediato anterior, el monto facturado por complementaria (mes mediato anterior), los montos re-facturados por cada mes y finalmente, el importe total.

Aclaración: al momento de consignar el “mes re-facturado”, considerar el mes en que efectivamente se realizó la prestación.

- Planilla Detalle de las prestaciones facturadas y re-facturadas. El formato de las planillas de Detalle debe contener la siguiente información: Nombre y Apellido del paciente/afiliado, N° de carnet de D.O.S., Código de la prestación, Cantidad, Valor unitario, Subtotales, Totales.

- Soporte magnético, en archivo digital, con los siguientes requisitos:

- CD

- El CD debe estar portado en un sobre, que integre el expediente y debidamente foliado.

- El sobre debe adjuntarse al final del cuerpo de Resumen General de Facturación del Expediente.

- El CD debe tener la siguiente identificación (escrita en el mismo CD):

- Nombre del prestador

- Concepto facturado

- Período: ej. Mes Enero 2017

- N° de Expediente (que otorga Mesa de Entradas)

- Si los comprobantes no excedieran los 200 folios o el total a presentar sea como máximo hasta 200 folios, deben ser presentados en un solo cuerpo con el siguiente orden:

- Nota de elevación.

- Factura.

- Detalle de las prestaciones.

- Comprobantes de la facturación.

- Soporte magnético.

- Si los comprobantes a presentar excediesen los 200 folios se presentarán en cuerpos separados que no excedan el límite de 200 folios por cuerpo, salvo en los casos en que tal límite obligara a dividir la documentación que constituya una prestación correspondiente a

un afiliado, aceptándose en tal situación que se exceda dicho límite.

Los primeros cuerpos deben contener la facturación del mes inmediato anterior, los sucesivos cuerpos deben contener la facturación complementaria, la re-facturación y el último cuerpo el Resumen General de facturación.

RECHAZO DE FACTURACIÓN POR MESA DE ENTRADAS DE PRESTADORES:

Requisitos esenciales de admisibilidad:

Cuando NO se cumpla alguno de los requisitos de presentación listados precedentemente, Mesa de Entradas de Prestadores NO admitirá la presentación de facturación y no dará inicio a expediente alguno, por ser estos requisitos esenciales para la admisibilidad del trámite de facturación y de carácter taxativo.

CALENDARIO DE PRESENTACIÓN DE COMPLEMENTARIAS

MES	PRESENTARSE HASTA
ENERO	01 A 15 DE MARZO
FEBRERO	01 AL 15 ABRIL
MARZO	01 AL 15 MAYO
ABRIL	01 AL 15 JUNIO
MAYO	01 AL 15 JULIO
JUNIO	01 AL 15 AGOSTO
JULIO	01 AL 15 SEPTIEMBRE
AGOSTO	01 AL 15 OCTUBRE
SEPTIEMBRE	01 AL 15 NOVIEMBRE
OCTUBRE	01 AL 15 DICIEMBRE
NOVIEMBRE	01 AL 15 ENERO
DICIEMBRE	01 AL 15 FEBRERO

CALENDARIO DE PRESENTACIÓN DE REFACTURACIÓN

MES DE RETIRO DE DÉBITOS	PRESENTARSE HASTA
ENERO	01 AL 15 DE MARZO
FEBRERO	01 AL 15 ABRIL
MARZO	01 AL 15 MAYO
ABRIL	01 AL 15 JUNIO
MAYO	01 AL 15 JULIO
JUNIO	01 AL 15 AGOSTO
JULIO	01 AL 15 SEPTIEMBRE
AGOSTO	01 AL 15 OCTUBRE
SEPTIEMBRE	01 AL 15 NOVIEMBRE
OCTUBRE	01 AL 15 DICIEMBRE
NOVIEMBRE	01 AL 15 ENERO
DICIEMBRE	01 AL 15 FEBRERO

Nota:

En caso de que el último día en que se pueda presentar la Facturación del mes, complementaria y re-facturación sea día sábado, domingo o feriado el plazo vence el primer día hábil (Rige en Ley 135-A).

TIPOS DE FACTURACIÓN:

- PRÁCTICAS MÉDICAS:

- Prácticas (Ambulatorias, en internado y de alta complejidad (no quirúrgicas)).
- Cirugías ambulatorias.

- INTERNACIONES:

- Internaciones comunes y quirúrgicas.
- PAIMN y Terapia Intensiva Neonatal.
- Terapia Intensiva Polivalente, MICIC (Módulo de Internación en Cuidados Intensivos Cardiológicos) y Hemodiálisis en Agudos.

- Terapia Intermedia Polivalente y Hemodiálisis en Agudos.
- Terapia Intensiva Pediátrica y Hemodiálisis en Agudos.
- Terapia Intermedia Pediátrica y Hemodiálisis en Agudos.
- Internación Domiciliaria.
- Internación Geriátrica.

BONOS CONSULTA

TRASPLANTE

HEMODIÁLISIS

ANESTESIOLOGÍA:

- Intervenciones Quirúrgicas y Prácticas.
- PAIMN

PRÓTESIS Y ORTESIS

SERVICIOS FÚNEBRES

PATOLOGÍAS ADICTIVAS

CENTROS EDUCATIVOS TERAPÉUTICOS DE REHABILITACIÓN.

OXIGENOTERAPIA

RADIOTERAPIA

BIOQUÍMICOS:

- Prácticas Bioquímicas Ambulatorias, Internados en sala común, Internaciones en Áreas Críticas y Diálisis.

- Y los que en el futuro se implementen.

ANEXO II

NORMAS DE CONTROL DE LA FACTURACIÓN, DE APLICACIÓN A TODAS LAS PRESTACIONES QUE SE RIGEN POR LA PRESENTE.

GENERALIDADES:

1. VÍAS RECURSIVAS:

- Débitos no re-facturables: procederá ante débitos no re-facturables las vías recursivas contempladas en la Ley N° 135-A- y su Decreto Reglamentario.

- Obtenida la convicción administrativa sobre la prestación efectivamente realizada, la resolución que así lo determine, considerará el débito recurrido como re-facturable respetándose las normas de presentación de facturación para este tipo de débitos.

2. Todas las prestaciones solicitadas por los prestadores convenidos y, autorizadas por la Dirección de Obra Social de la Provincia, se encuentran sujetas a Auditoría Posterior.

3. En los casos en que se presente documentación correspondiente a prestaciones efectuadas y las mismas no consten facturadas, se procederá al desglose de la misma y posterior devolución al prestador, bajo el concepto de: "Omitió facturar". Pudiendo el prestador facturar la prestación como complementaria, teniendo en cuenta para dicha facturación el calendario de presentación de re-facturación que consta en Anexo I de la presente normativa.

4. La documentación que es desglosada y devuelta al prestador por haber sido debitada, al momento de su re-facturación, deberá ser presentada la misma documentación que se entregó no pudiendo reemplazar los comprobantes, haciendo las salvedades correspondientes en ésta siempre y cuando correspondan a documentación original. En los casos en que la enmienda sea en documentación que corresponda a fotocopia (Ej.: Historia Clínica, etc.) se deberán realizar las salvedades en los originales y posteriormente fotocopiar a los fines de la facturación y/o re-facturación. Además se podrá agregar otra documentación en caso de ser necesario.

5. En los casos de facturación de prestaciones valorizadas por Módulos, cuando en el mismo se asignen valores determinados a cada uno de los ítems que lo integran conformando el valor total del Módulo, se podrá realizar débitos parciales sobre el mismo, ya sea honorarios o gastos.

6. Los datos enmendados deberán ser salvados con firma y sello del profesional debiendo transcribirse los mismos nuevamente en forma correcta. En los casos de falta de firma y/o sello del profesional se deberá completar las mismas y hacer la salvedad con nueva firma y sello. Por ej.: "Vale firma y sello", "Vale firma", "Vale sello".

7. La documentación que se acompañe a la facturación y que pueda presentarse en fotocopia, según normativa vigente, deberá ser certificada por autoridad correspondiente, previo cotejo con el original (De acuerdo a Ley de Procedimiento Administrativo).

8. La presentación errónea de débitos, reconsideraciones por re-facturación o viceversa, será motivo de rechazo de la misma, pudiendo el prestador, una vez notificado, realizar la presentación en forma correcta.

9. Cuando una prestación reconocida por la D.O.S. incluya cualquier tipo de material y el mismo esté específicamente discriminado en su valor, en el caso de ser debitada la prestación, se debitará sólo los honorarios médicos y gastos, abonándose al prestador el importe del material utilizado, salvo cuando el motivo de débito sea por falta de firma de conformidad del afiliado o familiar responsable, debiéndose en éste caso debitar la totalidad de la prestación.

10. La Auditoría Médica podrá solicitar Historia Clínica y/o estudios realizados, previos a la prestación solicitada, cuando así lo considere necesario para el registro (autorización) de la misma.

MOTIVOS DE DÉBITOS REFACTURABLES Y NO REFACTURABLES DE APLICACIÓN GENERAL A LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES QUE BRINDA LA D.O.S.:

DÉBITOS REFACTURABLES:

1. Facturación de prestaciones de meses posteriores y/o anteriores a los meses que deben ser presentados.

2. Falta de firma y/o sello aclaratorio del profesional que brinda la prestación.

3. Falta matrícula del profesional que brinda la prestación.

4. Sello del profesional que brinda la prestación, ilegible.

5. Falta N° de documento del afiliado atendido o es incompleto o erróneo.

6. Por enmiendas, raspaduras y/o ilegibilidad en los datos a completar por el profesional, no salvadas con firma y sello del mismo.

7. Error en fecha de realización de la prestación.

8. Error o falta de Nombre y/o Apellido del afiliado atendido.

9. Falta fecha de realización de la prestación o es incompleta.

10. Enmiendas y/o raspaduras en la firma y sello del profesional que brinda la prestación, que no sean salvadas.

11. Falta de conformidad del afiliado o familiar responsable.

12. No salvedad del débito original, en re-facturación.

DÉBITOS NO REFACTURABLES:

1. Facturación de valores superiores a los pactados (diferencia o cantidad).

2. Prestaciones facturadas fuera del plazo establecido para la presentación, según calendario de Re-facturaciones y Complementarias.

3. El paciente al cual se le realice la prestación no sea afiliado directo o indirecto.

4. Sea una auto-atención.

5. Que el médico prescriptor y/o efector no sea prestador de la Obra Social Provincia o que se encuentre con convenio rescindido.

ANEXO III

NORMAS DE CONTROL DE LA FACTURACIÓN POR TIPO DE PRESTACIÓN.

“Además de los requisitos o normas en particular, deberán cumplimentar los de orden general establecidos en el Anexo II”

ORDEN DE CONSULTA:

La ORDEN DE CONSULTA y la ORDEN DE CONSULTA CAJERO AUTOMÁTICO tendrán los siguientes requisitos a ser completados manualmente:

- Nombre y Apellido del afiliado atendido.
- Número de documento del afiliado atendido.
- Fecha de atención.
- Firma de conformidad del afiliado atendido o familiar responsable.
- Firma, sello aclaratorio y matrícula del médico, legible.

La ORDEN DE CONSULTA GENERADA A TRAVÉS DEL 0800 EN RECETARIO DEL

PROFESIONAL

TRATANTE Y/O CON MEMBRETE, tendrá los siguientes requisitos a ser completados manualmente:

- Nombre y Apellido del afiliado atendido.
- Número de documento del afiliado atendido.
- Código generado a través del 0800
- Fecha de atención.
- Firma de conformidad del afiliado atendido o familiar responsable.
- Firma, sello aclaratorio y matrícula del médico, legible.

La ORDEN DE CONSULTA ON-LINE tendrá los siguientes requisitos a ser completados manualmente:

- Firma de conformidad del afiliado atendido o familiar responsable.
- Firma, sello aclaratorio y matrícula del médico, legible.

DÉBITOS:

La Obra Social Provincia efectuará débitos de la facturación del prestador en los siguientes casos:

EN ORDEN DE CONSULTA, ORDEN DE CONSULTA CAJERO AUTOMÁTICO, CONSULTA ON-LINE Y CONSULTA 0800 EN RECETARIO DEL PROFESIONAL TRATANTE y/o CON MEMBRETE:

DÉBITOS NO-REFACTURABLES:

1. Orden de consulta que no sea original.
2. Modificación de los datos impresos en la orden de consulta.
3. Fecha de emisión de bono supera las 48 horas hábiles de fecha de atención en urgencia.
4. Bono roto en forma parcial y que genere la falta total o parcial de cualquiera de los datos en él consignados, se considerará bono incompleto.
5. Fecha de atención posterior a la fecha de vencimiento del Bono.
6. Profesionales que no pueden presentar debido a su especialidad bonos consulta de Plan Materno Bebé (Pediatras y neonatólogos) y Plan Materno Embarazada (ginecólogos y obstetras). Aclaración: Se admite que los bonos consulta de Plan Materno Bebé y Embarazada sean presentados por médicos de familia o médicos clínicos cuyo domicilio real se encuentre a más de 60 Kilómetros de distancia, tomando como referencia el punto cero de la Ciudad de San Juan.
7. Se presente un bono que no corresponda a consulta.

Observaciones: en casos de errores de facturación debido a bonos consulta que sean mal presentados (bonos que correspondan a complementarias y sean presentados como facturación del mes y viceversa), y/o facturados a nombre de un profesional cuando en realidad se constate que corresponden a otro, se procederá a realizar los respectivos débitos, los que serán REFACTURABLES.

ORDEN DE PRESCRIPCIÓN

1. La prescripción o pedido de prácticas médicas deberá ser extendida en recetario con membrete ubicado en la parte superior del mismo y contendrá.

Dicho pedido deberá ser de puño y letra del mismo (Según Ley N° 17.132 Art. N° 19 inciso 7) y contendrá:

- Nombre y Apellido del afiliado atendido
- Número de documento del afiliado atendido
- Nombre y/o código de las prácticas solicitadas
- Fecha de prescripción
- Firma y sello aclaratorio del médico prescribiente, con matrícula legible.

2. El afiliado deberá tener en cuenta que la Auditoría Médica podrá solicitar Historia Clínica y/o estudios realizados, previos a la práctica solicitada, cuando así lo considere necesario para el registro (autorización) de la misma.

Observaciones:

a) A partir del día siguiente al de la fecha de prescripción de la práctica el afiliado contará con un plazo de 45 días corridos para su realización previa autorización, salvo disposiciones particulares de ciertas prestaciones.

b) En los casos en que la fecha de prescripción o pedido coincida con la fecha de realización, el plazo para la autorización será de 15 días corridos a partir del día siguiente al de la fecha de prescripción y realización.

DÉBITOS

La Obra Social de la Provincia efectuará débitos de la facturación del prestador en los siguientes casos:

Débitos RE-FACTURABLES

1. Orden de prescripción no sea manuscrita, formuladas en castellano.
2. Cuando lo solicitado en la prescripción no coincida con lo autorizado.
3. Falta membrete.
4. Orden de prescripción no acompañada de la orden de práctica.
5. Orden de prescripción que no sea original.
6. Falta de firma del afiliado atendido o familiar responsable en prestaciones de “Módulos de Tratamiento de Quimioterapia”.

ORDEN DE PRÁCTICAS

La ORDEN DE PRÁCTICAS tendrá los siguientes requisitos a completar manualmente:

- Fecha de atención
- Firma del afiliado atendido o familiar responsable, excepto en las prestaciones de “Módulos de Tratamiento de Quimioterapia” donde la firma de conformidad puede constar en la prescripción.

En las prestaciones bioquímicas que correspondan a pacientes internados no es requisito la firma del afiliado o familiar responsable. Debiendo el prestador presentar adjunta a la facturación, una Declaración Jurada firmada por el responsable del Laboratorio, donde se certifique que se ha brindado la prestación, listando en el mismo nombre y apellido de los afiliados cuya prestación bioquímica es facturada.

- Firma, sello aclaratorio y matrícula del médico o bioquímico, legible.

Aclaración: Las prácticas quirúrgicas ambulatorias (“Cirugías ambulatorias”) deben contar obligatoriamente con protocolo quirúrgico (en el anverso de la prescripción de la práctica o en una hoja aparte), el cual debe contener fecha y firma y sello del profesional interviniente.

DÉBITOS

La Obra Social de la Provincia efectuará débitos de la facturación del prestador en los siguientes casos:

Débitos RE-FACTURABLES

1. Orden de práctica no acompañada de la prescripción.
2. Falta fotocopia de informe de los estudios de anatomía patológica (PROMA A; PROMA B; PROMA C; PROMA D; PROMA E), Estudios Hemodinámicos, Resonancia Magnética Nuclear, Gamma Cámara (código 26.05), SPET cardíaco y todos aquellos que por Norma particular se exija su presentación, por ej: “Evaluación del riesgo cardiovascular pre-quirúrgico, código 17.01.13”, “Estudios endoscópicos terapéuticos, códigos varios”, etc.
3. Falta protocolo quirúrgico en cirugías ambulatorias.
4. Protocolo quirúrgico ilegible.
5. Falta fecha en protocolo quirúrgico.
6. Falta firma y/o sello del profesional interviniente en protocolo quirúrgico.
7. No coincidencia de datos del afiliado atendido en orden de prácticas con datos del afiliado en prescripción.
8. Fecha de prescripción posterior a fecha de realización y/o autorización.
9. La no coincidencia de la práctica autorizada en código y/o cantidad con la práctica solicitada.
10. Faltan comprobantes de la práctica facturada (prescripción y orden de prácticas).
11. Además de los débitos re-facturables detallados precedentemente, se agrega los siguientes, sólo para orden de práctica on line:
 - La no coincidencia de la fecha de prescripción que figura en la orden de práctica con la de prescripción que figura en el pedido.
 - La no coincidencia de la matrícula del prescriptor en la orden de práctica con las del sello

aclaratorio del prescriptor en el pedido.

- La no coincidencia de la matrícula del efector en la orden de práctica con la del sello aclaratorio del efector, que figura en la misma orden.

Débitos NO RE-FACTURABLES

1. Facturación de prestaciones no autorizadas.
2. Modificación de los datos impresos en la Orden de Práctica.
3. Orden de práctica que no sea original.
4. Vencido el plazo de 45 días corridos desde la fecha de prescripción para su realización, previa autorización.
5. Vencido el plazo de 15 días corridos para la autorización en los casos en que la fecha de prescripción o pedido coincida con la fecha de realización.

INTERCONSULTAS

Débitos RE-FACTURABLES

1. No incluye orden de práctica.
2. Falta de formulario.
3. Formulario incompleto (debe venir lleno en todas sus bandas)
4. Falta firma y/o sello del médico (en cada una de sus bandas)
5. Que no sea original

Débitos NO RE-FACTURABLES

- Cuando supere la cantidad de interconsultas establecidas por internación.

PRÁCTICAS QUE CONSTAN DE UNA SERIE DE SESIONES MENSUALES

Requisitos:

Debe contar con fecha de realización de cada una de las sesiones y con firma del beneficiario en cada una de las sesiones.

Aclaraciones:

La autorización en los casos de prácticas que impliquen una serie de sesiones mensuales puede hacerse en el transcurso del mes.

NO es requisito, en la presentación de la facturación, que la orden de práctica de sesiones de psiquiatría cuente con la respectiva orden de prescripción.

Débitos RE-FACTURABLES

- Cuando falte la firma del beneficiario en alguna de las sesiones, se debitará el importe total de las 4 sesiones, y será un débito REFACTURABLE (se devolverá el bono al prestador).

PRESTACIONES QUE SON BRINDADAS EN FORMA MENSUAL:

- a. La autorización en estos casos puede hacerse en el transcurso del mes en el que se realiza la prestación.
- b. En la orden de prácticas no se debe consignar fecha de realización en el espacio destinado a tal fin.

ORDEN DE INTERNACIÓN

Será requisito para la presentación de las internaciones:

- 1) Orden de Internación.
- 2) Historia Clínica Completa. (Evolución médica diaria, Foja Quirúrgica cuando corresponda).

La ORDEN DE INTERNACIÓN tendrá los siguientes requisitos a completar manualmente:

- Firma del afiliado atendido o familiar responsable.
- Firma, sello aclaratorio y matrícula del médico, legible.

Aclaraciones:

En caso de la facturación de prestaciones quirúrgicas se deberá presentar anatomía patológica, ya sea el resultado o la constancia de recepción del material enviado a anatomía patológica.

En caso de la facturación de cirugías realizadas durante la internación en Terapia será requisito para la presentación:

Prescripción de la cirugía.

Orden de autorización de la cirugía.

Foja Quirúrgica.

Será requisito para la presentación de P.A.I.M.N.:

- 1) Certificado del mes inmediato anterior emitido por la dependencia que faculta la Auditoría Sanitaria de la Provincia.
- 2) Orden de Internación.
- 3) Prescripción de atención al recién nacido.
- 4) Ficha de Recepción del recién nacido.
- 5) Historia Clínica Perinatal donde conste que ha sido completada por el profesional tratante al momento de concurrir a los controles.
- 6) Evolución Médica diaria.
- 7) Foja quirúrgica (cuando corresponda)

Aclaraciones: En caso de cirugías realizadas durante la internación en P.A.I.M.N., la facturación de la misma será presentado con el Módulo.

DÉBITOS:

La Obra Social de la Provincia efectuará débitos de la facturación del prestador en los siguientes casos:

- HISTORIA CLÍNICA:

Se considerará débitos RE-FACTURABLES:

Falta de Historia Clínica.

Datos del afiliado (nombre, DNI) omitidos, erróneos, incompletos, ilegibles, enmendados y/o raspados (no sal vados) en el encabezado de cada una de las hojas que componen la historia clínica.

Falta de fecha de ingreso y/o egreso.

Fecha de ingreso y/o egreso incompleta, enmendada y/o raspada (no salvada).

Discordancia entre las fechas en Orden de Internación con fechas en Historia Clínica. Excepto en aquellas Instituciones que cuenten con una única Historia Clínica donde figure Ingreso y Egreso de todo el período de Internación.-

Error de fecha en evolución médica diaria.

Falta de fecha o fecha incompleta en evolución médica diaria.

Enmiendas y/o raspaduras no salvadas por el médico.

Falta firma y/o sello del profesional en Historia Clínica y/o Evolución Médica diaria.

Sello del profesional en Historia Clínica y/o Evolución Médica diaria ilegible.

No coinciden datos (Nombre y Apellido, DNI, etc.) del afiliado en Historia Clínica con datos del afiliado en Orden de Internación.-

Falta evolución médica diaria (Se debita sólo el día que falta la evolución).

Cuando la evolución médica diaria diga “ídem”, “igual”, etc.

- ORDEN DE INTERNACIÓN:

Se considerará débitos RE-FACTURABLES:

Falta de Orden de Internación.

Orden de internación que no esté completa en todo su formato.

Orden de Internación que no sea original. Para su re-facturación se deberá acompañar con la orden de internación original.

Se considerará débitos NO RE-FACTURABLES:

Modificación de los datos impresos en la Orden de Internación.

- FOJA QUIRÚRGICA (INTERNACIÓN QUIRÚRGICA):

Se considerará débitos RE-FACTURABLES:

Falta de foja quirúrgica.

Falta de fecha de realización de la cirugía.

Falta de hora de inicio y/o finalización del acto quirúrgico.

Falta de firma y/o sello del médico.

Sello del profesional ilegible.

Enmiendas y/o raspaduras no salvadas con firma y sello del médico.

Falta de procedimiento de lo realizado.

La omisión, en caso de cirugías que lo requieran, del consentimiento informado, por el afiliado o familiar responsable.

- MÓDULO DE PAIMN

Se considerará débitos RE-FACTURABLES:

Falta o error en evolución médica diaria.

Falta de firma y/o sello del médico en evolución médica diaria.

Enmiendas y/o raspaduras no salvadas con firma y sello del médico.

Partogramas incompletos en partos normales.

Datos del afiliado (nombre, DNI) omitidos, erróneos, incompletos, enmendados y/o raspados (no salvados) en Historia Clínica o en Ficha de atención del recién nacido.

Falta de firmas y/o sellos del profesional en Ficha de atención al recién nacido y en la Historia Clínica Perinatal.

La omisión de la copia de la Historia Clínica Perinatal, donde conste que ha sido completada por el profesional tratante al momento de concurrir a los controles (según norma legal vigente).

OTROS DÉBITOS NO RE-FACTURABLES:

En casos de internación quirúrgica, la consulta médica en internados NO debe ser facturada.

Cuando algún profesional del equipo quirúrgico no sea prestador de la D.O.S. o se encuentre con convenio rescindido, se debitará únicamente el total de los honorarios del equipo quirúrgico.

Que el médico efector no sea prestador de la Obra Social de la Provincia o que se encuentre con convenio rescindido. En éste caso se debitarán únicamente los honorarios del profesional.

DÉBITOS DETERMINADOS POR AUDITORÍA MÉDICA POSTERIOR en Prácticas e Internaciones.

Se trata de un listado enunciativo, pudiendo determinarse otros débitos con criterio médico según los casos particulares que se encuentren en la documentación provista por los prestadores:

Se considerará débito RE-FACTURABLE:

- Falta de constancia en foja de vías de abordaje cuando se trate de operaciones múltiples.
- Falta de stickers, cuando éstos correspondan.
- Historia clínica ilegible - Protocolo quirúrgico ilegible. Se debitará todo el importe facturado.

Se admite la presentación de historia clínica y/o protocolo quirúrgico bajo la modalidad de digitalización según Resolución N° 4918-I-2011.

Se considerará débito NO RE-FACTURABLE:

- Prestación facturada no reflejada en foja quirúrgica / hoja de informes / historia clínica.
- Facturación de prácticas incluidas en módulos.
- Adulteración de stickers.

ANEXO IV

PRESENTACIÓN DE RECONSIDERACIÓN DE DÉBITOS y PRESENTACIÓN DE RECONSIDERACIÓN DE DIFERENCIAS.

La Obra Social establece dos tipos de presentación de reclamos relacionados con la facturación de los prestadores.

* Reconsideración de Débitos procede cuando la D.O.S. efectuó a los prestadores débitos parciales, aplicados sobre una presentación que no reunía los requisitos formales/médicos, como por ejemplo: Fecha de Evolución enmendada y no salvada, etc.

* Reconsideración de Diferencias: procede cuando la D.O.S. efectuó al prestador, débitos parciales, motivados en diferencias de facturación, ya sea por haber facturado de más o de menos los aranceles correspondientes o por error, por parte de la D.O.S., en la aplicación de débitos parciales.

Se puede presentar un expediente mensual de Reconsideración por cada uno de los conceptos.

El Expediente debe contener:

- Nota de elevación dirigida a la Intervención explicando el motivo del reclamo y consignando la facturación y n° de expediente en los cuales se realizó el débito.
- Detalle de las prestaciones reclamadas por instituto, sanatorio, clínica o médico. El

formato de las planillas de Detalle debe contener la siguiente información: Nombre y Apellido del paciente, N° carnet, Código de la prestación, Cantidad, Valor reclamado, Subtotales, Totales.

• La carátula del Expediente, en todos los casos, debe poseer alguna de estas denominaciones:

- Reconsideración de Débitos.
- Reconsideración de Diferencias.

Cuando NO se cumpla alguno de los requisitos de presentación listados precedentemente, Mesa de Entrada de Prestadores NO admitirá la presentación de reconsideración y no dará inicio a expediente alguno.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECONSIDERACIÓN DE DÉBITOS Y DIFERENCIAS:

Si la D.O.S. determina que corresponde el reclamo del prestador, emitirá Resolución de Crédito, la cual deberá ser aplicada en la facturación del mismo mes de notificación de dicha Resolución.

Para acceder al reclamo el prestador deberá presentar:

- Copia de la Resolución de Crédito.
- Cédula de Notificación de la misma.

La facturación del importe reconocido mediante resolución, debe constar en la Factura del mes de aplicación, en forma separada a los demás conceptos facturados.

CALENDARIO DE PRESENTACIÓN DE RECONSIDERACIONES.

MES DE RETIRO DE DÉBITOS	PODRÁ PRESENTARSE HASTA
ENERO	01 AL 15 DE MARZO
FEBRERO	01 AL 15 ABRIL
MARZO	01 AL 15 MAYO
ABRIL	01 AL 15 JUNIO
MAYO	01 AL 15 JULIO
JUNIO	01 AL 15 AGOSTO
JULIO	01 AL 15 SEPTIEMBRE
AGOSTO	01 AL 15 OCTUBRE
SEPTIEMBRE	01 AL 15 NOVIEMBRE
OCTUBRE	01 AL 15 DICIEMBRE
NOVIEMBRE	01 AL 15 ENERO
DICIEMBRE	01 AL 15 FEBRERO

Nota:

En caso de que el último día en que se pueda presentar la Reconsideración sea día sábado, domingo o feriado se pasará al próximo día hábil.

Dr. E. Javier González; Interventor, Dirección de Obra Social.

Dr. Carlos Repetto; Gerente Médico M.P. 1732, Dirección de Obra Social.

C.P.N. Vanesa Micheltoarena; Gerente Administrativo Contable, Dirección de Obra Social.

Iris Adriana Videla; Sub-Interventora, A/C. de la Gerencia de Prestaciones - Dirección de Obra Social.

