

Asunto: RV: Normas operativas - Integral Salud
Datos adjuntos: Manual_ItMed - Prestador.pdf
Importancia: Alta

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 Auditoria Médica a realizar los débitos parciales o totales de las facturaciones presentadas (se adjunta motivos de débitos en Anexo II).

NORMAS DE PROCEDIMIENTO:

PLAN ROBLE - ARRAYAN - 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 medio del sistema de Gestion de Autorizaciones en Línea, creado para agilizar u optimizar el proceso de autorización de prestaciones medica, las cuales deben ser firmadas por los afiliados. (Se adjuntan normas de atención en el Anexo III).

ORDEN DE PRACTICA: El afiliado deberá entregar la prescripción del profesional solicitante (la cual se realiza en un recetario común) acompañado de la autorización que emite el sistema de Gestion de Autorizaciones en Línea o en su defecto la Auditoria Médica de INTEGRAL SALUD.

PLANES CEIBO DL

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

ORDEN DE CONSULTA: El afiliado deberá entregar el BONO DE CONSULTA extendido por INTEGRAL SALUD cuyo modelo se adjunta en el Anexo I.

ORDEN DE PRACTICA: El afiliado deberá entregar la prescripción del profesional solicitante (la cual se puede realizar en un recetario común) acompañado del BONO DE PRACTICA extendido por INTEGRAL SALUD, cuyo modelo se adjunta en el Anexo I, y la autorización de la Auditoria Médica de INTEGRAL SALUD.

Fisiokinesiología: Tope anual por persona y por año calendario 25 sesiones.

Salud Mental: hasta cuatro sesiones por mes. Para la facturación el pedido debe ir acompañado por informe y evolución del paciente. Tope anual por persona y por año calendario 30 sesiones. En internación: se cubrirán patologías agudas en las modalidades institucional u hospital de día. Hasta 30

días por año calendario.

Fonoaudiología: tope anual por persona y por año calendario 25 sesiones.

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:

Pto. Belgrano 77

Cipolletti – (8324) – Pcia. de 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

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
- CONDICIÓN IMPOSITIVA (gravado o exento)

Los planes activos son los siguientes:

- ROBLE
- ARRAYAN
- CEIBO
- CEIBO DL

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 EN FIRMA DEL PROFESIONAL Y DIAGNOSTICO**
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.

NORMATIVA PARA ATENCIÓN

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

ROBLE

ARRAYAN

PLANES DE AFILIADOS “EXENTO”

ROBLE

ARRAYAN

CEIBO

CEIBO DL

Será suficiente que el afiliado se identifique con **documento** y **credencial** correspondiente y firme la conformidad que emite el sistema de Gestion de Autorizaciones en Línea o Bono de Consulta suministradas por INTEGRAL SALUD, que deberá ser cumplimentada con todos los datos allí requeridos.

Para facturar las consultas deberán presentarse, como documentación de respaldo, estos comprobantes en original.

Los requisitos para facturar 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 “**GRAVADO**” o “**EXENTO**”
 - ✓ Diagnóstico
 - ✓ Fecha de consulta
 - ✓ Firma y sello legible del profesional
 - ✓ Firma de conformidad del afiliado
- ❖ En caso de presentarse **más de tres consultas de un mismo afiliado en el mismo mes 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:

- **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.

-

www.integralsalud.com.ar



Libre de virus. www.avast.com

De: Fernando Garcia [fernandog@integralsalud.com.ar]
Enviado el: lunes, 11 de junio de 2018 02:40 p.m.
Para: 'Sector Facturación'
CC: flavia_enrici@hotmail.com
Asunto: autorizaciones web - INTEGRAL SALUD
Datos adjuntos: Manual_ItMed - Prestador.pdf

SOLICITUD DE AUTORIZACIONES

VIA WEB MICAM

LLAMAR AL 0800-555-64226422 o
MAIL: mesadeayuda@micam.com.ar

PARA SOLICITAR USUARIO Y CONTRASEÑA



Libre de virus. www.avast.com