



OSFEDECAMARAS
CUIDA TU SALUD

ANEXO I - Normas Operativas Atención

Normas de Facturación

ANEXO I-A - Gestión de Talón de Atención

NORMAS OPERATIVAS

ACREDITACIÓN DE LOS AFILIADOS

Para acceder a los servicios, todos los afiliados de la Obra Social deberán presentar y el Prestador deberá exigirles:

- Credencial de la Obra Social
- Documento Nacional de Identidad (o cualquier otro documento que avale su identidad)
- Talón de atención vigente.

De esta manera, se eliminan los requisitos según el plan, la documentación que habilita a la atención médica es igual para todos los afiliados.

Para más información sobre cómo gestionar el Talón de Atención Mensual correspondiente al afiliado, deberá consultar el ANEXO I-A que se adjunta a la presente.

ATENCIÓN MÉDICA PROGRAMADA

1. CONSULTAS MÉDICAS

1.1. CON PROFESIONALES MÉDICOS DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA

Las consultas médicas ambulatorias programadas, con los profesionales de las especialidades médicas seguidamente detalladas son de acceso directo y no requieren autorización de la obra social:

- Clínica Médica
- Ginecología
- Oftalmología
- Pediatría

1.2. **MÉDICOS ESPECIALISTAS:** Siempre se accede por derivación exclusiva de los médicos de Atención Médica Primaria y requieren autorización de la Obra Social.

Interconsulta:

El médico solicitante deriva al afiliado a un especialista, para requerir de este su opinión respecto del tratamiento a seguir.

Una vez realizadas las mismas, el especialista debe “devolver” el afiliado al profesional derivante junto con el informe que este le haya solicitado. No reconociéndosele más de dos consultas por cada interconsulta.

Consultas Obstétricas:

La Obra Social asignará a la paciente una Institución para la atención ambulatoria hasta el momento del parto, incluyendo consultas y estudios de diagnóstico inherentes al embarazo.

Especialidades cubiertas:

| | |
|--------------------|----------------------------|
| Alergia | Hemoterapia. |
| Cardiología. | Infectología. |
| Cirugía | Nefrología. |
| Dermatología. | Neumonología. |
| Diabetología | Neurología. |
| Electrofisiología. | Nutrición. |
| Endocrinología. | Obstetricia. |
| Fertilización. | Oncología. |
| Fisiatría. | Ortopedia y Traumatología. |
| Flebología | Otorrinolaringología. |
| Gastroenterología. | Patología Mamaria. |
| Genética. | Proctología. |
| Geriatría. | Reumatología. |
| Hematología. | Urología. |

Consultas Post quirúrgicas:

Se reconocerán (2) dos consultas. Deberán ser solicitadas por el cirujano luego de la cirugía hasta el alta indicando el motivo de estas. Es tramitado por el afiliado. Requiere autorización de la Obra Social.

El profesional solicitante debe acompañar al pedido:

- Resumen de Historia Clínica
- Apellido y Nombre del Profesional
- Firma
- Especialidad

2. ESTUDIOS Y/O PRÁCTICAS

Tendrán cobertura todas las prácticas y estudios complementarios que figuran en el Anexo II de la Res. 201/2002 y sus modificatorias vigentes. Se considerará el material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se brinde. Se accede a los mismos por derivación de la Obra Social, en los efectores que designe. La prescripción de estudios deberá ser realizada de puño y letra del profesional tratante sin tachaduras ni enmiendas, las que de existir deben ser salvadas y firmadas por el mismo profesional.

En cada solicitud podrán incluirse hasta:

- DIEZ (10) Determinaciones de laboratorio de análisis clínicos
- DOS (2) determinaciones radiológicas o de imágenes
- UNA (1) Práctica especializada y/o de Alta Complejidad

2.1. CONFECCIÓN DE PEDIDO:

- Apellido y Nombre o codificación completa (según patología)
- Denominación completa de la Obra Social (Obra Social Fedecamaras)
- N.º de afiliado
- Edad
- Categoría (Titular o Adherente de la Obra Social)
- Fecha probable de cirugía
- Diagnóstico
- Firma y sello del médico tratante
- Fecha de prescripción

En todos los casos se deberá adjuntar:

- Estudios pre y post quirúrgicos (imágenes e informes) radiografías, RMN, Discografía, etc.
- Nota de Conformidad Bilateral (original)
- 6 últimos tickets de pago de Monotributo (si correspondiese) a la fecha de la Cirugía.
- Apellido y Nombre o codificación completa (según patología)
- N.º de afiliado
- Práctica solicitada
- Diagnóstico
- Firma y sello del médico tratante

2.2. ESTUDIOS Y/O PRÁCTICAS BAJA Y MEDIA COMPLEJIDAD

No requieren autorización y son:

- Ecografías
- Mamografías (a excepción de la digital)
- Pap – Colposcopia
- Radiología con y sin contraste (a excepción de las digitales)

RESTO DE LAS PRÁCTICAS REQUIEREN AUTORIZACIÓN DE LA OBRA SOCIAL

2.3. ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO FUERA DEL PMO O FUERA DE CONVENIO

En todos los casos requiere autorización previa de la Obra Social Fedecamaras, para lo cual el profesional solicitante debe acompañar al pedido:

- Breve resumen de los antecedentes clínicos
- Examen físico (Solo los datos positivos)
- Estudios efectuados previamente (Informe de signos positivos)
- Diagnóstico presuntivo
- Motivos por los que solicita el estudio

- Apellido y Nombre del profesional
- Firma y sello del médico tratante
- Especialidad
- Número de Matrícula

Para los casos de prestaciones fuera de convenio, además deberá adjuntar un presupuesto que contenga:

- Apellido y Nombre o codificación completa (según patología)
- Denominación completa de la Obra Social (Obra Social Fedecamaras)
- N.º de afiliado
- Edad
- Categoría (Titular o Adherente de la Obra Social)
- Diagnóstico
- Fecha de prescripción
- Detalle de la prestación solicitada
- Inclusiones y exclusiones del módulo
- **Toda medicación excluida de módulo deberá ser autorizada específicamente y se deberá presentar para su liquidación el troquel original correspondiente, caso contrario será motivo de debito.**
- Valor del módulo
- Apellido y Nombre del profesional
- Firma y sello del médico tratante

PRÓTESIS Y/O INSUMOS

En todos los casos **requiere autorización previa de la Obra Social Fedecamaras**, para lo cual el profesional solicitante debe acompañar al pedido la **documentación ORIGINAL** detallada más arriba.

3. REHABILITACIÓN

Rehabilitación Médica

- . F K T. (no se cubre laser, magnetoterapia y electroanalgesia)
- . Fonoaudiología.

Ambos tratamientos requieren autorización y derivación a los prestadores definidos por la Obra Social. Se debe tener en cuenta en todos los casos la cantidad de sesiones autorizadas al momento de la solicitud. **Se cubrirán 30 sesiones anuales por afiliado.** No se reconocerán como válidos los pedidos de rehabilitación realizados por Centros de Guardia o Asistencia Médica domiciliaria.

4. GESTIÓN DE AUTORIZACIÓN

Tener en cuenta que, para toda prestación que requiera autorización, la misma deberá ser gestionada por el afiliado a la Obra Social, la que dará respuesta dentro de las 72 Hs hábiles de haber sido solicitada.

5. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

La receta deberá ser extendida por nombre genérico según lo establecido en la Ley 25.649 y Dto. 967/03

5.1. PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Pueden prescribirse solamente especialidades medicinales aprobadas por la autoridad sanitaria nacional como “venta bajo receta”.

Como máximo, se pueden incluir en cada receta:

- 3 productos distintos o de distinta forma farmacéutica
- 3 envases del menor contenido o 1 de mayor
- 12 ampollas o frasco-ampolla, si se trata de antibióticos inyectables.
- En caso de ser necesaria una mayor cantidad, el profesional deberá indicar la cantidad necesaria y agregar la leyenda de puño y letra “tratamiento prolongado”.

Los profesionales de la Institución no están autorizados para transcribir recetas de otros profesionales.

Deberá utilizarse exclusivamente formulario con el Logo de la Institución. Los datos que a continuación se mencionan, deben estar escritos de puño y letra del profesional, con la misma tinta.

- Fecha.
- Nombre, apellido, número de afiliado, con la mención de la Obra Social.
- Forma farmacéutica, concentración y duración, indicación de dosis, presentación y diagnóstico por región.
- Firma y sello con Nombre y Apellido, Número de matrícula y Especialidad del profesional actuante.

6. TRASLADOS PROGRAMADOS

Deben ser autorizados por la Obra Social y gestionados por el afiliado con 48 Hs. hábiles de anticipación al día del traslado, para poder programarlo.

Se requiere para su gestión, la presentación del pedido del traslado, efectuado exclusivamente por el médico tratante, en formulario con logo de la institución prestadora de la Obra Social, donde debe constar el motivo por el cual el afiliado no puede deambular.

En el pedido del traslado deben registrarse los siguientes datos:

- Apellido y Nombre o codificación según corresponda a la patología
- N° DE AFILIADO
- DNI
- Indicar si el afiliado es Titular/adherente
- Diagnóstico
- Tipo de ambulancia (sin Médico, con Médico, UTIM, UTIN, remite en el caso que el paciente no requiera ambulancia)
- Fecha y hora del turno.
- Lugar de partida
- Lugar de destino
- Fecha de prescripción
- Firma y sello del médico tratante

7. COSEGUROS

NO ABONAN COSEGURO:

- Todas las prestaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio de las mujeres embarazadas incluidas en el Plan Materno Infantil
- Las prestaciones brindadas al recién nacido, hasta cumplir el año
- Pacientes Oncológicos y/o discapacitados en prestaciones referentes a su patología

ABONAN COSEGURO (QUE DEBE COBRAR EL PRESTADOR) DE:

- Pesos cuatro (\$4):
 - Consultas Médicas
 - De acceso directo.
 - Por derivación.
- Pesos cinco (\$5), por cada:
 - Orden de laboratorio.
 - Par Radiográfico
 - Par de Imágenes
 - Práctica Especializada

Nota: Los menores de 15 años abonarán (\$4) por cada práctica o consulta odontológica y a partir de los 15 años cumplidos y hasta los 65 años, (\$7) por cada práctica o consulta odontológica.

INSTITUCIONES CON INTERNACIÓN

8. CONSULTAS

8.1. CONSULTAS CON MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA POR GUARDIA

Se considera consulta de guardia a aquella que se realiza sin turno pre concertado dado el carácter agudo y/o urgente de la patología que la generó.

Dicha consulta deberá resolver la causa que la generó, ya sea indicando el tratamiento en formar ambulatoria, realizando las prácticas necesarias en la misma guardia (suturas, yesos, vendajes, nebulizaciones, etc.) o indicando la internación del paciente, si la gravedad del caso así lo requiere.

8.2. CONSULTAS CON ESPECIALISTAS EN ATENCIÓN POR GUARDIA

No se aceptarán consultas con especialistas para la resolución de la misma patología que dio origen a la consulta de guardia (traumatología, cirugía, obstetricia, etc.)

En todos los casos, el paciente deberá seguir su atención ambulatoria a través del Médico Referente de la Obra Social, no pudiendo derivarse el paciente a ningún especialista de la Institución en forma programada.

8.3. LAS PRÁCTICAS Y ESTUDIOS DE LA CONSULTA DE GUARDIA

Podrán ser realizadas dentro de la institución sin autorización previa, siempre que las mismas sean imprescindibles para el tratamiento del diagnóstico que motivó la consulta de urgencia.

Los estudios de alta complejidad se deberán informar a la Obra Social vía mail dentro de las 24 hs. hábiles.

- autorizaciones@osfedecamaras.com.ar

Una vez resuelta la consulta de Guardia, se deberá direccionar a los pacientes a continuar su atención con un profesional de la red ambulatoria de la Obra Social. No debiendo indicársele estudios para realizar en forma ambulatoria posterior a la consulta de guardia.

9. ATENCIÓN MEDICA PROGRAMADA

9.1. CONSULTAS PROGRAMADAS EN CONSULTORIOS EXTERNOS

- Requieren autorización previa de la Obra Social, sin excepción

9.2. ESTUDIOS Y/O PRÁCTICAS

Tendrán cobertura únicamente los que figuran en el PMO, pudiendo Uds. realizar exclusivamente aquellos que le hayan sido contratados por la Obra Social Fedecamaras, siempre y cuando sea solicitado por:

- Especialistas en recetario **con el logo de su Institución.**

La prescripción de estudios deberá ser realizada de puño y letra del profesional tratante sin tachaduras ni enmiendas, las que de existir deben ser salvadas y firmadas por el mismo profesional. A continuación, detallamos las diferentes formas de prescribir según la prestación solicitada:

9.2.1. CONFECCIÓN DE PEDIDO DE CIRUGÍA:

- Apellido y Nombre o codificación completa (según patología)
- Denominación completa de la Obra Social (Obra Social Fedecamaras)
- N.º de afiliado
- Edad
- Sexo
- DNI
- Categoría (Titular o Adherente de la Obra Social)
- Cirugía con fecha o fecha probable de cirugía
- Diagnóstico
- Firma y sello del médico tratante
- Fecha de prescripción

9.2.2. CONFECCIÓN DE PEDIDO DE MATERIALES (ORIGINAL):

- Apellido y Nombre o codificación completa (según patología)
- Denominación completa de la Obra Social (Obra Social Fedecamaras)

- N.º de afiliado
- Edad
- Sexo
- DNI
- Categoría (Titular o Adherente de la Obra Social)
- Material solicitado sin marcas
- Diagnóstico
- Firma y sello de médico tratante
- Fecha de prescripción

– **En cirugía programada**

La prótesis deberá ser solicitada en forma previa a la internación, con una anticipación NO MENOR a 5 días. En el caso que el material no llegará para la fecha prevista, el paciente NO PODRÁ SER INTERNADO, debiéndose reprogramar la fecha de la cirugía.

9.2.3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (ORIGINAL):

- Apellido y Nombre o codificación completa (según patología)
- Denominación completa de la Obra Social (Obra Social Fedecamaras)
- N.º de afiliado
- Edad
- Sexo
- DNI
- Categoría (Titular o Adherente de la Obra Social)
- Antecedentes, estudios realizados y tratamiento
- Diagnóstico
- Motivos por los que solicita el Estudio
- Firma y sello del médico tratante
- Fecha de prescripción

En todos los casos se deberá adjuntar:

- Estudios pre y post quirúrgicos (imágenes e informes) radiografías, RMN, Discografía, etc.
- Nota de Conformidad Bilateral (original)
- Apellido y Nombre o codificación completa (según patología)
- N.º de afiliado
- Práctica solicitada
- Diagnóstico
- Firma y sello del médico tratante

En cada solicitud podrán incluirse hasta:

- DIEZ (10) Determinaciones de laboratorio de análisis clínicos
- DOS (2) determinaciones radiológicas o de imágenes
- UNA (1) Práctica especializada y/o de Alta Complejidad

9.2.4. ESTUDIOS Y/O PRÁCTICAS BAJA Y MEDIA COMPLEJIDAD

No requieren autorización y son:

- Ecografías
- Mamografías (a excepción de la digital)
- Pap – Colposcopia
- Radiología con y sin contraste (a excepción de las digitales)

9.2.5. ESTUDIOS Y/O PRÁCTICAS DE ALTA COMPLEJIDAD

RESTO DE LAS PRÁCTICAS REQUIEREN AUTORIZACIÓN DE LA OBRA SOCIAL

9.2.6. ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO FUERA DEL PMO O FUERA DE CONVENIO

En todos los casos requiere autorización previa de la Obra Social Fedecamaras, para lo cual el Profesional Solicitante debe acompañar al pedido:

- Breve resumen de los Antecedentes Clínicos
- Examen Físico (Solo los datos positivos)
- Estudios efectuados previamente (Informe de signos positivos)
- Diagnóstico Presuntivo
- Motivos por los que solicita el Estudio
- Apellido y Nombre del Profesional
- Firma y sello del médico tratante
- Especialidad
- Número de Matrícula

Para los casos de prestaciones fuera de convenio, además deberá adjuntar un presupuesto que contenga:

- Apellido y Nombre o codificación completa (según patología)
- Denominación completa de la Obra Social (Obra Social Fedecamaras)
- N.º de afiliado
- Edad
- Categoría (Titular o Adherente de la Obra Social)
- Diagnóstico
- Fecha de prescripción
- Detalle de la prestación solicitada
- Inclusiones y exclusiones del módulo
- **Toda medicación excluida de módulo deberá ser autorizada específicamente y se deberá presentar para su liquidación el troquel original o envase , caso contrario será motivo de debito.**
- Valor del módulo
- Apellido y Nombre del Profesional
- Firma y sello del médico tratante

10. INDICACIÓN DE MEDICAMENTOS

La receta deberá ser extendida por nombre genérico según lo establecido en la Ley 25.649 y Dto. 967/03

10.1. PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Pueden prescribirse solamente especialidades medicinales aprobadas por la autoridad sanitaria nacional como “venta bajo receta”.

Como máximo, se pueden incluir en cada receta:

- 3 productos distintos o de distinta forma farmacéutica
- 3 envases del menor contenido o 1 de mayor
- 12 ampollas o frasco-ampolla, si se trata de antibióticos inyectables.
- En caso de ser necesaria una mayor cantidad, el profesional deberá indicar la cantidad necesaria y agregar la leyenda de puño y letra “tratamiento prolongado”.

Los profesionales de la Institución no están autorizados para transcribir recetas de otros profesionales. Deberá utilizarse exclusivamente formulario con el Logo de la Institución. Los datos que a continuación se mencionan, deben estar escritos de puño y letra del profesional, con la misma tinta.

- Fecha.
- Nombre, apellido, número de afiliado, con la mención de la Obra Social.
- Forma farmacéutica, concentración y duración, indicación de dosis, presentación y diagnóstico por región.
- Firma y sello con Nombre y Apellido, Número de matrícula y Especialidad del profesional actuante.

11. ATENCIÓN EN INTERNACIÓN

La Obra Social reconocerá EXCLUSIVAMENTE la internación en piso en habitación compartida, con baño privado.

11.1. DENUNCIA DE INTERNACIÓN

11.1.1. INTERNACIÓN NO PROGRAMADA – URGENCIA

Serán aquellas que surjan de una Consulta de Guardia o, sean derivadas por la Obra Social.

Una vez recibido el paciente, [la internación deberá ser denunciada a la Obra Social dentro de las primeras 24 hs.](#) de realizada la misma con la finalidad de ser autorizada.

Inicialmente la autorización cubre las primeras 24 hs, (o 48hs, los fines de semana), sujetas a auditoría médica posterior.

Luego de dicho período, deberá solicitarse la prórroga correspondiente, en el formulario que se adjunta a la presente. De no gestionarse, se procederá a debitar los días de internación sin posibilidad de refacturación.

La Obra Social asignará, (una vez recibida la comunicación) un número de Internación, sin el cual no podrá procesar ni autorizar pedido alguno.

11.1.2. INTERNACIÓN PROGRAMADA

No podrá asignarse cama ni fecha de cirugía programada, sin la autorización expresa y previa de la Obra Social.

Las cirugías programadas deberán realizarse de lunes a viernes (días hábiles) en el horario de 8 a 18 hs. Solamente podrán efectuarse fuera de este horario las urgencias debidamente justificadas.

Por lo tanto, no se aceptará la facturación de códigos especiales por cirugías y anestесias programadas realizadas en horario nocturno o días feriados, salvo urgencias justificadas.

Una vez recibido el paciente, la internación deberá ser denunciada a la Obra Social dentro de las primeras 24 hs. de realizada vía email a internaciones@osfedecamaras.com.ar, quedando sujeta a auditoría médica posterior.

Luego de dicho período, deberá solicitarse la prórroga correspondiente, en el formulario que se adjunta a la presente. De no gestionarse, se procederá a debitar los días de internación sin posibilidad de refacturación.

La Obra Social asignará, (una vez recibida la comunicación) un Número de Internación, sin el cual no podrá procesar ni autorizar pedido alguno.

Se reitera que no podrá asignarse cama ni fecha quirúrgica estimativa sin la autorización previa de la Obra Social.

11.2. SOLICITUD DE PRÓRROGA

Toda solicitud de prórroga de internación deberá gestionarse antes de cumplido el plazo de internación oportunamente autorizado por la Obra Social, completando el médico tratante el formulario correspondiente. El mismo deberá ser enviado vía mail a:

- E-mail: internaciones@osfedecamaras.com.ar

11.3. SOLICITUD DE CAMBIOS DE SECTOR

Deberá solicitarse autorización, previa a realización del cambio, para los casos en que la situación del paciente requiera ser internado en áreas especiales o con aislamiento así como también en áreas diferentes a la autorización previa y vigente de la Obra Social.

11.4. ALTAS

Las altas deberán ser otorgadas en lo posible antes de las 10 hs., dejándose realizadas las indicaciones médicas por escrito para el paciente y la epicrisis correspondiente. Dicha condición de alta deberá ser denunciada vía mail a:

- E-mail: internaciones@osfedecamaras.com.ar

12. TRASLADOS PROGRAMADOS

Deben ser autorizados por la Obra Social y gestionados por el afiliado con 48 hs. hábiles de anticipación al día del traslado, para poder programarlo.

Se requiere para su gestión, la presentación del pedido del traslado, efectuado exclusivamente por el médico tratante, en formulario con logo de la institución prestadora de la Obra Social, donde debe constar el motivo por el cual el beneficiario no puede deambular.

En el pedido del traslado deben registrarse los siguientes datos:

- Nombre y apellido o codificación según corresponda a la patología
- N° de afiliado
- DNI
- Indicar si el Beneficiario es Titular/adherente
- Diagnóstico
- Tipo de Ambulancia (sin Médico, con Médico, UTIM, UTIN, remise en el caso que el paciente no requiera ambulancia)
- Fecha y hora del turno.
- Lugar de partida
- Lugar de destino
- Fecha de prescripción
- Firma y sello del médico tratante

Se deja constancia que los traslados de pacientes ambulatorios han de efectuarse por el medio de transporte que disponga la Obra Social.

12.1. ALTAS DE INTERNACIÓN

Requiere autorización de la Obra Social, la que deberá solicitarse a la Obra Social con no menos de 24hs de anticipación al alta, con diagnóstico de alta y justificación de su pedido; firmado y sellado por el médico tratante.

Se deberá informar día, lugar y hora del traslado desde origen y notificar claramente el destino, con indicación expresa si el mismo debe contar o no con Médico.

12.2. INTERCONSULTAS, REALIZACIÓN DE ESTUDIOS, CURACIONES Y/O CONTROLES POSTOPERATORIOS

- Requiere autorización de la Obra Social

La misma deberá solicitarse con no menos de 24 hs de anticipación a la realización del estudio y/o interconsulta con diagnóstico y justificación de su pedido; firmado y sellado por el médico tratante.

Se deberá informar día, lugar y hora del traslado desde el origen y notificar claramente el destino, con indicación expresa de si el traslado debe contar o no con Médico.

En ambos casos, solo se trasladarán en ambulancia los pacientes que requieran ser movilizados en camilla.

13. REHABILITACIÓN

No se reconocerán como válidos los pedidos de rehabilitación realizados por Centros de Guardia.

En cada autorización, la Obra Social indicará la cantidad de sesiones autorizadas. [Se cubrirán hasta 30 sesiones anuales por afiliado.](#)

[No se reconocerán como válidos los pedidos de rehabilitación realizados por Centros de Guardia o Asistencia Médica domiciliaria.](#)

NORMAS DE FACTURACIÓN

PRESENTACIÓN DE LA FACTURA

Lugar de Presentación:

Toda liquidación deberá ser presentada en la sede de la Obra Social Fedecamaras
Avenida Rivadavia 5456 1º piso | (C1424CEW) | Ciudad Autónoma de Buenos Aires | de lunes a viernes de 09:00 a 13:00 hs.

Fecha de presentación:

Tanto en la presentación de facturaciones o refacturaciones, el plazo de entrega es hasta el día 10 de cada mes. En el caso de tratarse de un fin de semana o feriado, se correrá el plazo al día hábil inmediatamente posterior. Toda documentación recibida con posterioridad a esta fecha, será considerada fuera de término y pasará a liquidarse en el período siguiente.

Forma de presentación:

Deberá emitirse una factura por las prestaciones brindadas de forma ambulatoria y otra por las prestaciones brindadas en internación. [De no ser así, la factura será puesta a su disposición en forma inmediata, no procediéndose a su liquidación.](#)

Datos de la factura:

- Razón Social: Obra Social Fedecamaras (**SIN ABREVIAR**)
- Domicilio: Avenida Rivadavia 5456 1º piso
- (C1424CEW)
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- CUIT: 33-70707631-9
- IVA: Exento
- Tipo de Factura: B o C

Cada factura deberá estar acompañada por el detalle respectivo, el cual debe contener:

- Documentación avalatoria de las prácticas facturadas
- Fecha de realización
- Nº de afiliado
- Apellido y Nombre
- Código y/o descripción de la práctica facturada
- Cantidad
- Valor unitario
- Subtotal
- Valor por coseguros descontados

- Valor total facturado

Documentación avalatoria:

Consultas:

Planilla de presentación mensual, cumplimentando todos sus ítem en letra legible

- Fecha
- Nº de afiliado
- Nº de talón de atención.
- Apellido y Nombre o codificación según corresponda a la patología
- Diagnóstico presuntivo o certero
- Firma del afiliado o familiar a cargo
- DNI
- Firma y sello del profesional efector.
- Importe facturado.

Es requisito indispensable para la liquidación de las prestaciones, colocar en la planilla de atención médica el Nº de talón de atención vigente. La falta del mismo será motivo de debito de la prestación.

Se deberá adjuntar a la planilla de atención la fotocopia de la credencial de cada afiliado donde conste el talón de atención vigente.

Para las Instituciones que presenten las consultas en formularios propios, los requisitos son los mismos.

En los casos que existan 3 (tres) consultas o más en el mismo mes del mismo afiliado, se deberá adjuntar a la planilla de consulta, la fotocopia de la Historia Clínica.

En caso de 2 (dos) consultas el mismo día, corresponde adjuntar fotocopia de Historia Clínica, la cual quedará a consideración de Auditoría Médica.

Prácticas:

Se deberán adjuntar órdenes y/o prescripciones de prácticas originales, con los siguientes datos:

- Apellido y Nombre o codificación completa (según patología)
- Denominación completa de la Obra Social (Obra Social Fedecamaras)
- N.º de afiliado
- Edad
- Sexo
- DNI
- Categoría (Titular o Adherente de la Obra Social)
- Diagnóstico
- Firma y sello del médico tratante
- Fecha de prescripción

Es requisito indispensable para la liquidación de las prestaciones, colocar en la planilla de atención médica el Nº de talón de atención vigente. La falta del mismo será motivo de debito de la prestación.

En el caso de facturar prácticas que requieran apoyo anestésico, se deberá adjuntar el parte anestésico, mas el parte quirúrgico debidamente cumplimentado.

Aquellas prácticas que requieran material de contraste o algún tipo de medicación, deberán ser acompañadas por los troqueles originales, caso contrario se liquidará al menor valor de mercado según Manual Farmaceutico del mes de prestación.

Laboratorio e imágenes:

Se adjuntarán ordenes y/o prescripciones de prácticas originales, con los siguientes datos:

- Apellido y Nombre o codificación completa (según patología)
- Denominación completa de la Obra Social (Obra Social Fedecamaras)
- N° de afiliado
- Edad
- Sexo
- DNI
- Categoría (Titular o Adherente de la Obra Social)
- Diagnóstico
- Firma y sello del médico tratante
- Fecha de prescripción

Es requisito indispensable para la liquidación de las prestaciones, colocar en la planilla de atención médica el N° de talón de atención vigente. La falta del mismo será motivo de débito de la prestación.

Se adjuntará la autorización emitida, cuando así lo requiera la prestación.

Se deberá adjuntar los informes sellados y firmados por el profesional actuante en todas las prácticas de diagnóstico por imágenes, en el caso de los Urocultivos positivos y en todas las prestaciones de laboratorio que se encuentren fuera del Nomenclador Nacional.

Sera motivo de débito toda práctica que fuera autorizada para un prestador y realizada y facturada por otro.

Prestaciones fuera de módulos:

Cuando se requiera facturar estas prestaciones, se deberá adjuntar el presupuesto consensuado y autorizado previamente donde consten:

- Apellido y Nombre o codificación completa (según patología)
- Denominación completa de la Obra Social (Obra Social Fedecamaras)
- N° de afiliado
- Edad
- Sexo
- DNI
- Categoría (Titular o Adherente de la Obra Social)
- Diagnóstico
- Fecha de prescripción
- Detalle de la prestación solicitada
- Inclusiones y exclusiones del módulo
- **Toda medicación excluida de módulo deberá ser autorizada específicamente y se deberá presentar para su liquidación el troquel original correspondiente, caso contrario será motivo de débito.**
- Valor del módulo
- Apellido y Nombre del Profesional
- Firma y sello del médico tratante

Todo lo que está excluido de cada módulo deberá consensuarse previamente con Auditoría Médica y estar autorizado.

Toda medicación excluida de módulo deberá ser autorizada específicamente y se deberá presentar para su liquidación el troquel original correspondiente, caso contrario se liquidará al menor valor de mercado según el Manual Farmacéutico.

Prótesis y/o Insumos:

Cada factura estará acompañada de:

- Remito original, con los datos del afiliado (Apellido y Nombre, número de afiliado, lugar de entrega, firma del profesional que recibe la prótesis o insumo, fecha de recepción de material).
- Presupuesto original firmado y copia de la autorización, donde conste la fecha de realización, número de afiliado, apellido y nombre, cantidad y descripción del tipo de insumos y/o prótesis, importe unitario, importe total del presupuesto, certificado de implante y stickers originales. De no poseerlo, deberá aclarar en el certificado de implante la leyenda “**no posee stickers**”
- En los casos de materiales con recupero SUR, se deberá adjuntar además documentación ANMAT/ANVISA y Certificado de cumplimiento de las buenas prácticas de fabricación de productos médicos.

Medicación:

Cada factura estará acompañada de:

• Factura original:

GLN de Droguería, datos de la farmacia donde se entrega la medicación con su correspondiente GLN, Gtin, cantidad, descripción, lote y vencimiento, precio unitario y total, remito al cual identifica, datos del afiliado (Apellido y Nombre o codificación (V.I.H)).

• Remito original:

GLN de Droguería, datos de la farmacia donde se entrega la medicación con su correspondiente GLN, Gtin, cantidad, descripción, lote y vencimiento, precio unitario y total, datos del afiliado (Apellido y Nombre o codificación (V.I.H)). Para toda la medicación que tiene fecha de elaboración anterior al 12/02/2016, deberá además adjuntar el troquel (si correspondiere) con la trazabilidad por producto, según Disposición 3683/11 de ANMAT.

• Receta original:

Nombre y apellido o codificación según corresponda a la patología, Obra Social, N.º de afiliado, DNI, Edad, Sexo, Indicar si el afiliado es Titular/adherente, Prescripción por droga (genérico), Diagnóstico, Fecha de prescripción, Firma y sello médico.

• Presupuesto original:

firmado y copia de la autorización, donde conste la fecha de realización, número de afiliado, apellido y nombre, cantidad y descripción de la medicación, importe unitario, importe total del presupuesto.

• Dispensa:

Puede ser realizada en el remito o bien en formulario específico de Orden de Dispensa, el cual debe contener:

- Firma de quien recibe la medicación. En caso de ser familiar deberá aclarar el parentesco.
- Aclaración de la firma
- DNI
- Fecha de dispensa
- Firma del Farmacéutico que dispensa

En los casos de pacientes con HIV, la dispensa debe contener:

- Firma de quien recibe la medicación. En caso de ser familiar deberá aclarar el parentesco.
- Codificación o Apellido y Nombre del familiar que recibe la medicación

- Fecha de dispensa
- Firma del Farmaceutico que dispensa
- En los casos de medicacion con recuperado SUR, se deberá adjuntar además documentación ANMAT/ANVISA y certificado de Cumplimiento de las Buenas Prácticas de fabricación de productos médicos.

Traslados:

Para su liquidación se deberá presentar la hoja de ruta y/o el reporte completos en donde conste:

- Fecha de solicitud
- Hora del servicio
- Datos del afiliado (Apellido y Nombre, Nº de afiliado, edad)
- Domicilio al que se concurre para brindar el servicio (aclarar localidad)
- Diagnóstico que motiva el traslado
- Detalle de las direcciones en las que debió cumplimentar el servicio (aclarar localidad)
- Horarios de llegada, partida y demoras ocasionadas
- En caso de haber sido solicitadas con médico: firma y sello del profesional que acompañó el servicio
- Solicitud médica del traslado con firma y sello del profesional interviniente/institución
- En caso de ser un traslado a una institución para la realización de un estudio y/o visita programada: firma y sello de la institución
- Sello de la institución y firma del profesional receptor
- Los servicios no convenidos deberán contar con presupuesto autorizado previamente
- Conformidad del afiliado ante la recepción del servicio (firma del afiliado o familiar a cargo)

Visitas domiciliarias:

La empresa que efectúa los servicios de atención domiciliaria ya sea para los códigos verde, amarillo o rojo, deberá adjuntar los comprobantes de los mismos.

Estos deberán constar con los siguientes datos:

- Fecha
- Apellido y Nombre o codificación completa (según patología)
- Nº de afiliado
- Edad
- Síntomas y diagnóstico presuntivo
- Tipo de prestación solicitada
- Domicilio al que debe concurrir
- En caso de traslado del paciente ante la solicitud de un código rojo o amarillo, indicación precisa del domicilio del servicio, horario de llegada, demora y/o partida
- En caso de trasladar al afiliado a una institución ante un código rojo o amarillo, deberá constar las firmas y sellos de todos los profesionales intervinientes (profesional que lo recibe en la institución)
- Firma, aclaración y DNI del afiliado o familiar a cargo.

Discapacidad:

En todas las facturas el concepto debe indicar:

- Las facturas por sesiones de terapias diversas deberán ser emitidas con cantidad mensual de sesiones, importe unitario de las mismas, importe total, período facturado. Nombre y apellido del afiliado, y número de afiliado. Las enmiendas, tachaduras o correcciones con cambio de tinta y letra serán salvadas con firma

y sello del profesional o la institución. Deben presentar también planilla de asistencia firmada por el padre/madre del afiliado y el profesional. Las Instituciones, deberán además colocar en el concepto: prestación, jornada, categoría asignada y aclarar el adicional por dependencia de corresponder.

- Las facturas por traslados a colegios o terapias deberán ser presentadas indefectiblemente con certificado de concurrencia a todos los lugares a donde es trasladado, con firma y sello de los mismos. La facturación es a mes vencido. Se hará una factura para cada traslado de tener más de uno. Debe constar la cantidad de Km., por viaje, la cantidad de Km. mensuales recorridos, el valor por km y el importe total facturado, aclarando domicilio del lugar de partida y el domicilio de destino y a que prestación concurre. Debe figurar el Nombre y Apellido del paciente y N.º de afiliado.
- Todas las facturas deben cumplir con normas de AFIP y si son de tipo, “B” o “C” deberán ser acompañadas por recibo cancelatorio indefectiblemente.

Cada factura deberá estar acompañada por el detalle respectivo, el cual debe contener:

- Copia de la autorización vigente
- Copia del último pago de monotributo del titular (de corresponder)
- Planilla de asistencia.

NO SE RECIBIRAN EN MESA DE ENTRADAS FACTURAS QUE NO CUMPLAN CON ESTOS REQUISITOS

Los recibos cancelatorios deben contener:

- Número de factura que cancela
- Monto de cada factura
- Apellido y Nombre del afiliado
- Número de cheque y banco emisor

EN CASO DE CORRESPONDER RETENCION DE GANANCIAS, DETALLARLO.

FACTURACIÓN DE INTERNACIONES

Cada detalle de facturación deberá ser por paciente. Se acompañará a la misma, con un resumen de facturación que contenga:

- Autorización de la internación
- Autorizaciones de prórrogas correspondientes
- Autorizaciones de presupuestos, prestaciones y medicación fuera de módulo
- Nota de Conformidad Bilateral ORIGINAL.
- Fotocopia de la credencial del afiliado donde conste talón de atención
- Solicitud de internación original, con firma y sello del profesional que la indique
- Fotocopia de la Historia Clínica, con informes de todos los estudios efectivamente realizados
- Troqueles originales de la medicación facturada (en caso de no constar, los mismos serán liquidados al menor valor de Manual Farmacéutico correspondiente al mes de presentación)
- El material descartable se liquidará al menor valor de plaza
- En el caso de los cateteres, prótesis, etc, se facturarán con los stickers originales y certificado de implante debidamente cumplimentados.

INTERNACIÓN DOMICILIARIA O PARA REHABILITACIÓN

La empresa que efectúa los servicios de atención domiciliaria y/o rehabilitación deberá adjuntar la copia de la Historia Clínica donde deben constar los siguientes datos:

- Fecha de prestación
- Apellido y Nombre del afiliado o codificación completa (según patología)
- Nº de afiliado
- Fotocopia de la credencial del afiliado donde conste talón de atención
- Nota de Conformidad Bilateral ORIGINAL.
- Presupuesto ORIGINAL firmado por el prestador y copia del autorizado por Gerencia Médica y Autorizaciones. En el mismo debe constar la cantidad de controles médicos mensuales, cantidad de sesiones de rehabilitación semanales o mensuales, valor unitario de la prestación. Así mismo, deberán detallar las exclusiones del módulo mensual.
- Detalle de facturación global ORIGINAL firmado por el prestador
- Resumen Individual ORIGINAL firmado por el prestador
- Resumen de evolución de la Internación ORIGINAL firmado por el médico tratante.

Esta documentación deberá presentarse en ORIGINAL y por cada mes de presentación.

Las autorizaciones deberán gestionarse antes de finalizar el período en curso. Cabe aclarar que el trámite de autorización corre por parte del prestador. Las autorizaciones demoran 72 hs. hábiles en ser remitidas al prestador solicitante.

MOTIVOS DE DÉBITO

Generalidades

- **Código incluido en otro módulo:**

Si la prestación está incluida en otro módulo y su uso está justificado se reconocerá módulo + código (no se reconocerán sumatoria de módulos). Si no está justificada solo se reconocerá el módulo.

- **Partes constitutivas de la Historia Clínica:**

La Historia Clínica es una prueba documental con connotaciones técnicas (médicas), económicas (administrativas) y jurídicas, que como tal no se debe modificar. Su adulteración dolosa puede configurar el ilícito previsto por el Cap. III. Art. 292 del Código Penal. Bajo esta interpretación jurídica Fedecamaras solamente aceptará fotocopias completas y foliadas con la leyenda "Es copia fiel" y firma de la Dirección, no aceptando refacturación por débitos que surjan de la Auditoría efectuada a las Historias Clínicas, en el entendimiento que nada puede ser agregado con posterioridad a su cierre.

- **Re-internaciones por Altas Médicas prematuras:**

Solo se reconocerá los gastos en Insumos médicos.

- **Liquidación de prestaciones con aranceles diferentes al acuerdo de valores o Nomenclador vigente:**

Se liquidará a valores convenidos.

- **Alta Sanatorial:**

Deberá constar en la Historia Clínica el alta firmada por el profesional interviniente.

- **Internación parcializada:**

Se aceptará la facturación de las internaciones parcializadas.

- **Diferencia de valores:**

Liquidaciones hará el débito correspondiente por diferencia de valores. La aprobación de la refacturación esta a cargo del sector de Relaciones Institucionales de la Obra Social.

- **Valores convenidos:**

No se aceptará la liquidación de ninguna prestación por la que no se haya pactado un valor. Deberán gestionarse los valores o aprobación de presupuestos a través del sector de Relaciones Institucionales de la Obra Social.

| CAUSAL DE DEBITO | TIPO | OBSERVACIONES |
|---|------------------------|--|
| Afiliado inexistente | no refacturable | El afiliado deberá acreditar su condición de afiliado según normas indicadas en contrato de prestaciones |
| Consulta fuera de término | no refacturable | Transcurridos los 60 días de su realización no se reconocerá la prestación, excepto que sea una refacturación. |
| Exceso de consultas por especialidad | no refacturable | Se aceptan hasta 2 consultas ambulatorias por mes por especialidad y autorizadas. El exceso o la falta de autorización hará que se debite. Sujeta a Auditoría. |
| Dos o más consultas del especialista al mismo afiliado en igual fecha | no refacturable | Salvo presentación de historia clínica que justifique y sujeta a auditoria |
| Consulta incluida en la practica | no refacturable | |
| Orden de Practica sin diagnostico ni autorización | no refacturable | El diagnóstico es requerido para su aplicación estadística. Se considera no autorizada por Fedecamaras |
| Facturación de una práctica distinta a la autorizada | no refacturable | Se liquidará solamente la práctica autorizada |
| Falta de sticker y Certificado de implante | no refacturable | Aquellas prestaciones médicas donde se incluyan elementos protésicos y/o implantes o cualquier otro producto, se deberá presentar fotocopia del protocolo quirúrgico con los stickers correspondientes obrantes en la HC y el certificado de implante original con los correspondientes stickers originales. |

| | | |
|---|----------------------------|---|
| Refacturación prestación debitada no subsanada | no refacturable | |
| Refacturación de prestación debitada por fuera de termino | no refacturable | Las prestaciones debitadas pasibles de refacturación tienen 30 días de plazo para su refacturación a partir de la recepción fehaciente de la comunicación |
| Prestación vencida para su realización | no refacturable | La validez para la realización expira a los 30 días de la fecha de autorización |
| Código incluido en módulo | no refacturable | Sobrefacturación |
| Demoras injustificadas en Internación | no refacturable | Serán consideradas sobre prestación. No se reconocerán los días facturados en exceso. |
| Orden de internación de otra Obra Social | no refacturable | |
| Orden de Internación sin autorización previa | no refacturable | Excepto urgencias debidamente justificadas, las que se autorizaran el 1º día hábil posterior a la internación. |
| Realización de prácticas de alta complejidad en internación sin autorización previa | no refacturable | Se excluyen prestaciones incluidas en módulos |
| Práctica no convenida y sin aprobación previa del presupuesto | no refacturable | |
| Falta diagnóstico de ingreso | no refacturable | Indicador Básico de Calidad del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica |
| Falta evolución diaria en Historia Clínica | no refacturable | No se reconocerá el día no evolucionado |
| Falta de autorización previa en medicamentos de alto costo o fuera de módulo | no refacturable | Requieren de autorización previa del Departamento correspondiente. En caso de urgencia justificada se deberá autorizar el 1º día hábil posterior al uso. |
| Falta firma y/o sello de los profesionales | no refacturable | La identificación del profesional interviniente es de suma importancia por tener carácter probatorio ante la ley. Se |

| | | |
|--|------------------------|--|
| intervinientes en cada acto médico | | aceptará también rúbrica de puño y letra con identificación del número de matrícula. |
| Falta de registro en HC de estudio y/o análisis practicado | no refacturable | En la HC se deberá registrar tanto la fecha de solicitud y causa como la de recepción adjuntando el informe o protocolo correspondiente. |
| Falta de informe diario de interconsulta | no refacturable | Se debe registrar fecha, causa que motiva la interconsulta |
| Falta de protocolo quirúrgico o protocolo incompleto | no refacturable | En la HC se deberá adjuntar copia del informe independientemente del registro en la hoja de evolución clínica. |
| Falta de protocolo anestésico y/o protocolo incompleto | no refacturable | Ídem anterior. |
| Falta de Hoja de Indicaciones médicas | no refacturable | La HC es uno de los elementos más relevantes de la relación médico-paciente, adicionalmente por su carácter probatorio ante la ley y por razones económicas administrativos |
| Falta de consentimiento informado | no refacturable | El consentimiento informado constituye un presupuesto y elemento integrante de la lex artis para llevar a cabo la actividad médica. El código de Ética Médica en su Art. 22 dice "Configura una grave falta de ética que el miembro del equipo de salud indique tratamientos sin la aclaración pertinente y el consentimiento previo del paciente o responsable, salvo en circunstancias de peligro de vida o que limite los derechos del paciente a decidir libremente o promueva mediante engaño la decisión de las personas a aceptar proposiciones conducentes al beneficio de cualquier tipo del propio médico". La legislación vigente determina la obligatoriedad del consentimiento del paciente y también contempla los casos especiales: Ley 17,132/67 Normas para el ejercicio profesional. Art. 19(obligaciones de los médicos) Inc.3"Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsistencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes tentativas de suicidio o delitos Se ha establecido o determinado que "La obtención previa del consentimiento informado del paciente es condición de licitud del acto médico, impuesto por el derecho que tiene el paciente a |

| | | |
|--|------------------------|---|
| | | disponer de su cuerpo y no está sujeto a formalidad alguna". |
| Historia Clínica Materno infantil incompletas | no refacturable | Con la HC de la parturienta deberá estar adjunta la HC del Neonato, excepto que el neonato permanezca internado por razones médicas, en cuyo caso se remitirá con la facturación de la internación del neonato. |
| Falta de Planilla Dactiloscópica y Plantigrafía Neonatal | no refacturable | Artículo 1º-Todo niño nacido vivo o muerto y su madre deben ser identificados de acuerdo con las disposiciones su madre deben ser identificados de acuerdo con las disposiciones de esta ley. |
| Copia de Historia Clínica sin firma avalatoria del Director Médico del nosocomio | no refacturable | Con firma digital: el firmante deberá presentar Certificado Digital. Con firma electrónica: por no cumplir los requisitos de firma digital el firmante deberá validar la firma. |
| Internaciones por complicaciones inherentes al Prestador | no refacturable | En caso de no aceptación por parte del prestador se procederá a Auditoría Compartida |
| Carencia de fundamento científico en prácticas de mediana y alta complejidad | no refacturable | Serán consideradas sobre prestación |
| falta de diagnóstico | refacturable | Serán salvados por el profesional con la leyenda "Digo...." |
| diagnóstico ilegible | refacturable | Serán salvados por el profesional con la leyenda "Digo...." |
| datos ilegibles o enmendados | refacturable | Serán salvados por el profesional con la leyenda "Digo...." |
| Falta de datos y/o erróneos | refacturable | Serán salvados por el profesional con la leyenda "Digo...." |
| Falta Orden de Práctica | refacturable | Refacturar con la orden de práctica original autorizada |
| Orden de Práctica sin autorización previa | refacturable | La fecha de realización de la prestación está relacionada con la vigencia de la autorización para efectuarla (30 días) |

| | | |
|--|---------------------|--|
| Orden de Práctica vencida para su facturación | refacturable | Vigencia de OP para facturar 30 días de su realización |
| Falta fecha de realización de la prestación | refacturable | Esta fecha está relacionada con la vigencia de la autorización para efectuarla (30 días) |
| Falta firma, sello y matrícula del profesional que realiza la prestación | refacturable | Es requisito elemental que la facturación presentada tenga la documentación debidamente conformada. |
| Orden de Práctica sin diagnóstico y con autorización | refacturable | |
| Falta el informe/protocolo del estudio o práctica realizada | refacturable | Se deberá adjuntar copia del informe o protocolo practicado, a fin de ser sometida a controles de calidad y proceso estadístico |
| Falta protocolo quirúrgico en cirugías ambulatorias | refacturable | Se deberá adjuntar copia del informe o protocolo a fin de ser sometida a controles de calidad y proceso estadístico |
| Enmiendas no salvadas por quien corresponde | refacturable | Deberá ser salvada correctamente por el mismo profesional con la leyenda "Digo..." |
| Falta fecha, firma o conforme de afiliado en prácticas que requieran varias sesiones | refacturable | Se liquidarán las prácticas correctamente conformadas. El resto será refacturable cuando el prestador subsane la causal del débito dentro de los plazos de refacturación. |
| Error de suma o cálculo en la factura. | refacturable | Se devuelve facturación para su corrección. |
| Falta orden de internación | refacturable | Si se considera omisión involuntaria del prestador se permitirá la refacturación con la Orden debidamente autorizada |
| Historia Clínica con letra ilegible | refacturable | La Historia Clínica ha de ser un instrumento objetivo y comprensible por terceros y no solo por quienes escriben en ella. En caso de ilegibilidad manifiesta Fedecamaras devolverá la documentación al prestador. El mismo remitirá la documentación con la aclaración solicitada firmada por el médico interviniente. |

| | | |
|---|--------------|--|
| Falta de Epicrisis | refacturable | ídem anterior |
| Falta de Hoja de Enfermería | refacturable | |
| Falta de informe de práctica diagnóstica de internación | refacturable | Con la HC se deberá adjuntar fotocopia del informe o protocolo practicado. |

INSTRUCTIVO PARA LA CONFECCION DE FACTURAS Y RECIBOS

FACTURAS

Los datos detallados a continuación son **INDISPENSABLES** para la confección de las facturas, cualquier error u omisión de los mismos implicará la necesidad del cambio de ésta a fin de poder emitir el pago correspondiente con la documentación solicitada en el presupuesto autorizado.

Dirigir la factura a:

- Sres.: OBRA SOCIAL FEDECAMARAS (**SIN ABREVIAR**)
- CUIT: N.º 33-70707631-9
- IVA: Exento
- Domicilio: RIVADAVIA 5456 1º Piso CABA

De no cumplir con estos requisitos, **no podremos EFECTUAR EL PAGO.**

RECIBOS

Los datos detallados a continuación son **INDISPENSABLES** para la confección de los recibos, cualquier error u omisión de los mismos implicará la necesidad del cambio de éste o corrección del mismo.

Dirigir el recibo a Sres.:

- Sres.: OBRA SOCIAL FEDECAMARAS (**SIN ABREVIAR**)
- CUIT: N.º 33-70707631-9
- IVA: Exento
- Domicilio: RIVADAVIA 5456 | 1º Piso | CABA

El concepto debe indicar:

- Todas las facturas canceladas con la fecha e importe de cada una.
- Débitos: si hubiese
- Retenciones: si las tiene
- Banco y Número de cheque
- Firma y aclaración

ANEXO I – A | TALÓN DE ATENCIÓN MENSUAL

CREDECIAL

Con el objeto de facilitar la identificación de los afiliados y a fin de evitar los posteriores débitos en la liquidación por dicho motivo, hemos decidido realizar el cambio de credenciales. Las mismas aportaran como principal beneficio que están impresas en plástico y no tendrán vencimiento.

Durante el proceso de renovación de credenciales, (el que durará como máximo 6 meses) convivirán los dos formatos de credenciales vigentes.

A su vez, permite una rápida identificación del afiliado al que pertenece ya que se incorpora el **Número de Afiliado**. El mismo estará compuesto por el CUIT del titular del grupo familiar y dos dígitos que identifican el grado de parentesco del grupo familiar.

MODELO DE CREDENCIALES

- Anverso



- Reverso



Otro de los cambios incorporados es el **talón de atención**. Este es el comprobante que obtiene el afiliado y que le permite ser atendido. Este talón indica que el afiliado está al día con sus pagos y cumple con todos los requisitos de la Obra Social para la atención. El mismo es intransferible ya que se emite por cada afiliado del grupo familiar. De esta manera, al emitir la facturación de prestaciones, se podrá identificar al afiliado al cual pertenece la prestación y no únicamente al titular del mismo.

El talón de atención se compone de:

- **Período de validez:**

Es el mes en el cual estará vigente el talón y que habilita a recibir atención.

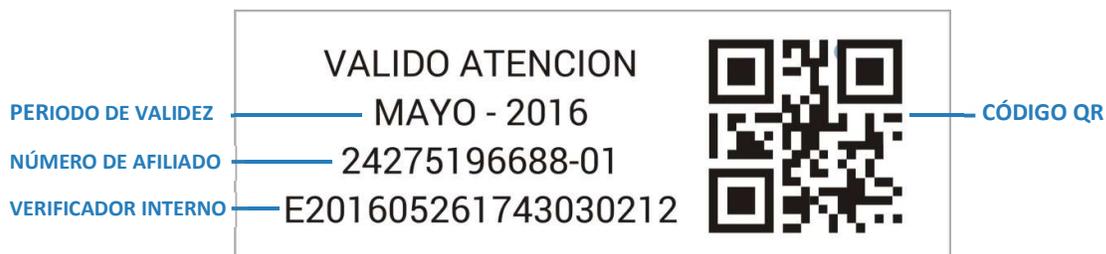
- **Número de afiliado:**

El mismo estará compuesto por el CUIT del titular del grupo familiar y dos dígitos que identifican el grado de parentesco del grupo familiar.

- **Código:**

Es un número que identifica al talón y que sirve para la verificación interna.

- **Código verificador interno:** Este código deberá constar en cada



GESTIÓN DEL TALÓN DE ATENCIÓN

Para la impresión del talón de atención, se deberá dirigir a la página web de la Obra Social www.osfedecamaras.com, en donde deberá ingresar en la opción **MI OSF**.

Para acceder a esta gestión se precisa conocer el Numero de Afiliado y la contraseña, la cual le será entregada al afiliado con la impresión de la credencial.



IMPRESIÓN DEL TALÓN DE ATENCIÓN

Una vez ingresado en la opción **MI OSF**, deberá completar los datos que indica la pantalla.

Desde allí se podrá imprimir las mismas o se podrá realizar la impresión del talón de atención. Para tal fin, deberá ingresar en la opción [talón de atención](#).

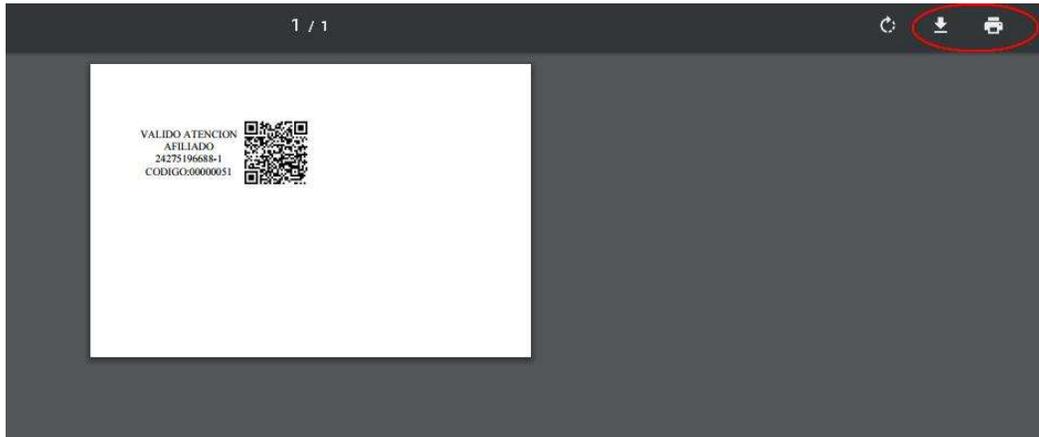
Una vez ingresados los datos, deberá definir para que integrante del grupo familiar desea imprimir el talón de atención.



Para la impresión del talón de atención, deberá seleccionar a cada integrante del grupo familiar y repetir la misma operatoria.

Los talones de atención se emiten por integrante del grupo familiar. Por tal razón deberá corroborar los datos del talón a fin de emitir el correspondiente al integrante que desee.

Luego de seleccionar el integrante del cual desea imprimir el talón, deberá oprimir el botón "Imprimir" y se abrirá una nueva solapa con la imagen del talón que se va a imprimir.



Encontrara en el margen superior derecho el icono de la impresora que habilita la operación.



Si el afiliado no se encontrara en condiciones de recibir prestación, no podrá emitir el talón de atención debiendo concurrir a la Obra Social para aclarar su situación.

MODELOS DE FORMULARIOS

- . PLANILLA DE CONSULTA AMP
- . PLANILLA DE CONSULTAS ESPECIALIDADES
- . NOTA DE CONFORMIDAD BILATERAL
- . RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA PARA PLAN MATERNO INFANTIL
- . RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA PARA COBERTURA ESPECIAL DE MEDICACIÓN

NOTA DE CONFORMIDAD BILATERAL

Buenos Aires, de de 20_____

Por medio de la presente presto conformidad del tratamiento y/o procedimiento _____

Con diagnóstico de _____

Ha sido detalladamente informado sobre las alternativas, beneficios, resultados deseados, riesgos y efectos secundarios.

Indicado por el Profesional _____

El tratamiento y/o procedimiento se realizará en: _____

Firma (afiliado o familiar) _____

Aclaración o codificación completa (según patología) _____

Documento: _____

Teléfono: _____

Firma y sello del Profesional _____

Aclaración: _____

Teléfono: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA PARA PLAN MATERNO INFANTIL CONFECCIONADA POR EL PROFESIONAL DE LA INSTITUCIÓN ASIGNADA

| | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE: | |
| N° DE CREDENCIAL: | |
| TITULAR: <input type="checkbox"/> | FAMILIAR: <input type="checkbox"/> |
| EN CASO DE SER FAMILIAR D.N.I.: | |

| | | | | | |
|--------------------------|------|--------|-----|-------|-----|
| EDAD: | años | TALLA: | cm. | PESO: | kg. |
| ANTECEDENTES PERSONALES: | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

| |
|-------------------------------------|
| FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (F.U.M.): |
| FECHA PROBABLE DE PARTO (F.P.P.): |

| |
|-----------------------|
| INSTITUCIÓN ASIGNADA: |
|-----------------------|

| DATOS DEL MÉDICO TRATANTE | |
|---------------------------|-----------------|
| APELLIDO Y NOMBRE: | |
| MATRÍCULA M.N.: | MATRÍCULA M.P.: |
| TELÉFONO DE LÍNEA: | |
| TELÉFONO CELULAR: | |

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA PARA COBERTURA ESPECIAL DE MEDICACIÓN CONFECCIONADA POR EL PROFESIONAL - RENOVACIÓN SEMESTRAL

| | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE: | | |
| N° DE CREDENCIAL: | | |
| TITULAR: <input type="checkbox"/> | FAMILIAR: <input type="checkbox"/> | EN CASO DE SER FAMILIAR D.N.I.: |
| SEXO: F: <input type="checkbox"/> | M: <input type="checkbox"/> | |
| PERÍODO SEMESTRAL DE TRATAMIENTO | DESDE: | HASTA: |
| DIAGNÓSTICO/S: | | |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

| | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| EDAD: | años | TALLA: | cm. | PESO: | kg. |
| AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD: | | | | | |
| < DE 5 AÑOS | <input type="checkbox"/> | DE 6 A 10 AÑOS | <input type="checkbox"/> | DE 11 A 20 AÑOS | <input type="checkbox"/> |
| > 20 AÑOS | <input type="checkbox"/> | | | | |

TRATAMIENTO MENSUAL: Indicar la prescripción por Principio Activo, Concentración, Forma y Dosis/Unidad

LEY DE GENÉRICOS N° 25.649

| DROGA | CONCENTRADO/FORMA | PRESENTACIÓN | DOSIS DIARIA/UI X DÍA |
|-------|-------------------|--------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

| | |
|--|-----------------|
| APELLIDO Y NOMBRE: | |
| MATRÍCULA M.N.: | MATRÍCULA M.P.: |
| TELÉFONO DE LÍNEA: | |
| TELÉFONO CELULAR: | |
| INSTITUCIÓN DONDE ASISTIÓ AL PACIENTE: | |

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL:

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRÓRROGA DE INTERNACIÓN

| | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| ESTABLECIMIENTO: | |
| APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL AFILIADO: | |
| OBRA SOCIAL FEDECAMARAS | |
| SEXO: F: <input type="checkbox"/> | M: <input type="checkbox"/> |
| AFILIADO N°: | |
| FECHA DE INTERNACIÓN: | N° DE INTERNACIÓN: |

| | |
|---|-------------------------|
| MOTIVOS QUE ORIGINAN LA SOLICITUD DE PRÓRROGA N°: | |
| FECHA DE SOLICITUD: | FECHA PROBABLE DE ALTA: |

| PLAN DE TRATAMIENTO QUE JUSTIFICA LA PRÓRROGA |
|---|
| |
| |
| |
| |

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE:

| |
|------------------------|
| FECHA DE AUTORIZACIÓN: |
| CÓDIGO AUTORIZADO: |
| AUTORIZADO POR: |

PUEDA ADJUNTAR AL PRESENTE EPICRISIS Y/O EVOLUCIÓN DEL PACIENTE.



OSFEDECAMARAS
CUIDA TU SALUD

www.osfedecamaras.com.ar