

MUTUAL DEL MOTOCICLISTA

GUARDIA DURANTE EL FIN DE SEMANA QUE SE REALIZA UN EVENTO DEPORTIVO: en el caso de haber un evento en la localidad, la mutual informa del mismo al centro 5 días hábiles. Durante ese fin de semana deberán atender a los pilotos que ingresen por la guardia sin solicitar recibo ya que llegan o en ambulancia o acompañados por un organizador del evento.

***GUARDIA GENERAL:** cualquier afiliado que entre por la guardia y/o se presente en cualquier centro, se deberá solicitar **RECIBO DE LA AAMM** (adjunto modelo de recibo) y DNI. La vigencia de la cobertura es por **120 días corridos** tomando la **fecha de la inicio la que figura en el recibo presentado.**

(el paciente en caso de extraviar el recibo se deberá contactar con la mutual para enviarle un **REEMPLAZO DE RECIBO** con fecha de vigencia y datos personales)

***PRACTICAS QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA:** consultas médicas, radiografías

***PRACTICAS QUE SI REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA AAMM:** - Estudios de alta complejidad (Resonancias, Tomografías, estudios con contraste, Kinesiología, Fisioterapia) e Intervenciones quirúrgicas (estudios pre-quirúrgicos, practicas, honorarios, materiales, etc).

SISTEMA OPERATIVO DE LA COBERTURA MEDICA DE LA A.A.M.M. QUE SE DEBERA APLICAR A PARTIR DEL 1ro. DE JULIO 2012.

- 1) A partir del 01/07/2012 la página donde deberán subir las competencias que se realizarán es: www.mutualmotociclista.com.ar. Clave de ingreso a la página:..... Usuario:.....
- 2) Se deberá subir las competencias a desarrollarse (estén confirmadas o no) 15 días antes (como mínimo) de la fecha prevista para su realización.
- 3) Se deberá informar (vía mail lo antes posible) los centros asistenciales recomendados y si en la localidad hay servicio de ambulancias privados.

Las pautas que debe seguir el operador responsable de la cobertura médica en cada evento:

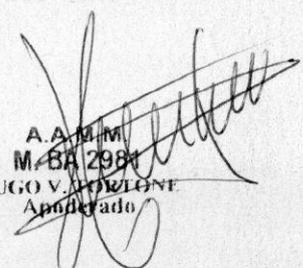
- a) Deberá verificar (a primera hora), el día previo a las competencias (ejemplo: día sábado si las competencias se realizan el día domingo), que el centro asistencial este en conocimiento del evento y dispuesto a recibir y atender a los posibles accidentados. También debe verificar que la guardia de traumatología y radiología este activa y no pasiva(en lo posible, y caso contrario, debidamente avisada de la posibilidad de casos traumatológicos).Luego de esta verificación deberá comunicarse al **011-32999383 / 011-32999568** para informar si hay algún inconveniente o si esta todo bien y para que quede su teléfono registrado por cualquier consulta.
- b) Los pilotos que se inscriban al evento, deberán estar asentados en la planilla de inscriptos a la cobertura médica. Esto es muy importante ya que los que no figuren en esta planilla (inscriptos a la cobertura médica) no contarán con la correspondiente póliza de cobertura (se adjunta la planilla de inscripción a la cobertura médica).
- c) Terminada la inscripción del día previo a las competencias (sábado, a la hora que sea posible), se deberá mandar la planilla de inscriptos a la cobertura médica a los mail siguientes: gestión@mutualmotociclista.com.ar, tortonedianella@mutualmotociclista.com.ar - hugotortone@camod.com.ar. El día de las competencias (domingo), igual al día anterior pero solamente con los inscriptos de este día, si los hubiere.

SINIESTRO (accidente): Pautas que debe seguir el operador responsable de la cobertura médica en cada evento:

- 1) El operador deberá tomar nota de los siniestros simples (que no requirieron traslado) que ocurran durante el evento e informarlos al final del día a tortonedianella@mutualmotociclista.com.ar
- 2) **SINIESTRO CON TRASLADO:** El operador deberá trasladarse inmediatamente al centro asistencial y verificar que sea atendido como corresponde, tomar nota del nombre y celular del acompañante, tomar conocimiento del motivo del traslado y posible diagnostico. Comunicarse rápidamente al celular **011-32999383 / 011-32999568** para informar de lo ocurrido y recibir instrucciones. **La comunicación debe ser únicamente al celular indicado y si no es posible una comunicación directa, utilizar mensaje de texto. Con posterioridad, lo llamarán para entregar al piloto el número de siniestro registrado, juntos con los tels de contactos en fin de semana y de lunes a viernes correspondiente. Este papel debe quedaren posesión del piloto para que sepa DONDE LLAMAR EN CASO DE ALGUNA INQUIETUD.**

MUY IMPORTANTE: El operador deberá verificar que al siniestrado no se le intente cobrar ningún tratamiento o estudio que deban realizarle ya que la cobertura es integral. En el caso de alguna anomalía comunicarse inmediatamente al celular antes indicado.

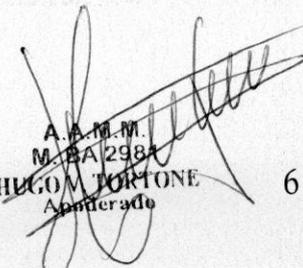
A.A.M.M.
M. BA 2981
HUGO V. TORTONE
Apoderado



ANEXO III
VALORES DE LAS PRESTACIONES

	En Clínica	En Consultorios
Gasto Pensión		
Gasto Quirúrgico en Internados		
Otros Gastos en Internados		
Gasto Quirúrgico en Consultorio		
Otros gastos en Consultorio		
Galeno Quirúrgico		
Galeno Práctica		
Galeno Radiológico		
Gasto Radiológico		
Gasto Bioquímico		
Galeno Bioquímico		
Consulta de Guardia		
Consulta de Guardia Día Feriado		
Consulta de Guardia Nocturna)		
Consulta en Internación (2)		
Consulta Especialista en Internación		
Consulta en Consultorio		
Galeno UTI		
Sesión Psicología		
Sesión Kinesiología		

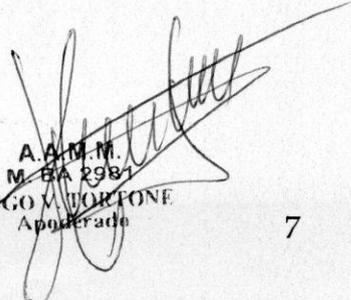
- *) (2) Se facturarán el equivalente a dos (2) consultas de guardia por día en clínica.
- *) Medicamentos en internación: se facturarán de acuerdo a Marca Comercial y dosis utilizadas al Valor Kairos (100%)
- *) Los materiales descartables se facturarán a valores de mercado.
- *) Honorarios Gastroenterología y Video endoscopias: de acuerdo a los valores estipulados por la Asociación de dichos Profesionales.
- *) Honorarios de Otorrinolaringología: de acuerdo a los valores estipulados por la Asociación de Profesionales.
- *) Oftalmología: de acuerdo a los valores estipulados por la Asociación de dichos Profesionales.
- *) Hemoterapia y Hematología: de acuerdo a los valores estipulados por la Asociación de dichos Profesionales.
- * Prácticas no nomencadas.: se facturarán a valores acordados o en su defecto según presupuesto.
- *) Anestesia: se facturará por la Asociación correspondiente


 A.A.M.M.
 M. BA 2984
HUGO TORTONE
 Apoderado

NORMAS PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS CIRUGÍAS POR VIDEO

Para su facturación se aplicarán las siguientes normas:

- Por acto médico. Esto implica la facturación de:
 - honorarios y gastos quirúrgicos de acuerdo con lo especificado más abajo.
 - gastos pensión según duración de la internación,
 - toda práctica diagnóstica o terapéutica empleada,
 - medicamentos, contrastes y descartables utilizados.
- Se determina en cada clase de cirugía una cantidad determinada de gasto quirúrgico de acuerdo a lo especificado en el Nomenclador Nacional para dicha práctica por vía convencional.
- Los honorarios se facturarán de acuerdo a lo especificado por cada Asociación de Especialistas que corresponda.
- La amortización del equipo de video endoscopio se facturará incluido en el valor de los honorarios médicos.
- Los medicamentos se facturarán a valor Kairos y de acuerdo a marca y dosis utilizada. Los descartables y el oxígeno al valor de mercado.
- Se facturará el valor de arco en "c" en las cirugías video asistidas en que se lo utilice.
- En los casos en que se utilicen descartables especiales, se los facturará, eventualmente en un porcentaje especificado en cada caso
- Hemoterapia, será facturado a los valores de los convenios de la especialidad.


A.A.M.M.
M. BA 2981
HUGO M. TORTONE
Aporerado

**Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados
de la Provincia del Neuquén**

Gov. Elordi N° 951 Tel-Fax (0299) 442-1011 - (0299) 443-7885 (8300) Neuquén

NORMAS OPERATIVAS ASOCIACION DE CLINICAS DE NEUQUEN

REGIMEN DE AUDITORIA

Se priorizará la modalidad de Auditoria en terreno, en lugar de la Auditoria Médica a distancia.

EL PRESTADOR ordenará el acceso a la organización, al paciente y a la documentación pertinente a los Auditores habilitados por la **OBRA SOCIAL**, quienes deberán dejar registro del motivo de su visita en un formulario o en la Historia Clínica, donde deberán especificar firma, sello, matrícula y la observación realizada.

Documentación Prestacional: La **OBRA SOCIAL** se reserva el derecho de practicar la Auditoria a la documentación prestacional recibida cumpliendo con los plazos establecidos en la cláusula Segunda de este contrato.

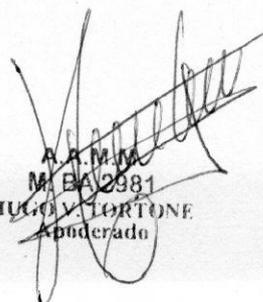
Cuerpo de Auditores: La **OBRA SOCIAL** se compromete a entregar a **EL PRESTADOR** un detalle del cuerpo de auditores titulares y suplentes quienes deberán contar con autorización expresa de parte de la misma para actuar por cuenta y nombre de la **OBRA SOCIAL**. Dicho listado deberá contener Apellido y Nombre de los profesionales Auditores, DNI, matrícula profesional, número telefónico y dirección de correo electrónico. Asimismo, la **OBRA SOCIAL** deberá asegurar a **EL PRESTADOR** la disponibilidad del Cuerpo de Auditores de manera permanente.

Auditorias Compartidas: Las Auditorias Compartidas deberán ser realizadas en la sede de **EL PRESTADOR**, de la ciudad de Neuquén Capital.

Las Auditorias compartidas podrán ser solicitadas por cualquiera de los Auditores habilitados por la **OBRA SOCIAL** o por los designados por **EL PRESTADOR** a esos efectos. En todos los casos la solicitud deberá ser respondida en el término de 24 (veinticuatro) horas de realizada y deberá ser llevada a cabo dentro de las 96 (noventa y seis) horas siguientes de solicitada en las instalaciones de **EL PRESTADOR**, en el horario que a tal efecto se convenga entre las partes. La falta de respuesta a la solicitud de Auditoria Compartida o la falta de presencia en el día y hora fijados sin la debida justificación a juicio de **EL PRESTADOR**, se dará por válido y reconocido lo reclamado en todos sus términos no teniendo la **OBRA SOCIAL** derecho de reclamo alguno derivado de ello.

La **OBRA SOCIAL** declara que las decisiones tomadas por el auditor designado para la Auditoria Compartida la obligan en todos sus efectos tanto legales como económicos.

Valores acordados: Cuando de la auditoria compartida surjan diferencias monetarias a favor de **EL PRESTADOR**, las mismas deberán ser cancelados por la **OBRA SOCIAL** en la modalidad de pronto pago que implica liberar los fondos correspondientes en el plazo de 48 (cuarenta y ocho) horas de finalizada la misma, en el caso que ya hubiese habido un débito previo. En caso de no realizarse en dicho plazo se tendrá por mora. Si de la Auditoria resultan diferencias a favor de **LA OBRA SOCIAL**,


A.A.M.M.
M. BA 2981
HUGO V. TORTONE
Apoderado

éstas serán descontadas del primer pago a realizar por la misma de acuerdo a los vencimientos de rutina.

Consideraciones Generales

Las autorizaciones de órdenes de internación y prácticas enviadas por **EL PRESTADOR** deberán ser resueltas en un plazo no mayor de 24 (veinticuatro) horas. La no respuesta de las mismas las tomará como válidas.

NORMAS PARA ENTREGA DE DESGLOSES Y DEBITOS

El plazo para la entrega de desgloses y/o débitos, opera al vencimiento de la factura que le dio lugar. En caso que no se encuentre estipulada esta fecha, los desgloses ó débitos deberán ser enviados a esta Asociación en el término de los 30 días corridos contados a partir de la recepción de la mencionada factura.

Por tal motivo no se aceptará ningún descuento en el pago de facturaciones si no se ha recibido en el término fijado la documentación correspondiente que avale tal descuento.

Asimismo comunicamos la forma en que imprescindiblemente deberán ser presentados los desgloses y/o débitos:

Por pacientes internados:

El informe deberá ser por cada Clínica por separado y con letra legible.

Cada informe deberá constar de los datos del afiliado y el motivo del débito y/o desglose, el importe de cada observación y el total de lo desglosado.

Se deberá acompañar un resumen con el detalle de lo descontado a cada clínica con un totalizador general.

Por pacientes ambulatorios atendidos en Clínicas:

Los informes deberán ser por cada Clínica por separado.

No debe hacerse por Prestador ya que algunos atienden en distintos Centros y esto no permite la identificación del Ente facturador. En el informe de las Clínicas deberán detallar datos del prestador, del afiliado, motivo del débito y/o desglose, monto individual del descuento y total descontado.

Se deberá acompañar un resumen con el detalle de lo descontado a cada clínica con un totalizador general.

Por pacientes ambulatorios de Centros/Servicios:

Los débitos deberán ser informados por cada Centro/Servicio por separado. En cada informe se detallarán los datos del prestador, del afiliado (en caso de prácticas) y motivo del débito y/o desglose, monto individual del descuento y total descontado.

Se deberá acompañar un resumen con el detalle de lo descontado a cada Centro/Servicio con un totalizador general.

Por pacientes ambulatorios de otros consultorios comunes: Prácticas y Consultas:

Se presentará un informe por cada Prestador con los datos del mismo, del afiliado (en prácticas) y motivo del débito y/o desglose, monto individual del descuento y total descontado.

Se deberá acompañar un resumen con el detalle de lo descontado a cada Prestador con un totalizador general.

A.A.M.M.
M. BA 2981
HUGO V. TORTONE
Apoderado

Todo desglose efectuado fuera de término y/o sin cumplir con los requisitos expuestos, será rechazado y devuelto a esa Obra Social intimándose el pago de lo descontado en un plazo de 72 (setenta y dos) horas.-

**NORMAS OPERATIVAS DE AUDITORIA MÉDICA
PARA PRESTACIONES EN INSTITUCIONES QUE NUCLEA
LA ASOCIACION DE CLINICAS DE NEUQUEN**

Introducción:

La presente fue desarrollada para normatizar las prestaciones disponibles en las distintas Instituciones de Salud nucleadas por esta Asociación, a fin de evitar desinteligencias en las relaciones contractuales de éstas con las entidades financieras contratadas.

Desarrollo:

- PARTE A: Internaciones quirúrgicas programadas
 - PARTE B: Internaciones clínicas y Criterios de admisión en Unidades de mediana y alta complejidad
 - PARTE C: Internaciones de urgencia, en área clínica y quirúrgica
 - PARTE D: Uso de descartables
 - PARTE E: Medicamentos
 - PARTE F: Auditoria Médica
-

PARTE A

INTERNACIONES QUIRURGICAS PROGRAMADAS

- 1) Las distintas Instituciones que nuclea esta Asociación, poseen unidades quirúrgicas, debidamente equipadas para realizar intervenciones quirúrgicas de baja, mediana y alta complejidad.
- 2) Todos los pacientes, sin excepción, se internarán cuando hayan debidamente cumplimentado las autorizaciones frente a sus entidades financiadoras, según correspondan como aquellas lo indiquen, para esa situación particular de internación.
- 3) Se respetará el algoritmo de ingreso hospitalario que cada Institución determine, en función de sus capacidades particulares, como sigue:
 - Orden autorizada por la Obra Social y Consentimiento Informado completo, con firma del Afiliado o Familiar responsable y del Médico interviniente: con turno programado por Secretaria de Quirófano, ingresando a la Clínica con dos horas antes del horario previsto para la cirugía. Los Ingresos dependerán de la disponibilidad de camas del día programado, no reservando cama los días previos. Para pacientes del Interior de la Provincia o de otras Provincias y ante la eventualidad de llegada Nocturna por traslados prolongados, la entidad financiadora emitirá una orden específica de autorización de internación el día

A.A.M.M.
M. BA 2981
HUGO V. TORTONI
Apoderado

previo de la cirugía, igualmente para pacientes en los que deben realizarse procedimientos quirúrgicos específicos o por riesgo de descompensación, no pudiendo ser desconocida su facturación.

4) Para la facturación de los actos médicos quirúrgicos (siempre que no medie un acuerdo particular con las sociedades quirúrgicas específicas) y de los recursos institucionales que deban ponerse al servicio de los pacientes, se respetará las Normas de Nomenclador Nacional con respecto a :

- a) Número de ayudantes según las unidades de galenos
- b) Honorarios del ayudante
- c) Atención del postoperatorio
- d) Intervenciones en horarios especiales
- e) Honorarios médicos y gasto quirúrgico
- f) Intervenciones múltiples
- g) Gasto quirúrgico, con sus inclusiones y exclusiones.

Las Instituciones no aceptan cambios particulares de cobertura por adherencias a planes nacionales de emergencia, dado que entienden, comprenden y respetan estas situaciones sanitarias nacionales y consideran que el Nomenclador Nacional atiende estas situaciones especiales.

Las Instituciones entienden que el PMOE es una exigencia de mínima para la cobertura de los afiliados de las distintas obras sociales a fin de salvaguardar su derecho a la salud, no aceptando la suspensión de códigos del Nomenclador Nacional, salvo acuerdos previos y de partes, y nunca en forma unilateral.

5) Las prestaciones quirúrgicas no incluidas en el Nomenclador Nacional (consecuencia del avance sostenido en medicina que no se ha acompañado de un avance sostenido en las codificaciones), se resolverán según acuerdo de partes. No se aceptarán homologaciones de manera unilateral.

6) Las prestaciones quirúrgicas acordadas por módulo para honorarios médicos, se facturarán respetando el acuerdo para los honorarios y respetando el nomenclador nacional para gastos sanatoriales. En función de control postoperatorio necesario se estipula de manera global que los pacientes permanecerán en internación mientras que "por el beneficio de la duda" se deba realizar monitoreo evolutivo clínico-quirúrgico, no aceptando de antemano, fracciones de día de pensión. Se enlistan las más comunes a continuación:

- a) Amigdalectomía
- b) Varices unilaterales
- c) Várices bilaterales
- d) Hernia
- e) Hernia recidivada
- f) Apendicectomía Adulto (Excluye peritonitis apendicular)
- g) Apendicectomía pediátrica
- h) Hemorroidectomía
- i) Postioplastia
- j) Legrado uterino
- k) Vídeo laparoscopia biliar simple
- l) Vídeo laparoscopia con patología de vía biliar (La diferencia del valor está en el acto médico Intraoperatorio y en el gasto Intraoperatorio mayor)
- m) Video simple ginecológica
- n) Video compleja cirugía ginecológica
- o) Videotoracoscopia diagnóstica

A.A.M.M.
M. BA 2981
HUGO V. TORTONI
Apoderado

- p) Videotoroscopia terapéutica con menor procedimiento
- q) Videotoroscopia terapéutica con mayor procedimiento
- r) Parto
- s) Cesárea

7) En función de las necesidades de las entidades prestatarias de abaratar sus costos en cuanto a coberturas de internación y de fomentar la internación en Unidades de día y de unidades ambulatorias quirúrgicas, las Instituciones realizaron un relevamiento académico en cuanto a *Medicina Basada en la Evidencia*, atendiendo las Recomendaciones de Expertos, Consensos Nacionales e Internacionales y las Coberturas médico-legales de las que son solidarias, han resuelto adherir absolutamente a estos nombrados, no aceptando situaciones por fuera de lo recomendado. Asimismo, estas Recomendaciones definen claramente Criterios de Inclusión, Exclusión y Contraindicaciones claras que son aceptadas en su totalidad.

Citas: Cirugía ambulatoria Criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria y de las exploraciones y pruebas diagnosticoterapéuticas, fuera del área quirúrgica (2002)

Generalitat de Catalunya - Departament de Sanitat i Seguretat Social

Cirugía menor ambulatoria en atención primaria

DAVID J. PELÁEZ, MARÍA AGUSTINA ALONSO Y ANA MORÁIS
An Pediatr Contin. 2006;4(3):189-92

Se define como ***Cirugía Menor Ambulatoria (cma)*** la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de baja complejidad que se practican con anestesia local o troncular, en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y vuelven a él, con un mínimo período de observación postoperatoria y quedarían incluidos dentro del tipo I de la clasificación de Davis.

Las patologías susceptibles de cma son las que siguen:

- o Heridas cutáneas.
- o Abscesos cutáneos.
- o Lesiones cutáneas (nevus, fibromas, dermatofibromas, queratosis actínicas, queratosis seborreicas, verrugas)
- o Lesiones subcutáneas (lipomas, quistes sebáceos)
- o Patología ungueal (uña encarnada, onicogriposis)
- o Biopsias cutáneas.
- o Infiltraciones: espolón calcáneo, Epicondilitis.
- o Granuloma Piógeno.
- o Reparación del lóbulo de la oreja.

Se define como ***Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)*** la atención de procesos subsidiarios de cirugía realizada mediante anestesia general, local, regional o sedación, que requieren atenciones postoperatorias poco intensivas y de corta duración, por lo que los pacientes pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento. En relación a los procedimientos, se considera cirugía mayor ambulatoria la que está integrada en los niveles II de la clasificación de Davis, basados en el tipo de atenciones o en la vigilancia postoperatoria.

Las Patologías susceptibles de CMA son las que siguen:

- o Quiste pilonidal
- o Lipomas gigantes en TCS (se excluyen en órganos internos como colon, epiplón, etc)
- o Biopsias de piel y mucosas
- o Cirugía dentaria

A.A.M.M.
M. BA 2981
HUGO V. TORTONI
Apoderado

- o Biopsias orales
- o Biopsias ganglionares
- o Miringoplastía
- o Legrado diagnóstico con o sin biopsia de cuello o aspiración Endometrial para citología exfoliativa
- o Escisión local de lesión de cuello uterino
- o Escisión local de lesión de mama de lesión de conducto de pezón, si son superficiales
- o Punción quiste mamario
- o Cataratas
- o Estrabismo
- o Cirugía de cámara anterior
- o Cirugía de párpados y conjuntiva
- o Cirugía del conducto lacrimal
- o Biopsia ósea o muscular
- o Cambio de nefrostomía
- o Retiro de catéter ureteral
- o Biopsia renal por punción
- o Punción evacuadora vesical
- o Cistostomía por punción
- o Meatotomía uretral
- o Biopsia de próstata por punción
- o Biopsia de testículo
- o Drenaje de absceso testicular
- o Punción de derrame escrotal
- o Biopsia de epidídimo
- o Escisión de lesión de pene
- o Biopsia de pene
- o Cauterización de lesión HPV
- o Circuncisión
- o Sección de frenillo
- o Auriculoplastías
- o Implantes capilares
- o Zetaplastias
- o Injertos de piel menores
- o Blefaroplastia

Para las patologías antes descritas, se facturará a las distintas entidades prestatarias el código de internación (43.01.09) que corresponde a atención de hasta 8 hs de internación, con un valor equivalente a 43 Unidades de Pensión.

Si el paciente por situaciones evolutivas requiere mayor tiempo de internación, se facturará el código correspondiente al área de internación.

Las Instituciones no aceptarán ninguna otra modalidad de prestación.

- 8) Dada las características zonales de operabilidad de los centros de Anatomía Patológica; esto es, no pertenecen a las Instituciones nucleadas y facturan sus honorarios y gastos en forma individual a las distintas entidades prestatarias, no se aceptarán débitos de la facturación de las distintas prácticas quirúrgicas por falta de informe final de la pieza anatómica analizada. Las clínicas acuerdan informar por planilla unificada, la entrega del material anatómico extraído en el acto quirúrgico para el proceso de anatomía patológica al familiar y/o allegado en cada internación quirúrgica que corresponda.

A.A.M.M.
M. BA 2981
HUGO V. TORTONE
Apodado

PARTE B

INTERNACIONES CLINICAS Y CRITERIOS DE ADMISION

1. Las internaciones de causa médica en unidades de internación general se realizarán en 2 situaciones:
 - a. Por cuadros agudos para diagnóstico y tratamiento
 - b. Para estudio cuando la patología no permita realizar ejecución médica oportuna ambulatoria
2. Las Autorizaciones de internaciones clínicas se realizarán ante la denuncia de internación, según como lo estipule cada entidad financiadora, quien claramente entregará las Normas operativas oportunas, para evitar defasajes en la información, comprometiéndose en forma inmediata (esto es 24 hs hábiles) de informar el acuerdo o desacuerdo con la indicación de internación. Aquellas respuestas más allá de este tiempo establecido (que no es diferente a la exigencia habitual de las obras sociales frente a la denuncia) no serán aceptadas por la negativa, dado que somete a las distintas Instituciones a erogaciones económicas casi insalvables desconociendo que la prestación fue otorgada en tiempo y forma. Todo aquello que no sea cubierto por la entidad financiadora de salud, será imputado económicamente al paciente afiliado, con la explicación administrativa pertinente y/o en su defecto de que aquel no pueda asumir con el compromiso económico, será derivado al hospital más cercano que acepte la derivación. Documentado esto, la Institución perjudicada queda eximida de cualquier compromiso previamente asumido.
3. Las internaciones en Unidades de mediana y alta complejidad (entiéndase Cuidados especiales y Cuidados Intensivos), se realizarán siempre que los pacientes cumplan con los Criterios determinados por Sociedades científicas y que se enumeran a continuación. No se aceptarán criterios que no se respalden en consensos académicos seriamente publicados. Opiniones personales de quienes analicen procesos médicos posteriores a las prestaciones realizadas y que no pertenezcan a una comisión de expertos, no serán aceptadas. Las disidencias atendidas serán aquellas que se presenten con el paciente internado, SIN EXCEPCION.
4. **Los criterios listados, arribados por consenso, son absolutos.** Estos pueden ser modificados por situaciones locales, que se han analizado, tal como lo establece el Consenso.

Citas: **Guidelines on Admission and Discharge for Adult Intermediate Care Units**
These guidelines can also be found in the March 1998 issue of Critical Care Medicine --
Crit Care Med 1998 Mar; 26(3):607-610 (Society of Critical Care Medicine)

Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage
These guidelines can also be found in the March 1999 issue of Critical Care Medicine --
Crit Care Med 1999 Mar; 27(3):633-638 (Society of Critical Care Medicine)

Criterios de admisión en Neonatología –
Ministerio de Salud, Guías Nacionales de Neonatología 2005-

PARTE C

INTERNACIONES DE URGENCIA EN AREA CLINICA O QUIRURGICA

A.A.M.M.
M. BA 2981
HUGO V. TORTONE
Apoderado

1. Todas aquellas patologías de consulta de guardia que requieran internación para tratamiento médico o quirúrgico, serán ingresadas en las distintas Instituciones, realizándose la denuncia de internación dentro de las 24 hs. Hábiles de producido el hecho. La respuesta deberá tardar el mismo tiempo.
2. Para aquellas patologías que no puedan resolverse en la Institución involucrada (por complejidad disponible), el ente financiador deberá otorgar un contacto inmediato y eficiente para poder realizar la derivación oportuna en beneficio del paciente, quedando bajo su responsabilidad la derivación oportuna, en tiempo y forma, hacia el lugar que salvaguardará la salud del paciente. Ej.: Cirugía cardiovascular, entre otras.
3. Si la patología es del ámbito quirúrgico, el ente financiador se compromete a aceptar la situación de urgencia y ante la facturación del ídem correspondiente especificado en el Nomenclador Nacional, abonará la urgencia y la hora de resolución quirúrgica, en cuanto al honorario, cuando correspondiere, y al gasto quirúrgico.
4. Tanto para internaciones quirúrgicas como clínicas, las Instituciones facturarán el ídem correspondiente al día de internación, independientemente del horario de ingreso. La hora del NN se establece en hora 00:00 hs. Y no se aceptará fracción del día por horario de ingreso de la patología de urgencia.
5. Dado que los criterios de ingreso por patología de guardia (urgencia o emergencia) en unidades asistenciales de internación general, en función de las patologías posibles, no son viables establecerlos por la diversidad de las mismas, se aceptarán por ambas partes, las demostradas desde el conocimiento médico preciso de cada especialidad. Entendiendo que los criterios de ingreso hospitalarios, están claramente publicados en todas las especialidades desde las sociedades científicas.

Las Clínicas facturarán con el ítem 43.01.02 (imputando 20 unidades de Gasto Sanatorial Pensión) mas el ítem 43.10.01 la internación temporal (menor de un día) de pacientes, para la realización de estudios específicos que requieran Anestesia Mínima, tales como: Colonoscopías, Broncoscopios, estudios citoscópicos, Colocación de DIU con Dilatación características, mas la Medicación empleada y los ítem correspondientes a los procedimientos.

6. Las Clínicas facturarán el ítem 43.01.09 OBSERVACIÓN EN GUARDIA O PISO HASTA 8 HORAS (imputando 43 unidades de Gasto Sanatorial Pensión) mas el ítem 43.10.01 y la medicación empleada, en los casos de pacientes con asistencia médica de URGENCIAS que requieran la utilización de medicación de administración intravenosa con venoclisis, mas la realización de estudios emergentes de Laboratorio, Imágenes, Suturas de heridas que requieran sedación, Reducción de Luxaciones y Fracturas distales (no incluye Arco en C), Evacuación de Abscesos de T.C.S., u observación de síndromes con Diagnósticos Diferenciales que requieran observación en cortos periodos de tiempo, por situaciones que puedan alterar procesos vitales o en riesgo de producir afecciones sistémicas.
7. Utilización de "ARCO en C": Las Clínicas facturarán con el ítem 34.15.14 (imputando 300 unidades de Gasto Radiológico) su utilización, en Quirófano, tanto es procesos Traumatológicos, como de Cirugías Digestivas y de Vías Biliares, Vías Urinarias, Neuroquirúrgicas.

PARTE D

USO DE DESCARTABLES

A.A.M.M.
M. BA 2981
HUGO V. TORTONE
Apoderado

1. Los descartables de uso habitual en las Instituciones nucleadas en esta Asociación Serán facturadas a valor de plaza de la zona de influencia (Alto valle de Río Negro y Neuquén – Patagonia Argentina).
 2. Se aceptará lo establecido por Normas de Nomenclador Nacional.
 3. Para intervenciones quirúrgicas se facturará descartable a valor plaza de lo que expresamente está excluido en el ítem "exclusiones". Para suturas especiales se facturará por norma en los sistemas caracterizados en el Nomenclador Nacional.
 4. Para internaciones clínicas se facturará el descartable utilizado, entendiendo que el gasto del código 43.10.01 incluye el descartable de uso fijo de la internación (jeringas, agujas, gasa, tela adhesiva, guantes para examinación, guantes estériles)
 5. Para internaciones de Unidades de mediana y alta complejidad se aceptarán las normas del Nomenclador Nacional.
-
6. No se aceptarán débitos ajustados a realidades económicas de otras zonas sanitarias de prestación. El valor aceptado es el valor que las entidades vendedoras cobran a nivel de consumidor final.
 7. Se enlistan con los valores de plaza, en función de marcas (Ver Anexo). Se aceptará que las entidades financiadoras realicen un relevamiento por parte de sus auditores sobre las marcas que cada Institución trabaja. Cada Institución es libre de optar la marca que más confianza le dé en cuanto a capacidades intrínsecas de material, seguridad, confiabilidad, habitualidad de uso, para aplicarlo a los pacientes bajo su responsabilidad médico-legal.
 8. No se aceptará la exigencia de presentación de troqueles de materiales descartables especiales para su facturación, como así cualquier débito que derive de esta situación. Para la comprobación de la utilización de material descartable, estarán disponibles toda información a disposición de la obra social a través de su auditor en terreno, durante la estadía del afiliado en cada Institución de Salud.
-

PARTE E

MEDICAMENTOS

1. Los medicamentos utilizados en los pacientes internados se facturará en función de Nombres comerciales publicados en el Kairos, marca comercial y dosis unitaria.
 2. No se aceptará débitos en función de marcas comerciales de precio inferior al facturado.
 3. No se aceptará la exigencia de envío de troqueles, a excepción de aquellos medicamentos de baja incidencia y alto costo, que se acuerde facturar con internación.
 4. Las entidades financiadoras tienen libertad de solicitar una auditoría de marcas en cada Institución, a fin de corroborar la veracidad de lo facturado.
 5. La no utilización de lo expresado en el punto 4), o no disponer de Auditoría de Terreno, inhabilita a la entidad financiadora a realizar cualquier pago distinto del importe facturado por el medicamento utilizado.
-

PARTE F

AUDITORIA Y DEBITOS

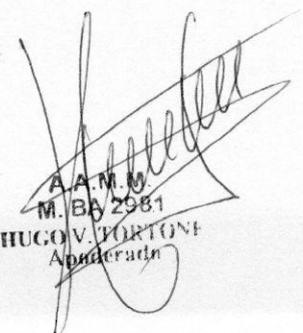
A.A.M.M.
M. BA 2981
HUGO V. TORTONE
Apoderado

El ente Financiado se compromete a mantener AUDITORIA en TERRENO para verificar las prestaciones la aplicación de las Normas de Atención y Guías ACTUALIZADAS y VIGENTES de la Clínica, como de la utilización de los recursos correspondientes. Ante un desacuerdo con el Médico o el Servicio que brinde la atención al afiliado en particular, reclamará ante la Auditoría de la Institución prestadora, su intervención y solución al problema planteado, dejando escrito en la Historia Clínica (ó Acta complementaria) su desacuerdo, de no haber consenso. De requerir el Alta de un paciente, en desacuerdo con el Médico Actuante, dejará sentado en la Historia Clínica el requerimiento del Alta Institucional y los motivos justificantes.

Los Débitos serán enviados en no mas de 30 días de recibida la Facturación, no aceptándose reclamos posteriores a este período (los debitos se rechazaran y refacturarán automáticamente por parte de Asociación de Clínicas, quedando los mismos como deuda pendiente del prestador). Las Clínicas tendrán un plazo de 90 días para presentar los reclamos de los mismos, de no estar justificados adecuada y razonadamente. En caso de requerirse la realización de Auditoria Compartida para resolver controversias (las que se basarán en la demostración de errores o inadecuación a las Normas de Atención de la Institución) podrán ser solicitadas por cualquiera de los Auditores habilitados por la OBRA SOCIAL o por los designados por EL PRESTADOR a esos efectos dentro de los plazos anteriormente establecidos para cada parte. En todos los casos la solicitud deberá ser respondida en el término de 24 (veinticuatro) horas de realizada y deberá ser llevada a cabo dentro de las 96 (noventa y seis) horas siguientes de solicitada en las instalaciones de EL PRESTADOR, en el horario que a tal efecto se convenga entre las partes. La falta de respuesta a la solicitud de Auditoria Compartida o la falta de presencia en el día y hora fijados sin la debida justificación a juicio de EL PRESTADOR, se dará por válido y reconocido lo reclamado en todos sus términos no teniendo la OBRA SOCIAL derecho de reclamo alguno derivado de ello.

La OBRA SOCIAL declara que las decisiones tomadas por el auditor designado para la Auditoria Compartida la obligan en todos sus efectos tanto legales como económicos.

En caso de que la Financiadora tenga prestadores médicos para la atención de sus afiliados, no se podrá realizar Débitos sobre las decisiones de: internación, prórroga de internación o de la utilización de Medicación o Descartables.


A.A.M.M.
M.BA 2981
HUGO V. TORTONE
Aprobado