

Normas de Facturación

-)] Las facturas deberán ser presentadas dentro de los cinco primeros días hábiles del mes, en las oficinas de APSOT, Av. Córdoba 302 PB - CP 1054, Capital Federal.
-)] No se recibirán facturas fuera de término.
-)] Las facturas deberán cumplir con los requisitos impositivos establecidos y estar dirigidas a APSOT, siendo el tipo de documento "B" o "C" según la condición frente al IVA del emisor.
-)] Prestadores inscriptos en IVA: facturas tipo "B" con CAI y fecha de vencimiento.
-)] Prestadores monotributistas, exento o responsables no inscriptos: facturas tipo "C".
-)] Las facturas deberán estar acompañadas de la documentación respaldatoria de las prestaciones, de acuerdo a las normas establecidas.
-)] El Prestador podrá facturar únicamente aquellas prestaciones efectivamente realizadas y convenidas que hubiere efectuado durante el mes anterior a la presentación de la factura y dentro de los 90 (noventa) días de realizadas.
-)] Las refacturas deberán ser presentadas en forma independiente, separadas de la facturación y en las mismas fechas que las vigentes para las facturas mensuales.
-)] Las refacturas deberán ser presentadas dentro de los 60 días de la fecha en que fueran abonadas.
-)] Las mismas deberán ir acompañadas con la documentación avalatoria correspondiente y deberán tener el número de la Orden de Pago a la que hacen referencia. Pasado ese tiempo no se reconocerá ningún tipo de reclamo.
-)] En todos los casos de autorizaciones previas (internaciones y/o prácticas) solicitadas a APSOT, las mismas deberán tener indicado el lugar de atención en donde se realizaran las prestaciones.
-)] La facturación deberá contener un resumen de prestaciones con los siguientes requisitos:
 1. Código del Prestador
 2. Nombre y Apellido o Razón Social del Prestador
 3. Fecha de Prestación
 4. Número y Nombre completo del beneficiario
 5. Código de prestación (INOS o Codificación APSOT para No Nomencladas)
 6. Cantidad de prestaciones realizadas con valor unitario por cada una de ellas
 7. Importe PARCIAL por cada paciente
 8. Importe TOTAL de la factura

Recepción de facturas: se deberá incluir la siguiente documentación:

Se deberá discriminar y entregar en dos facturas por separado, la liquidación de prestaciones ambulatorias de la liquidación de prestaciones en internación.

A – PRESTACIONES EN INTERNACION

- 1.- Resumen por paciente, con la información completa:
 -)] Pensión
 -)] Cirugía (gastos y honorarios de los profesionales intervinientes)
 -)] Medicamentos y material descartable (nombre comercial, cantidad y presentación)
 -)] Estudios complementarios (radiología, laboratorio, etc.)
- 2.- Historia Clínica completa, adjunta al resumen de cada paciente. Debe incluir:
 -)] Evolución diaria
 -)] Indicaciones médicas
 -)] Hoja de enfermería
 -)] Protocolos quirúrgico y anestésico
 -)] Hemoterapia
 -)] Informes de laboratorio, radiología, anatomía patológica y de alta complejidad
 -)] Firma y sello de los médicos actuantes
 -)] Copia de sticker de Prótesis y descartables de alto costo utilizado, que consten en Protocolo Quirúrgico

- 3.- Autorización de Internación emitida por APSOT, con fecha de autorización dentro de las 24 horas de producida la misma (48 horas, si es sábado, domingo o feriado) y las prórrogas correspondientes.
- 4.- Autorización previa emitida por APSOT para todas las prestaciones que así lo requieran.
- 5.- Original del pedido médico en el caso de las prestaciones autorizadas por fax.

6.- APSOT NO RECONOCERA PRESTACIONES O INTERNACIONES EXCLUIDAS, NO CONTRATADAS Y/O NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE (de corresponder).

En el caso de que no se entregue alguna documentación o ésta esté incompleta, APSOT demorará el pago hasta contar con toda la información requerida.

PLAZO DE PAGO

La facturación será abonada a los 30 (treinta) días de la fecha de presentación en APSOT de la misma.

ANEXO V

NORMAS DE AUDITORIA MEDICA APSOT

Lejos de pretender constituirse en herramientas de débito, las presentes normas están dirigidas a alcanzar objetivos docentes, y de homogeneidad de criterio médico, para facilitar una relación financiador-prestador, cordial, fluida y en el más alto nivel de entendimiento. Como se sabe, el progreso tecnológico y la investigación científica, (ya sean tanto en el campo experimental como clínico-quirúrgico) enriquecen constantemente el conocimiento médico acerca de las enfermedades, su fisiopatología, sus métodos diagnósticos mas apropiados y las diferentes alternativas terapéuticas. Por lo tanto, este conjunto de normas hoy vigentes, estarán sujetas a las modificaciones que el dinamismo de la ciencia y el buen criterio médico, le impongan.

Normas Generales:

- 1.- Toda facturación correspondiente tanto a pacientes internados como ambulatorios, deberá incluir indefectiblemente el diagnóstico que motivó las prestaciones que se facturan.
- 2.- Las Prestaciones realizadas deberán guardar estrecha relación con la patología del paciente.
- 3.- Se reconocerán prestaciones relacionadas con el diagnóstico fisiopatológico, la terapéutica y el re-establecimiento de la función, de acuerdo a normas universalmente reconocidas, y emergentes de la "Medicina basada en la Evidencia". No se reconocerán a las que persigan fines estéticos, o de Investigación Clínica, salvo circunstancias excepcionales, y previamente autorizadas por APSOT.
- 4.- Las prestaciones de mediana y alta complejidad, además del diagnóstico y autorización de APSOT, deberán ser solicitadas por el Especialista relacionado con la patología enunciada en el diagnóstico. Cuando tales prestaciones sean gestionadas por otros Médicos (Clínicos, de guardia u otras Especialidades) sólo serán reconocidas, cuando obedezcan a situaciones de urgencia médica, o a motivos fundamentados en estricto criterio médico y sujetos a la aprobación posterior de la Auditoría Médica de APSOT.
- 5.- Toda Internación o Prestación no justificada, así como la utilización indebida (en exceso o tipo) de material descartable o medicación, en Instituciones con Cuerpo Médico Propio, serán debitados, y admitirán refacturación (hasta 60 días después de percibida la liquidación correspondiente), siempre que este debidamente justificada.

6.- Toda circunstancia que pudiese generar acciones legales por parte del Asociado, deberá ser comunicada de inmediato a esta Auditoría Médica.

7.- Se reconocerán hasta 3 (tres) consultas mensuales para cada afiliado. En caso de requerirse una mayor cantidad de consultas, las mismas deberán fundamentarse con resumen de Historia Clínica que acompañe a la Facturación.

8.- No podrán facturarse más de una Consulta por Especialidad en el mismo día.

9 Además del requerimiento administrativo, esta Auditoría Médica juzga imprescindible, que cada Estudio Diagnóstico y práctica (mediana y alta complejidad) se acompañe en el momento de su facturación, del informe (fotocopia) correspondiente.

10.- Además del requerimiento administrativo, esta Auditoría Médica juzga imprescindible, que cada práctica quirúrgica, ya sea en facturación de gastos, honorarios, y/o ambos se acompañen del parte quirúrgico con la correspondiente firma, aclaración, número de matrícula y sello del Cirujano responsable.

11.- Esta Auditoría Médica, se encuentra a disposición del cuerpo médico prestador para aclarar cualquier duda, de lunes a viernes, en el horario de 9 a 18 hrs. en el número de teléfono **4018-8719 /4018-8784**.

Normas Particulares de Facturación

APSOT adopta para la auditoría de prestaciones las Normas del Nomenclador Nacional.

En prestaciones No Nomencladas o adaptaciones de lo nomenclado, se adoptan criterios internos que se resumen a continuación:

OFTALMOLOGÍA

La exoftalmometría, extracción de cuerpo extraño conjuntival, tonometría, fondo de ojo, y refractometrías están incluidas en la consulta.

La dilatación del conducto lacrimonasal con intubación incluye la cateterización del conducto.

La exoftalmología incluye prescripción de cristales, su control posterior, tonometría y fondo de ojo.

OTORRINOLARINGOLOGIA

Al realizarse Rinosfibroscopía no corresponde facturar honorarios de consultas. En tal circunstancia se procederá al débito. Las RFC diagnósticas deben incluir una antes y las necesarias después del procedimiento.

En el tratamiento simultáneo de la pansinusitis con electrocoagulación de la fosa pterignomaxilar, se considera misma patología y misma vía de abordaje no correspondiendo sumatoria de códigos. Cuando se suma septumplastia se considera misma vía de abordaje pero diferente patología reconociéndose un 50% de los honorarios de la menor.

Módulos de ORL

En ningún caso se realizará sumatoria o multiplicación de códigos por 2 o más, pues cada módulo comprende la corrección de la afección que presente el paciente y lleva implícita todos los pasos y maniobras propios y necesarios, independientemente de la técnica quirúrgica o vía de abordaje.

En aquellos casos excepcionales, en que sea necesario realizar dos cirugías comprendidas en distintos módulos, se abonará solamente el de mayor valor, no existiendo la sumatoria de códigos y/o módulos.

En todos los casos se incluye honorarios del equipo médico (cirujano, ayudante, instrumentadora).

En los honorarios está incluido el uso de instrumental propio, del uso del equipo endoscópico y de criocirugía, y de todos los elementos inherentes al mismo

El módulo incluye todas las consultas y/o controles postoperatorios, los controles endoscópicos y curaciones postoperatorias hasta el alta O.R.L. o 10 días posteriores a la cirugía.

Si se realizara video endoscopía rinosinusal post operatoria, no se deberá facturar por separado, se encontrará incluida en el módulo junto con la consulta.

Si el paciente sometido a V.E.D.(video endoscopia rinosinusal diagnóstica) es intervenido quirúrgicamente, al módulo de cirugía se debitará los valores de la misma.

En todos los casos la cirugía y el módulo solicitado, deberá contar con autorización y auditoría médica previa; caso contrario serán debitados en su totalidad.

Se deberá facturar, junto con el parte quirúrgico, el número de módulo junto con el código que corresponda a la cirugía y esté incluido en el mismo.

CARDIOLOGÍA -CARDIOVASCULAR

La realización de Ergometrías incluye los trazados electrocardiográficos necesarios antes (para conocer el estado basal del paciente previo al apremio) durante (según la metodología del protocolo empleado) y después de la realización de la prestación (si existieran dudas sobre la recuperación del paciente) independientemente de la cantidad de derivaciones utilizadas.

El ecodoppler cardíaco incluye en su homologación la realización del ecocardiograma 2D.

El doppler arterial y venoso de miembros inferiores se reconoce como una prestación por cada miembro estudiado. No así con el doppler venoso de miembros inferiores que reconoce ambos miembros como una misma prestación.

Cuando se realicen en forma simultánea Angioplastia Coronaria y Estudio Hemodinámico, se reconocerá el 100% de la primera, más el 70% de la segunda.

En los módulos de CCV, caso de fallecimiento dentro de las 48 horas de operado se abonará el 70% del valor del módulo.

ENDOSCOPIAS

Las prestaciones por endoscopia incluyen la vía de abordaje y no deben admitir sumatoria de aranceles.

Módulos de Laparoscopías

En procedimientos laparoscópicos a los cuales se agregan prestaciones comprendidas en los códigos 08.02. no se reconocerán sumatoria de aranceles.

En aquellos casos en los cuales se facture un cod 08.02.09 (debridamiento intestinal, enterolisis) como única operación no se puede agregar otro cod 08.02.

GINECOLOGIA - OBSTETRICIA - CIRUGÍA MAMARIA

Se considera en APSOT Evacuación Uterina en el Segundo Trimestre del Embarazo cuando el feto tiene una edad mayor de 22 semanas o pesa mas de 500grs.

En el caso de cirugías de mama con vaciamiento axilar (TALA) no se aplica la Norma del Nomenclador que reconoce solo el 100% la prestación de mayor valor, sino se reconoce además al segundo gesto quirúrgico en un 50% cuando sea por prestación.

En aquellos casos en que se efectúe exéresis de ganglio centinela se reconocerá el código 09.90.02.

Cuando se efectúe la extirpación de nódulo de mama se reconocerá el cod 06.01.08 para diferenciarlo de la realización de la cuadrantectomía a la que le corresponde el cod 06.01.09. La Auditoría Médica procederá al reconocimiento de uno u otro código conforme al informe de Anatomía Patológica.

Módulos de Cirugía Ginecológica por vía no convencional

En aquellos casos, en que sea necesario realizar dos cirugías comprendidas en distintos módulos, se abonará la de mayor valor al 100% y el módulo de la menor al 50%.

En todos los casos que se incluye honorarios del equipo médico (cirujano, ayudante, instrumentadora y Anatomía Patológica).

En los honorarios está incluido el uso de instrumental y de todos los elementos inherentes al mismo.

El módulo incluye todas las consultas y/o controles postoperatorios o hasta 7 días posteriores a la cirugía.

El reconocimiento de Histeroscopías Terapéuticas se hará con el informe de Anatomía Patológica.

En los procedimientos histeroscópicos a los cuales se agregan prestaciones comprendidas en los cod 11.02 no se reconocerá sumatoria de aranceles.

TRAUMATOLOGIA

En el caso de recambio de prótesis de cadera, se reconoce el código pertinente a la Artroplastia, más el porcentaje de la prótesis estipulado en Normas del Nomenclador, más un 50% por la extracción de la prótesis anterior.

DERMATOLOGIA

Las exéresis de lesión de piel deberán acompañarse de informe de anatomía patológica independientemente del número de lesiones tratadas y cuando el caso correspondiera. En caso de reiterarse la misma patología deberán presentar resumen de Historia Clínica. El lipoma gigante (más de 5cm) deberá estar autorizado previamente.

Cuando se realice la consulta de 1º vez más práctica, se reconocerán ambas; en consultas posteriores sólo será reconocida la consulta o la práctica en el curso del mismo año salvo que se trate de diferente patología.

OXIMETRO

Se reconoce la utilización de Oxímetro en la realización de una cirugía con anestesia que no sea local o troncular (exceptuada la carotídea). No así en el caso de su reconocimiento para las Unidades de Terapia Intensiva cuya prestación se considera incluida.

HEMOTERAPIA

En Hemoterapia se adoptan las Normas Internas de APSOT.

Ante una:

TRANSFUSION DE SANGRE 24.01.01

TRANSFUSION DE PLAQUETAS: 24.01.02

TRANSFUSION DE GLOBULOS SEDIMENTADOS: 24.01.03

PLASMA FRESCO CONGELADO

CRIOPRECIPITADOS

Se deberá liquidar los siguientes prácticas por unidad transfundida:

Referencia: ST.: Sangre Total.

GRS.: Glóbulos Rojo Sedimentados

P.: Plasma

PFC.: Plasma Fresco Congelado

CR.: Crioprecipitados.

En receptores Rh +

23.01.63 Grupo sanguíneo ABO (*)

23.02.16 Rh factor D Mayúscula (*)

(*) Solo Honorarios para el receptor, independientemente del Nº de transfusiones realizadas, los honorarios y gastos del dador y los gastos del receptor están incluidos en la transfusión según normas del NN

23.01.04 Prueba de Compatibilidad **(por 2 en S.E, resto es por 1)**

23.01.21 Coombs Indirecta, Prueba de cualitativa **(por 1 en GRS, por 3 S.E, por 2 P)**

23.01.70 Hemoglutininas

24.01.14 VDRL en Dador

24.01.15 Huddleson de dador

24.01.16 Chagas Latex en dador

24.01.18 Chagas Hemoglutinación en Dador

24.01.19 Anticuerpo de Hepatitis B en Dador

24.01.20 Anti VIH (Método. Elisa Res. 793/88)

24.90.07 Dadores y 24.90.08 Receptores Hepatitis C (Homologación: 24 01 20 X 2)

24.90.06 Antígeno P24, por (Ley 22990 y Ley SIDA)

24.90.05 Anti Core Hepatitis B (Anti HBC)

24.90.04 Anti HTLV I yII

Subsiguientes:

Idem, excepto 23.01.63 y 23.02.16

En receptores RH (-) se deberá agregar:

23.01.72 Hemoaglutinogenos DU

23.02.14 Rh Factor C Mayúscula

23.02.15 Rh Factor C Minúscula

23.02.16 Rh Factor D Mayúscula

23.02.17 Rh Factor E Mayúscula

23.02.18 Rh Factor E Minúscula

En casos de receptores A / AB, tanto si es RH + o - se deberá liquidar:

23 01 71 Hemoaglutinogenos –subtipos ABO, 1 por cada dador

AFERESIS DE PLAQUETAS (TRANSFUSION DE PLAQUETAS)

Son 10 unidades de plaquetas, se debe liquidar:

23.01.04 Prueba de Compatibilidad

23.01.18 Coagulación y sangría, tiempo

23.01.19 Coagulo, Retracción de

23.01.21 Coombs Indirecta, Prueba de Cualitativa

23.01.78 Hemograma completo

23.02.03 Plaquetas, Recuento

23.02 .10 Protrombina, Tiempo de Quick

23.02.29 Tromplastina, Tiempo de Parcial

24.01.05 Plasmaferesis o Eritroferesis

24.01.07 Transfusión de Plaquetas y/o Leucocitos

24.01.14 VDRL en dador

24.01.15 Huddleson de dador

24.01.16 Chagas Latex en dador

24.01.18 Chagas Hemaglutinación en Dador

24.01.19 Anticuerpo de Hepatitis B en Dador

24.01.20 Anti VIH(Met. Elisa Res. 793/88

24.90.07 (Dadores) y 24.90.06 (Receptores) Hepatitis C

24.90.06 Antígeno P 24 (Ley 22990)

24.90.05 Anti Core Hepatitis B (Anti HBc)

24.90.04 Anti HTLV I yII

Material descartable:

1 (un) Set Cobe Spetra ACT 300, o similar.

Reserva de Sangre, sin realización de transfusión:

Pte. Rh (+):

23.01.04 Prueba de Compatibilidad

23.01.21 Coombs Indirecta, Prueba de Cualitativa

23.01.63 Grupo Sanguíneo ABO

23.01.70 Hemoaglutininas

23.02.16 Rh Factor D –Mayúscula-

Pte Rh (-) agregar:

23.01.72 Hemoaglutinogenos DU
23.02.14 Rh Factor C Mayúscula
23.02.15 Rh Factor C Minúscula
23.02.16 Rh Factor D Mayúscula
23.02.17 Rh Factor E Mayúscula
23.02.18 Rh Factor E Minúscula

En casos de receptores A / AB, tanto si es RH + o - se deberá liquidar:

23 01 71 Hemoaglutinogenos –subtipos del sistema ABO, 1 por cada dador

Medula Ósea Punción Biopsia

12.04.02 Punción Hueso Coxal-Femur-Humero
12.04.06 Punción Biopsia de cualquier otro hueso
23.01.54 Formula leucocitaria
23.01.80 Hemosiderina, investigación-citoquímica
23.01.97 Medulograma, mielograma.
23.01.60 Pas y glucógeno
23.02.02 Mieloperoxidasas

MATERIAL DESCARTABLE

La utilización de prótesis o material descartable de alto costo (por ejemplo: Catéteres de Swan-Ganz, Stents, sutura mecánica, etc.) se deberán facturar con sus respectivos stickers originales.

LABORATORIO

Las prestaciones solicitadas deben guardar relación con la patología que motiva la consulta y/o fundamentarse debidamente.

Regirán las normas de Nomenclador Nacional.

ANATOMIA PATOLOGICA

En las prestaciones de Anatomía Patológica deben constar los respectivos informes.

ANEXO III

Normas Operativas

Los planes habilitados para la atención de asociados y o beneficiarios **FSST** son los siguientes:
FSST Y APSOT.

COPAGOS:

Los planes detallados anteriormente No contemplan el pago de copago.

TELEFONO PARA CONSULTAS:

0800-122-8778

AUTORIZACIONES:

Direct connection – Autorización on-line - <http://directconnection.apsot.com>

AUDITORIA:

4018-8719

4018-8784

ANEXO IV

Normas generales de Facturación

-)] Las facturas deberán ser presentadas dentro de los cinco primeros días hábiles del mes, en las oficinas de FSST, Av. Córdoba 302, PB., C1054AAP, Ciudad de Buenos Aires.
-)] No se recibirán facturas fuera de término.
-)] Las facturas deberán cumplir con los requisitos impositivos establecidos y estar dirigidas a FSST.

- J Las facturas deberán estar acompañadas de la documentación respaldatoria de las prestaciones, de acuerdo a las normas establecidas.
- J El Prestador podrá facturar únicamente aquellas prestaciones efectivamente realizadas y convenidas que hubiere efectuado durante el mes anterior a la presentación de la factura y dentro de los 90 días de realizadas.
- J Las refacturas deberán ser presentadas en forma independiente, separadas de la facturación y en las mismas fechas que las vigentes para las facturas mensuales.
- J Las refacturas deberán ser presentadas dentro de los 60 días de la fecha en que fueran abonadas. Las mismas deberán ir acompañadas con la documentación avalatoria correspondiente y deberán tener el número de la Orden de Pago a la que hacen referencia. Pasado ese tiempo no se reconocerá ningún tipo de reclamo.
- J En todos los casos de autorizaciones previas (internaciones y/o practicas) solicitadas a Directconnection, las mismas deberán tener indicado el lugar de atención en donde se realizaran las prestaciones.
- J La facturación deberá contener un "Resumen de Consultas y Prácticas" (ver planilla adjunta)
- J El afiliado presentará su credencial la que cuenta con las siguientes características:
 - J Tarjeta plástica inalterable
 - J Banda magnética con datos de identificación
 - J Identificación de:
 - o Afiliado, nombre, número y letra
 - o Plan
 - o Si es "Obligatorio" o "Voluntario"
 - o Porcentaje de cobertura de Farmacia
- J El afiliado debe presentar su documento de identidad a fin de evitar de esta forma el uso indebido de la credencial.
- J Cuando solicite la realización de una práctica a efectuar por otro prestador deberá prescribirlo en su propio recetario, preferiblemente con membrete, indicando los datos del Afiliado que surgen de la credencial.
- J En todos los casos, de ser posible, solicitamos marcar con un carbónico en el medio, el embozado de la credencial, sobre los documentos (a modo de voucher) para un mejor control.

Las prácticas de Alta complejidad que requieren autorización deberán ser solicitadas a través de Directconnection.

A modo de ejemplo se mencionan:

- ❖ RMN
- ❖ Videoendoscopías
- ❖ Polisomnografías
- ❖ Punciones bajo control ecográfico
- ❖ Estudios Genéticos
- ❖ Potenciales evocados
- ❖ Laboratorio (ver listado)
- ❖ Cap. 26 (Ver listado)
- ❖ Medicina Nuclear
- ❖ Cámara Gamma
- ❖ Intervenciones quirúrgicas
- ❖ Cualquier otra no detallada considerada de alta complejidad

- J Cuando prescriba un Medicamento lo deberá hacer únicamente en su recetario particular, preferiblemente con membrete, indicando la Obra Social del Afiliado, el número, letra y apellido y nombre, según consta en la credencial.

La facturación será abonada a los 30 (treinta) días de la fecha de presentación en FSST de la misma.

ANEXO V

NORMAS DE AUDITORÍA MÉDICA FSST

Lejos de pretender constituirse en herramientas de débito, las presentes normas están dirigidas a alcanzar objetivos docentes, y de homogeneidad de criterio médico, para facilitar una relación financiador-prestador, cordial, fluida y en el más alto nivel de entendimiento. Como se sabe, el progreso tecnológico y la investigación científica, (ya sean tanto en el campo experimental como clínico-quirúrgico) enriquecen constantemente el conocimiento médico acerca de las enfermedades, su fisiopatología, sus métodos diagnósticos mas apropiados y las diferentes alternativas terapéuticas. Por lo tanto, este conjunto de normas hoy vigentes, estarán sujetas a las modificaciones que el dinamismo de la ciencia y el buen criterio médico, le impongan.

Normas Generales:

1.- Toda facturación correspondiente tanto a pacientes internados como ambulatorios, deberá incluir indefectiblemente el diagnóstico que motivó las prestaciones que se facturan.

2.- Las Prestaciones realizadas deberán guardar estrecha relación con la patología del paciente.

3.- Se reconocerán prestaciones relacionadas con el diagnóstico fisiopatológico, la terapéutica y el re-establecimiento de la función, de acuerdo a normas universalmente reconocidas, y emergentes de la "Medicina basada en la Evidencia". No se reconocerán a las que persigan fines estéticos, o de Investigación Clínica, salvo circunstancias excepcionales, y previamente autorizadas por FSST.

4.- Las prestaciones de mediana y alta complejidad, además del diagnóstico y autorización de FSST, deberán ser solicitadas por el Especialista relacionado con la patología enunciada en el diagnóstico. Cuando tales prestaciones sean gestionadas por otros Médicos (Clínicos, de guardia u otras Especialidades) sólo serán reconocidas, cuando obedezcan a situaciones de urgencia médica, o a motivos fundamentados en estricto criterio médico y sujetos a la aprobación posterior de la Auditoría Médica de FSST.

5.- Toda Internación o Prestación no justificada, así como la utilización indebida (en exceso o tipo) de material descartable o medicación, en Instituciones con Cuerpo Médico Propio, serán debitados, y admitirán refacturación (hasta 60 días después de percibida la liquidación correspondiente), siempre que esté debidamente justificada.

6.- Toda circunstancia que pudiese generar acciones legales por parte del Asociado, deberá ser comunicada de inmediato a esta Auditoría Médica.

7.- Se reconocerán hasta 3 (tres) consultas mensuales para cada afiliado. En caso de requerirse una mayor cantidad de consultas, las mismas deberán fundamentarse con resumen de Historia Clínica que acompañe a la Facturación.

8.- No podrán facturarse más de una Consulta por Especialidad en el mismo día.

9 Además del requerimiento administrativo, esta Auditoría Médica juzga imprescindible, que cada Estudio Diagnóstico y práctica (mediana y alta complejidad) se acompañe en el momento de su facturación, del informe (fotocopia) correspondiente.

10.- Además del requerimiento administrativo, esta Auditoría Médica juzga imprescindible, que cada práctica quirúrgica, ya sea en facturación de gastos, honorarios, y/o ambos se acompañen del parte quirúrgico con la correspondiente firma, aclaración, número de matrícula y sello del Cirujano responsable.

11.- Esta Auditoría Médica, se encuentra a disposición del cuerpo médico prestador para aclarar cualquier duda, de lunes a viernes, en el horario de 9 a 18 hrs. en el número de teléfono 4018-8784.

Normas Particulares de Facturación:

FSST adopta para la auditoría de prestaciones las Normas del Nomenclador Nacional.
En prestaciones No Nomencladas o adaptaciones de lo nomenclado, se adoptan criterios internos que se resumen a continuación:

OFTALMOLOGÍA:

La exoftalmometría, extracción de cuerpo extraño conjuntival, tonometría, fondo de ojo, y refractometrías están incluidas en la consulta.

La dilatación del conducto lacrimonasal con intubación incluye la cateterización del conducto.

La exoftalmología incluye prescripción de cristales, su control posterior, tonometría y fondo de ojo.

OTORRINOLARINGOLOGÍA:

Al realizarse Rinofibroscopía no corresponde facturar honorarios de consultas. En tal circunstancia se procederá al débito. Las RFC diagnósticas deben incluir una antes y las necesarias después del procedimiento.

En el tratamiento simultáneo de la pansinusitis con electrocoagulación de la fosa pterignomaxilar, se considera misma patología y misma vía de abordaje no correspondiendo sumatoria de códigos. Cuando se suma septumplastia se considera misma vía de abordaje pero diferente patología reconociéndose un 50% de los honorarios de la menor.

Módulos de ORL

En ningún caso se realizará sumatoria o multiplicación de códigos por 2 o más, pues cada módulo comprende la corrección de la afección que presente el paciente y lleva implícita todos los pasos y maniobras propios y necesarios, independientemente de la técnica quirúrgica o vía de abordaje.

En aquellos casos excepcionales, en que sea necesario realizar dos cirugías comprendidas en distintos módulos, se abonará solamente el de mayor valor, no existiendo la sumatoria de códigos y/o módulos.

En todos los casos se incluye honorarios del equipo médico (cirujano, ayudante, instrumentadora).

En los honorarios está incluido el uso de instrumental propio, del uso del equipo endoscópico y de criocirugía, y de todos los elementos inherentes al mismo

El módulo incluye todas las consultas y/o controles postoperatorios, los controles endoscópicos y curaciones postoperatorias hasta el alta O.R.L. o 10 días posteriores a la cirugía.

Si se realizara video endoscopia rinosinusal post operatoria, no se deberá facturar por separado, se encontrará incluida en el módulo junto con la consulta.

Si el paciente sometido a V.E.D.(video endoscopia rinosinusal diagnóstica) es intervenido quirúrgicamente, al módulo de cirugía se debitará los valores de la misma.

En todos los casos la cirugía y el módulo solicitado, deberá contar con autorización y auditoría médica previa; caso contrario serán debitados en su totalidad.

Se deberá facturar, junto con el parte quirúrgico, el número de módulo junto con el código que corresponda a la cirugía y esté incluido en el mismo.

CARDIOLOGÍA -CARDIOVASCULAR:

La realización de Ergometrías incluye los trazados electrocardiográficos necesarios antes (para conocer el estado basal del paciente previo al apremio) durante (según la metodología del protocolo empleado) y después de la realización de la prestación (si existieran dudas sobre la recuperación del paciente) independientemente de la cantidad de derivaciones utilizadas.

El ecodoppler cardíaco incluye en su homologación la realización del ecocardiograma 2D.

El doppler arterial y venoso de miembros inferiores se reconoce como una prestación por cada miembro estudiado. No así con el doppler venoso de miembros inferiores que reconoce ambos miembros como una misma prestación.

Cuando se realicen en forma simultánea Angioplastia Coronaria y Estudio Hemodinámico, se reconocerá el 100% de la primera, más el 70% de la segunda.

En los módulos de CCV, caso de fallecimiento dentro de las 48 horas de operado se abonará el 70% del valor del módulo.

ENDOSCOPIAS:

Las prestaciones por endoscopia incluyen la vía de abordaje y no deben admitir sumatoria de aranceles.

Módulos de Laparoscopías

En procedimientos laparoscópicos a los cuales se agregan prestaciones comprendidas en los códigos 08.02. no se reconocerán sumatoria de aranceles.

En aquellos casos en los cuales se facture un cod 08.02.09 (debridamiento intestinal, enterolisis) como única operación no se puede agregar otro cod 08.02.

GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA - CIRUGÍA MAMARIA

Se considera en FSST Evacuación Uterina en el Segundo Trimestre del Embarazo cuando el feto tiene una edad mayor de 22 semanas o pesa mas de 500grs.

En el caso de cirugías de mama con vaciamiento axilar (TALA) no se aplica la Norma del Nomenclador que reconoce solo el 100% la prestación de mayor valor, sino se reconoce además al segundo gesto quirúrgico en un 50%, cuando sea por prestación.

En aquellos casos en que se efectúe exéresis de ganglio centinela se reconocerá el código 09.90.02. Cuando se efectúe la extirpación de nódulo de mama se reconocerá el cod 06.01.08 para diferenciarlo de la realización de la cuadrantectomía a la que le corresponde el cod 06.01.09. La Auditoría Médica procederá al reconocimiento de uno u otro código conforme al informe de Anatomía Patológica.

Módulos de Cirugía Ginecológica por vía no convencional

En aquellos casos, en que sea necesario realizar dos cirugías comprendidas en distintos módulos, se abonará la de mayor valor al 100% y el módulo de la menor al 50%.

En todos los casos que se incluye honorarios del equipo médico (cirujano, ayudante, instrumentadora y Anatomía Patológica).

En los honorarios está incluido el uso de instrumental y de todos los elementos inherentes al mismo.

El módulo incluye todas las consultas y/o controles postoperatorios o hasta 7 días posteriores a la cirugía.

El reconocimiento de Histeroscopías Terapéuticas se hará con el informe de Anatomía Patológica.

En los procedimientos histeroscópicos a los cuales se agregan prestaciones comprendidas en los cod11.02 no se reconocerá sumatoria de aranceles.

TRAUMATOLOGÍA:

En el caso de recambio de prótesis de cadera, se reconoce el código pertinente a la Artroplastia, más el porcentaje de la prótesis estipulado en Normas del Nomenclador, más un 50% por la extracción de la prótesis anterior.

DERMATOLOGÍA:

Las exéresis de lesión de piel deberán acompañarse de informe de anatomía patológica independientemente del número de lesiones tratadas y cuando el caso correspondiera. En caso de reiterarse la misma patología deberán presentar resumen de Historia Clínica. El lipoma gigante (más de 5cm) deberá estar autorizado previamente.

Cuando se realice la consulta de 1º vez más práctica, se reconocerán ambas; en consultas posteriores sólo será reconocida la consulta o la práctica en el curso del mismo año salvo que se trate de diferente patología.

OXÍMETRO:

Se reconoce la utilización de Oxímetro en la realización de una cirugía con anestesia que no sea local o troncular (exceptuada la carotídea). No así en el caso de su reconocimiento para las Unidades de Terapia Intensiva cuya prestación se considera incluida.

HEMOTERAPIA:

En Hemoterapia se adoptan las Normas Internas de FSST.

Ante una:

TRANSFUSIÓN DE SANGRE 24.01.01

TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS: 24.01.02

TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS SEDIMENTADOS: 24.01.03

PLASMA FRESCO CONGELADO

CRIOPRECIPITADOS

Se deberá liquidar los siguientes prácticas por unidad transfundida:

Referencia: ST.: Sangre Total.

GRS.: Glóbulos Rojo Sedimentados

P.: Plasma

PFC.: Plasma Fresco Congelado

CR.: Crioprecipitados.

En receptores Rh +

23.01.63 Grupo sanguíneo ABO (*)

23.02.16 Rh factor D Mayúscula (*)

(*) Solo Honorarios para el receptor, independientemente del N° de transfusiones realizadas, los honorarios y gastos del dador y los gastos del receptor están incluidos en la transfusión según normas del NN

23.01.04 Prueba de Compatibilidad **(por 2 en S.E, resto es por 1)**

23.01.21 Coombs Indirecta, Prueba de cualitativa **(por 1 en GRS, por 3 S.E, por 2 P)**

23.01.70 Hemoglutininas

24.01.14 VDRL en Dador

24.01.15 Huddleson de dador

24.01.16 Chagas Latex en dador

24.01.18 Chagas Hemoglutinación en Dador

24.01.19 Anticuerpo de Hepatitis B en Dador

24.01.20 Anti VIH (Método. Elisa Res. 793/88)

24.90.07 Dadores y 24.90.08 Receptores Hepatitis C (Homologación: 24 01 20 X 2)

24.90.06 Antígeno P24, por (Ley 22990 y Ley SIDA)

24.90.05 Anti Core Hepatitis B (Anti HBC)

24.90.04 Anti HTLV I yII

Subsiguientes:

Idem, excepto 23.01.63 y 23.02.16

En receptores RH (-) se deberá agregar:

23.01.72 Hemoaglutinogenos DU

23.02.14 Rh Factor C Mayúscula

23.02.15 Rh Factor C Minúscula

23.02.16 Rh Factor D Mayúscula

23.02.17 Rh Factor E Mayúscula

23.02.18 Rh Factor E Minúscula

En casos de receptores A / AB, tanto si es RH + o - se deberá liquidar:

23 01 71 Hemoaglutinogenos –subtipos ABO, 1 por cada dador

AFERESIS DE PLAQUETAS (TRANSFUSION DE PLAQUETAS)

Son 10 unidades de plaquetas, se debe liquidar:

23.01.04 Prueba de Compatibilidad

23.01.18 Coagulación y sangría, tiempo

23.01.19 Coagulo, Retracción de

23.01.21 Coombs Indirecta, Prueba de Cualitativa
23.01.78 Hemograma completo
23.02.03 Plaquetas, Recuento
23.02.10 Protrombina, Tiempo de Quick
23.02.29 Tromplastina, Tiempo de Parcial
24.01.05 Plasmaferesis o Eritroferesis
24.01.07 Transfusión de Plaquetas y/o Leucocitos
24.01.14 VDRL en dador
24.01.15 Huddleson de dador
24.01.16 Chagas Latex en dador
24.01.18 Chagas Hemaglutinación en Dador
24.01.19 Anticuerpo de Hepatitis B en Dador
24.01.20 Anti VIH(Met. Elisa Res. 793/88
24.90.07 (Dadores) y 24.90.06 (Receptores) Hepatitis C
24.90.06 Antígeno P 24 (Ley 22990)
24.90.05 Anti Core Hepatitis B (Anti HBc)
24.90.04 Anti HTLV I yII

Material descartable:

1 (un) Set CobeSpetra ACT 300, o similar.

Reserva de Sangre, sin realización de transfusión:

Pte. Rh (+):

23.01.04 Prueba de Compatibilidad
23.01.21 Coombs Indirecta, Prueba de Cualitativa
23.01.63 Grupo Sanguíneo ABO
23.01.70 Hemoaglutininas
23.02.16 Rh Factor D –Mayúscula-

Pte Rh (-) agregar:

23.01.72 Hemoaglutinogenos DU
23.02.14 Rh Factor C Mayúscula
23.02.15 Rh Factor C Minúscula
23.02.16 Rh Factor D Mayúscula
23.02.17 Rh Factor E Mayúscula
23.02.18 Rh Factor E Minúscula

En casos de receptores A / AB, tanto si es RH + o - se deberá liquidar:

23 01 71 Hemoaglutinogenos –subtipos del sistema ABO, 1 por cada dador

Médula Ósea Punción Biopsia

12.04.02 Punción Hueso Coxal-Femur-Humero
12.04.06 Punción Biopsia de cualquier otro hueso
23.01.54 Formula leucocitaria
23.01.80 Hemosiderina, investigación-citoquímica-
23.01.97 Medulograma, mielograma.
23.01.60 Pas y glucógeno
23.02.02 Mieloperoxidasas.

MATERIAL DESCARTABLE:

La utilización de prótesis o material descartable de alto costo (por ejemplo: Catéteres de Swan-Ganz, Stents, sutura mecánica, etc.) se deberán facturar con sus respectivos stickers originales.

LABORATORIO:

Las prestaciones solicitadas deben guardar relación con la patología que motiva la consulta y/o fundamentarse debidamente.

Regirán las normas de Nomenclador Nacional.

ANATOMÍA PATOLÓGICA:

En las prestaciones de Anatomía Patológica deben constar los respectivos informes.

NORMAS OPERATIVAS

Los planes habilitados para la atención de asociados y o beneficiarios APSOT son los siguientes:
APSOT.

COPAGOS:

El plan detallado anteriormente NO contempla el pago de copago.

TELEFONO PARA CONSULTAS:

0800-122-8778

AUTORIZACIONES:

Directconnection – Autorización on-line - <http://directconnection.apsot.com>

AUDITORIA:

4018-8719

4018-8784

Normas de Facturación

-] Las facturas deberán ser presentadas dentro de los cinco primeros días hábiles del mes, en las oficinas de APSOT, Avda. Córdoba 302 PB. (C1054AAP), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
-] No se recibirán facturas fuera de término.
-] Las facturas deberán cumplir con los requisitos impositivos establecidos y estar dirigidas a APSOT, siendo el tipo de documento "B" o "C" según la condición frente al IVA del emisor.
-] Prestadores inscriptos en IVA: facturas tipo "B" con CAI y fecha de vencimiento.
-] Prestadores monotributistas o exento: facturas tipo "C".
-] Las facturas deberán estar acompañadas de la documentación respaldatoria de las prestaciones, de acuerdo a las normas establecidas.
-] El Prestador podrá facturar únicamente aquellas prestaciones efectivamente realizadas y convenidas que hubiere efectuado durante el mes anterior a la presentación de la factura y dentro de los 90 (noventa) días de realizadas.
-] Las refacturas deberán ser presentadas en forma independiente, separadas de la facturación y en las mismas fechas que las vigentes para las facturas mensuales.
-] Las refacturas deberán ser presentadas dentro de los 60 días de la fecha en que fueran abonadas. Las mismas deberán ir acompañadas con la documentación avalatoria correspondiente y deberán tener el número de la Orden de Pago a la que hacen referencia. Pasado ese tiempo no se reconocerá ningún tipo de reclamo.
-] En todos los casos de autorizaciones previas (internaciones y/o prácticas) solicitadas a APSOT, las mismas deberán tener indicado el lugar de atención en donde se realizarán las prestaciones.
-] La facturación deberá contener un resumen de prestaciones con los siguientes requisitos:
 -] Código del Prestador
 -] Nombre y Apellido o Razón Social del Prestador
 -] Fecha de Prestación
 -] Número y Nombre completo del beneficiario
 -] Código de prestación (INOS o Codificación APSOT para No Nomencladas)
 -] Cantidad de prestaciones realizadas con valor unitario por cada una de ellas
 -] Importe PARCIAL por cada paciente
 -] Importe TOTAL de la factura

Recepción de facturas: se deberá incluir la siguiente documentación:

Se deberá discriminar y entregar en dos facturas por separado, la liquidación de prestaciones ambulatorias de la liquidación de prestaciones en internación.

A – PRESTACIONES EN INTERNACION

1.- Resumen por paciente, con la información completa:

-] Pensión.
-] Cirugía (gastos y honorarios de los profesionales intervinientes).
-] Medicamentos y material descartable (nombre comercial, cantidad y presentación).
-] Estudios complementarios (radiología, laboratorio, etc.)

2.- Historia Clínica completa, adjunta al resumen de cada paciente. Debe incluir:

-] Evolución diaria.
-] Indicaciones médicas.
-] Hoja de enfermería.
-] Protocolos quirúrgico y anestésico.
-] Hemoterapia.
-] Informes de laboratorio, radiología, anatomía patológica y de alta complejidad.

-) Firma y sello de los médicos actuantes.
-) Copia de sticker de Prótesis y descartables de alto costo utilizado, que consten en Protocolo Quirúrgico.

3.- Autorización de Internación emitida por APSOT, con fecha de autorización dentro de las 24 horas de producida la misma (48 horas, si es sábado, domingo o feriado) y las prórrogas correspondientes.

4.- Autorización previa emitida por APSOT para todas las prestaciones que así lo requieran.

5.- Original del pedido médico en el caso de las prestaciones autorizadas por fax.

6.- APSOT NO RECONOCERA PRESTACIONES O INTERNACIONES EXCLUIDAS, NO CONTRATADAS Y/O NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE (de corresponder).

En el caso de que no se entregue alguna documentación o ésta esté incompleta, APSOT demorará el pago hasta contar con toda la información requerida.

PLAZO DE PAGO:

La facturación será abonada a los 30 (treinta) días de la fecha de presentación en APSOT de la misma.

ANEXO V

NORMAS DE AUDITORIA MEDICA APSOT

Lejos de pretender constituirse en herramientas de débito, las presentes normas están dirigidas a alcanzar objetivos docentes, y de homogeneidad de criterio médico, para facilitar una relación financiador-prestador, cordial, fluida y en el más alto nivel de entendimiento. Como se sabe, el progreso tecnológico y la investigación científica, (ya sean tanto en el campo experimental como clínico-quirúrgico) enriquecen constantemente el conocimiento médico acerca de las enfermedades, su fisiopatología, sus métodos diagnósticos más apropiados y las diferentes alternativas terapéuticas. Por lo tanto, este conjunto de normas hoy vigentes, estarán sujetas a las modificaciones que el dinamismo de la ciencia y el buen criterio médico, le impongan.

Normas Generales:

1.- Toda facturación correspondiente tanto a pacientes internados como ambulatorios, deberá incluir indefectiblemente el diagnóstico que motivó las prestaciones que se facturan.

2.- Las Prestaciones realizadas deberán guardar estrecha relación con la patología del paciente.

3.- Se reconocerán prestaciones relacionadas con el diagnóstico fisiopatológico, la terapéutica y el re-establecimiento de la función, de acuerdo a normas universalmente reconocidas, y emergentes de la "Medicina basada en la Evidencia". No se reconocerán a las que persigan fines estéticos, o de Investigación Clínica, salvo circunstancias excepcionales, y previamente autorizadas por APSOT.

4.- Las prestaciones de mediana y alta complejidad, además del diagnóstico y autorización de APSOT, deberán ser solicitadas por el Especialista relacionado con la patología enunciada en el diagnóstico. Cuando tales prestaciones sean gestionadas por otros Médicos (Clínicos, de guardia u otras Especialidades) sólo serán reconocidas, cuando obedezcan a situaciones de urgencia médica, o a motivos fundamentados en estricto criterio médico y sujetos a la aprobación posterior de la Auditoría Médica de APSOT.

5.- Toda Internación o Prestación no justificada, así como la utilización indebida (en exceso o tipo) de material descartable o medicación, en Instituciones con Cuerpo Médico Propio, serán debitados, y admitirán refacturación (hasta 60 días después de percibida la liquidación correspondiente), siempre que este debidamente justificada.

6.- Toda circunstancia que pudiese generar acciones legales por parte del Asociado, deberá ser comunicada de inmediato a esta Auditoría Médica.

7.- Se reconocerán hasta 3 (tres) consultas mensuales para cada afiliado. En caso de requerirse una mayor cantidad de consultas, las mismas deberán fundamentarse con resumen de Historia Clínica que acompañe a la Facturación.

8.- No podrán facturarse más de una Consulta por Especialidad en el mismo día.

9 Además del requerimiento administrativo, esta Auditoría Médica juzga imprescindible, que cada Estudio Diagnóstico y práctica (mediana y alta complejidad) se acompañe en el momento de su facturación, del informe (fotocopia) correspondiente.

10.- Además del requerimiento administrativo, esta Auditoría Médica juzga imprescindible, que cada práctica quirúrgica, ya sea en facturación de gastos, honorarios, y/o ambos se acompañen

del parte quirúrgico con la correspondiente firma, aclaración, número de matrícula y sello del Cirujano responsable.

11.- Esta Auditoría Médica, se encuentra a disposición del cuerpo médico prestador para aclarar cualquier duda, de lunes a viernes, en el horario de 9 a 18 hrs. en el número de teléfono **4018-8719 / 4018-8784.**

Normas Particulares de Facturación:

APSOT adopta para la auditoría de prestaciones las Normas del Nomenclador Nacional. En prestaciones No Nomencladas o adaptaciones de lo nomenclado, se adoptan criterios internos que se resumen a continuación:

OFTALMOLOGÍA:

La exoftalmometría, extracción de cuerpo extraño conjuntival, tonometría, fondo de ojo, y refractometrías están incluidas en la consulta.

La dilatación del conducto lacrimonasal con intubación incluye la cateterización del conducto.

La exoftalmología incluye prescripción de cristales, su control posterior, tonometría y fondo de ojo.

OTORRINOLARINGOLOGIA:

Al realizarse Rinofibroscopía no corresponde facturar honorarios de consultas. En tal circunstancia se procederá al débito. Las RFC diagnósticas deben incluir una antes y las necesarias después del procedimiento.

En el tratamiento simultáneo de la pansinusitis con electrocoagulación de la fosa pterignomaxilar, se considera misma patología y misma vía de abordaje no correspondiendo sumatoria de códigos. Cuando se suma septumplastia se considera misma vía de abordaje pero diferente patología reconociéndose un 50% de los honorarios de la menor.

Módulos de ORL

En ningún caso se realizará sumatoria o multiplicación de códigos por 2 o más, pues cada módulo comprende la corrección de la afección que presente el paciente y lleva implícita todos los pasos y maniobras propios y necesarios, independientemente de la técnica quirúrgica o vía de abordaje.

En aquellos casos excepcionales, en que sea necesario realizar dos cirugías comprendidas en distintos módulos, se abonará solamente el de mayor valor, no existiendo la sumatoria de códigos y/o módulos.

En todos los casos se incluye honorarios del equipo médico (cirujano, ayudante, instrumentadora).

En los honorarios está incluido el uso de instrumental propio, del uso del equipo endoscópico y de criocirugía, y de todos los elementos inherentes al mismo

El módulo incluye todas las consultas y/o controles postoperatorios, los controles endoscópicos y curaciones postoperatorias hasta el alta O.R.L. o 10 días posteriores a la cirugía.

Si se realizara video endoscopia rinosinusal post operatoria, no se deberá facturar por separado, se encontrará incluida en el módulo junto con la consulta.

Si el paciente sometido a V.E.D.(video endoscopia rinosinusal diagnóstica) es intervenido quirúrgicamente, al módulo de cirugía se debitará los valores de la misma.

En todos los casos la cirugía y el módulo solicitado, deberá contar con autorización y auditoría médica previa; caso contrario serán debitados en su totalidad.

Se deberá facturar, junto con el parte quirúrgico, el número de módulo junto con el código que corresponda a la cirugía y esté incluido en el mismo.

CARDIOLOGÍA -CARDIOVASCULAR:

La realización de Ergometrías incluye los trazados electrocardiográficos necesarios antes (para conocer el estado basal del paciente previo al apremio) durante (según la metodología del protocolo empleado) y después de la realización de la prestación (si existieran dudas sobre la recuperación del paciente) independientemente de la cantidad de derivaciones utilizadas.

El ecodoppler cardíaco incluye en su homologación la realización del ecocardiograma 2D.

El doppler arterial y venoso de miembros inferiores se reconoce como una prestación por cada miembro estudiado. No así con el doppler venoso de miembros inferiores que reconoce ambos miembros como una misma prestación.

Cuando se realicen en forma simultánea Angioplastia Coronaria y Estudio Hemodinámico, se reconocerá el 100% de la primera, más el 80% de la segunda.

En los módulos de CCV, caso de fallecimiento dentro de las 48 horas de operado se abonará el 70% del valor del módulo.

ENDOSCOPIAS:

Las prestaciones por endoscopia incluyen la vía de abordaje y no deben admitir sumatoria de aranceles.

Módulos de Laparoscopías

En procedimientos laparoscópicos a los cuales se agregan prestaciones comprendidas en los códigos 08.02. no se reconocerán sumatoria de aranceles.

En aquellos casos en los cuales se facture un cod 08.02.09 (debridamiento intestinal, enterolisis) como única operación no se puede agregar otro cod 08.02.

GINECOLOGIA - OBSTETRICIA - CIRUGÍA MAMARIA

Se considera en APSOT Evacuación Uterina en el Segundo Trimestre del Embarazo cuando el feto tiene una edad mayor de 22 semanas o pesa mas de 500grs.

En el caso de cirugías de mama con vaciamiento axilar (TALA) no se aplica la Norma del Nomenclador que reconoce solo el 100% la prestación de mayor valor, sino se reconoce además al segundo gesto quirúrgico en un 50%,cuando sea por prestación.

En aquellos casos en que se efectúe exéresis de ganglio centinela se reconocerá el código 09.90.02.

Cuando se efectúe la extirpación de nódulo de mama se reconocerá el cod 06.01.08 para diferenciarlo de la realización de la cuadrantectomía a la que le corresponde el cod 06.01.09. La Auditoría Médica procederá al reconocimiento de uno u otro código conforme al informe de Anatomía Patológica.

Módulos de Cirugía Ginecológica por vía no convencional

En aquellos casos, en que sea necesario realizar dos cirugías comprendidas en distintos módulos, se abonará la de mayor valor al 100% y el módulo de la menor al 50%.

En todos los casos que se incluye honorarios del equipo médico (cirujano, ayudante, instrumentadora y Anatomía Patológica).

En los honorarios está incluido el uso de instrumental y de todos los elementos inherentes al mismo.

El módulo incluye todas las consultas y/o controles postoperatorios o hasta 7 días posteriores a la cirugía.

El reconocimiento de Histeroscopías Terapéuticas se hará con el informe de Anatomía Patológica.

En los procedimientos histeroscópicos a los cuales se agregan prestaciones comprendidas en los cod11.02 no se reconocerá sumatoria de aranceles.

TRAUMATOLOGIA:

En el caso de recambio de prótesis de cadera, se reconoce el código pertinente a la Artroplastia, más el porcentaje de la prótesis estipulado en Normas del Nomenclador, más un 50% por la extracción de la prótesis anterior.

DERMATOLOGIA:

Las exéresis de lesión de piel deberán acompañarse de informe de anatomía patológica independientemente del número de lesiones tratadas y cuando el caso correspondiera. En caso de

reiterarse la misma patología deberán presentar resumen de Historia Clínica. El lipoma gigante (más de 5cm) deberá estar autorizado previamente.

Cuando se realice la consulta de 1º vez más práctica, se reconocerán ambas; en consultas posteriores sólo será reconocida la consulta o la práctica en el curso del mismo año salvo que se trate de diferente patología.

OXIMETRO:

Se reconoce la utilización de Oxímetro en la realización de una cirugía con anestesia que no sea local o troncular (exceptuada la carotidea). No así en el caso de su reconocimiento para las Unidades de Terapia Intensiva cuya prestación se considera incluida.

HEMOTERAPIA:

En Hemoterapia se adoptan las Normas Internas de APSOT.

Ante una:

TRANSFUSION DE SANGRE 24.01.01

TRANSFUSION DE PLAQUETAS: 24.01.02

TRANSFUSION DE GLOBULOS SEDIMENTADOS: 24.01.03

PLASMA FRESCO CONGELADO

CRIOPRECIPITADOS

Se deberá liquidar los siguientes prácticas por unidad transfundida:

Referencia: ST.: Sangre Total.

GRS.: Glóbulos Rojo Sedimentados

P.: Plasma

PFC.: Plasma Fresco Congelado

CR.: Crioprecipitados.

En receptores Rh +

23.01.63 Grupo sanguíneo ABO (*)

23.02.16 Rh factor D Mayúscula (*)

(*) Solo Honorarios para el receptor, independientemente del N° de transfusiones realizadas, los honorarios y gastos del dador y los gastos del receptor están incluidos en la transfusión según normas del NN

23.01.04 Prueba de Compatibilidad **(por 2 en S.E, resto es por 1)**

23.01.21 Coombs Indirecta, Prueba de cualitativa **(por 1 en GRS, por 3 S.E, por 2 P)**

23.01.70 Hemoglutininas

24.01.14 VDRL en Dador

24.01.15 Huddleson de dador

24.01.16 Chagas Latex en dador

24.01.18 Chagas Hemoglutinación en Dador

24.01.19 Anticuerpo de Hepatitis B en Dador

24.01.20 Anti VIH (Método. Elisa Res. 793/88)

24.90.07 Dadores y 24.90.08 Receptores Hepatitis C (Homologación: 24 01 20 X 2)

24.90.06 Antígeno P24, por (Ley 22990 y Ley SIDA)

24.90.05 Anti Core Hepatitis B (Anti HBC)

24.90.04 AntiHTLV IyII

Subsiguientes:

Idem, excepto 23.01.63 y 23.02.16

En receptores RH (-) se deberá agregar:

23.01.72 Hemoaglutinogenos DU

23.02.14 Rh Factor C Mayúscula

23.02.15 Rh Factor C Minúscula

23.02.16 Rh Factor D Mayúscula

23.02.17 Rh Factor E Mayúscula

23.02.18 Rh Factor E Minúscula

En casos de receptores A / AB, tanto si es RH + o - se deberá liquidar:

23 01 71 Hemoaglutinogenos –subtipos ABO, 1 por cada dador
AFERESIS DE PLAQUETAS (TRANSFUSION DE PLAQUETAS)

Son 10 unidades de plaquetas, se debe liquidar:

23.01.04 Prueba de Compatibilidad
23.01.18 Coagulación y sangría, tiempo
23.01.19 Coagulo, Retracción de
23.01.21 Coombs Indirecta, Prueba de Cualitativa
23.01.78 Hemograma completo
23.02.03 Plaquetas, Recuento
23.02 .10 Protrombina, Tiempo de Quick
23.02.29 Tromplastina, Tiempo de Parcial
24.01.05 Plasmaferesis o Eritroferesis
24.01.07 Transfusión de Plaquetas y/o Leucocitos
24.01.14 VDRL en dador
24.01.15 Huddlessen de dador
24.01.16 Chagas Latex en dador
24.01.18 Chagas Hemaglutinación en Dador
24.01.19 Anticuerpo de Hepatitis B en Dador
24.01.20 Anti VIH(Met. Elisa Res. 793/88
24.90.07 (Dadores) y 24.90.06 (Receptores) Hepatitis C
24.90.06 Antígeno P 24 (Ley 22990)
24.90.05 Anti Core Hepatitis B (Anti HBc)
24.90.04 Anti HTLV I yII

Material descartable:

1 (un) Set CobeSpetra ACT 300, o similar.

Reserva de Sangre, sin realización de transfusión:

Pte. Rh (+):

23.01.04 Prueba de Compatibilidad
23.01.21 Coombs Indirecta, Prueba de Cualitativa
23.01.63 Grupo Sanguíneo ABO
23.01.70 Hemoaglutininas
23.02.16 Rh Factor D –Mayúscula-

Pte Rh (-) agregar:

23.01.72 Hemoaglutinogenos DU
23.02.14 Rh Factor C Mayúscula
23.02.15 Rh Factor C Minúscula
23.02.16 Rh Factor D Mayúscula
23.02.17 Rh Factor E Mayúscula
23.02.18 Rh Factor E Minúscula

En casos de receptores A / AB, tanto si es RH + o - se deberá liquidar:

23 01 71 Hemoaglutinogenos –subtipos del sistema ABO, 1 por cada dador

Medula Osea Punción Biopsia

12.04.02 Punción Hueso Coxal-Femur-Humero
12.04.06 Punción Biopsia de cualquier otro hueso
23.01.54 Formula leucocitaria
23.01.80 Hemosiderina, investigación-citoquímica-
23.01.97 Medulograma, mielograma.
23.01.60 Pas y glucógeno
23.02.02 Mieloperoxidasas.

MATERIAL DESCARTABLE:

La utilización de prótesis o material descartable de alto costo (por ejemplo: Catéteres de Swan-Ganz, Stents, sutura mecánica, etc.) se deberán facturar con sus respectivos stickers originales.

LABORATORIO:

Las prestaciones solicitadas deben guardar relación con la patología que motiva la consulta y/o fundamentarse debidamente.

Regirán las normas de Nomenclador Nacional.

ANATOMIA PATOLOGICA:

En las prestaciones de Anatomía Patológica deben constar los respectivos informes.