



NORMAS DE AUDITORIA MÉDICA



Asociación Mutual

SanCorSalud

Grupo SanCor Salud

ÍNDICE

1. CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA PARA LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES	Pág. 5
2. PRESTACIONES EN AMBULATORIO	Pág. 6
2.1 Requisitos Generales	Pág. 6
2.2 Prestaciones que deben ser facturadas con Informe	Pág. 6
2.3 Modalidad de facturación ante la prescripción de más de un (1) código	Pág. 7
3. PRESTACIONES EN INTERNACIÓN	Pág. 7
3.1 Formularios de Autorización	Pág. 7
3.2 Documentación respaldatoria	Pág. 7
3.3 Fecha de presentación	Pág. 7
4. INFORMACION DE INTERÉS	Pág. 8
5. ANEXO I: DETALLE DE PRÁCTICAS EN “AMBULATORIO” QUE DEBEN SER FACTURADAS CON INFORME	Pág. 8
6. ANEXO II: DETALLE MODALIDAD DE FACTURACIÓN ANTE LA PRESCRIPCIÓN DE MÁS DE UN CÓDIGO	Pág 10

Lo comprendido en estas Normas de Auditoría Médica son aplicables a todos los Planes de SanCor Salud y de los Productos AMS GRAV y AMS NO GRAV.

1. CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA PARA LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES

En los puntos que se detallan a continuación se explicitan los requisitos generales que se deberán tener en cuenta a fin de efectuar una correcta facturación.

1.1 Los Pedidos Médicos, Planillas, Órdenes y Formularios deberán contar con los siguientes datos: nombre, apellido y número del Asociado, descripción de la práctica, diagnóstico, fecha, firma y sello del profesional actuante, conformidad del Asociado (con firma, aclaración y DNI).

1.2 El diagnóstico detallado en los Pedidos Médicos deberá ser legible. (*)

1.3 No se podrán facturar prestaciones prescriptas y realizadas por el mismo profesional que no correspondan a su especialidad. (*)

1.4 Se deberá facturar con el código de la prestación pactada en el convenio. (*)

1.5 Para la facturación de prácticas se deberá adjuntar el Pedido Médico, Planilla, Orden, Formulario de Autorización Previa, Formulario Aviso de Internación y/o archivos de prestaciones correspondientes. Queda exceptuada de este requerimiento la facturación de las prácticas contempladas en las órdenes provistas a Asociados inscriptos en el Programa de Diabetes Mellitus. (*)

1.6 Las prestaciones realizadas por sesión, deberán facturarse adjuntando el Pedido Médico, detallando la fecha de realización de cada una de las mismas y con la firma de conformidad del Asociado. Esta normativa también es válida para la Rehabilitación del Cardiópata. (*)

1.7 Las prestaciones deberán ser facturadas teniendo en cuenta las Normas del Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Normas de Auditoría definidas por Asociación Mutual SanCor Salud, según se detallan en el ítem 2. (*)

1.8 Es importante no perforar ni obstruir los códigos de barra en las Órdenes y/o Formularios, a fin de permitir su correcta lectura.

(*) El incumplimiento de este punto habilitará a la aplicación de un DEBITO EN FIRME no refacturable y sin envío de la documentación al prestador.

1.9 Normas aplicables a prestadores que validan las prestaciones en forma On Line:

1.9.1 Deberán realizar la presentación de la documentación respaldatoria impresa o en soporte digital.

Si se realizó la validación del Asociado y en el informe de la práctica están el nombre, apellido y número de matrícula del profesional interviniente, no es necesario la firma ni del Asociado ni del Profesional.

1.9.2 Al presentar validación de las prácticas, podrán optar por hacerlo en forma individual por Asociado o bien adjuntando el reporte mensual (informe de pre-liquidación).

2. PRESTACIONES EN AMBULATORIO

Además de lo mencionado en el ítem 1, es importante que al momento de facturar, cumplan con las siguientes **Normas de Auditoría Médica**, a fin de evitar DÉBITOS y/o DEVOLUCIONES.

2.1 REQUISITOS GENERALES

2.1.1 Las prestaciones deben ser facturadas dentro del término establecido de 90 días posteriores a su realización. (*)

2.1.2 A partir de la cuarta consulta efectuada por el mismo profesional a un mismo Asociado dentro del mismo mes, deberá adjuntarse a la factura el Informe Médico correspondiente. (*)

2.1.3 En el caso de que un Asociado haya realizado dos (2) consultas en el mismo día y con el mismo profesional, deberá adjuntarse a la factura el Informe Médico que clarifique esa necesidad. (*)

2.1.4 Para las prácticas que requieran de Autorización Previa, deberá presentarse junto a la factura el Formulario autorizado y el Pedido Médico. (*)

2.2 PRESTACIONES QUE DEBEN SER FACTURADAS CON INFORME MÉDICO

Todo procedimiento ambulatorio debe ser acompañado del Informe de resultado correspondiente. Se especifican las prácticas alcanzadas por esta normativa en el Punto 5 Anexo I "DETALLE DE PRÁCTICAS QUE DEBEN SER FACTURADAS CON INFORME". (*)

Como así también en el caso que se haya realizado toma de material biológico deberá presentar indefectiblemente el Informe de Anatomía Patológica. (*)

(*) El incumplimiento de este punto habilitará a la aplicación de un DEBITO EN FIRME no refacturable y sin envío de la documentación al prestador.

2.3 MODALIDAD DE FACTURACIÓN ANTE LA PRESCRIPCIÓN DE MÁS DE UN CÓDIGO

Ante la prescripción de más de un código de un mismo servicio, se aplicará la normativa explicada en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas, se adjunta en el Punto 6 Anexo II “DETALLE MODALIDAD DE FACTURACIÓN ANTE LA PRESCRIPCIÓN DE MÁS DE UN CÓDIGO”

3. PRESTACIONES EN INTERNACIÓN

Además de lo mencionado en el ítem 1, es importante al momento de facturar, cumplan con las siguientes **Normas de Auditoría Médica**.

La facturación de “todas” las internaciones deberá realizarse cumplimentando los requisitos referidos a Formularios y Documentación Respaldata que se detallan a continuación:

3.1 FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN

Deberán adjuntar los Formularios N° 6 Aviso de Internación y los de Prórrogas correspondientes, y en los casos que la cirugía se efectúe luego de emitir el Formulario N° 6, también deberán enviar el Formulario N° 4 Prestaciones que requieren Autorización Previa con la autorización del código quirúrgico. (*)

3.2 DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

La Historia Clínica debe estar cumplimentada con letra legible y sin abreviaturas, en la que se detalle. (*)

- * Datos completos el Asociado.
- * Fecha y hora de ingreso/egreso.
- * Diagnóstico, evolución diaria con firma y sello del médico.
- * Diagnóstico de egreso (epicrisis).
- * Cuando se efectúen interconsultas y prácticas deberá explicitarse en la Historia Clínica y adjuntar el/los informes de los mismos.
- * En el caso de internaciones quirúrgicas, deberán facturarse con el Protocolo Quirúrgico y las correspondientes Hojas de Enfermería (todo confeccionado con letra legible).
- * En los procedimientos que incluya la colocación de **material protésico** (de cualquier tipo), el informe del mismo debe estar acompañado del **sticker** correspondiente.
- * En las prácticas que incluya la toma de **material biológico**, deberán adjuntar el **Informe de Anatomía Patológica**.

3.3 FECHA DE PRESENTACIÓN

Las prestaciones deberán ser facturadas dentro del término de 120 días posteriores a su realización. (*)

(*) El incumplimiento de este punto habilitará a la aplicación de un DEBITO EN FIRME no refacturable y sin envío de la documentación al prestador.

4. INFORMACIÓN DE INTERÉS

4.1 Las mencionadas Normas en este documento son válidas para todos los convenios, independientemente de la modalidad de facturación.

4.2 El reclamo de débitos efectuados, deberá canalizarse a través de la dirección de e-mail **analisis.debitosprestadores@sancorsalud.com.ar**, adjuntando el número de presentación de la Planilla de Débitos correspondiente, dentro de los 60 días corridos de recepcionado el pago, vencido ese plazo no se dará curso al reclamo.

4.3 El incumplimiento de cualquiera de los requisitos especificados en este documento, originará la DEVOLUCIÓN de las facturaciones o DÉBITOS de las prestaciones.

5. ANEXO I: DETALLE DE PRÁCTICAS EN “AMBULATORIO” QUE DEBEN SER FACTURADAS CON INFORME.

ANEXO I

DETALLE DE PRACTICAS EN "AMBULATORIO" QUE DEBEN SER FACTURADAS CON INFORME

CODIGO	DESCRIPCIÓN
CAPITULO 01.07 - PROCEDIMIENTOS NEURORRADIOLOGICOS	
01.07.01	VENTRICULOGRAFIA POR INYECCION DE MEDIO CONTRASTE -LIQUIDO O GASEOSO
01.07.02	PAN-ARTERIOGRAFIA CEREBRAL POR CATETERISMO. UNI O BILATERAL.
01.07.03	ARTERIOGRAFIA CAROTIDEA O VERTEBRAL. (POR DISECCION O PUNCION DIRECTA).
01.07.04	NEUMOENCEFALOVENTRICULOGRAFIA FRACCIONADA (CISTERNOGRAFIA).
01.07.05	MIEOGRAFIA ASCENDENTE O DESCENDENTE. CISTERNOGRAFIA. MIELOGRAFIA. RADICULOGRAFIA.
01.07.06	DISCOGRAFIA. NEUROGRAFIA. EPIDUROGRAFIA.
CAPITULO 02 - OPERACIONES EN EL APARATO DE LA VISION	
	CIRUGIAS OFTALMOLOGICAS E INTERVENCIONES CON LASER SE DEBERÁ ADJUNTAR PROTOCOLO ADEMÁS DEL PARTE ANESTÉSICO EN CASO QUE LO HUBIERA Y CUMPLIR CON LOS REQUISITOS HABITUALES
CAPITULO 07.07 - PROCEDIMIENTOS ANGIO-CARDIORRADIOLOGICOS	
07.07.01	CATETERISMO DE CORAZON PARA DIAGNOSTICO
07.07.02	CARDIOGRAFIA-ANGIOCARDIOGRAFIA
07.07.03	CORONARIOGRAFIA SELECTIVA DE CORONARIA IZQUIERDA Y/O DERECHA
07.07.04	AORTOGRAFIA POR PUNCION LUMBAR.
07.07.05	AORTOGRAFIA POR CATETERISMO FEMORAL.
07.07.06	AORTOGRAFIA ABDOMINAL Y ESTUDIO SELECTIVO DE LAS ARTERIAS DEL CAYADO AORTICO Y DEL CUELLO
07.07.07	AORTOGRAFIA TORACICA Y/O ESTUDIO SELECTIVO DE LAS ARTERIAS DEL CAYADO AORTICO Y DEL CUELLO
07.07.08	AORTOGRAFIA ABDOMINAL Y ESTUDIO SELECTIVO DE TRONCO CELIACO, MESENERICA SUPERIOR E INFERIOR, RENALES Y/O SUS RAMAS, POR CATETERISMO HUMERAL O FEMORAL (TIEMPO ARTERIAL, PARENQUIMATOSO Y
07.07.09	CAVOGRAFIA ABDOMINAL Y/O TORACICA Y/O SELECTIVA DE SUS AFLUENTES
07.07.10	ACIOGRAFIA POR PUNCION TRANSOSEA.
07.07.11	FLEBOGRAFIA DEL SENO PETROSO (BILATERAL).
07.07.12	ARTERIOGRAFIA SELECTIVA DE ARTERIAS INTERCOSTALES LUMBARES BILATERAL.
07.07.13	FLEBOGRAFIA SUPRARRENAL BILATERAL CON EXTRACCION DE MUESTRAS PARA DOSAJE HORMONAL.
07.07.14	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA POR PUNCION.
07.07.16	FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIOR O SUPERIOR.

07.07.71	ANGIOGRAFIA DIGITAL DE VASOS DEL CUELLO
07.07.74	ARTERIOGRAFIA + AORTOGRAFIA
07.07.76	ANGIOGRAFIA PULMONAR
07.07.78	ANGIOGRAFIA FISTULA HEMODIALISIS
07.07.80	ANGIOGRAFIA ROTACIONAL CON RECONSTRUCCION 3D
07.07.81	ANGIOGRAFIA MEDULAR
CAPITULO 13- OPERACIONES EN LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	
	EN CASO QUE SE REALICE TOMA DE ALGÚN MATERIAL BIOLÓGICO DEBE PRESENTAR EL INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
CAPITULO 14- ALERGIA	
14.01.01	TESTIFICACION TOTAL.
14.01.02	TESTIFICACION PARCIAL.
14.01.03	TESTIFICACION POR DROGAS
CAPITULO 15- ANATOMIA PATOLÓGICA	
	TODOS LOS CÓDIGOS
CAPITULO 17- CARDIOLOGÍA	
	TODOS LOS CODIGOS, EXCEPTO 17.01.01 (ELECTROCARDIOGRAMA); 17.01.17 Y 17.01.89 (REHABILITACION DEL CARDIÓPATA) DEBEN FACTURARSE CON FECHA Y FIRMA DEL ASOCIADO
CAPITULO 18- ECOGRAFIA	
	TODOS LOS CÓDIGOS
CAPITULO 20- GASTROENTEROLOGIA	
	TODOS LOS CODIGOS, EXCEPTO 20.01.27 ANOSCOPIA Y 20.01.73 USO DE BOMBA
CAPITULO 22- GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	
22.01.03	TEST DE SIMS-HUNER.
22.01.04	ESTUDIO DEL MOCO CERVICAL. CON MICROSCOPIO
22.01.71	MODULO PATOLOGIA CERVICAL
22.02.01	AMNIOSCOPIA.
22.02.02	MONITOREO FETAL.
22.03.01	ESTUDIO DE MADURACION PULMONAR FETAL
22.04.01	ESPECTROFOTOMETRIA DEL LIQUIDO AMNIOTICO
CAPITULO 23- HEMATOLOGIA-INMUNOLOGIA	
	TODOS LOS CODIGOS
CAPITULO 26- MEDICINA NUCLEAR	
	TODOS LOS CODIGOS
CAPITULO 28- NEUMONOLOGIA	
	TODOS LOS CODIGOS
CAPITULO 29- NEUROLOGIA	
	TODOS LOS CODIGOS
CAPITULO 30 - OFTALMOLOGIA	
	TODOS LOS CODIGOS QUE CORRESPONDEN A ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO
CAPITULO 31- OTORRINOLARINGOLOGIA	
	TODOS LOS CODIGOS QUE CORRESPONDEN A ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO
CAPITULO 33- SALUD MENTAL	
33.01.11	PRUEBAS PSICOMETRICAS (BATERIA DE UN MINIMO DE CUATRO TESTS).
33.01.12	PRUEBAS PROYECTIVAS. PERFIL DE PERSONALIDAD (BATERIA DE UN MINIMO DE 4 TESTS).
CAPITULO 34- RADIOLOGIA	
	TODOS LOS CODIGOS DE ESTUDIOS CONTRASTADOS, TAC Y RMN
CAPITULO 36- UROLOGIA	
	TODOS LOS CODIGOS QUE CORRESPONDEN A ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO

6. ANEXO II: DETALLE DE MODALIDAD DE FACTURACIÓN ANTE LA PRESCRIPCIÓN DE MÁS DE UN CÓDIGO

ANEXO II
DETALLE MODALIDAD DE FACTURACION ANTE LA PRESCRIPCIÓN DE MÁS DE UN CÓDIGO

SI SE FACTURA		SE ABONA
CODIGO	DESCRIPCIÓN	
CAPITULO 15 - ANATOMIA PATOLOGICA		
15.01.06	CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOGICA.	15.01.06
15.01.07	CITOLOGIA EXFOLIATIVA HORMONAL. CADA 4 EXTENDIDOS.	
CAPITULO 18 - ECOGRAFIA		
18.01.12	ECOGRAFIA COMPLETA DE ABDOMEN.	18.01.12
18.01.16	ECOGRAFIA RENAL BILATERAL.	
18.01.13	ECOGRAFIA HEPATO BILIAR, ESPLENICA O TORACICA.	18.01.12
18.01.16	ECOGRAFIA RENAL BILATERAL.	
18.06.01	ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS.	18.01.12
18.01.12	ECOGRAFIA COMPLETA DE ABDOMEN.	
18.01.12	ECOGRAFIA COMPLETA DE ABDOMEN.	18.01.12 y 18.01.14
18.01.14	ECOGRAFIA DE VEJIGA O PROSTATA C/S TRANSDUCTOR RECTAL.	
18.01.16	ECOGRAFIA RENAL BILATERAL	
18.01.18	ECOGRAFIA PANCREATICA O SUPRARRENAL.	18.01.12
18.01.12	ECOGRAFIA COMPLETA DE ABDOMEN.	
18.01.14 X 2	ECOGRAFIA DE VEJIGA O PROSTATA C/S TRANSDUCTOR RECTAL. (pre-postmiccional) corresponde abonar por 1	18.01.14 x 1
CAPITULO 34 - RADIOLOGIA		
34.10.08	T.A.C. COMPLETA DE ABDOMEN. I	34.10.08
34.10.12	T.A.C. DE OTROS ORGANOS O REGIONES	

