

## ANEXO I

### NORMAS OPERATIVAS PARA ATENCIÓN DE ASOCIADOS DE UAI SALUD

#### IDENTIFICACIÓN DE SOCIOS

Podrán requerir asistencia médica quienes acrediten su condición de asociados presentando:

**CREDENCIAL UAI SALUD VIGENTE Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD (CREDENCIAL FISICA O VIRTUAL)**



#### **ELEGIBILIDAD ELECTRONICA**

Con la acreditación de la identidad del afiliado, se debe validar estado de cobertura por elegibilidad por los diferentes canales de comunicación (Web, postnet, app y/o telefónicamente en la empresa contratada) el asociado queda habilitado al uso en forma inmediata de los servicios de emergencias o urgencias médicas.

#### **NOTA DE ATENCIÓN**

Serán emitidas "notas de atención" por parte de UAISALUD en caso de excepciones. Las mismas tendrán validez para la atención del afiliado mencionado sin la necesidad de elegibilidad.

#### **COPAGOS**

Si el socio abona copago, la credencial estará identificada con la leyenda **C COP**. En estos casos el asociado deberá abonar en el momento de la consulta o práctica la suma establecida para las visitas o prácticas médicas. De estar **exento** del pago del mismo, se identificará con la leyenda **S COP**. En este último caso el

asociado accederá a los servicios con la sola presentación de la credencial y su DNI, sin abonar adicional alguno.

### **SOCIOS INHABILITADOS.**

- La validación del estado de los socios se efectuará a través de la empresa **Traditum** de manera on line por pos, IVR o Internet. El medio de validación será seleccionado de acuerdo a la comodidad e infraestructura del prestador.  
Progresivamente aplicaremos nuevos servicios como la autorización on line a fin de maximizar tiempos y brindar mayor calidad de atención

### **AMBULATORIO**

La atención médica por guardia (consulta de urgencia) contempla los estudios que de la misma deriven. El importe de los estudios, medicamentos y material descartable que correspondan a la atención de urgencia deberá ser facturado a Uai Salud y bajo ningún concepto será abonado por el afiliado.

En caso de que las prácticas derivadas de la consulta requieran autorización (ver anexo Prácticas que requieren autorización), la misma se deberá tramitar por los canales habilitados a tal fin ([autorizaciones@uaisalud.com.ar](mailto:autorizaciones@uaisalud.com.ar)). La respuesta a las mismas serán brindadas de lunes a viernes de 9 a 18 hs. En caso de urgencias contactarse al 0810-222-9471 .

### **Sesiones de kinesiología y/o fonoaudiología**

Cada vez que el socio concurre a una sesión de rehabilitación debe firmar la planilla que UAI Salud provee para tal fin, además de validar la prestación por los canales antes mencionados.

Con la facturación del tratamiento debe presentarse la planilla enunciada, la validación y/o número de la misma y la orden médica, en la que consta la cantidad de sesiones y el diagnóstico.

La facturación deberá ser presentada cuando se haya finalizado el tratamiento.

### **Medicamentos y descartables específicos, especiales, sustancias de contraste y radioactivo**

En el caso de prácticas que requieran material descartable, de contraste, radioisótopos o medicamentos, que no se encuentren incluidos dentro de la normativa o valores acordados, el asociado deberá presentar la autorización correspondiente de UAI SALUD. En caso de que estos requisitos no se cumplan y el estudio fuera urgente, el prestador podrá solicitar directamente la autorización de la práctica a UAI SALUD ( [autorizaciones@uaisalud.com.ar](mailto:autorizaciones@uaisalud.com.ar) o [auditoriamedica@uaisalud.com.ar](mailto:auditoriamedica@uaisalud.com.ar) ) Luego de ser autorizada se procederá a facturar la misma de acuerdo a lo convenido en el presente contrato.

### **CONFECCIÓN DE RECETAS DE MEDICAMENTOS**

Sobre la base de las normas vigentes (Ley N° 25649; Resol. N° 310/04 M.S; Resol. N° 758/04 M.S.; Decreto N° 486/02, Resolución MS 201/02, Resolución SSSalud 163/02, Resolución SSSalud 331/04, Resolución MS 326/02 y leyes provinciales y a los efectos de no perjudicar a los asociados en la adquisición de medicamentos, UAI reconocerá las prescripciones sobre la base del siguiente esquema:

- Genérico (DCI) más Nombre Comercial.
- Genérico (DCI)

- Nombre Comercial Justificado (Sí el profesional tratante considera que no cabe reemplazar el medicamento denominado por marca, deberá agregar a continuación de la firma correspondiente a la prescripción, la justificación fundada que avale tal decisión, bajo el título de “justificación de la prescripción por marca”, dejando luego asentada nuevamente su firma y sello)

## **REQUISITOS DE LA RECETA**

- Nombre y Apellido del afiliado
- Número de Socio
- Firma del profesional y sello con tipo y número de matrícula.
- Denominación de los medicamentos. Indicar grado de concentración. (Ej. 1 mg, 4 mg, etc.
- Cantidad de envases en letras y números. Se especifica la cantidad cuando se pide más de un envase
- Diagnóstico
- Las recetas deberán realizarse de puño y letra del profesional
- Las recetas no deberán tener tachaduras ni enmiendas
- En caso de ser recetas institucionales, las mismas deberán tener el logotipo de la Institución.
- Las recetas deberán ser formuladas en **recetarios** originales, no aceptándose el uso de fotocopia.
- Si la receta incluye psicofármacos el asociado deberá presentar original y duplicado extendidos por el médico. No se aceptarán fotocopias

## **PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

- Cantidad de productos por receta hasta 3 (tres)
- Cantidad y tamaño por producto por receta: hasta 2 (dos) del menor tamaño, 1 (uno) envase del tamaño mayor.
- Anticonceptivos (Por planilla tratamiento prolongado)
- Resolución 310 (Por planilla tratamiento prolongado)
- Insumos (Por planilla Insumos)
- Prótesis/ Ortesis ( Por planilla provisión)
- Para aquellos específicos que se venden por unidades de dosis, la receta podrá contener hasta un máximo de 6 (seis) unidades de dosis.
- En los casos de tratamiento prolongado el profesional deberá consignar en la receta la leyenda “TRATAMIENTO PROLONGADO”

## **NORMAS DE FACTURACIÓN**

La facturación deberá ser presentada a nombre de la razón social del contrato vigente cuyo Cuit se menciona en el cuerpo principal del mismo.

La facturación deberá entregarse en L. N. Alem 598 C.P 1001 – Capital Federal –, del 1º al 10, o día hábil posterior, del mes siguiente al de la prestación de servicios. Informamos que toda presentación posterior al primer día hábil siguiente al 11 se recepcionará para el siguiente periodo

Se aceptarán **Facturas A** (en caso de ser el prestador responsable inscripto ante el IVA) con la correspondiente discriminación del IVA de acuerdo a la condición del beneficiario frente al mismo (gravados o exentos); y **Facturas C** para todos aquellos prestadores cuya condición fiscal sea la de Monotributista.

El detalle de las prestaciones y servicios deberá individualizarse por afiliado que recibió las mismas, en planillas originales destinadas para tal fin. De esta forma se deberán listar todas las prestaciones y servicios brindados a cada afiliado por separado.

En el caso de prácticas de laboratorio, las mismas deberán ser presentadas detallando código por código y denominación de la determinación, por precio unitario, excluyendo de cada uno el código 998 (extracción de muestra en códigos nombrados solamente) y no totalizado por socio.

En caso de planes que contemplen pago de coseguros, el prestador facturará la diferencia entre el coseguro y el arancel pactado para la prestación. El detalle de facturación deberá especificar el valor de la práctica y el del coseguro descontado con relación a la misma.

Se deberá facturar, siempre indicando el periodo, por separado:

- Prestaciones ambulatorias (socios gravados identificados en la credencial con la leyenda **PART**)
- Prestaciones ambulatorias (socios exento identificados en la credencial con la leyenda **OS**)
- Internaciones (socios gravados identificados en la credencial con la leyenda **PART**)
- Internaciones (socios exento identificados en la credencial con la leyenda **OS**)

## **FACTURACIÓN DE PRESTACIONES AMBULATORIAS**

### **Consultas médicas**

Cada consulta deberá registrarse en las planillas que UAI Salud entregará para tal fin, completando todos los datos solicitados

El detalle individual deberá contener los siguientes datos:

- Fecha de la prestación
- Número de socio
- Apellido y nombre del socio
- Tipo de consulta (especialista o guardia)
- Diagnóstico presuntivo o motivo principal de la consulta
- Firma del asociado (conformidad de la prestación)
- Firma y sello del médico.

### **Prácticas médicas**

Con la facturación deberán adjuntarse las órdenes médicas originales debidamente autorizadas, de acuerdo ANEXO III.

En todas deben constar:

- Practica solicitada en forma legible.
- Datos del afiliado (Número de credencial completo, nombre y apellidos)
- Fecha del pedido médico y de realización
- Firma del profesional solicitante y del que realice la práctica con sus sellos correspondientes.
- Diagnóstico del paciente
- Informe de práctica

### **Sesiones de kinesiología y/o fonoaudiología**

Deberán remitirse las planillas completas con firma del paciente, fecha, diagnóstico y sello del profesional, en original, correspondiente a cada sesión.

Además deberá adjuntarse la indicación del médico prescriptor, debidamente autorizada de acuerdo a Anexo III, en la que constará la cantidad de sesiones y diagnóstico.

La ausencia del paciente no habilita al prestador a facturar la sesión, aunque medie autorización de todo el tratamiento.

La facturación deberá ser presentada cuando se haya finalizado el tratamiento.

### **Prácticas quirúrgicas ambulatorias**

Se deberá agregar a los requisitos detallados en el punto “prácticas médicas”, el protocolo quirúrgico y consumos correspondientes.

### **PRÓTESIS Y ORTESIS**

Uai Salud proveerá las prótesis y ortesis solicitadas únicamente de origen nacional. La indicación de las mismas debe ser sólo con las especificaciones técnicas, sin sugerencia de marca en particular. (Según ANEXO IV, formularios útiles, “provisión materiales protésicos”)

### **NORMAS DE AUDITORIA MÉDICA**

Los auditores médicos de UAI SALUD se contactarán con los auditores de los prestadores a fin de comunicar las falencias o debitarán de la facturación los siguientes casos que se detallan a continuación:

- **RETRASO EN EL PEDIDO DE ESTUDIOS O INTERCONSULTAS:** en los casos en que haya una demora en la solicitud de estudios o interconsultas que condicionen el diagnóstico, tratamiento, evolución y/o alta del paciente. No se tendrán en consideración los motivos del retraso.
- **RETRASO EN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS INTRAINSTITUCIONALES:** en los casos en que se demore más de 24 horas la realización de estudios pasibles de realizarse **dentro** de la misma institución, que condicionen el diagnóstico, tratamiento, evolución y/o alta del paciente. No se tendrán en consideración los motivos del retraso.
- **RETRASO EN LA ENTREGA DE RESULTADOS:** en los casos en que haya demora en la entrega de estudios intrainstitucionales que condicionen el diagnóstico, tratamiento, evolución y/o alta del paciente. No se tendrán en consideración los motivos del retraso.
- **RETRASO EN EL PEDIDO DE PROTESIS:** dentro de este código no se considerarán los días de demora en la provisión ya que la misma depende de UAI SALUD.
- **RETRASO EN EL ALTA DEL PACIENTE PASIBLE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA:** Se considera causa de demora en el alta desde el momento que el auditor de terreno acuerda con el médico referente de la Institución, que el paciente se encuentre en condiciones de recibir atención domiciliaria y la misma no sea solicitada.

- **INTERNACION NO JUSTIFICADA:** comprende los casos en que la patología que presenta el paciente es pasible de tratamiento ambulatorio o atención con o sin observación por guardia. En el caso de pedidos de internación de un profesional ajeno a la institución, se aclara expresamente que esto no es motivo suficiente para internar este tipo de patologías, ya que se da por sentado que el paciente debe ser evaluado al ingreso por un profesional de la institución, quien determina según su propio criterio si es procedente la internación.
- **ALTA MEDICA POSTERGADA:** cuando el paciente permanece internado pero su cuadro clínico es pasible de seguimiento en forma ambulatoria.
- **FALTA DE EVOLUCION EN LA H. CLINICA -FALTA DE EVOLUCIÓN EN LA HC NEONATAL-FALTA DE PARTE QUIRÚRGICO O ANESTÉSICO:** este ítem se efectivizará al día siguiente del correspondiente a la auditoría de terreno, dado que se permite completar la actualización de la HC hasta la hora 24 de cada día. Se destaca que la HC deberá ser completada diariamente, sin tenerse en consideración el tipo de vínculo entre el médico tratante y la institución (planta, externo, contratado, etc.). El débito, de corresponder, se realizará de acuerdo a la planilla del AMT, y no se admite la posibilidad de completar la HC en forma extemporánea
- **COMPLICACIÓN POSQUIRÚRGICA O POSTRATAMIENTO:** no se conformarán los días de internación cuando existan complicaciones atribuibles a la institución o al accionar médico. No se aplicará este ítem si la complicación se debe a la evolución natural de la enfermedad o a factores propios del paciente que hagan que la aparición de dichas complicaciones sea altamente probable, siempre y cuando estos factores predisponentes, (ej. hipoalbuminemia, comorbilidades, etc.), estén claramente consignados en la HC, y documentadas las acciones médicas oportunas, tendientes a minimizar su influencia.
- **FALTA DE HISTORIA CLÍNICA:** la H. Clínica debe estar a disposición del AMT en el momento en que éste lo requiera, en forma indefectible
- **DÍA PREQUIRÚRGICO EN CIRUGÍA PROGRAMADA:** en ningún caso se abonará el día quirúrgico excepto que medie autorización previa de UAI SALUD.
- **RETRASO EN LA CONDUCTA MÉDICA:** se aplica a toda demora en la toma de decisión médica que condicione el diagnóstico, tratamiento, evolución y/o alta del paciente.
- **PERMANENCIA EN ÁREA DIFERENTE:** en los casos en que el paciente permanece en áreas no acordes a su cuadro clínico o patología. En caso de permanecer en un área de mayor complejidad, se debitará sólo la diferencia de los valores acordados.
- **RETRASO EN LA EFECTIVIZACIÓN DE INTERCONSULTA:** Se considerará en los casos en que se demore más de 24 horas la realización de interconsultas, que condicionen el diagnóstico, tratamiento, evolución y/o alta del paciente.
- **FALTA DE AUTORIZACION DE INTERNACIÓN Y/O CIRUGIA**