

Anexo I

NORMAS OPERATIVAS Activa Salud - OSSEG

Las normas de Facturación son las establecidas por el Nomenclador Nacional en prácticas médicas y Nomenclador de Cirugía de FEMEBA en prácticas quirúrgicas.

El prestador no podrá percibir arancel alguno por sobre los valores asignados, con excepción de los copagos indicados en Anexo II que serán informados en el momento de la autorización en el sistema Fol2PM al profesional actuante.

1. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO.

Los afiliados que requieran atención médica deben presentar:

- A- EN AMBULATORIO
Credencial de Afiliado/a de la Obra Social.
Documento de identidad.
Alta en el sistema Fol2PM

MODELO DE CREDENCIAL

Plan AS-400 OSSEG (ESPECIAL, BASICO, SALUD)



Esta credencial tiene vigencia de 90 días. La credencial tiene fecha de validez

| | |
|--|--|
| <p>OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS REASEGURO, CAPITALIZACIÓN Y AHORRO Y PRESTAMO PARA LA VIVIENDA / RNOS 0-0090-1</p> <p>SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS DATOS CORRESPONDEN A UN AFILIADO PERTENECIENTE A ESTA OBRA SOCIAL</p> <p>NOMBRE: CARRASCAL, GRACIELA</p> <p>DOCUMENTO: DNI 16297471 AFILIADO Nro: 16297471/00-45</p> <p>PLAN: BASICO MONOTRIBUTO</p> <p>FECHA DE VALIDEZ: DESDE 01/09/23 HASTA 30/11/23</p> | <p>ESTA CERTIFICACION HACE LAS VECES DE CREDENCIAL DEL AFILIADO PARA TODOS SUS EFECTOS, EN LA VIGENCIA PREVIAMENTE DETERMINADA EN ESTE FORMULARIO</p> <p>LOS DATOS AQUI CONSIGNADOS DEBERAN SER CORROBORADOS ANTE LA PRESENTACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO</p> <p>FECHA: 21/11/13 Firma:</p> <p>SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD WWW.SSSALUD.GOV.AR 0800-222-SALUD(72583)</p> |
|--|--|

En las consultas contemplar que la 3ra consulta en el mes para el mismo afiliado, el sistema requerirá autorización de **ACTIVA SALUD**.

- B- EN INTERNACION:
Credencial de afiliado/a de la Obra social.
Documento de identidad.
Autorización previa de la Internación **en caso que corresponda**

2. AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES:

A. Prestaciones en Ambulatorio

Sede Central
Calle 5 N°473 (B1902CKS) La Plata
Tel (0221) 439-1300 (Líneas Rotativas)
Fax (0221) 439-1375
Mail sec-me@femeba.org.ar

Oficina Capital Federal
Av. Belgrano N°1225
(C1093AAA) C.A.B.A.
Tel/Fax (011) 4383-4467/4490
Mail dcapital@femeba.org.ar

www.femeba.org.ar

A.1. Prestaciones Autorizadas en el sistema Fol2PM

En el **Anexo II** se indican las prestaciones habilitadas en el sistema Fol2PM el resto de las prestaciones serán autorizadas por **ACTIVA SALUD**.

A.2. Prestaciones NO Autorizadas en el sistema Fol2PM.

La autorización debe solicitarse con la orden médica. **ACTIVA SALUD** dispone del siguiente formulario para autorizar prestaciones no habilitadas en el sistema Fol2PM

|  | | Fecha: 31/08/2023 Validez: 30/09/2023 | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|--------|--------------|----------|-----------------------|------|--------|---|-------|--|--------|----------|
| | | Autorización Nro.: 48439 | | | | | | | | | | | |
| Autorización para el prestador: CID CENTRO DE DIAGNOSTICO - 17 AV. ANGEL GALLARDO 984 (CAPITAL FEDERAL) - 4958-1129 / 4982-4247 | | | | | | | | | | | | | |
| Sucursal : 01 - CASA CENTRAL | Gravado | | | | | | | | | | | | |
| Afiliado : SERVESALUD | 002598/00 GONZALEZ, ADRIANA ESTELA | | | | | | | | | | | | |
| Edad: 59 Plan: AS-700 | Origen: SERVE A | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><thead><tr><th>Prestaciones</th><th>Cantidad</th><th>Paga Exced. Excedente</th><th>Paga</th><th>Estado</th></tr></thead><tbody><tr><td>180202 ECODOPPLER PERIFERICO COLOR Observ: VASOS DE CUELLO</td><td>(1)</td><td></td><td>\$0.00</td><td>Aceptado</td></tr></tbody></table> | | | | Prestaciones | Cantidad | Paga Exced. Excedente | Paga | Estado | 180202 ECODOPPLER PERIFERICO COLOR Observ: VASOS DE CUELLO | (1) | | \$0.00 | Aceptado |
| Prestaciones | Cantidad | Paga Exced. Excedente | Paga | Estado | | | | | | | | | |
| 180202 ECODOPPLER PERIFERICO COLOR Observ: VASOS DE CUELLO | (1) | | \$0.00 | Aceptado | | | | | | | | | |

B. Prestaciones en Internación.

Deberán ser informadas dentro de las 24 hs. A los efectos de la facturación de los honorarios en internación deberán presentar según corresponda:

- Copia de la Autorización de la Internación.
- Evolución diaria con firma y sello del profesional interviniente.
- Anamnesis.
- Indicaciones médicas.
- Protocolo quirúrgico
- Protocolo anestésico

Se excluye la autorización previa de aquellas prácticas que deban realizarse con carácter de Urgencia y/o días y horarios que no trabaje la faz administrativa de **ACTIVA SALUD**, deben ser gestionadas dentro de las 24 Hs hábiles posteriores.

3. NORMAS GENERALES DE FACTURACIÓN

Presentación de la documentación avalatoria o de respaldo.

A. Consultas ambulatorias

El único elemento válido para su facturación es la planilla de "Registro de Consultas Ambulatorias" con autorización en tiempo real, conteniendo los ítems que a continuación se indican.

- Número de autorización.
- Matrícula
- Firma y sello del Profesional Actuante
- Firma y aclaración del beneficiario, dando conformidad de su realización.

Los datos deben ser cumplimentados con letra clara, sin enmiendas ni tachaduras. De existir deberán ser aclarados con la firma y sello del profesional actuante.

Sede Central

Calle 5 N°473 (B1902CKS) La Plata
Tel (0221) 439-1300 (Líneas Rotativas)
Fax (0221) 439-1375
Mail sec-me@femeba.org.ar

Oficina Capital Federal

Av. Belgrano N°1225
(C1093AAA) C.A.B.A.
Tel/Fax (011) 4383-4467/4490
Mail dcapital@femeba.org.ar

B. Prácticas Médicas ambulatorias

Las prestaciones indicadas en el **Anexo II**, se deben facturar en la planilla de "Registro de Prácticas Médicas Ambulatorias" *con autorización en tiempo real*, conteniendo los ítems que a continuación se indican:

- Número de autorización.
- Firma y sello del Profesional Actuante
- Firma y aclaración del beneficiario, dando conformidad de su realización.
- Prescripción Médica en original (R/p), recordando que la misma tiene una validez de 30 días para su efectivización (entre la fecha de prescripción y la fecha de realización de la práctica). En caso de que requiera autorización, la validez será la que figure en el rango de fechas de la misma.
- Informe médico de los estudios de las prácticas indicadas en el **Anexo II**.
- En aquellos casos que la aparatología pertenezca a un centro de diagnóstico, Clínica, Sanatorio, etc., la documentación exigible:
 - Proforma emitida por el sistema.
 - Copia de la Prescripción Médica (R/p).

C. Prestaciones en Internación y autorizadas por **ACTIVA SALUD**

D. Las prestaciones en internación y las prestaciones No autorizadas en el Fol2PM, se facturan remitiendo la "Factura de Honorarios y Gastos" y la siguiente documentación:

Se deberá indicar en la factura de honorarios y gastos, en la columna "**FACT. ESPECIAL**", los siguientes ítems según corresponda:

Con 1)

- Pacientes con obesidad extrema (más de 40 de índice de masa corporal). No abarca a cirugía bariátrica.
- En áreas con secuelas de radioterapia en cirugía de cabeza y cuello
- Operaciones realizadas a niños de menos de 6.000 grs.
- Operaciones suspendidas. Cuando el profesional concurre y la intervención es suspendida por razones inherentes al paciente.

Con 2)

- Prácticas quirúrgicas incluidas en el Nivel 1, que se brinden en Internación se incrementan a las unidades del Nivel 2.

Con 3)

- Utilización de Arco C en internación se adiciona un 5 % sobre los honorarios básico.

Con 4)

- Cirugías realizadas a pacientes menores de 14 años o mayores de 70 años, se facturará un 20 % sobre la complejidad.

Con 5)

- Cuando la intervención quirúrgica debe realizarse en forma inmediata al ingreso del paciente y que, por su severidad, no pueda postergarse, ya que su no realización pone en riesgo la vida del paciente, la viabilidad o función de un miembro, se adicionara un recargo del 20 % sobre el nivel correspondiente.

Con 6)

- Cuando la práctica descrita en el nomenclador pueda realizarse con técnica o asistencia video endoscópica y el profesional actuante sea el dueño de la aparatología, con su correspondiente habilitación por parte de FEMEBA, podrá facturar el derecho de aparatología.

Con 7)

- Cuando la práctica descrita en el nomenclador pueda realizarse con técnica o asistencia video asistida indica con la Letra L en el Anexo III.

Sede Central

Calle 5 N°473 (B1902CKS) La Plata
Tel (0221) 439-1300 (Líneas Rotativas)
Fax (0221) 439-1375
Mail sec-me@femeba.org.ar

Oficina Capital Federal

Av. Belgrano N°1225
(C1093AAA) C.A.B.A.
Tel/Fax (011) 4383-4467/4490
Mail dcapital@femeba.org.ar

www.femeba.org.ar

| FEDERACION MEDICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES 1900 La Plata | | OBRAS SOCIALES Factura de Honorarios y Gastos | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|--|-----------------------------------|------------------|------------|-----------------|------------------|---------------|--------------|-----------------|--|
| OBRA SOCIAL | | NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL | | | | | | | | | |
| MES Y AÑO PREST. | | | | | | | | | | | |
| CP | MATRICULA | DI | APELLIDO Y NOMBRE DEL PROFESIONAL | | | | | | | | |
| E.P. | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE LA ENTIDAD PRIMARIA | | | | | | | | | | | |
| Cantidad de Bonos | Código de la Prestación | Cantidad de Prestac. | Código Atribución | Código de Gastos | Porcentaje | Código de Noct. | Código de Faltas | Plan Matr. no | Facil. apac. | Código Intamac. | |
| 1 | 4 2 0 1 0 1 | 0 0 1 | | | | | | | | | |
| 2 | 4 2 0 2 0 1 | 0 0 1 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | |
| 00 | TOTAL DE BONOS | | RESERVADO PARA FEMEBÁ | | | | | | | | |
| Entrada: | | | | Controlado por: | | | | | | | |

4. PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN:

Se aceptará solo facturación dentro de los 90 días anteriores a la fecha de presentación. Ejemplo en el mes de presentación diciembre, se pueden presentar prestaciones de los meses de setiembre, octubre y noviembre.

5. RE- FACTURACIÓN.

FEMEBÁ tiene un plazo de 60 días para la presentación de toda refacturación a partir de la recepción de la documentación.

Atento que **ACTIVA SALUD** dispondrá de su auditoría para autorizar un grupo de prestaciones habilitadas en el sistema Fol2PM y ante la posibilidad de rechazo de la misma, se informa que en dicha situación el profesional podrá cobrar la prestación de acuerdo a los aranceles de convenio, extendiendo el recibo pertinente donde debe detallar el código de la prestación brindada y el motivo del cobro indicando la leyenda que devuelva el sistema.

Si el beneficiario obtiene la autorización mediante el formulario indicado en el punto 2) A.2, o bien el sistema devuelve la prestación autorizada, en ambos casos en un plazo de 72 hs hábiles, desde que la prestación fue brindada y adjunta el recibo original, el profesional deberá reintegrar el importe percibido al beneficiario.

Por lo expuesto las prestaciones en ambulatorio podrán ser facturadas mediante la autorización en el sistema Fol2PM o la autorización indicada.

Sede Central

Calle 5 N°473 (B1902CKS) La Plata
Tel (0221) 439-1300 (Líneas Rotativas)
Fax (0221) 439-1375
Mail sec-me@femeba.org.ar

Oficina Capital Federal

Av. Belgrano N°1225
(C1093AAA) C.A.B.A.
Tel/Fax (011) 4383-4467/4490
Mail dcapital@femeba.org.ar