Febrero 2017

NORMAS DE ATENCION Y FACTURACION

 **OBRAS SOCIALES Y PLANES**

|  |
| --- |
| Facturar a Nombre de : **UNIMED S.A.** |
| Condición Frente al Iva: “Responsable Inscripto” |
| Cuit:: **30-70816021-7** |
| Tipo de Comprobante: **FACTURA “A” ó “C”** |
|  |  |  |
| **OBRA SOCIAL** | **PLAN** | **MODALIDAD DE ATENCION** |
| UNIMED(con Iva Gravado | **SPS 55** | Presenta Credencial |
| **SPS 75** | Presenta Credencial |
| **SPS 95** | Presenta Credencial |
| UNIMED/ OSIM(Sin Iva Gravado)   | **HS PMO** | Presenta Orden de Consulta y Practica |
| **HS 45** | Presenta Credencial |
| **HS 85** | Presenta Credencial |
| **HS 95** | Presenta Credencial |
| UNIMED/ OSME(Sin Iva Gravado)     | **HS PMO** | Presenta Orden de Consulta y Practica |
| **HS 45** | Presenta Credencial |
| **HS 85** | Presenta Credencial |
| **HS 95** | Presenta Credencial |
| UNIMED/ OSFOT(Sin Iva Gravado)     | **HS PMO** | Presenta Orden de Consulta y Practica |
| **HS 45** | Presenta Credencial |
| **HS 85** | Presenta Credencial |
| **HS 95** | Presenta Credencial |

NORMAS DE ATENCIÓN

# ACREDITACION DEL AFILIADO

* Para acceder a la atención del afiliado, el mismo deberá presentar la credencial que lo identifique.
	+ Verificación de estado del afiliado/Consulta on-line
* Ingresar a la página [**www.unimedcba.com.ar**](http://www.unimedcba.com.ar) , en el link CONSULTE SU PADRON, / ingresar DNI, el sistema informa el estado actual del afiliado.

El personal administrativo responsable deberá conocer que los afiliados de UNIMED mantiene el siguiente procedimiento:

* + **Consultas:**
* No abona co-seguro en la Institución Prestadora
* No presenta Ordenes de Consulta
	+ **Prácticas:**
* No abona co-seguros en la Institución prestadora
* No presenta Ordenes de Práctica excepto indicación previa de UNIMED.

NORMAS DE FACTURACIÓN

## **CONSULTAS**

* + Las mismas deberán facturarse en la R/P del médico/ o impresión de la página WEB consultada para la acreditación, siendo requisitos indispensables los que se detallan a continuación:

REQUISITOS PARA CONSULTAS:

* Nombre y Apellido del Beneficiario
* Nº de Beneficiario
* Convenio al que pertenece
* Plan
* Edad
* Diagnóstico
* Firma y sello del profesional solicitante
* Firma de conformidad del afiliado
* Fecha de consulta
* *El tope de consultas mensuales será de 2 (dos) por mes calendario, por afiliado, por profesional. De existir una cantidad mayor a la estipulada, deberá enviarse informe que justifique las mismas.*

## **PRACTICAS ESPECIALIZADAS**

* *Deberán adjuntarse al Pedido Médico original, informe y autorización correspondientes.*

REQUISITOS PARA PRÁCTICAS:

* Nombre y Apellido del Beneficiario
* Nº de Beneficiario
* Convenio / Plan
* Edad
* Fecha
* Diagnóstico
* Prescripción de prácticas y / estudios
* Firma y sello del profesional solicitante
* Firma y sello del profesional Efector
* Fecha de la realización de la pràctica

**PRACTICAS SIN PREVIA AUTORIZACION**

Las prácticas y/o estudios que NO requieren autorización previa de UNIMED S.A.:

**LABORATORIO**

**DIAGNOSTICO: CONTROL /OTROS**

***(EXCEPTO EL DIAGNOSTICO APTITUD FISICA/PRE QUIRURGICO)***

* *475 HEMOGRAMA*
* *412 GLUCEMIA*
* *192 CREATININIA*
* *174 COLESTEROL*
* *876 TRIGLICERIDOS*
* *297 VSG-ERITRO*
* *481 HEPATOGRAMA (GOT-GPT-FOSFATO ALCANINO- BILIRRUBINA)*
* *911 UROCULTIVO(COD 711+105+136+532+035)*
* *711 ORINA COMPLETA - 105 BACTERIOLOGICO*
* *136 ID. GERMENES*
* *035 ANTIBIOGRAMA*
* *532 RTO. COLONIAS*
* *902 UREMIA*
* *904 URICEMIA*

**DIAGNOSTICO: EMBARAZO**

* *475 HEMOGRAMA*
* *412 GLUCEMIA*
* *174 COLESTEROL*
* *902 UREMIA*
* *904 URICEMIA*
* *063 HIV*
* *242 CHAGAS*
* *871 TOXOPLASMOSIS*
* *933 VDRL*
* *911 UROCULTIVO (COD 711+105+136+532 035)*
* *711 ORINA COMPLETO*
* *136 ID GERMENES*
* *035 ANTIBIOGRAMA*
* *532 RTO. COLONIAS*
* *1095 HCB AC IGG*
* *1086 HBS AG*

**DIAGNOSTICO: RECIEN NACIDO**

* *1196 SCREENING NEONATAL*

**PRACTICAS AMBULATORIAS**

* *Radiografías de Torax*
* *Electrocardiograma (ECG)*
* *Papanicolaou y Colposcopia*
* *Ecografía de Abdomen (solo Urgencias)*
* *Ecografía ginecológica (solo en caso Urgencias)*

|  |
| --- |
| **SOLCITUD DE AUTORIZACION PRACTICAS/INTERNACION** |

* Las autorizaciones serán solicitadas por la **Institución Prestadora** o el afiliado vía mail o fax a UNIMED S.A. a:

 **Sucursal Mendoza**

* TEL / FAX: (0261) 4239228
* Horarios de Atención: De Lunes a Viernes de 8:30 a 17:30 Hs.
* Montevideo 768 - PB – Ciudad – Mendoza
* Por mail a autorizacionesmendoza@unimedcba.com.ar o elizabethr@unimedcba.com.ar

***IMPORTANTE:******El resto de las prácticas que no estén mencionadas arriba REQUIEREN LA PREVIA AUTORIZACION DE UNIMED S.A.***

***EXCEPCION:* las prestaciones solicitadas por los afiliados del Plan HS 95, NO REQUERIRAN LA PREVIA AUTORIZACION, salvo Alta Complejidad (TAC-RNM-ETC), Internaciones e Intervenciones Quirurgicas. El resto de las prestaciones podrán ser brindadas con la sola presentación de la credencial y verificando en nuestra página WEB:** [**www.unimedcba.com.ar**](http://www.unimedcba.com.ar)**, que el afiliado esté ACTIVO en su cobertura.**

*Al facturar, se debe adjuntar informe de todas las prácticas, independientemente de su complejidad Baja/Media*

* *Al facturar, se debe adjuntar informe de todas las prácticas, independientemente de su complejidad.*

## **INTERNACIONES CLINICAS, INTERVENCIONES QUIRURGICOS**

* *Requieren autorización previa de UNIMED S.A., en un plazo de 72 hs hábiles posteriores a realizada la misma, sin cobro de coseguro al afiliado de ningún tipo.*
* *Deberá adjuntarse al pedido médico original , la autorización correspondiente*
* *La documentación requerida para su facturación es la siguiente:*
	+ - *Hoja de Hospitalización con firma de conformidad el afiliado o familiar*
		- *Historia Clínica*
		- *Hojas de Enfermería*
		- *Estudios realizados*
		- *Foja quirúrgica ( en caso de intervenciones quirúrgicas)*
		- *Hoja de anestesia (en caso de corresponder)*
		- *Recepción de neonato ( en caso de partos o cesáreas)*
			* Las internaciones Programadas y de Urgencias, deberán ser informadas a UNIMED S.A. indefectiblemente dentro de las 24 Hs.

|  |
| --- |
| **IMPORTANTE**  |
| **FECHA DE PRESENTACION DE FACTURACION** |

* *La facturación presentada debe corresponder a prestaciones brindadas dentro de los últimos sesenta (60) días. Por Ej: en la facturación correspondiente al mes de Marzo pueden incluirse además prestaciones de Febrero.*

## **REFACTURACION**

* *- Para la re facturación se considerará un plazo de 6 meses máximo, desde la fecha de realización, vencido dicho plazo no se reconocerá la misma.*

*Sin otro particular y quedando a vuestra disposición saludo a Ud. cordialmente*

***Elizabeth Reynoso***

*Prestaciones*

*Tel 0261- 4239228*

*elizabethr@unimedcba.com.ar*