

# NUESTRO OBJETIVO

**APRENDER A REVISAR Y VALIDAR LA INFORMACIÓN  
ANTES DE FACTURAR PARA EVITAR ERRORES Y DEBITOS**



# PRINCIPALES SISTEMAS DE CONTRATACION Y PAGO



# GUIA PARA LOS CONTRATOS CON PRESTADORES

## 1. DEL PRESTADOR

1.1. Características Jurídicas del prestador.

1.1.1. Debe identificarse la forma jurídica del prestador.

1.1.2. Puede tratarse de una persona física o jurídica, de una Unión transitoria de Empresas o Agrupación de Colaboración empresaria.

1.1.3. Debe consignarse el N° de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores y anexarse al contrato copia autenticada de la constancia respectiva, resguardando el cumplimiento del art. 29 de la Ley N° 23.661.

1.1.4. La contratación debe estar limitada con relación al alcance dado por la inscripción en el Registro al prestador o redes de prestadores.

1.1.5. El Agente del Seguro de Salud decidirá, de acuerdo a las características del prestador o redes de prestadores, la oportunidad de la descripción del equipamiento, recursos tecnológicos y humanos con que cuentan, con el objeto de establecer la capacidad para cumplir con las prestaciones ofertadas. La Superintendencia podrá en cada caso exigir su cumplimiento.

1.2. Antecedentes profesionales:

Los Agentes del Seguro de Salud deben requerir los antecedentes profesionales de los prestadores o redes contratados.

1.3. Ambito de actividad:

Debe indicarse el ámbito geográfico de desarrollo de la actividad.



## **2. DE LAS PRESTACIONES**

### 2.1. Objeto Prohibido:

Queda expresamente prohibido celebrar convenios con los prestadores o redes de prestadores que tengan por objeto la contratación de servicios de planificación, auditoría de las prestaciones y/o desempeño de los prestadores, de recepción y tramitación de las denuncias o quejas de los beneficiarios, promoción y difusión de los servicios de salud, ni ningún otro atinente a funciones administrativas de los Agentes.

### 2.2. Prestaciones a otorgar:

Debe detallarse con precisión las prestaciones a las que se obliga.

### 2.3. Prestaciones excluidas:

Cuando corresponda, se debe expresar puntualmente aquellas prestaciones no incluidas en el contrato. En este sentido debe incorporarse una cláusula que considere que está incluida toda prestación que no haya sido expresamente excluida y, que en caso de duda, se entenderá que la misma está incluida.

## **2.4. Coseguros:**

2.4.1. Debe indicarse la oportunidad y el monto de los coseguros autorizados a recibir de los beneficiarios. En ningún caso los mismos pueden exceder los fijados en la Resolución N° 939/00 M.S.

2.4.2. Cuando se otorguen prestaciones adicionales no obligatorias debe precisarse circunstanciadamente los montos correspondientes a percibir.

### 2. Condiciones de acceso a las prestaciones.

2. Debe estipularse en el convenio que los requerimientos formales para el acceso a las prestaciones por parte del beneficiario. El sistema debe tender a la continua mejora tecnológica en la identificación del afiliado.

2. Cuando por las características del contrato corresponda la emisión de credenciales y/o la impresión de cartillas, en ambos instrumentos debe constar como denominación sólo la del Agente del Seguro de Salud.

### 2. Acceso y transferencia de los registros prestacionales.

En el contrato se debe prever específicamente el acceso al registro de prestaciones médicas. El sistema debe tender a la confección de una historia clínica única. Debe asegurarse la transferencia a quien indique el beneficiario de todos los elementos que conforman su historia clínica.

## **2.9. Auditoría de las prestaciones.**

2.9.1. Debe indicarse sobre las condiciones que permitan a los Agentes del Seguro de Salud y a la Superintendencia de Servicios de Salud realizar en terreno las auditorías necesarias para valuar el cumplimiento y la calidad de las prestaciones comprometidas.

2.10 Solución de controversias.

2.10.1 Se establecerán las condiciones de integración de comisiones mixtas entre las obras sociales y los prestadores a los efectos de dirimir aquellas situaciones controvertidas y de realizar un seguimiento del cumplimiento de las condiciones del contrato.

## **3. DE LOS BENEFICIARIOS.**

3.1. Número de los beneficiarios a cubrir.

3.1.1. En el contrato debe indicarse el número de beneficiarios a cubrir y el eventual al plan con que se encontrarán cubiertos, cuando corresponda.

3.1.2. Debe precisarse el soporte de la información que contenga el padrón de los beneficiarios, consignando nombre y apellido, documento de identidad, número de afiliado, fecha de nacimiento, sexo, familiares directos y/o adherentes, domicilio y código postal, cuando corresponda.

### **3.2. Forma de contratación.**

Especificar el precio y modalidad de pago (capacitación, acto médico u otras). En los casos que corresponda, debe expresarse, el porcentaje a abonar por el beneficiario en la compra de medicamentos para tratamientos ambulatorios.

### **3.3. Condiciones de pago.**

Debe quedar convenida las condiciones de pago del precio acordado con el objeto de garantizar el cumplimiento de su obligación de pagar correcta y puntualmente a los prestadores integrantes de la misma.

### **3.4. Tiempo de vigencia del contrato.**

En el contrato debe consignarse el plazo de vigencia de la relación. Si las partes lo fijaran en más de un año, deben establecer una cláusula de rescisión unilateral sin causa y el plazo previo necesario para invocarla.

#### 3.5. Cobertura de atenciones fuera del contrato.

En el contrato corresponde indicar quién se hará cargo del pago de las prestaciones realizadas en ámbitos externos al efector contratado. Dicha situación debe ser considerada como de carácter excepcional.

#### 3.6. Responsabilidad médico-legal.

En el contrato debe establecerse la obligación de los prestadores de contratar seguros de responsabilidad profesional. La cobertura debe ser proporcionada a los riesgos comprendidos dentro de cada contrato.

### **4. EFECTOS DE LA MORA SOBRE LOS SERVICIOS.**

Las partes deben prever cual va a ser el efecto de la mora en el pago de los servicios, de modo tal que no se afecte la efectiva prestación a los beneficiarios.

### **5. PENALIZACION Y RESOLUCION DEL CONTRATO.**

En el contrato deben incluirse cláusulas con las multas contractuales para casos e incumplimiento de las obligaciones de pago o de otra naturaleza asumidas por la obra social, como también las que se generen por incumplimiento total o parcial de las obligaciones asumidas por el prestador.

#### 6. GARANTIA.

En las contrataciones las Redes de Prestadores deben constituir una garantía del efectivo cumplimiento de su obligación de pagar en tiempo y forma a sus prestadores directos.

# COBERTURA DE PRESTACIONES



# Programa Médico Obligatorio

Cuando comienza a regularse el sistema se establecía el principio de que sus recursos deberían ser destinados en forma prioritaria para sus prestaciones médico-asistenciales mínimas.

La [ley 23.660](#) (B.O. 20/01/1989) de Obras Sociales, determina que las obras sociales deberán aplicar no menos del ochenta por ciento (80%) de sus recursos brutos, ya deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución, para financiar la prestación de servicios de salud a sus beneficiarios.

La [ley 23.661](#) (B.O. 20/01/1989), creadora del Seguro Nacional de Salud, establece numerosas normas programáticas relativas a las prestaciones médicas.

El seguro se establece a los efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación, mediante el otorgamiento de prestaciones de salud igualitaria, integral y humanizada, tendiente a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que responda al mejor nivel de calidad disponible.

# Prestaciones generales

- Programas de Prevención
- Plan Materno-Infantil
- Consultas y Consultas de urgencia y emergencia en domicilio
- Prácticas complementarias de imágenes, laboratorio o de diagnóstico según el NN
- Internación P.M.O incluye: autocuidados, terapia intensiva, terapia intermedia, internación domiciliaria, hospital de día. Excluye: Internaciones de salud mental o por adicciones (ver apartado salud mental)
- Salud Mental Atención ambulatoria hasta 30 sesiones
- Rehabilitación Kinesioterapia y Fonoaudiología: hasta 25 sesiones cada 12 meses.
- Medicamentos ambulatorios: cobertura del 40%.
- Medicamentos en internación: cobertura del 100%.
- Medicamentos Cobertura de Patologías crónicas más frecuentes, la cobertura será del 70% y 100%
- Audífonos P.M.O. 100% de cobertura: en patología
- Óptica P.M.O. Anteojos y lentes de contacto: cobertura 100% hasta los 18 años, y 50% a partir de los 19 años.
- Prótesis y ortesis P.M.O. Cobertura del 100% en prótesis e implantes internos permanentes. Cobertura del 50% en ortesis y prótesis externas. Coseguros

## PRÁCTICAS NO NOMENCLADAS

Es un procedimiento o tratamiento médico no contemplado en la nomenclatura oficial, lo que puede llevar a que no sea cubierto por las entidades de salud o que se deba pagar de manera íntegra fuera del sistema

## PRÁCTICAS NO CONVENIDAS

significa que **sí existe en la nomenclatura**, pero **no está incluida en el convenio o contrato** firmado entre el **prestador** (clínica, sanatorio, profesional) y el **financiador** (obra social, prepaga, aseguradora).



# Facturación sin Débitos

AUDITORIA - FACTURACION - DEBITOS



# ¿POR QUE SE REALIZAN DEBITOS?



# NO EXISTE EL DEBITO O!!!



Tratar de revisar los convenios y antes de realizar débitos informar las nuevas normas o informar que si esto sigue presentándose incompleto se debitara

Hay débitos financieros, el % lo pone la Obra Social  
Si ya es fijo el débito mantenerlo...

Revisar el convenio, para controlar los tipos de autorizaciones que requieren, por ejemplo: internación, estudios, cirugía, medicación.

Este control se va realizando a diario para no tener inconvenientes al final y facturar

Me quedo con una copia de todo el expediente, eso justifico que lo envié

# Trabajo en conjunto entre la Auditoría Médica y la Auditoría Administrativa



# **Tipos de Auditoría**

**Auditoría Interna**

**Auditoría de Terreno**

**Auditoría Compartida**

# Auditoría Interna

## Tareas

- chequeo de la declaración jurada de salud
- determinación de las patologías consideradas excluyentes
- las prestaciones de alto consumo, tal el caso de las neoplasias, la cirugía coronaria de derivación, la diabetes insulino-dependiente, ciertas enfermedades neurológicas.

# Auditoría de Terreno

## Observaciones

- 1) Falta de Historio Clínica y/o consentimiento informado
- 2) Internación Prolongada no justificada.
- 3) Permanencia no justificada en UTI y/o cuidados especiales.
- 4) Internaciones de Urgencia no Justificadas.

# Auditoría Compartida

Los auditores de ambas partes, discuten sobre los débitos realizados y labran un acta de auditoría compartida, donde se destaca lo que se debió y lo que se debe refacturar.

# MOTIVOS DE DEBITOS



# MOTIVOS DE DEBITOS

- AJUSTE VALOR MEDICACION
- CIRUGIA POSTERGADA
- CIRUGIA POSTERGADA SIN JUSTIFICACIÓN MEDICA
- CONTRASTE PROVEIDO POR LA OBRA SOCIAL
- DE ACUERDO A NORMAS INT.MULTIPLES SE DEBITAN HONORARIOS DE CIRUGIA MENOR.
- DEMORA EN INTERCONSULTA
- DIA PRE-QUIRURGICO -INTERVENCION PROGRAMADA.
- DIFERENCIA DE VALOR SEGÚN PRESUPUESTO PREVIO.
- DIFERENCIA ENTRE ESTUDIO REALIZADO Y ESTUDIO AUTORIZADO.
- DIFERENCIA ENTRE VALOR CONVENIDO Y VALOR FACTURADO
- DIFERENCIA UTI-PISO
- DIFERENCIA VALOR DE MEDICAMENTOS (15% BONIFICACIÓN)
- ESTUDIO/PRACTICA REALIZADA POR AMBULATORIO



FALTA AUTORIZACION PREVIA

FALTA EVOLUCION EN HISTORIA CLINICA (M)

FALTA FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE . (A)

FALTA PARTE QUIRURGICO (M/A)

FALTA PRORROGA DE INTERNACION (A)

FALTA PROTOCOLO (M/A)

FALTA PROTOCOLO DE ESTUDIO INFORMADO POR ESPECIALISTA. –M/A-

MEDICACION DE ALTO COSTO NO JUSTIFICADA SEGUN PATOLOGIA. (M)

MEDICACION INCLUIDA EN MODULO (A)

MEDICACION-CONTRASTE A CARGO DEL AFILIADO –A-

MEDICAMENTO SUMINISTRADO NO CONSTA EN INDICACIONES MEDICAS. (M)

NO CONSTA EN HISTORIA CLINICA (M)

NO CONSTA EN HOJAS DE ENFERMERIA (M/A)

NO CONSTA EN INDICACIONES MEDICAS (M/A)

NO CORRESPONDE CODIGO-SE ABONA DIFERENCIA. (M/A)

NO CORRESPONDE SEGÚN NORMAS NOM.NAC. (A)

NO SE JUSTIFICA DROGA DE ACUERDO A DISGNOSTICO SE ABONA DIFERENCIA –M-

NO SE JUSTIFICA ESTUDIO/PRACTICA DE ACUERDO A DIAGNOSTICO –M-

PACIENTE EN CONDICIONES DE ALTA (M)

PACIENTE NO PERTENECIENTE A NUESTRA OBRA SOCIAL. –A-

PACIENTE PACIBLE DE INTERNACION DOMICILIARIA. (M)

PARTE QUIRURGICO ILEGIBLE.

PARTE QUIRURGICO INCOMPLETO (M/A)

PATOLOGIA NO CUBIERTA POR NUESTRA OBRA SOCIAL. –A/M-

PRESTACION INCLUIDA EN MODULO (A)



PRESTACION NO INCLUIDA EN CONVENIO.(A)

PRESTACION NO INCLUIDA EN EL PMO (A)

REPETICION ESTUDIO INCLUIDO EN EL VALOR MODULO. -M-

RETRASO EN PEDIDO DE ESTUDIOS (M)

RETRASO EN REALIZACION DE ESTUDIOS (M)

SE ABONA ANATOMIA PATOLOGICA POR UNO -LOS CORTES QUE FUERAN NECESARIOS. -A-

SE ABONA DIFERENCIA : CORRESPONDE MOD. SIMPLE -M/A-

SE DEBITA ACOMPAÑANTE POR FALTA DE AUTORIZACION. -A-

SE DEBITA CATETER PROVEIDO POR NUESTRA OBRA SOCIAL. -A-

SE DEBITA CIRUGÍA SUB-SIGUIENTE -COMO UNICA OPERACIÓN -A-

SE DEBITA ESTUDIO INCLUIDO EN EL MODULO COMO PRE-ALTA. -M/A-

SE DEBITA MEDICACION ALTO COSTO POR FALTA DE AUTORIZACION PREVIA. -A-

SE DEBITA POR DEMORA EN INTERCONSULTA -M-

SE DEBITA POR FALTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. -A-

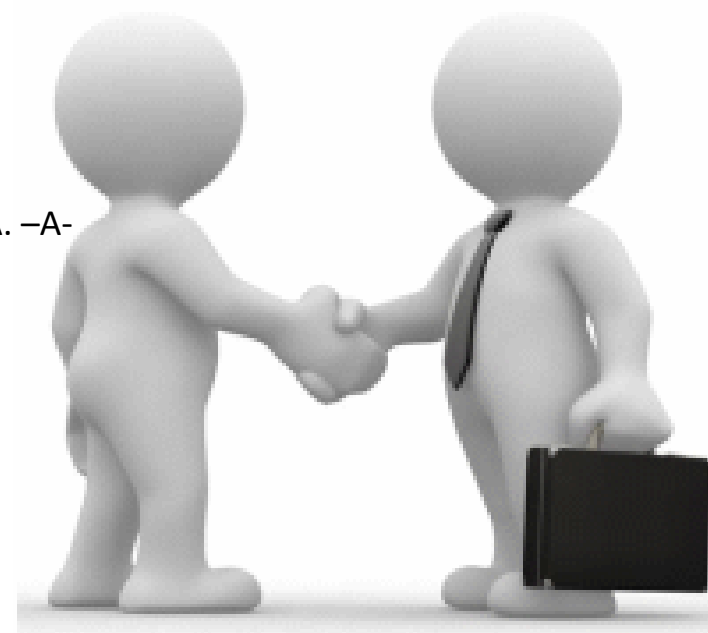
SE DEBITA POR FALTA DE EVOLUCION MEDICA. -M-

SE DEBITA PRACTICA -INCLUIDA EN CONSULTA -A-

SE DEBITA PRACTICA INCLUIDA EN MODULO UTI. -M/A-

SE DEBITA SUTURA ESPECIAL SEGÚN NORMAS NN . -A-

SE ABONA 50% CCG- 100% MODULO CCV





Estudios Complementarios

Correlación entre el diagnóstico clínico quirúrgico y el resultado de la biopsia.

Toma de biopsias y material de acuerdo al parte quirúrgico.

Protocolo incluido historia clínica.

Facturación ajustada a normas del NN o acordadas.

Fecha de entrega del protocolo.

Estudios Anatomopatológicos

Los Débitos no refactorables serán acordados

# ¿QUE IMPLICA AUTORIZAR UNA SOLICITUD ?



¿QUE DEBO TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE CONTROLAR ?

¿PUEDO COMPLETAR LO FALTANTE?



## ¿PUEDO REFACTURAR UN DEBITO ?

¿CUANDO?

¿COMO ?

¿A QUE VALOR?

# VERIFICACION



Los elementos clave para dirigir o controlar el sistema de autorizaciones son:

- saber qué servicios requieren autorización
- quiénes están habilitados para autorizar
- cuáles requieren la aprobación secundariamente
- qué y cómo serán recolectados los datos
- cómo serán usados en función del programa de servicios utilizado

La facturación médica consiste en un proceso en el cual se registra y emite una factura como resultado de un servicio médico prestado. Para que este proceso sea realmente efectivo es importante que se realice siguiendo de manera prudente todos los pasos pertinentes.



### Proceso de facturación médica

El primer paso del proceso de facturación médica consiste en registrar la actividad o prestación en un formulario de facturación. Este formulario es el documento principal que se establece en la relación entre los Seguro de Salud y los proveedores de servicios.

Es decir que a partir de este documento se puede identificar al paciente que recibió los servicios médicos y a su vez se describe cada uno de ellos.

# PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA FACTURACION



Falta de Control



Tiempos Insumidos en los Cierres de Facturación



Exceso de Papeles



Atraso en la Facturación  
Atraso en la Cobranza



DEBITOS



# COMPROMISO CON LA TAREA

Orden en la Facturación a Obras Sociales y Prepagas

Tiempo de Trabajo Acotado

Confiabilidad de los Datos Entregados

Información Clara y Siempre Disponible



Auditoria Posterior o Auditoria de Facturación: “Comprende la investigación analítica del total de los componentes de la facturación de cada prestador y de la documentación de apoyo avalatoria de las prestaciones brindadas, en base a los contratos vinculantes”.



Presentación de facturación de mes vencido, del 1° al 10 del mes siguiente, o día hábil anterior.

La mayoría de los seguros de salud disponen que las prestaciones facturadas no pueden exceder los 60 días desde la fecha de su realización, de lo contrario se consideran como presentadas fuera de término, siendo esto causa de débito.

El detalle de los débitos que se realicen puede ser adelantados vía e-mail a la dirección que el prestador informe para tal fin.