NORMAS OPERATIVAS

CO
NOCÉ
COBER

COBER

PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA

SALUD
100%
DI
GITAL

NORMAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA

COBER

La siguiente norma es aplicable para:

OSMECON SALUD cmsalud

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Vía mail a las siguientes direcciones de e-mail:

PRESTACIONES MÉDICAS

- Convenios: contrataciones@cober.com.ar
- Coordinación de Prestaciones, normas, débitos y liquidaciones: contacto.prestadores@cober.com.ar
- Consultas: 0810-444-2627 op. 2

AUDITORÍA MÉDICA

- Nivel Central: auditoria.medica@cober.com.ar

AUTORIZACIONES MÉDICAS

- Autorizaciones Ambulatorias: central.autorizaciones@cober.com.ar

PAGO PRESTADORES

Para información referente a cuentas corrientes, pagos, y temas administrativos al siguiente mail: pagos.prestadores@cober.com.ar.

Para una atención personalizada, contamos con una línea exclusiva de atención administrativa para prestadores: 0810-444-2627 opción 1 *(lunes a viernes de 9 a 18hs).*

PORTAL EXCLUSIVO PRESTADORES

Ingresando en cobranzas.com vas a poder autogestionar tu portal de prestador.
Visualizá tus ordenes de pago, confirmaciones de pago, descargar tus retenciones y hacer consultas.

También en la sección de prestadores de cober.com.ar vas a poder ver documentos y descargar normas operativas.

CENTRO DE REFERENCIA ASISTENCIAL DE CABECERA:

SANATORIO COLEGIALES

Conde 851 - Barrio de Colegiales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Admisión: 4556-4809
Conmutador Central: 4556.4800

NORMAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA

COBER

La siguiente norma es aplicable para:

OSMECON SALUD cmsalud

ACREDITACIÓN DEL AFILIADO

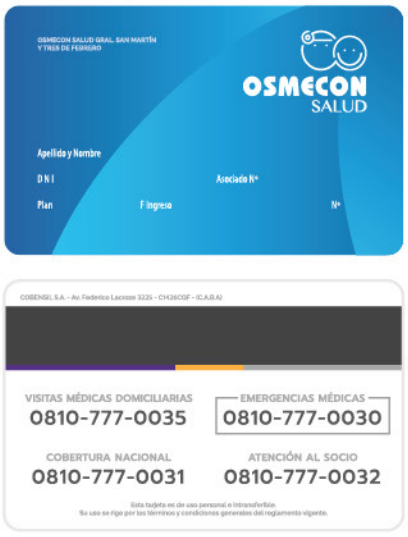
Para acceder a las prestaciones médicas y/o trámites administrativos el afiliado o sus familiares deberán concurrir siempre con:

- Documento de Identidad del beneficiario.
- Credencial de COBER / COBERMED / CM SALUD / OSMECON SAN MARTIN ya sea física o virtual descargada desde Cober Touch.

VALIDACIÓN DEL AFILIADO

El primer paso es validar la condición de activo del afiliado. Esto se realiza a través de la empresa de Validación Online Traditum (por consultas sobre Traditum comunicarse con: 0810-222-1122.

MODELO DE CREDENCIALES



NORMAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA

COBER

La siguiente norma es aplicable para:

OSMECON SALUD cmsalud

AUTORIZACIONES DE PRESTACIONES AMBULATORIAS

Se deberá solicitar autorización por las prestaciones a brindar a los afiliados acorde sean prestaciones de autorización automática o prestaciones que requieren autorización.

Las prestaciones de autorización automática deberán siempre validarse por vía del sistema de validación online Traditum.

En caso de no estar habilitado por favor contactarse con el área correspondiente para gestionar su alta de prestador.

Las autorizaciones emitidas por el sistema de validación online son requeridas para su posterior facturación, y deberán encuadrarse dentro de las normativas propias de la validación y autorización, en cuanto a topes y cantidades autorizadas. De tal forma:

PRÁCTICAS QUE **REQUIEREN AUTORIZACIÓN**

Todas las prestaciones que no están específicamente mencionadas en el listado de Prácticas Sin Autorización Previa, requieren autorización por parte de la Prepaga, la cual será tramitada por el Afiliado y/o en su defecto un familiar directo.

Además, se requiere autorización de la prepaga para toda prestación o práctica que supere el tope pre-estipulado y alertado por el sistema.

Los planes de Cobensil (Nota: Cobensil incluye Cober, Cobermed, CM Salud y Osmecon) no requieren presentación de bonos de consulta ni copagos para la atención médica.

En el caso de prácticas o estudios en los que hubiere algún importe a abonar por parte del afiliado, dicha indicación estará consignada en la autorización correspondiente emitida por la Prepaga.

Para las prácticas y estudios que requieren autorización previa, las solicitudes de prestación siempre deben ser emitidas por:

- Profesional del Sanatorio Colegiales.
- Profesional de Cartilla.
- Profesional de Centros de cartilla, debiendo ser realizada en órdenes del Centro con el logotipo y datos del mismo.

SOLICITUD DE AUTORIZACIONES AMBULATORIAS

El trámite se podrá realizar vía e-mail o a través de Cober Touch

VÍA WEB:
www.cober.com.ar

VÍA EMAIL:
central.autorizaciones@cober.com.ar

NORMAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA

La siguiente norma es aplicable para:

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

1. Documento de identidad del beneficiario.
2. Credencial de Cober, Cobermed, CM Salud y Osmecon Salud.
3. Solicitud de la prestación

La solicitud de prestación DEBE contener

1. Apellido y Nombre del beneficiario.
2. N° de afiliado y Plan de cobertura.
3. Diagnóstico presuntivo, resumen de H.C. (cuando sea solicitado).
4. Prestación solicitada.
5. Fecha.
6. Firma y sello del profesional.

- ✔ LAS SOLICITUDES DE PRESTACIÓN TIENEN UNA VALIDEZ DE 60 DÍAS DESDE LA FECHA DE EMISIÓN HASTA LA FECHA DE EFECTIVIZACIÓN DE LA MISMA.
- ✔ NO DEBERÁN SER ENMENDADAS, TACHADAS, O CORREGIDAS *(En su defecto deben estar obligatoriamente salvadas por el médico solicitante).*
- ✔ DEBEN SER LEGIBLES.

CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN

Una vez presentada la solicitud de prestación en los términos requeridos y en confirmidad con las normativas vigentes, COBER entregará al afiliado o a sus familiares para ser presentada ante el prestador designado la constancia de autorización de la práctica, en una de las siguientes formas:

A. Orden de prestación preimpresa.

B. Autorización impresa vía mail, la cual debe adjuntarse a la orden original. En todos los casos deberán contar los siguientes datos:
   - N° de Orden preimpreso.
   - Fecha de Autorización.
   - Práctica Solicitada.
   - Diagnóstico.
   - Fecha de Preinscripción.
   - Médico Solicitante.
   - Prestador Autorizado.
   - Medicamentos y Material Descartable.
   - Alcances de la cobertura, conceptos a cargo del afiliado.
   - Firma y Sello autorizante.

La siguiente norma es aplicable para:

Cualquiera de las modalidades mencionadas, es la constancia de autorización por parte de Cobensil SA de la práctica solicitada. Deberá ser presentada por el afiliado ante cualquier prestación que requiera autorización. Se entenderá como autorizada para su facturación cuando dicha prestación sea respaldada por la orden que cumple los requisitos anteriores.

La Orden de Prestación tendrá una validez de 60 días cuando no se especifique en ella la fecha límite de autorización. Dicha fecha será determinada por COBER y corresponde al plazo máximo dentro del cual se podrá realizar la prestación. Por fuera de él, se considerará como NO AUTORIZADA la prestación, debiendo reformularse dicha orden.

No se aceptarán órdenes de autorización que no sean las válidas según los modelos adjuntos, salvo expresa autorización que se haga con las debidas firmas autorizadas para su emisión.

FACTURACIÓN

El prestador deberá presentar una factura oficial, según la condición frente al IVA del emisor, debiendo cumplir con los requisitos legales e impositivos establecidos, emitida a nombre de:

COBENSIL S.A

Av. Federico Lacroze 3255 - C.A.B.A.

CPA 1426

CUIT: 30-59879747-8

IVA: Responsable Inscripto

PERÍODO DE FACTURACIÓN

Se deberá presentar la facturación entre el 1 y el 10 de cada mes. Las facturas presentadas fuera de dicha fecha quedarán a contabilizar para el siguiente período.

LUGAR DE PRESENTACIÓN

- **Las facturas deberán ser presentadas en:** Maure 3407 - Colegiales - CABA - Lunes a Viernes de 8 a 17 hs.
- **Condición IVA:** se identificará a los pacientes exentos o gravados a través del sistema de validación TRADITUM. Para pacientes gravados los prestadores que sean Responsable Inscripto IVA deberán discriminar el 10,5%.
- Se deberá presentar por separado, la facturación de Internaciones y de Prestaciones Ambulatorias.
- **Vía E-mail:** únicamente con documentación de forma completa, ordenada y legible al correo administracion@cober.com.ar

NORMAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA

COBER

La siguiente norma es aplicable para:

OSMECON SALUD cmsalud

CONSIDERACIONES GENERALES

Para las consultas médicas, se podrá facturar hasta 3 consultas mensuales por paciente por prestador. En caso de que el paciente requiriera un mayor número de consultas mensuales, se solicitará Resumen de Historia Clínica para su facturación. Igual proceder en el caso de realizarse 2 consultas médicas en el mismo prestador en la misma fecha. Excepción a ello son las consultas de Pediatría y Neonatología del primer mes de vida, y las consultas de Obstetricia en el tercer trimestre de embarazo, donde se deberá adjuntar Resumen de Historia a partir de la quinta consulta mensual.

En el caso de determinaciones de laboratorio, se aceptará la prescripción de hasta 20 (veinte) prestaciones por receta.

Superada esta cantidad, la orden médica requerirá previa autorización de la prepaga

Se aceptará la facturación de prestaciones realizadas hasta un máximo de 60 días previos a la presentación de la factura, fuera de ese período se considerará fuera de término y serán pasibles de débito.

Si luego de esta instancia continuaran los débitos por diferencias de criterio médico, el Prestador podrá solicitar una Auditoría Compartida, para tal fin dispondrá de un plazo de 30 (treinta) días corridos a partir de la fecha de notificación del dictamen de la refacturación previa, luego de lo cual no se aceptará dicha solicitud.

REFACTURACIONES

Desde el día de la recepción de la factura de la prestación, COBENSIL S.A. dispondrá de un plazo de 45 (cuarenta y cinco días) para realizar la auditoría de la facturación. Desde la recepción de la liquidación, el prestador dispondrá de un plazo de 60 (sesenta) días corridos desde recepcionado el pago para objetar los débitos, y presentar la refacturación correspondiente. Vencido dicho plazo, no se aceptarán refacturaciones. En caso de discrepancia entre el prestador y COBENSIL S.A, a pedido de cualquiera de las partes, podrá acordarse una Auditoria Compartida.

Los requisitos para la presentación de la refacturación son:

- Factura por el importe reclamado, mes de la prestación y número de la factura original.
- La refacturación debe presentarse en forma separada de aquella correspondiente a la facturación ordinaria, identifi-cada con el título REFACTURACION.
- Fotocopia de la planilla de ajustes sobre la cual se aplicó el débito de la liquidación entregada.
- Detalle de los conceptos refacturados y argumento que sustente la refacturación.
- Documentación corregida en los casos de débitos administrativos.
- Monto total refacturado.

No se aceptarán refacturaciones por:

- Débitos administrativos como ausencia de datos del beneficiario.
- Falta de diagnóstico, firma y / o sello del médico interviniente.
- Diferencias en los valores de convenio que no hayan sido acordados.
- Realización de prácticas no convenidas o por la atención de beneficiarios de planes cuya atención no fuera acorda-da previamente.
- Realización de prácticas solicitadas por médicos no pertenecientes a la prepaga.

La siguiente norma es aplicable para:

OSMECON SALUD cmsalud

AUDITORIA MÉDICA Y ADMINISTRATIVA

- Toda facturación correspondiente deberá incluir indefectiblemente el diagnóstico que motivó las prestaciones que se facturan.
- A fin de proceder a la autorización de prestaciones, se utilizarán los códigos de NN, PMO y la codificación interna de Cobensil S.A para aquellas prestaciones no nomencladas. En este último caso, se registrará en el formulario de autorización el código prestacional interno de Cobensil y su correspondiente descripción debiendo coincidir o ser compatible con la descripción de lo solicitado en la prescripción médica. En el formulario de autorización también se podrá realizar alguna aclaración u observación al código que se está autorizando.
- Toda prestación no justificada, así como la utilización indebida de material descartable o medicación, al momento de su facturación, podrán ser objetadas o debitadas al momento de la facturación.
- La auditoría técnico administrativa y médica de facturación adopta para el control de las prestaciones, las normas generales y particulares del NN y PMO, así como también las regulaciones vigentes y modalidades operativas para prestadores generales.
- Ante la realización y facturación de prestaciones que no estén pactadas en el convenio vigente y sin presupuesto previamente autorizado, Cobensil podrá aplicar el débito total o parcial según valores de referencia.
- El registro de Historia Clínica es lo que refleja fehacientemente lo efectivamente realizado y su legitimidad, por lo expuesto es que lo facturado deberá constar expresamente en la misma.