

NORMAS OPERATIVAS

RAZON SOCIAL: IMMYN SA

NOMBRE DE FANTASIA: FAMILY GROUP (IMMYN)

CUIT: 33-68855129-9 DIRECCION: 3 DE FEBRERO 951, SAN FERNANDO , BUENOS AIRES.

PLANES HABILITADOS PARA SU ATENCION

CLASSIC, CLASSIC PLUS, 991, 992, 993 , FG530, PREMIUM, PREMIUM PLUS 250, PREMIUM PLUS 450, sSc 230, sSc 430

CONSULTAS MÉDICAS

EL SOCIO DEBERA PRESENTAR

- 1) **CREDENCIAL DE FAMILY GROUP FÍSICA O DIGITAL O CONSTANCIA AFILIATORIA FÍSICA**
- 2) **DNI**
- 3) **CUPON DE PAGO O FACTURA (EL COMPROBANTE DE PAGO DEL MES ANTERIOR ES VÁLIDO HASTA EL 15 DEL MES SIGUIENTE)**
- 4) **VALIDAR CONSULTAS EN SISTEMA**

COPAGO EN CONSULTAS

ANEXO 2

MODALIDAD DE ATENCION EN CONSULTAS

PLAN CLASIC

EL AFILIADO DEBERÁ ABONAR EN EL SANATORIO, CENTRO MÉDICO, POLICLÍNICA O MEDICO DIRECTO EL VALOR CONVENIDO (100%) CON DICHO PRESTADOR. LA CONSULTA MÉDICA O ESPECIALISTA NO REQUIERE, DERIVACIÓN,

PLAN CLASIC PLUS PLAN 991, 992, 993, PREMIUM, FG 530, PLAN sSc 230

EL AFILIADO DEBERÁ ABONAR EN EL SANATORIO, CENTRO MÉDICO, POLICLÍNICA O MEDICO DIRECTO UN COPAGO FIJO CON DICHO PRESTADOR. LA CONSULTA MÉDICA O ESPECIALISTA NO REQUIERE AUTORIZACIÓN, DERIVACIÓN, NI BONO DE INTERCONSULTA PARA LA ATENCIÓN DE LOS SOCIOS DEL PLAN. EL PRESTADOR DEBERA DESCONTAR EN LA FACTURACION EL COPAGO COBRADO.

PREMIUM PLUS 250, PREMIUM PLUS 450, **sSc** 430

EL AFILIADO NO DEBERA ABONAR NINGUN COPAGO NI ARANCEL AL SANATORIO, CENTRO MÉDICO, POLICLÍNICA O MEDICO DIRECTO.

DATOS OBLIGATORIOS

- APELLIDO Y NOMBRE
- PLAN, TIPO DE PLAN, NUMERO DE AFILIADO
- FECHA DE ATENCION
- DIAGNOSTICO MEDICO (LEGIBLE)
- FIRMA Y SELLO DE PROFESIONAL (CON MATRICULAS LEGIBLES)
- FIRMA Y ACLARACION DEL SOCIO
- COPAGO (EN CASO QUE EXISTIERA)

IMPORTANTE

- 1) SI EL AFILIADO SUPERA LAS TRES (3) CONSULTAS MENSUALES CON LA MISMA ESPECIALIDAD DEBERA ADJUNTARSE RESUMEN DE HISTORIA CLINICA
- 2) **EL PRESTADOR DEBERÁ DESCONTAR EL VALOR DEL COPAGO ABONADO POR EL AFILIADO, SIENDO SOLO EL SALDO LO FACTURADO A FAMILY GROUP.**
- 3) **EN LAS CONSULTAS CON ESPECIALIDADES MEDICAS EL DIAGNOSTICO NO PUEDE SER "CONTROL DE SALUD"**

CUALQUIER INFORMACIÓN DETALLADA DEL SOCIO PODRÁ COMUNICARSE AL 4725-2811 INT 106, O POR WHATSAPP AL 1136788845 DE LUNES A VIERNES DE 08 A 19 HRS O SABADOS DE 09 A 13 HRS, EN EL CASO DE URGENCIA PODRA CONTACTARSE AL DEPARTAMENTO DE ATENCION AL AFILIADO QUE SE ENCUENTRA LAS 24 HRS AL 118031-0777.

NORMAS OPERATIVAS DE ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS DE DIAGNOSTICO

EL ASOCIADO DEBERÁ PRESENTAR:

- **CREDENCIAL DE FAMILY GROUP FÍSICA O DIGITAL O CONSTANCIA AFILIATORIA FISICA**
- DNI
- CUPON DE PAGO , FACTURA FISICA O DIGITAL (EL COMPROBANTE DE PAGO DEL MES ANTERIOR ES VÁLIDO HASTA EL 15 DEL MES SIGUIENTE)
- ORDEN MÉDICA
- AUTORIZACIÓN

MODALIDAD DE ATENCIÓN:

- TODAS LAS PRACRICAS MEDICAS REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA PARA SU REALIZACION

MODALIDAD VALIDA DE PRESENTACIÓN DE UNA ORDEN AUTORIZADA:

- A) CONVENCIONAL: ORDEN MEDICAS CON SELLO DE FAMILY GROUP
- B) FORMULARIO POR SISTEMA (AUDITORIA CENTRAL): ORDEN MEDICAS AUTORIZADA A TRAVÉS DE SISTEMA (SE ADJUNTA MODELO)
- C) MEDIOS DIGITALES: EL AFILIADO PODRÁ TENER LA AUTORIZACIÓN POR WHATSAPP O MAIL, PERO DEBERÁ IMPRIMIR LA AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR EN EL PRESTADOR CORRESPONDIENTE.

DETALLE DE LAS MODALIDADES

- A) **CONVENCIONAL:** EL PRESTADOR RECEPCIONARA EN ORIGINAL LA ORDEN MEDICA CON EL PEDIDO DE PRACTICA EXPEDIDA POR EL PROFESIONAL, LA MISMA PUEDE ESTAR AUTORIZADA DE LAS SIGUIENTES MANERAS VALIDAS:
 - 1) ORDEN ORIGINAL SELLADA Y FIRMADA EN EL DORSO POR FAMILY GROUP
LA ORDEN MAS AUTORIZACION TIENEN UNA VALIDEZ MÁXIMA DE 30 (TREINTA) DÍAS DESDE LA FECHA QUE SE **AUTORIZÓ**, INDEPENDIENTEMENTE A LA FECHA EN LA QUE SE EXPIDIÓ LA ORDEN. EL AFILIADO DEBERÁ FIRMAR, ACLARAR Y COLOCAR TIPO Y N° DE DOCUMENTO EN EL DORSO DE LA ORDEN MÉDICA ORIGINAL COMO CONSTATAción DE HABÉRSELA REALIZADO.
- B) **FORMULARIO POR SISTEMA (AUDITORIA CENTRAL):** EL PRESTADOR RECEPCIONARA EN ORIGINAL LA ORDEN MÉDICA CON EL PEDIDO DE ESTUDIO EXPEDIDO Y POR EL PROFESIONAL ADJUNTO A LA MISMA UN FORMULARIO QUE SE EMITE DESDE AUDITORIA CENTRAL EL CUAL SE LE ENTREGA AL AFILIADO DESDE LA SEDE CENTRAL O PUEDE SER ENVIADO EN FORMATO PDF. PARA QUE EL AFILIADO IMPRIMA Y ENTREGUE CON ORDEN ORIGINAL. PARA LOS CASOS DONDE EL FORMULARIO DESCRIPTO SE LE ENVIÉ AL PRESTADOR EN FORMA DIRECTA POR MAIL (EN IGUAL FORMATO PDF.) ESTE DEBERÁ DE IMPRIMIRLO Y ADJUNTARLO A LA ORDEN MEDICA ORIGINAL PRESENTADA POR EL AFILIADO. LOS DATOS QUE CONSIGNA EL FORMULARIO CITADO SON:
 - 1) FECHA DE EMISIÓN Y VALIDEZ DE LA AUTORIZACIÓN
 - 2) N° DE AUTORIZACIÓN
 - 3) NOMBRE DEL PRESTADOR (Y HABITUALMENTE LA DIRECCIÓN) SI EL PRESTADOR TUVIESE VARIAS SEDES DE ATENCIÓN PODRÁ ATENDERSE EN CUALQUIERA DE ELLAS INDISTINTAMENTE DE LA DIRECCIÓN QUE CONSTE, SIEMPRE QUE FUESEN BAJO LA MISMA RAZÓN SOCIAL O FACTURACIÓN UNIFICADA. SI LLEVARA LA LEYENDA "A ELECCION DEL AFILIADO SEGÚN PLAN CONTRATADO" SE TOMA VALIDA (SIEMPRE QUE EL PRESTADOR SE ENCUENTRE HABILITADO Y NO TENGA LIMITACIONES POR NORMATIVA PARA ATENDER ESE PLAN MÉDICO) SE DEJA ASÍ POR LA LIBRE ELECCIÓN.
 - 4) DATOS DEL AFILIADO (N° DE SOCIO + APELLIDO Y NOMBRE)
 - 5) EDAD
 - 6) PLAN MEDICO CONTRATADO HABILITADO (DEBE DE COINCIDIR CON LA CREDENCIAL PRESENTADA)

- 7) DETALLE DE PRESTACIONES CON CANTIDAD, CO-SEGURO (SI CORRESPONDIESE), DONDE DEBE DE SER ABONADO Y EL ESTADO (ACEPTADO O RECHAZADO)
- 8) OBSERVACIONES, DONDE SE TRANSCRIBE ACLARACIONES QUE SERÁN VÁLIDAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA PRESTACIÓN
- 9) EN EL PIE, DONDE DICE "AFILIADO" ESTE DEBE DE FIRMAR COMO CONSTANCIA DE HABERSE REALIZADO LA PRÁCTICA, A SU LADO FIRMA
- 10) EL MÉDICO QUE LA PRACTICO CON LA FECHA DE REALIZACIÓN Y EL DIAGNOSTICO.

C) MEDIOS DIGITALES LA ORDEN Y AUTORIZACIÓN PUEDE SER ENVIADA POR MAIL O WHATSAPP EL CUAL EL AFILIADO DEBERÁ IMPRIMIR Y ENTREGAR AL PRESTADOR CORRESPONDIENTE

IMPORTANTE

EN LA AUTORIZACION FIGURARA SI EL AFILIADO DEBE ABONAR O NO UN COPAGO O LA TOTALIDAD DE LA PRACTICA AL PRESTADOR, EN EL CASO QUE SI, ESTE DEBERA DESCONTARLO A LA HORA DE PRESENTAR LA FACTURACION.

EN EL CASO QUE LA PRACTICA LLEVE MATERIAL DESCARTABLE EL MISMO SERA ABONADO POR EL AFILIADO.

SI LA PRACTICA LLEVASE MATERIAL DE CONTRASTE ORAL O ENDOVENOSO SERA ABONADO POR EL AFILIADO.

CUALQUIER INFORMACIÓN DETALLADA DEL SOCIO PODRÁ COMUNICARSE AL 4725-2811 INT 106, O POR WHATSAPP AL 1136788845 DE LUNES A VIERNES DE 08 A 19 HRS O SABADOS DE 09 A 13 HRS, EN EL CASO DE URGENCIA PODRA CONTACTARSE AL DEPARTAMENTO DE ATENCION AL AFILIADO QUE SE ENCUENTRA LAS 24 HRS AL 118031-0777.

NORMAS OPERATIVAS GUARDIA

AQUELLOS AFILIADOS QUE INGRESEN POR GUARDIA Y REQUIERAN PRESTACIONES (CONSULTA) QUE DERIVEN DE LA PATOLOGÍA, NO REQUERIRÁN AUTORIZACIÓN PREVIA POR PARTE DE FAMILY GROUP, NI CORRESPONDERÁ EL COBRO DE COPAGOS NI APB, LOS CUALES SERÁN A CARGO DE FAMILY GROUP.

IMPORTANTE: LA PRESENTE NORMA OPERATIVA, PODRA APLICARSE UNICAMENTE CUANDO EL AFILIADO SE ENCUENTRE AL DIA CON SU COBERTURA.

ESTUDIOS

LOS ESTUDIOS REALIZADOS POR GUARDIA QUE DERIVEN DE LA PATOLOGÍA QUEDAN SUJETOS A LA REVISION DE AUDITORIA MÉDICA, EN ESOS CASOS EL PRESTADOR DEBERÁ PRESENTAR, RESUMEN HISTORIA CLÍNICA, EPICRISIS, EVOLUCIÓN, Y DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

ANTE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE PUEDA PRESENTARSE CON EL AFILIADO AL MOMENTO DE REALIZARSE LA PRÁCTICA Y/O ESTUDIO, ROGAMOS COMUNICARSE AL 4725-2811 O AL SIGUIENTE MAIL AUTORIZACIONES@FAMILYGROUP.COM.AR, PARA EVACUAR CUALQUIER INQUIETUD.

EN CASO DE SITUACIONES ESPECIALES FUERA DEL HORARIO DE OFICINA PODRÁ COMUNICARSE AL 118031-0777

NORMA OPERATIVA DE INTERNACION

(CLINICA / QUIRURGICA / UTI / UCO / PSIQUIATRICA)

EN TODOS LOS CASOS, EL SOCIO DEBERÁ PRESENTAR:

- **_CREDENCIAL DE FAMILY GROUP FÍSICA O DIGITAL O CONSTANCIA AFILIATORIA FISICA**
- DNI
- CUPON DE PAGO O FACTURA FISICA O DIGITAL (EL COMPROBANTE DE PAGO DEL MES ANTERIOR ES VÁLIDO HASTA EL 15 DEL MES SIGUIENTE)

MODALIDAD DE ATENCIÓN:

- EL AFILIADO PODRÁ PRESENTARSE CONFORME LAS DISPOSICIONES DE ATENCIÓN QUE DISPONGA LA INSTITUCIÓN (ATENCIÓN ESPONTANEA O PROGRAMADA).

ATENCIÓN ESPONTANEA POR GUARDIA / INTERNACIÓN DE URGENCIA / EMERGENCIA

- 1) PACIENTE QUE SE PRESENTA CON CUADRO DE URGENCIA/EMERGENCIA, QUIEN TRAS EVALUACIÓN MÉDICA DEBE SER ASISTIDO Y ESTABILIZADO. SE ADOPTA CONDUCTA MÉDICA.
- 2) PACIENTE QUE SE PRESENTA POR GUARDIA, SINTOMÁTICO PARA EVALUACIÓN, Y QUE, CONFORME A RESULTADOS DE ESTUDIOS, SE ADOPTA CONDUCTA MÉDICA.

EVALUADO Y SUPERADO EL MOMENTO DE EVALUACIÓN DE CUALQUIERA DE AMBOS EPISODIOS, LA INSTITUCIÓN DEBE, DENTRO DE UN LAPSO DE 4 HORAS DESDE EL INGRESO DEL PACIENTE, DENUNCIAR LA INTERNACIÓN COMUNICANDO EL DIAGNÓSTICO Y CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR AL TELÉFONO 4725-2811 ASIMISMO, DEBERÁ INFORMARSE LA EPICRÍISIS POR MAIL A AUTORIZACIONES@FAMILYGROUP.COM.AR

EN AMBOS CASOS, FAMILY GROUP PUEDE RESOLVER:

- A) AUTORIZAR LA INTERNACIÓN EN EL LUGAR.
- B) INICIAR EL TRASLADO DEL ASOCIADO, SEGÚN SE ENCUENTRA ESTABLECIDO EN EL CONTRATO CELEBRADO ENTRE LAS PARTES. EL PRESTADOR MANTENDRÁ EL CUIDADO DEL PACIENTE MIENTRAS ESTE SE ENCUENTRE DENTRO DEL PREDIO DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABILIZÁNDOSE POR SU BIENESTAR, SOLICITANDO EL PRESTADOR LA AUTORIZACIÓN POR MÓDULO DE OBSERVACIÓN.

INTERNACIÓN PROGRAMADA:

EL PRESTADOR RECEPCIONARA LA ORDEN AUTORIZADA PARA REALIZAR LA INTERNACIÓN SOLICITADA POR EL MÉDICO INTERVINIENTE.

NORMAS OPERATIVAS DE REHABILITACION (FNOUDILOGIA/PSICOLOGIA/PSICOPEDAGOGIA/KINESIOLOGIA)

EN TODOS LOS PLANES EL AFILIADO DEBERA AUTORIZAR LA ORDEN DONDE SE INDICARA EL LUGAR, SI TIENE COBERTURA O EL COPAGO ABONAR EN EL PRESTADOR.

NORMAS OPERATIVA DE LABORATORIO

EN TODOS LOS PLANES EL AFILIADO DEBERA AUTORIZAR LA ORDEN DONDE SE INDICARA EL LUGAR, SI TIENE COBERTURA O EL COPAGO ABONAR EN EL PRESTADOR.

EL APB ESTARA EN TODOS LOS PLANES A CARGO DEL AFILIADO

SI EL AFILIADO PRESENTA 2 ORDENES EN UNA MISMA EXTRACCION SE CONSIDERARA COMO VALIDO EL COBRO DE UN SOLO APB.

EL PRESTADOR DEBERÁ DESCONTAR EL VALOR DEL COPAGO ABONADO POR EL AFILIADO, SIENDO SOLO EL SALDO LO FACTURADO A FAMILY GROUP

NORMAS OPERATIVAS DE ODONTOLOGIA

PLAN CON COBERTURA

PREMIUM PLUS

EL RESTO DE LOS PLANES DEBERA ABONAR LA TOTALIDAD DEL VALOR PACTADO ENTRE EL PRESTADOR Y FAMILY GROUP

EL AFILIADO PARA SU ATENCION DEBERA PRESENTAR

- **CREDENCIAL DE FAMILY GROUP FÍSICA O DIGITAL O CONSTANCIA AFILIATORIA FÍSICA**
- DNI
- CUPON DE PAGO O FACTURA FÍSICA O DIGITAL (EL COMPROBANTE DE PAGO DEL MES ANTERIOR ES VÁLIDO HASTA EL 15 DEL MES SIGUIENTE)

LA CONSULTA ODONTOLOGICA NO NECESITA AUTORIZACION

LAS PRACTICAS ODONTOLOGICAS REQUIEREN AUTORIZACION, EL PROFESIONAL DEBERA REALIZAR EN UN RECETARIO LAS PRACTICAS A REALIZAR PARA SU DEBIDA AUTORIZACION.

MODALIDAD

EL PLAN PREMIUM PLUS TIENE 2 (DOS) PRACTICAS MENSUALES EL CUAL DEBERA ABONAR UN COPAGO (SALE EN LA AUTORIZACION), SI EL PACIENTE AL DIA DE SU ATENCION TANTO EN PRIMERA CONSULTA COMO EXEDIENDOSE LA TERCER PRACTICA EN EL MES, EL PRESTADOR COBRARA LAS PRACTICAS ADICIONALES A VALORES CONVENIDOS CON FAMILY GROUP.

LAS PRACTICAS AUTORIZADAS TENDRAN UN COPAGO QUE EL PACIENTE DEBERA ABONAR EN EL CENTRO ODONTOLOGICO Y ESTE SERA DESCONTADO EN LA PRESENTACION DE LA FACTURACION

EN EL CASO DE MATERIAL DESCARTABLE O KIT COVID ESTARA A CARGO DEL AFILIADO.

EL RESTO DE LOS PLANES NO REQUIEREN AUTORIZACION PERO SI PUEDEN ATENDERSE ABONANDO LOS VALORES CONVENIDOS CON FAMILY GROUP

A CONTINUACION DETALLAMOS LAS PRACTICAS CUBIERTAS EN ODONTOLOGIA

FAMILY GROUP

CÓD. F.G	ODONTOLOGÍA
01.01	EXAMEN DIAGNÓSTICO FICHADO Y PLAN DE TRATAMIENTO
01.04	CONSULTA DE URGENCIAS PREST QUE NO CONSTITUYE PASO INTERMEDIO Y/O FINAL DE TTO
OPERATORIA DENTAL	
02.01	OBTURACIÓN CON AMALGAMA. CAVIDAD SIMPLE
02.02	OBTURACIÓN CON AMALGAMA. CAVIDAD COMPUESTA O COMPLEJA
02.05	COMPOSITE SIMPLE
ENDODONCIA	
03.01	TRATAMIENTO UNIRRADICULAR
03.02	TRATAMIENTO MULTIRRADICULAR (DOS CONDUCTOS)
03.05	BIOPULPECTOMÍA PARCIAL
03.06	NECROPULPECTOMÍA PARCIAL (MOMIFICACION)
ODONTOLOGIA PREVENTIVA	
05.01	TARTRECTOMÍA Y CEPILLADO MECÁNICO
05.02	CONSULTA PREVENTIVA PERIODICA. CEPILLADO PREVIO Y APLICACIÓN DE FLUOR
05.04	ENSEÑANZA DE TECNICAS DE HIGIENE BUCAL. DETECCIÓN Y CONTROL DE PLACA BACTERIANA
05.05	SELLANTES DE PUNTOS Y FISURAS. POR PIEZA DENTAL
PERIODONCIA	
08.01	CONSULTA ESTUDIO DIAGNÓSTICO PRONÓSTICO
08.02	TRATAMIENTO DE GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA
08.05	DESGASTE SELECTIVO O ARMONIZACIÓN OCLUSAL
	A T M Y BRUXISMO TERAPIA FARMACOLOGÍA Y FISIOTERAPIA
RADIOLOGÍA	
	INTRAORALES
09.01.01	PERIAPICAL. TECNICAS DE CONO CORTO O CONO LARGO
09.01.02	BITE-WING
09.01.03	OCLUSAL 6X8 CM
09.01.04	MEDIA SERIADA DE 7 PELICULAS
09.01.05	SERIADA DE 14 PELICULAS
	EXTRAORALES
09.02.01	EXTRABUCALES PRIMERA EXPOSICION

09.02.02	EXTRABUCALES POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE
09.02.03	ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR 6 TOMAS
09.02.04	PANTOMOGRFÍA
09.02.05	TELERRADIOGRAFÍA CEFALOMÉTRICA
09.02.06	SIALOGRAFÍA
CIRUGÍA	
10.01	EXTRACCIÓN SIMPLE
10.02	PLASTICA DE COMUNICACIÓN BUCO SINUSAL
10.03	BIOPSIA POR PUNCION O ASPIRACION
10.06	INCISION Y DRENAJE DE ABSCEOS POR VIA INTRABUCAL
10.03	BIOPSIA POR ESCISIÓN
10.09	EXTRACCIÓN DE DIENTES O RESTOS RADICULARES CON RETENCIÓN MUCOSA
10.10	GERMECTOMÍA

CONTACTO

OFICINA ADMINISTRATIVA: 4725-2811
PAGOS: 4725-2811 INT 101-106
CONTRATACIONES: 4725-2811 INT 103

CORREOS

AUTORIZACIONES@FAMILYGROUP.COM.AR

PAGOS@FAMILYGROUP.COM.AR

CONTRATACIONES@FAMILYGROUP.COM.AR

ADMINISTRACIÓN@FAMILYGROUP.COM.AR

FACTURACIÓN@FAMILYGROUP.COM.AR

CONDICIÓN CONTABLE

- DENOMINACIÓN: IMMYN SA
- CONDICIÓN ANTE EL IVA: RESPONSABLE INSCRIPTO
- CUIT.: 33-68855129-9
- DOMICILIO DE PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN: 3 DE FEBRERO 951 – SEDE SAN FERNANDO