



NORMAS OPERATIVAS

2025





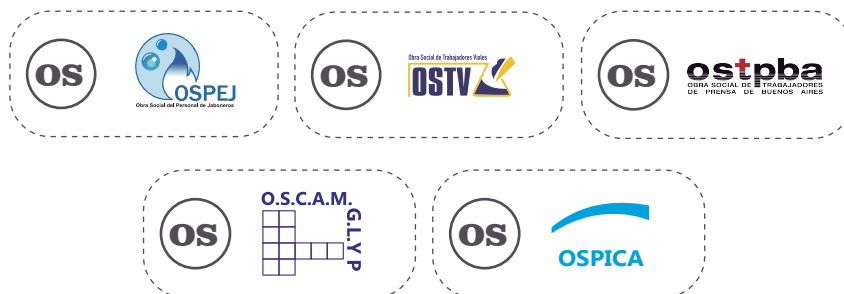
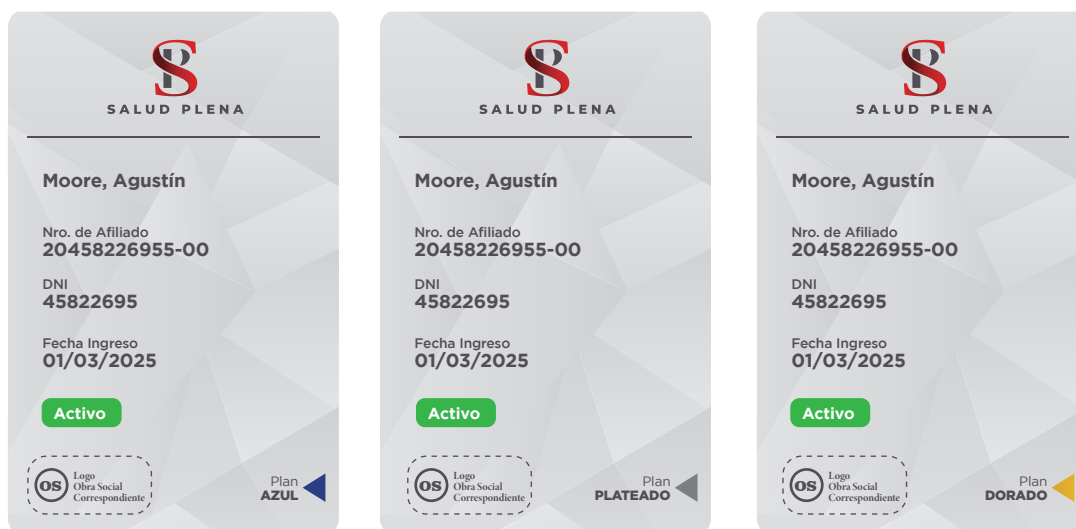
NORMAS DE ATENCIÓN

1. Control de ingreso ambulatorio

El afiliado debe presentarse en el prestador, con la credencial de **Salud Plena** activa desde la app y el documento nacional de identidad, sin excepción. En el siguiente listado, se enumeran los planes habilitados para ser atendidos en el prestador:

- **PLAN AZUL**
- **PLAN PLATEADO**
- **PLAN DORADO**

A continuación se adjuntan modelos de credenciales, indicando con un círculo el lugar preciso donde muestra el plan:





2. Normas generales de atención

- Corroborar los requisitos para la atención según cada Plan (ver normas operativas específicas para cada plan)
- En el caso de que una práctica requiera autorización previa, el afiliado deberá presentarse con el Voucher emitido por Salud Plena. Se adjuntan modelos de voucher de autorización.

 SALUD PLENA	AUTORIZACIÓN	Nro Autorización: 9506310 Fecha Vigencia desde: 12/02/2025 Fecha Vigencia hasta: 14/03/2025
		Hora Registr: 17:19 Estado: Autorizado
Información del Prestador		
Razón Social:	DIAGNOSUR	Nro. Identificador: 01-00011-5291
Información del Afiliado		
Nombre y Apellido:	GARNICA, PATRICIA MABEL	Nro Cred./ Afil.: 20149621858/01
Plan:	AZUL	Dni: 20198110
Convenio:	OSPICA	Plan Propio: CAPITADO
Observaciones		
ECOGRAFÍA RENAL COLICO RENAL COSEGURO \$1680		
Prescriptor		
236861 - BRAVO, VICTOR		
Diagnostico		
-		
Detalle de Prestaciones		
Cod. Nom.	Descripción	Cant. Estado
180116	ECOGRAFÍA RENAL BILATERAL.-	1 Autorizado
Vigencia desde 12/02/2025 hasta 14/03/2025		
Observación Auditor: COSEGURO A CARGO DEL AFILIADO \$6500		
----- Firma del Afiliado		----- Firma y Sello del Prestador



2. Normas generales de atención

- **Voucher:** El mismo indica el código de cada práctica autorizada según la solicitud médica, el prestador autorizado a resolver la misma y los datos filiatorios del paciente a quien se le autorizó dicha prestación conjuntamente con la vigencia del mismo. El mismo debe venir acompañado de orden médica original y completa (con fecha, firma y sello del profesional, diagnóstico, etc.)
- Una vez que el afiliado hubiera realizado este trámite, deberá concurrir con el voucher de autorización, y la orden médica original adjunta.
- Únicamente para afiliados del **Plan Dorado** pueden otorgar turnos en consultas generalistas (clínico, pediatría, traumatología, ginecología y oftalmología) sin autorización y sin tope límite. Las consultas a especialistas deben venir acompañados con el Voucher de autorización, y la orden médica original adjunta. **De lo contrario, será motivo de débito.**
- Únicamente para afiliados del **Plan Dorado** pueden otorgar turnos para estudios solo en radiología y ecografías sin autorización y sin tope límite. No incluye laboratorio clínico. Los laboratorios y otros estudios/prácticas deben venir acompañados con el Voucher de autorización, y la orden médica original adjunta. **De lo contrario, será motivo de débito.**
- El **Plan Azul** y **Plan Plateado** requieren siempre concurrir con el voucher de autorización, y la orden médica original adjunta.
- El turno deberá otorgarse dentro de la vigencia que el voucher indique, nunca anterior o posterior, ya que **este motivo será causal de débito.**
- Las prácticas autorizadas deben coincidir con las solicitadas en la orden médica. Los datos del voucher deben ser coincidentes con los de la orden médica (fecha pedido médico, nombre y apellido del afiliado, diagnóstico, etc.), de no coincidir algún dato, no podrá realizarse el estudio y/o práctica.
- Sólo deben realizarse las prácticas autorizadas en el voucher. Especialmente todo lo que es diálisis y oncología **deben requerir autorización previa de Salud Plena.**

3. Prácticas en internación y urgencias

- **Guardia:** Ante la demanda espontánea en la guardia, el afiliado deberá presentar la documentación requerida y tendrá acceso a cualquiera sea el servicio ambulatorio. Los servicios/prácticas de urgencia de alta complejidad que se brinden bajo esta modalidad, **deberán ser notificadas a Salud Plena dentro de las primeras 24hs. hábiles** de producido el hecho, al mail de autorizaciones que corresponda. Las mismas deberán estar debidamente justificados de acuerdo al diagnóstico.





- **Urgencias:** En el caso de haber una internación en urgencia, se debe solicitar la derivación y autorización el mismo día de producida o el primer día hábil posterior. Será Salud Plena con el auditor médico de terreno quien determine si el paciente puede ser trasladado o deberá permanecer en el establecimiento. El no cumplimiento de esta denuncia será causal de débito.
- **Solicitud de Prórrogas:** La solicitud de prórrogas de internación debe realizarse de forma diaria, enviando una evolución del estado clínico del paciente. No se autorizarán solicitudes de prórroga sin evolución o justificativo médico. Deben enviarse las prórrogas hasta el momento del alta.
- **Altas con servicios en domicilio:** En el caso de requerir servicios en domicilio, los mismos deben ser solicitados con 24 hs. de anticipación al alta.
- **Altas:** Las altas deberán producirse siempre previo al horario estipulado como corte de facturación.

Mesa Operativa – Relevamiento de internados.

- La clínica deberá brindar un contacto para comunicar a Salud Plena los internados. Este trámite no exime a la clínica de comunicar la denuncia de internación en los plazos anteriormente mencionados.
- El interlocutor de la clínica, deberá facilitar los datos filiatorios del paciente, fecha y hora ingreso, diagnóstico de ingreso, al momento del llamado.
- Cada afiliado deberá de ser informado durante su estadía completa y hasta su Egreso.

4. Cirugías e internaciones programadas

- No se autoriza para ningún plan Cirugías Programadas. La Clínica no podrá realizar la gestión. No se podrá brindar fecha de cirugía o internación. El no cumplimiento será causal de débito.

5. Coseguro

- El coseguro a abonar por el afiliado se encontrará detallado en el voucher de autorización. Puede que el voucher especifique que el afiliado no debe abonar coseguro pero es decisión de Salud Plena decidir si debe o no abonar. Solamente se puede cobrar al afiliado el monto especificado en el voucher de Salud Plena. El mismo será abonado por el afiliado en el prestador y éste deberá ser descontado al momento de la facturación de dicha práctica.





auditor médico de terreno determine que el paciente no puede ser trasladado y resulte en cirugía de emergencia para facturar se debe presentar:

ANESTESIA: - Para ser facturada, se debe presentar: Autorización, protocolo quirúrgico y ficha anestésica.

CIRUGÍAS: - Se debe adjuntar protocolo quirúrgico, ficha anestésica y consentimiento informado de la cirugía. Todo debe ser debidamente firmado y sellado por los profesionales intervinientes.

MATERIALES Y MEDICACIÓN: - En el caso de utilizarse materiales para cirugías o medicación, se debe presentar el troquel o sticker correspondiente (original). - Si el medicamento viene en envase hospitalario, se debe presentar copia del mismo. - Para medicamentos que no requieren presentación de troquel, se exigirá la ficha de trazabilidad. - Este tipo de insumos requiere autorización y presupuesto previo.

4. Presentación de refacturación

Cuando se trate de una re-facturación deberá presentarse la documentación o información solicitada por la Auditoría Médica de Salud Plena en un plazo no mayor a los 30 días de entregada la documentación debitada. La misma deberá venir acompañada del informe del débito presentado por Salud Plena oportunamente.

Datos de contacto

Área contable:

facturacion@saludplena.com.ar
contable@saludplena.com.ar

Reclamos por débitos:

facturacion@saludplena.com.ar

Facturación y liquidaciones:

facturacion@saludplena.com.ar

Contratos y convenios

contrataciones@saludplena.com.ar

Autorizaciones:

Los mails para solicitar cualquier pedido de autorización para Internaciones o Cirugías se deberán canalizar y/o denunciar a la siguiente casilla: autorizaciones@saludplena.com.ar

