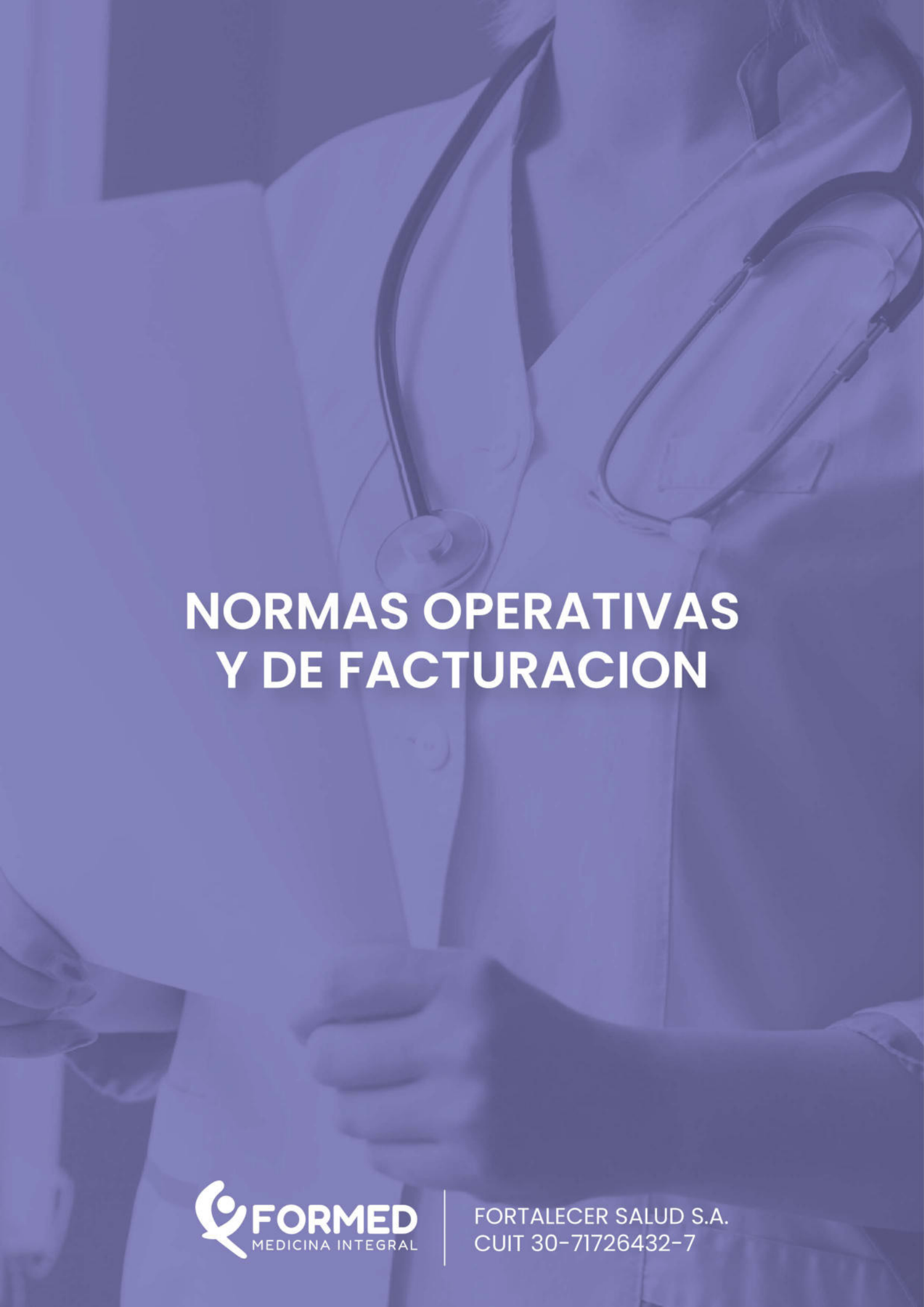




NORMAS OPERATIVAS Y DE FACTURACION

AMBULATORIO

1- Consultas de Guardia y Especialistas: Ver pto. 6) Validación de la Afiliación. En caso de validación manual: Firma del afiliado en planillas (según modelo), el médico no deberá omitir consignar: fecha, diagnóstico, datos de afiliación, datos personales, tipo y número de documento del afiliado y firma.

2- Prácticas de Baja y Mediana Complejidad:

- **Emisión:** En recetarios comunes tipo RP/ el médico no deberá omitir consignar fecha, diagnóstico, datos de afiliación, nombre y apellido, tipo y número de documento del afiliado y firma del profesional.
- **Autorización:** Al recepcionar al paciente a través del portal MI FORMED (www.formed.com.ar) el prestador podrá visualizar las ordenes médicas autorizadas por el departamento de auditoría de FORMED y aplicar la autorización a la práctica que vaya a efectuar. La autorización de la prestación, si el plan así lo requiere, debe realizarse antes de la atención del afiliado.
- **Diferenciación por plan:**
 - **PLANES MTS Y FS100:** Requieren autorización previa.
 - **PLANES FS 300, 500 Y 1000:** No requieren autorización previa.

3- Prácticas de Alta Complejidad:

- **Emisión:** En recetarios comunes tipo RP/ el médico no deberá omitir consignar fecha, diagnóstico, datos de afiliación, nombre y apellido, tipo y número de documento del afiliado y firma del profesional.
- **Autorización:** Al recepcionar al paciente a través del portal MI FORMED (www.formed.com.ar) el prestador podrá visualizar las ordenes médicas autorizadas por el departamento de auditoría de FORMED y aplicar la autorización a la práctica que vaya a efectuar. La autorización de la prestación, si el plan así lo requiere, debe realizarse antes de la atención del afiliado.
- **Las prácticas consideradas de Alta Complejidad son:**
 - Tomografía Axial Computada.
 - Resonancia Magnética Nuclear.
 - Ecografías no nomencadas.
 - Ecocardiogramas.
 - Eco – Doppler
 - Densitometría Ósea.
 - Punciones bajo control.
 - Endoscopias
 - Laboratorio no nomencado.

TODAS LAS PRACTICAS PROGRAMADAS DE ALTA COMPLEJIDAD REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA A SU REALIZACION SIN DIFERENCIACIÓN DEL PLAN.

4- Prescripción de Medicamentos: Para el expendio de medicamentos con descuento se requiere que el médico tratante genere una receta médica común de tipo RP/ o RECETA ELECTRONICA. En dicho recetario no deberá faltar el diagnóstico del paciente. Se deberán prescribir los medicamentos por su nombre genérico.

El beneficiario gozará del descuento del 40% en todo medicamento de uso habitual prescrito por los profesionales que forman parte de la Red FORMED, siempre y cuando no sean de venta libre.

El resto de las recetas pasaran por auditoría médica de FORMED donde el medico auditor firmará y colocara la leyenda del porcentaje de descuentos especiales ya sea 70% Resolución 27/2022 o 100% según la patología y/o la normativa aplicable (cronicidad, oncológicos, discapacidad, etc.)

- **Deberán respetarse las siguientes normas de prescripción:**
- La presentación de la receta de medicamentos puede ser física o digital.
- Hasta dos (2) productos por RP/recetario como máximo.

5- Recepción de Afiliados: Para su atención el beneficiario deberá presentarse con la siguiente documentación:

- **Credencial FORMED (según modelos):** podrá ser física o digital
 - **Documento de Identidad.**
- **6- Validación de la afiliación:** El prestador deberá validar la afiliación del beneficiario a través de la página web www.formed.com.ar ingresando al portal **MI FORMED**.





Usuario:

Contraseña:

[Ingresar](#)[Olvide mi contraseña](#)[Registrarme](#)

PRIMER INGRESO

Al dar de alta el contrato, el prestador recibirá por mail un usuario y clave para acceder al sistema de validación. Se le recomienda al prestador cambiar la contraseña para mayor seguridad.

Una vez logeado el prestador podrá recepcionar al paciente validando su afiliación activa con solo ingresar el token que proveerá el afiliado desde su app MI FORMED.

En caso de que el afiliado posea credencial física, también podrá recepcionarlo ingresando su número de DNI.

¡ Hola PRESTADOR !

APLICACIONES

[Recepcionar Paciente](#)[Recepciones](#)

Recepcionar

[← Atras](#)

Tipo de Documento:

DNI

Token: *

Ingresar los 4 dígitos

[Go!](#)

Nro de Documento: *

[BUSCAR](#)

#	Apellido y Nombres	Documento	CUIL	Fecha de Nac.	Sexo	Fecha Baja
---	--------------------	-----------	------	---------------	------	------------

Prestador Carlos Rodríguez

2000764228

2728867642287

16/05/1980

F

[Recepcionar](#)[Historial](#)

Al dar click en Recepcionar se despliega la siguiente pantalla que contendrá datos del beneficiario activo, el nombre de plan que posee, el nombre del prestador y el rubro de las prácticas convenidas entre el mismo y FORMED*.

El prestador deberá seleccionar el tipo de prestación en la lista desplegable y brindar el detalle que sea conveniente para el control de facturación en el campo "Nota". En el caso que el paciente se encuentre de BAJA no se permitirá recepcionar al mismo.

Verónica Cecilia Sañudo

Nro. Documento: 28675428

Nro. Cuit: 27088764287

Fecha de nacimiento: 15-03-1982

Nro. Afiliado: 22488882/202

Fecha de ingreso: 20-04-2023

Fecha de baja:

Plan: MTS

Sexo: F

Gravado

Usuario: [josemaria@gnat.com](#)

E-mail: [josemaria@gnat.com](#)

Activado: SI

Historial de Recepciones

Prestador: Elige una opción

Servicio: Elige un Prestador

Registro: Prestador 15-08-2024 14:41

Nota: Agregar alguna observación

Recepcionar Cancelar

* Aclaración: Este listado de prácticas es meramente orientativo. Por favor verificar en el sistema informático del mismo prestador el detalle con todas las prestaciones pactadas.

En el caso de no encontrar el tipo de "Servicio" en nuestro portal y este encontrarse pactado entre las partes, el prestador podrá seleccionar la opción "Otros" dentro de la lista desplegable y especificar en el campo "Nota" la prestación brindada.

Al hacer click en "Recepcionar" aparecerá una ventana emergente con la confirmación de la validación y se desplegará el siguiente Menú:

Recepción correcta



Comprobante



Historial del Paciente



Recepcionar mismo Paciente



Recepcionar otro Paciente

Desde aquí se podrá imprimir el comprobante de validación que luego deberá adjuntarse a la facturación mensual.

Cabe aclarar que este comprobante es una mera validación de la afiliación y consulta pero no de las prestaciones que surgen de la misma. Por lo tanto, aquellas prácticas que requieran la autorización indicada en la primer parte de estas normas operativas deben ser cumplidas y también adjuntadas a la facturación.

El sistema informará, a modo recordatorio, qué práctica requiere autorización y el cobro de copagos en concordancia con el plan que posea el afiliado.

Servicio

CLINICA MEDICA

Con Copago

No requiere Autorización

Nota:

Agregar alguna observación

7- Prácticas que requieran autorización: El afiliado deberá gestionar ante FORMED las autorizaciones pertinentes previa realización de las mismas.

Las prácticas autorizadas por FORMED figurarán en la pantalla de recepción del afiliado. El prestador deberá tildar la autorización que vaya a brindar y asignar en la recepción el mismo servicio indicado en la orden autorizada.

Seleccione la/s autorización/es que desea utilizar:

Autorizaciones

#	Categoría	Servicio	Solicitud	Nota	Autorización	Nota
105	AMBULATORIO	DIABETOLOGIA	15-08-2024 03:08	Solicitud	15-08-2024 03:08	Resolución

Prestador

CENTRO MEDICO FORMED

Servicio

DIABETOLOGIA

Con Copago

Requiere Autorización

Registro:

Prestador 15-08-2024 16:17

Nota:

Agregar alguna observación

Recepcionar

Cancelar

RECORDAR QUE PARA LOS PLANES FS300, 500 Y 1000 LAS PRACTICAS DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD NO REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA.

El afiliado deberá entregar la orden médica (R/P) original al prestador, quien descargará la autorización luego de recepcionar al paciente. Ambos originales deberán ser adjuntados a la facturación mensual.

8- Prestadores sin sistemas informáticos – Validación de la afiliación:

En el caso que el prestador no cuente con sistemas informáticos o los mismos presenten alguna falla momentánea, podrá validar la vigencia de la afiliación de la siguiente manera:

- a. Completar planilla de atención (según modelo) firmada por el beneficiario, la cual deberá contener el token generado por el paciente desde la app MI FORMED y el horario de la generación del mismo.
- b. En el caso que el afiliado no cuente con la credencial digital, deberá acompañar copia de la credencial física y DNI.

9- COPAGOS. Diferenciación por PLAN:

- a. **PLAN MTS:** se deberá cobrar los copagos informados periódicamente por FORMED, el resultante del mismo se deducirá de la facturación mensual.
- b. **PLAN FS100:** Solo abona copagos en psicología, fonoaudiología, psicopedagogía y kinesiología
- c. **PLAN FS300:** Solo abona copagos en psicología, fonoaudiología, psicopedagogía y kinesiología
- d. **PLAN FS500:** No se cobrará ningún copago
- e. **PLAN FS1000:** No se cobrará ningún copago

10- ARANCEL BIOQUIMICO BASICO EN LABORATORIOS:

- PLANES MTS Y FS100: ABONAN APB
- PLAN FS300, 500 Y 1000: NO ABONA APB

INTERNACIÓN

El prestador deberá solicitar la autorización de las internaciones como así también de las prórrogas, internaciones programadas, de urgencia, a través de las siguientes direcciones de correo electrónico, de acuerdo al lugar donde presta la atención. Estas mismas vías de contacto son válidas para la solicitud de autorizaciones de medicamentos, provisión de prótesis e insumos u otras prestaciones vinculadas a una internación por vía mail a: **autorizaciones@formed.com.ar**

De ser necesario el médico auditor de FORMED podrá requerir del médico que interna, los datos clínicos complementarios, informando las novedades diarias al mail a **auditoriamedica@formed.com.ar**

No se admitirá la internación para estudio y tratamiento sin diagnóstico y/o síntoma pasible de ser estudiado en forma ambulatoria.

La autorización para poder internar a un paciente quirúrgico en forma programada deberá ser solicitada por mail a: **autorizaciones@formed.com.ar** con un mínimo de 5 (cinco) días de antelación a la internación del beneficiario.

Cuando el paciente requiera una práctica especializada que la clínica no pueda satisfacer, deberá informar a FORMED para que proceda a la derivación de la misma.

En internaciones prolongadas que superen los 30 días, deberá realizar un corte mensual, a los fines de la facturación.

Medicamentos en Internación:

- La cobertura es del 100 %, respetando exclusiones y reglamentación de internación.
- En casos donde deba solicitar una medicación del listado de alto costo, deberá solicitar autorización a FORMED vía mail, luego se acordará si será por provisión, reposición y/o facturación.
- Se adjunta listado medicación de alto costo:
 - Surfactante
 - Paracetamol EV
 - Ceftazidime-avibactam
 - Linezolid
 - Meropenem
 - Imipenem
 - Imipenem-relebactam

- Tigeciclina
- Vancomicina
- Inhibidores de glicoproteína IIb/IIIa
- Inhibidores factor X
- Ganciclovir
- Valganciclovir
- Eritroproyetina
- Estimulantes serie blanca
- Tromboproyetina
- Voriconazol
- Anfotericina B liposomal
- Posaconazol
- Caspofungina
- Factor II, VII, IX y X
- Factor VIIa
- Crioprecipitados
- Gamaglobulina
- Levosimendan
- Milrinona
- Atosiban
- Terlipresina

Internaciones que requieren la Provisión de Prótesis y/o Insumos

La provisión de Prótesis y/o Insumos para procedimientos programados deberá solicitarse a FORMED, con 10 días hábiles de anticipación y será requisito obligatorio presentar el Pedido Médico consignando todos los datos conforme a lo detallado en "Modelos de Pedidos Médicos" (En recetas comunes tipo RP/ donde el médico no deberá omitir consignar: día, diagnóstico, datos de afiliación, datos personales, tipo y número de documento del afiliado y firma.), a fin de su evaluación por Auditoría Médica.

Derivaciones y servicios de ambulancia programado

Se solicita a través de nuestra mesa operativa por WhatsApp a los siguientes números:

- De 9 a 18 hs : 11-7080-8075
- De 18 a 9 hs : 11-2786-3418

NORMAS DE FACTURACION:

1. La facturación de los pacientes que se atiendan con la credencial física o digital FORMED deberá emitirse a nombre de FORTALECER SALUD S.A., CUIT 30-71726432-7, en adelante LA EMPRESA.
2. Tanto la credencial como los comprobantes de recepción/autorización emitidos a través del portal MI FORMED (www.formed.com.ar) indicarán si las prestaciones se encuentran GRAVADAS - para los socios directos - o si son prestaciones EXENTAS/NO GRAVADAS - para aquellos afiliados obligatorios de obra social -. Deberá emitirse por las mismas Factura tipo "A" y contemplar el IVA del 10,5% para las primeras (GRAVADAS), mientras que las últimas son exentas ante el gravamen (NO GRAVADAS).
3. El PRESTADOR llevara a cabo el corte de la facturación el 30 o el último día hábil de cada mes.
4. En caso de que se haya pactado el cobro de coseguros a los afiliados de FORMED, el resultante del mismo se deducirá de la facturación mensual a emitir a LA EMPRESA.
5. Se deberá adjuntar a la factura, la documentación correspondiente a las prácticas diagnósticas, autorizaciones de LA EMPRESA, datos del paciente, fotocopia de Historia Clínica, y/o cualquier otro documento de respaldo que reemplace a estos.
6. La facturación se deberá entregar en horario comercial en la sede administrativa de LA EMPRESA sita en Av. Mitre 3601, Sarandí, Pdo. Avellaneda, Buenos Aires (Tel 7720-8812), del 1 al 15 del mes siguiente de las prestaciones y de acuerdo a los valores prestacionales vigentes.
7. El periodo de observación de la facturación será de treinta (30) días corridos, a partir de la fecha de recepción de la facturación
8. Al momento del pago LA EMPRESA entregará al PRESTADOR una planilla de débitos, si correspondiere, quien tendrá diez (10) días para solicitar la remisión de los mismos, transcurriendo dicho plazo y manteniéndose el PRESTADOR en silencio, se considerará a los débitos como aceptados.-

IMPORTANTE

El menú prestacional de los Planes de FORMED MEDICINA INTEGRAL está basado en el P.M.O. (Programa Médico Obligatorio), según Resolución Nro. 201/02 del Ministerio de Salud y sus modificatorias. Para la facturación de todas las prestaciones deberán estar previamente convenidas y/o presupuestadas, caso contrario serán debitadas

ACCIDENTES DE TRABAJO

FORMED no cubrirá accidentes de trabajo, los cuales deberán ser denunciadas ante la ART correspondiente conforme Ley 24557.

SALUD MENTAL

Se brindará cobertura según las normas vigentes del PMO

ACCIDENTES DE TRANSITO

Solo se cubrirá el accidente de tránsito conforme presentación de la denuncia policial correspondiente, denuncia ante la entidad aseguradora del actor y del accidentado.

MODELOS DE CREDENCIALES

 **FORMED**
MEDICINA INTEGRAL

Fortalecer Salud SA

OSBLYCA

Nro. Socio: 1234567891

Plan: **FS100**

Nombre y Apellido: *Afiliado de Prueba*

Nro. Documento: 12345678

Nacimiento: 07-02-1990

Ingreso: 09-05-2023

Gravado

 **FORMED**
MEDICINA INTEGRAL

Plan **FS300**

Nro. Socio: 1234567891

Plan: **FS300**

Nombre y Apellido: *Afiliado de Prueba*

Nro. Documento: 12345678

Nacimiento: 07-02-1990

Ingreso: 09-05-2023

Gravado

 **FORMED**
MEDICINA INTEGRAL

Plan **FS500**

Nro. Socio: 1234567891

Plan: **FS500**

Nombre y Apellido: *Afiliado de Prueba*

Nro. Documento: 12345678

Nacimiento: 07-02-1990

Ingreso: 09-05-2023

Gravado

 **FORMED**
MEDICINA INTEGRAL

Plan **FS1000**

Nro. Socio: 1234567891

Plan: **FS1000**

Nombre y Apellido: *Afiliado de Prueba*

Nro. Documento: 12345678

Nacimiento: 07-02-1990

Ingreso: 09-05-2023

Gravado

COMPROBANTE DE VALIDACION:



RECEPCIÓN: [REDACTED]

Estado: - **ALTA**

Nro. Socio: [REDACTED]

Plan: **MTS**

Nombre y Apellido: [REDACTED]

Condición: **Gravado**

Nro. Documento: [REDACTED]

Nacimiento: [REDACTED]

Prestador: **CENTRO MEDICO FORMED**

Servicio: [REDACTED]

Nota:

Recepción: [REDACTED]

Fecha y hora: **15-08-2024 17:34:40**

- Autorización. N° 110

COMPROBANTE DE PRACTICA AUTORIZADA:



RECEPCIÓN: [REDACTED]

Estado: - **ALTA**

Nro. Socio: [REDACTED]

Plan: **MTS**

Nombre y Apellido: [REDACTED]

Condición: **Gravado**

Nro. Documento: [REDACTED]

Nacimiento: [REDACTED]

Prestador: **CENTRO MEDICO FORMED**

Servicio: [REDACTED]

Nota:

Recepción: [REDACTED]

Fecha y hora: **15-08-2024 17:34:40**

AUTORIZACIÓN: 110

Estado: - **CONSUMIDO**

Categoría: **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

Servicio: [REDACTED]

Solicitud: **15-08-2024**

Nota:

Autorización: **15-08-2024**

Nota: