

# MANUAL DEL PRESTADOR



## CONDICIONES GENERALES PARA PRESTADORES:

- **Montos adicionales**

El beneficiario no deberá abonar al médico o entidad prestadora suma alguna en carácter de adicional, plus o arancel diferenciado por sobre lo estipulado en su plan; excepto en salud mental.

**MONTO DEL COPAGO EN SALUD MENTAL:** \$80 (monto abonado por el afiliado al prestador)

- **Actualización de datos del prestador**

El prestador será responsable de mantener sus datos actualizados, deberá comunicarlo en el sitio de Autogestión para Prestadores [www.prevencionsalud.com.ar](http://www.prevencionsalud.com.ar), llamando a la línea de Atención Exclusiva para Prestadores 0810 555 1055 o por correo electrónico a [prestadores@prevencionsalud.com.ar](mailto:prestadores@prevencionsalud.com.ar). Los cambios deberán ser notificados con 30 días de anticipación a su vigencia.

## IDENTIFICACIÓN DE AFILIADOS:

Toda persona que solicite la atención del prestador deberá acreditar su condición de afiliado con su Documento de Identidad y la credencial de afiliación que le provee Prevención Salud. Queda bajo responsabilidad del Prestador validar la vigencia de la afiliación y el plan.

Le recordamos que sólo podrá prestar sus servicios a aquellos afiliados a quienes les corresponda alguna de las cartillas que usted integra, según el acuerdo vigente con Prevención Salud al momento de realizar la prestación.

El prestador no deberá percibir del afiliado ningún copago, salvo los expresamente autorizados en Salud mental.

- **Credenciales Vigentes:**



- **Credenciales Provisorias:**

Las credenciales provisorias se emitirán desde las Oficinas de Prevención Salud. Dichas credenciales contendrán los datos del afiliado y el plan contratado.



- **Afiliadas con acceso al Plan Materno Infantil (PMI)**

Aquellas afiliadas a Prevención Salud que se encuentren en situación terapéutica de embarazo, tendrán acceso al Plan Materno Infantil (PMI). Recordamos que poseen el 100% de cobertura en todas las prestaciones inherentes al embarazo durante el mismo, el parto y el puerperio. El recién nacido también posee 100% de cobertura durante su primer año de vida.



## **AUTORIZACIONES:**

En caso de prestaciones que **no requieran autorización previa**, las mismas deberán gestionarse en forma automática a través del sistema de validación suministrado por Prevención Salud.

Respecto a las prestaciones que **requieran autorización previa**, éstas podrán gestionarse en las oficinas de Prevención Salud o por mail a: [autorizaciones@prevencionsalud.com.ar](mailto:autorizaciones@prevencionsalud.com.ar) o [internaciones@prevencionsalud.com.ar](mailto:internaciones@prevencionsalud.com.ar), según corresponda.

- **Consultas:** El afiliado podrá acceder a *dos consultas* mensuales con autorización automática a través del sistema de validación. En caso de superar dicho tope, el afiliado gestionará su autorización con el pedido médico y su credencial.
- **Prácticas ambulatorias:** El afiliado podrá acceder a las siguientes prácticas con autorización automática a través del sistema de validación.

### **LISTADO DE PRÁCTICAS QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN**

<b>CODIGO</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PERIODO</b>
420101	CONSULTA	2	MENSUAL
340201	RADIOGRAFIA DEL CRANEO, CARA, SENOS PARANASALES O CAVUN, PRIMERA EXPOSICION	1	ANUAL
340202	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	1	ANUAL
340209	RADIOGRAFIA DE RAQUIS (COLUMNA) PRIMERA EXPOSICION. B.	1	ANUAL
340210	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	1	ANUAL
340211	RADIOGRAFIA DE HOMBRO, HUMERO, PELVIS, CADERA Y FEMUR PRIMERA EXPOSICION. A.	1	ANUAL
340212	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	1	ANUAL
340213	RADIOGRAFIA DE CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO, DEDOS, RODILLA, PIERNA, TOBILLO Y PIE: DOS POR (1.00)	1	ANUAL

340302	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	1	ANUAL
340421	RADIOGRAFIA SIMPLE DE ABDOMEN, PRIMERA EXPOSICION. A *	1	ANUAL
340301	RADIOGRAFIA O TELERRADIOGRAFIA DE TORAX: CON O SIN TRAZADO DE DIAMETROS CARDIACOS, CON O SIN (1.00)	1	ANUAL
340601	MAMOGRAFIA (SENOGRAFIA) (2.00 ) - 1 AÑO	2	ANUAL
340602	MAMOGRAFIA, PROYECCION AXILAR (2.00 ) - 1 AÑO	2	ANUAL
150106	CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOGICA	1	ANUAL
170101	ELECTROCARDIOGRAMA	1	ANUAL
250101 250102	FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGIA	25	ANUAL
250101 250102	FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGIA MENSUAL	5	MENSUAL
660475	HEMOGRAMA	1	ANUAL
660192	GLUCEMIA	1	ANUAL
660174	COLESTEROL TOTAL	1	ANUAL
661035	COLESTEROL HDL	1	ANUAL
661040	COLESTEROL LDL	0	ANUAL
660876	TRIGLICERIDOS	1	ANUAL
660481	HEPATOGRAMA	1	ANUAL
660711	ORINA COMPLETA	1	ANUAL
660192	CREATININA	1	ANUAL
660902	UREMIA	1	ANUAL

- **Internaciones Clínicas y Quirúrgicas:** En el caso de internaciones e intervenciones quirúrgicas de urgencia, las autorizaciones deberán solicitarse dentro de las 24hs. hábiles siguientes al ingreso del afiliado. Para las cirugías programadas, se requiere autorización previa, sin excepción.
- **Pedido de material protésico:** Para cirugías programadas el mismo deberá efectuarse con 20 días de anticipación.
- **PRESTACIONES EXCLUIDAS:** Quedan excluidas todas las prestaciones que no se encuentren con cobertura en el PMOE y sus anexos Resoluciones: 201/02-310/04.

**NO SE ABONARA NINGUNA PRESTACION A LA CUAL LE FALTE LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACION DEL SISTEMA VALIDADOR O DE PREVENCIÓN SALUD, según corresponda.**

### **PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN:**

**LUGAR DE PRESENTACION:** Unidad de Negocios u Oficina Comercial más cercana. O Envío por correo postal a Prevención Salud: Av. Independencia 333 C.P.2322. Sunchales Santa Fe.

- ***Datos de la Factura***

**Prevención Salud S.A.**

Av. Independencia 333

C.P: 2322 / Localidad: Sunchales – Santa Fe

IVA: Responsable Inscripto.

C.U.I.T: 30-71304500-0.

Fecha de Emisión.

El tiempo de presentación de la misma no podrá exceder los sesenta (60) días contados a partir de:

- la fecha de realización en caso de consultas médicas y prácticas.
- la fecha de alta del paciente en caso de internaciones. Para el caso de internaciones prolongadas se podrán realizar facturaciones parciales.

Aquellas que excedan el plazo indicado anteriormente no serán reconocidas para su pago.

- ***Débitos***

Toda observación a la facturación será debidamente fundamentada por Prevención Salud.

En caso de presentarse situaciones en que el motivo indicado no sea claro para la institución, ésta podrá comunicarse con a fin de solicitar las aclaraciones correspondientes, dentro de los 30 días de recibido el Detalle de Débitos.

En aquellas facturas donde se apliquen débitos, el prestador deberá presentar una Nota de Crédito por cada una de ellas, como forma de aceptación de los mismos.

- **Refacturación**

El plazo de presentación, no podrá superar los 30 días desde el momento de la recepción del débito. Si en dicho período la institución no se pronuncia en contrario, los mismos se tomarán como aceptados.

- **Pago**

**Transferencias bancarias:** Los pagos se efectuarán mediante transferencias bancarias a la cuenta informada por El Prestador.

La liquidación y los comprobantes de retención se enviarán a la dirección de e-mail.

**Nota:** Es exclusiva responsabilidad del Prestador notificar los cambios de cuenta bancaria o de dirección de correo electrónico.

## **CONTACTOS:**

- **Línea de Atención a Prestadores:**

0810 – 555 – 1055 Lunes a viernes de 8 a 20 hs.

- **Línea Directa:**

03493 – 28700

- **Fax:**

0800 – 444 – 8500

- **Autorizaciones:**

autorizaciones@prevencionsalud.com.ar

internaciones@prevencionsalud.com.ar

- **Liquidación de facturación a prestadores:**

0810 – 555 – 1055

prestadores@prevencionsalud.com.ar