

NOVEDADES IOMA

Sres. Profesionales:

Nos dirigimos a ustedes con el fin de informarles lo siguiente:

Que la mesa ejecutiva de Femeba resolvió aplicar del 1 de julio de 2018 las siguientes medidas:

a) Aplicar copagos en todas las prestaciones ambulatorias, suma que el afiliado debe abonar en forma directa al profesional actuante.

Los importes que el afiliado debe abonar se indican en el Anexo I, los mismos también son informados por el sistema Fol2PM en el momento de solicitar la autorización correspondiente.

Para vuestro conocimiento se informa que los copagos se aplican sobre el valor total de la prestación (Honorarios y Gastos) y de acuerdo a la categoría del profesional actuante.

CONSULTAS

BASICA \$ 50

CATEGORIA B1 Y B2 \$ 140

CATEGORIA C \$ 240

b) Establecer el límite de 2 consultas mensuales por afiliado, independientemente del profesional actuante, en cuyo caso el sistema Fol2PM devolverá la siguiente leyenda: "Dr. El afiliado supero el límite mensual establecido, debe concurrir a la Entidad Primaria para solicitar la autorización correspondiente".

En dicho límite no se tendrán en cuenta las prescripciones de medicamentos de las Entidades Primarias que hayan adherido al pago diferencial de las mismas.

Superado el límite mensual el afiliado concurrirá a la Entidad Primaria para gestionar la autorización de la prestación, la Entidad cargará en el sistema Fol2EP la matrícula y número de afiliado, el sistema solicitará confirmación por parte del afiliado de las prestaciones consumidas, para la autorización posterior de la Auditoría Médica Central de FEMEBA, quien responderá en un plazo máximo de 48 hs. Hábiles, el código de autorización nominado.

En caso que el afiliado desconozca algunas de las prestaciones autorizadas deberá completar el formulario confeccionado a tal fin (Anexo II), en cuyo caso el sistema emitirá la autorización en el acto. La Entidad deberá remitir dicho formulario con la firma del afiliado y colocando el número de la autorización.

Una vez retirada la autorización por parte del afiliado, debe concurrir al profesional quien solicitará nuevamente la autorización ingresando el código entregado en la Entidad Primaria, para habilitar la prestación.

Cuando el sistema no emita la autorización el profesional actuante podrá cobrar la prestación al paciente a los valores de convenio, extendiendo el recibo pertinente, indicando código de la prestación realizada y el motivo del cobro.

Si el beneficiario cumplimenta en el término de 72 horas hábiles, desde que la prestación fue brindada, la entrega al profesional de la autorización de FEMEBA y el recibo de pago original, el profesional deberá reintegrarle al afiliado el monto percibido

INFORMAMOS QUE EN LA SOLAPA DE SOCIOS DE LA PAGINA AML SE ENCUENTRAN LOS VALORES DE COPAGOS IOMA CON FECHA 01/07/2018 (ANEXO I).