

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

Los afiliados podrán concurrir con las siguientes credenciales y documento de identidad.

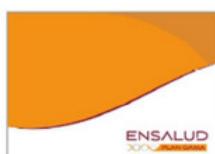
1) Credenciales Provisorias.



Credencial Provisoria Nro: 11190

GRUPO FAMILIAR

GAMA AFILIADO	DNI 11111111	xxxxxx2/00	GAMA
---------------	--------------	------------	------



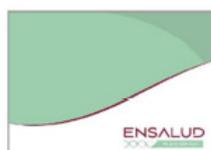
Esta credencial provisoria vence el dia 12-03-2018



Credencial Provisoria Nro: 11193

GRUPO FAMILIAR

KRONO AFILIADO	DNI 22222222	xxxxxx1/00	KRONO
----------------	--------------	------------	-------



Esta credencial provisoria vence el dia 12-03-2018

2) Credenciales Definitivas (con logo de OSTEL)

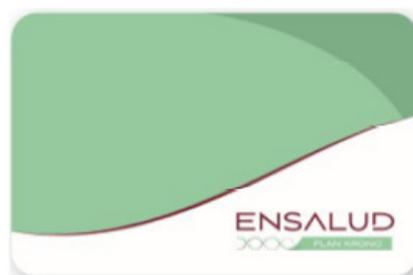
Sede Central

Calle 5 N°473 (B1902CKS) La Plata
Tel (0221) 439-1300 (Lineas Rotativas)
Fax (0221) 439-1375
Mail sec-me@femeba.org.ar

Oficina Capital Federal

Av. Belgrano N°1225
(C1093AAA) C.A.B.A.
Tel/Fax (011) 4383-4467/4490
Mail dcapital@femeba.org.ar

www.femeba.org.ar



CONSULTAS PROGRAMADAS.

Las consultas de cualquier especialidad son de Acceso Directo, no requieren autorización previa.

Los Beneficiarios deberán firmar la R/p, donde consten: Apellido y Nombre del Paciente, Número de Afiliado, Fecha de Atención, Diagnóstico, Firma del afiliado o Familiar responsable y Profesional actuante.

Cuando se realicen más de dos consultas mensuales con el mismo profesional deberá justificar con resumen de historia clínica la cual será evaluada por auditoría médica.

ESTUDIOS Y PRÁCTICAS AMBULATORIAS EN CONSULTORIO

Los mismos deberán ser indicados, con letra legible, sin abreviaturas con todos los datos filiatorios, diagnóstico o motivo que las justifiquen, fecha, firma y sello del profesional solicitante, debiendo ser conformadas al dorso de la indicación al llevar a cabo la prestación. **NO se aceptarán órdenes pre impresas o con tildes en casilleros pre-impresos.**

Dichos requisitos se considerarán suficientes para la realización de las prácticas y/o estudios.

El Anexo II, detalla el listado de Prácticas que requieren de autorización previa.

Todas las prácticas y/o estudios que estén comprendidas del Anexo II, serán considerados como requirentes de autorización previa por auditoría médica de ENSALUD (Modelo de autorización adjunto), sin excepción y de no estar convenido su valor, con su presupuesto correspondiente.

10112017	Detalle orden W-100366007		
 PLAN DE SALUD PARA TRABAJADORES JUBILADOS DE LAS TELECOMUNICACIONES Detalle de la orden W-100366007 [AUTORIZADO]			
Obra Social	OSTEL JUBILADOS (00791,208)		
Extra Capital	No		
Afiliado	2702992711200 GONZALEZ DE FERNANDEZ MARIA JU DOMICILIO 1 - CAPITAL FEDERAL		
Recetario	Fac. Receta	10-11-2017	Fac. Subscripción
	Formulario		
	[URG48] Paramedic • NIVEL:URG Domicilio 1 Donado 1748 - Capital Federal Tel 0800-222-0168 Localidad Capital Federal		
Solicitante EFECTOR	Domicilio 2 - Tel Domicilio 3 - Tel		
Derivante	01-011-ELEGIR PRESTADOR DE LA RED		
Transcripción de diagnóstico de receta / ampliación de datos (cambiar)			
PRÁCTICA			# DES
1 [X] 008076-AMB - ADICIONAL a KH UTM			1 AUTORIZADO
Término Asignado : NO			
Observaciones	SE AUTORIZA TRASLADO N 834867 DESDE HOSP MILITAR HASTA CLIMEDICA RBE DRA ARANDIA, 2HS DE DEMORA.GUSTAVO		
<small>Esta autorización CAPACITA al actor y los prestadores NO SON RESPONSABLES de la TOTALIDAD DE LOS DATOS CONSERVADOS de concurrencia con la orden médica original. Asimismo se le recuerda que a efectos de gestión se le deberá adjuntar el FORM (Prescripción y lista de muestra) y el FORM 77 (Prescripción Encarcelada) cuando correspondiera.</small>			
TODOS LOS ITEMS AUTORIZADOS DEBEN FACTURARSE A LOS VALORES CONVENIDOS			
Notificaciones Enviadas			
Sin notificar			
Esta orden ha sido gestionada a través de la página web:			
 ENSALUD Servicios Integrales de Salud		<small>Avda. Martín 1000 Capital Federal Teléfono: 011-4384-9998</small>	<small>autorizaciones@ensalud.org www.ensalud.org</small>
Impreso: 08/17			

MODELO DE AUTORIZACIÓN

PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN AMBULATORIA

La misma puede efectuarse en los recetarios oficiales, debidamente identificados de la Obra Social o en cualquier otro membretado de la Institución o Médico interviniente. En todos los casos debe constar el nombre y apellido del paciente, la edad, el número de afiliado, el nombre genérico del medicamento, la marca registrada (esto es optativo), el diagnóstico, fecha y firma y sello del Profesional. Se recuerda que la validez de la orden es de 30 días.

PRÁCTICAS AMBULATORIAS QUIRURGICAS PROGRAMADAS CON USO DE QUIRÓFANO

La indicación de la práctica será confeccionada con los datos filiatorios completos antes detallados, constando además lugar y fecha tentativa de realización, tipo de anestesia, y monitoreo cardiológico de ser necesario. En todos los casos requieren Autorización previa de Auditoría Médica de Ensalud. El pedido debe ser acompañado de un resumen de historia clínica y de los estudios que confirman el diagnóstico, en la R/p deben constar los siguientes datos:

- Número de socio del paciente
- Obra Social al cual pertenece
- Nombre y Apellido del paciente
- Prestación a realizar
- Profesional que indica la prestación
- Diagnóstico presuntivo.
- Breve reseña de estudios previos realizados.

- Fecha de emisión.

INTERNACIONES

CLINICAS O QUIRURGICAS PROGRAMADAS

Deberán ser solicitadas con 15 (quince) días hábiles de anticipación, adjuntando además del pedido resumen de historia clínica o informe de estudios que justifiquen las mismas. Las cirugías programadas que requieran provisión de materiales protésicos, descartables de uso específico, suturas, mallas etc. deberán ser solicitadas con un mínimo de 20 (veinte) días hábiles de anticipación.

Cabe aclarar que al pedido de la cirugía se le adjuntará la solicitud de provisión del material (Planilla incorporada en Anexo III detallado más abajo) y que el mismo quedará sujeto a evaluación de Auditoría Médica de ENSALUD y a las Normas vigentes emitidas por autoridad competente, no pudiéndose prescribir marcas, ni sugerir proveedores.

CLÍNICAS O QUIRÚRGICAS DE URGENCIA

Todas las internaciones y cirugías requieren autorización de la Auditoría Médica de ENSALUD. Deberán ser notificadas dentro de las 24 hs. hábiles de producida al igual que las prórrogas de internación y no se podrá solicitar ni se autorizarán prórrogas con fechas futuras. Para gestionarse, además de los datos del paciente, deberá adjuntarse la solicitud del profesional actuante y el resumen de Historia Clínica.

DÍAS DE INTERNACIÓN: La autorización emitida en relación a cada solicitud será válida por la cantidad de días aprobados por la Auditoría Médica de ENSALUD, independientemente del canal utilizado.

PRÓRROGAS DE INTERNACIÓN: En todos los casos, antes del vencimiento del plazo autorizado según el punto anterior se deberá gestionar la prórroga correspondiente y adjuntarse la solicitud de prórroga por parte del profesional actuante y el resumen de Historia Clínica que la justifique. Superados los días de internación autorizados, sin aprobación de una prórroga, la internación se considerará cerrada.

Aquella internación que por la patología del paciente se considere necesario el cambio de tipo de internación y/o servicio (Ej.: Piso – UTI, Clínica – Quirúrgica, Observación, etc.), requerirá una nueva autorización y deberá adjuntarse la solicitud del profesional actuante y resumen de historia clínica.

PRÁCTICAS Y ESTUDIOS EN INTERNACIÓN

Deberán solicitarse autorización todas aquellas prácticas quirúrgicas o estudios de alta complejidad diagnósticas o terapéuticas y excluidas de los módulos correspondientes, según el convenio vigente.

En caso que las mismas fueran realizadas de Urgencia se debe consignar la leyenda Práctica ya realizada, adjuntar a la indicación informe médico o protocolo de realización y remitirlas a Auditoría Médica de ENSALUD,

NORMAS DE FACTURACIÓN

- Se presentará la facturación dentro de los 15 (quince) primeros días de cada mes a nombre de ENSALUD San Martín 480 CABA C.P. 1004 en el horario de 9 a 18 hs. De lunes a viernes. Se debe presentar un detalle de facturación mensual con la documentación respaldatoria.
- Se deberá presentar Historia clínica cuando se facturen más de 2 consultas del mismo paciente en el mismo mes, del mismo profesional.
- Se debe realizar una factura por cada obra social. No se aceptarán ordenes pre impresas con tilde en casilleros.
- La no observancia de las normas antes detalladas generará el débito de cualquier prestación facturada.
- Las facturación debe comprender prestaciones de 90 días, Ejemplo en el mes de presentación Diciembre, se pueden incluir prestaciones de los meses de Setiembre, Octubre y Noviembre.

CONSULTAS

- Deberán constar: fecha, apellido y nombre del afiliado, N° de beneficiario, diagnóstico, firma del afiliado, firma y sello médico.
- Todo dato enmendado deberá ser salvado con firma y sello del prestador.
- Se adjuntará a la misma facturación, toda la documentación por reclamos de débitos o devoluciones efectuadas.

PRÁCTICAS

- Deben ser facturadas con:
 - Prescripción médica autorizada. (Según Anexo II)
 - Informes médicos o protocolo quirúrgico.
- Deberán constar fecha, apellido y nombre del afiliado, N° de beneficiario, diagnóstico, código de la prestación, firma del afiliado, firma y sello médico que prescribe, firma y sello de médico que realiza la práctica.
- Se adjuntará a la misma facturación, toda la documentación por reclamos de débitos o devoluciones efectuadas por ENSALUD.

ANEXO II - Prestaciones con autorización previa

NOMENCLADAS	
CAPITULO 1	Operaciones en el sistema nervioso
CAPITULO 2	Operaciones en el aparato de la visión
CAPITULO 3	Operaciones otorrinolaringológicas
CAPITULO 4	Operaciones en el sistema endocrino
CAPITULO 5	Operaciones en el tórax
CAPITULO 6	Operaciones en la mama
CAPITULO 7	Operaciones en el sistema cardiovascular
CAPITULO 8	Operaciones en el aparato digestivo y abdomen
CAPITULO 9	Operaciones en los vasos y ganglios linfáticos
CAPITULO 10	Operaciones en el aparato urinario y genital masculino
CAPITULO 11	Operaciones en el aparato genital femenino y obstetricia
CAPITULO 12	Operaciones en el sistema musculo esquelético
25.01.04	Rehabilitación del lenguaje. Por sesión y por beneficiario
25.01.06	Kinesioterapia o fisioterapia a domicilio
NO NOMENCLADAS	
CÓDIGO	OFTALMOLOGÍA
88.02.02	CONTEO DE CÉLULAS ENDOTELIALES POR OJO (BILATERAL)
88.02.04	ELECTRORETINOGRAMA
88.02.05	IRIDOTOMIA CON LASER TRATAMIENTO COMPLETO POR OJO
88.02.07	PLOMBAJE POR OJO
88.02.09	TEST DE SENSIBILIDAD DEL CONTRASTE BILATERAL
88.02.10	TRABECULOPLASTIA CON LASER (HASTA 2 SESIONES)
88.02.11	EXAMEN CITOBACTERIOLOGICO
88.02.13	FOTOCOAGULACION CON LASER (POR SESION, HASTA 4 SESIONES) POR OJO
88.02.14	TEST DE VISION DE COLORES BILATERAL
88.02.15	CAPSULOTOMIA POSTERIOR CON YAG LASER BILATERAL
88.02.31	REFRACTOMETRIA COMPUTARIZADA BILATERAL (honorarios)
88.02.30	TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA BILATERAL

CODIGO	OTORRINOLARINGOLOGIA
88.03.01	NASOFARINGOLARINGOSCOPIA
88.03.02	NASOFARINGOLARINGOSCOPIA (CON VIDEO)
CODIGO	NEUMONOLOGIA
88.05.01	CURVA FLUJO VOLUMEN COMPUTARIZADO
88.05.03	ESPIROMETRIA POR COMPRESION TORACICA
CODIGO	GASTROENTEROLOGIA
88.08.03	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA CON VIDEO
CODIGO	UROLOGIA
88.10.01	TEST DE DROGAS VASOACTIVAS
88.10.02	TEST DE TUMESCENCIA Y RIGIDEZ PENEANA NOCTURNA (PRIMERA NOCHE)
88.10.03	TEST DE TUMESCENCIA Y RIGIDEZ PENEANA NOCTURNA (SEGUNDA NOCHE)
88.10.04	CAVERNOSONOGRAMIA
88.10.05	ESTUDIO URONEUROFISIOLOGICO
88.10.06	PENOSCOPIA
88.10.07	PENOSCOPIA CON BIOPSIA
88.10.08	FLUJOMETRIA URINARIA COMPUTARIZADA
88.10.09	ESTUDIO URINARIO COMPLETO COMPUTARIZADO
88.10.10	BIOPSIA ENDOSCOPICA VESICAL CON PINZA FRIA
88.10.11	URETERORENOSCOPIA DIAGNOSTICA
88.10.12	VIDEOURETROCISTOSCOPIA
CODIGO	GINECOLOGIA
88.11.01	DIAGNOSTICO PRENATAL POR AMNIOCENTESIS
88.11.02	DIAGNOSTICO PRENATAL POR BIOPSIA CORIONICA
CODIGO	ANATOMIA PATOLOGICA
88.15.02	BIOPSIA POR INMUNOFLOURESCENCIA
88.15.03	RECEPTORES HORMONALES POR METODO IHQ. (ESTROGENOS Y PROGESTERONA)
88.15.04	ESTUDIO DE BIOPSIA POR IHQ EN CORTES EMBEBIDOS EN PARAFINA (HASTA TRES MARCADORES)
88.15.05	ESTUDIO DE BIOPSIA POR IHQ. EN CORTES EMBEBIDOS EN PARAFINA (MAS DE TRES MARCADORES ,C/U)
CODIGO	CARDIOLOGIA
88.17.02	ELECTROCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUCION DE SEÑALES
CODIGO	GENETICA
88.21.01	DETECCION DEL SITIO FRAGIL DEL CROMOSOMA X
88.21.02	CARIOTIPO CON ALTA RESOLUCION DE BANDA
88.21.03	ESTUDIO CROMOSOMICO
88.21.04	CARIOTIPO DE MATERIAL DE ABORTO ESPONTANEO
CODIGO	HEMATOLOGIA
88.23.01	CITOMETRIA DE FLUJO (LEUCEMIAS Y LINFOMAS)
88.23.02	CITOMETRIA DE FLUJO (ADN E INDICACIONES DE MEDICINA TRANSFUSIONAL)
88.23.03	CITOMETRIA DE FLUJO (HIV y CD34)
88.23.04	AUTOTRANSFUSION, HASTA 2 UNIDADES

CODIGO	ECOGRAFIA
88.18.01	ECOCARDIOFETAL
88.18.02	ECOGRAFIA TRNASFONTANERAL
88.18.10	ECOGRAFIA CON DROGAS CON DIGITALIZACION DE IMAGENES (DIPIRIDAMOL, ETC) INCLUYE : Medicación
CODIGO	ECOGRAFIA DOPPLER BLANCO Y NEGRO
88.18.29	PULSADO VASCULAR PERIFERICO/NEFROLOGICO
CODIGO	MAMOGRAFIAS
88.34.01	PUNCION BIOPSIA O LOCALIZACION PREBIOPSIA DE LESION NO PALPABLE CON MARCADOR
88.34.02	PUNCION BIOPSIA CON MARCACION ESTEREOTAXICA
CODIGO	DENSITOMETRIA OSEA
88.34.71	DE DOS O MAS REGIONES
88.34.72	POR TAC CON SOFTWARE ESPECIFICO
CODIGO	ESPINOGRAFA
ECOGRAFIA INTERVENCIONISTA	
88.18.11	ECOGRAFIA INTERVENCIONISTA CON PUNCION
88.18.12	ECOGRAFÍA INTERVENCIONISTA CON PUNCION BIOPSIA MULTIPROSTÁTICA
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA	
PRACTICAS INTERVENCIONSTAS BAJO CONTROL DE TOMOGRAFIA COMPUTADA	
88.34.50	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE ABDOMEN
88.34.51	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE HIGADO
88.34.52	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE RIÑON
88.34.53	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE PANCREAS
88.34.54	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE TORAX/PULMON
88.34.55	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE UNA VERTEBRA
88.34.56	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE OTROS ORGANOS O REGIONES
88.34.57	PUNCION BIOPSIA DE PROSTATA BAJO TAC
88.34.58	PUNCION BIOPSIA BOLSAS SEROSAS BAJO TAC
88.34.59	PUNCION BIOPSIA GANGLIOS LINFATICOS BAJO TAC
88.34.60	PUNCION BIOPSIA DE UNA VERTEBRA BAJO TAC
88.34.61	PUNCION BIOPSIA Y/O ASPIRATIVA OTROS ORGAN
CODIGO	NEUROLOGIA
88.01.10	POLISOMNOGRAFIA NOCTURNA CON OXIMETRIA NOCTURNA. Incluye Presión (Con presentación de Hist. Clín.)
CODIGO	GASTROENTEROLOGIA
88.08.10	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO
88.08.11	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO
88.08.12	ESCLEROSIS DE VARICES O LIGADURAS
88.08.13	DILATACIÓN ESOFÁGICA, incluye balón
88.08.14	COLOCACIÓN DE PRÓTESIS ESOFÁGICA
88.08.15	POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA GASTRICA
88.08.16	POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLONICA

88.08.17	GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA
88.08.18	HEMOSTASIA LESION SANGRANTE
88.08.19	HEMOSTASIA LESION SANGRANTE
88.08.20	EXTRACCIÓN DE CALCULO COLEDOCIANO
88.08.21	PRÓTESIS VIAS BILIARES Y PANCREAS
88.08.22	PRIMER RECAMBIO PRÓTESIS BILIAR-PANCREAS
88.08.23	RECAMBIOS ULTERIORES - Excluye prótesis
88.08.24	DRENAJE BILIAR PERCUTANEO TERAPEUTICO
CODIGO	UROLOGIA
88.10.20	URETERORENOSCOPIA TERAPEUTICA
88.10.21	NEFROSTOMIA PERCUTANEA
88.10.22	CAMBIO DE NEFROSTOMIA
88.10.23	COLOCACIÓN TERAPEUTICA CATETER
88.10.24	COLOCACIÓN TERAPEUTICA CATETER
88.10.25	LITOTRIZIA VESICAL PERCUTANEA
88.10.26	NEFRLITOTOMIA PERCUTANEA
CODIGO	ECOGRAFAS COLOR
88.18.50	DRENAJE ABSCESO DE HIGADO POR ECO
88.18.51	DRENAJE ABSCESO DE PANCREAS POR ECO
88.18.52	DRENAJE ABSCESO SUBFRENICO POR ECO
88.18.53	DRENAJE ABSCESO ABDOMINAL POR ECO
88.18.54	DRENAJE ABSCESO RENAL POR ECO
88.18.55	ALCOHOLIZACIÓN TUMORES HEPÁTICOS POR VIA
CODIGO	DRENAJE POR TAC
88.34.90	DRENAJE ABSCESO DE HIGADO POR TAC - Incluye Set
88.34.91	DRENAJE ABSCESO DE PANCREAS POR TAC
88.34.92	DRENAJE ABSCESO DE SUBFRENICO POR TAC
88.34.93	DRENAJE ABSCESO DE ABDOMINAL POR TAC
88.34.94	DRENAJE ABSCESO DE RENAL POR TAC - Incluye Set
88.34.95	ALCOHOLIZACION TUMORES HEPÁTICOS POR VIA
88.34.96	DRENAJE ABSCESO DE PULMON POR TAC - Incluye Set
99.02.01	EXTR. CRISTALINO CON IMPLANTE DE LIO
99.02.02	FOCOEMULSIFICACION DE CRISTALINO CON IMPLANTE DE LIO
99.02.03	CIRUGIA REFRACTARIA
99.10.01	LITOTRIZIA RENAL EXTRACORPOREA
99.14.01	PROVISION DE ALERGENO
99.25.01	ESTIMULACION TEMPRANA
99.34.01	LOCALIZACION PRE BIOPCIA DE LECCION
99.35.01	ACELERADOR LINEAL
99.87.01	TRATAMIENTO CON CITOSTATICOS AMULAT.
99.87.02	TRATAMIENTO CON CITOSTATICOS INTERNACION