

## **NORMAS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA**

### **Capítulo III : NORMAS Y PROCEDIMIENTOS**

#### **B.- NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LOS PRESTADORES**

##### **B.1. DE LA DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO**

##### **B.2. DE LAS AUTORIZACIONES DE PRESTACIONES**

**B.1. DE LA DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO:** para acceder a prestaciones médicas y /o trámites administrativos el afiliado o sus familiares deberán concurrir siempre con :

- Documento de Identidad del beneficiario
- Credencial de Cober- Med
- Cupón adherido al dorso que indique el último mes abonado.

Ésta documentación le será solicitada al afiliado por el profesional o centro asistencial ante toda prestación médica

##### **B.2. DE LAS AUTORIZACIONES DE PRESTACIONES**

###### **B.2.1 PRÁCTICAS AMBULATORIAS**

Prácticas que requieren autorización

Prácticas que no requieren autorización

###### **B.2.1.1 PRESTACIONES AMBULATORIAS QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN :**

###### **PRACTICAS QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN**

B.2.1.1.1 Consulta clínica

B.2.1.1.2 Consulta con especialista

B.2.1.1.3 Análisis de Laboratorio de baja complejidad ( “ rutina “ )

B.2.1.1.4 Radiología de baja complejidad ( “ Rx. Simple sin contraste “ )

- Se solicita turno directamente en el prestador autorizado.
- **TURNOS No URGENTES:** El Prestador otorgará un turno para la prestación de carácter A que no podrá exceder el plazo de 7 (siete) días desde la fecha de su solicitud.



- **TORNOS URGENTES:** El prestado otorgará un turno para la prestación de carácter que no podrá exceder el plazo de 24hs desde la fecha de su solicitud.
- Según el detalle de cobertura de cada plan, se deberá o no cobrar un **COPAGO O COSEGURO** por consulta o práctica que no requiera autorización previa. Dicho adicional deberá ser abonado al prestador elegido.

Ante cualquier duda consulte telefónicamente al **4556-4900**  
(Administración Central de Cober Med)

### **B.2.2.2 PRESTACIONES AMBULATORIAS QUE SÍ REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA A LA PRESTACIÓN:**

#### **SOLICITUD DE PRESTACIÓN**

Para su autorización, las solicitudes de prestación **siempre** deben ser emitidas por:

- Profesional del Sanatorio Colegiales
- Profesional de cartilla
- Profesional de Centros de cartilla, debiendo ser realizada en órdenes del Centro, con el logotipo y datos del mismo.

#### **PRACTICAS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN**

- B.2.2.2.1 Laboratorio de mediana y alta complejidad , Laboratorio no nomencado
- B.2.2.2.2 Radiología contrastada y no nomencada
- B.2.2.2.3 Ecografías convencionales y no convencionales
- B.2.2.2.4 Mamografías
- B.2.2.2.5 Ecocardiogramas
- B.2.2.2.6 Ecodoppler
- B.2.2.2.7 Ergometrías, Holter y toda otra práctica cardiológica de mediana o alta complejidad
- B.2.2.2.8 Kinesiología y fisioterapia
- B.2.2.2.9 Medicina Nuclear
- B.2.2.2.10 Tomografía axial computada
- B.2.2.2.11 Resonancia magnética nuclear
- B.2.2.2.12 Cirugías Ambulatorias (presentando la documentación requerida)
- B.2.2.2.13 Toda otra práctica de mediana o alta complejidad

- Se solicita turno directamente en el prestador autorizado.
- **Tornos No Urgentes:** El Prestador otorgará un turno para la prestación de carácter **No Urgente** que no podrá exceder el plazo de 7 (siete) días desde la fecha de su solicitud.
- **Tornos Urgentes:** El prestado otorgará un turno para la prestación de carácter **Urgente** que no podrá exceder el plazo de 24hs desde la fecha de su solicitud.

Ante cualquier duda consulte telefónicamente al **4556-4900**  
(Administración Central de Cober Med)



### **B.2.3. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES AMBULATORIAS**

**PERSONALMENTE:** en las oficinas centrales de COBER-MED , Av. Federico Lacroze 3225 - C.A.B.A. (C1426DNG), en el horario de lunes a viernes de 8.00 A 17.00 hs.

**VÍA FAX:** al N° 4556-4900, en el horario de lunes a viernes de 8.00 A 17.00 hs.

#### **DOCUMENTACIÓN REQUERIDA AL AFILIADO**

- 1.- Documento de identidad del beneficiario
- 2.- Credencial de COBER-MED
- 3.- Cupón adherido al dorso , que indique el último mes abonado
- 4.- Solicitud de la prestación

#### **SOLICITUD DE PRESTACIÓN**

Para su autorización, las solicitudes de prestación siempre deben ser emitidas por:

- Profesional del Sanatorio Colegiales
- Profesional de cartilla
- Profesional de Centros de cartilla, debiendo ser realizada en órdenes del Centro, con el logotipo y datos del mismo.

#### **LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEBE CONTENER :**

- 1.- Apellido y Nombre del beneficiario
- 2.- N° de documento de identidad
- 3.- N° de afiliado y Plan de cobertura
- 4.- Diagnóstico presuntivo , resumen de H.C (cuando solicitado)
- 5.- Prestación solicitada
- 6.- Fecha
- 7.- Firma y sello del profesional

#### **LAS SOLICITUDES DE PRESTACIÓN**

- TIENEN UNA VALIDEZ DE 30 DÍAS DESDE LA FECHA DE EMISIÓN HASTA LA FECHA DE EFECTIVIZACIÓN DE LA MISMA.
- NO DEBARÁN SER ENMENDADAS, TACHADAS, O CORREGIDAS (En su defecto deben estar obligatoriamente salvadas por el médico solicitante)
- DEBEN SER LEGIBLES.



### **ORDEN DE PRESTACIÓN**

Una vez presentada la solicitud de prestación en los términos requeridos y en conformidad con las normativas vigentes, Cober Med entregará al afiliado o a sus familiares para ser presentada ante el prestador designado el formulario de **Orden de Prestación**, con todos los datos allí consignados:

- N° de Orden preimpreso
  - Fecha de Autorización
  - Práctica Solicitada
  - Diagnóstico
  - Fecha de Prescripción
  - Médico Solicitante Prestador Solicitado
  - Prestador Autorizado
  - Medicamentos y Material Descartable – Alcances de la cobertura, conceptos a cargo del afiliados, etc.
  - Firma y Sello autorizante
- La Orden de Prestación es la **constancia de autorización por parte de Cober Med** de la práctica solicitada. Deberá ser presentada por el afiliado ante cualquier prestación que requiera autorización. Se entenderá como autorizada para su facturación cuando dicha prestación sea respaldada con la Orden de Prestación correspondiente, firmada y sellada por Cober Med.
- La Orden de Prestación tendrá una validez de 30 días cuando no se especifique en ella la **fecha límite de autorización**. Dicha fecha será determinada por Cober Med y corresponde al plazo máximo dentro del cual se podrá realizar la prestación. Por fuera de él, se considerará como NO AUTORIZADA la prestación, debiendo reformularse dicha orden.

Ante cualquier duda consulte telefónicamente al **4556-4900**  
(Administración Central de Cober Med)