



NUEVO SISTEMA DE AUTORIZACIÓN DE ÓRDENES CON DESCUENTO DIFERIDO SOBRE HABERES



INSTRUCTIVO PARA EL EXPENDIO Y AUTORIZACIÓN DE ÓRDENES DE ASISTENCIA MÉDICA

Expendio y Autorización de Órdenes

A continuación detallamos en este breve instructivo, los formularios, cantidad y tipo que deben expendirse, según práctica o estudio indicado, y categoría afiliatoria del asociado para quien se solicitó la atención. En algunos casos puede requerir, incluso, autorización previa de esta entidad.

Se acompaña asimismo formulario que se implementa a partir de diciembre que permite al asociado que desee gestionar órdenes con cargo, realizarlo por sistema de cobro diferido sobre haberes.

Por dudas o consultas solicitamos comunicarse al Centro de Atención Telefónica al Afiliado 0810-122-6888 (de 9:00 a 19:00 hs), o a la Oficina Atención al Público (011) 4013-2700 (Int. 2855 al 57) de 8:30 a 20:00 Hs.

Prácticas más usuales que NO requieren autorización previa

| | Titular Cónyuge e Hijos menores de 21 años | Participantes Grupo II (47/48) | Adherentes Grupo III (Hijos solteros de 21 a 30 años) y III Bis (Hijos solteros de 31 a 39 años) |
|--|---|---|---|
| Análisis. (Hasta 5 determinaciones) | AM 5 | AM 70 | AM 5 |
| Análisis. (Más de 5 determinaciones) Cuando en la misma receta se superen las 5 determinaciones, deben extenderse 2 órdenes (Ya sean 6 como 20 análisis se extienden 2 órdenes) | AM 5 (Dos) | AM 70 (Dos) | AM 5 (Dos) |
| Consulta médica en Consultorio (clínico y/o especialista) | AM 950 | AM 904 | AM 904 |
| Consulta médica en Domicilio | AM 850 | AM 903 | AM 903 |
| Ecografías | AM 5 | AM 70 | AM 5 |
| Electrocardiograma | AM 5 | AM 70 | AM 5 |

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Electroencefalograma | AM 5 | AM 70 | AM 5 |
| Electromiografía | AM 5 | AM 70 | AM 5 |
| Odontología | AM 160 (Ficha Odontológica) | AM 160 (Ficha Odontológica) | AM 160 (Ficha Odontológica) |
| Radiografías (Rx) | AM 5 | AM 70 | AM 5 |
| Recetas/Prescripción de Medicamentos | AM 16 | AM 16 | AM 16 |

NOTA: Para los análisis solicitados por un médico hematólogo, debe expendirse un único AM 5 o AM 70 (según corresponda) por recetario, como señala el punto 1º de la Reglamentación (prácticas o estudios en forma ambulatoria). Vale decir entonces, que **no suma otra orden** como si se tratara de una determinación de laboratorio, ni contempla su reemplazo por el formulario de alta complejidad.

Prácticas que SI requieren autorización previa

| | Titular Cónyuge e Hijos menores de 21 Años | Participantes Grupo II (47/48) | Adherentes Grupo III (Hijos solteros de 21 a 30 años) y III Bis (Hijos solteros de 31 a 39 años) |
|---------------------------------------|---|---|---|
| Campo Visual Computarizado | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |

| | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| Cariotipo | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Citometrías | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Densitometría Ósea | AM 5 | AM 70 | AM 5 |
| Ecodoppler | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Ecostress | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Estudios Cromosómicos | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Estudio Urodinámico | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Estudios Sueño Prolongado (Electroencefalograma) | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Evaluación Neurocognitiva | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Foniatría (Tratamiento) | AM 165 (Por mes de tratamiento) | AM 70 (Dos por mes de tratamiento) | AM 165 (Por mes de tratamiento) |
| Holter 24 Hs. (ECG, EEG, Presurometría) | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Kinesiología y Fisioterapia | AM 5 (5 sesiones: 2 AM | AM 70 (5 sesiones: 1 AM | AM 5 (5 sesiones: 2 AM 5, |

| | | | |
|--|--|---|---|
| (Agregar AM 45, Planilla de Asistencia) | 5, 10 sesiones: 5 AM 5) | 70, 10 sesiones: 2 AM 70) | 10 sesiones: 5 AM 5) |
| Kinesiología y Fisioterapia (En Domicilio) | AM 5 (5 sesiones: 3 AM 5, 10 sesiones: 7 AM 5) | AM 70 (5 sesiones: 1 AM 70, 10 sesiones: 3 AM 70) | AM 5 (5 sesiones: 3 AM 5, 10 sesiones: 7 AM 5) |
| Laser Oftalmológico | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Magnificación Mamaria | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Ortodoncia y Prótesis Odontológicas | Consultar en Of. de Odontología Adm. Central (4013-2771) | Consultar en Of. de Odontología Adm. Central (4013-2771) | Consultar en Of. de Odontología Adm. Central (4013-2771) |
| Óptica – Anteojos Convencionales | AM 165 | AM 6 (Sin cargo, ya que debe abonar el 50 % de la provisión) | AM 6 (Sin cargo, ya que debe abonar el 50 % de la provisión) |
| Óptica – Lentes de Contacto | AM 6 Se descontarán 3 AM 165 | AM 6 (Sin cargo, ya que debe abonar el 50 % de la provisión) | AM 6 (Sin cargo, ya que debe abonar el 50 % de la provisión) |
| Ortopedia (Elementos de compra) | AM 165 | AM 6 (Sin cargo, ya que debe abonar el 50 % de la provisión) | AM 6 (Sin cargo, ya que debe abonar el 50 % de la provisión) |
| Oximetría Digital | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Perfusión Miocárdica con Spect. | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| PET (Tomografía por emisión de positrones) | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| PHmetría | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| Polisomnografía Nocturna | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Prótesis Auditivas | AM 165 | AM 6 (Dos) Sin cargo, ya que debe abonar el 50 % de la provisión | AM 6 (Dos) Sin cargo, ya que debe abonar el 50 % de la provisión |
| Punción Biopsia (bajo guía eco o tomografía) | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Punción Biopsia Mamaria (Mammotone, Core Biopsy) | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Psicopedagogía (Tratamiento) | AM 165 (Por mes de tratamiento) | AM 70 (Dos por mes de tratamiento) | AM 165 (Por mes de tratamiento) |
| Receptores Hormonales | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Rehabilitación Ambulatoria Institucionalizada (Hospital de Día y Medio Día) | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Resonancia Nuclear Magnética y Angioresonancia | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Spect con/sin gatillado | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Terapia Ocupacional (Tratamiento) Agregar AM 45, Planilla de Asistencia | AM 165 (Por mes de tratamiento) | AM 70 (Dos por mes de tratamiento) | AM 165 (Por mes de tratamiento) |
| | | | |

| | | | |
|---|--------|----------------|--------|
| Tomografía Computada | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Topografía Corneal | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Tratamiento Radiante | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |
| Videocolonoscopia Videoesofago/gastro/ duodenoscopia Videopolipectomía | AM 165 | AM 70 (Dos) | AM 165 |

NOTA: En los casos en que las prácticas requieran varias sesiones dentro de un mismo mes, como por ej. Foniatría, Kinesiología, Radioterapia, Terapia Ocupacional, etc. se deberá **agregar un formulario AM 45** para que el paciente, o familiar a cargo, conforme con su firma cada sesión realizada.

Los afiliados adherentes (Grupo II o Part. "A" Grupo III y Grupo III bis) deben abonar el 50% correspondiente a Odontología, Óptica y Ortopedia según reglamentación vigente.

Otras Prácticas que requieren Autorización Previa

Además, también deberá solicitarse autorización por: **cirugías nombradas y no nombradas**, provisión de **elementos de ortopedia y prótesis quirúrgicas**.

¿Cómo realizo la autorización previa de los estudios?

Por Correo Electrónico

Se encuentra disponible la posibilidad de gestionar pedidos de autorización previa de estudios de alta complejidad a través de las siguientes direcciones de email:

- Carlos Rivadeneira – crivadeneira@amebpba.org.ar
- Jorgelina Bouzada – jbouzada@amebpba.org.ar
- Javier Joaquín – jjoaquin@amebpba.org.ar
- ATENCIÓN DE AFILIADOS – atafil@amebpba.org.ar

Sugerimos **enviar los mails con al menos una copia a otra de las direcciones** consignadas para garantizar la recepción del mismo. Además, **pueden remitir un correo electrónico diario que agrupe los pedidos** de los distintos afiliados.

La operatoria brindará las siguientes posibilidades para la gestión de autorizaciones:

Enviar a través de las cuentas de email mencionada precedentemente, un archivo digitalizado (scan) con el pedido médico, a fin de ser evaluado por la Auditoría Médica.

La respuesta de la solicitud será retornada por la misma vía. El afiliado tendrá la opción de requerir - siempre que sea favorable la resolución- el envío de la orden de atención correspondiente, emitiéndose la misma con pago "DIFERIDO", para ser descontado dicho valor posteriormente de sus haberes.

En los casos que el afiliado no tenga determinado quien realizará la prestación, podrá solicitar por esta misma vía el asesoramiento a través de esta cuenta.

Por Teléfono/Fax.

Para la autorización de las órdenes correspondientes Ud. puede comunicarse con la Oficina Atención al Público (011) 4013-2700 (Int. 2855/57) o enviar las mismas por medio del Fax 4343 – 6600 o llamando a (011) - 4013 -2700, Int. 2987/2830, y a la brevedad recibirá una respuesta desde la Mutual.

Sr. Afiliado recuerde que la autorización previa de los estudios puede realizarla desde su casa, en cualquier sucursal o locutorio.



Asimismo les recordamos que:

LOS ESTUDIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD QUE SE EFECTÚEN EN CLÍNICA AMEBPBA NO LLEVAN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA AUDITORIA MÉDICA

Nueva Opción: Formulario para la autorización de descuentos de haberes

Con el fin de brindar a nuestros afiliados de todas las localidades -tanto de Capital como del resto de la provincia- una nueva opción a las ya existentes, AMEBPBA implementa a partir del momento en que recibe este instructivo la posibilidad de descontar de los haberes del Titular la compra de órdenes.

Para la adecuada implementación de este sistema de pago diferido, se ha creado el formulario AM 724, del cual adjuntamos muestra para facilitar su reconocimiento. A través del mismo, se deja expresa constancia de las órdenes vendidas y la autorización pertinente para el descuento posterior. Recuerde que dicho formulario sólo puede ser suscripto por el titular.

El Departamento de Finanzas de AMEBPBA, hará llegar ejemplares en todas las reposiciones de órdenes. Asimismo, este formulario estará disponible en la página web de la entidad (www.amebpba.org.ar) para ser descargado.

De la misma forma, puede solicitar que se remita vía fax al (011) 4331 – 6502, o por mail a: glopez@amebpba.org.ar o mprado@amebpba.org.ar.

Con los datos debidamente consignados, **la planilla firmada por cada uno de los afiliados** deberá ser enviada a este departamento por los canales habituales utilizados para la rendición de formularios. Destacamos que, para hacer más ágiles los envíos, no se debe esperar a completar la totalidad del AM 724, y recomendamos que la rendición se lleve a cabo de forma mensual o cuando se encuentran próximos a terminar el stock de órdenes.

Por dudas o consultas, Ud. puede comunicarse con el Departamento de Finanzas al (011) 4013 – 2774/76, de Lunes a Viernes de 8:30 a 20:00 Hs.

TELÉFONOS DE UTILIDAD

ADMINISTRACIÓN CENTRAL

(011) 4013-2700

Líneas rotativas.

Bolívar 368/74 – C.A.B.A

De lunes a viernes de 8:30 a
20 hs.

CLÍNICA AMEBPBA

(011) 4013-6400

Bartolomé Mitre 2040 –
C.A.B.A.

De Lunes a Viernes de 8 a 20
hs. y sábado de 8 a 13 hs.

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA

0810-122-6888

De lunes a viernes de 9 a 19 hs.

Mail: at_telefonica@amebpba.org.ar

OFICINA ATENCIÓN AL PÚBLICO

(011) 4013-2700 (Int. 2855/57)
Fax: 4343-6600 ó 4013-2700,
(Int.2830/2987)

De lunes a viernes de 8:30 a
20.00 hs.

Mail: atafil@amebpba.org.ar

DEPARTAMENTO DE FINANZAS

(011) 4013-2774/76.

Fax: 4331-6502 De lunes a
Viernes de 8:30 a 20.00 hs.

Mail: glopez@amebpba.org.ar

mprado@amebpba.org.ar