	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 20 Código: P-AM-01 Fecha : 08/05/2026 Página 1 de 11
	<b>AUDITORÍA MÉDICA</b>	

## **PROPOSITO Y ALCANCE**

Definir la sistemática para la gestión del Departamento Auditoría en OAMI SA.

## **RESPONSABILIDADES**

La Gerencia General es responsable de asegurar que se cumpla con lo establecido en este procedimiento.

El Auditor Médico y el Encargada/o de Auditoría Médica son responsables del cumplimiento de las actividades específicas de este procedimiento.

## **ACCIONES Y METODOS**

- **Generalidades:**

En caso de ausencia del Auditor Médico, el Encargada/o de Auditoría Médica o Gerencia Operativa o Gerencia General podrán dictaminar sobre los siguientes casos: Registros y Preexistencias, cambio de plan, cambio de grupo y Cierre de Coberturas. Si se trata de un caso complejo, el Encargada/o de Auditoría Médica se comunica con el Auditor Médico, y actuará conforme a la indicación recibida.

En caso de ausencia del Encargada/o de Auditoría Médica, el Auditor Médico la Gerencia Operativa o Gerencia General podrán dictaminar los puntos mencionados más arriba.

En todos los casos de evaluación de beneficiarias en edad fértil se considera obligatorio detallar la Fecha de Ultima Menstruación (FUM), la misma deberá ser verificada y autorizada por el Departamento de Auditoría Médica o Gerencia Operativa o Gerencia General. En ausencia de los Encargada/os del proceso, la Jefatura de Área podrá completar la Fecha de Ultima Menstruación (FUM) siempre y cuando ésta no supere los 45 días al momento de la declaración.

La Encargada/o de Auditoría Médica o Gerencia Operativa o Gerencia General realiza el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC), en caso de ausencia de los mismos, el cálculo podrá ser realizado por la Jefatura de Área.

**En casos de dudas por parte del Departamento de Visaciones, el/a Encargada/o de Auditoría Médica, verificará que los estudios y procedimientos especializados, tales como: Tomografías, Resonancias, entre otros., cuenten con el diagnóstico correspondiente.**


Se consideran mujeres en edad fértil de 12 a 45 años.

Para los casos de transcripciones de informes médicos en Sanatorios y/o Centros, se utiliza el F-AM-13, Informe Evento Adverso, y para informes de casos específicos se utilizan notas especiales en hojas membretadas.

**Para casos complejos, el/la Encargado/a de Auditoría Médica podrá presentar al Auditor Médico, la Gerencia General y/o Gerencia Operativa.**

**En caso de solicitar o recibir informes médicos , o para situaciones excepcionales, el/la Encargado/a de Auditoría Médica utilizará el correo**

***En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada***

	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 20 Código: P-AM-01 Fecha : 08/05/2026 Página 2 de 11
	<b>AUDITORÍA MÉDICA</b>	

**electrónico ""Auditoria Medica: aume@oami.com.py""**

## **1. INGRESOS NUEVOS / INCLUSIONES**

El Encargada/o de Auditoría Médica o el Auditor Médico recibe del Asesor Comercial o Asesor del Beneficiario las documentaciones del ingreso nuevo o inclusión según como describen sus respectivos instructivos o procedimientos para ser evaluados.

El Encargada/o de Auditoría o el Auditor Médico recepciona **a través de novedades del sistema informático** el o los pertinentes F-AM-01, Declaración Jurada de Salud e F-GC-24, ~~Nómina De Beneficiarios Planes Corporativos~~ y corrobora los datos consignados en los mismos.

En adultos, se considera obligatorio detallar el peso y la estatura del futuro beneficiario para calcular el índice de masa corporal (IMC). En caso de tratarse de evaluación de ingreso o inclusión de mujer en edad fértil, la misma deberá declarar la fecha de última menstruación. La revisión del IMC (índice de masa corporal) y la fecha de última menstruación se realizan en el F-AM-01, Declaración Jurada de Salud.

En caso que en el F-AM-01, Declaración Jurada de Salud y / o el conste la fecha de última menstruación (FUM) y difiera más de 45 días al momento, de la declaración, el asesor comercial o asesor del Beneficiario deberá consultar a la futura Beneficiaria e indicar el motivo del atraso, especificando que se encuentra o no en estado de gestación en el mismo formulario.

Los datos aportados serán reevaluados por el Auditor Médico o Encargada de Auditoría Médica.

Si el futuro Beneficiario adulto (de 18 a 60 años) y con IMC<40, declara alguna patologías crónica o considerada compleja, se evaluará la necesidad del llenado del F-07RP-AM-04, Control Pre Admisional.

El Auditor Médico o Encargada de Auditoría Médica aprueba el ingreso o inclusión, con o sin Preexistencia, o la recomendación de no ingreso o inclusión en novedades del sistema informático conforme al I-GG-05, Seguimiento de preexistencia.

En el caso de recomendación de no ingreso o inclusión, el Encargada/o de auditoría médica ~~presenta a la Gerencia General, o Auditor Médico quien autorizará o no el ingreso/inclusión solicitada en novedades del sistema informático~~ **registra en novedades del sistema informático.**

Si la Gerencia General o Auditor Médico decide no autorizar el ingreso/inclusión, el Encargada/o de auditoría médica registra en las novedades **del sistema informático** del grupo solicitante. ~~si correspondiere y archiva la documentación.~~


### **1.1. Adultos, de cualquier edad, con IMC≥40.**

Si el IMC es igual o mayor a 40 se procederá conforme a lo especificado en el I-GG-07, Chequeo preadmisional.

#### **1.1.1 Estudios de preadmisión en Adultos, de cualquier edad, con IMC≥40.**

Hemograma, glucemia, creatinina, colesterol total, triglicéridos y TSH. Examen de orina de rutina y sedimento. Radiografía de tórax, electrocardiograma y ecocardiograma.

***En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada***

	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 20 Código: P-AM-01 Fecha : 08/05/2026 Página 3 de 11
	<b>AUDITORÍA MÉDICA</b>	

## 1.2. Recién nacidos y menores de edad

En caso de menores El Asesor debe llenar la declaración jurada F-AM-01, Declaración Jurada de Salud ~~de Adultos y Niños~~ e incluir los datos de su pediatra. Si el F-AM-01, Declaración Jurada de Salud y no presenta observaciones o declara el estado de salud como sano, el ingreso es procesado sin recibir autorización explícita por el departamento de Auditoría Médica.

Si posee enfermedades preexistentes, las mismas se registran, y se procede conforme a I-GG-05, Seguimiento de preexistencia, o la recomendación de no ingreso en el novedades del sistema informático

La inclusión del recién nacido con cobertura de maternidad podrá ser con vigencia del mes en que se solicita su inclusión, dentro de los 30 días del nacimiento, y sin registros de preexistencias, aún si las mismas fueron declaradas, conforme a lo especificado en el punto 1.2 inciso a) del F-GC-03, Normas Generales.

### 1.2. El/los hijos recién nacidos del Titular serán incorporados:

Como beneficiario/s con los mismos derechos de la madre, siempre y cuando hayan nacido durante la vigencia del contrato con cobertura de maternidad y, dentro de los 30 días del nacimiento, el titular presente copia de los certificados de nacido vivo y de nacimiento expedido por el Registro Civil; o,


## 1.3 Niñas, niños o adolescentes (3 a 17 años).

En caso de niñas, niños o adolescentes, sin patologías preexistentes comunicadas/declaradas en el F-AM-01, Declaración Jurada de Salud , firmada por uno de los padres o tutores legales, los ingresos son procesados sin recibir autorización explícita por el Departamento de Auditoría Médica.

Cuando exista patología declarada se procede conforme a I-GG-05, Seguimiento de preexistencia o la recomendación de no ingreso en novedades del sistema informático

El niño, niña o adolescente con alguna enfermedad preexistente ~~que integre la lista en el punto 1.3.1 (ver más abajo) mencionado en este procedimiento~~ **o por criterio del Auditor Médico y/o Encargado/a de Auditoría Médica debe podrá** ir a consulta con médico especialista designado por la organización y rellenar el F-07RP-AM-04, Control Pre Admisional o presentar el certificado de salud expedido por el médico tratante.

Con los datos clínicos y de laboratorio que constan en el F-07RP-AM-04 Control Pre Admisional completado por el médico examinador o en el certificado médico, el Auditor Médico o Encargada de Auditoría Médica, procede conforme a I-GG-05, Seguimiento de preexistencia, o la recomendación de no ingreso en novedades del sistema informático

	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 20 Código: P-AM-01 Fecha : 08/05/2026 Página 4 de 11
	<b>AUDITORÍA MÉDICA</b>	

### **1.3.1 Lista de enfermedad preexistente en niño, niña o adolescente:**

- 1.- ~~Diabetes~~
- 2.- ~~Parálisis cerebral~~
- 3.- ~~Encefalopatía crónica~~
- 4.- ~~Asma moderada~~
- 5.- ~~Cardiopatías congénitas~~
- 6.- ~~Cromosomopatías~~
- 7.- ~~Neoplasia (o sospecha)~~
- 8.- ~~Inmunosupresión~~
- 9.- ~~Enfermedad Autoinmune (Enfermedad Celíaca, Lupus Eritematoso, Esclerodermia, Artritis Reumatoidea, Dermatomiositis)~~
- 10.- ~~Enfermedad Congénita~~
- 11.- ~~Enfermedad Crónica (fibrosis quística, cirrosis, hepatopatía crónica, hepatitis B, hepatitis C, enfermedad renal crónica)~~
- 12.- ~~Otras patologías a criterio del Auditor Médico.~~

### **1.4 Adultos de 56 y hasta 59 años y con IMC<40.**

En caso de que el futuro beneficiario tenga 56 a 59 años, el Encargada/o de Auditoría Médica se comunica telefónicamente con el mismo para corroborar los datos consignados en el F-AM-01, Declaración Jurada de Salud Si existe discordancia y el futuro Beneficiario mencione patologías preexistentes después del llamado, la información adicional será reevaluada por el Auditor Médico. El Asesor Comercial o Asesor del Beneficiario informa al Beneficiario que debe agregar los datos faltantes y firmar el F-AM-01, Declaración Jurada de Salud.

En caso de ausencia del Auditor Médico y el Encargada/o de Auditoría Médica, la Gerencia Operativa o Gerencia General determinará al responsable designado para realizar la llamada de verificación de datos consignados en el F-AM-01, Declaración Jurada de Salud.

En el caso del futuro beneficiario hasta los 56 años que presenta IMC menor de 40 y no declara preexistencias en el F-AM-01, Declaración Jurada de Salud los ingresos son procesados sin recibir autorización explícita del Auditor Médico pudiendo el Asesor Comercial o Asesor del Beneficiario continuar con el proceso de admisión.


### **1.5. Adultos de 60 a 64 años, de 65 años en adelante según evaluación de AUME.**

A los futuros beneficiarios de 60 a 64 años-se procederá conforme a lo especificado en el I-GG-07, Chequeo Pre Admisional.

#### **1.5.1 Estudios de preadmisión en Adultos (F-AM-15, Orden de Estudios de preadmisión), de 61 a 64 años, a partir de 65 años en adelante según evaluación de AUME:**

Hemograma, glucemia, creatinina, colesterol total, triglicéridos. Examen de orina de rutina y sedimento. Rx Tórax y electrocardiograma. En caso de que el paciente supere los 64 años, además debe realizarse ecocardiograma.

***En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada***

	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 20 Código: P-AM-01 Fecha : 08/05/2026 Página 5 de 11
	<b>AUDITORÍA MÉDICA</b>	

### 1.6 Mujeres en estado de gestación

El análisis de ingreso de mujeres en estado de gestación se realizará únicamente mediante la aceptación del F-AM-08 Prima de Maternidad el F-AM-09 Cobertura Ambulatorial de Embarazo el F-AM-14, Prima de Maternidad – Gastos Sanatoriales. En el caso que la gestante solicite F-AM-08, Prima de Maternidad, el F-AM-09, Cobertura Ambulatorial de Embarazo o el F-AM-14, Prima de Maternidad – Gastos Sanatoriales se recibe del Asesor Comercial o del Asesor del beneficiario la última ecografía obstétrica a ser verificada por el Auditor Médico o Encargada de Auditoría Médica.

## 2. REINGRESOS

El Auditor Médico, la Gerencia de Operaciones o el Encargada/o de Auditoría Médica analiza las estadísticas de uso, historial, renta del grupo anterior y el F-AM-01, Declaración Jurada de Salud actualizada.

La Gerencia Operativa o el Encargada/o de Auditoría Médica derivan al Auditor Médico los casos de reingresos que requieran su intervención.

El Auditor Médico, la Gerencia Operativa o el Encargada/o de Auditoría Médica aprueba el reingreso, procede conforme a I-GG-05, Seguimiento de preexistencia, o recomienda el rechazo del reingreso en novedades del sistema informático.

En el caso de recomendación de no reingreso, **reingresos complejos y/o casos excepcionales, el/la Encargado/a de Auditoría Médica** presenta a la Gerencia General o Auditor Médico quien autorizará o no el reingreso solicitado, **conforme dictamen de los mismos, el Encargado de Auditoría Médica registra** en novedades del sistema informático.

Si la Gerencia General/ Auditor Médico decide no autorizar el reingreso, el Encargada/o de auditoría médica registra en las novedades del último grupo del adherente. ~~y archiva la documentación.~~


Para los casos de reingresos con anexos de preexistencias anteriores, se procederá conforme a I-GG-05, Seguimiento de preexistencia.

## 3. CAMBIO DE PLAN

En los casos que un beneficiario o un grupo desee adquirir un plan de mayor cobertura, el auditor médico o Encargada/o/a de Auditoría Médica verifica la edad (hasta 60 años) y la estadística de uso, consigna las patologías que fueron cubiertas con el plan anterior ya que estas serán cubiertas según el plan vigente al momento de la detección de la patología. Las enfermedades preexistentes antes del ingreso al seguro médico no tienen cobertura bajo ningún plan.

El Auditor Médico o Encargada de Auditoría Médica aprueba, procede conforme a I-GG-05, Seguimiento de preexistencia, o rechaza el cambio de plan en el novedades del sistema informático

***En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada***

	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 20 Código: P-AM-01 Fecha : 08/05/2026 Página 6 de 11
	<b>AUDITORÍA MÉDICA</b>	

Si el Beneficiario solicita un Plan de menor cobertura no requiere presentación del F-AM-01, Declaración Jurada de Salud a la Auditoría Médica, por lo tanto no requiere autorización de la misma.

#### **4. CAMBIO DE TITULARIDAD POR MES DE RENOVACION O FALLECIMIENTO DEL TITULAR.**

En caso de que la nueva titular no sea cónyuge del titular, se encuentre en edad fértil y corresponda la cobertura de maternidad según el plan, el Auditor Médico o Encargada/o de Auditoría Médica verifica F-AM-01, Declaración Jurada de Salud registra el IMC y FUM y entrega al Asesor del Beneficiario.

#### **5. CAMBIO DE GRUPO POR RENOVACION O CON CONTRATO VIGENTE CON MISMO PLAN**

En los casos que un beneficiario cambie de grupo con el mismo plan, el Auditor Médico o Encargada de Auditoría Médica verifica la estadística de uso y la conformación del grupo cedente y el grupo nuevo.

El Auditor Médico, o Encargada de Auditoría Médica, aprueba o rechaza el cambio de grupo en novedades del sistema informático

#### **6. REACTIVACION DE ADHERENTE O DE GRUPO CON MISMO PLAN.**

En los casos que un grupo o beneficiario solicite la reactivación, el auditor médico o Encargada de Auditoría Médica verifica F-AM-01, Declaración Jurada de Salud registra el IMC y FUM la estadística de uso y/o la conformación del grupo.

El Auditor Médico o Encargada de Auditoría Médica aprueba o rechaza la reactivación del Beneficiario o Grupo en novedades del sistema informático

#### **7. OTORGAMIENTO DE COBERTURA**


##### **7.1 Verificación y otorgamiento de coberturas en internaciones clínicas y/o quirúrgicas de urgencias con o sin presupuestos:**

El Auditor Médico o Encargada/o de Auditoría médica para otorgar y/o verificar la cobertura debe:

1- En los casos de verificación aleatoria de Cobertura, tanto clínicas como quirúrgicas, el auditor médico o Encargada/o de Auditoría verifica en el sistema informático, conforme pedido del área de Visaciones, F-GO-37, Cobertura Sanatorial, el historial médico, los métodos auxiliares y/o relatorio médico u Orden de Internación y/o si fuese necesario, conversa con el médico tratante para aclarar cualquier duda con relación a la prestación propuesta o con relación al tiempo de evolución del diagnóstico descripto en la orden médica, historial médico o relatorio médico, en conformidad. Coloca el checkin de verificación en el sistema informático.

Los pasos para verificación del checkin de AUME se realizarán conforme a lo detallado en el punto 2.4 del P-GO-01, Visaciones.

***En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada***

	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 20 Código: P-AM-01 Fecha : 08/05/2026 Página 7 de 11
	<b>AUDITORÍA MÉDICA</b>	

2- El Auditor Médico o Encargada de Auditoría Médica recibe los casos con probable enfermedad preexistente o con nota de Preexistencia, realiza el análisis e investigación del caso, correlaciona el tipo de estudio y/o diagnóstico que consta en la orden médica con las patologías declaradas, y autoriza o no el otorgamiento de cobertura en sistema informático.

3- Ante patología preexistente no declarada y demostrada, conocida o no previamente por el beneficiario o médico tratante, el Encargada/o de Auditoría Médica procede conforme al I-GG-05, Seguimiento de preexistencias.

4- En caso de reclamos presentados por el Médico, posterior al cierre, relacionado a diferencias en el monto de honorario de cobertura negociado previamente con Departamento de Auditoría Médica, se derivará al Departamento de Auditoría Médica para verificación.

5- En los casos de internaciones quirúrgicas, el Asistente de Visaciones informará al Beneficiario, que debe presentar la orden médica quirúrgica en conjunto con los estudios respaldatorios, para la verificación de cobertura.

## **7.2 Verificación para otorgamiento de coberturas de visas Ambulatoriales:**

La Encargada de Auditoría Médica recibe los casos con probable enfermedad preexistente o con nota de Preexistencia, vía derivación por sistema informático, realiza el análisis e investigación, correlaciona el tipo de estudio y/o diagnóstico que consta en la orden médica con las patologías declaradas, si existiera relación, no autoriza la cobertura y deja registro en la derivación vía sistema informático.


Ante patología preexistente no declarada y demostrada, conocida o no previamente por el beneficiario o médico tratante, el Encargada/o de Auditoría Médica completa el F-AM-07, Notificación de Evento Adverso, **y en casos complejos o excepcionales consulta** al Auditor Médico quien recomienda según el riesgo de utilización la conducta a seguir (continuar conforme a I-GG-05, Seguimiento de preexistencia, Baja o No Renovación del Contrato) y se remite para su consideración a la Gerencia General, que aprueba o no la recomendación del Auditor Médico o Encargada de Auditoría Médica en el mismo F-AM-07, Notificación de Evento Adverso.

### **7.2.1 Otorgamiento de coberturas para estudios sin diagnóstico:**

Se otorgara cobertura sin necesidad de diagnóstico para Radiografías simples, Electrocardiograma, Colposcopia, PAP, Densitometrías, Ortopantomografía, Ecografía Obstétrica, Ecografía Morfológica, Ecografía de marcadores, Monitoreo fetal y Perfil Biofísico.

Esta lista es meramente enunciativa y no limitativa, en caso de estudios no mencionados en este documento, el Asistente de Visaciones deberá presentar la orden médica a la Jefatura de Visaciones y en los casos de dudas derivar vía sistema informático al Auditor Médico o Encargada de Auditoría Médica Si a criterio del Auditor Médico y/o Encargada de Auditoría Médica corresponde otorgar la cobertura deberá su dictamen, caso contrario la Jefatura de Visaciones consultará con el Médico tratante para especificar el diagnóstico.

***En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada***

	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 20 Código: P-AM-01 Fecha : 08/05/2026 Página 8 de 11
	<b>AUDITORÍA MÉDICA</b>	

### 7.3 Servicio de ambulancia

La Encargada/o de Auditoría Médica realiza los controles relacionados a la utilización de ambulancia de la siguiente manera:

1. Verificación de las liquidaciones presentadas por el prestador.
2. El F-GG-32, Servicio de ambulancia recibido del área de visaciones por sospecha de patologías o cuadros sin cobertura.

En caso de tratarse de un servicio de ambulancia sin cobertura (ejemplos mencionados en el punto 7.3.1 Servicios de Ambulancia sin cobertura.), la Encargada/o de Auditoría Médica informa vía correo electrónico al Departamento de cuentas corrientes los datos relacionados para el cobro del servicio (Importe, Fecha de utilización del servicio, motivo del cobro) y a la Jefatura de ATB para comunicar al Beneficiario.

#### 7.3.1 Servicios de Ambulancia sin cobertura:


- 1.- Traslado del domicilio al sanatorio sin justificación.
- 2.- Servicios de enfermería (aplicación de medicamentos, curaciones, presión arterial, nebulizaciones, glicemia capilar).
- 3.- Trastornos psicológicos o psiquiátricos; crisis de nervios (conforme a análisis de Auditoría Médica).
- 4.- Control clínico por patologías no agudas o chequeo general
- 5.- Traslado del sanatorio al domicilio (alta sanatorial sin justificación)

#### 7.3.2 EME

El Beneficiario se comunica directamente con EME solicitando el servicio de ambulancia, posteriormente se realizan los siguientes pasos:

1. El coordinador del despacho o el medico será el responsable de definir el tipo de atención que requiere el paciente, conforme a su manual de procedimientos y criterios establecidos.
2. EME solicitará el número de cédula del beneficiario o número de Grupo/Adherente y registrará en el sistema informático de OAMI al que tienen acceso, registrando el nomenclador correspondiente.
3. El sistema automáticamente autorizará el servicio conforme al plan.
4. Posterior a la prestación del servicio, EME digitalizará en la Visación la Historia Clínica relacionada a la atención con fines de verificación de Auditoría Médica de OAMI.
5. En caso de que el sistema emita el mensaje de "Debe comunicarse con OAMI", el despachante contactará con el Departamento de Visaciones, en caso de que sea fuera de horario de oficina, se comunicará al celular de guardia. Si OAMI decide

***En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada***

	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 20 Código: P-AM-01 Fecha : 08/05/2026 Página 9 de 11
	<b>AUDITORÍA MÉDICA</b>	

otorgar la cobertura, autorizará vía telefónica, luego el Asistente de visaciones registrará en el sistema informático dentro del horario de oficina.

6. Los pedidos de traslados por Altas sanatoriales deben ser confirmados previamente con OAMI para definir la cobertura. El Asistente de visaciones al ser informado del alta, debe enviar un correo de autorización a EME. Dicho correo es el respaldo para EME que se debe digitalizar con la visación.
7. **IMPORTANTE:** OAMI no cubre las CONSULTAS DOMICILIARIAS, salvo aquellas que por motivos pocos claros (Ejemplo: dolor abdominal, dolor de cabeza y otros similares) que amerite la atención del médico para verificar el diagnóstico y no incurrir en omisiones de asistencia. En este caso registrará la atención con el nomenclador: CONSULTAS MEDICAS DOMICILIARIAS y OAMI reconocerá el pago.  
  
EME informará a OAMI vía correo electrónico, aquellos servicios que no correspondan a una urgencia o emergencia, así como también la información proporcionada por el paciente que no coincida con el cuadro encontrado. En estos casos, el costo será facturado al paciente previo dictamen de AUME, siguiendo lo establecido en su procedimiento P-AM-01, Auditoría Médica.
8. Si el paciente o familiar solicitare una consulta domiciliaria y el motivo no correspondiese a una urgencia o emergencia, EME podrá acudir y facturar directamente al paciente los aranceles preferenciales establecidos. En este caso debe utilizar el nomenclador: CONSULTAS MÉDICAS DOMICILIARIAS SIN COBERTURA.
9. Mensualmente, EME podrá emitir un resumen de todo lo registrado en el sistema informático de OAMI, lo cual servirá de base para su facturación (No será necesario que EME realice impresiones de documentos para la remisión mensual a OAMI.)
10. OAMI verificará y liquidará las prestaciones y, en caso de dudas, podrá solicitar aclaración a EME.

## **8. VERIFICACIÓN DE LAS LIQUIDACIONES**

El Departamento de Auditoría Médica selecciona aleatoriamente las liquidaciones procesadas dentro de los últimos 3 meses, completa el F-GG-26, Planilla de verificación – Auditoría Médica, y remite vía correo electrónico a la Jefatura de Liquidaciones o Asistente de Liquidaciones designado solicitando dichos legajos.


Una vez presentado por parte del Departamento de Liquidaciones los legajos seleccionados, se procede a la verificación de los mismos en un plazo de 15 días hábiles, posteriormente devuelve los legajos verificados dejando registro en el F-GG-26, Planilla de verificación – Auditoría Médica.

### **8.1 Evaluación de cuartas consultas:**

El Encargado de Auditoría Médica autoriza las cuartas consultas según evaluación de planilla de consultas con diagnóstico.

## **9. VERIFICACION DE LAS VISACIONES**

***En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada***

	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 20 Código: P-AM-01 Fecha : 08/05/2026 Página 10 de 11
	<b>AUDITORÍA MÉDICA</b>	

El Encargada/o de Auditoria Médica verifica aleatoriamente las Visaciones realizadas conforme al I-GG-06, Control de Cobertura Otorgada.

#### **DOCUMENTOS Y REFERENCIAS**

F-GC-03, Normas Generales  
 I-GG-06, Control de Cobertura Otorgada.  
 I-GG-05, Seguimiento de preexistencias.  
 I-GG-07 Chequeo Pre Admisional

#### **REGISTROS**

<b>Registro</b>	<b>Área</b>	<b>Tiempo de Retención</b>
F-AM-01, Declaración Jurada de Salud	Archivo Externo	Permanente
F-07RP-AM-04, Control Pre Admisional.	Archivo Externo	Permanente
F-AM-07, Notificación de Evento Adverso	Archivo Externo	Permanente
F-AM-08, Prima de Maternidad	Archivo Externo	Permanente
F-AM-09, Cobertura Ambulatorial de embarazo	Archivo Externo	Permanente
F-GC-24, Nomina de Beneficiarios – Planes Corporativos.	Archivo Externo	Permanente
F-GO-37, Cobertura Sanatorial	Archivo Externo	Permanente
F-GG-26, Planilla de verificación – Auditoría Médica.	Auditoría Médica	3 años
F-AM-14, Prima de Maternidad – Gastos Sanatoriales	Archivo Externo	Permanente
F-AM-15, Orden de estudios de preadmisión	Prestador externo	n/a
F-GG-32, Servicio de ambulancia	Prestador externo	n/a

---

Confeccionado por  
Jefe de Área


---

Revisado por  
Gerente de Área

---

Aprobado por  
Gerencia General

***En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada***

	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 20 Código: P-AM-01 Fecha : 08/05/2026 Página 11 de 11
	<b>AUDITORÍA MÉDICA</b>	