

PROPOSITO

- Definir la sistemática para la gestión de la Visaciones de servicios en OAMI SA
- Describir los documentos y criterios requeridos para la verificación de datos de los beneficiarios previos a la autorización de coberturas.
- Describir los documentos y criterios requeridos para el otorgamiento de cobertura ambulatoria y de ambulancia.
- Describir los documentos y criterios requeridos para el otorgamiento de cobertura sanatorial.

ALCANCE

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para el departamento de Visaciones.

RESPONSABILIDADES

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

La Gerencia Operativa y Jefatura de Visaciones son responsables del cumplimiento de las actividades específicas de este procedimiento.

ACCIONES Y METODOS

1. VISACION AMBULATORIA

1.1 Aspectos Generales para tener en cuenta en Visaciones Ambulatorias:

- Derivación por tipo de errores para visaciones ambulatorias:
Errores mínimos: nomenclador, prestador, etc.: Derivar al Asistente de Visaciones responsable.
- Plazo para correcciones de visaciones ambulatorias: 24 horas corridas (Derivadas del Departamento de Liquidaciones).
- Para los casos de complementos de visaciones correcciones y actualización de fechas (superando los 60 días de su realización), se deberá eliminar la visación y cargar una nueva visación.
- Los errores, actualizaciones y/o cambios para correcciones de visaciones ambulatorias, de prestadores, se deberán registrar en novedades de la visación en el sistema informático bajo el ítem Devi (Devoluciones) y derivar al Departamento de Informática, plazo de retorno dependiendo de cada caso.
- Para casos de Visaciones Ambulatoriales ante errores del sistema (aranceles, cobertura, copagos, etc.), registrar en Novedades de la Visación bajo el ítem "Modificación de Visa" y derivar al Departamento de Informática, plazo de retorno dependiendo de cada caso.
- Para los casos de errores de coberturas (provenientes de Liquidaciones, prestadores, AUME (Auditoría Médica) entre otros), el Asistente de Visaciones, deriva vía novedades del sistema informático (tipode novedad: LIBERACION DE ESTUDIOS) a la Jefatura de Visaciones para verificación y autorización. Una vez autorizado por la Jefatura, se deriva el caso, mediante novedades del sistema informático, al Asistente Informático para la modificación, posteriormente el Asistente devisaciones cierra la novedad en el sistema informático y remite la cobertura modificada.
- Para los casos de Beneficiarios con Contrato de Vigencia Inmediata, Individual F GC-07 y Corporativos F-GC-50, con estudios en general especializados, **se respeta lo previsto en dichos contratos, solo**

en casos de dudas y que no se encuentren contemplados en el listado interno CARI (Carencia Inmediata), el cual se halla en el Sistema

OAMI-WEB, el Asistente de Visaciones deriva vía novedad interna de la visación a AUME para dictamen, el mismo deriva nuevamente al Asistente de Visaciones con la respuesta, si corresponde realizar algún cambio en la visación, el Asistente de Visaciones deriva al Asistente de Informática para aplicar lo indicado por AUME, luego el mismo deriva nuevamente al Asistente de Visaciones para indicar que se encuentra asignado los cambios solicitados, el Asistente de Visaciones verifica e indica en la novedad que se encuentra correcto los cambios, dejando el Estado como Pendiente (P), para que AUME realice el seguimiento correspondiente.

- En casos de órdenes de Estudios con diagnósticos que no guarden relación con la preexistencia del/la adherente, pero el estudio se encuentre dentro del parámetro y por ende estire sin cobertura, se debe derivar la visación vía novedad a la Jefatura de Visaciones, con el tipo de novedad "Modificación de preexistencia", justifica el motivo, autoriza y deriva al Asistente de Informática para la modificación de la cobertura, deriva nuevamente al Visador y el mismo remite visa al Adherente. En casos de dudas la Jefatura remite a AUME.
- **Para los casos de errores en la emisión de cobertura de visas ambulatoriales sea identificada por la Jefatura de Visaciones, AUME o proveniente de otra área, se procederá según el I-GG-06, Control de Coberturas Otorgadas.**
- **En los casos en que el Adherente cuente con un Registro de Sucesos, la cobertura será negada como una Preexistencia.**
- **Para los casos de Beneficiarios con utilización en estado activo y sin renovación posterior, el Asistente de Visaciones derivará el caso a la Jefatura de Visaciones mediante una novedad del adherente, utilizando el tipo de novedad "UTILIZACIÓN EN ESTADO DE BAJA, NR o GC", e indicando los motivos de la solicitud de activación. La Jefatura de Visaciones derivará el caso al área de Informática para la activación correspondiente. Una vez realizada la activación, se procederá a la carga de la visa correspondiente, y posteriormente la Jefatura de Visaciones solicitará nuevamente el cambio de estado correspondiente.**
- **Para los casos de solicitudes de activación de visas de beneficiarios con contrato vigente, en los que los prestadores presenten la documentación fuera del plazo establecido para el cobro, la solicitud deberá ser derivada por el Departamento de Liquidaciones mediante novedad de visa (DEVI) Devolución de visa, contando con la autorización previa de la Gerencia Operativa. La activación de visas no podrá superar el plazo de un (1) año desde la fecha de realización de la visa.**

1.2. Los pasos para la elaboración de las visaciones ambulatorias son:

1- Ingreso al sistema OAMI WEB con su usuario y Password



Quienes Somos


OAMI, Organización de Asistencia Médica Integral, está en el país desde hace más de 40 años demostrando acabadamente seriedad y responsabilidad en la administración equitativa de la medicina prepaga de los médicos para los pacientes.

Misión

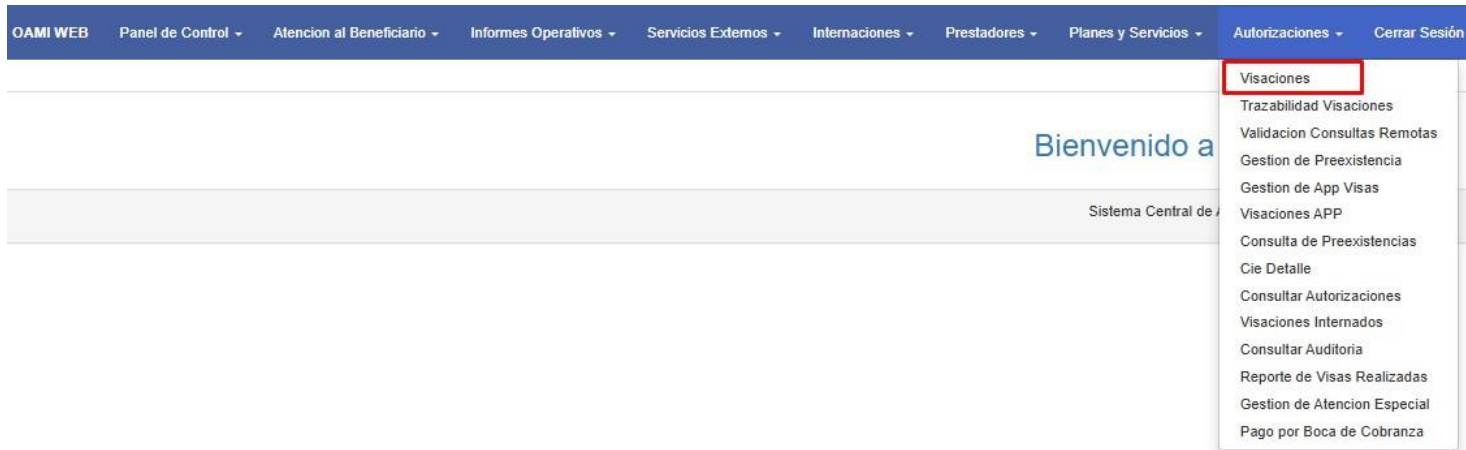
Somos una empresa de medicina prepaga, de accionistas médicos, comprometidos en satisfacer las necesidades de nuestros clientes, con el objeto de ayudarles a disminuir el riesgo económico que conllevan las enfermedades, mediante planes de salud con amplia variedad de servicios y cobertura a nivel nacional e internacional.

Visión

Ser la mejor empresa de medicina prepaga del país, basada en la ética médica y fundamentada en el respeto a la dignidad humana y la responsabilidad social, invirtiendo las utilidades obtenidas con el objeto de mejorar la salud y bienestar para sus clientes, empleados y accionistas, contribuyendo asÁ al progreso nacional

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 16 Código : P-GO-01 Fecha : 14/01/2026 Página 4 de 39
	VISACIONES	

2- Ingresar al menú de *Autorizaciones* y seleccionar la opción *Visaciones*



OAMI WEB Panel de Control - Atencion al Beneficiario - Informes Operativos - Servicios Externos - Internaciones - Prestadores - Planes y Servicios - **Autorizaciones** - Cerrar Sesión

- Visaciones**
- Trazabilidad Visaciones
- Validacion Consultas Remotas
- Gestion de Preexistencia
- Gestion de App Visas
- Visaciones APP
- Consulta de Preexistencias
- Cie Detalle
- Consultar Autorizaciones
- Visaciones Internados
- Consultar Auditoria
- Reporte de Visas Realizadas
- Gestion de Atencion Especial
- Pago por Boca de Cobranza

3- Ingresar el Nombre, Apellido, número de Cédula de Identidad, celular, número de grupo o adherente.



Visaciones

Usua

Ultimo Contrato: 28806
Ultimo Adherente: 67469

Consulta

Nro. Adherente <input type="text"/>	Nro. Grupo <input type="text"/>	Nro. Documento <input type="text"/>
Nombre <input type="text"/>	Apellido <input type="text"/>	Celular <input type="text"/>

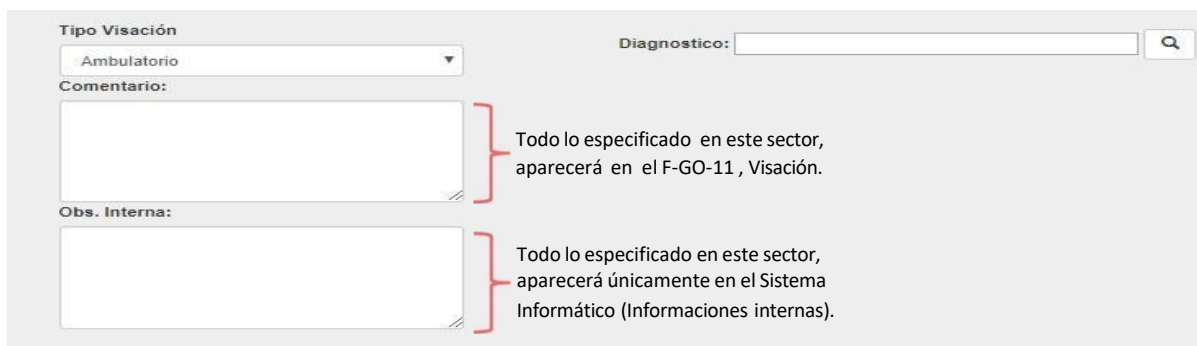
Buscar

4- Verificar advertencias por preexistencias u otros motivos, en caso de dudas verificar con el Departamento de Auditoria Médica.

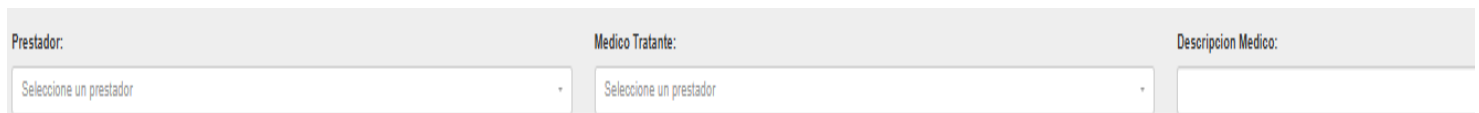
En caso de servicios relacionados a la maternidad, verificar si la beneficiaria es titular, cónyuge o adherente. En caso de cambio de titularidad o cambio de plan, verificar la vigencia desde el cambio realizado. La cobertura será otorgada solo a la titular o cónyuge del titular.

En caso que requiera mayor información del motivo o diagnóstico del servicio solicitado, se deriva a la Jefatura Visaciones o al Asistente de Visaciones designado o Gerencia de Operaciones o Auditoria Médica.

5- Ingresar el Tipo de visación: Ambulatoria y/o Urgencias, posteriormente ingresar o buscar el diagnóstico según cie 10 especificado en la orden médica. En caso de ser necesario ingresar comentarios u observaciones internas. Es indispensable colocar correctamente el diagnóstico correcto.



6- Ingresar o buscar el prestador y/o médico tratante, (es indispensable agregar el médico tratante, si es prestador, colocar el código del prestador, de no ser prestador de OAMI, colocar código 10606 de no prestador y en descripción de médico tipear el nombre y apellido del médico)



7- Una vez agregado el Prestador y el Médico tratante, detallar el estudio que se desea visar en el apartado Nomenclador, luego seleccionar Agregar Detalle, y buscar el código o nombre de cada servicio solicitado, indicando la cantidad de servicio. Posteriormente seleccionar los iconos en la columna *Acción* para agregar los estudios solicitados en la Orden Médica.

Nomenclador:

[Agregar Detalle](#)

Descripción del analisis/estudio	Moneda	Importe	Centro	Copago	Cantidad	Acción
7104002 - 7104002 - ECOGRAFIA ABDOMINAL SUPERIOR - ECOGRAFIA	GS	130.909	130.909	0	<input type="text" value="1"/>	
7104003 - 7104003 - ECOGRAFIA ABDOMINAL INFERIOR - ECOGRAFIA	GS	130.909	130.909	0	<input type="text" value="1"/>	
7104006 - 7104006 - ECOGRAFIA DE MIEMBRO - ECOGRAFIA	GS	114.090	114.090	0	<input type="text" value="1"/>	
7104007 - 7104007 - ECOGRAFIA DE TIROIDES - ECOGRAFIA	GS	91.181	91.181	0	<input type="text" value="1"/>	
7104008 - 7104008 - ECOGRAFIA DE TORAX - ECOGRAFIA	GS	114.090	114.090	0	<input type="text" value="1"/>	
7104009 - 7104009 - ECOGRAFIA DE VEJIGA - ECOGRAFIA	GS	111.818	111.818	0	<input type="text" value="1"/>	
7104010 - 7104010 - ECOGRAFIA DE BAZO - ECOGRAFIA	GS	130.909	130.909	0	<input type="text" value="1"/>	
7104013 - 7104013 - ECOGRAFIA HIGADO/VIAS BILIARES/VESICULA - ECOGRAFIA	GS	131.818	131.818	0	<input type="text" value="1"/>	
7104016 - 7104016 - ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRECTAL - ECOGRAFIA	GS	260.909	260.909	0	<input type="text" value="1"/>	
7104017 - 7104017 - ECOGRAFIA PROSTATICA SUPRAPUBICA - ECOGRAFIA	GS	101.454	101.454	0	<input type="text" value="1"/>	
7104019 - 7104019 - ECOGRAFIA RENAL - ECOGRAFIA	GS	91.181	91.181	0	<input type="text" value="1"/>	
7104021 - 7104021 - ECOGRAFIA TESTICULAR - ECOGRAFIA	GS	100.272	100.272	0	<input type="text" value="1"/>	
7104023 - 7104023 - ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS - ECOGRAFIA	GS	156.636	156.636	0	<input type="text" value="1"/>	
7104042 - 7104042 - ECOGRAFIA PELVIANA - ECOGRAFIA	GS	149.091	149.091	0	<input type="text" value="1"/>	
7104068 - 7104068 - ECOGRAFIA MAMARIA - ECOGRAFIA	GS	79.727	79.727	0	<input type="text" value="1"/>	

1 2 3

8- Si desea borrar uno de los detalles se realiza con el icono *“Eliminar”*.

Codigo	Nomenclador	Nro.	Especialista	Medico	Cobertura	Cantidad	Valor	Pre-Paga	Adherente	Copago	Estado	Comentario	Eliminar
7104002	ECOGRAFIA ABDOMINAL SUPERIOR	14	IMAGENES	10285	100	1.0	164545	164545	0	0	A		

Usado en las siguientes visas:
 • 40222 - 09/01/2020 10:45:00 - 1.0 - tlezcano

9- Una vez registrados todos los datos mencionados anteriormente, verificar, seleccionar archivo (orden medica), subir, por último, confirmar la transacción seleccionando “Guardar”.

Prestador: 11535 - INTEGRAMEDICA S.A. (MEDVITAL) Medico Tratante: 10900 - NO PRESTADOR DE OAMI Descripción Medico: NO PRESTADOR DE OAMI

Nomenclador: Ecografia

Nomencladores
abdominal su

Descripción del análisis/estudio	Moneda	Importe	Centro	Copago	Cantidad
7104002 - 7104002 - ECOGRAFIA ABDOMINAL SUPERIOR - ECOGRAFIA	GS	130.909	130.909	0	1

1

Detalles


Codigo	Nomenclador	Nro.	Especialista	Medico	Cobertura	Cantidad	Valor	Pre-Paga	Adherente	Copago	Estado	Comentario
7104002	ECOGRAFIA ABDOMINAL SUPERIOR	103	ECOGRAFIA	11535	100	1.0	130.909	130.909	0	0	A	

Subir archivo:

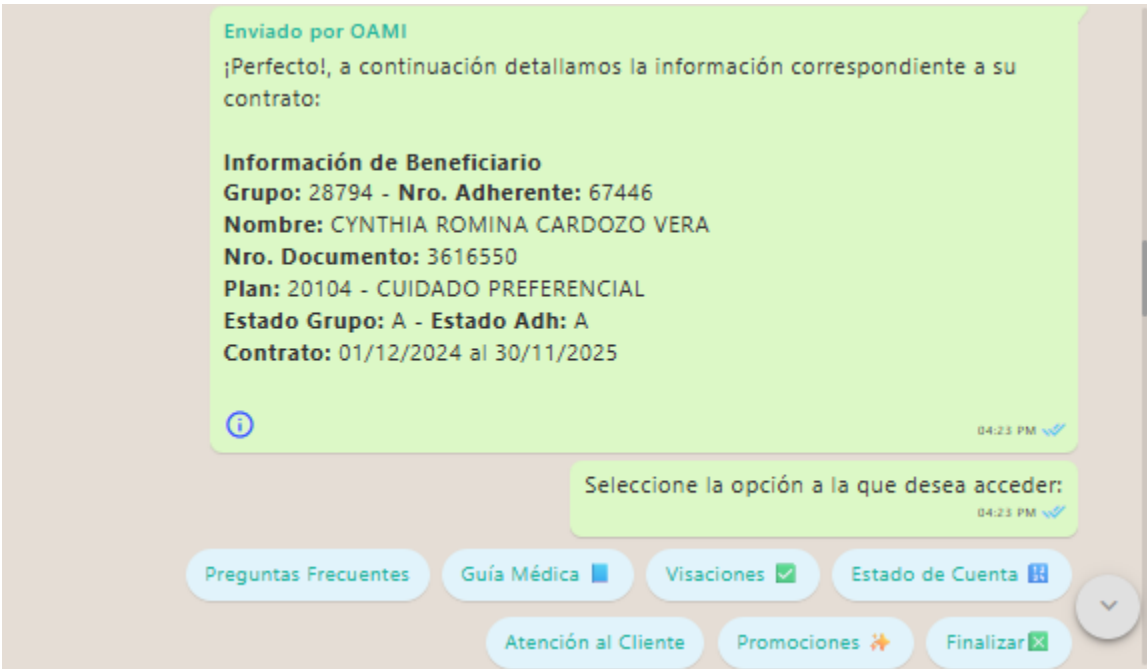
→ →

El archivo se levanto correctamente.

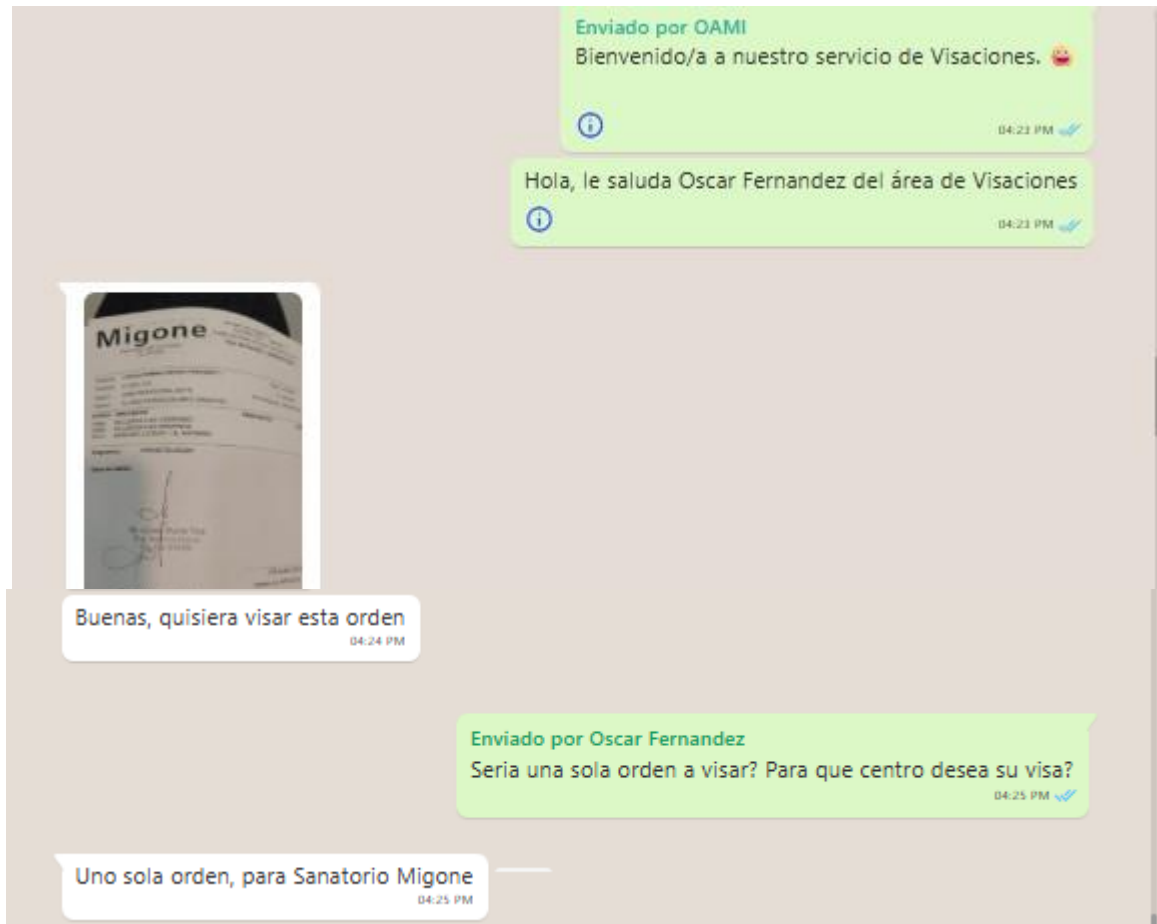
10- Automáticamente se descargará el F-GO-11, Visaciones, en formato PDF, en caso de imprimir se agrega sello y firma del Asistente de Visaciones. En caso de estudios con copago, automáticamente indica en el lado derecho de la pantalla el importe en la columna *Dif. A Cobrar*.

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 16 Código : P-GO-01 Fecha : 14/01/2026 Página 9 de 39
	VISACIONES	

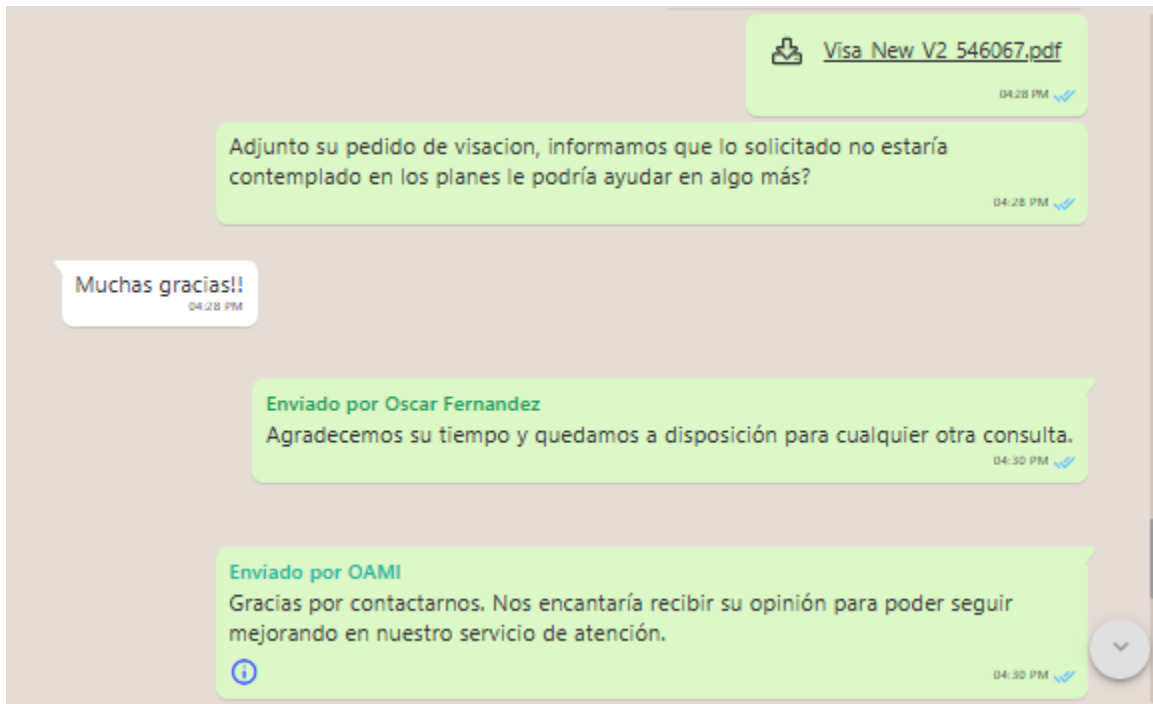
2- Seguidamente se podrá visualizar los datos del beneficiario.



- 3- Se realiza las preguntas correspondientes y solicitud de envío de órdenes, si aún no fueron remitidas previamente dentro del chat.
- Es indispensable que el Asistente de Visaciones realice el primer retorno al Beneficiario dentro de los 10 minutos posteriores a recibir el primer retorno del Adherente.
 - Tomarse el tiempo necesario para verificar cuidadosamente el contenido escrito antes de remitir la respuesta al adherente, asegurando claridad, coherencia y corrección ortográfica y gramatical.
 - Utilizar las plantillas previamente creadas para los casos en los que corresponda, garantizando uniformidad en las respuestas y cumplimiento de los lineamientos establecidos.



- 4- Se realiza el mismo proceso mencionado en el apartado 1.2 Los pasos para la elaboración de las visaciones ambulatorias.
- 5- Se remite visación por el mismo medio, se explica el alcance de cobertura, se consulta si se desea algo más, se cierra chat.



2. VISACION DE COBERTURA SANATORIAL

2.1 Recepción para Presupuesto.

El Asistente de Visaciones debe:

1- Ingresar al menú *Internaciones* *Recepción de Órdenes Medicas* *Nueva recepción*

2- Seleccionar el tipo de recepción: *Presencial, Correo, WhatsApp.*



OAMI WEB Panel de Control - Atención al Beneficiario - Informes Operativos - Servicios Externos - Internaciones - Prestadores - Planes y Servicios - Autorizaciones - Cerrar Sesión

Carga de Internados
Recepcion de Ordenes Medicas
Informe de Presupuestos

Gestión De Recepción de Ordenes Médicas



→ Nueva Recepcion

Nueva Recepción de Orden Médica

Tipo: Fecha:

Adher.:

Telefono: Correo:


Observacion:

Archivo: Ningún archivo seleccionado

Guardar

a- En caso de recepción Presencial:

- 1- Agregar el número de Adherente o Grupo.
- 2- Seleccionar el adherente correspondiente, y automáticamente se desglosarán los datos del Titular: Teléfono/ Correo electrónico.
- 3- Confirmar el medio de comunicación para el envío de presupuesto. Si es necesario se podrá modificar el correo electrónico o el teléfono.
- 4- En el campo de observación se podrá colocar datos tales como: sanatorio, prestador, entre otros.
- 5- Escanear y se adjuntar la orden medica correspondiente.
- 6- Seleccionar *Guardar*, automáticamente se generará un Número de recepción.
- 7- Emitir el ticket de recepción y entregar al Beneficiario.

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 16 Código : P-GO-01 Fecha : 14/01/2026 Página 13 de 39
	VISACIONES	

b- En caso de recepción por Correo, WhatsApp, App:

- 1- Agregar fecha y hora del correo, WhatsApp enviado por el beneficiario. En caso que el envío se haya realizado fuera de horario de oficina, se recepcionará el primer día hábil con el horario de 08:00 Horas.
- 2- Agregar el número de Adherente o Grupo.
 - 3- Seleccionar el adherente correspondiente (Automáticamente se desglosarán los datos del Titular: Teléfono/ Correo electrónico).
 - 4- Confirmar el medio de comunicación para el envío de presupuesto. Si es necesario se podrá modificar el correo electrónico o el teléfono.
- 5- En el campo de *Observación* se podrán colocar datos tales como: sanatorio, prestador, entre otros.
- 6- Escanear y adjuntar la orden médica correspondiente.
- 7- Seleccionar *Guardar*, automáticamente se generará un Número de recepción.
- 8- Emitir el ticket de recepción y remitir al Beneficiario por el medio que fue solicitado, vía correo electrónico, WhatsApp.

2.2 Elaboración del Presupuesto de internación:

El Asistente de Visaciones debe:

- 1- Ingresar al Menú *Internaciones* *Carga* de internados *Nueva Internación*.
- 2- Agregar los datos del adherente (Se podrá buscar ingresando uno de los datos solicitados)



The screenshot shows the 'Nueva Internación' form. At the top, there is a blue button labeled 'Nueva Internación'. Below it, the title 'Nueva Internación' is displayed. The form contains six input fields arranged in two rows of three. The first row fields are labeled 'Nro. Grupo', 'Nro. Adherente', and 'Nro. Documento'. The second row fields are labeled 'Nombre', 'Apellido', and 'Celular'. Red arrows point to each of these six input fields. At the bottom of the form is a blue button labeled 'Buscar'.

- 3- Buscar y seleccionar el/la adherente (Automáticamente se desglosarán los datos del adherente).
- 4- Seleccionar *Orden de recepción* tildando el número de recepción correspondiente al Beneficiario.



The screenshot shows the 'Nueva Internación' form with the 'Orden de Recepcion' dropdown menu open. The dropdown menu has three options: 'Ninguna', 'Ninguna', and '103 - sin obs'. A red arrow points to the '103 - sin obs' option. The 'Adherente:' field is partially visible to the right of the dropdown.

- 5- Seleccionar *Carga* de internados *Nueva Internación*. *Tipo de internación*. (Para los casos de presupuestos no será necesario agregar Fecha de Ingreso/Hora).
 - 6- El campo de *Diagnostico presuntivo* se completará únicamente en el caso de que el diagnóstico no se encuentre especificado en Cie10.
 - 7- Seleccionar *Sanatorio* y buscar el código o nombre del prestador correspondiente, posteriormente selecciona el *Prestador*
- Para los casos de contar con convenios de prestadores con Médicos de Staff, Seleccionar ACEPTAR al mensaje de alerta y especificar en el campo "*Médico Tratante*" dicho prestador.
- En caso de no contar con convenios de prestadores con Médicos de Staff, seleccionar CANCELAR al mensaje de alerta y buscar en el campo "*Médico*" el prestador correspondiente.

8- Agregar el procedimiento a realizar.

9- Seleccionar *Guardar*.

Nueva Internacion

Orden de Recepcion: 104 - Sin Obs.

Grupo: 21747 Cod. Adher.: 53305 Adherente: TANIA SOLEDAD LEZCANO FERNANDEZ Edad: 31 años 10 me Estado: A

Antigüedad: 6 años 6 mese Parentesco: TITULAR Cod.: 21 Plan: COLECTIVO ADEO - B Tipo: QX

Fec. Ingreso: dd/mm Hora Ingreso: --:--:-- Diagnostico Presuntivo: Cie10: K82 - Otras enfermedades de la vesic

Sanatorio: 10212 - SANATORIO MIG Medico: 328 - SACCO RODRIGUE Medico Tratante: SACCO RODRIGUEZ, OSCAR

Procedimiento: 8015007 - COLECISTECTOMIA POR VIA LAPAROSCOPICA

Guardar

10- Posteriormente el sistema informático actualizará los datos en el menú *Gestión de internaciones*. Por defecto el sistema informático arrojará las internaciones en estado "Presupuesto" (Procedimientos programados).

11- Seleccionar el menú "Dig." (*Digitaliza*) *Nueva Digitalización*, y seleccionar el tipo de documento a ser cargado.

Gestión De Internaciones

Usuario: llezcano

Estados: Presupuesto F. Desde: 17/01/2020 F. Hasta: 17/01/2020 **Buscar**

Internaciones

Búsqueda Rápida: 337

#	Nro. Int.	Adherente	Sanatorio	Fec. Ingreso	Fec. Alta	Tipo	Usuario	Verif. AUME	Ver	Editar	Dig.	Nov.	Presu.	Prelim.	Cerrar	Imp. Cierre
16	337	53305 - TANIA SOLEDAD LEZCANO FERNANDEZ	10212 - SANATORIO MIGONE BATTILANA S.A.	01/01/1900	--/--	QX	llezcano		Q							

12- Posteriormente Seleccionar *Ver* *Agregar detalle*.

Gestión De Internaciones

Usuario: llezcano

Estados: Presupuesto F. Desde: 17/01/2020 F. Hasta: 17/01/2020 **Buscar**

Internaciones

Búsqueda Rápida: 337

#	Nro. Int.	Adherente	Sanatorio	Fec. Ingreso	Fec. Alta	Tipo	Usuario	Verif. AUME	Ver	Editar	Dig.	Nov.	Presu.	Prelim.	Cerrar	Imp. Cierre
16	337	53305 - TANIA SOLEDAD LEZCANO FERNANDEZ	10212 - SANATORIO MIGONE BATTILANA S.A.	01/01/1900	--/--	QX	llezcano		Q							

Honorarios Medicos														
Nmc. #	T. Codigo	T. Espec.	Prestador	Cobertura	Cantidad	V. Centro	P. Lista	Pre- Total	Paga	Adherente	Copago	A Pagar	Agr. Eliminar	Agr. Nov. Tes.
Honorarios Sanatoriales														
Nmc. #	T. Codigo	T. Espec.	Prestador	Cobertura	Cantidad	P. Lista	Pre- Total	Paga	Adherente	Copago	A Pagar	Agr. Eliminar	Agr. Nov. Tes.	

Carga de Honorarios médicos para Presupuestos:

Por defecto el sistema informático arroja los datos de Tipo de Prestador, Nombre del Prestador y Especialidad. En caso de haber variaciones en esos datos, los mismos se deberán modificar. A continuación, el Asistente de Visaciones debe:

Seleccionar el código del Nomenclador a ser utilizado. Cargar *Cantidad*, según necesidad.

Modificar o seleccionar los nombres de los Prestadores del equipo quirúrgico. Seleccionar *Guardar*.

Tipo:

Nmc. Cod. Cirujano:

Tipo Especialista:

Prt. Especialidad:

Cobertura: Cantidad: Total: 2.755.510

Prestador:

Prestador STAFF:

Recargo:

Nomenclador:

Prepaga: Adher.: Copago: A Pagar Adher.:

Observacion:

Tes.	Nmc.	Prestador	Cobertura	Cant.	Total	Prepaga	Adher.	Copago	A Pagar
AYUDANTE 1	8131044	<input type="text" value="328 - SACCO RODI"/> <input type="button" value="Q"/>	100.0	1	551.102	551.102	0	0	0
AYUDANTE 2	8131044	<input type="text" value="328 - SACCO RODI"/> <input type="button" value="Q"/>	100.0	1	275.551	275.551	0	0	0
INSTRUMENTADOR	8131044	<input type="text" value="328 - SACCO RODI"/> <input type="button" value="Q"/>	100.0	1	275.551	275.551	0	0	0

Carga de Anestesiastas u otras especialidades:

Para la carga de honorarios de Anestesiastas u otras especialidades, el Asistente de Visaciones debe:
 Seleccionar a qué procedimiento se agregará la especialidad.

Seleccionar el tipo de especialista. Buscar y seleccionar el prestador.


En caso de ser prestador de OAMI, automáticamente se completará el *Prestador STAFF* con el nombre correspondiente.

En caso de contar con convenios de prestadores con Staff, cargar el nombre del prestador en el campo *Prestador Staff*.

Verificar los documentos respaldatorios, en caso de corresponder, agregar *Recargo* (según convenio).

Seleccionar el código del Nomenclador a ser utilizado. Cargar *Cantidad*, según necesidad.

Modificar o seleccionar los nombres de los Prestadores del equipo quirúrgico.

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 16 Código : P-GO-01 Fecha : 14/01/2026 Página 16 de 39
	VISACIONES	

Seleccionar *Guardar*.

Carga de Gastos Sanatoriales:

Para las cargas correspondientes a gastos sanatoriales, el Asistente de Visaciones debe: Cargar *Cantidad*, según necesidad.

Seleccionar *Guardar*.

Nomenciador:		Prestador:		Tipo Especialista:		
9004060 - DERECHO A SALA DE CIRJ		10212 - SANATORIO MIGONE BATTIL		6 - DERECHO		
Cobertura:	Cantidad:	Total:	Prepaga:	Adher:	Copago:	A Pagar Adher:
100	1	144.065	144.065	0	0	0
Observacion:						
<input type="button" value="Guardar"/>						

13- Si se requieren cambios que el sistema no realiza por defecto en Honorarios Médicos y/o Gastos sanatoriales por casos de (preexistencias, recargos, falta de carencia, entre otros) se deriva al Departamento de Informática, para la modificación correspondiente, mediante novedad del presupuesto bajo el tipo INTE-INTERNACIONES, plazo de retorno en la celeridad posible, los presupuestos cuentan con un plazo establecido para las entregas.

14- Una vez cargado todos los datos, se derivará a la Jefatura de Visaciones mediante Novedades por autorización bajo el tipo “INTE – INTERNACIONES” Estado Derivado y seleccionar “Grabar”.

15- A la Jefatura de Visaciones le llega vía correo notificación de la derivación realizada por el Asistente de Visaciones, también genera en el Sistema Informático un Listado de casos pendientes. Una vez verificado por la Jefatura de Visaciones deriva vía novedades al Asistente asignado indicando que se encuentra chequeado dicho presupuesto, el Asistente de Visaciones emite el F-GO-14, Presupuesto de Internación quirúrgica seleccionando el icono de impresora “Presu”, realiza el cierre de la novedad indicando como fue remitido el presupuesto, (presencial, correo, WhatsApp, app).



SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

VISACIONES

Versión : 16
Código : P-GO-01
Fecha : 14/01/2026
Página 17 de 39

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 04 Código: F-GO-14 Fecha: 01/03/2025 Página 1 de 1
	PRESUPUESTO DE INTERNACION	

N° PRESUPUESTO: 46978 **FECHA:** 21/11/2025
ADHERENTE: 60999 ANALIA SOLEDAD GIMENEZ **GRUPO:** 25367
PLAN: 10218 - COLECTIVO ADEO - B **ANTIGÜEDAD:** 7 años 7 meses 20
PRESTADOR: 10351 CENTRO OFTALMOLOGICO **EDAD:** 31 años 4 meses 0 días
DIAGNOSTICO: CATARATA OJO IZO.
MEDICO TRATANTE: 1003 CAPPELLO RIVEROS, ENRIQUE JAVIER
TRATAMIENTO: 1) FACOEMULSIFICACION DEL CRISTALINO POR OJO

Practica Especialidad	Prt	Nombre	% Cob.	Oami Cubre	Adher.	Paga	Co-Pago
FACOEMULSIFICACION DEL CRISTALINO POR OJO							
CIRUJANO	1003	CAPPELLO RIVEROS, ENRIQUE JAVIER	100	SI	NO	NO	NO
AYUDANTE 1	11508	CON UN PRESTADOR DE OAMI	100	SI	NO	NO	NO
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE CATARATAS CON O SIN COLOCACION DE LIO							
ANESTESISTA	11508	CON UN PRESTADOR DE OAMI	100	SI	NO	NO	NO
DERECHO OPERATORIO CATARATAS							
DERECHO	10351	CENTRO OFTALMOLOGICO	100	SI	NO	NO	NO
MEDICAMENTOS Y DESCARTABLES EN INTERNACIONES CLINICAS Y/O QUIRURGICAS							
MEDICAMENTOS O	10351	CENTRO OFTALMOLOGICO	100	2.500.000	NO	NO	NO

Estos Montos incluyen I.V.A.

OBS: *FACO,LENTE, MICROSCOPIO Y SUSTANCIAS VISCOELASTICAS QUEDAN A CARGO DEL PACIENTE.

FECHA DE EMISION: 21/11/2025 10:47:42

REALIZADO POR:
MIREYA DA
SILVA

Importante

- * El presente presupuesto es una información de cobertura, no valido para facturación, basado estrictamente en la orden medica; una vez internado puede sufrir modificaciones según indicaciones de su médico tratante durante el evento.
- * El equipo Quirúrgico deberá estar conformado por prestadores de OAMI.
- * Esta cobertura es válida hasta la fecha y hora de la indicacion de alta del paciente (firmada por el médico tratante), conforme los días de interacción que estipula el contrato del paciente.
- * Los gastos posteriores por permanencia en el sanatorio serán a cargo del paciente.
- * Los medicamentos y descartables indicados al momento del alta del paciente no forman parte de esta cobertura. Como tampoco aquellos de via oral o de uso habitual del paciente.
- * Equipos no contemplados, instrumentales medicos, electrocauterizador, trocares, clip, mallas, protesis, lentes, faco, microscopio y Sustancias Viscoelásticas, seran a cargo del asegurado.
- * Para Obtener los beneficios deberá estar al día con sus obligaciones. Este presupuesto no reemplaza la hoja de Cobertura, es solo informativo.

RECIBIDO POR: _____
 ACLARACION: _____
 C.I. N°: _____
 FECHA: _____

16- Entrega de Presupuesto: cuando Asistente de Visaciones entrega un presupuesto en físico, deberá requerir de recepción del beneficiario, escanear imagen a "Dig." presupuesto. En caso por correo, o WhatsApp se deberá el respaldo de dichos subir la imagen a "Dig" presupuesto.

de Internados

2.3.1 Aspectos

Generales a tener en cuenta para la Gestión de internados a- Devoluciones de internados:

el formato la firma y subir la de enviar digitalizar medios y

2.3 Gestión

cuenta

- ✓ Tipo de novedad a ser utilizado: *Devolución de internados*
- ✓ Las devoluciones de internaciones deberán ser derivadas vía novedades del sistema informático al Asistente de Visaciones responsable de la internación a quien, automáticamente, el sistema envía un correo de aviso de novedad.
- ✓ Todas las novedades derivadas a Visaciones deben ser justificadas y respondidas de forma detallada y clara por el Asistente de Visaciones, independientemente a que se considere o no un error, a modo de utilizar como estadísticas de cuantas veces se solicita reabrir una internación.
- ✓ Si por error de visaciones cerradas del Asistente de Visaciones (detectado por AUME, Jefatura de Liquidaciones o Jefatura de Visaciones) no se ha otorgado lo que corresponde por contrato, la Jefatura de Visaciones debe gestionar el proceso de reembolso y solicitar al área de ATB el contacto con el Beneficiario para la presentación de la factura correspondiente.
- ✓ Probables errores en otorgamiento de la cobertura médica: AUME
- ✓ Errores mínimos: nomenclador, prestador, etc.: Jefatura de Visaciones
- ✓ Correcciones de Internados (Internos): 24 horas corridas.
- ✓ Correcciones de Internados (Derivados internos a AUME u otras instancias y/o Derivadas externas al Departamento): 48 horas corridas.

b- Cada Asistente de visaciones será responsable de gestionar diariamente el seguimiento de las internaciones realizadas por el mismo. Las gestiones incluyen: Llamadas a sanatorios, solicitar documentos faltantes, etc.), así también, el Asistente de Visaciones registrará en novedades del sistema informático los seguimientos realizados.

Una vez de alta el beneficiario, el asistente de Visaciones contará con 2 (dos) días hábiles para realizar el cierre de la internación.

Para el cierre final, el Asistente de Visaciones debe corroborar y verificar que la carga esté correcta tanto en el apartado de Procedimiento como en el de Nomencladores de Honorarios y Gastos Sanatoriales. Posteriormente, debe descargar en formato PDF el formulario F-GO-37, Cobertura Sanatorial, para constatar la efectividad de la carga según la documentación recibida.

c- Las informaciones relacionadas a pacientes internadas abiertas, cerradas y presupuestos se encuentran en el sistema informático junto con la documentación relacionada para las verificaciones o consultas de AUME.

d- En caso de ausencia de una asistente de visaciones, la jefatura deberá controlar y coordinar quien realizará el cierre o gestión de una internación.

e- En caso de dos procedimientos y/o derechos operatorios, se verifica el de mayor valor, en casos de cargar incorrectamente, se deberá eliminar y volver a cargar.

f- En caso de que un Beneficiario cambie de sanatorio, se procederá al cierre de la cobertura del sanatorio actual, a modo de poder continuar correlativamente el proceso.

g- En caso de ser necesario, se deberá consultar con el sistema informático anterior.

h- En caso de ser necesario, verificar el reglamento de la CIMAP, ubicado en la INTRANET y/o carpeta compartida F INTRABACKUP.

i- En el último día hábil del mes, el Asistente de Visaciones deberá realizar cierres parciales de las internaciones (carga de informaciones disponibles hasta la fecha) con más de 5 días de internado.

El Asistente de Visaciones deriva vía novedades del sistema informático a la Jefatura de Visaciones para su verificación y aprobación, el Asistente de Visaciones genera visación del cierre parcial, luego deriva vía sistema al Asistente de Informática solicitando nuevamente apertura de la internación informando la visa asignada a dicho parcial para asignar fecha correspondiente al corte del mes de internación. La Jefatura de Visaciones deriva vía novedad de la internación a la Jefatura de Liquidación informando que se realizó parcial de dicha internación.

Para dar continuidad cuando el paciente es dado de alta, el Asistente de visaciones agrega todos los detalles que surgieron durante la internación del beneficiario para generar el cierre del mismo, posteriormente deriva vía novedad del sistema informático a la Jefatura de Visaciones para verificación y, una vez verificado, la Jefatura de Visaciones deriva al Asistente de Visaciones para realizar cierre final destildar lo ya cerrado en el parcial, generando visación de complemento.

La Jefatura de Visaciones comunica vía novedad sistema informático a la Jefatura de Liquidaciones sobre el cierre final de la internación con corte parcial, indicando las visas relacionadas para su liquidación completa.

j- Para los casos de internaciones cerradas, complementos de visaciones y/o correcciones, el Asistente de Visaciones deberá solicitar vía novedades del sistema informático al Departamento de Informática.

k- La Jefatura de Visaciones realizará diariamente el monitoreo del estado de las internaciones a través del sistema informático, a modo de verificar el cierre oportuno de los mismos, así como los datos registrados en la gestión de internación.

l- Verificar advertencias por preexistencias u otros motivos, en caso de dudas verificar con el Departamento de Auditoría Médica.

m- Para casos de Internaciones Quirúrgicos programados, no es obligatorio recibir orden de internación vía correo, se puede recibir legajos complementarios (evoluciones, historial clínico, indicaciones) para realizar la conversión del presupuesto a internación.

n- Alta de pacientes Internados en horario de Guardia, queda bajo responsabilidad del Asistente de Visaciones que se encuentra de guardia la emisión de la cobertura final, verificar todos los legajos remitidos por el Sanatorio al momento del alta, si requiere de alguna ayuda para definir la cobertura final, contactar con la Jefatura de Visaciones, si es

necesario alguna autorización mayor, contactar a Aume, (si se requiere confirmar algún código por procedimientos de ser necesario contactar con el mismo Cirujano).

Los legajos a ser verificados para el Alta:

- ✓ Orden de internación
- ✓ Historial Clínico
- ✓ Orden Quirúrgico (si corresponde a un caso Qx)
- ✓ Técnica Quirúrgico (si corresponde a un caso Qx)
- ✓ Protocolo de Anestesia (si corresponde a un caso Qx)
- ✓ Evoluciones Medicas e Indicaciones Medicas
- ✓ Medicamentos y Descartables para ser depurado

ñ- En casos de Internaciones sin cobertura, el Visador deriva vía sistema al Dpto. de Afiliaciones bajo tipo de novedad REVI - REVISION DE NOVEDADES DINAMICAS solicitando el Registro de Preexistencia Temporal Código 216 (Internación sin cobertura), a los efectos de evitar la autorización por otros medios externos e-salud.

o- En casos de Internaciones sin cobertura, el Visador debe informar y solicitar que se informe al Titular del grupo la cobertura del adherente, derivar vía sistema a la Jefatura de Atención al Beneficiario, bajo el tipo de novedad COBE- NOTIFICACION DE COBERTURA ATB.

p- Para los casos de internaciones que requieran modificaciones que el sistema no realiza por defecto en Honorarios Médicos y/o Gastos sanatoriales por casos de (preexistencias, recargos, falta de carencia, entre otros) se deriva al Departamento de Informática, para la modificación correspondiente, mediante novedad de la internación bajo el tipo INTE-INTERNACIONES, plazo de retorno, dependiendo de cada caso.

q- Para los casos de Internaciones con criterios oncológicos con diagnósticos a definir bajo resultado de anatomía patológica, previamente procesado según Clausula 10 Oncología de las Normas Generales.

Se realiza proceso de cierre de internación, Jefatura de Visaciones deriva vía sistema a Asistente de Visaciones con tipo de novedad "Anatomía Patológica" para el seguimiento correspondiente del Informe de dicho documento.

Una vez recibido el Informe de Anatomía Patológica, Asistente de Visaciones digitaliza documento en la internación afectada bajo dicho nombre, y deriva a AUME vía novedad del sistema, para dictamen del diagnóstico oncológico o no, y solicita código de diagnóstico según Cie 10 para aplicar a dicha internación.

Luego del dictamen de AUME dependiendo de cada caso, Asistente de Visaciones deriva a Jefatura de Visaciones para proceder con la solicitud de modificación o no de diagnóstico al Departamento de Informática y seguimiento de Registro de suceso para el Beneficiario en cuestión.

Jefatura de Visaciones deriva vía sistema al Departamento de Afiliaciones en el apartado de Atención al Beneficiario en agregar novedad del Adherente, bajo tipo de novedad REVI - REVISION DE NOVEDADES DINAMICAS, informando el registro de suceso a colocar.

Aplicación de código de exclusiones de patologías queda bajo proceso de AUME.

r- En internaciones quirúrgicas de Maternidad, Asistente de Visaciones informa sobre Parto y nacimiento de Recién Nacido, deriva vía sistema del Adherente en el apartado de Atención al Beneficiario a la Jefatura de Atención al Beneficiario bajo el tipo de novedad INCLUSIONES VARIAS.

Novedad a utilizar por el Asistente de Visaciones

- Para casos de Cobertura según plan:
Informe sobre Parto "CESAREA o NORMAL", en el Sanatorio XX, la paciente no cuenta con prima de maternidad, se pasa cobertura según plan (XX). Grupo: XX, Adherente: XX, Rn de Sexo: "FEMENINO O MASCULINO".-
- Para casos de Cobertura según PRIMA DE MATERNIDAD:
Informe sobre Parto "CESAREA o NORMAL", en el Sanatorio XX, la paciente cuenta con prima de maternidad, se pasa cobertura según dicho contrato. Grupo: XX, Adherente: XX, Rn de Sexo: "FEMENINO O MASCULINO".-

s- Para los casos de errores en la emisión de cobertura de presupuestos o internados sea identificada por la Jefatura de Visaciones, AUME o proveniente de otra área, se procederá según el I-GG-06, Control de Coberturas Otorgadas.

2.3.2- Para las internaciones provenientes directamente de Sanatorios, el Asistente de Visaciones debe:

1- Recibir del Sanatorio vía correo electrónico la orden de internación sanatorial e ingresar los datos del adherente en el sistema informático.

2- Seleccionar el adherente correspondiente y cargar los datos requeridos para la nueva internación. Posteriormente se selecciona el tipo de internación. En caso de ser anteriormente Presupuesto, completar la fecha y hora de ingreso y seleccionar “convertir a internación”

3- El campo de Diagnóstico Presuntivo se completará únicamente en el caso de que el diagnóstico no se encuentre especificado en Cie10, o cuente con más diagnósticos.

4- Seleccionar SANATORIO y buscar el código o nombre del prestador correspondiente, posteriormente seleccionar el prestador.

Para los casos de contar con convenios de prestadores con Médicos de Staff, seleccionar ACEPTAR al mensaje de alerta y especificar en el campo “*Médico Tratante*” dicho prestador.

En caso de no contar con convenios de prestadores con Médicos de Staff, seleccionar CANCELAR al mensaje de alerta y buscar en el campo “*Médico*” el prestador correspondiente.

5- Agregar el procedimiento a realizar.

6- Seleccionar GUARDAR, posteriormente el sistema informático actualizará los datos en el menú *Gestión de internaciones*. Por defecto el sistema informático arrojará las internaciones en estado “*Abierto*” (Pacientes internados actualmente).

La internación puede ser buscado en el sector de “*Búsqueda rápida*” con los siguientes datos: Número de internación, por nombre del Beneficiario internado, por nombre del Prestador o por Usuario del Asistente de Visaciones que ha realizado la carga.

7- Selecciona el menú “*Dig.*” y seleccionar el tipo de documento a ser cargado:

8- Seleccionar "Guardar"

9- Seleccionar el menú "Ver", posteriormente seleccionar el menú "Agregar Detalle", conforme a los documentos de internación recibidos anteriormente, se agregarán los detalles relacionados: Honorarios Médicos y Gastos sanatoriales.

Carga de Honorarios médicos para Internados:

Por defecto, el sistema informático arrojará los datos de Tipo de Prestador, Nombre del Prestador y Especialidad. En caso de haber variaciones en esos datos, los mismos se deberán modificar. A continuación, el Asistente de Visaciones debe:

- Verificar los documentos respaldatorios, en caso de corresponder, agregar *Recargo* (según convenio).
- Seleccionar el código del Nomenclador a ser utilizado.
- Cargar *Cantidad*, según necesidad.
- Modificar o seleccionar los nombres de los Prestadores del equipo quirúrgico

Carga de Anestesiistas u otras especialidades:

Para la carga de honorarios de Anestesiistas u otras especialidades, el Asistente de Visaciones debe: (Lo mismo para presupuesto pero sin recargo)

- Seleccionar a qué procedimiento se agregará la especialidad.
- Seleccionar el tipo de especialista.
- Buscar y seleccionar el prestador.
En caso de ser prestador de OAMI, automáticamente se completará el *Prestador STAFF* con el nombre correspondiente.
En caso de contar con convenios de prestadores con Staff, cargar el nombre del prestador en el campo *Prestador Staff*.
- Verificar los documentos respaldatorios, en caso de corresponder, agregar *Recargo* (según convenio).
- Seleccionar el código del Nomenclador a ser utilizado.
- Cargar *Cantidad*, según necesidad.
- Modificar o seleccionar los nombres de los Prestadores del equipo quirúrgico.
- Seleccionar *Guardar*.


Carga de Gastos Sanatoriales:

Para las cargas correspondientes a gastos sanatoriales, el Asistente de Visaciones debe:

- Cargar *Cantidad*.
- Seleccionar *Guardar*.


10- Antes de emitir y enviar el formulario Preliminar, el Asistente de Visaciones deriva a la Jefatura de Visaciones para su verificación, mediante "Autorización por novedades" ítem Internaciones.

El Asistente de Visaciones, en caso de ser necesario, podrá consultar directamente al Departamento de AUME, y el Departamento de AUME podrá cerrar la novedad. En caso de depender de un prestador externo, la novedad podrá permanecer estado Derivado, notificando lo pendiente vía correo electrónico o llamada telefónica.

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 16 Código : P-GO-01 Fecha : 14/01/2026 Página 24 de 39
	VISACIONES	

11- La jefatura de visaciones verifica los documentos digitalizados, (Orden de Internaciónu orden quirúrgico, Historial Clínico si el mismo ya fue confeccionado por el Sanatorio, Evolución medica si ya cuenta con la misma) y los datos cargados correspondientes a la internación mediante “Autorización por novedades”.

12- Una vez verificado por la Jefatura de Visaciones, el Asistente de Visaciones selecciona *Prelim* y emite el F-GO-37, Cobertura Sanatorial, Estado Preliminar.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 03 Código: F-GO-37 Fecha: 01/03/2025 Pagina 1 de 1
	COBERTURA SANATORIAL	

DEPARTAMENTO: VISACIONES

INTERNACION: 47030

ESTADO: PRELIMINAR

INGRESO: 11/12/2025 11:07 ALTA HS

ADHERENTE: 60999 - ANALIA SOLEDAD GIMENEZ GIMENEZ	EDAD: 31 años		
PLAN: 10218 - COLECTIVO ADEO - B PARENTESCO: TITULAR	ANTIGUEDAD: 7 años 7 meses 11 días		
SANATORIO: SANATORIO SAN ROQUE (SANTA JULIA)			
MEDICO TRATANTE: FRANCO SCHIAVO, MANUEL OVIDIO			
DIAGNOSTICO: Vertigo de origen central			
OBSERVACION: VERTIGO/HTA/DIABETES			
PROCEDIMIENTO/S:			
- 9009001 INTERNACION CLINICA			
HONORARIOS MEDICOS	% Cob.	OAMI Cubre	Abona Paciente
6003045 - VISITA POR DIA DEL 1ER AL 5TO DIA			
CLINICA MEDICA: FRANCO SCHIAVO, MANUEL OVIDIO - 448	100	SI	NO
GASTOS SANATORIALES	% Cob.	OAMI Cubre	Abona Paciente
MEDICAMENTOS Y DESCARTABLES EN INTERNACIONES CLINICAS Y/O QUIRURGICAS	100	1000000	NO
PENSION EN SALA	100	1.0	NO

Observación:

Realizado Por: OSCAR FERNANDEZ 12/12/2025 07:41

Emitido Por: ANALIA GIMENEZ 12/12/2025 17:01

Importante

- * La cobertura quedará cerrada una vez que el Sanatorio comunique el alta y remita los documentos respaldatorios no superando las 48 horas, quedandon valido para facturación.
- * El equipo Quirúrgico deberá estar conformado por prestadores de OAMI.
- * Medicamento de uso habitual, instrumentales medicos, electrocauterizador, trocares, clip, mallas, protesis, lentes, faco, microscopio y Sustancias Viscoelásticas, seran a cargo del asegurado.
- * Los medicamentos y descartables indicados al momento del alta del paciente no forman parte de esta cobertura.
- * Todos los montos detallados en la cobertura sanatorial incluyen IVA.

13- Conforme se reciban los documentos respaldatorios, se irán digitalizando y cargando las informaciones correspondientes a la internación. Cada dato actualizado de la respectiva internación será verificado por la Jefatura de Visaciones mediante la Autorización por novedades, posteriormente será emitido y remitido al prestador.

En caso de que el prestador solicite cobertura de internación posterior al alta, se procederá directamente al cierre de la Cobertura Sanatorial.

14- Una vez que se remitan todos los documentos respaldatorios para el alta, se procederá a la actualización del F-GO-37, Cobertura Sanatorial, Estado Preliminar a Estado Cerrado, previa verificación de Jefatura de Visaciones.

- Seleccionar Editar y completar la fecha y hora del alta.
- Seleccionar la columna *Cerrar*, posteriormente seleccionar *Cerrar internación*
- Seleccionar la columna *Imp. Cierre (imprimir cierre)*, para emitir el F-GO-37, Cobertura Sanatorial Estado Cerrado.

Gestión De Internaciones

Usuario: tlezcano

Estados: F. Desde: F. Hasta:

Internaciones

Búsqueda Rápida:

#	Nro. Int.	Adherente	Santatorio	Fec. Ingreso	Fec. Alta	Tipo	Usuario	Verif. AUME	Ver	Editar	Dig.	Nov.	Presu.	Prelim.	Cerrar	Imp. Cierre
15	321	53413 - DALILA LEONOR DIONISIA SANTACRUZ DE OSNAGHI	939 - SANATORIO ADVENTISTA	12/01/2020	--/ --/----	CL	sgomez		Q		Q	Q				
26	341	53305 - TANIA SOLEDAD LEZCANO FERNANDEZ	10212 - SANATORIO MIGONE BATTILANA S.A.	17/01/2020	--/ --/----	QX	tlezcano		Q		Q	Q				

Búsqueda Rápida:

#	Nro. Int.	Adherente	Santatorio	Fec. Ingreso	Fec. Alta	Tipo	Usuario	Verif. AUME	Ver	Editar	Dig.	Nov.	Presu.	Prelim.	Cerrar	Imp. Cierre
1	341	53305 - TANIA SOLEDAD LEZCANO FERNANDEZ	10212 - SANATORIO MIGONE BATTILANA S.A.	17/01/2020	17/01/2020	QX	tlezcano	N	Q		Q	Q				

Honorarios Sanatoriales

#	Nmc. Codigo	T. Espec.	Prestador	Cobertura	Cantidad	P. Lista	Total	Pre-Paga	Adherente	Copago	A Pagar	Incluir
1	9004060 - SUTURAS	6 - DERECHO	10212	100	1.0	144065	144065	144065	0	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD****VISACIONES**

Versión : 16
Código : P-GO-01
Fecha : 14/01/2026
Página 26 de 39

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 03 Código: F-GO-37 Fecha: 01/03/2025 Página 1 de 1
	COBERTURA SANATORIAL	

DEPARTAMENTO: VISACIONES

INTERNACION: 47016 **ESTADO: CERRADO** INGRESO: 08/12/2025 22:53 ALTA 11/12/2025 13:00 HS
NRO. VISA: 564489

ADHERENTE: 60999 - ANALIA SOLEDAD GIMENEZ GIMENEZ	EDAD: 31 años		
PLAN: 10218 - COLECTIVO ADEO - B PARENTESCO: CONYUGE	ANTIGUEDAD: 8 años 2 meses 8 días		
SANATORIO: PRE MEDIC S.A.DIV.SANATORIO			
MEDICO TRATANTE: NILSA ENRIQUE			
DIAGNOSTICO: HIPERTENSION ARTERIAL			
OBSERVACION: DM2 DESCOMPENSADA			
PROCEDIMIENTO/S: - 9009001 INTERNACION CLINICA			
HONORARIOS MEDICOS	% Cob.	OAMI Cubre	Abona Paciente
6003002 - INTERCONSULTA EN SALA			
ENDOCRINOLOGIA: ROSA VEGA - 10457	100	SI	NO
6003045 - VISITA EN SALA POR DIA			
CLINICA MEDICA: NILSA ENRIQUE - 10457	100	SI	NO
GASTOS SANATORIALES	% Cob.	OAMI Cubre	Abona Paciente
PENSION EN SALA POR DIA	100	3.5	NO
MEDICAMENTOS EN INTERNACIONES	100	897.931	NO
DESCARTABLES EN INTERNACIONES	100	103.903	NO

Observación: **HONORARIOS DE NUTRICION LIC LUZ ITURBE CARGO PACIENTE

Realizado Por: OSCAR FERNANDEZ 09/12/2025 08:05

Emitido Por: ANALIA GIMENEZ 12/12/2025 17:10

Importante

- * La cobertura quedará cerrada una vez que el Sanatorio comunique el alta y remita los documentos respaldatorios no superando las 48 horas, quedando valido para facturación.
- * El equipo Quirúrgico deberá estar conformado por prestadores de OAMI.
- * Medicamento de uso habitual, instrumentales medicos, electrocauterizador, trocares, clip, mallas, prótesis, lentes, faco, microscopio y Sustancias Viscoelásticas, serán a cargo del asegurado.
- * Los medicamentos y descartables indicados al momento del alta del paciente no forman parte de esta cobertura.
- * Todos los montos detallados en la cobertura sanatorial incluyen IVA.

15- Si el Beneficiario solicita facturación del servicio, procederá conforme al apartado **5. Prestaciones a Facturar.**

2.3.3 Complemento de pago

Todos los complementos relacionados a Internaciones, solicitado por los Prestadores, ingresarán bajo la categoría de Quejas y/o Reclamo por medio de área de Prestadores, en caso de ser recepcionada por Liquidaciones o Visaciones, se deberá cargar en Novedades del sistema informático ítem **QUEJAS PRESTADORES** e informa al área de Prestadores para su tratamiento.

En caso de que la queja se reciba en el área Liquidaciones, se deberá derivar vía correo electrónico o novedades del sistema informático al área de AUME para verificación. Una vez realizado el dictamen, AUME responde a las áreas involucradas por el mismo medio que recibió la queja.

La queja y/o reclamo debe ser retornada al prestador a través del área de Prestadores.

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

2.4 Autorizaciones de AUME

Ante cualquier duda (orden, patología no declarada, si la técnica no es consistente con la cobertura, dudas con respecto a medicamentos y descartables, preexistencias, exclusiones según las normas y otras especificaciones) El Asistente de Visaciones y/o Jefatura de Visaciones deberá consultar con AUME.

Para presupuestos y coberturas de internación, la verificación de AUME se realiza a requerimiento de Visaciones. (Se deriva vía novedad en dichas coberturas, "Tipo novedad AUME", se detalla las indicaciones y la solicitud de autorización para otorgar o negar cobertura, dependiendo de cada caso).

Para Internaciones en Estado *Cerrado*, la verificación de AUME se realiza, conforme sea necesario, desde el sistema informático.


2.4.1 Los pasos para verificación del checkin de AUME son los siguientes:

1- Ingresar el manu *Internación Carga y Administración*



2- Seleccionar el Estado *Cerrado* y colocar el rango de fecha que se desea verificar, posteriormente se podrá visualizar en la columna *Verif. AUME* la letra *N* (No se ha verificado por AUME) o la letra *S* (Sí se ha verificado por AUME)

Estados:	F. Desde:	F. Hasta:	Buscar													
<input type="text" value="Cerrado"/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Abierto <input checked="" type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Presupuesto 	<input type="text" value="01/01/2020"/>	<input type="text" value="14/01/2020"/>	<input type="button" value="Buscar"/>													
Búsqueda Rápida: <input type="text" value="Búsqueda Rápida"/>																
Nro.	Int.	Adherente	Santatorio	Fec. Ingreso	Fec. Alta	Tipo	Usuario	Verif. AUME	Ver	Editar	Dig.	Nov.	Presu.	Prelim.	Cerrar	Imp.
1	256	54560 - ELA INES SANCHEZ ROIG OCAMPOS	934 - SANATORIO ITALIANO	01/01/2020	05/01/2020	CL	lgonzalez	N								
2	263	62787 - MAXIMO PUCHE GONZALEZ	1030 - INSTITUTO PRIVADO DEL NIÑO S.A.	03/01/2020	09/01/2020	CL	rsanchez	N								

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 16 Código : P-GO-01 Fecha : 14/01/2026 Página 28 de 39
	VISACIONES	

Las internaciones en Estado Cerrado podrán poseer o no el checkin de AUME, ya que las mismas serán realizadas conforme sea solicitada por el área de Visaciones o Liquidaciones.

2.5 Reaseguro

En caso que el beneficiario posea reaseguro de Alta complejidad y se trate de una prestación de servicio, el Asistente de Visaciones cargará los datos del asegurado en el sistema informático y este automáticamente bloqueará cualquier carga de cobertura sin antes remitir a la Jefatura de Visaciones o al Backup de Visaciones para su verificación y posterior autorización con la directriz de cómo cubrir el evento: por OAMI o por el Reaseguro de Alta complejidad.

Si el evento se realizara por OAMI se sigue los pasos del punto 2 del presente Instructivo.

Si el evento se realizara por el Reaseguro de Alta complejidad el Asistente de Visaciones carga los datos de ingreso adjuntando todos los respaldos recibidos, al reaseguro a través de la Jefatura de Visaciones. Una vez utilizado el servicio, la Jefatura de Visaciones, en coordinación con el Departamento de Auditoría Médica, solicita al reaseguro el detalle de la cobertura otorgada al Beneficiario, para la verificación correspondiente.

En caso que el beneficiario posea otros reaseguros, emite la cobertura conforme a lo previsto en este instructivo e informa a la Jefatura de Visaciones, adjuntando las documentaciones relacionadas.

2.5.1 Reaseguro “SANCOR”

El Asistente de Visaciones recibe la orden médica para Presupuesto de Internación, identifica que corresponde a Reaseguro SANCOR visualizando en el sistema informático en el sector “Reaseguro”, y procede a los siguientes pasos:

1. Realiza la recepción y carga en el sistema informático, conforme al punto 2.2 de Elaboración de Presupuesto.
2. Informa vía novedades del Sistema Informático a la Jefatura de Atención al Beneficiario o al Ejecutivo de cuentas para que se contacte con el beneficiario a los efectos de recordar que cuenta con el reaseguro y que podrá verificar su cobertura con la Agente de AIB, o en las oficinas de SANCOR: Dpto. de Sinistros.
3. Remite Presupuesto al Beneficiario.

Una vez que el paciente ingresa a la cirugía programada, el Asistente de Visaciones realiza los siguientes pasos:

1. Realiza en el sistema informático la conversión del Presupuesto a Internación.
2. Carga los datos según Técnica Quirúrgica y deriva a la Jefatura de Visaciones para su verificación y aprobación.
3. Una vez que el paciente es dado de Alta, informa al sanatorio la cobertura final.
4. La Jefatura de Visaciones verifica cierre final y el seguimiento de las novedades

del grupo, en relación al contacto realizado al beneficiario con respecto a la información brindada de la cobertura del reaseguro.

2.5.2 Reaseguro "CIGNA"

1. Se recibe solicitud de cobertura ya sea Ambulatoria, Presupuesto programado, o Internación.
2. El Asistente de Visaciones verifica primeramente en la página web de CIGNA, si el adherente es elegible (activo).
3. Si el importe del estudio o procedimiento solicitado, no sobrepasa el costo de 500\$, se verifica la cobertura en la página web de CIGNA, dependiendo de lo indicado en la página, se realiza visación según lo especificado en el punto 1 Visación Ambulatorial de este procedimiento.
4. Si el procedimiento o estudio solicitado sobrepasa el costo de 500\$, se realiza la solicitud de Garantía de Pago, para dicha solicitud se elabora los siguientes documentos:
 - ✓ Cálculo de todo lo que utilizara el/la Adherente,
 - ✓ Llenado del formulario de solicitud de garantía de pago.
5. Luego se procede a realizar el correo de solicitud, indicando en el cuerpo del correo todos los datos del/la Adherente, se adjunta cálculo de la cobertura y formulario de garantía de pago, se adjuntan los documentos respaldatorios (orden médica, informes, evoluciones médicas, entre otros documentos dependiendo del tipo de solicitud), todos los documentos en pdf.
6. Se remite correo de solicitud a las siguientes direcciones admissions@cigna.com, authorization@cigna.com
7. Luego de recibir la Garantía de Pago, se procede a realizar Cobertura, dependiendo del tipo de solicitud se aplica según Punto 1 Visación Ambulatorial o Punto 2.2 Elaboración del Presupuesto de internación.
8. Se remite cobertura al Adherente indicando el alcance.
9. Todo lo relacionado a Liquidación, Cuentas Corrientes, Pagos entre otros procesos, verificar procedimiento de dichas áreas.

2.6 Solicitud de detalle de Cobertura por parte del Beneficiario

El Asesor del Beneficiario recibe del Titular o Encargado de Contrato la solicitud del Detalle de Cobertura. En caso de ser solicitada por la reaseguradora, el Asesor del beneficiario solicitará previamente autorización del Titular o Encargado de Contrato para emitir el detalle de cobertura.

Una vez recibida la solicitud o autorización del Titular o Encargado de Contrato, el Asesor de Beneficiario deriva solicitud vía correo electrónico a la Jefatura de Visaciones, con copia a la Jefatura de Atención al Beneficiario y Gerencia Operativa.


La Jefatura de Visaciones emite de Detalle de Cobertura, excluyendo el detalle de diagnóstico. y una vez emitido Detalle de Cobertura, la Jefatura de Visaciones deriva el documento en formato PDF y con firma escaneada, al área de Atención al Beneficiario para su comunicación correspondiente.

2.7 PLUS SALUD

2.7.1 Detalle del proceso

1. Recibir orden de internación / procedimiento con probable utilización del producto
2. Explicar al asegurado los requisitos para el usufructo de la póliza.
3. Informar al asegurado de que debe solicitar el reembolso a seguridad seguros, según el caso Ej.: Hospitales que no se encuentren dentro del grupo OAMI.
4. Comunicar el evento a Seguridad Seguros
5. Verificar si el usuario es asegurado activo del producto plus salud
6. Verificar condicionado de póliza: Exclusiones establecidas.
7. Documentar importe o deducible según plan para casos de asegurados de OAMI, otras prepagas y particulares.
8. En internación de urgencia solicitar: Orden de Internación, Historia y técnica operatoria para casos quirúrgicos.
9. En internación programada, solicitar: Orden de Internación, estudios u otros requeridos por el auditor médico de OAMI
10. Remitir expediente al auditor médico de OAMI para el proceso de evaluación y dictamen.
11. Recibir dictamen y enviar a Seguridad Seguros.
12. Recibir orden de trabajo (Servicios) aprobada por seguridad seguros.
13. Emitir la cobertura conforme a lo aprobado.
14. Una vez de alta el paciente, verificar el detalle del cierre: días de internación, honorarios, etc. y emitir el F-GO-37, cierre de cobertura en caso de dudas remitir a la auditoria medica de OAMI.
15. Formalización de orden de trabajo final, por seguridad seguros.

Obs: Las coberturas para otorgar en el extranjero serán tramitadas por OAMI conforme a los puntos: 1,2,3,4,5,6,8,10. Las gestiones posteriores serán responsabilidad de LA COMPAÑÍA.

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 16 Código : P-GO-01 Fecha : 14/01/2026 Página 31 de 39
	VISACIONES	

3. ATENCIONES ESPECIALES

En los casos que no corresponda otorgar la cobertura, ejemplo: Tope de cobertura prevista en el anexo del plan, la cobertura no se encuentra detallada en el anexo del plan, limitaciones a causa de preexistencias, Copagos, Carencia de antigüedad (sin contrato de vigencia inmediata F-GC-07), entre otros, la Gerencia General o la Gerencia de Operaciones o el Auditor Médico podrá autorizar la prestación del servicio.

Las atenciones especiales serán presentadas siempre y cuando cumplan los siguientes requisitos:

- a. Planes Colectivos e individuales: A requerimiento del beneficiario con renta positiva a partir del 30%, incluyendo el costo del servicio solicitado.
- b. Planes corporativos: A requerimiento del Encargado de la cuenta corporativa (Medio digital o nota)
- c. Plan Galeno: Se pondrá a consideración de la Gerencia General o la Gerencia de Operaciones o el Auditor, previa comunicación de las limitaciones de cobertura al beneficiario.

En caso de que la solicitud ingrese por el Departamento de Atención al Beneficiario, el pedido debe ser realizado vía correo electrónico y, posteriormente derivar a la Jefatura de Visaciones y Gerencia de Operaciones, adjuntando los documentos recepcionados.

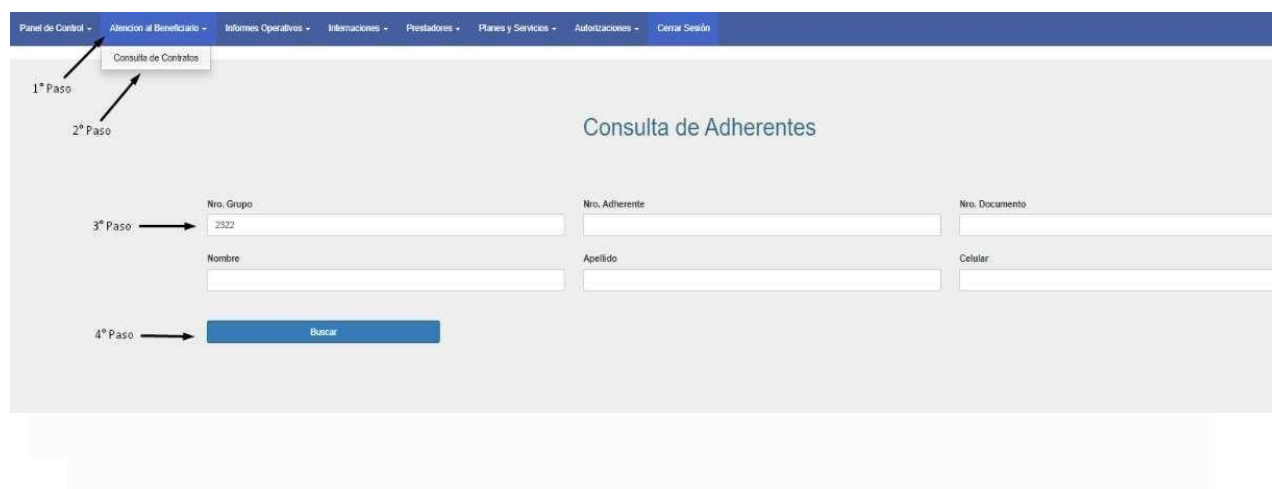
La Gerencia de Operaciones retorna dictamen vía correo electrónico a la Jefatura de Visaciones, quien direcciona correo al Asistente de Visaciones para gestionar la solicitud vía novedad del sistema informático.

Una vez recepcionado el pedido de Atención Especial, el Asistente de Visaciones o Jefatura de Visaciones realiza los siguientes pasos:

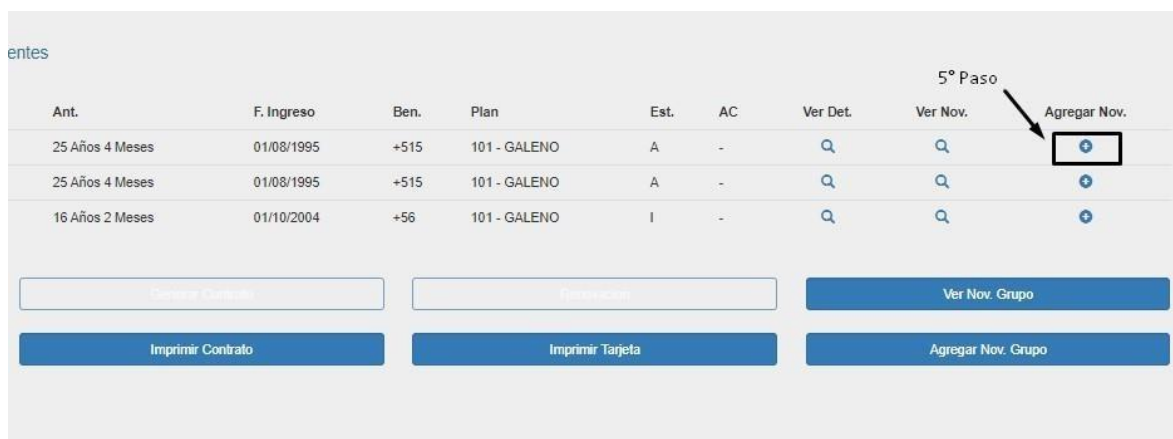
3.1 Atenciones especiales ambulatorias:

Para los casos ambulatorios, el Asistente de Visaciones o Jefatura de Visaciones es el encargado de realizar el proceso conforme a los siguientes pasos:

1. Ingresa al Sistema Informático “Atención al Beneficiario”
2. Selecciona “Consulta de Contrato”
3. Selecciona “Agregar Nro. de Grupo o Adherente/ Nro. de Documento / Nombre y Apellido).”
4. Selecciona “Buscar”



5. Agregar Novedad en Adherente, Tipo de Novedad: Atención Especial Visa, y procede a cargar todos los datos solicitados en los campos libres, posteriormente se deriva a la Gerencia Operaciones, Gerencia General o AUME para su dictamen.



Ant.	F. Ingreso	Ben.	Plan	Est.	AC	Ver Det.	Ver Nov.	Agregar Nov.
25 Años 4 Meses	01/08/1995	+515	101 - GALENO	A	-	🔍	🔍	+
25 Años 4 Meses	01/08/1995	+515	101 - GALENO	A	-	🔍	🔍	+
16 Años 2 Meses	01/10/2004	+56	101 - GALENO	I	-	🔍	🔍	+

3.1 Atenciones especiales sanatorias (Internaciones/presupuestos) :

Para los casos de atenciones especiales sanatorias, el Asistente de Visaciones o Jefatura de Visaciones realiza los siguientes pasos:

1. Realiza la solicitud vía Novedades dentro del Sistema informático: Presupuesto o Internación.
2. Deriva a la Gcia Operaciones o Gerencia General o AUME para su dictamen.
3. En caso de autorización, realiza la carga de la cobertura autorizada.

3.2 Atenciones especiales aprobadas previamente por instancias superiores:

Para los casos de atenciones especiales que hayan sido previamente aprobados por el Directorio de OAMI o Gerencia General y, cuyos criterios estén definidos, la Jefatura de Visaciones podrá realizar los trámites de autorización en el sistema informático conforme a lo pre aprobado, y en su ausencia, la Gerencia de Operaciones o Gerencia General.

Al cierre del mes, la Jefatura de Visaciones emitirá un listado con las atenciones especiales excepcionales realizadas en el mes y remitirá vía correo electrónico a la Gerencia de Operaciones para verificación.

4. SERVICIO DE AMBULANCIA

4.1 Servicios generales de ambulancia


El área de Visaciones recibe el pedido de cobertura de la Empresa de Servicios de Ambulancia y otorga la cobertura conforme al Diagnóstico inicial y lo indicado en el punto 4.1 Servicios de Ambulancia sin cobertura.

Posteriormente recibe el F-GG-32, Servicio de ambulancia a modo de formalizar la cobertura otorgada. El asistente o jefatura de visaciones verifica el diagnostico final y formaliza con la visación. En caso de detectar patologías o cuadros cuyas coberturas están excluidas según F-GC-03, Normas Generales o anexos, deriva el F-GG-32, Servicio de ambulancia al área de Auditoría Médica para verificación.

4.2 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.


	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 16 Código : P-GO-01 Fecha : 14/01/2026 Página 34 de 39
	VISACIONES	

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 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.

4.1 Servicios de Ambulancia sin cobertura:

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 16 Código : P-GO-01 Fecha : 14/01/2026 Página 35 de 39
	VISACIONES	

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

4.2 Urgencias o servicio de ambulancia con cuotas atrasadas:

En los casos que el beneficiario acuda a la urgencia sanatorial o solicita el servicio de ambulancia y su cuota se encuentra atrasada, se otorgará la cobertura hasta el último día de cada mes: 30/31. Los estudios, procedimientos o internaciones derivados de dicha atención serán otorgados previa cancelación de la cuota en mora, a excepción del Plan Galeno, que será evaluado por la Gerencia General, Operativa o Auditor Médico, dejando constancia de la resolución en las Novedades del Sistema Informático del grupo correspondiente.

5. PRESTACIONES A FACTURAR.

Si el beneficiario solicita facturación del servicio se atenderá al Plan contratado:

- **Grupos con Plan ADEO:** El funcionario solicita vía correo electrónico y otros medios digitales, la prestación de servicio. Posteriormente, la Jefatura de Visaciones o Asistente de Visaciones completa el F-GO-12 Prestaciones a Facturar (formato correo) y realiza la carga de la prestación. Una vez realizado lo anterior quien remite dichos documentos vía correo electrónico al Departamento de Recursos humanos, con copia a Cuentas Corrientes y al colaborador solicitante. Posteriormente Finalmente, la Gerencia de Recursos Humanos emite la resolución correspondiente. ~~En caso de aprobación el Asistente o Jefatura de visaciones realiza la carga de la prestación.~~

~~En caso de solicitar la prestación del servicio vía llamada telefónica, se deberá regularizar posteriormente el pedido conforme a lo mencionado más arriba.~~

- **Funcionarios sin Plan de OAMI:** Las prestaciones otorgadas serán únicamente para eventos programados y funcionarios de OAMI.

El funcionario solicita vía correo electrónico la prestación de servicio, posteriormente la Jefatura de visaciones o Asistente de Visaciones completa el F-GO-12, Prestaciones a Facturar (formato correo) quien remite vía correo electrónico al Departamento de Recursos humanos con copia a Cuentas Corrientes. Posteriormente la Gerencia de Recursos Humanos emite la resolución. En caso de aprobación el Asistente o Jefatura de visaciones realiza la carga de la prestación.

Las prestaciones serán otorgadas con 30% de recargo sobre el precio de lista en concepto de Gastos Administrativos.

- **Grupo con planes individuales:**

La prestación de servicios serán otorgados únicamente para:

- Pensión
- Derecho Sanatorial
- Honorarios Médicos (Con las Sociedades en convenio)

El Beneficiario solicita mediante una nota o cualquier medio digital la prestación del servicio.

El Asistente de Visaciones verifica los montos aproximados y remite el F-GO-12, Prestaciones a Facturar a la Jefatura de Visaciones para su verificación.

Una vez verificado, La Jefatura y/ o Asistente de Visaciones remite vía correo electrónico a la Jefatura de ATB y/o Asesor del grupo el importe que será facturado, para comunicar al beneficiario.

La Jefatura de ATB y/o Asesor del Beneficiario informa a la Jefatura de Visaciones y/o Asistente de Visaciones la aceptación o rechazo del beneficiario.

En caso de conformidad del Beneficiario, el Asesor de ATB remite comprobante de pago (transferencia) a la Jefatura y/o Asistente de Visaciones quien a su vez solicita la facturación al Departamento de Cuentas Corrientes con copia a la Jefatura de Visaciones, Jefatura y Asesor de ATB, remitiendo vía correo electrónico el F-GO-12, Prestaciones a Facturar.

Si el pago se efectúa por otro método el asesor de ATB realizará el seguimiento del pago de la factura y una vez cancelado, informará a la Jefatura de Visaciones y/o Asistente de Visaciones para emitir la cobertura.

Si el Beneficiario no solicita la facturación, el Asistente de Visaciones, firma y sella la orden médica indicando cobertura con arancel preferencial.

En caso de que el beneficiario no utilice la totalidad de lo abonado, el Asistente de visaciones encargado de la internación, identificará la diferencia y procederá a realizar el reembolso correspondiente a la diferencia.

Para casos de Maternidad, se realizará el proceso de Prima de Maternidad, no se otorgará conforme a Prestación de servicios.

- **Grupos con Planes Galeno:** el Asistente de Visaciones completa el F-GO-12, Prestaciones a Facturar (formato correo) y presenta a la Gerencia General o Gerencia de Operaciones o Auditoria Médica. En

todos los casos el Asistente de Visaciones otorga la cobertura y remite el F-GO-12, Prestaciones a Facturar (formato correo) al departamento de Cuentas Corrientes. Si el Beneficiario no solicita la facturación, el Asistente de Visaciones, firma y sella la orden médica indicando cobertura con arancel preferencia.


Para casos de creación de "Nuevos Clientes" para prestaciones a facturar, el Asistente o Jefatura de Visaciones solicita al Departamento de Informática vía correo electrónico.

• **Grupos con Plan LEVO:**

- El beneficiario solicita la visación de todos los servicios, salvo urgencias y copagos de consultas, dichos servicios serán abonados directamente al prestador.
- El Asistente de Visaciones realiza la prestación del servicio deseado, remite a Ctas Ctes para su facturación correspondiente.
- Los Encargados de Ctas Ctes informan al Ejecutivo de Atb sobre la facturación.
- El Ejecutivo de Atb informa al beneficiario o al titular del grupo referenciado sobre lo facturado por el servicio solicitado, para ser abonado.
- El Beneficiario remite comprobante de pago al Ejecutivo de Atb, quien por su parte remite al área de Ctas Ctes y Tesorería para su verificación y cancelación.
- Ctas Ctes informa al Asistente de Visaciones que se encuentra cancelado el pago, el Asistente de Visaciones realiza la emisión de la visación con cobertura total, y remite al beneficiario o prestador.

• **Grupos con Plan UCOM:**

- **El beneficiario solicita el costo del servicio a ser utilizado, el Asistente de visaciones realiza el presupuesto de lo solicitado y remite al Beneficiario para su aprobación, salvo urgencias y copagos de consultas, dichos servicios serán abonados directamente al prestador.**
- **Una vez confirmado el presupuesto con el Beneficiario, el mismo remite comprobante de pago, el Asistente de Visaciones remite via correo a Cuentas Corrientes el importe a ser facturado con el comprobante de tranferencia abonada previamente, el correo es copiado también a Tesorería para su verificación y cancelación.**
- **Ctas Ctes informa al Asistente de Visaciones que se encuentra cancelado el pago, el Asistente de Visaciones realiza la emisión de la visación con cobertura total, y remite al beneficiario.**

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 16 Código : P-GO-01 Fecha : 14/01/2026 Página 38 de 39
	VISACIONES	

6. REEMBOLSO.

Para los casos de reembolso se procede según I-GG-03, Reembolso.

7. SERVICIO DE SEPELIO

Todos los Adherentes Activos cuentan con la Cobertura/Servicio tercerizado de Sepelio. En caso de requerir el servicio, se procede a los siguientes pasos:

1. El Encargado de la Empresa de Sepelios o familiar del adherente, se comunica a OAMI, Departamento de Visaciones, para verificar el otorgamiento o rechazo de cobertura.
2. Una vez utilizado del servicio, el encargado de la Empresa de Sepelios se acerca a OAMI para entregar a la Jefatura de Visaciones los siguientes documentos:
 - La Nota del servicio realizado al Adherente firmado por un familiar
 - Fotocopia de la Cédula de Identidad del familiar firmante.
 - Documento del MSBPS Sistema Estadístico de Defunción con los datos correspondientes.
 - Fotocopia de Cédula de Identidad del Beneficiario fallecido.
3. La Jefatura de Visaciones realiza la recepción de los documentos y remite al Departamento de Tesorería.
4. La Jefatura de Tesorería hace entrega del Certificado de Prestación de Servicio Vitalicio Original con el acuse correspondiente.
5. Jefatura de Visaciones procesa visación del servicio. Todos los documentos recepcionados son digitalizados en la visación del servicio, posteriormente ~~son entregados~~ y archivados en el Departamento de Afiliaciones **Visaciones**.

El/La Encargada de Compras es el/la responsable mantener el stock de los certificados.

8. PROTOCOLO DE ATENCIÓN

- 1- Llamadas en Oficina, tanto externa como interna, el Asistente de Visaciones y Jefatura de Visaciones, debe identificarse con el nombre del Departamento y su nombre, "Visaciones habla" y el nombre del Asistente de Visaciones o Jefatura.
- 2- Llamadas en la Guardia, identificarse o responder "OAMI habla" y el nombre del Asistente de Visaciones.

DOCUMENTOS Y REFERENCIAS

P-AM-01, Auditoria Médica. I-GG-02, Reembolso.
 F-GC-03, Normas Generales F-GC-07, Vigencia Inmediata F-GC-50, Vigencia Inmediata Corporativos
 I-GG-06, Control de Coberturas Otorgadas
 I-GG-08, Reaseguro SANCOR
 I-GG-09, Instructivo Plan LEVO
 I-GG-12, Instructivo Plan UCOM

REGISTROS:

F-GO-11, Visaciones Prestaciones a Facturar	Liquidaciones Cuentas Corrientes	3 años F-GO-12, 3 años
F-GO-14, Presupuesto deInternación Quirúrgica Liquidacione		3 años
F-GC-12, Solicitud de Reembolso	Liquidaciones	3años
F-GG-32, Servicio de ambulancia F-GO-37, Cobertura Sanatorial F-GG-28, Evaluación de Coberturas Otorgadas	Prestador Externo Liquidaciones Visaciones	n/a 3 años 3 años

Confecio
nado por
Jefe de
Área

Revisado por
Gerente de
Área

Aprobado por
Gerencia
General