

ANEXO II

NORMAS DE FACTURACION PARA EL REGIMEN DE HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA

1. Los módulos clínico-quirúrgicos comprenden todos los servicios para el diagnóstico y tratamiento del paciente durante el período de internación, adicionando a la facturación aranceles de otras prestaciones sólo en casos expresamente indicados o con acuerdo de partes.
2. Cuando un paciente a quien se le dio el egreso hospitalario, no sea retirado dentro de las VEINTICUATRO (24) horas de comunicado el mismo, el Hospital facturará al prestatario un módulo clínico por día de permanencia.
3. Las prestaciones realizadas en horarios nocturnos y/o feriados no modifican los aranceles.
4. Los aranceles incluyen —a cargo del Hospital— el traslado del paciente a otro establecimiento para la realización de prácticas incluidas en el módulo, motivo de su internación.
5. Cuando el motivo de la internación, no esté contemplado en los módulos valorizados por diagnóstico se utilizará el módulo día clínico y/o quirúrgico para su facturación.
6. Cuando un paciente durante una internación clínica requiera tratamiento quirúrgico, se facturará el módulo clínico hasta su realización y posteriormente se adicionará el módulo quirúrgico correspondiente, o viceversa.
7. Los módulos quirúrgicos son aquellos que corresponden a patologías que determinen la necesidad de efectuar la cirugía que tipifica el módulo. En caso de no haberse realizado el acto quirúrgico, por razones no atribuibles al hospital, se facturará como módulo día clínico.
8. Las reintervenciones por la misma patología durante una internación están incluidas cuando se trate de módulos aranceladas por diagnóstico. En casos de distinta patología, se facturará el módulo correspondiente.
9. En las intervenciones múltiples realizadas durante un mismo acto operatorio y distinta vía de abordaje, se facturará el CIENTO POR CIENTO (100%) del módulo mayor y el SETENTA Y CINCO POR CIENTO (75%) de los restantes. Cuando se trate de la misma vía de abordaje, se facturará el CIENTO POR CIENTO (100%) del módulo mayor y el CINCUENTA POR CIENTO (50%) de los restantes.
10. Toda pieza quirúrgica incluye el estudio anatomopatológico, salvo que expresamente esté excluido.

11. En los módulos por diagnóstico y en caso de reinternación por la misma patología, ésta no se facturará si se produce dentro de las VEINTICUATRO (24) horas de la fecha de egreso en el mismo efector. Superado este plazo se considerará nueva internación.

12. Las prácticas de diagnóstico y tratamiento aranceladas en el código 35.00, no están contempladas en el valor de los módulos ni incluyen exámenes complementarios, salvo que estén expresamente incluidas.

13. Los aranceles incluidos en este nomenclador son aplicables tanto a la atención de adultos como de niños, salvo indicación expresa.

14. Los módulos quirúrgicos valorizados por diagnóstico incluyen la internación en los respectivos servicios hasta el alta quirúrgica, salvo los expresamente indicados en módulos específicos.

En caso de prolongarse la internación luego del alta quirúrgica, por razones médicas debidamente justificadas, se podrán facturar módulos clínicos a valor del Código 4.01 hasta el efectivo egreso, y de acuerdo a la escala prevista.

15. Asimismo, los módulos quirúrgicos valorizados por diagnóstico incluyen hasta VEINTICUATRO (24) horas de internación en áreas críticas: UCO, UTI, UTIN y terapias intermedias. Superado dicho plazo se adicionarán al módulo los días de internación en áreas críticas excedentes y hasta la descomplejización del paciente.

16. Toda tecnología sanitaria (medicamentos, descartables, prácticas, técnicas quirúrgicas, etc.) avalada por la medicina basada en la evidencia científica, que a la fecha de edición del presente nomenclador, no sean de uso habitual, se considerarán excluidas de los módulos respectivos, pudiendo ser facturados, en consecuencia, a valores de referencia o por acuerdo de partes, hasta tanto no se expida el Comité del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

17. Los medicamentos y descartables listados en los códigos 36.00 y 37.00, no están incluidos en el valor de los módulos. En caso de ser facturados, los medicamentos lo serán a valor Manual Farmacéutico y los descartables a valor del Mercado, salvo acuerdos de partes.

18. Todo insumo en Cirugía Especializada, que no esté expresamente incluido, se facturará por separado.

19. Cuando la internación se realiza por módulos valorizados por diagnóstico y el paciente debe ser derivado a otro efector de la red pública, tal módulo será facturado por el hospital que realice la cirugía, pudiendo el restante facturar por día clínico o quirúrgico.

20. Las prótesis y órtesis están excluidas de los módulos, salvo indicación expresa.

21. En intervenciones quirúrgicas no previstas en módulos arancelados por diagnóstico, se facturará un valor mínimo equivalente a dos módulos día quirúrgico por las primeras VEINTICUATRO (24) horas de internación. En cambio, si el paciente además requiriere internación en áreas críticas

durante ese lapso, al módulo correspondiente, se le adicionará solamente un módulo día quirúrgico. A partir del segundo día se facturará el módulo correspondiente a la complejidad requerida.

22. Las internaciones quirúrgicas incluyen, en los aranceles anestesia general, epidural, regional o local. En casos no habituales, especialmente en niños, cuando sea necesario anestesia y no está expresamente incluida, se facturará de acuerdo al código 35.01.

23. El valor de los módulos incluye las prácticas de laboratorio de las categorías I, II y III individualizadas en el anexo correspondiente, de utilizarse prácticas de otras categorías se sumarán a la facturación.

24. Tratándose de internación por módulo día, se facturará el día de ingreso y no el de egreso, salvo en caso de deceso del paciente, luego de la 13 hs.

25. No se podrá facturar más de dos días a valor módulo clínico como prequirúrgico en las internaciones valorizadas por módulo día quirúrgico, salvo justificación médica expresa o acuerdo de partes.

26. El total del arancel de las prestaciones de este nomenclador estarán a cargo de la obra social, prepagos, seguros, etc. No se prevé el pago de coseguros al hospital por parte del beneficiario.

27. En pacientes con riesgo de contagio biológico, se excluyen los materiales descartables necesarios para la prevención, excepto en los códigos 3.03 y 4.05.

28. Todo aquello no contemplado en este nomenclador y que no pueda ser facturado por similitud, será facturado por acuerdo de partes (prestador-prestatario), con información al Comité del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada con la finalidad de evaluar su incorporación en futuras modificaciones del presente nomenclador.

29.- En la atención ambulatoria por ILE IVE, en cualquiera de sus modalidades, se podrá facturar la provisión de MISOPROSTOL a valor de referencia.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: S/ ANEXO II NORMAS DE FACTURACION PARA EL REGIMEN DE HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADAEX-2023-28730438- -APN-DNCSSYRS#MS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 3 pagina/s.