

Manual de Capacitación: Gestión Operativa y el Ciclo del Servicio



Introducción

En **CIMO SALUD**, la precisión administrativa es el pilar de nuestra eficiencia. El éxito de la clínica depende de la **sinergia** entre la admisión, la atención médica y la liquidación final. El eje de todo este proceso es el **Código de Prestación**.

1. El Código: La Llave de Acceso

El código de prestación (ej. **420101**) es el "ADN" de la atención. Sin un código correcto cargado desde el inicio, no hay validación posible, no se puede cobrar correctamente y el profesional no recibe su honorario de forma adecuada.

2. Arquitectura del Sistema: Nomencladores y Tablas

Para que el sistema funcione, cruzamos dos tipos de datos fundamentales:

A. Los 5 Nomencladores Maestros

Contienen únicamente los **Códigos y sus Descripciones**. Es vital identificar la Obra Social (OS) del paciente para usar el nomenclador correcto:

1. **Nomenclador OSDE:** Exclusivo para afiliados de esta prepaga.
2. **Nomenclador OSPEPRI:** Específico para sus prestaciones.
3. **Nomenclador ISSN:** Base de códigos de la obra social provincial.
4. **Nomenclador PAMI:** Códigos según normativa nacional.
5. **Nomenclador CIMO:** Para **todas** las demás Obras Sociales y para pacientes **Particulares**.

B. Tablas de Valores y Vigencias

A diferencia del nomenclador (que dice *qué* se hace), las Tablas dicen *cuánto* vale. Cada OS tiene su propia tabla que relaciona: **Código + Valor \$ + Fecha de Vigencia**.

Nota Crítica: Si el código existe en el nomenclador pero la Tabla de Valores no tiene la vigencia actualizada, el sistema no podrá valorizar la atención.

3. El Proceso de Admisión y Validación

Al ingresar el código en el sistema, ocurren tres validaciones críticas:

- **Autorización:** Puede ser **Automática** (aprobación instantánea) o **Manual** (requiere gestión administrativa ante la OS).
 - **Copagos y Coseguros:** El sistema indicará si el paciente debe abonar un monto en el momento (frecuente en **OSPEPRI** y **OSPE**). Es responsabilidad de Admisión asegurar este cobro.
 - **Habilitación del Profesional:** No todos los médicos pueden realizar todos los códigos. Esta habilitación es un trabajo conjunto entre el sector de **Convenios** y cada **Obra Social**.
 - *Acción:* Si el sistema indica que un profesional no está habilitado, el administrativo debe reportarlo a Convenios para verificar el acuerdo vigente. No se debe forzar la carga.
-

4. Sinergia y Mantenimiento de Datos

La información debe estar siempre al día para evitar un "efecto dominó" de errores:

- **Datos del Profesional:** Matrícula, especialidad y convenios deben ser exactos. Un error aquí provoca el rechazo de la factura por parte de la OS.
- **Gestión de Bajas:** Ante la baja de una OS, un servicio o un profesional, el sistema debe actualizarse de inmediato.
 - *Consecuencia de no informar:* Turnos mal otorgados, servicios que no se pueden facturar y horas de trabajo perdidas.
- **Liquidación Final: * Facturación:** Se le cobra a la OS según el valor de convenio.
 - **Honorarios:** Se le paga al profesional según su **fórmula específica** (porcentaje pactado). Si el código inicial fue erróneo, el médico cobrará mal.