

GUÍA PARA DERIVACIONES

ESTUDIOS AMBULATORIOS / INTERNACIONES Y CIRUGÍAS PROGRAMADAS

ZONA NORTE, OESTE Y MATANZA

IMA SALUD – MORÓN

AUTORIZACIONES TEL: 4645-9042

MAIL: autorizaciones@imasalud.com.ar

EMERGENCIAS Y MÉDICO A DOMICILIO

TEL: 4381-6920

ZONA SUR Y CABA

IMAGMED – CAPITAL FEDERAL

AUTORIZACIONES TEL: 4227- 9192

MAIL: ambulatorioute@cmodelo.com.ar

EMERGENCIAS Y MÉDICO A DOMICILIO

TEL: 4227-3669 / 9192

MAIL: internacion@pass.com.ar

TODAS LAS ÓRDENES MÉDICAS DEBERÁN CONTAR SIN EXCEPCIÓN

*NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE

*Nº DE O. SOCIAL.

- EN CASO DE TENER LA AFILIACIÓN EN PROCESO DE ALTA DEBERÁ FIGURAR LA LEYENDA

“O. S. EN TRAMITE”

*PRESCRIPCIÓN ORDENADA / ESTUDIO SOLICITADO / IC DE ESPECIALIDAD

*DIAGNÓSTICO O DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.

*FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

*FECHA

IMPORTANTE:

- AL DIRIGIR UNA NUEVA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN, VERIFICAR EL DOMICILIO Y LOCALIDAD REGISTRADO POR EL PTE. ANTE LA O. SOCIAL. ÉSTE DETERMINARÁ A QUE CENTRO COORDINADOR DEBE SER ENVIADO EL TRÁMITE.
- LA ORDEN MÉDICA TIENE VALIDEZ DE 30 DÍAS DESDE LA FECHA DE PRESCRIPCIÓN.
- ENVIAR COPIA DEL CARNET DE O. SOCIAL (CELESTE)
ADJUNTAR RECIBO DE SUELDO
- EN CASO DE TRATARSE DE ALGUNA PRESTACIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD QUE REQUIERA UNA AUDITORIA ESPECIAL, TENER EN CUENTA QUE PUEDE REQUERIR LA PRESENTACIÓN DE UN RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA O CONSENTIMIENTO INFORMADO, INFORMES DE ESTUDIOS CLÍNICOS O DE IMAGEN PREVIOS QUE JUSTIFIQUEN EL DIAGNÓSTICO, SEGÚN CORRESPONDA.
- TENER EN CUENTA LA VIGENCIA DEL SISTEMA DE COSEGUROS, CORRESPONDIENTE A CADA ESTUDIO APROBADO Y DERIVACIÓN O CONSULTA SEGÚN **RESOL-2019-6-APN-CNEPYSMVYM#MPYT**.
- UNA VEZ RECIBIDA LA AUTORIZACIÓN VERIFICAR LOS SIGUIENTES DATOS:
 - LA FECHA DE VIGENCIA Y DÍAS DE VALIDEZ, DENTRO DE ESTE LAPSO DEBERÁ SER REALIZADO EL ESTUDIO PARA SU CORRECTA FACTURACIÓN A LA GERENCIADORA
 - QUE EL ESTUDIO APROBADO CONCUERDE CON LAS ESPECIFICACIONES SOLICITADAS EN LA ÓRDEN MÉDICA ORIGINAL
 - QUE EN LA AUTORIZACIÓN FIGUREN DETALLADOS LOS DATOS DEL PRESTADOR ASIGNADO, DE NO SER ASÍ SOLICITAR AL CENTRO COORDINADOR CORRESPONDIENTE LOS DATOS DEL MISMO.

AUDITORIA CENTRAL OSPIM

DISCAPACIDAD / MÓDULOS PARA ESCOLARIDAD ESPECIAL Y TERAPIAS DE APOYO

FERNANDA – SABRINA – INES / discapacidad@ospim.com.ar

[CONSULTAS DE PAGOS Y PRESTADORES](#)

SERÁ OBLIGATORIA LA PRESENTACIÓN DEL LEGAJO COMPLETO

A PARTIR DE DICIEMBRE 2024

SUR- TRANSPLANTES - ONCOLÓGICOS – PROTESIS

-POR OTRAS PATOLOGIAS CRONICAS CONSULTAR-

ZULMA / zolea@ospim.com.ar

PARA CARGA POR SISTEMA INTRANET

PRÓTESIS / PRÁCTICAS EXTRA CÁPITA / MEDICACIÓN DE ALTO COSTO

<http://www.ospim.com.ar/intranet/autorizaciones>

TODAS LAS ÓRDENES MÉDICAS DEBERÁN CONTAR SIN EXCEPCIÓN

*NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE

*Nº DE O. SOCIAL.

-EN CASO DE TENER LA AFILIACIÓN EN PROCESO DE ALTA DEBERÁ FIGURAR LA LEYENDA
"O. S. EN TRAMITE"

*PRESCRIPCIÓN: PRÓTESIS / PRÁCTICA / MEDICACIÓN DE ALTO COSTO

*FECHA PRESUNTA DE CIRUGÍA, COPIA AUTORIZACIÓN DE LA FECHA AUTORIZADA POR CENTRO COORDINADOR
CORRESPONDIENTE

*DIAGNÓSTICO O DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.

*FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

*FECHA

*CONSENTIMIENTO INFORMADO (FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO / PACIENTE- FAMILIAR A CARGO)

*COPIA LEGIBLE DE ESTUDIOS E INFORMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN QUE JUSTIFIQUEN EL PEDIDO

AUDITORIA ONCOLÓGICA

DRA. VENTRIGLIA / preaideoconsultorio@fibertel.com.ar

SAN JOSÉ DE CALAZANS 92, 1ºB. CABA

TEL: 4901-6598 / 4903-2420 / 4904-1691

PARA SOLICITAR TURNO DE ADMISIÓN ENVIAR DOCUMENTACIÓN Y DATOS DE CONTACTO DEL AFILIADO AL MAIL
ANTES MENCIONADO, ADJUNTAR TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A CONTINUACIÓN

*FORMULARIO ÚNICO PARA TTO. ONCOLÓGICO

*RESUMEN DE HISTORIA CLINICA MEDICACIÓN DE ALTO COSTO / PLAN DE TRATAMIENTO

*ANATOMIA PATOLOGICA – BIOPSIA

*INFORME DE ESTUDIOS DIAGNOSTICOS PREVIOS (PUEDE SER RMN-TAC-ECOGRAFIAS- LABORATORIOS CON
MARCADORES ESPECIFICOS)

QUEDA A CONSIDERACIÓN DE LA AUDITORIA PROPONER Y / O SOLICITAR NUEVOS ESTUDIOS SEGÚN CORRESPONDA

<http://www.ospim.com.ar/intranet/documentos.oncologia.php>

