

**PROCEDIMIENTOS PARA EL
PAGO DE LOS SERVICIOS Y
ACCESO A LOS MISMOS**

PROCEDIMIENTOS PARA EL PAGO DE LOS SERVICIOS Y ACCESO A LOS MISMOS

Este cuadernillo contiene:

PARA INFORMAR PADRON DE BENEFICIARIOS

- Procedimiento administrativo
- Instrucciones para archivos en soporte magnético

PARA EL PAGO DEL SERVICIO

- Procedimiento administrativo

PARA ACCEDER A PRESTACIONES BRINDADAS MEDIANTE LOS PRESTADORES DE CARTILLA

- Procedimiento administrativo
- Formulario "REQUERIMIENTO DE PRESTACION MEDICA"
- Instrucciones para llenado y envío de formulario

PARA ACCEDER A REINTEGROS POR PRESTACIONES O PROTESIS INCLUIDAS EN LA COBERTURA

- Procedimiento administrativo
- Formulario "NOTIFICACION DE PRESTACION O PROTESIS A CUBRIR POR REINTEGRO"
- Instrucciones para llenado y envío de formulario
- Formulario "RESUMEN DE HISTORIA CLINICA"
- Formulario "RECETARIO ONCOLÓGICO UNICO"
- Formulario "SOLICITUD DE REINTEGRO"
- Instrucciones para llenado y envío de formulario

PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

PROCEDIMIENTO:	<i>PARA INFORMAR PADRON DE BENEFICIARIOS (Cláusula Cuarta del contrato)</i>
-----------------------	---

PADRON INICIAL

1. El primer padrón de beneficiarios se entregará por escrito y firmado por el representante habilitado del contratante, acompañado de un archivo en soporte magnético, cuya etiqueta y formato se detallan en las instrucciones correspondientes.
2. Este padrón incluirá a todos los beneficiarios a quienes alcanzará la cobertura contratada. Los datos obligatorios a informar por cada uno de ellos están indicados en las instrucciones mencionadas.
3. **MEDIAR** procesará la información del archivo en soporte magnético a fin de incorporar los beneficiarios a su sistema e informará al contratante qué beneficiarios no han sido aceptados, ya sea porque no cumplen con lo requerido en el contrato o porque faltan datos fundamentales para su identificación.
4. El contratante completará o corregirá los datos de estos beneficiarios dentro de los 10 días hábiles de informados para que los mismos sean incorporados al padrón a la fecha de inicio. Si los completara o corrigiera con posterioridad a ese plazo, se incorporarán con fecha de ingreso en el mes siguiente o en el mes en que los datos se informen correctamente.

ACTUALIZACIONES MENSUALES

1. Dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, el contratante informará por escrito y en un archivo en soporte magnético, cuya etiqueta y formato se detallan en las instrucciones ya mencionadas, altas, bajas y modificaciones a efectuar al último padrón actualizado. Para ello podrá optar entre:

- informar por escrito y en el archivo las novedades (A, B o M) o
- informar por escrito y en el archivo el padrón total actualizado

En este último caso las novedades serán determinadas por **MEDIAR** comparando el nuevo archivo con el último enviado.

La opción por uno de los dos métodos de actualización se comunicará a **MEDIAR** en oportunidad del envío del padrón inicial.

2. **MEDIAR** procesará la información del archivo en soporte magnético a fin de actualizar el padrón de beneficiarios en su sistema e informará al contratante qué beneficiarios no han sido aceptados, ya sea porque no cumplen con lo requerido en el contrato o por falta de datos fundamentales para su identificación.
3. El contratante completará o corregirá los datos de estos beneficiarios dentro de los 10 días hábiles de informados para que los mismos sean incorporados al padrón en el mes de envío original. Si los completara o corrigiera con posterioridad a ese plazo, se incorporarán con fecha de ingreso en el mes siguiente o en el mes en que los datos se informen correctamente.

INSTRUCCIONES PARA ARCHIVOS EN SOPORTE MAGNETICO

ARCHIVO:	<i>PADRON DE BENEFICIARIOS</i>
-----------------	--------------------------------

SOPORTE MAGNETICO

Los archivos con información de beneficiarios se enviarán optando por una de estas dos formas:

- en disquete de 3 ½ ' o
- a la dirección de E-Mail contacto@medi-ar.com.ar

ETIQUETA DEL ARCHIVO

Formato:

SR / Número de contrato / Año de información. Mes de información

Número de contrato (*)	4 dígitos
Año información	2 dígitos
Mes de información	2 dígitos

(*) El número de contrato lo informa **MEDIAR** a la firma del contrato

Ejemplo:

Para la actualización del mes de **Diciembre/03** del contrato **208** la etiqueta es:

SR020803.12

ESTRUCTURA DEL ARCHIVO:

El archivo será en formato ASCII con la siguiente estructura:

CAMPO	TIPO Y LONGITUD	COLUMNA DESDE/HASTA
Tipo de documento del beneficiario	N(1)	1
Número de documento del beneficiario	N(8)	2/9
Código postal del beneficiario	N(5)	10/14
Fecha de nacimiento del beneficiario	N(8)	15/22
Sexo del beneficiario	C(1)	23
Identificación en origen del beneficiario	C(16)	24/39
Fecha ingreso en origen del beneficiario	N(8)	40/47
Apellido y nombres del beneficiario	C(40)	48/87
Domicilio del beneficiario	C(30)	88/117
Teléfono del beneficiario	C(20)	118/137

INSTRUCCIONES PARA ARCHIVOS EN SOPORTE MAGNETICO

ARCHIVO:	<i>PADRON DE BENEFICIARIOS</i>
-----------------	--------------------------------

Fax del beneficiario	C(10)	138/147
CUIT de la empresa donde trabaja el beneficiario	N(11)	148/158
Condición IVA	C(1)	159

COMENTARIOS:

CAMPO	COMENTARIO
Tipo de documento del beneficiario	Se codificará de acuerdo a la siguiente tabla de valores: 1- Libreta de Enrolamiento 2- Libreta Cívica 3- Documento Nacional de Identidad 4- Cédula de Identidad 5- Pasaporte
Número de documento del beneficiario	Como el campo es numérico deberá estar alineado a la derecha, completado o no con ceros a la izquierda.
Código postal del beneficiario	El campo de Código postal tiene un largo de 5 dígitos, previendo que algunos sistemas distinguen con un dígito adicional a la derecha aquellos códigos que son comunes para más de una localidad. Si su sistema no prevé este dígito, deberá agregar un cero a la derecha (multiplicar x 10 el código de 4 dígitos).
Fecha de nacimiento del beneficiario	Las fechas deberán tener el formato aaaammdd y no dd/mm/aa . Ejemplo: para el día 3 de febrero de 1998 el formato correcto será 19980203 .
Sexo del beneficiario	Sólo se aceptarán los valores M o F (en mayúsculas).

INSTRUCCIONES PARA ARCHIVOS EN SOPORTE MAGNETICO

ARCHIVO:	<i>PADRON DE BENEFICIARIOS</i>
-----------------	--------------------------------

Identificación en origen del beneficiario	Este campo es character, por lo tanto se podrá alinear de cualquier forma, incluir barras o guiones y completar con ceros o espacios a la izquierda, como resulte más práctico a quien prepare el archivo. Lo importante es que una vez que se adopte un formato el mismo se mantenga sin variaciones de allí en adelante. Este campo es para MEDIAR la clave y, si por ejemplo en un envío se completa con ceros a la izquierda y en el siguiente con blancos o espacios, o comienza en distinta columna, el sistema los considerará beneficiarios diferentes.
Fecha ingreso en origen del beneficiario	Es la fecha de alta del beneficiario en los planes del contratante. El formato es aaaammdd .
Apellido y nombres del beneficiario	Apellido primero y luego nombres, alineado a la izquierda.
Domicilio del beneficiario	Campo character. Sin formato ni alineacion especial.
Teléfono del beneficiario	Campo character. Sin formato ni alineacion especial.
Fax del beneficiario	Campo character. Sin formato ni alineacion especial.
CUIT de la empresa donde trabaja el beneficiario	Este campo fue pensado para el caso de afiliados obligatorios y permitiría algún tipo de seguimiento por empresa, si esto fuera de interés para Mediar o para el cliente. No es un campo obligatorio y podrá dejarse en blanco.
Condición IVA	0 o 1 si el beneficiario es gravado o exento por el Impuesto

PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

PROCEDIMIENTO:	<i>PARA EL PAGO DEL SERVICIO (Cláusula Sexta del contrato)</i>
-----------------------	--

De acuerdo a lo establecido en la Cláusula Sexta del contrato, el pago del servicio deberá ser por **“mes adelantado”** y **“a más tardar hasta el día cinco de cada mes”**.

Para poder cumplir con esta obligación el contratante deberá abonar dentro del plazo establecido una suma igual a la facturada en el mes anterior. Una vez emitida la factura y anticipada al contratante, éste abonará la diferencia a favor de **MEDIAR** dentro de los diez días de la fecha de la factura. Si la diferencia fuera a favor del contratante la deducirá en el siguiente pago.

Los pagos se realizarán mediante el envío de cheques a la orden de **AMUR S.A.**, o mediante depósitos bancarios en nuestra cuenta en el Banco Galicia número 38877-5 037-3 – CBU: 0070037520000038877535, en este último caso requerimos que de inmediato nos informen enviando la constancia del depósito por fax.

PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

PROCEDIMIENTO:	<i>PARA ACCEDER A PRESTACIONES BRINDADAS MEDIANTE LOS PRESTADORES DE CARTILLA (Cláusula Quinta, primer párrafo, del contrato)</i>
-----------------------	---

Sólo podrán solicitar estas prestaciones las entidades que han contratado con **MEDIAR**. En ningún caso se le darán curso a solicitudes realizadas directamente por afiliados de las mismas.

El solicitante deberá completar el formulario “*REQUERIMIENTO DE PRESTACION MEDICA*”, de acuerdo a las instrucciones correspondientes, y enviarlo a la Administración Central de **MEDIAR** en Buenos Aires (Paseo Colon 823, Piso 4º Of. “B” C1063ACI – Capital Federal). Para acelerar la gestión se recomienda anticiparlo por fax al **(011) 4361-7146/4863** o al **4307-1802/2065** y luego enviarlo por correo.

Al formulario se adjuntará la prescripción de la prestación o prótesis firmada por el médico solicitante. A los efectos de agilizar el trámite de autorización se agregarán todos los elementos que se consideren necesarios para la justificación de la prestación, por ejemplo copia de estudios previos.

MEDIAR controlará que el solicitante, el beneficiario, la prestación y el prestador solicitado cumplan con las condiciones pactadas en el contrato y efectuará las verificaciones que su auditoria médica considere necesarias.

De cumplirse con las condiciones pactadas en el contrato, **MEDIAR** coordinará telefónicamente con el solicitante la fecha y hora de internación y emitirá la Orden de Prestación Médica correspondiente, enviándola al prestador requerido. Inmediatamente después de ello se confirmará la cobertura al solicitante enviando por fax una nota que contenga todos los datos de la internación.

Una vez efectuada la práctica y recibida la factura del prestador, **MEDIAR** debitará al solicitante los importes abonados en exceso de los topes pactados y todo otro importe incluido en la factura del prestador correspondiente a gastos no cubiertos por los módulos contratados.

REQUERIMIENTO DE PRESTACION MEDICA

(De acuerdo a lo establecido en la Cláusula Quinta, primer párrafo del contrato)

Fecha

□□□□

ENTIDAD SOLICITANTE

□□□□

CONTRATO N°

□□□□

BENEFICIARIO

APELLIDO Y NOMBRES

□□□□

NUMERO DE ASOCIADO

□□□□

DOCUMENTO

TIPO

NUMERO

□□□□

□□□□

□

DIAGNOSTICO

□□□□

INTERNACION

LUGAR

□□□□

FECHA Y HORA PREVISTAS

□□□□

PRESTACIONES A REALIZARSE

CODIGO

□□□□

DETALLE

□□□□

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

□□□□

Una vez realizada la prestación, se verificará el cumplimiento de las cláusulas contratadas con "MEDIAR.", que el beneficiario este en condiciones de ser cubierto, y que las prestaciones estén incluidas dentro de la cobertura contratada. Si de esta verificación surgiere que no corresponde la cobertura parcial o totalmente, o que los importes abonados superen los topes establecidos en el contrato para el módulo o incluyan gastos no cubiertos por el mismo, los montos que correspondan nos serán debitados asumiendo el compromiso de abonarlos dentro de los 7 días de notificados

□□□□ _____

Aclaración (Nombre, cargo y matrícula si es médico)

.....

Firma y sello

PARA USO DE MEDIAR.

CONTROLADO

AUTORIZADO

BENEFICIARIO

MODULO

PRESTADOR

FIRMA

FECHA

INSTRUCCIONES PARA LLENADO Y ENVIO DE FORMULARIO

FORMULARIO:	<i>“REQUERIMIENTO DE PRESTACION MEDICA”</i>
--------------------	---

LLENADO

Fecha	La de requerimiento.
Entidad solicitante	La que ha firmado contrato con MEDIAR .
Contrato n°	El asignado por MEDIAR .
Beneficiario	Todos los datos del afiliado a quién se le realizará la prestación o colocación de prótesis.
Diagnóstico	Diagnóstico del paciente.
Internación	Institución donde se realizará la prestación o colocación de prótesis y fecha y hora prevista o sugerida para la internación.
Prestaciones a realizarse	Detalle de las mismas, con indicación del código en las nomencladas.
Breve resumen de historia clínica	Se puede completar con un resumen, o indicar “Se adjunta copia” y agregar una copia de la misma.

PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

PROCEDIMIENTO:	<i>PARA ACCEDER A REINTEGROS POR PRESTACIONES O PROTESIS INCLUIDAS EN LA COBERTURA (Cláusula Quinta, segundo párrafo, del contrato)</i>
-----------------------	---

NOTIFICACION PREVIA

1. El solicitante deberá notificar a **MEDIAR** con anterioridad a la realización de las prestaciones y/o colocación de las prótesis o en caso de urgencias dentro de las 24 hs. siguientes. Para ello deberá completar el formulario “*NOTIFICACION DE PRESTACION O PROTESIS A CUBRIR POR REINTEGRO*” de acuerdo a las instrucciones correspondientes y enviar el mismo a la Administración Central de **MEDIAR** por fax al **(011) 4361-7146/4863**
2. Al formulario se deberá adjuntar la prescripción de la prestación o prótesis firmada por el médico solicitante. A los efectos de agilizar el trámite de autorización se agregarán todos los elementos que se consideren necesarios para la justificación de la prestación, por ejemplo copia de estudios previos.
3. **MEDIAR** controlará que el solicitante, el beneficiario y la prestación y/o prótesis cumplan con las condiciones pactadas en el contrato y realizará todas las verificaciones de auditoría médica o de otro tipo que considere necesarias, pudiendo requerir la documentación adicional que crea conveniente.
4. Una vez realizadas las verificaciones y aclaraciones necesarias **MEDIAR** comunicará al solicitante la aceptación de la notificación enviada y el número asignado a la misma, para la posterior solicitud del reintegro, que se identificará con el mismo número.

SOLICITUD DEL REINTEGRO

1. Una vez efectuada la prestación y/o colocada la prótesis, el solicitante deberá completar el formulario “*SOLICITUD DE REINTEGRO*” y enviará el mismo a la Administración Central de **MEDIAR** en Buenos Aires (Paseo Colon 823 P.4º. “B” C1063ACI – Capital Federal), adjuntando la documentación que en las instrucciones se detallan.
2. **MEDIAR** controlará que el solicitante y el beneficiario cumplan con las condiciones pactadas en el contrato, que la prestación efectuada y/o la prótesis colocada hayan sido las autorizadas oportunamente, verificará la documentación recibida desde el punto de vista administrativo y de auditoría médica, pudiendo requerir la documentación adicional que crea conveniente.
3. Una vez realizadas las verificaciones y aclaraciones necesarias **MEDIAR** comunicará al solicitante los importes que correspondan reintegrar y éste emitirá una Nota de Débito por el total de los mismos, que incluirá en el detalle, a su elección:
 - los números de Solicitud de Reintegro asignados por **MEDIAR** o
 - los beneficiarios y los módulos a reintegrar
4. Una vez recibida la Nota de Débito, **MEDIAR** abonará la misma dentro de los plazos previstos en el contrato.

NOTIFICACION DE PRESTACION O PROTESIS A CUBRIR POR REINTEGRO

(De acuerdo a lo establecido en la Cláusula Quinta, segundo párrafo del contrato)

Fecha

□□□□□

ENTIDAD SOLICITANTE

□□□□□

CONTRATO N°

□□□□□

BENEFICIARIO

APELLIDO Y NOMBRES	NUMERO DE ASOCIADO	DOCUMENTO	
		TIPO	NUMERO
□□□□□	□□□□□	□□□□□ □	□□□□□

DIAGNOSTICO

□□□□□

INTERNACION

LUGAR	FECHA Y HORA PREVISTAS
□□□□□	□□□□□

PRESTACIONES A REALIZARSE

CODIGO	DETALLE	IMPORTE ESTIMADO
□□□□□	□□□□□	□□□□□
TOTAL REINTEGRO ESTIMADO		□□□□□

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

□□□□□

.....
Sello y firma

INSTRUCCIONES PARA LLENADO Y ENVIO DE FORMULARIO

FORMULARIO:	<i>“NOTIFICACION DE PRESTACION O PROTESIS A CUBRIR POR REINTEGRO”</i>
--------------------	---

Fecha	La de notificación.
Entidad solicitante	La que ha firmado contrato con MEDIAR
Contrato n°	El asignado por MEDIAR .
Beneficiario	Todos los datos del afiliado a quien se le realizará la prestación o colocación de prótesis. (^1)
Diagnóstico	Diagnóstico del paciente.
Internación	Institución donde se realizará la prestación o colocación de prótesis y fecha y hora prevista o probable para llevarla a cabo.(^2)
Prestaciones a realizarse	Detalle de las mismas, con indicación del código en las nombradas, e importe estimado del reintegro a solicitarse por cada una.
Breve resumen de historia clínica	Se puede completar con un resumen o indicar “Se adjunta copia” y agregar una copia de la misma.

DOCUMENTACION ADICIONAL A ADJUNTAR PARA DETERMINADOS MODULOS

Neonatología	(^1) El afiliado es la madre y deberán consignarse sus datos, no los del recién nacido (^2) Deberá indicarse la fecha de nacimiento
Transplantes	Constancia de inscripción en el INCUCAI Antecedentes de tratamientos previos
Oncología	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario <i>“RESUMEN DE HISTORIA CLINICA y “RECETARIO ONCOLÓGICO UNICO.”</i> completado y firmado por el médico tratante • Prescripción médica de las drogas • Pedido médico de las sesiones de goteo
SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de tratamiento • Prescripción médica de las drogas • Pedido médico de la internación • Análisis de HIV • Análisis de CD4 • Análisis de carga viral
Internaciones de alto riesgo	Denuncia policial, en caso de tratarse de accidentes de tránsito
Alta Complejidad Diagnóstica	Antecedentes que justifiquen la presunción de la patología por la que se solicita el estudio

RECETARIO ONCOLOGICO UNICO

FECHA		DIA	MES	AO
-------	--	-----	-----	----

APELLIDO Y NOMBRE	D.N.I. N...				
DOMICILIO	LOCALIDAD/PARTIDO				
	CIUDAD				
	PROVINCIA				
H.C.L. N...					
SEXO	M	EDAD (a os)	TALLA (cm.)	PESO (Kg.)	SUP. CORP. (m ²)
	F				

OMS	PS
-----	----

N...	PROTOCOLO	NOMBRE GENERICO Y COMERCIAL	PRESENT. (En mg. U)	FORMA FARMACEUTICA		CANT. DE UNID.	CANT. DIARIA (En mg. U)	CANT. DE DIAS	TOTAL DE DOSIS	FRECUENCIA DIAS		FECHA EXACTA EN QUE NECESITA LA DROGA	
				Frasco ampolla	Soluci n					VIA DE ADMINISTRACION	REFERENCIAS		
1				Comprimido									
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
MOTIVO DE PRESCRIPCION:										CAMBIO DE ESQUEMA			
										1		2	

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO

INSTITUCION

SOLICITUD DE REINTEGRO

(De acuerdo a lo establecido en la Cláusula Quinta, segundo párrafo del contrato)

Número asignado previamente
□□□□□

Fecha
□□□□□

ENTIDAD SOLICITANTE
□□□□□

CONTRATO N°
□□□□□

BENEFICIARIO

APELLIDO Y NOMBRES	NUMERO DE ASOCIADO	DOCUMENTO	
		TIPO	NUMERO
□□□□□	□□□□□	□□□□□ □	□□□□□

MODULO SOLICITADO

□□□□□	FECHA PRESTACION
	□□□□□

PRESTACIONES REALIZADAS

CODIGO	DETALLE	IMPORTE
□□□□□	□□□□□	□□□□□
TOTAL REINTEGRO SOLICITADO		□□□□□

DOCUMENTACION ADJUNTADA

□□□□□

OBSERVACIONES

□□□□□

.....
Sello y firma

INSTRUCCIONES PARA LLENADO Y ENVIO DE FORMULARIO

FORMULARIO:	<i>“SOLICITUD DE REINTEGRO”</i>
--------------------	---------------------------------

LLENADO

Número asignado previamente	El o los números que MEDIAR comunicó en el momento de la Notificación previa.
Fecha	La de solicitud.
Entidad solicitante	La que ha firmado contrato con MEDIAR .
Contrato n^o	El número de contrato asignado por MEDIAR
Beneficiario	Todos los datos del afiliado a quien se le realizó la prestación o colocación de prótesis.
Módulos	El o los módulos del contrato que cubren las prestaciones realizadas y/o las prótesis colocadas. En caso de abarcar más de un módulo (por ejemplo colocación de marcapasos y el marcapasos) se detallarán todos los comprendidos.
Prestaciones realizadas	Detalle de las mismas, con indicación del código en las nomencaduras, e importe del reintegro que se solicita por cada una.
Documentación adjuntada	Detalle de la documentación respaldatoria que se adjunta (ver más adelante detalle de documentación a adjuntar).
Observaciones	Todo otro dato de interés.

DOCUMENTACION A ADJUNTAR

Para módulos quirúrgicos (cardiología, neurocirugía, trasplantes):	<ul style="list-style-type: none"> • Factura del prestador (*) • Formulario de hospitalización • Protocolo quirúrgico • Protocolo de anestesia • Epicrisis
Para módulo de estudios hemodinámicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Factura del prestador (*) • Formulario de hospitalización • Protocolo quirúrgico con informe del estudio efectuado • Protocolo de anestesia • Epicrisis
Para módulos de diálisis:	<ul style="list-style-type: none"> • Factura del prestador (*) • Formulario de hospitalización (cuando no sea ambulatorio) • Protocolos de las diálisis

INSTRUCCIONES PARA LLENADO Y ENVIO DE FORMULARIO

FORMULARIO:	<i>“SOLICITUD DE REINTEGRO”</i>
--------------------	---------------------------------

	Para módulo de litotricia: <ul style="list-style-type: none"> • Factura del prestador (*) • Protocolo en el que conste el procedimiento realizado • Formulario de hospitalización (cuando no sea ambulatorio)
	Para módulo de neonatología: <ul style="list-style-type: none"> • Factura del prestador (*) • Historia clínica con evolución
	Para módulo de prótesis y ortesis: <ul style="list-style-type: none"> • Factura de compra • Protocolo quirúrgico de colocación con el sticker de la prótesis/ortesis adosado
2.	Para módulo de oncología: cobertura quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> • Factura del prestador (*) • Formulario de hospitalización • Protocolo quirúrgico • Protocolo de anestesia • Epicrisis • Estudio anatomopatológico
3.	Para módulo de oncología: cobertura ambulatoria: <ul style="list-style-type: none"> • Factura del prestador (*) • Troqueles de las drogas • Protocolo de tratamiento (fecha, droga y cantidad utilizada)
	Para módulo de SIDA: a) cobertura quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> • Factura del prestador (*) • Formulario de hospitalización • Historia clínica con evolución • Hoja de enfermería
	Para módulo de SIDA: b) cobertura ambulatoria: <ul style="list-style-type: none"> • Factura del prestador (*) • Troqueles de las drogas • Protocolo de tratamiento (fecha, droga y cantidad utilizada)
	Para módulo de adicciones: <ul style="list-style-type: none"> • Factura del prestador (*) • Historia clínica con evolución • Diagnóstico médico psicológico
	Para módulo de internaciones de alto riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Factura del prestador (*) • Historia clínica con evolución e indicaciones • Informes de estudios realizados
	Para módulo de alta complejidad diagnóstica: <ul style="list-style-type: none"> • Factura del prestador (*) • Informe del estudio realizado

(*) Incluye, de ser necesario, una rendición individual que especifique el detalle e importe de las prestaciones efectuadas al beneficiario en cuestión.