avedian | insuria

MANUAL DE USUARIO

Plataforma de Contrataciones y Pagos (PCP Next)

Manual de Admisionistas para Prestadores

Validación de prestaciones, órdenes de práctica y consulta de episodios

Guía operativa para recepcionistas, personal administrativo, codificadores, Jefes de Servicio y auditores.

AVISO - DATOS FICTICIOS

Con fines de confidencialidad, todos los nombres de personas, hospitales, entidades, prestadores, direcciones de correo electronico, usuarios y prestaciones que aparecen en las capturas de pantalla e imagenes de este manual son ficticios. Cualquier coincidencia con pacientes, profesionales, instituciones o datos reales es involuntaria. Las capturas se utilizan unicamente con fines ilustrativos del funcionamiento de la plataforma.

CONTENIDO

Índice

01 **Validación de prestaciones** 03

Ingreso a la PCP, elegibilidad de coberturas, diagnósticos, prestaciones y envío de token

02 **Órdenes de práctica** 17

Pre-autorizaciones, gestión de saldos y las dos vías de utilización como admisionista

03 **Evolución de los episodios — internaciones hospitalarias** 21

Flujo de codificación, gestión de episodios y lotes, solapas del episodio

04 **Creación de tareas y facturación** 40

Dos formas de crear una tarea, alertas de consistencia y facturación

INTRODUCCIÓN

Manual de Usuario – Plataforma de Contrataciones y Pagos (PCP)

Este manual describe de manera clara, completa y estructurada el funcionamiento operativo de la Plataforma de Contrataciones y Pagos (PCP). Está dirigido a recepcionistas, personal administrativo, codificadores, Jefes de Servicio y auditores, todos involucrados en el registro, validación y control de prestaciones de salud.

El objetivo es proporcionar una guía precisa que permita realizar las operaciones de forma correcta, ágil y en estricto cumplimiento con las normas administrativas y clínicas vigentes.

1 · VALIDACIÓN DE PRESTACIONES

Elegibilidad del afiliado / sistema de validación integral

1.1 OBJETIVO DEL MÓDULO

- Validar prestaciones en tiempo real.
- Registrar diagnósticos, datos de atención y prácticas realizadas.
- Evaluar cobertura según reglas administrativas y clínicas en motor de reglas.
- Emitir un comprobante en PDF con el detalle del episodio generado.

1.2 ACTORES INVOLUCRADOS

- **Afiliado:** recibe la atención y sus datos de contacto y prestaciones quedan registrados en el episodio.
- **Recepcionista / administrativo:** registra los datos de ingreso, diagnósticos y prestaciones.
- **Profesional efector:** informa los códigos de las prácticas realizadas.
- **Médico prescriptor:** genera la indicación de estudios o prácticas.
- **Auditor médico:** revisa solicitudes que requieren análisis específico.
- **Motor de reglas (BRMS):** valida cobertura, topes, diagnósticos, carencias y demás condiciones aplicables.

01 · VALIDACIÓN DE PRESTACIONES

1.3 Concepto clave & 1.4 Ingreso a la Plataforma PCP

EPISODIO

Unidad mínima de gestión. Representa una internación o evento clínico único, sobre el cual actúan los distintos roles.

Acceda a la PCP con el usuario y contraseña proporcionados por Avedian. Los usuarios son personales e intransferibles. Cualquier modificación debe solicitarse a las personas autorizadas.

Si las credenciales son correctas, el sistema enviará un token de validación al correo electrónico asociado. El token tiene una validez de **10 minutos**.

Una vez validado el token, se mostrará la pantalla inicial de la plataforma, donde se visualizan los datos básicos del usuario, la Entidad y Hospital asignados y los roles correspondientes.

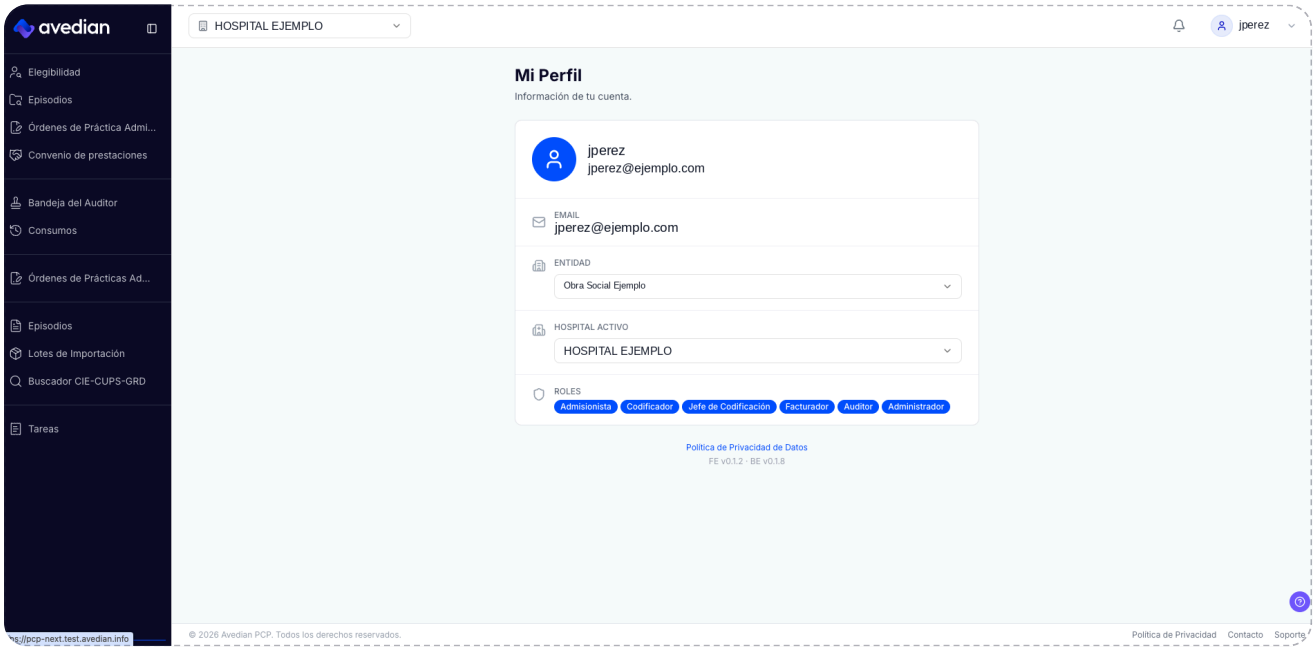


Imagen 1· Visualización inicial de ingreso a la PCP

01 · VALIDACIÓN DE PRESTACIONES

Los tres flujos de trabajo de la PCP

Cuando se accede con la entidad y hospital correspondiente se despliegan 3 flujos de trabajo acorde a las etapas de los distintos episodios en el hospital. A nivel general, los flujos de trabajo se habilitan de acuerdo con el perfil seleccionado.



Imagen 2· Flujos de trabajo PCP

Flujo 1 Perfil admisionista	Consultas de elegibilidad, órdenes de práctica y visualización de episodios creados.
Flujo 2 Perfil codificador	Evolución de los episodios: codificación de diagnósticos y procedimientos.
Flujo 3 Perfil auditor	Intervención completa del auditor: agrupación GRD, valorización y facturación.

01 · VALIDACIÓN DE PRESTACIONES

1.5 Flujo 1 — Bandeja del admisionista

Al ingresar, el usuario visualizará a la izquierda un menú con las funcionalidades disponibles para el admisionista. El primer proceso del flujo operativo es Consultas de Elegibilidad, que se realiza en tres pasos principales.

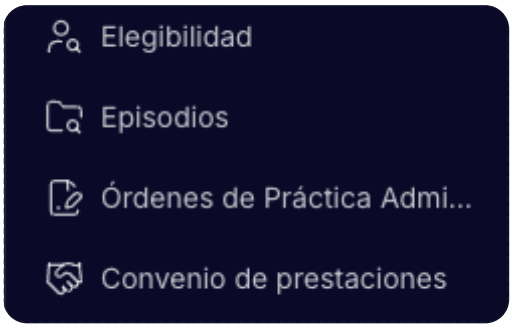


Imagen 3· Bandeja de trabajo del admisionista



Imagen 4· Ingreso a "Consultas Elegibilidad"

1.5.1 PASO 1: SELECCIÓN DEL AFILIADO

- Ingrese al módulo Consultas de Elegibilidad.
- Complete al menos un dato para buscar al afiliado: nombre, número de documento, número de afiliado, etcétera.

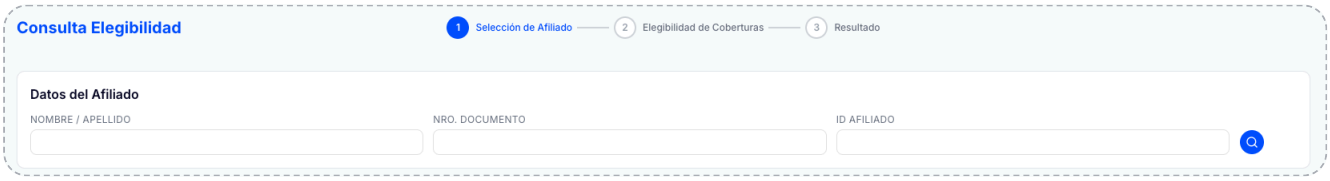


Imagen 5· Paso 1, selección del afiliado

01 · VALIDACIÓN DE PRESTACIONES

Resultado de búsqueda y selección

Presione "Buscar". El sistema mostrará una lista de coincidencias. En el siguiente ejemplo se ilustra el resultado de una búsqueda por nombre: al comenzar la búsqueda se despliega, debajo de la solapa anterior, una lista con todos los afiliados llamados "Juan", disponibilizando su número de afiliado, nombre completo, número de documento, póliza de seguro social, sexo y edad.

→	482350	PEREZ JUAN	49293449	Masculino	16	—
→	416231	GOMEZ JUAN	47468594	Masculino	20	—
→	258336	RODRIGUEZ JUANA	20262444	Femenino	58	—
→	227418	FERNANDEZ JUAN	28558367	Masculino	45	—
→	226581	LOPEZ JUAN	25667758	Masculino	49	—
→	521185	MARTINEZ JUANA	53280875	Femenino	12	—
→	475963	SANCHEZ JUAN	47624424	Masculino	19	—
→	240905	DIAZ JUAN	16001172	Masculino	63	—
→	509266	ROMERO JUAN	51347941	Masculino	14	—
→	504419	TORRES JUAN	51543133	Masculino	14	—

Imagen 6· Resultado de búsqueda de afiliado

Seleccione el registro correcto presionando el botón ubicado a la izquierda de la fila.



Imagen 7· Botón para seleccionar afiliado

01 · VALIDACIÓN DE PRESTACIONES

1.5.2 Paso 2: Elegibilidad de coberturas

1.5.2.1 DATOS DEL AFILIADO

El sistema mostrará los datos principales (no editables) y solicitará completar correo electrónico y teléfono celular. Estos datos son obligatorios y quedan asociados al episodio. Verifique que estén correctamente escritos.

Si el paciente ya ha informado estos datos con anterioridad, no será necesario completarlos nuevamente; sin embargo, son editables.

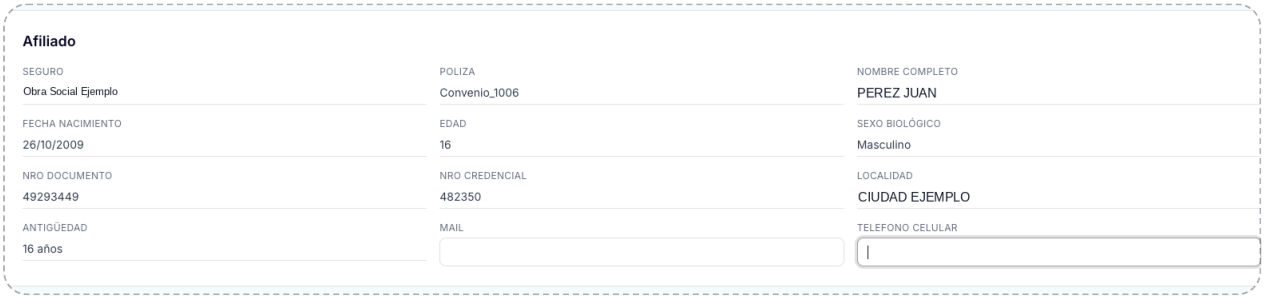


Imagen 8· Datos del afiliado en elegibilidad de coberturas

01 · VALIDACIÓN DE PRESTACIONES

1.5.2.2 Datos de la atención

Complete los siguientes campos utilizando los menús desplegables:

Ámbito de atención	Ambulatorio / Hospitalario.
Origen	Enfermedad general, accidente laboral, accidente de tránsito, evento catastrófico, etc.
Vía de ingreso	Guardia, consulta externa, ingreso programado, obstétrico, hemodiálisis, oncología, cirugía ambulatoria, remitido u "Otro".



Imagen 9· Atención prestada al afiliado

01 · VALIDACIÓN DE PRESTACIONES

1.5.2.3 Diagnósticos

- El buscador de código o descripción CIE posee el listado completo en nomenclatura CIE-10.
- Busque por código o por nombre del diagnóstico.
- Seleccione uno o varios diagnósticos.
- Presione "+" para almacenarlos en el episodio.

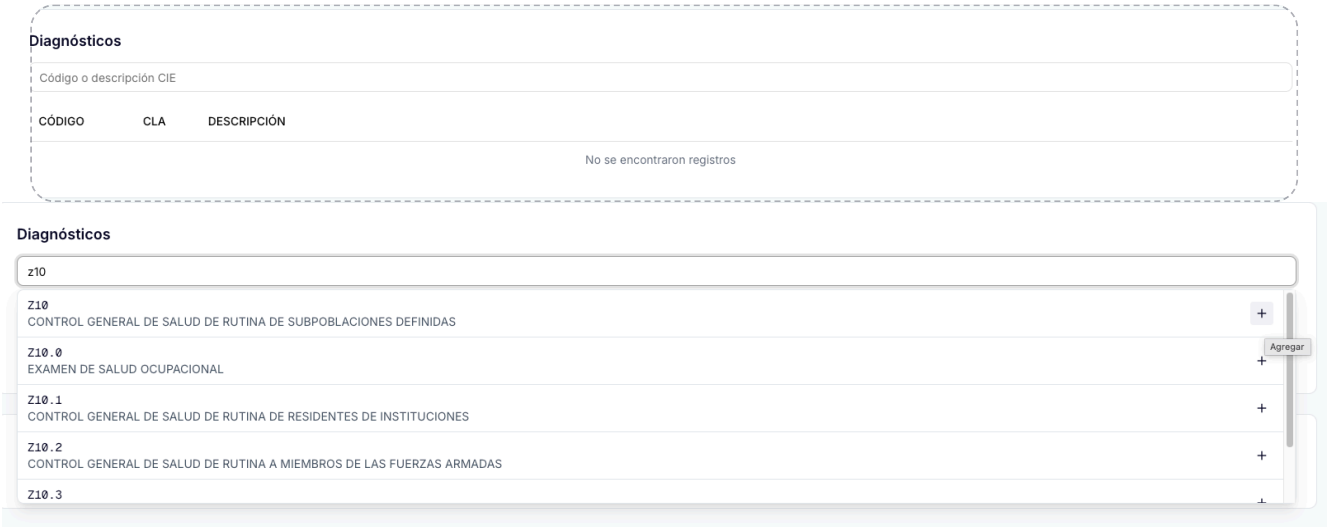


Imagen 10· Selección de diagnósticos codificados en CIE-10

1.5.2.4 Documentos

En la sección de documentos se puede cargar cualquier documentación que se considere necesaria, en formatos PDF o imagen.



Imagen 11· Carga de documentos

01 · VALIDACIÓN DE PRESTACIONES

1.5.2.5 Prescripción y prestaciones realizadas

- Para cargar prestaciones, utilice el buscador de código o nombre de la prestación.



Imagen 12· Última información sobre atención prestada al afiliado

01 · VALIDACIÓN DE PRESTACIONES

Ventana de prestaciones

Cuando se abre la ventana de prestaciones:

- **Convenios:** si el prestador tiene convenido sus códigos, se visualizan los códigos convenidos según la especialidad; de lo contrario, se debe activar la casilla "Incluir convenio del hospital" para acceder al maestro de prestaciones convenidas para el hospital.
- Busque por código de prestación o por descripción.
- Seleccione las prestaciones necesarias.
- Presione "Confirmar".

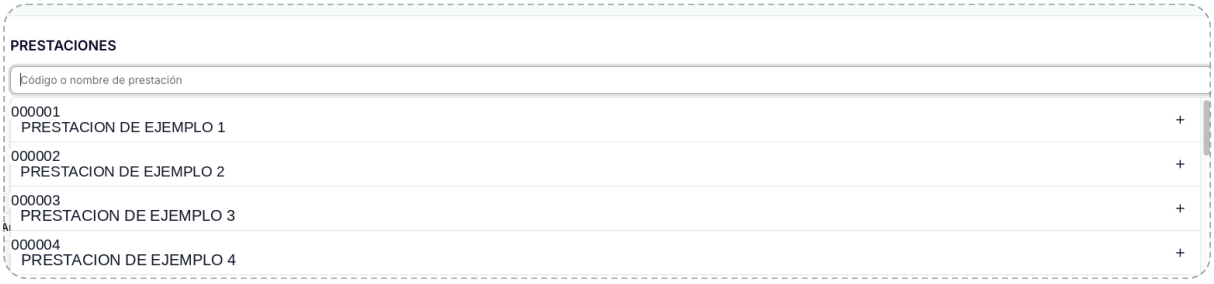


Imagen 13· Selección de prestaciones realizadas al paciente

01 · VALIDACIÓN DE PRESTACIONES

Resultado de la solicitud

Al presionar "Siguiente", el sistema generará el episodio. Luego el sistema mostrará uno de los siguientes resultados:

Aceptada	La prestación cumple con la cobertura y las reglas vigentes; el episodio queda aprobado sin intervención adicional.
Requiere auditoría	La prestación excede el tope de cobertura o no cumple con los requisitos administrativos de la práctica. Se deriva automáticamente al circuito de auditoría médica.



Imagen 14· Solicitud rechazada

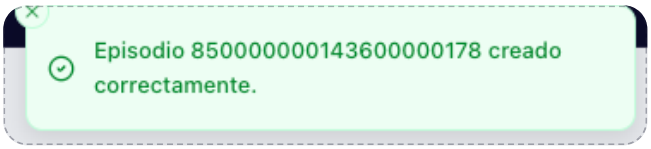
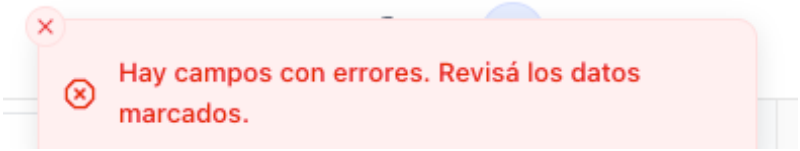


Imagen 15· Solicitud aceptada

Si a la solicitud le faltó completar un campo obligatorio, el sistema lo marca como "Campo incompleto" y permite completarlo antes de continuar. Si la solicitud es aceptada, se procede con el alta del episodio.



01 · VALIDACIÓN DE PRESTACIONES

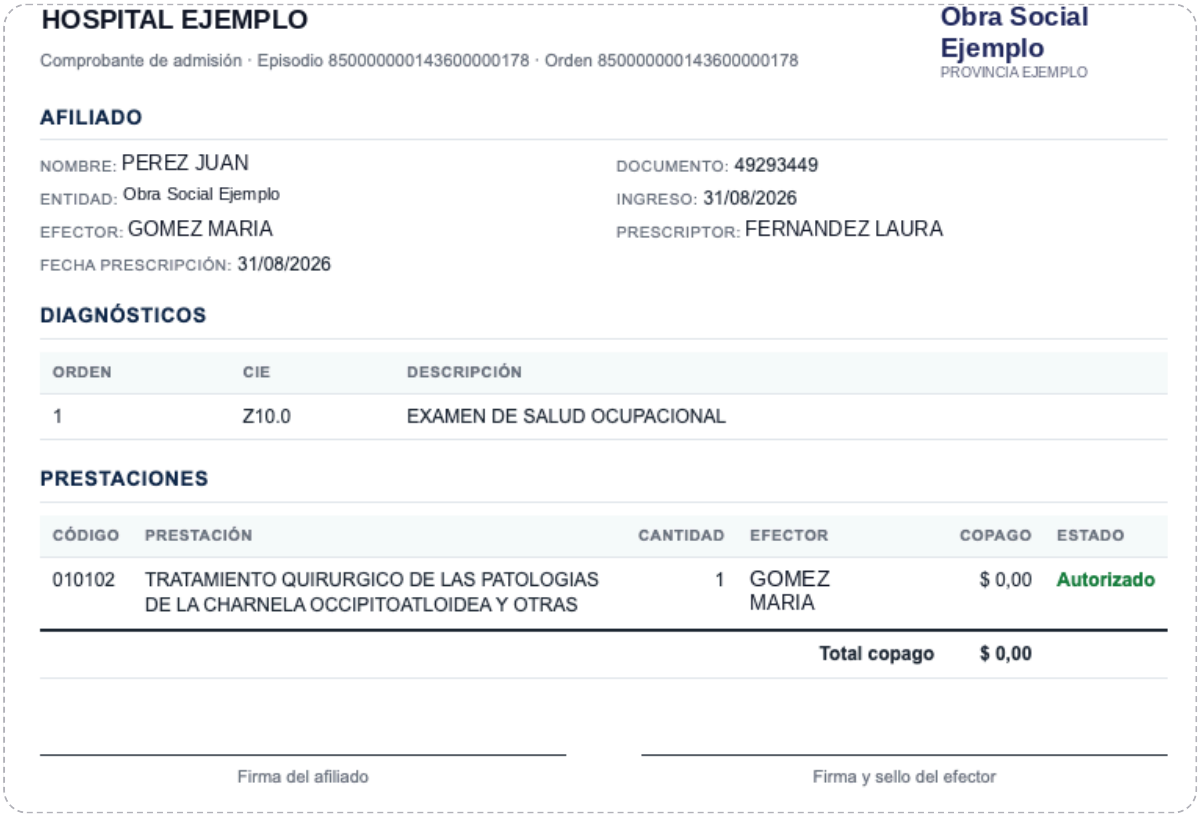
Comprobante y cierre del episodio

Una vez listo el episodio, la prestación queda registrada en el sistema con trazabilidad completa. Si corresponde, se informa al afiliado el monto de coseguro a abonar. Simultáneamente, la plataforma envía la confirmación al prestador y actualiza la base de datos con toda la información del episodio.

Además, la plataforma genera un PDF con el detalle completo del episodio, que incluye:

- Datos del afiliado
- Datos de atención
- Diagnósticos registrados
- Prestaciones validadas
- Número de episodio asignado

Este comprobante constituye el registro formal y final del proceso de validación.



HOSPITAL EJEMPLO

Comprobante de admisión · Episodio 850000000143600000178 · Orden 850000000143600000178

Obra Social Ejemplo
PROVINCIA EJEMPLO

AFILIADO

NOMBRE: PEREZ JUAN
ENTIDAD: Obra Social Ejemplo
EFECTOR: GOMEZ MARIA
FECHA PRESCRIPCIÓN: 31/08/2026
DOCUMENTO: 49293449
INGRESO: 31/08/2026
PRESCRIPTOR: FERNANDEZ LAURA

DIAGNÓSTICOS

ORDEN	CIE	DESCRIPCIÓN
1	Z10.0	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

PRESTACIONES

CÓDIGO	PRESTACIÓN	CANTIDAD	EFECTOR	COPAGO	ESTADO
010102	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS PATOLOGIAS DE LA CHARNELA OCCIPITOATLOIDEA Y OTRAS	1	GOMEZ MARIA	$ 0,00	Autorizado
			Total copago	**$ 0,00**	

Firma del afiliado

Firma y sello del efector

Imagen 16· Detalle del episodio en PDF

01 · VALIDACIÓN DE PRESTACIONES

1.6 Flujo 1 — Visualización de episodios creados

Este procedimiento permite localizar y consultar episodios que ya han sido procesados a través del flujo de "Consulta de Elegibilidad". Es fundamental para tareas de control posterior o para la recuperación de comprobantes. Para visualizar estos registros, debe ingresar a la bandeja de trabajo del admisionista y seleccionar la sección de Consulta de Episodios.

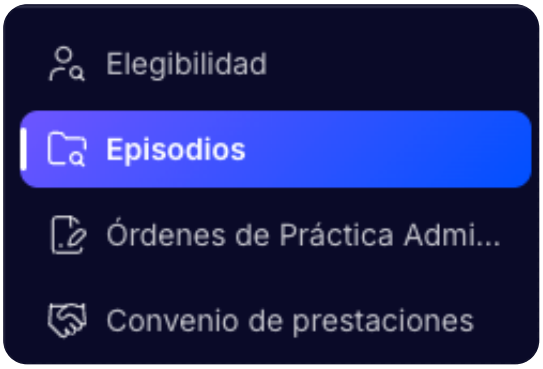


Imagen 17· Bandeja de trabajo admisionista, visualización de episodios

Al ingresar, el sistema presenta una pantalla de búsqueda global, que permite localizar cualquier episodio, incluidos los ya terminados. Para acotar la búsqueda, siga estos criterios:

- **- Un solo filtro alcanza** para iniciar la búsqueda (por ejemplo, solo apellido o solo número de documento). Presione "Enter" para ejecutarla.
- **- Criterios adicionales** (opcionales, pueden combinarse): nombre y apellido del afiliado, número de documento o de credencial, rango de fechas de alta del episodio.
- **- Estado del Episodio:** filtre por "Terminado" para ver solo los procesos que completaron el circuito de validación.

No confundir **estado del episodio** (Iniciado, En codificación, Codificado, Terminado, etc.) con **estado de auditoría** (Pendiente, En auditoría, Autorizado, Rechazado): son dos variables independientes que se muestran por separado en el listado.

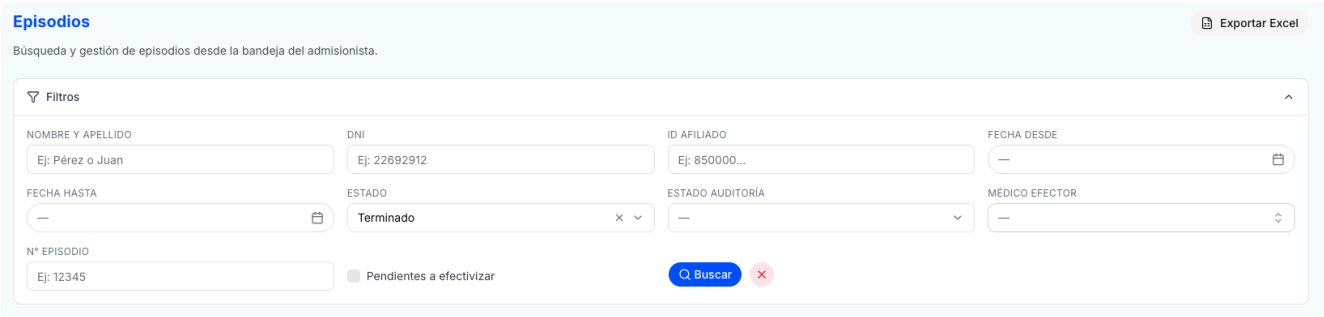


Imagen 18· Bandeja de episodios cerrados

Descarga de comprobantes

En caso de requerir una copia de la factura o el detalle de las prestaciones recibidas en un episodio puntual, el sistema permite la descarga del documento original. Localice el episodio en el listado resultante y haga clic en el ícono de impresión ubicado en el margen izquierdo de la pantalla.



Imagen 19· Botón de impresión de episodio y prestaciones

Al oprimir este botón, el sistema generará automáticamente el archivo PDF (el mismo que se emite al finalizar la creación original del episodio), el cual detalla la cobertura otorgada y la conformidad de la prestación.

Eliminación de episodios

El proceso de eliminación difiere según el flujo en el que se encuentre el episodio:

Flujo admisionista	Localice el episodio en el listado de Consulta de Episodios y haga clic en el ícono de tacho de basura ubicado en el margen izquierdo de la pantalla.
Flujo auditor	La eliminación se realiza desde la bandeja del auditor, sobre el episodio en estado "En auditoría" u "Observada"; el auditor debe fundamentar el motivo de la baja.

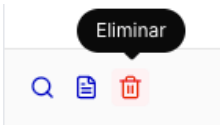


Imagen 20· Botón de eliminación de episodio

Visualización de detalle del episodio

También se puede ver el detalle del episodio haciendo clic en el ícono de lupa ubicado en el margen izquierdo de la pantalla.

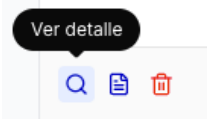


Imagen 21· Detalle del episodio

02 · ÓRDENES DE PRÁCTICA

Gestión de ordenes de práctica

Este módulo está diseñado para la gestión y creación de pre-autorizaciones de prácticas y prestaciones que requieren un control específico, ya sea por exceder los límites de cobertura establecidos o por tratarse de excepciones administrativas.

2.1 OBJETIVO DEL MÓDULO

- **Gestionar excedentes de topes:** autorizar sesiones adicionales de prácticas sesionadas (kinesiología, psicología, fonoaudiología) una vez alcanzado el límite convencional.
- **Administrar prestaciones especiales:** facilitar la liberación de coberturas al 100% para afiliados específicos sin requerir auditoría médica recurrente por cada práctica.
- **Controlar saldos y consumos:** asegurar la trazabilidad del consumo de prestaciones, permitiendo que el sistema descuente automáticamente cada sesión validada del saldo total autorizado.

2.2 ACTORES INVOLUCRADOS

- **Auditor Médico / Administrativo del Seguro:** revisa, gestiona y emite las pre-autorizaciones según la patología del afiliado o la necesidad prestacional detectada.
- **Admisionista del Prestador:** valida y registra la carga de las prestaciones asociándose a las órdenes pre-autorizadas generadas por el seguro.

Existen 2 vías para generar el episodio a partir de una orden: usar el botón "Generar episodio" directamente desde esta bandeja de órdenes (vía uno), o asociar la orden durante la Consulta de Elegibilidad estándar con el botón "Asociar orden" (vía dos, ver 2.3.2). El botón "Ver prestaciones" permite revisar el detalle sin consumir saldo.

02 · ÓRDENES DE PRÁCTICA

2.3.1 Utilizar órdenes de práctica — vía uno

Esta opción suele ser más conveniente para visualizar las órdenes de práctica disponibles, así como también más útil para validar tratamientos que requieren múltiples visitas (ej. kinesiología, fisioterapia). Una vez confirmada la orden por el seguro, el admisionista del prestador podrá visualizarla y utilizarla.

- Ingrese al módulo de Órdenes de práctica desde la bandeja del admisionista.
- Busque la orden correspondiente al afiliado. El sistema mostrará las prestaciones pre-autorizadas y el saldo disponible.

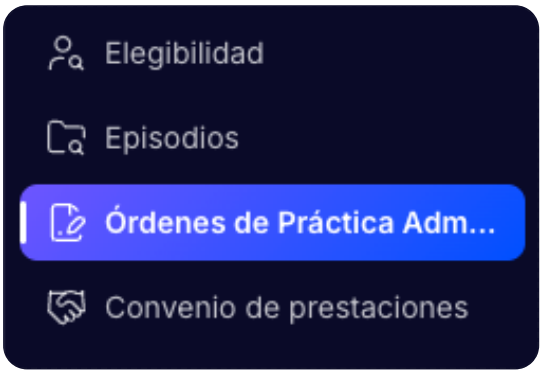


Imagen 22· Bandeja de trabajo admisionista

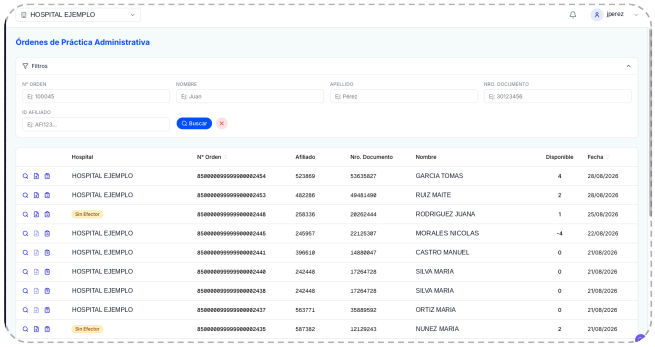


Imagen 23· Visualización de órdenes de práctica

02 · ÓRDENES DE PRÁCTICA

2.3.2 Utilización de órdenes de práctica — vía dos

Esta vía se utiliza para asociar una orden de práctica pre-existente durante el proceso de consulta de elegibilidad estándar. Una vez seleccionado el afiliado en el módulo de "Elegibilidad de Coberturas", el admisionista debe:

- Verificar y validar mail y celular del paciente.
- Completar los datos de atención: ámbito, origen, vía de ingreso, diagnóstico, efector y datos de la prescripción.
- Al cargar las prestaciones, seleccionar el botón "Asociar orden" ubicado al final de la línea (margen derecho).

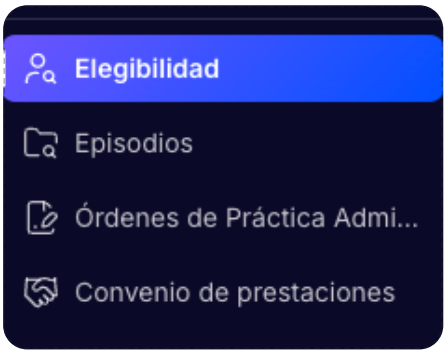


Imagen 24· Búsqueda de afiliado en elegibilidad

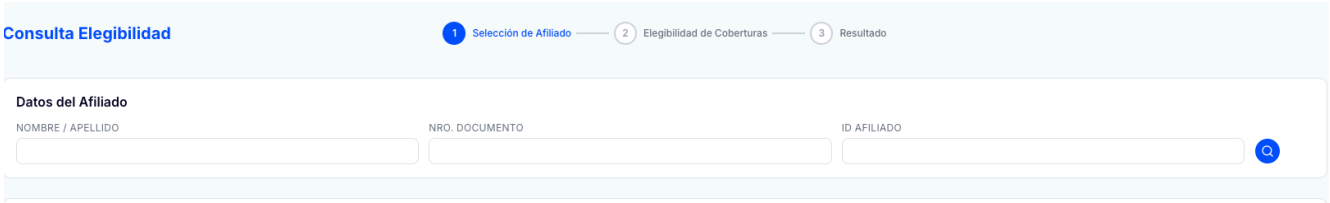


Imagen 25· Datos de atención y prestaciones cargadas

02 · ÓRDENES DE PRÁCTICA

Asociar la orden a la prestación

Si corresponde, el afiliado ya cuenta con una orden de práctica realizada, la cual se debe asociar a la prestación que está por recibir. Seleccionamos el botón "Seleccionar" para asociar la orden, y continuamos para guardar la asociación.

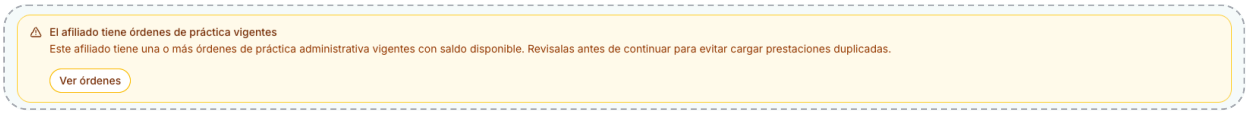


Imagen 26· Previsualización de órdenes asociadas

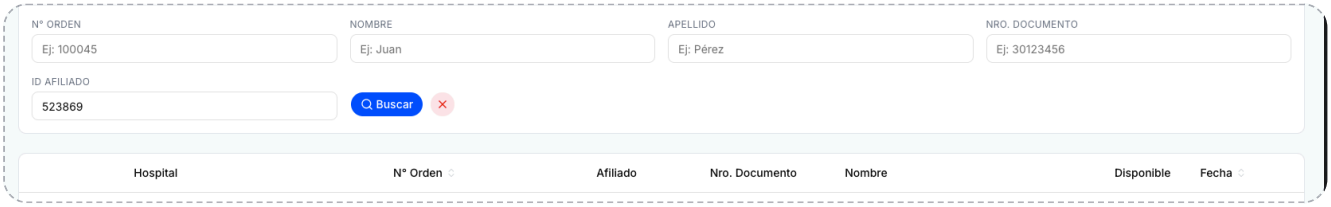


Imagen 27· Selección de número de orden



Imagen 28· Prestación final asociada a la orden

Se selecciona en la pantalla "Continuar" y veremos que el resultado es una solicitud aceptada. Luego se emite la factura correspondiente y se da de alta el episodio.

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

Internaciones hospitalarias

Durante la hospitalización, el profesional médico o de enfermería registra diariamente la evolución del paciente en el sistema. Se consignan los signos clínicos relevantes, diagnósticos actualizados, procedimientos realizados y medicamentos administrados. Cada registro queda asociado al episodio de hospitalización, con fecha, hora, usuario y rol del profesional.

3.1 OBJETIVO DEL MÓDULO

- Validar prestaciones en tiempo real.
- Registrar diagnósticos, datos de atención y prácticas realizadas.
- Evaluar cobertura según reglas administrativas y clínicas en motor de reglas.
- Emitir un comprobante en PDF con el detalle del episodio generado.

3.2 ACTORES INVOLUCRADOS

- **Médicos y enfermería:** carga de evoluciones, diagnósticos, procedimientos y medicamentos administrados.
- **Auditor médico:** revisa, aprueba o rechaza las prácticas que requieren auditoría médica.
- **Codificador:** revisión final de diagnósticos, procedimientos y códigos CIE-10/SNOMED u otra clasificación para consolidación del caso.
- **Plataforma SVI / BRMS:** validación automática de prácticas, auditorías y notificaciones de medicamentos.
- **Sistema hospitalario:** sincroniza la información clínica, administrativa y contable del episodio.

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

3.3 Conceptos clave & 3.4 Flujo 2 — Codificación

Lote	Conjunto de episodios agrupados para su gestión operativa. Es el punto de entrada al sistema y está a cargo del Jefe de Codificación.
Tarea	Unidad de nivel superior que agrupa uno o varios lotes. Permite organizar, supervisar y controlar el proceso de codificación y auditoría.

Dentro de la solapa Codificación se encuentran las herramientas necesarias para revisar, actualizar y completar los episodios generados por la clínica. Este flujo es utilizado por codificadores, auditores y perfiles autorizados.



Imagen 29· Solapas del perfil de codificación

La sección de codificación está dividida en tres partes, siendo la primera y principal la sección "Episodios". Al ingresar a Episodios, se despliega el listado de episodios cargados para la clínica.

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

Filtros y estados según perfil



Imagen 30· Solapas de búsqueda de episodios

El usuario puede utilizar los filtros para ubicar rápidamente el episodio deseado, acotando la búsqueda por rango de fechas de ingreso o egreso, codificador asignado o auditor autorizado, número de afiliado o de episodio, y estado actual del episodio.

ESTADOS DISPONIBLES SEGÚN PERFIL

Perfil codificación

Auditoría codificación · Codificado · En codificación · En auditoría · Terminado · Iniciado · Observado · Pendiente documentación · Pendiente seguro · Rechazado seguro

Perfil auditor

Afiliado tránsito elegibilidad · Revisión auditor

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

3.4.1 Gestión de episodios

Una vez localizado el episodio, se accede al mismo haciendo clic sobre la sección ubicada a la izquierda, iniciando así el proceso de codificación. Al ingresar al episodio, se despliega a la izquierda un menú con múltiples solapas que conforman toda su información.

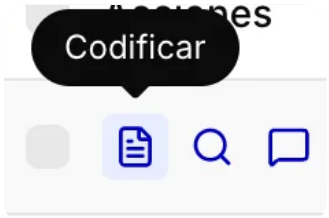


Imagen 31· Selección de episodio

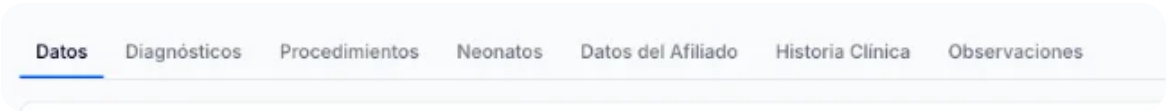


Imagen 32· Secciones de información del episodio

El episodio es la unidad mínima de gestión sobre la cual actúan diferentes roles desde el alta del nuevo episodio hasta el paso final de la facturación del mismo.

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

Diagrama de flujo de estados del episodio

Diagrama pendiente de actualización: confirmar contra la versión vigente del sistema antes de publicar esta revisión del manual.

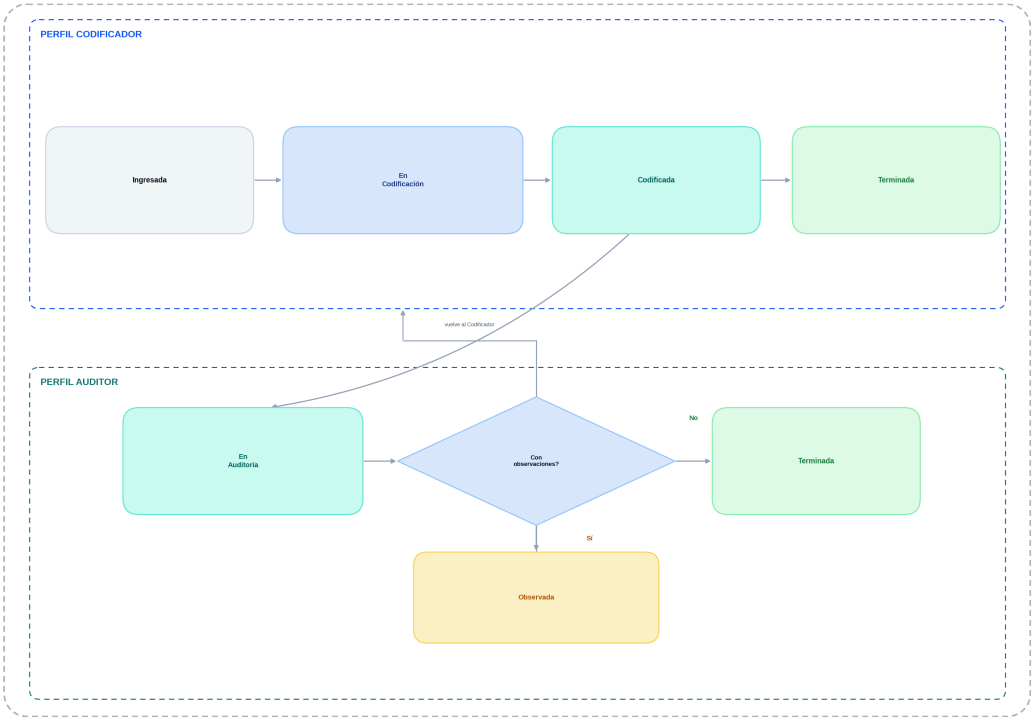


Imagen 33· Diagrama de flujo de estados de episodios

Ingresada	Estado inicial al ingresar el episodio, vía Lote (responsable: Facturista del Prestador) o en forma manual (responsable: Jefe de Codificación).
En Codificación	El Jefe de Codificación asigna el episodio a un Codificador; un Codificador se autoasigna un episodio sin codificador; o el auditor devuelve un episodio observado. *Rol: Codificador / Jefe de Codificación.*
Codificada	El Codificador termina el proceso de codificación. Indica al auditor que puede tomar el episodio para auditar.
En Auditoría	El Auditor toma un episodio codificado para realizar la auditoría correspondiente.
Observada	El Auditor encuentra observaciones y devuelve el episodio al Codificador para corregirlas.
Terminada	El Auditor termina el episodio, o el Jefe de Codificación lo termina desde "Cambiar estado".

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

3.4.2 Gestión de lotes

El Lote es la unidad de gestión que agrupa a un conjunto de episodios, y se utiliza como grupo de episodios a cargar en el sistema. El responsable de cargar el Lote es el Facturista del hospital.

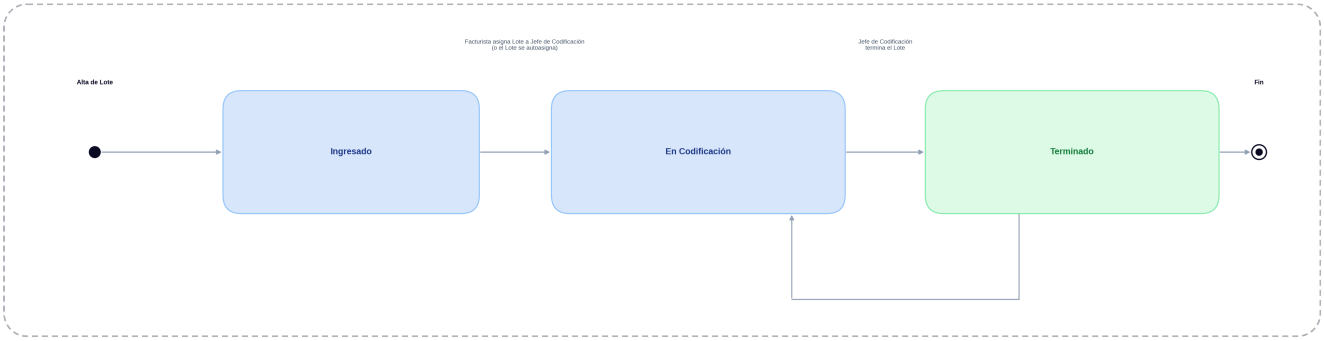


Imagen 34· Diagrama de flujo de estados de lotes

Ingresado	El Facturista carga un nuevo Lote, o el Jefe de Codificación reabre un Lote Terminado. *Rol: Jefe de Codificación / Facturista del hospital.*
En Codificación	El facturista crea una Tarea con sus Lotes y asigna un Lote a un Jefe de Codificación, o un Lote sin Jefe se autoasigna al realizar la asignación de episodios.
Terminado	El Jefe de Codificación da por terminado el Lote.

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

3.4.3 Primera solapa

La primera solapa se divide en cuatro secciones:

- **Datos episodios:** número de seguro, número de afiliado y episodio, lote perteneciente, estado del lote. El codificador puede modificar tipo de episodio, vía de ingreso, fechas de ingreso/egreso, tipo de alta y origen de la atención. Si hubo intervención quirúrgica se adiciona fecha e tiempo quirúrgico; si hubo ventilación mecánica, se tilda la casilla y se especifica el tiempo en horas.
- **Médico principal:** médico a cargo y especialidad correspondiente.
- **Cirujano interviniente:** médico cirujano responsable de la intervención.
- **Documentos:** permite cargar documentos asociados al paciente de cualquier tipo (PDF, JPG, Excel, etc.).

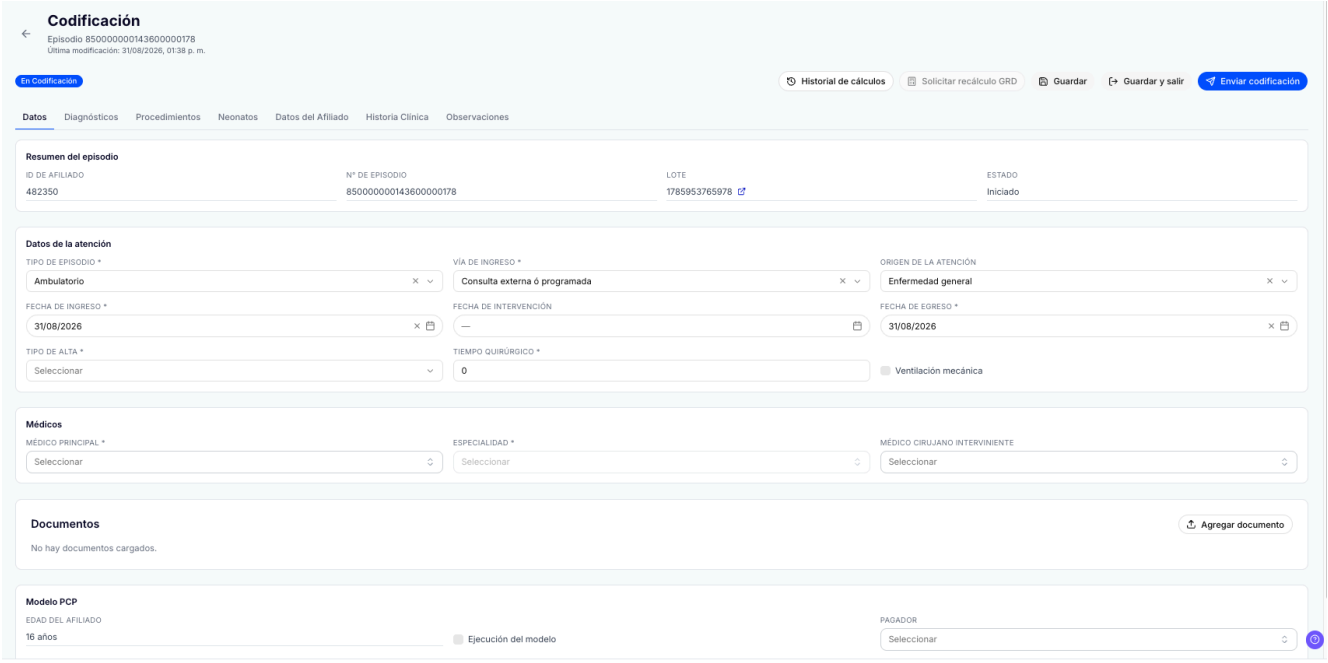


Imagen 35· Primera solapa del episodio

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

3.4.4 Segunda solapa — Diagnósticos

Aquí se pueden ver los diagnósticos ya registrados para el episodio con anterioridad y a su vez se pueden actualizar y relevar nuevos. El sistema alertará siempre que existan inconsistencias.

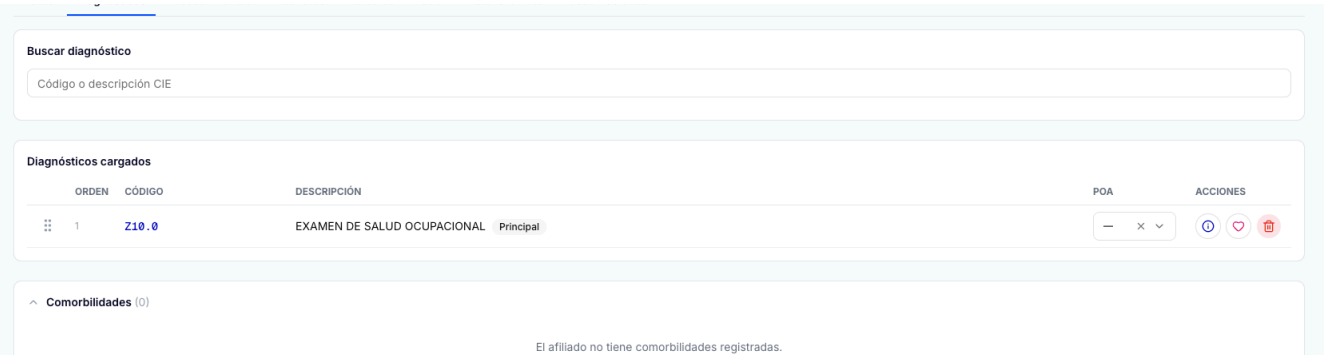


Imagen 36· Solapa diagnósticos

3.4.5 Tercera solapa — Procedimientos

Aquí se pueden ver los procedimientos ya registrados para el episodio con anterioridad y a su vez se pueden actualizar y relevar nuevos. El sistema alertará siempre que existan inconsistencias.

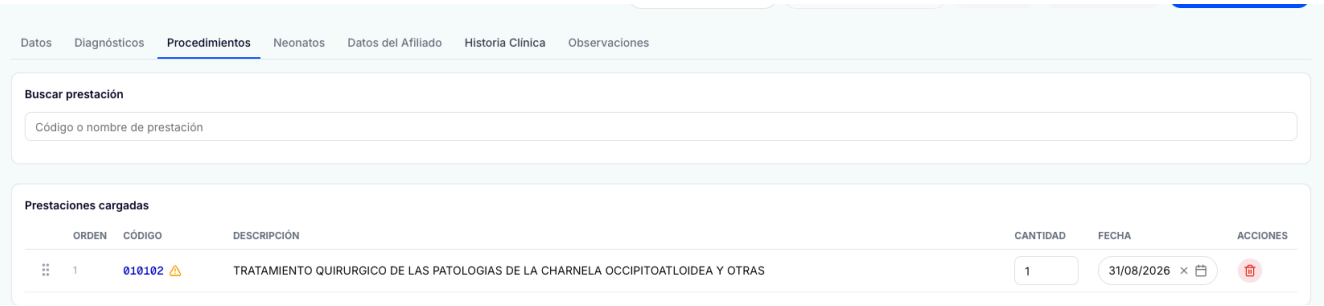


Imagen 37· Solapa procedimientos

3.4.6 Cuarta solapa — Neonatos

La solapa de neonatos comprende tres datos:

- Tiempo de gestación (en semanas).
- Peso del neonato (en gramos); puede actualizarse la cantidad de veces que sea necesario en el seguimiento.

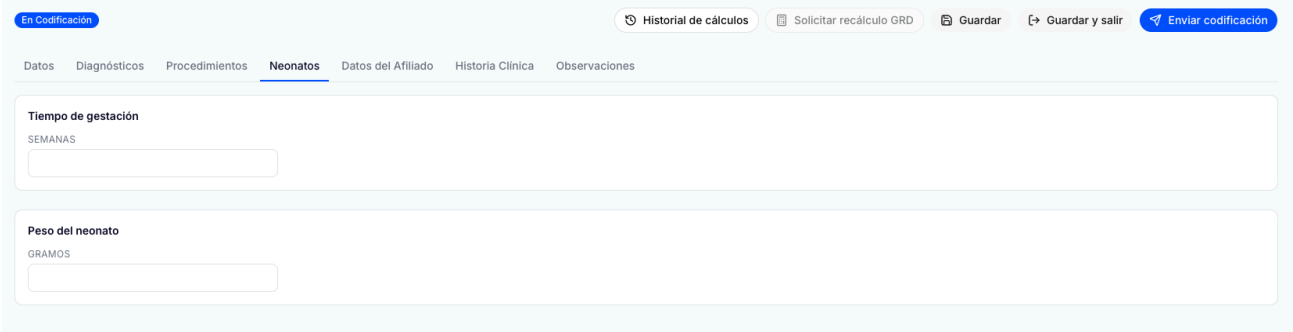


Imagen 38· Solapa neonatos

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

3.4.7 Quinta solapa — Datos del afiliado

Aquí se visualizan y pueden corregirse los datos filiatorios básicos del afiliado, en caso de que originalmente hayan sido cargados con error.



Imagen 39· Solapa datos del afiliado

3.4.8 Sexta solapa — Historia Clínica

Permite visualizar la historia clínica completa del episodio. Al final de la página se encuentra el botón “HISTORIA CLÍNICA”; al hacer clic, se descarga automáticamente un PDF con toda la historia clínica del paciente.

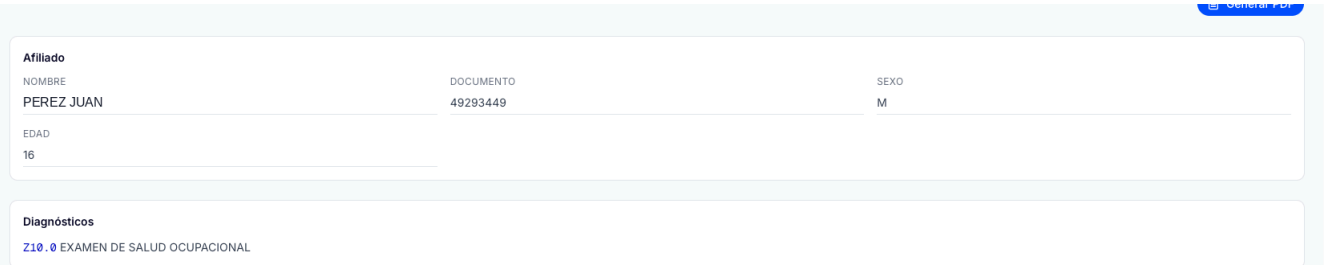


Imagen 40· Solapa historia clínica

3.4.9 Séptima solapa — Observaciones

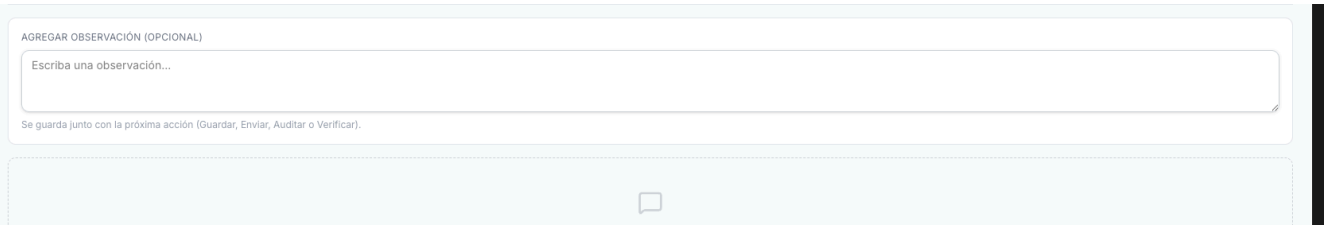


Imagen 41· Solapa observaciones

Permite cargar observaciones del episodio. Al final se encuentra el Historial de observaciones, con fecha, hora, usuario y texto.

EJEMPLO PRÁCTICO — CORRECCIÓN DE FECHA

Un episodio ingresó con fecha de egreso 03/03/2026, pero la epicrisis indica 05/03/2026. El codificador corrige el campo en la primera solapa y presiona "Guardar codificación". El cambio puede modificar el GRD calculado: conviene usar "Solicitar recálculo" antes de enviar el episodio a auditoría.

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

Orden, POA y variables adicionales

Marcar comorbilidades se realiza mediante el ícono a la derecha de cada diagnóstico, quedando ubicado en la primera posición. Si el orden no es correcto: seleccione el botón conformado por 6 puntos del diagnostico a mover y luego arrastrelo para intercambiar posición.



Imagen 42· Diagnósticos asignados al episodio

POA — PRESENT ON ADMISSION

Especifica si el diagnóstico estaba presente al ingreso del paciente o surgió posteriormente (complicación). Opciones: Sí · No · Desconocido · Exento · Indefinido · Indeterminado.



Imagen 43· Estadio tumoral (oncología)

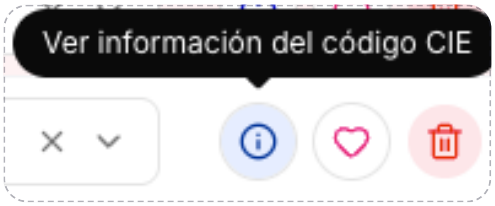


Imagen 44· informacion del codigo cie de diagnósticos

Íconos finales: comorbilidad (corazon) y tacho rojo para eliminar el diagnóstico.

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

3.4.10 Finalización — sin necesidad de auditoría

Al terminar el trabajo sobre el episodio, el usuario deberá seleccionar una de las siguientes acciones:



Imagen 45· Opciones de finalización de un episodio

Enviar codificación	Cierra el episodio. El estado pasa de "En codificación" a "Codificado".
Guardar y salir	Guarda los cambios y vuelve automáticamente al listado de episodios.
Historial cálculos	Muestra los distintos cálculos GRD del afiliado: prestador, número de episodio, fecha del cálculo, tipo y valor del GRD.
Solicitar recálculo	Se utiliza cuando se debe recalcular el GRD por actualización de diagnósticos o procedimientos.

Para cerrar un episodio en instancia final el sistema validará siempre que: no existan pendientes de auditoría, los medicamentos estén aprobados, y los diagnósticos/procedimientos estén correctamente codificados.

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

3.4.11 Finalización — con necesidad de auditoría

Cuando una prestación cargada requiere algún tipo de auditoría, la plataforma emite una alerta automática al codificador, en la parte superior derecha de la solapa. En la solapa de Procedimientos cargados, el codificador puede visualizar el estado de cada práctica en la última columna "AUT REC":

P → Pendiente	La prestación requiere auditoría.
A → Autorizado	La prestación no requiere auditoría o ya fue autorizada.



Imagen 46· Alerta de auditoría

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

Confirmación y cierre del circuito de auditoría

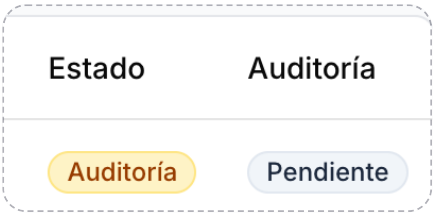


Imagen 47· Estado de episodio en auditoría

Luego de confirmar, el episodio cambia automáticamente de estado, indicando que fue derivado a auditoría. La respuesta del auditor médico es enviada al Admisionista, quien es responsable de contactar al afiliado y requerir la documentación correspondiente. Una vez recibida, la documentación es adjuntada por el prestador y queda asociada al caso, permitiendo que el Auditor Médico retome la revisión y determine el resultado final de la auditoría.

El resultado final se integra automáticamente con el flujo de autorización final y, cuando corresponde, se genera la notificación de coseguro al afiliado, completando así el circuito administrativo y clínico del episodio.

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

3.5 Generación y asignación de lotes

Los lotes agrupan episodios por fechas de egreso, lo que permite organizar fácilmente las codificaciones y registros.

3.5.1 CREAR UN LOTE

Para crear un nuevo Lote, se debe ingresar a la solapa "Codificación" y luego seleccionar "Lotes".

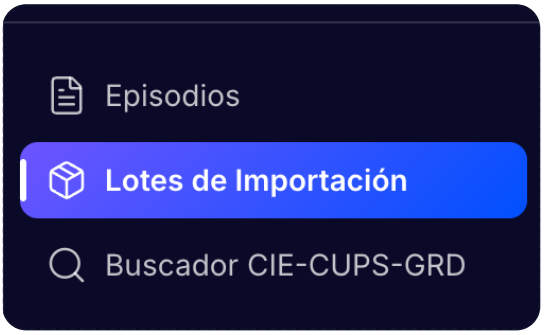


Imagen 48· Solapa de Lotes

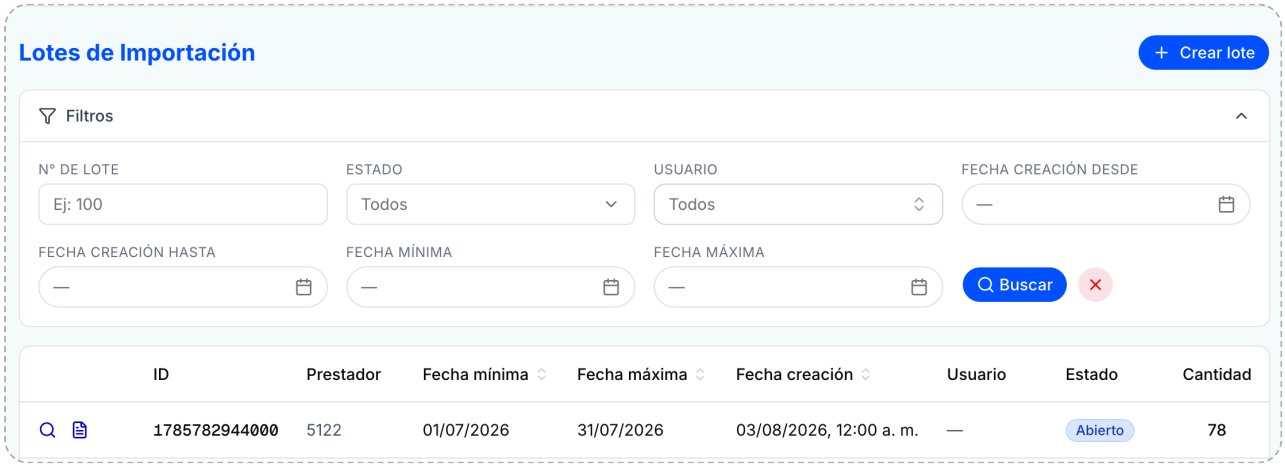


Imagen 49· Búsqueda y creación de lotes

Si en lugar de buscar un Lote se desea crear uno nuevo, se debe hacer clic en "Crear Lote". Al seleccionarlo, se despliega una nueva ventana en la cual se debe especificar el prestador correspondiente y las fechas mínimas y máximas de egreso, que constituyen el criterio de inclusión que determina qué episodios podrán ser asignados al nuevo Lote.

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

Confirmación del lote y sus secciones

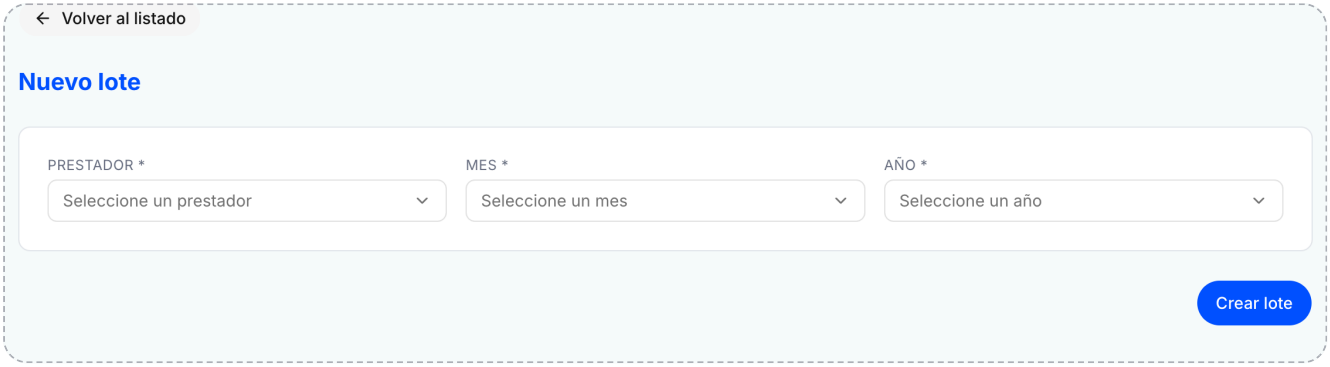


Imagen 50· Ventana de creación de lotes

Luego de presionar "Confirmar", la plataforma muestra una nueva ventana informando que el Lote ha sido creado correctamente, con dos secciones.

3.5.1.1 Información general

Número de Lote generado (ID), estado de codificación, fechas comprendidas para su conformación y usuario que realizó la creación.

3.5.1.2 Historial

Registra todos los cambios realizados sobre el lote desde su creación hasta su cierre, garantizando trazabilidad completa.

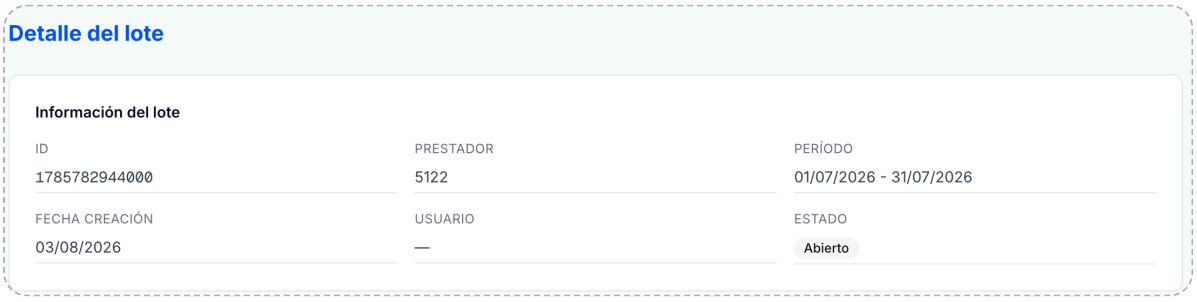


Imagen 51· Datos generales del lote creado

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

Cantidades e historial del lote

Debajo se encuentra la solapa "Cantidades", donde se detalla la cantidad de episodios asignados al Lote, indicando estado de codificación o auditoría, y tipo de episodios incluidos (hospitalizaciones o atenciones ambulatorias).

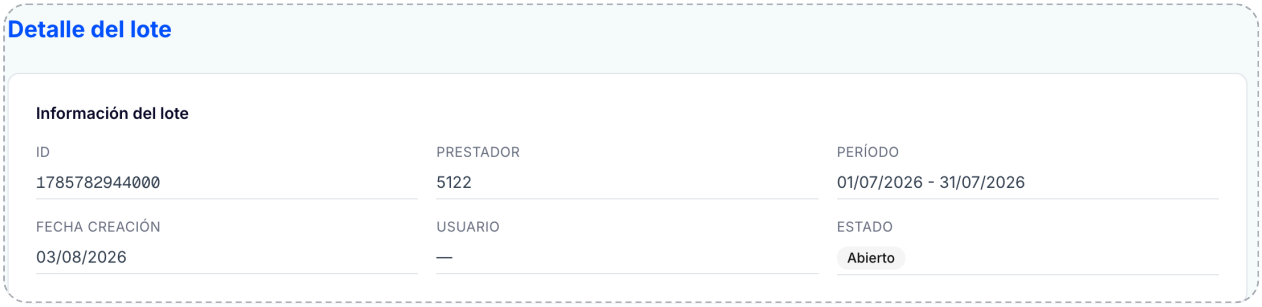


Imagen 52· Estado de los episodios dentro del lote

En los Lotes recién creados, todas las cantidades figuran en cero, ya que aún no se han asignado episodios. Esto es completamente normal.

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

3.6.1 Asignar episodios a lotes

Existen dos maneras de registrar episodios dentro de un Lote:

- **Asignar episodios ya existentes a un lote puntual:** primero se identifican los episodios que ya están creados en la plataforma y, posteriormente, se los asigna al Lote correspondiente.
- **Crear un Lote y generar episodios desde ese Lote:** el Lote se crea primero y, desde ese punto inicial, se registran los episodios directamente dentro de él, quedando asignados desde su creación.

Para reasignar el codificador responsable de un episodio, use el botón "Cambiar asignado": permite modificar el codificador de a un episodio por vez. Esto es distinto de "Cambio de Estado", que modifica el estado del episodio (ver más abajo) y puede aplicarse a varios episodios seleccionados a la vez.

Para asignar episodios a un Lote ya creado, primero se deben seleccionar los episodios correspondientes haciendo clic en la caja de verificación ubicada a la izquierda de cada registro. Una vez seleccionados, se debe hacer clic en el botón "Asignar a lote".

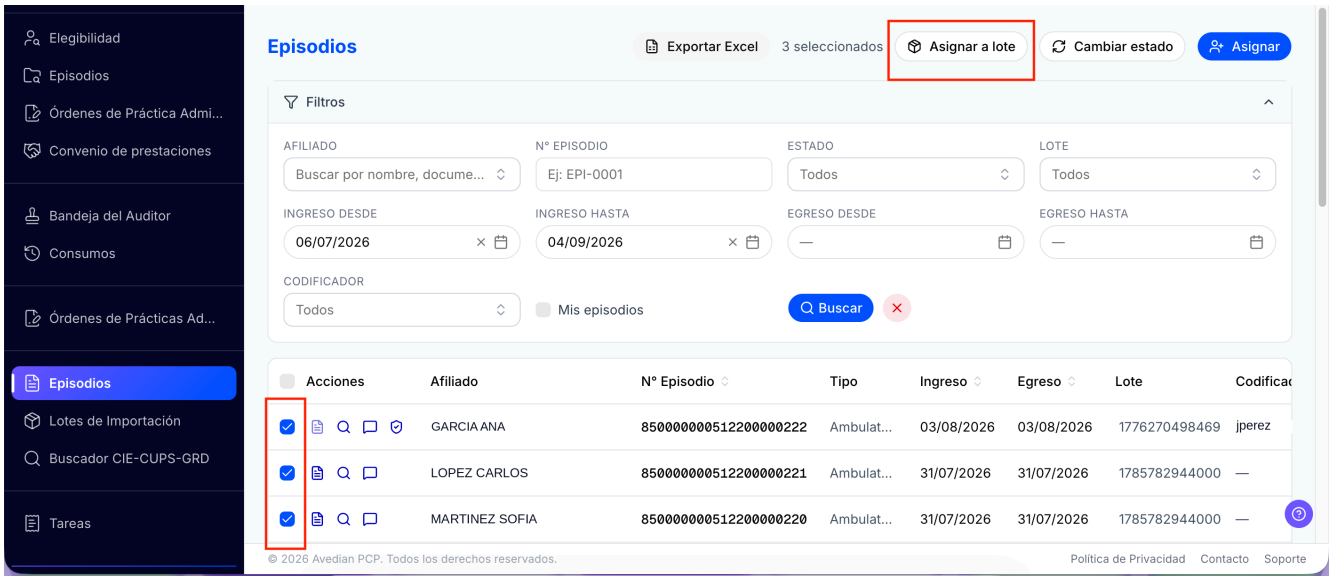


Imagen 53· Seleccionar episodios

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

Requisitos de asignación y forzado de estado

En caso de ser necesario, el usuario puede forzar el cambio de estado del episodio mediante el botón "Cambio de Estado", que despliega una ventana con el detalle de los episodios seleccionados (panel izquierdo) y el nuevo estado a elegir (panel derecho). Luego se hace clic en "Confirmar" para aplicar el cambio.

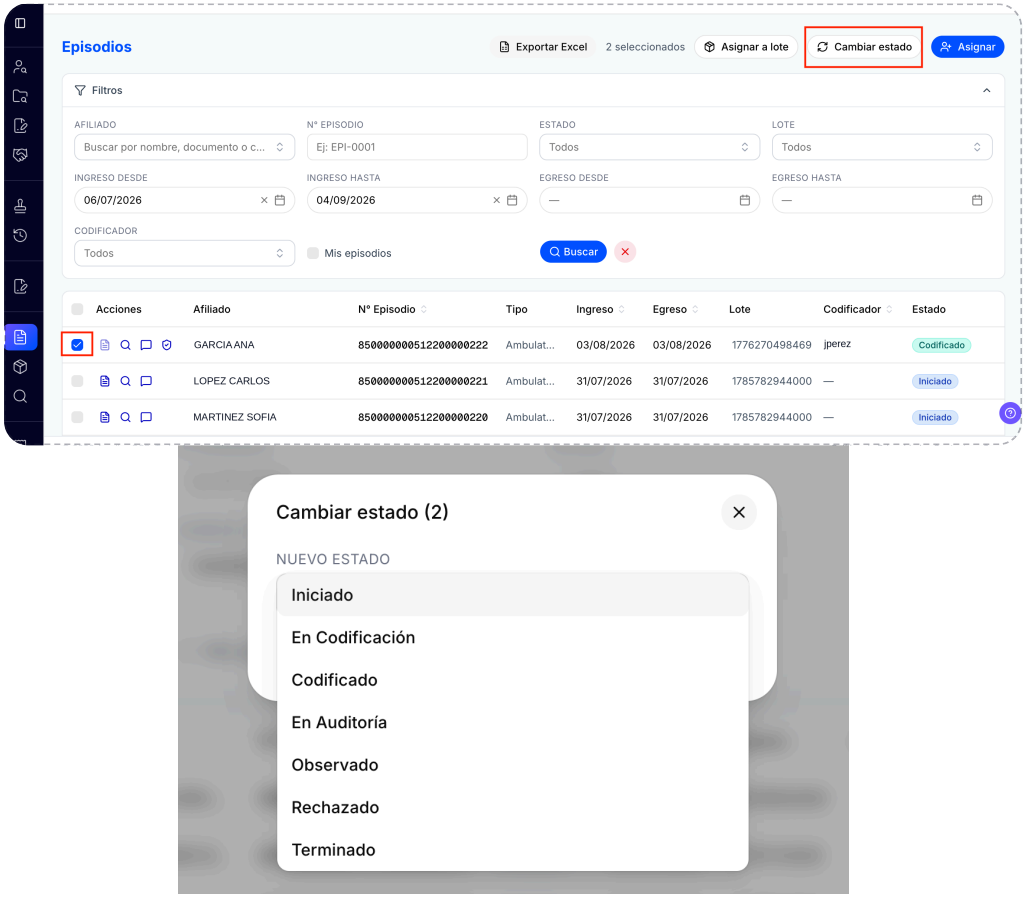


Imagen 54· Forzar modificación de estado

La práctica recomendada es que los episodios se encuentren desde el inicio en estado "Iniciado" o "Codificado", evitando forzar cambios posteriores, para garantizar que el episodio haya sido cargado con todas las codificaciones, diagnósticos y procedimientos completos.

03 · EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS

3.7 Estados de los lotes

La gestión de Lotes dentro de la plataforma contempla distintos estados que reflejan el avance operativo de los episodios que los componen.

Ingresada	El Lote ha sido recién cargado por el Facturista o reabierto por el Jefe de Codificación para realizar ajustes. Es el punto inicial del flujo.
Abierto	El Lote fue habilitado para su gestión y está disponible para asignar episodios.
En Codificación	El Lote está activo y con episodios en proceso de codificación o auditoría. El Jefe de Codificación coordina las asignaciones y supervisa el progreso.
Pendiente Terminar	Estado en el que queda el Lote cuando se lo termina: permanece así durante 24 horas, y luego pasa automáticamente a estado "Terminado".
Terminado	Todos los episodios incluidos han sido completados y validados. El Lote queda listo para las siguientes fases.

04 · CREACIÓN DE TAREAS Y FACTURACIÓN

Consolidación de lotes para facturar

Este flujo garantiza trazabilidad y consistencia entre la información clínica y la financiera al momento de facturar.

4.1 OBJETIVO DEL MÓDULO

Consolidar los episodios clínicos cerrados y codificados en Lotes y Tareas, con el fin de ejecutar el proceso de facturación final.

4.2 ACTORES INVOLUCRADOS

- **Facturista del Prestador:** crea la Tarea, asocia los Lotes y solicita el proceso de facturación.
- **Auditor de Seguro / Financiero:** revisa los resultados y aprueba la facturación.
- **Jefe de Codificación:** verifica la consistencia de la codificación antes de facturar.

4.3 CONCEPTOS CLAVE

Tarea	Unidad de gestión que agrupa los Lotes y centraliza las acciones de facturación.
Lote	Conjunto de episodios cerrados que se procesan en bloque dentro de una Tarea.
Facturación	Generación de la salida final (pre-liquidación) para cobro, con control de aprobaciones y trazabilidad.

04 · CREACIÓN DE TAREAS Y FACTURACIÓN

4.4 Creación de la tarea

Existen dos formas de crear una Tarea:

A partir de un lote existente	Se selecciona uno o varios Lotes ya creados y cerrados, y se los asocia directamente a la nueva Tarea.
Creando un lote nuevo	Se crea la Tarea y, desde ese mismo proceso, se genera un Lote nuevo que queda asociado desde el inicio.

En ambos casos, el Facturista del prestador indica nombre y descripción de la Tarea, y el rango de fechas de cobertura (por ejemplo: "Hospitalizaciones – Octubre 2025"). La plataforma muestra automáticamente los Lotes disponibles que cumplen con esos criterios. Cada lote incluye únicamente los episodios cerrados y codificados, listos para facturar.

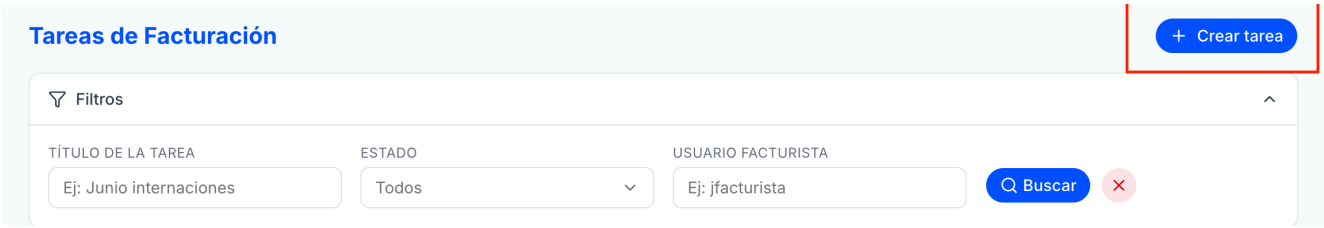


Imagen 55· Selección de lote y período de cobertura

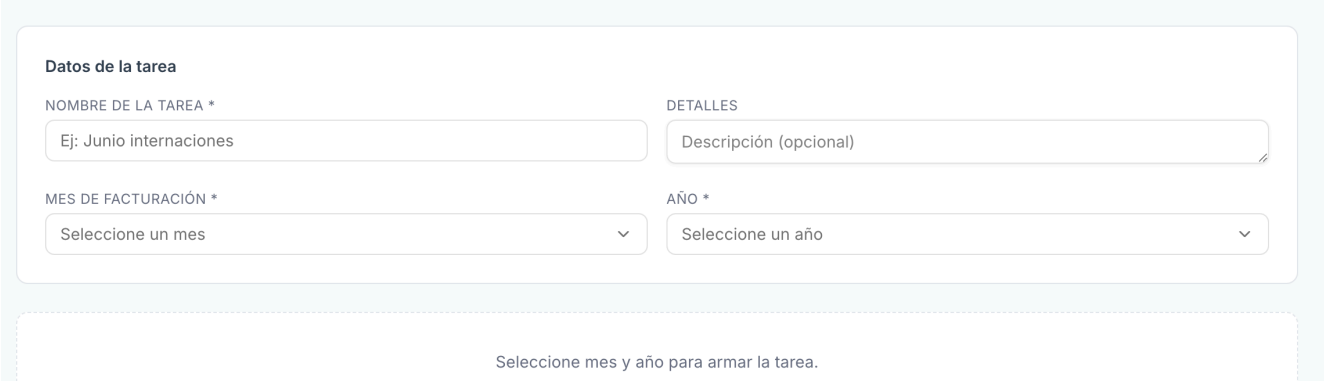


Imagen 56· Lotes disponibles para asociar a la tarea

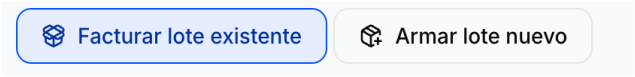


Imagen 57· Datos de la tarea

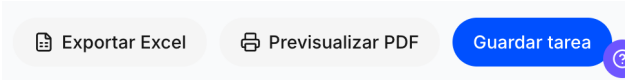


Imagen 58· Confirmación de la tarea creada

04 · CREACIÓN DE TAREAS Y FACTURACIÓN

4.5 Alertas al crear una tarea

Al armar la Tarea, la plataforma puede mostrar alertas sobre episodios que no están listos para incluirse:

En auditoría de elegibilidad	El episodio todavía está bajo revisión de auditoría de elegibilidad y no puede incluirse hasta que se resuelva.
Rechazado por auditoría	La auditoría rechazó el episodio; no corresponde incluirlo en la Tarea.
Pendiente de documentación	Falta adjuntar documentación requerida para cerrar el episodio.
Descartado	El episodio fue descartado y queda excluido del proceso de facturación.
Pendiente de efectivización	El episodio todavía no fue efectivizado; debe completarse ese paso antes de poder incluirlo en la Tarea.
Sin consumos en el período	El episodio no registra consumos dentro del período de cobertura seleccionado para la Tarea.
Ya facturado en otra tarea	El episodio ya fue incluido y facturado en otra Tarea; no puede duplicarse.