

NORMAS Y PROCEDIMIENTO DE LOS REINTEGROS

1.- NORMAS GENERALES

Las solicitudes de apoyo financiero que realicen los Agentes del Seguro de Salud mediante el SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (SUR), se realizarán sobre la base de prestaciones médicas efectivamente provistas y pagadas por los mencionados Agentes en atención de sus beneficiarios. El profesional médico que actúe en representación del Agente del Seguro de Salud en carácter de Auditor Médico, deberá firmar y sellar sus intervenciones en la documentación que sea requerida. Su sello deberá detallar: nombre y apellido, número de matrícula y especificar su carácter de Auditor Médico con la sigla o nombre del Agente del Seguro de Salud. El profesional contable del Área Contable que actúe en representación del Agente del Seguro de Salud, deberá validar con su firma y sello la documentación contable que integre la solicitud de apoyo financiero presentada a través del SUR, detallando: nombre y apellido, cargo y sigla o nombre del Agente del Seguro de Salud. Los requisitos exigibles por la Autoridad de aplicación a los Agentes del Seguro de Salud para la presentación de reintegros, sólo podrán ser los incluidos en la normativa vigente al momento de efectuarse las prestaciones.

1.1. REQUISITOS DE LAS SOLICITUDES

Todas las solicitudes de apoyo financiero a presentar a través del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (SUR) por los Agentes del Seguro de Salud, deberán contener las impresiones generadas por el sistema informático luego del ingreso de datos realizado por los Agentes del Seguro de Salud.

A - NOTA DE SOLICITUD: firmada por el Presidente del Agente del Seguro de Salud, con firma certificada por entidad bancaria o ante Escribano Público o por quien se delegara dicha función en los términos de la Resolución 407/2014.

B - CERTIFICADO DE AFILIACION: firmado por el Presidente del Agente del Seguro de Salud, con firma certificada por entidad bancaria o ante Escribano Público o de acuerdo a lo previsto por la Resolución 407/2014 SSSALUD o la que en el futuro la reemplace.

C - CUADRO DE CONCEPTOS SOLICITADOS: Se genera luego de ingresar al sistema informático los conceptos solicitados reconocidos y enunciados en los Anexos III y IV de la presente y que se encuentran predefinidos en el Sistema SUR. Para cada concepto se deberá consignar: periodo solicitado, cantidad solicitada para el periodo de referencia (de acuerdo a la unidad de medida de cada concepto) y monto total imputado a ese concepto y período incluido en la facturación asociada. Los datos mencionados ingresados al sistema deberán coincidir con los conceptos facturados por los Prestadores. En caso de diferencias se devolverá la solicitud para su modificación al no poder otorgar conceptos o cantidades distintas a las solicitadas. El Cuadro de Conceptos se deberá acompañar con la DOCUMENTACION DE LA PRESTACION MEDICA por la cual se requiere reintegro, de acuerdo con lo detallado en el punto 2.- REQUISITOS DOCUMENTACION RESPALDATORIA del ANEXO II y con la documentación adicional que se especifica en el Anexo III junto a la descripción de las Patologías y

Conceptos reconocidos. El Cuadro de Conceptos deberá presentarse firmado y sellado en original por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

D - CUADRO DE COMPROBANTES

Se genera luego de ingresar al sistema informático la documentación contable respaldatoria de la compra y el pago de los conceptos solicitados (Facturas y Comprobantes de cancelación de pago y Remitos si correspondiere) se deberá acompañar con DOCUMENTACION CONTABLE que cumplimente las especificaciones del punto 3.- REQUISITOS DOCUMENTACION COMERCIAL del presente ANEXO II. El Cuadro de Comprobantes deberá presentarse firmado y sellado en original por representante del Área Contable y representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud, lo cual será válido como reemplazo de la firma de ambos en cada Factura, Recibo o Comprobante individual ingresado al cuadro, (incluyendo remito).

1.2. PROCEDIMIENTO DE REINTEGROS PARA EL SISTEMA DE TUTELAJE DE TECNOLOGIAS SANITARIAS EMERGENTES

Las solicitudes de apoyo financiero para aquellos medicamentos y/o prácticas médicas establecidas como TECNOLOGIAS COMPRENDIDAS EN EL SISTEMA DE TUTELAJE DE TECNOLOGIAS SANITARIAS EMERGENTES, deberán ajustarse a los requerimientos del presente ANEXO II (normas generales y específicas que correspondan de acuerdo con la prestación y/o patología) y además para su presentación ante SUR, deberán contar con una autorización extendida por la GERENCIA DE GESTION ESTRATEGICA de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, como resultado de la evaluación realizada por dicha área.

1.3. - PRESENTACION DE LAS SOLICITUDES

Salvo para los casos donde se prevén tiempos menores, tratamientos completos (ej. Hepatitis C) o Resoluciones que contemplen períodos diferentes, para la presentación de las solicitudes de reintegro de las prestaciones abarcadas en la presente Resolución y que se corresponda con tratamientos prolongados, se tomará como año calendario de tratamiento el comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de cada año, pudiendo presentarse semestralmente o trimestralmente pero siempre luego del último día abarcado por el período y dentro del plazo de 24 meses posteriores.

Las solicitudes de VIH-SIDA y Hemofilia podrán ser presentadas a partir de cada mes vencido por beneficiario y podrán contener desde UN (1) mes hasta DOCE (12) meses de tratamiento.

Las solicitudes por Tratamiento de Adicciones - Drogadependencia, se deberán presentar por semestre calendario por beneficiario, salvo las prestaciones donde se contemplen períodos menores, pudiendo contener desde UN (1) mes hasta SEIS (6) meses de prestación.

Las solicitudes de reintegro por prestaciones, prótesis o insumos se deberán presentar por beneficiario individual luego de la fecha de realización de la prestación dentro de los plazos establecidos.

1.4. - PLAZOS

El plazo para la presentación de las solicitudes de apoyo financiero a través del sistema de reintegros SUR por parte del Agente del Seguro de Salud, será de VEINTICUATRO (24) meses a contar desde el último mes de prestación del tratamiento. Las solicitudes rechazadas podrán ser presentadas nuevamente sin limitaciones en cuanto a la cantidad de rechazos durante los 24 meses mencionados. Una vez ocurrido el vencimiento del plazo de 24 meses establecido, los Agentes del Seguro de Salud dispondrán para las solicitudes rechazadas por la Mesa de Entradas del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (SUR), VEINTE (20) días hábiles a contar desde la devolución de la solicitud, para corregir las observaciones efectuadas y obtener un nuevo turno. En estos casos se permitirá un rechazo de cada área de Mesa de Entradas (Recepción, Prestacional y Económica), otorgándose en cada caso los VEINTE (20) días hábiles mencionados.

1.5. - LEGAJO ORIGINAL Y AUDITORIA

Los Agentes del Seguro de Salud deberán conservar la documentación original que proceda (Historias clínicas, recetas) no debiendo contar con documentación original que corresponda al paciente (consentimiento, exámenes complementarios, anatomías patológicas) que podrá ser auditado, una vez que se haya realizado el pago de la prestación, por la SUBGERENCIA DE CONTROL DE GESTION dependiente de la GERENCIA OPERATIVA DE SUBSIDIOS POR REINTEGROS sin perjuicio de las auditorías integrales que las distintas Gerencias del organismo determinen en sus planes anuales de trabajo. En todos los casos la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se reserva el derecho de auditar, en sede o en terreno, las prestaciones efectuadas.

1.6.- PRESENTACION Y CONTROL DE LEGALIDAD

La presentación de la solicitud del apoyo financiero con la documentación que lo sustente se presentará por la Mesa de Entradas de la SUBGERENCIA DE RECEPCION, VERIFICACION Y VALORIZACION DE SOLICITUDES, la que procederá a su verificación administrativa, contable, fiscal y prestacional, conforme al ingreso de los datos en el sistema y a determinar el monto a reintegrar. Se otorgará número de expediente a aquellas solicitudes que contengan toda la Documentación respaldatoria verificada y se devolverá al Agente del Seguro de Salud aquellas incompletas o con observaciones con indicación escrita de tal situación, sin que se genere expediente sobre estas últimas. Para ingresar las solicitudes con los faltantes agregados o corregidos, se deberá solicitar nuevo turno. Luego de la validación, valorización y conversión en Expediente se procederá a enviarlos a la SUBGERENCIA DE CONTROL DE LEGALIDAD DE SUBSIDIOS POR REINTEGROS dependiente de la GERENCIA DE ASUNTOS JURIDICOS para el dictamen de control de legalidad de los mismos.

1.7.- LIQUIDACION Y PAGO

La liquidación y pago del reintegro se practicará por medio del procedimiento establecido en la normativa vigente.

2. REQUISITOS DOCUMENTACION RESPALDATORIA DE CONCEPTOS SOLICITADOS

2.1.- REINTEGRO DE PRÁCTICAS:

Para la presentación de las solicitudes de reintegros de prácticas se adjuntará, la siguiente documentación:

- Fotocopia de resumen de Historia Clínica firmada y sellada por el médico tratante y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud, que contenga los siguientes datos:

a) Datos del Beneficiario (Nombre y Apellido, N° de beneficiario y/o número de documento,).

b) Diagnóstico.

c) Antecedentes personales y de la enfermedad actual, complicaciones y/o comorbilidades.

d) Detalle del tratamiento indicado.

e) Fecha del resumen

- Consentimiento Informado del tratamiento: Fotocopia del mismo firmado por el paciente o su representante y por el médico tratante.

- Fotocopia de la prescripción de la práctica, firmada y sellada por médico tratante y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

- Fotocopia de los informes de estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico y la solicitud del reintegro, firmados y sellados por el profesional interviniente y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. Esta documentación adicional se especifica en la descripción de las Patologías y Conceptos reconocidos, incluidos en Anexo III.1.

- Fotocopia de Epicrisis en caso de internación, cuando no se incluyera en el resumen de Historia Clínica), firmada por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. También se considerará válida una fotocopia de la Historia Clínica completa.

2.2 - REINTEGRO DE INSUMOS Y PROTESIS

Para las solicitudes que incluyan elementos protésicos o cualquier otro insumo se deberá presentar además de la documentación mencionada en el punto 1.1. - REQUISITOS DE LAS SOLICITUDES y en el punto 2.1. - REINTEGRO DE PRACTICAS del presente ANEXO II, la siguiente documentación específica:

- Copia del Protocolo Quirúrgico firmado por el cirujano interviniente y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

-Certificado de Implante firmado por el profesional interviniente en donde conste la fecha del implante y los stickers, con firma y sello del Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. Cuando se trate de material diseñado específicamente para el paciente (prótesis

3D de calota craneana, prótesis para amputaciones), se dará por cumplido el requisito con el remito conformado.

2.3- REINTEGRO DE TRASPLANTES

Cuando se trate de prácticas de trasplante, los Agentes del Seguro de Salud deberán efectuar sus solicitudes de acuerdo con el punto 1.1. - REQUISITOS DE LAS SOLICITUDES y el punto 2.1. -REINTEGRO DE PRÁCTICAS del presente ANEXO II y presentar además la constancia de inscripción en lista de espera del INCUCAI a través del SINTRA (el SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION DE PROCURACION Y TRASPLANTE DE LA REPUBLICA ARGENTINA) en caso de pretrasplante y Certificado de Implante del INCUCAI en caso de trasplante, salvo el caso del de médula, en el que sólo se solicitará informe de trasplante emitido por el ente regulador. El reintegro de las sumas que correspondan por la procuración de órganos, será solicitado en forma directa por el INCUCAI u Organismo Regional o Jurisdiccional que intervenga a esta Superintendencia, de acuerdo con los valores establecidos en la Resolución Ministerial vigente. - No se reintegrarán prácticas de TRASPLANTES realizadas en el exterior. - Será pasible de solicitud de reintegro la búsqueda de donante no emparentado para pacientes de nuestro país, con indicación de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (CPH), provenientes de la médula ósea, sangre periférica o cordón umbilical que por razones de falta de donante adecuado deban realizarse en registros de otros países-a través del INCUCAI. -

2.4.- REINTEGRO TRATAMIENTO DE ADICCIONES-DROGADEPENDENCIA

Las solicitudes de apoyo financiero a través del SUR específicas para TRATAMIENTOS DE ADICCIONES - deberán contener, además de la documentación detallada en 1.1. - REQUISITOS DE LAS SOLICITUDES de este ANEXO II, la siguiente documentación:

- Fotocopia de resumen de Historia Clínica específica de Drogadependencia.
- Consentimiento Informado: Fotocopia del mismo firmado por el paciente o su representante y por el profesional actuante. Se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado cuando haya cambio de la modalidad de tratamiento.
- Hoja de Evolución Mensual del Tratamiento (cuando corresponda) firmada y sellada por médico tratante y Médico Auditor del Agente del Seguro de Salud (Módulos: Internación en Comunidad Terapéutica; Hospital de Día 4 u 8 horas; Tratamiento Ambulatorio de Control y Prevención de Recaídas).
- Fotocopia del Certificado de Inscripción del Prestador en el Registro de Prestadores de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, con firma y sello del Médico Auditor del Agente del Seguro de Salud.
- Documentación médica específica para Drogadependencia detallada en el Anexo III.1. Las solicitudes por Tratamiento de Adicciones
- Drogadependencia, se deberán presentar por semestre calendario por beneficiario, pudiendo contener desde un (1) mes hasta seis (6) meses de prestación.

2.5. - REINTEGRO POR VIH-SIDA

Los conceptos reconocidos para esta Patología se detallan en el Anexo III.1 de la presente resolución.

Los Agentes del Sistema Nacional del Seguro Salud que presenten solicitudes de reintegros por VIH-SIDA, deberán ajustarse a la siguiente operatoria:

- A los efectos de las solicitudes de Reintegro, se tomará como año calendario de tratamiento el comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de cada año. Las solicitudes podrán ser presentadas a partir de cada MES VENCIDO, por beneficiario y podrán contener desde 1 mes a 12 meses de tratamiento.

Los Agentes del Seguro de Salud deberán ingresar al sitio Web del Sistema único de Reintegros (SUR) para efectuar las solicitudes de reintegros de VIH-SIDA por la opción específica del menú de solicitudes.

Para el caso de CASOS NUEVOS, los Agentes del Seguro de Salud para poder dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero de REINTEGROS POR VIH-SIDA, deberán presentar la siguiente documentación e ingresar los siguientes datos en el sistema:

A- DOCUMENTACION REQUERIDA Y DIGITALIZACION

A.1. CASO DE PACIENTES NUEVOS DE CARGA, SIN RECUPERO PREVIO POR EL SISTEMA SUR.

Documentación:

- Resumen de Historia Clínica específica de VIH-SIDA, firmada y sellada por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud, con los siguientes datos de beneficiario: diagnóstico, antecedentes de la enfermedad, estado actual, detalle de los tratamientos realizados y a realizar.)

- Consentimiento informado, firmado por paciente y médico tratante.

. Ficha de Notificación de VIH- SIDA del Ministerio de Salud firmado y sellado por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

- Documentación médica específica para esta patología detallada en el Anexo IV.1
Para toda la documentación mencionada: ORIGINALES EN LEGAJO INDIVIDUAL EN OBRA SOCIAL FOTOCOPIA PRESENTADA EN PAPEL POR UNICA VEZ CON LA SOLICITUD INICIAL

A.2. - DOCUMENTACION MENSUAL – PARA TODOS LOS PACIENTES CON MÓDULO A+B1 Y A+B2

- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de un mes de tratamiento, mientras el médico tratante especifique en la misma el período prescripto.

- Documentación para trazabilidad de medicamentos según punto 2.9 del presente Anexo II.

A.3 - DOCUMENTACION MENSUAL – PARA TODOS LOS PACIENTES

MODULO C- MULTIFALLO

- Resumen de Historia Clínica con fundamento de cambio terapéutico, firmada por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

- Test de Resistencia o justificación por causas válidas

- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de un mes de tratamiento, mientras el médico tratante especifique en la misma el periodo prescripto.

- Documentación para trazabilidad de medicamentos según punto 2.9 del presente Anexo II.

MODULO D - TRANSMISION VERTICAL

- Resumen de Historia Clínica del período perinatal con datos de seguimiento del recién nacido, firmado y sellado por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de un mes de tratamiento, mientras el médico tratante especifique en la misma el período prescripto.

- Documentación para trazabilidad de medicamentos según punto 2.9 del presente Anexo II.

MODULO E- ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

- Resumen de Historia Clínica que justifique la utilización terapéutica, firmada y sellada por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de un mes de tratamiento, mientras el médico tratante especifique en la misma el período prescripto.

- Documentación para trazabilidad de medicamentos según punto 2,9 del presente Anexo II.

A.4- DOCUMENTACION CONTABLE

Documentación descripta en punto 3 del Anexo II de la presente Resolución.
**ORIGINALES EN LEGAJO INDIVIDUAL DE LA OBRA SOCIAL
IMAGENES ESCANEADAS INCORPORADAS A LOS COMPROBANTES**

B-INGRESO DE DATOS EN SISTEMA CARGA DE DATOS

El Agente del Seguro de Salud deberá ingresar los siguientes datos requeridos por el sistema para dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero:

- N° CUIL del Beneficiario.

- Para cada mes de tratamiento, ingresar los conceptos solicitados, detallando medicamentos prescritos por Módulo (cantidad, período, importe), Imagen escaneada de la prescripción médica y en la Opción Imagen Adicional se podrá incorporar la imagen escaneada del resumen de Historia Clínica

- Ingresar los datos de los comprobantes contables y las imágenes escaneadas de Facturas y Recibos. En el caso de los Remitos si no se incorporan escaneados, se deberán presentar en copia legible firmada por Auditor Médico y Contador del Agente del de Salud.

En los casos de Módulo Multifallo (C), si el Resumen de Historia Clínica no se incluye escaneado en la solicitud que se presenta (imagen adicional), deberá presentarse en papel con el detalle de esquemas anteriores de tratamientos y fallos.

En los casos de módulos A+B1 – A+B2 que contemplan la posibilidad de varias drogas se podrá, durante la carga de conceptos (medicamentos), incorporar la prescripción médica mensual escaneada una única vez al primer concepto del módulo considerado. No siendo necesario repetir la misma imagen en los restantes conceptos del módulo.

La carga de comprobantes, datos e imágenes de Factura, Remito y Recibo, asociados a cada concepto solicitado (medicamentos), se podrá simplificar incorporándolos sólo una vez para el primer medicamento del módulo considerado.

En las solicitudes por Reintegro de VIH-SIDA, se podrán incluir más de un módulo de los reconocidos, siempre que se reflejen en la prescripción médica y en el resumen de Historia Clínica.

C- PRESENTACION SOLICITUDES EN PAPEL- SOLO PARA LOS MODULOS C-D-E

- Nota Solicitud de Reintegro y Certificación de Afiliación impresas del sistema SUR, firmada por el Presidente del Agente del Seguro de Salud solicitante,

certificada su firma por institución bancaria o escribano público o de acuerdo a lo previsto por la Resolución 407/2014 SSSALUD o la que en el futuro la reemplace.

- Cuadro de conceptos

- Cuadro de comprobantes

- Los Resúmenes de Historias Clínicas mencionados en los módulos podrán ser presentados como imágenes escaneadas asociadas a los conceptos o en papel.

- Documentación para trazabilidad de medicamentos según punto 2.9 del presente Anexo II.

Esta documentación podrá ser presentada como imagen escaneada o en papel. Los Remitos si se utilizan como Comprobante de Dispensa podrán presentarse escaneados formando parte del Cuadro de Comprobantes o en papel.

- Documentación complementaria presentada como detalle de facturas globales, notas por débitos efectuados, detalle de recibos, notas del prestador u otras deberán presentarse firmadas y selladas por el representante del Área Contable y el representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud.

2.6. - REINTEGRO POR HEMOFILIA

Los conceptos reconocidos para esta Patología se detallan en el Anexo IV.1 de la presente resolución. Los Agentes del Sistema Nacional del Seguro Salud que presenten solicitudes de reintegros por HEMOFILIA, deberán ajustarse a la siguiente operatoria: A los efectos de las solicitudes de Reintegro, se tomará como año calendario de tratamiento el comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de cada año. Las solicitudes podrán ser presentadas a partir de cada MES VENCIDO por beneficiario y podrán contener desde 1 mes a 12 meses de tratamiento. Los Agentes del Seguro de Salud deberán ingresar al sitio Web del Sistema único de Reintegros (SUR) para efectuar las solicitudes de reintegros de HEMOFILIA por la opción específica del menú de solicitudes. El Agente del Seguro de Salud para poder dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero de Reintegros por HEMOFILIA, deberá presentar la siguiente documentación e ingresar los siguientes datos en el sistema:

A- DOCUMENTACION REQUERIDA Y DIGITALIZACION

A.1.- AL COMIENZO DEL AÑO CALENDARIO DE TRATAMIENTO.:

- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico tratante y auditor, con los siguientes datos: fecha, beneficiario, diagnóstico, tipo de tratamiento, dosaje de inhibidor circulante de ser necesario.

- Consentimiento informado, firmado por paciente o mayor responsable y médico tratante.

- Prescripción médica de tratamiento anual con dosis por Kg y peso del paciente firmada y sellada por médico tratante y médico Auditor del Agente del Seguro de Salud.

- Protocolo de laboratorio de factor e inhibidor, firmado y sellado por médico tratante y auditor del Agente del Seguro de Salud.

- Certificados de vacunas para la Hepatitis A y B. - De corresponder, prescripción médica de Cirugía y extracción dentaria. - Documentación médica específica para esta patología detallada en el Anexo IV.1.

Para toda la documentación mencionada Y CUANDO LA MISMA NO DEBA ESTAR EN PODER DEL PACIENTE, ORIGINALES EN LEGAJO INDIVIDUAL EN LA OBRA SOCIAL FOTOCOPIA PRESENTADA EN PAPEL POR UNICA VEZ CON LA SOLICITUD INICIAL

A.2. DOCUMENTACION MENSUAL

- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de un mes de tratamiento, mientras el médico tratante especifique en la misma el período prescripto.

- Documentación para trazabilidad de medicamentos según punto 2.9 del presente Anexo II.

Para toda la documentación mencionada: Y CUANDO LA MISMA NO DEBA ESTAR EN PODER DEL PACIENTE, ORIGINALES EN LEGAJO INDIVIDUAL DE LA OBRA SOCIAL IMAGENES ESCANEADAS INCORPORADAS A LOS CONCEPTOS.

A.3- DOCUMENTACION CONTABLE

Documentación descrita en punto 3 del Anexo II de la presente Resolución. ORIGINALES EN LEGAJO INDIVIDUAL DE LA OBRA SOCIAL IMAGENES ESCANEADAS INCORPORADAS A LOS COMPROBANTES B-CARGA DE DATOS El Agente del Seguro de Salud deberá ingresar los siguientes datos requeridos por el sistema para dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero:

- N° CUIL del Beneficiario. - Para cada mes de tratamiento, ingresar los conceptos solicitados, detallando: Medicamento, cantidad, período, importe e imagen escaneada de la prescripción médica.

- Ingresar los datos de los comprobantes contables y las imágenes escaneadas. Los períodos prestacionales (de uso del medicamento) no necesariamente deberán coincidir con la fecha de las facturas y demás elementos contables, toda vez que se acepta la provisión de un stock limitado (no más de 10 unidades) para hacer frente al tratamiento temprano de eventos.

C - PRESENTACION SOLICITUDES EN PAPEL

- Nota Solicitud de Reintegro y Certificación de Afiliación impresas del sistema SUR, de acuerdo a lo establecido en el punto 1.1. A del presente Anexo

- Cuadro de conceptos

- Cuadro de comprobantes.

- El Resumen de Historia Clínica podrá ser presentado como imagen adicional escaneada asociada al concepto solicitado o en papel.

- Documentación para trazabilidad de medicamentos según punto 2.9 del presente Anexo II. Esta documentación podrá ser presentada como imagen escaneada o en papel. Los Remitos si se utilizan como Comprobante de Dispensa podrán presentarse escaneados formando parte del Cuadro de Comprobantes o en papel.

- Documentación complementaria presentada como detalle de facturas globales, notas por débitos efectuados, detalle de recibos, notas del prestador u otra documentación complementaria a las Facturas, Recibos y Remitos deberán presentarse firmadas y selladas por el representante del Área Contable y el representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud.

2.7- REINTEGRO HEPATITIS C CRONICA

Las solicitudes de apoyo financiero a través del SUR específicas para TRATAMIENTO DE HEPATITIS C CRONICA deberán contener, además de la documentación detallada en el punto 1.1. - REQUISITOS DE LAS SOLICITUDES de este ANEXO II, la siguiente documentación:

- Fotocopia de resumen de Historia Clínica Específica de Hepatitis C Crónica, firmada por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. - Fotocopia de Consentimiento Informado firmado por paciente o su representante y profesional actuante y firma del Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. Se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, sólo cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

- Documentación médica específica para esta patología detallada en el Anexo III.1

- Documentación contable de acuerdo con las especificaciones del punto 3 del presente Anexo II. Las solicitudes de reintegro deberán ser presentadas por tratamiento completo con independencia que la misma incluya semestres, o año calendario diferentes.

2.8 - REINTEGRO DE MEDICAMENTOS

Los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud que presenten solicitudes de reintegros por medicación, deberán ajustarse a la siguiente operatoria, períodos y plazos:

Se tomará como año calendario el comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de cada año.

Las solicitudes podrán ser presentadas por TRIMESTRE o SEMESTRE. CALENDARIO VENCIDO de tratamiento, salvo los casos detallados (hemofilia, hepatitis C).

Para la presentación de las solicitudes de reintegros de medicamentos se requerirá, además de la documentación detallada en el punto 1.1.- REQUISITOS DE LAS SOLICITUDES del presente Anexo, la siguiente documentación:

- Resumen de Historia Clínica (fotocopia) firmada y sellada por el médico tratante y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud, que contenga los siguientes datos:

a - Datos del Beneficiario: Nombre y Apellido, N° de beneficiario y/o, número de documento, edad, sexo.

b - Diagnóstico.

c - Antecedentes personales y de la enfermedad, complicaciones y/o comorbilidades.

d - Detalle del tratamiento indicado.

e - Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis diaria y mensual requerida.

f - Fecha del resumen

- Fotocopia de la Receta Médica original de la medicación para la cual se solicita reintegro, firmada y sellada por médico especialista afín a la patología y fecha, con firma y sello del Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

- La Receta Médica original quedará en el Legajo Original del Agente del Seguro y será puesta a disposición de la Superintendencia de Servicios de Salud cuando ésta lo requiera en sus procesos de auditoría. La prescripción médica podrá incluir más de un mes de tratamiento, mientras el médico tratante especifique en la misma el periodo prescripto. Las recetas no tendrán vencimiento acorde a lo normado por la ley de Medicamentos 16463/64

- Fotocopia de los Estudios complementarios que avalen el diagnóstico con firma y sello del profesional interviniente y del Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. Esta documentación adicional se especifica en la descripción de los Medicamentos sujetos a reintegros, incluidos en Anexo IV.

- Fotocopia del Consentimiento Informado, firmado por médico que indica el tratamiento y el paciente o su representante con firma del Auditor Médico.

2.9- TRAZABILIDAD DE MEDICAMENTOS

El Agente del Seguro de Salud deberá dar cumplimiento a la normativa vigente en materia de trazabilidad procediendo a verificar la trazabilidad de los medicamentos dispensados a su población beneficiaria, según Res 362/12-SSSALUD o la que en el futuro la reemplace.

El medicamento por el que se solicita el reintegro, deberá reflejarse fehacientemente con su código unívoco (GTIN Seriado) en la facturación dirigida a la Obra Social (Factura, detalle de factura y/o Remito), según se describe en el punto 3.4 del presente Anexo.

El Agente de Seguro de Salud debe verificar que el GTIN Seriado facturado sea un código válido generado por el Laboratorio y asegurar que ese medicamento haya sido dispensado por una Farmacia o Establecimiento asistencial habilitado al paciente. Dicho documento, impreso desde el sistema de trazabilidad de ANMAT o plataforma equivalente que tome los datos del sistema de ANMAT, con GTIN y serie permitirá el reemplazo de la firma del farmacéutico y paciente en los remitos y comprobantes de dispensa, atento a las dificultades en la manipulación de documentos en el actual contexto y las que en el futuro pudiera surgir.

En el caso que dicha documentación no pueda ser cumplimentada, se requerirá remito conformado por el paciente o representante con firma y sello del farmacéutico de la farmacia responsable de la dispensa y comprobante de dispensa donde conste el CUFE (código de ubicación física del establecimiento).

La documentación mencionada debe estar firmada y sellada por el Auditor Médico del Agente del Sistema del Seguro de Salud.

3. - DOCUMENTACION COMERCIAL

3.1- FACTURA- GENERALIDADES

El Agente del Seguro de Salud deberá verificar que los conceptos (prácticas, medicamentos, prótesis o insumos) por los que solicita reintegro, se reflejen fehacientemente en la facturación del prestador (facturas o recibo como instrumento de facturación, en forma directa o por detalle adjunto).

Será responsabilidad de los Agentes del Seguro de Salud verificar la validez de las facturas o recibos/comprobantes incluidos en las solicitudes de reintegro. La inclusión de la factura o recibo/comprobantes de pago en el Cuadro de Comprobantes importará la asunción de dicha carga.

Se deberá presentar fotocopia de la factura o documento que la reemplace, completa en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, con los siguientes datos:

- Nombre y Apellido del Beneficiario o nomenclatura según normas vigentes para VIH
- Descripción de la prestación facturada en concordancia con los conceptos reconocidos
- Fecha de prestación o período para el caso de tratamientos
- Monto individual y sumatoria total de la prestación facturada

En el caso de facturas globales (posteriores a la fecha de prestación) que no contengan este detalle, se deberá acompañar de un Resumen de Facturación y/o Rendición Individual confeccionada y firmada por el prestador, donde se detallen los datos mencionados en el párrafo anterior y donde conste el número de factura a la que pertenece. En el caso de ser operaciones comerciales vinculadas con emisión de remitos (medicación, prótesis e insumos), el detalle de factura global puede reemplazarse con el detalle de remitos que la sustentan siempre y cuando los mismos contengan los datos requeridos mencionados.

En caso de facturas globales emitidas en forma anticipada a la fecha de prestación o entrega de insumos/medicamentos, se podrá acompañar con un detalle confeccionado por la Auditoría Médica del Agente del Seguro que contenga los datos mencionados en el párrafo anterior (beneficiario, concepto suministrado, período y monto). Y para el caso de medicación se deberá agregar el detalle de GTIN Seriados incluidos en la factura global.

En todos los casos, los detalles de facturación global, pueden ser presentados en fotocopia con firma y sello del representante del Área Contable y del representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud.

3.2. - RECIBO. GENERALIDADES

El Agente del Seguro de Salud, deberá verificar que la documentación que presente refleje fehacientemente la cancelación total de las Facturas que contengan los conceptos por los que se solicita reintegro. Se deberá presentar alguna de las siguientes opciones:

a) fotocopia de Recibo completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, conteniendo los siguientes datos: -Fecha. - Número completo de factura que cancela. - En el caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual;

b) orden de pago donde conste el CBU del prestador/proveedor, más comprobante de transferencia. En cualquiera de las dos opciones y cuando existe diferencia entre lo facturado y el importe cancelado se deberá incluir registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.

c) Detalle de medios de pago utilizado (cheques o transferencias bancarias) con registro de la fecha de vencimiento del cheque o fecha de débito de la transferencia.

Verificar que el importe total de las facturas canceladas sea igual al importe total de valores recibidos más débitos, retenciones y percepciones efectuadas.

d) Firma y aclaración del prestador o su representante.

Cuando el importe del pago de la prestación haya sido afectado por Notas de Débito se deberá adjuntar: Fotocopia de planilla de ajuste que detalle motivo e importe del débito, con firma y sello del representante del Área Contable y del representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud.

Cuando el recibo emitido no contenga todos los datos mencionados



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO II

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 15 pagina/s.