RESOLUCION 789/2009
MINISTERIO DE SALUD (MS)

Normas de transición que regirán la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.
Del 01/06/2009; Boletín Oficial 09/06/2009.

VISTO lo establecido en el artículo 29 de la Ley Nº 23.661, y el Expediente Nº 155893/09 del Registro de la Superintendencia de Servicios de Salud y;
CONSIDERANDO
Que el artículo 29 de la Ley Nº 23.661 establece que la ANSSAL, hoy SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, llevará un Registro Nacional al que se deberán inscribir todos aquellos prestadores que deseen contratar con los agentes del seguro de salud.
Que la centralización de ese Registro Nacional de Prestadores en el ámbito de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD fue establecida por el legislador con carácter transitorio, toda vez que el propio artículo 29 de la Ley Nº 23.661 establecía que el mismo debía ser descentralizado progresivamente por jurisdicción a cuyo fin, la entonces ANSSAL debía convenir la delegación de sus atribuciones con los organismos que correspondan.
Que no obstante haber transcurrido más de 20 (VEINTE) años desde la promulgación de la Ley Nº 23.661 jamás se dio cumplimiento con el mandato legal impuesto en dicha norma legal.
Que por el contrario la implementación de ese Registro realizado a través de la SUPERINTENDENCIA DE SALUD lo único que ha hecho en el tiempo es duplicar la exigencia de requisitos de registración de quienes desean inscribir superponiéndose con las atribuciones que en materia de control tienen cada una de las jurisdicciones provinciales.
Que en razón de lo expuesto precedentemente y siendo inadmisible que un mandato legislativo continúe incumplido pese al tiempo transcurrido resulta necesario adoptar los medios necesarios para la descentralización del Registro Nacional de Prestadores tal como lo impone el artículo 29 de la Ley Nº 23.661.
Que por lo tanto debe instruirse a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD con el fin de que adopte las medidas necesarias para dar inicio al proceso de descentralización progresivo por jurisdicción de las funciones del Registro Nacional de Prestadores del Sistema Nacional del Seguro de Salud conforme lo establece el artículo 29 de la Ley Nº 23.661.
Que resulta necesario establecer las normas de transición que regirán la inscripción de los prestadores en el Registro Nacional de Prestadores hasta tanto se concluya dicho proceso de descentralización progresivo por jurisdicción.
Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.
Que la presente se dicta en ejercicio de las atribuciones conferidas por el artículo 29 del Anexo II del Decretos Nro. 576/93.
Por ello,
La Ministra de Salud resuelve:

Artículo 1º.- Instrúyese a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a fin de que adopte las medidas necesarias para dar inicio al proceso de descentralización progresivo

por jurisdicción de las funciones del Registro Nacional de Prestadores del Sistema Nacional del Seguro de Salud conforme lo establece el artículo 29 de la Ley Nº 23.661.
Art. 2º.- Estáblecese que hasta tanto se concluya el proceso de descentralización progresivo establecido por el artículo 29 de la Ley 23.661 el Registro Nacional de Prestadores podrá exigir únicamente la documentación exigida en los Anexos I, II, III, IV y V de la presente resolución.
Art. 3º.- Será obligación de cada Agente del Seguro de Salud que desee contratar con los prestadores inscriptos de conformidad con lo establecido en el artículo 2º de la presente Resolución, verificar que dichas habilitaciones se encuentren en vigencia.
Art. 4º.- Deróganse las Resoluciones Nros. 119/99 - S.S.SALUD, 195/01 - S.S.SALUD, 403/00 - S.S.SALUD y 457/07 - S.S.Salud del registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, sus modificatorias y complementarias y así como cualquier otra norma que se oponga a la presente.
Art. 5º.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y oportunamente archívese.
María G. Ocaña.

ANEXO I
REQUISITOS PARA LA INSCRIPCION DE ESTABLECIMIENTOS
DE INTERNACION Y AMBULATORIO
• Solicitud de inscripción (el formulario de inscripción (Planilla correspondiente ANEXO I) debe estar firmado por el director médico o representante legal con firma certificada por escribano público o certificación bancaria, en concepto de declaración jurada).
• Fotocopia autenticada de la habilitación otorgada por la autoridad sanitaria jurisdiccional.
ANEXO II
REQUISITOS PARA LA INSCRIPCION DE PROFESIONALES
• Solicitud de inscripción para profesionales.
• Matrícula profesional y fotocopia simple.
• Documento de identidad y fotocopia simple de las dos primeras hojas.
• Certificado de ética vigente de la autoridad jurisdiccional de la matrícula.
ANEXO III
REQUISITOS PARA LA INSCRIPCION DE ASOCIACIONES QUE REPRESENTEN A PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR O A ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES
• Solicitud de inscripción suscrita por la(s) autoridad(es) o el/los responsable(s) de la ASOCIACION, con firma certificada por escribano público o certificación bancaria (Planilla correspondiente ANEXO III).
• FOTOCOPIA AUTENTICADA del contrato constitutivo de la ASOCIACION, debidamente inscripto en el Registro de Personas Jurídicas de la jurisdicción que corresponda (verificando que en el estatuto prevea que entidad solicitante tenga capacidad jurídica para la suscribir contratos con los
Agentes del Sistema de Seguro de Salud).
• Listado de prestadores que conforman la Asociación en soporte magnético (listado en formato Excel), con discriminación de los siguientes campos: nombre, domicilio, localidad, provincia, número de inscripción vigente y fecha de vencimiento en el Registro de Prestadores.
• FOTOCOPIA SIMPLE del certificado de inscripción en el Registro de Prestadores de cada uno de los prestadores individualmente inscriptos - profesionales, centros y establecimientos asistenciales.
ANEXO IV
REDES DE PRESTADORES DE SERVICIOS MEDICO-ASISTENCIALES
Para inscribir la red es necesario que el ESTABLECIMIENTO CABECERA DE RED se encuentre inscripto en este Registro
• Solicitud de inscripción suscrita por las autoridades o el/los responsables de la RED, con

firma certificada por escribano público o certificación bancaria.
• COPIA CERTIFICADA del contrato constitutivo de la red, debidamente inscripto en el Registro de la jurisdicción que corresponda.
• Listado de prestadores que conforman la Red en soporte magnético, CON LOS SIGUIENTES CAMPOS (COLUMNAS EXCEL) nombre, domicilio, localidad, provincia, número de inscripción vigente en el Registro de Prestadores y fecha de vencimiento de la inscripción. Ordenado alfabéticamente.
• Fotocopia SIMPLE del certificado de inscripción en el Registro de Prestadores de cada uno de los prestadores individualmente inscriptos - profesionales, centros y establecimientos asistenciales. (EN EL MISMO ORDEN QUE EL LISTADO ANTERIOR.)
• ACTA DE ADHESION que suscriban los Establecimientos o profesionales que decidan adherir a la RED DE PRESTADORES, en fotocopia simple firmada por el representante de la Red (EN EL MISMO ORDEN QUE EL LISTADO ANTERIOR.)

ANEXO V

EMERGENCIAS MÉDICAS Y TRASLADOS SANITARIOS

• Solicitud de Inscripción (EL Formulario De Inscripción debe estar firmado por el director médico o representante legal con firma certificada por escribano público o certificación bancaria, en concepto de declaración jurada) Planilla correspondiente ANEXO V.
• Fotocopia autenticada de la habilitación sanitaria jurisdiccional.

ANEXO VI

PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCION A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

• Solicitud de Inscripción (El Formulario De Inscripción debe estar firmado por el director médico o representante legal con firma certificada por escribano público o certificación bancaria, en concepto de declaración jurada).
• Fotocopia autenticada de la habilitación otorgada por la autoridad sanitaria jurisdiccional. Debe contener el director médico y consignar el propietario del establecimiento.
• Fotocopia simple de la inscripción al en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Favor de Personas con Discapacidad (categorización y cupo).

ANEXO VII

PROCEDIMIENTOS

Una vez cumplidos los recaudos indicados en el Anexo I, II, III, IV y V se remitirá el legajo al Departamento Mesa de Entradas, Salidas y Archivo para su caratulación.
Recibido el Expediente se remitirá a la Gerencia de Control Prestacional a los fines de evaluar la solicitud y de corresponder, procederá a confeccionar el proyecto de aprobación y emisión del certificado pertinente, o informar sobre las observaciones que correspondieren al presentante.

ANEXO I
REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES
Solicitud de inscripción para
ESTABLECIMIENTOS

Completar el formulario con LETRA DE IMPRENTA MAYUSCULA
LEGIBLE, PC, U OTRO MEDIO TIPOGRAFICO.

Denominación del Establecimiento: (escribir el nombre o denominación conforme a la habilitación del Ministerio de Salud)

_____

_____

Propiedad
De: _____

Entidad: _____

Domicilio
Legal: _____

Localidad: _____
Provincia: _____

CP: _____ C.U.LT: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Director Médico

Apellido y nombre: _____

Profesión: _____

Especialidad: _____

Matrícula Nacional Nº: _____ Matrícula Provincial Nº: _____

Número de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores:

ESTE FORMULARIO TIENE CARACTER DE DECLARACION JURADA, POR LO TANTO LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL SON RESPONSABILIDAD DE QUIEN LO SUSCRIBE.

Firma y Sello

Diagonal Av. Roque Sáenz Peña 530 Teléfono (011) 4344-2800

TODOS LOS TRAMITES EN LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD SON GRATUITOS.

ANEXO II
REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES
SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA PROFESIONALES

APELLIDO/S: .....
NOMBRE/S: .....
TIPO DE DOCUMENTO: ..... Nº: .....
Nº DE CUIT/CUIL: .....
LUGAR DE NACIMIENTO: .....
FECHA DE NACIMIENTO..... /...../..... SEXO..... NACIONALIDAD: .....
PROFESION: ..... Nº DE MATRICULA: .....
TITULO OBTENIDO:
ENTIDAD FORMADORA: ..... FECHA DEL TITULO:.../.../ .....

DOMICILIO REAL:

CALLE: ..... Nº: ..... PISOS:..... DPTO: .....
LOCALIDAD:.....C.P: ..... PROVINCIA DE: .....

DOMICILIO LEGAL

CALLE: ..... Nº: ..... PISOS:..... DPTO: .....
LOCALIDAD: ..... C.P:.....
PROVINCIA DE: .....

SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA DE QUE EL PROFESIONAL DECLARA BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON REALES.

CUALQUIER PERSONA PODRA GESTIONAR LA TRAMITACION DEL CERTIFICADO Y RETIRAR EL MISMO, CON AUTORIZACION POR ESCRITO EN ORIGINAL SUSCRIPTA POR EL PROFESIONAL EN LA QUE SE CONSIGNE APELLIDO, NOMBRE Y D.N.I DEL AUTORIZADO.

Firma y Sello

Diagonal Av. Roque Sáenz Peña 530 Teléfono (011) 4344-2800

TODOS LOS TRAMITES EN LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD SON GRATUITOS

TITULO OBTENIDO:
ENTIDAD FORMADORA: ..... FECHA DEL TITULO:.../.../.....

DOMICILIO REAL:

CALLE: ..... Nº: ..... PISOS:..... DPTO: .....
LOCALIDAD: ..... C.P: .....
PROVINCIA DE: .....

DOMICILIO LEGAL

CALLE: ..... Nº: ..... PISOS:..... DPTO: .....
LOCALIDAD: ..... C.P: ..... PROVINCIA DE: .....

SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA DE QUE EL PROFESIONAL DECLARA BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON REALES.

CUALQUIER PERSONA PODRA GESTIONAR LA TRAMITACION DEL CERTIFICADO Y RETIRAR EL MISMO, CON AUTORIZACION POR ESCRITO EN ORIGINAL SUSCRIPTA POR EL PROFESIONAL EN LA QUE SE CONSIGNE APELLIDO, NOMBRE Y D.N.I DEL AUTORIZADO.

Firma y Sello

Diagonal Av. Roque Sáenz Peña 530 Teléfono (011) 4344-2800

TODOS LOS TRAMITES EN LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD SON GRATUITOS

C.U.I.T.: _____

ESTE FORMULARIO TIENE CARACTER DE DECLARACION JURADA, POR LO TANTO LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL SON RESPONSABILIDAD DE QUIEN LO SUSCRIBE.

Firma y Sello

Diagonal Av. Roque Sáenz Peña 530 Teléfono (011) 4344-2800

TODOS LOS TRAMITES EN LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD SON GRATUITOS

ANEXO IV
REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES
Solicitud de inscripción para
REDES de prestadores

Completar el formulario con LETRA DE IMPRENTA MAYUSCULA LEGIBLE. PC, U OTRO MEDIO TIPOGRAFICO.

Denominación: _____

Razón Social: _____

Domicilio Legal: _____

Datos de la Cabecera de Red

Denominación: _____

Domicilio: _____

Nº de Inscripción en el
Registro: _____

Localidad: _____
Provincia: _____

CP: _____ C.U.I.T: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Datos del Representante legal de la Red

Apellido y nombre: _____

Tipo y Nº de documento: D.N.I. / C.M. / L.C. /
L.E.: _____

Especialidad: _____

C.U.I.T: _____

MANIFIESTO QUE CONOZCO Y ACEPTO LA NORMATIVA QUE EN MATERIA DE CONTRATACIONES, INFORMACION A LOS BENEFICIARIOS E INFORMACION ESTADISTICA DEBEN OBSERVAR LAS OBRAS SOCIALES INCLUIDAS EN LAS LEYES 23.660/61.

ESTE FORMULARIO TIENE CARACTER DE DECLARACION JURADA, POR LO TANTO LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL SON RESPONSABILIDAD DE QUIEN LO SUSCRIBE.

Firma y Sello

Diagonal Av. Roque Sáenz Peña 530 Teléfono (011) 4344-2800

TODOS LOS TRAMITES EN LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD SON GRATUITOS

ANEXO V
REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES
Solicitud de inscripción de empresas de Emergencias Médicas y traslados sanitarios, – ANEXO V SSSalud).

COMPLETAR EL FORMULARIO CON LETRA DE IMPRENTA MAYUSCULA LEGIBLE, PC, U OTRO MEDIO TIPOGRAFICO

Denominación: _____

Razón Social: _____

Domicilio Legal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____
CP: _____ C.U.I.T: _____-_____-_____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Actividad y/o servicios que desarrolla: _____

Ambito de actuación: _____

Nº de habilitación
Nacional: _____

Provincial: _____

Municipal: _____

Salud pública: _____

Director Médico

Apellido y Nombre: _____

Profesión: _____

Especialidad:

Matrícula Nacional Nº: _____ Matrícula Provincial Nº: _____

Nº del certificado emitido por el Registro Nacional de Prestadores: _____

ESTE FORMULARIO TIENE CARACTER DE DECLARACION JURADA, POR LO TANTO LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL SON RESPONSABILIDAD DE QUIEN LO SUSCRIBE.

Firma y Sello

Diagonal Av. Roque Sáenz Peña 530 Teléfono (011) 4344-2800

TODOS LOS TRAMITES EN LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD SON GRATUITOS

REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES
Solicitud de inscripción de empresas de Emergencias Médicas
y traslados sanitarios — ANEXO V SSSalud.

Por favor completar en los espacios punteados

TIPO DE UNIDADES MOVILES	CANTIDAD DE MOVILES

LEGISALUD ARGENTINA

Copyright © BIREME Contáctenos