



NACIONAL



RESOLUCIÓN 453/2014
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (S.S.Sal.)

APRUEBASE el procedimiento y requisitos que deben cumplir los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud para solicitar reintegros por prestaciones realizadas a personas con VIH-SIDA.

Del: 16/03/2014; Boletín Oficial 26/03/2014.

VISTO el Expediente N° 0004553/2014 del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la [Ley N° 23.661](#), las Resoluciones SSSalud N° [1200](#) de fecha 21 de septiembre de 2012, modificada por la N° [1561](#) de fecha 30 de Noviembre de 2012, N° [406](#) de fecha 13 de marzo de 2014 y N° [407](#) de fecha 13 de marzo de 2014; y

CONSIDERANDO:

Que mediante la [Resolución SSSalud N° 1200/12](#) se crea el SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (S.U.R.) para la administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los Agentes del Seguro de Salud que fuera modificada por la [Resolución SSSalud N° 1561/12](#).

Que en el Anexo II de la citada Resolución se establecen los períodos y plazos en el que los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud pueden presentar las solicitudes de reintegros, fijando los requisitos y el modo en que los mismos son presentados previamente en la web del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS.

Que por [Resolución SSSalud N° 406/14](#) se modificó el plazo para la presentación de las solicitudes de apoyo financiero que pasó a ser de VEINTICUATRO (24) MESES contados a partir del último mes de la prestación.

Que la [Resolución SSSalud N° 407/14](#) autorizó la presentación de solicitudes de reintegros suscriptos por los representantes legales del Agente del Seguro de Salud o bien por quienes esa facultad le haya sido delegada a través de una decisión del órgano directo de la Obra Social publicada en el Boletín Oficial.

Que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se encuentra en condiciones operativas y técnicas de realizar los reintegros por las prestaciones a personas con VIH-SIDA y HEMOFILIA en un menor tiempo, al agilizar el sistema actual.

Que la GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACION de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD implementó nuevos mecanismos tecnológicos innovadores, como la digitalización, para lograr que los tiempos de tramitación dentro del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (S.U.R.) sean más rápidos, sencillos, eficaces y eficientes, avanzándose de este modo en la automatización interna de los servicios que presta este Organismo.

Que como contrapartida de ello, los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud resguardarán la documentación física en un legajo, el cual será auditado por la SUBGERENCIA DE CONTROL DE GESTION dependiente de la GERENCIA OPERATIVA DE SUBSIDIOS POR REINTEGROS.

Que, asimismo, continuarán las auditorías integrales que las distintas Gerencias del organismo determinen en sus planes anuales de trabajo.

Que el Anexo II de la [Resolución SSSalud N° 1200/12](#) sustituido por el artículo 6° de la [Resolución SSSalud N° 1561/12](#), punto 2.III.2 VIH-SIDA contiene requisitos de documentación que deben ser derogados en razón de la medida que por la presente se

adopta. Que tomaron intervención la GERENCIA OPERATIVA DE SUBSIDIOS POR REINTEGROS, la GERENCIA DE GESTION ESTRATEGICA, la GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACION y la GERENCIA GENERAL.

Que la GERENCIA DE ASUNTOS JURIDICOS tomó la intervención en la órbita de su competencia.

Que la presente se dicta en uso de las facultades y atribuciones conferidas por los Decretos N° [1615](#) de fecha 23 de Diciembre de 1996 y N° [1008](#) de fecha 2 de Julio de 2012.

Por ello,

La Superintendente de Servicios de Salud resuelve:

Artículo 1°.- APRUEBASE el procedimiento y requisitos que deben cumplir los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud para solicitar reintegros por prestaciones realizadas a personas con VIH-SIDA y que como ANEXO I forma parte de la presente.

Art. 2°.- APRUEBASE el procedimiento y requisitos que deben cumplir los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud para solicitar reintegros por prestaciones realizadas a personas con HEMOFILIA y que como ANEXO II forma parte de la presente.

Art. 3°.- DEROGASE el PUNTO 2.III.2 del ANEXO II aprobado por [Resolución SSSalud N° 1200/12](#) y sustituido por el artículo 6° de la [Resolución SSSalud N° 1561/12](#).

Art. 4°.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y oportunamente archívese.

Liliana Korenfeld, Superintendente, Superintendencia de Servicios de Salud.

ANEXO I

Procedimientos y requisitos que deben cumplir los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud para solicitar reintegros por prestaciones realizadas a personas con VIH-SIDA.

I.- PROCEDIMIENTOS Y PLAZOS

Los Agentes del Sistema Nacional del Seguro Salud que presenten solicitudes de reintegros por VIH, 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 a partir de cada MES VENCIDO por beneficiario.

Los Agentes del Seguro de Salud deberán conservar toda la documentación que presenten ante el SISTEMA UNICO DE REINTEGROS en un legajo individual que será auditado una vez que se haya realizado el pago de la prestación mediante muestreo 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.

II. SISTEMA INFORMATICO SUR

Los Agentes del Seguro de Salud deberán ingresar al sitio Web del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (SUR) (<http://sur.sssalud.gov.ar>) para efectuar las solicitudes de reintegros y los turnos para su atención. Para ingresar al sitio Web SUR, los Agentes deben contar con las credenciales de acceso específicas para el sistema, que se solicitaran por nota en la Mesa de Entradas de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Para solicitar una nueva clave de acceso o la restitución de la misma deberán presentar nota firmada por el Presidente de la Obra Social ante la Gerencia de Sistemas de Información, indicando el nombre, apellido y N° DNI de la persona autorizada a retirar dicha clave. Se podrán solicitar las claves que el Agente del Seguro de Salud estime necesarias, quien será responsable de su correcto uso y de pedir su baja cuando resulte innecesaria.

III. PRESENTACION DE REQUISITOS, CARGA DE DATOS y DOCUMENTACION A DIGITALIZAR ESPECIFICAS PARA VIH-SIDA

El Agente del Seguro de Salud para poder dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero en el marco del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS POR VIH-SIDA, deberá presentar la

siguiente documentación y cargar los siguientes datos en el sistema:

PRESENTACION POR UNICA VEZ

- Fotocopia de Resumen de Historia Clínica específica de VIH-SIDA, firmada y sellada por médico tratante y avalado por médico auditor, con los siguientes datos de beneficiario: diagnóstico, antecedentes de la enfermedad, estado actual y detalle de tratamiento realizado y a realizar.
- Consentimiento informado, firmado por paciente y médico tratante. En caso de pacientes crónicos se solicita presentación de un nuevo consentimiento al cambio de tratamiento.
- Fotocopia de notificación de paciente MSAL firmado y sellado por médico auditor.

LEGAJO EN OBRA SOCIAL

- Resumen de Historia Clínica ORIGINAL específica de VIH-SIDA, firmada y sellada por médico tratante y auditor, con los siguientes datos de beneficiario: diagnóstico, antecedentes de la enfermedad, estado actual y detalle de tratamiento realizado y a realizar.
- Consentimiento informado ORIGINAL, firmado por paciente y profesional tratante. En caso de pacientes crónicos se solicita presentación de un nuevo consentimiento al cambio de tratamiento.
- Notificación ORIGINAL de paciente MSAL firmado y sellado por médico tratante y auditor.

ORIGINALES DE LO ESCANEADO

MODULO 1 - PRIMER TRATAMIENTO

- Prescripción médica ORIGINAL firmada y sellada por médico tratante y médico auditor, correspondiente al mes de la prestación que se solicita el reintegro.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según Resolución SSSalud N° 1444/13: Comprobante de dispensa o remito ORIGINAL donde figura la trazabilidad de los medicamentos. En caso de no ser alcanzado por el sistema de trazabilidad certificación del laboratorio productor.

MODULO 2 - FALLO TERAPEUTICO

- Resumen de Historia Clínica ORIGINAL que justifique el cambio de tratamiento, firmada y sellada por médico tratante y médico auditor.
- Prescripción médica ORIGINAL firmada y sellada por médico tratante y médico auditor, correspondiente al mes de la prestación que se solicita el reintegro.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según Resolución SSSalud N° 1444/13: Comprobante de dispensa o remito ORIGINAL donde figura la trazabilidad de los medicamentos. En caso de no ser alcanzado por el sistema de trazabilidad certificación del laboratorio productor.

MODULO 3 - MULTIFALLO

- Resumen de Historia Clínica ORIGINAL con fundamento de cambio terapéutico de acuerdo al Test de Resistencia, firmada por médico tratante y médico auditor.
- Test de Resistencia
- Prescripción médica ORIGINAL firmada y sellada por médico tratante y médico auditor, correspondiente al mes de la prestación que se solicita el reintegro.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según Resolución SSSalud N° 1444/13: Comprobante de dispensa o remito ORIGINAL donde figura la trazabilidad de los medicamentos. En caso de no ser alcanzado por el sistema de trazabilidad certificación del laboratorio productor.

MODULO 4 - TRANSMISION VERTICAL

- Resumen de Historia Clínica ORIGINAL del perinatal con datos de seguimiento del recién nacido, firmado y sellado por médico tratante y auditor.
- Prescripción médica ORIGINAL firmada y sellada por médico tratante y médico auditor, correspondiente al mes de la prestación que se solicita el reintegro.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según Resolución SSSalud N° 1444/13: Comprobante de dispensa o remito ORIGINAL donde figura la trazabilidad de los medicamentos. En caso de no ser alcanzado por el sistema de trazabilidad certificación del laboratorio productor.

MODULO 5 - ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

- Resumen de Historia Clínica ORIGINAL que justifique la utilización terapéutica o su alternativa, firmada y sellada por médico tratante y auditor.
- Prescripción médica ORIGINAL firmada y sellada por médico tratante y médico auditor, correspondiente al mes de la prestación que se solicita el reintegro.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según Resolución SSSalud N° 1444/13: Comprobante de dispensa o remito ORIGINAL donde figura la trazabilidad de los medicamentos. En caso de no ser alcanzado por el sistema de trazabilidad certificación del laboratorio productor.

MODULO 6 - SEGUIMIENTO DE PACIENTE INFECTADO CON VIRUS HIV

- Resultados Carga Viral, Recuento de CD4 y Test de Resistencia, ORIGINALES DOCUMENTACION CONTABLE

ORIGINALES según consta en Resolución SSSalud N° 1561/12.

PRESENTACION MENSUAL (PAPEL) TODOS LOS MODULOS

- Solicitud de reintegro: Nota de Solicitud de Reintegros dirigida a la máxima autoridad de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, suscripta por el Presidente del Agente del Seguro de Salud solicitante, certificada su firma por institución bancaria o escribano público o bien deberá concurrir personalmente el facultado por delegación del Presidente del Agente del Seguro de Salud munido de su D.N.I., el acto de delegación y su publicación en el Boletín Oficial. En este caso el personal de la Mesa de Entradas S.U.R. certificará la firma que se suscribirá ante su presencia.

- Cuadro de conceptos

- Cuadro de comprobantes

- De corresponder, troqueles originales de los medicamentos solicitados.

PRESENTACION MENSUAL (ESCAÑEADO)

MODULO 1 - PRIMER TRATAMIENTO

- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y médico auditor, correspondiente al mes de la prestación que se solicita el reintegro.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según Resolución SSSalud N° 1444/13: Comprobante de dispensa donde figura la trazabilidad de los medicamentos. En caso de no ser alcanzado por el sistema de trazabilidad certificación del laboratorio productor.

MODULO 2 - FALLO TERAPEUTICO

- Resumen de Historia Clínica que justifique el cambio de tratamiento, firmada y sellada por médico tratante y médico auditor.
- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y médico auditor, correspondiente al mes de la prestación que se solicita el reintegro.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según Resolución SSSalud N° 1444/13: Comprobante de dispensa o remito donde figura la trazabilidad de los medicamentos. En caso de no ser alcanzado por el sistema de trazabilidad certificación del laboratorio productor.

MODULO 3 - MULTIFALLO

- Resumen de Historia Clínica con fundamento de cambio terapéutico de acuerdo al Test de Resistencia, firmada y sellada por médico tratante y médico auditor.
- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y médico auditor, correspondiente al mes de la prestación que se solicita el reintegro.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según Resolución SSSalud N° 1444/13: Comprobante de dispensa o remito donde figura la trazabilidad de los medicamentos. En caso de no ser alcanzado por el sistema de trazabilidad certificación del laboratorio productor.

MODULO 4 - TRANSMISION VERTICAL

- Resumen de Historia Clínica del perinatal con datos de seguimiento del recién nacido, firmado y sellado por médico tratante y auditor.
- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y médico auditor, correspondiente al mes de la prestación que se solicita el reintegro.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según Resolución SSSalud N°

1444/13: Comprobante de dispensa o remito donde figura la trazabilidad de los medicamentos. En caso de no ser alcanzado por el sistema de trazabilidad certificación del laboratorio productor.

MODULO 5 - ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

- Resumen de Historia Clínica que justifique la utilización terapéutica o su alternativa, firmada y sellada por médico tratante y auditor.
- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y médico auditor, correspondiente al mes de la prestación que se solicita el reintegro.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según Resolución SSSalud N° 1444/13: Comprobante de dispensa o remito donde figura la trazabilidad de los medicamentos. En caso de no ser alcanzado por el sistema de trazabilidad certificación del laboratorio productor.

MODULO 6 - SEGUIMIENTO DE PACIENTE INFECTADO CON VIRUS HIV

- Resultados Carga Viral, Recuento de CD4 y Test de Resistencia

DOCUMENTACION CONTABLE según consta en Resolución SSSalud N° 1561/12.

ANEXO II

Procedimientos y requisitos que deben cumplir los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud para solicitar reintegros por prestaciones realizadas a personas con HEMOFILIA.

I.- PROCEDIMIENTOS Y PLAZOS

Los Agentes del Sistema Nacional del Seguro Salud que presenten solicitudes de reintegros por HEMOFILIA, 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 a partir de cada MES VENCIDO por beneficiario.

Los Agentes del Seguro de Salud deberán conservar toda la documentación que presenten ante el SISTEMA UNICO DE REINTEGROS en un legajo individual que será auditado una vez que se haya realizado el pago de la prestación mediante muestreo 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.

II. SISTEMA INFORMATICO SUR

Los Agentes del Seguro de Salud deberán ingresar al sitio Web del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (SUR) (<http://sur.sssalud.gov.ar>) para efectuar las solicitudes de reintegros y los turnos para su atención. Para ingresar al sitio Web SUR, los Agentes deben contar con las credenciales de acceso específicas para el sistema, que se solicitaran por nota en la Mesa de Entradas de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Para solicitar una nueva clave de acceso o la restitución de la misma deberán presentar nota firmada por el Presidente de la Obra Social ante la Gerencia de Sistemas de Información, indicando el nombre, apellido y N° DNI de la persona autorizada a retirar dicha clave. Se podrán solicitar las claves que el Agente del Seguro de Salud estime necesarias, quien será responsable de su correcto uso y de pedir su baja cuando resulte innecesaria.

III. PRESENTACION DE REQUISITOS, CARGA DE DATOS y DOCUMENTACIÓN A DIGITALIZAR ESPECIFICAS PARA HEMOFILIA

El Agente del Seguro de Salud para poder dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero en el marco del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS POR HEMOFILIA, deberá presentar la siguiente documentación y cargar los siguientes datos en el sistema:

PRESENTACION UNICA VEZ

- Fotocopia de Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico tratante y auditor, con los siguientes datos de beneficiario: diagnóstico, tipo de tratamiento: demanda o profilaxis, dosaje de inhibidor circulante de ser necesario.
- Consentimiento informado, firmado por paciente o mayor responsable y médico tratante.
- Fotocopia de prescripción médica de tratamiento anual con dosis por Kg, peso del paciente firmada y sellada por médico tratante y médico.

- Fotocopia del Protocolo de laboratorio con presencia o ausencia de inhibidores, firmado y sellado por médico tratante y auditor.

LEGAJO EN OBRA SOCIAL

- Resumen de Historia Clínica ORIGINAL, firmada y sellada por médico tratante y auditor, con los siguientes datos de beneficiario: diagnóstico, tipo de tratamiento: demanda o profilaxis, dosaje de inhibidor circulante de ser necesario.
- Consentimiento informado ORIGINAL, firmado por paciente o mayor responsable y médico tratante.
- Prescripción médica ORIGINAL de tratamiento anual con dosis por Kg y peso del paciente firmada y sellada por médico tratante y médico.
- Protocolo de laboratorio ORIGINAL de factor e inhibidor, firmado y sellado por médico tratante y auditor.
- Certificados de vacunas para la Hepatitis A y B.
- De corresponder, prescripción médica de Cirugía y extracción dentaria

DOCUMENTACION CONTABLE ORIGINAL según consta en Resolución SSSalud N° 1561/12.

PRESENTACION MENSUAL (PAPEL)

- Solicitud de reintegro: Nota de Solicitud de Reintegros dirigida a la máxima autoridad de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, suscripta por el Presidente del Agente del Seguro de Salud solicitante, certificada su firma por institución bancaria o escribano público o bien deberá concurrir personalmente el facultado por delegación del Presidente del Agente del Seguro de Salud munido de su D.N.I., el acto de delegación y su publicación en el Boletín Oficial. En este caso el personal de la Mesa de Entradas S.U.R. certificará la firma que se suscribirá ante su presencia.
- Cuadro de conceptos
- Cuadro de comprobantes
- De corresponder, troqueles originales de los medicamentos solicitados.

PRESENTACION MENSUAL (ESCANEO)

- Prescripción médica con dosis por Kg y peso del paciente, firmada y sellada por médico tratante y médico auditor, correspondiente al mes de la prestación que se solicita el reintegro. En caso de que se haya realizado cirugía o extracción dental indicar la misma con dosis.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según Resolución SSSalud N° 1444/13: Comprobante de dispensa o remito donde figura la trazabilidad de los medicamentos. En caso de no ser alcanzado por el sistema de trazabilidad certificación del laboratorio productor.

DOCUMENTACION CONTABLE según consta en Resolución SSSalud N° 1561/12

