RESOLUCIÓN 444/2014
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (S.S.Sal.)

Modificación de la Resolución Nº 1511/2012 (Créase el Sistema Único de Reintegro por Prestaciones otorgadas a Personas con Discapacidad).
Del: 17/03/2014; Boletín Oficial 11/04/2014.

VISTO el EXP - SSS Nº 0004556/2014 del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la Ley Nº 23.661, las Resoluciones SSSalud Nº 1200 de fecha 21 de septiembre de 2012 y Nº 1511 de fecha 16 de noviembre de 2012, y
CONSIDERANDO:
Que mediante la Resolución SSSalud Nº 1200/12 se crea el SISTEMA UNICO DE REINTEGRO (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 Nº 1561/12.
Que la Resolución SSSalud Nº 1511/12 creó el SISTEMA UNICO DE REINTEGROS POR PRESTACIONES OTORGADAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD con el fin de apoyar económicamente a los Agentes del Sistema Nacional de Seguro de Salud mediante el reintegro de las erogaciones que hubieran realizado para atender dichas prestaciones básicas.
Que en el Anexo I 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 y el modo en que los mismos son presentados previamente en la web del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS.
Que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se encuentra en condiciones operativas y técnicas de realizar los reintegros por las prestaciones de discapacidad en un menor tiempo que el estipulado en la Resolución SSSalud Nº 1511/12.
Que la GERENCIA DE SISTEMA 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 SUR POR DISCAPACIDAD 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 REINTEGROS.
Que asimismo continuarán las auditorías integrales que las distintas Gerencias del organismo determinen en sus planes anuales de trabajo.
Que los Agentes del Seguro de Salud deberán solamente digitalizar la prescripción médica del tratamiento, el certificado de discapacidad, las facturas y recibos por las prestaciones médicas brindadas y cargar los datos específicos que solicite el S.U.R., siendo el expediente administrativo el elemento esencial que acumule la actividad del procedimiento.
Que tomaron la intervención de su competencia la GERENCIA OPERATIVA DE 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 Nº 1615 de fecha 23 de diciembre de 1996 y Nº 1008 de fecha 2 de julio de 2012.
Por ello,
La Superintendenta de Servicios de Salud resuelve:

Artículo 1°.- SUSTITUYASE el ANEXO I aprobado por el Artículo 2° de la Resolución Nº 1511/12 por el ANEXO I que forma parte de la presente.
Art. 2°.- Establézcase que las solicitudes de reintegros por discapacidad podrán ser presentadas en forma bimestral por prestaciones brindadas a partir del 1 de julio de 2013 ante la Mesa de Entradas del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (S.U.R.) dependiente de la GERENCIA OPERATIVA DE SUBSIDIOS POR REINTEGROS de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y en un todo de acuerdo al procedimiento establecido en la Resolución Nº 1511/12-SSSALUD y/o la que en el futuro la reemplace.
Art. 3°.- La presente Resolución será de aplicación a los reintegros de prestaciones realizadas a personas con discapacidad brindadas a partir del 1° de enero de 2012.
Art. 4°.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y oportunamente archívese.
Liliana Korenfeld.

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 discapacidad.
I. PROCEDIMIENTOS Y PLAZOS
Los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud que presenten solicitudes de reintegros por discapacidad, 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 BIMESTRE VENCIDO por beneficiario.
El plazo máximo para la presentación de las solicitudes de apoyo financiero a través del sistema de reintegros por parte del Agente del Seguro de Salud, será de VEINTICUATRO (24) meses a contar desde el último mes de prestación.
Los Agentes del Seguro de Salud deberán conservar toda la documentación que presenten ante el SISTEMA UNICO DE REINTEGRO 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 REINTEGROS.
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 solicitarán 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 Nº 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. CARGA DE DATOS y DOCUMENTACION A DIGITALIZAR
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 DISCAPACIDAD, deberán cargar los siguientes datos en el sistema:

A) DOCUMENTACION ADMINISTRATIVA-PRESTACIONAL:

• Indicar la normativa que comprende el reintegro.
• Ingresar Nº de Cuil/Cuit del beneficiario.
• Digitalizar el certificado de discapacidad.
• Indicar fecha de vencimiento del certificado de discapacidad digitalizado.
• Indicar el presupuesto anual.
• Digitalizar la prescripción o indicación médica de tratamiento.
• Indicar conceptos específicos por prestaciones.
• Con la carga del presupuesto anual, el sistema brindará los conceptos bimestrales que deberán ser completados indicando cantidad, valor unitario y fecha de cobertura de inicio a fin.
• Imprimir la Nota de presentación ante la Mesa de Entradas del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (S.U.R.).

B) DOCUMENTACION CONTABLE: FACTURA Y RECIBO.

• Cargar los datos de la/s factura/s: Nº de CAE/CAI, Nº de factura completo (pto. de venta - Nº de factura), CUIT prestador, Importe, CUIT receptor, Tipo de Factura (A-B-C).
• Digitalización de la factura.
• Cargar los datos del recibo: Importe, CUIT receptor y tipo de recibo (A-B-C).
• Digitalización del recibo.

IV. REQUISITOS DE LA DOCUMENTACION

Previo a la digitalización, la documentación contable deberá reunir ciertos requisitos:

La factura o reemplazo completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, contenga firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del Auditor Médico, con los siguientes datos:

Nombre y Apellido del Beneficiario.

Detalle de la prestación. En caso de transporte detallar:

Cantidad de viajes:	Punto de partida y destino:	
Cantidad de kilómetros recorridos:		
Indicar si es beneficiario con dependencia:	SI	NO
Período o fecha de prestación:		
Monto individual y sumatoria total de la prestación facturada.		

Para aquellos casos de facturas globales que no contengan este detalle, deberá acompañarse un Resumen de Facturación y/o Rendición Individual confeccionada y firmada por el prestador, donde conste el número de factura a la que pertenecen. Ambos documentos con firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico.

Asimismo, en cuanto al recibo, o documento donde conste la recepción de valores con firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico, conteniendo los siguientes datos:

Fecha.

Nº de factura que cancela.

Importe recibido (en el caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe).

Firma y aclaración del prestador o su representante.

Cuando el importe del pago de la prestación haya sido afectado por Notas de Débito y/o Retenciones impositivas, deberán adjuntar:

• Fotocopia de planilla de ajuste que detalle el motivo y el importe del débito y/o la constancia de las retenciones (SICORE, INGRESOS BRUTOS), con firma y sello del Responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico.

En los casos en que la prestación haya sido cubierta por el Agente del Seguro de Salud bajo la modalidad de Reintegro al beneficiario, deberá acompañarse, además, constancia y conformidad del beneficiario o de su familiar a cargo, con firma, aclaración, fecha e importe del valor reintegrado, con firma y sello del responsable del área Contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico.

Cuando la solicitud de apoyo financiero presentada a través del sistema de reintegros contenga más de una factura y recibo deberá presentarse, además, una planilla resumen de comprobantes que detalle:

• Numeración de las facturas que la integran
• Fecha de las facturas
• Nombre del proveedor
• Importe facturado
• Numeración de los recibos de pago
• Fecha de los recibos de pago
• Importe pagado.

La mencionada planilla deberá presentarse con firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico y será válida como reemplazo de la firma de ambos en cada factura y recibo individual.

V. ATENCION SIN TURNO

Para la presentación del Agente del Seguro de Salud NO se deberá solicitar turno previo y se podrá concurrir directamente en los horarios de atención de la Mesa de Entradas del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS.

VI. VALIDACION DE DATOS Y DOCUMENTACION

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD procederá a realizar la validación de la información suministrada por el Agente del Seguro de Salud con el Padrón de Beneficiarios, el Registro Nacional de Prestadores, el Registro Nacional de Obras Sociales y con la información aportada por la ANSES, AFIP, SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION y otros organismos públicos.

VII. DOCUMENTACION A PRESENTAR

Una vez ingresados los datos solicitados por el S.U.R. y digitalizada la información requerida en los puntos anteriores, el Agente del Seguro de Salud deberá imprimir desde el sistema y presentarse ante la Mesa de Entradas S.U.R. con la siguiente documentación:

• 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.

• La nota de solicitud deberá ajustarse a lo establecido en la normativa general vigente en materia de reintegros dictada por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Sin perjuicio de ello, el Agente de Salud deberá indicar también la siguiente información: Normativa a la que vincula su solicitud de reintegro, patología, número CUIL/CUIT del beneficiario, concepto o módulo solicitado, dirección de la casilla de correo electrónico en la que aceptará como válida la notificación electrónica de las providencias, disposiciones y resoluciones emitidas en el marco del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS y contacto con la Obra Social (nombre, apellido y teléfono).

• Certificado de afiliación y cuadro de concepto que deberá contar con la firma del Médico Auditor.

• Relación de comprobantes firmado por el Contador.

VIII. AUDITORIA

En todos los casos, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se reserva el derecho de auditar, en sede o en terreno, las prestaciones brindadas por los Agentes del Seguro de Salud a las personas con discapacidad.

Las auditorías podrán realizarse con anterioridad o posterioridad al reintegro por parte de este Organismo.

IX.- LEGAJO

Por lo tanto, el Agente del Seguro de Salud tiene la obligación de conservar en la sede de su Obra Social y poner a disposición de las auditorías que se realicen, la siguiente documentación:

• Certificado de afiliación firmado por el Presidente del Agente del Seguro de Salud, con certificación bancaria o de Escribano Público.

• Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por el profesional actuante.

• Certificado de Discapacidad oportunamente digitalizado.

• Resumen de Historia Clínica de Discapacidad firmada en original por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud, de acuerdo al modelo adjunto en esta resolución.

• Documentación de la prestación de Discapacidad efectuada por la cual se requiere reintegro, de acuerdo con las especificaciones que correspondan.

• Fotocopia de la Disposición de Inscripción (completa) y del Certificado de Inscripción del Prestador en el Registro Nacional de Prestadores de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para los casos de Rehabilitación y Estimulación Temprana y otros vigentes; y para el resto de las prestaciones, la fotocopia de la Constancia de Inclusión en el Registro Nacional de Prestadores de Discapacidad del SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION según el Decreto Nº 1193/98, con indicación de la razón social, el domicilio del establecimiento, la prestación y la categoría.

• Certificado de Alumno Regular del Centro Educativo correspondiente.

• Original de la factura o reemplazo completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, con firma y sello del responsable del área contable y el responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del Auditor Médico, con los siguientes datos:

Nombre y apellido del Beneficiario.

Detalle de la prestación. En caso de transporte detallar:

Cantidad de viajes:	Punto de partida y destino:	
Cantidad de kilómetros recorridos:		
Indicar si es beneficiario con dependencia:	SI	NO
Período o fecha de prestación:		
Monto individual y sumatoria total de la prestación facturada.		

• En el caso de facturas globales que no contengan este detalle, deberá acompañarse de un Resumen de Facturación y/o Rendición Individual confeccionada y firmada por el prestador, donde conste el número de factura a la que pertenecen. Ambos documentos con firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico.

• Original Recibo, o documento donde conste la recepción de valores con firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico, conteniendo los siguientes datos:

• Fecha.

• Nº de factura que cancela.

• Importe recibido (en el caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe).

• Firma y aclaración del prestador o su representante.

• Cuando el importe del pago de la prestación haya sido afectado por Notas de Débito y/o Retenciones impositivas, deberán adjuntar:
- Planilla de ajuste que detalle el motivo y el importe del débito y/o la constancia de las retenciones (SICORE, INGRESOS BRUTOS), con firma y sello del Responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico.
En los casos en que la prestación haya sido cubierta por el Agente del Seguro de Salud bajo la modalidad de Reintegro al beneficiario, deberá acompañarse, además, constancia y conformidad del beneficiario o de su familiar a cargo, con firma, aclaración, fecha e importe del valor reintegrado, con firma y sello del responsable del área Contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico.
• Planilla resumen:
Cuando la solicitud de apoyo financiero presentada a través del sistema de reintegros contenga más de una factura y recibo deberá presentarse, además, una planilla resumen de comprobantes que detalle:
• Numeración de las facturas que la integran
• Fecha de las facturas
• Nombre del proveedor
• Importe facturado
• Numeración de los recibos de pago
• Fecha de los recibos de pago
• Importe pagado
La mencionada planilla deberá presentarse con firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico y será válida como reemplazo de la firma de ambos en cada factura y recibo individual.
X. DEPENDENCIA
Se considera persona discapacitada dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad, requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana como: higiene, vestido, alimentación o deambulación, conforme el índice de independencia funcional (FIM).
A los aranceles de las prestaciones de: Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico y Transporte, se les reconocerá un adicional del TREINTA Y CINCO POR CIENTO (35%) sobre los valores establecidos en esta norma, por cada persona discapacitada dependiente atendida.
XI. 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 del Sistema Unico de Reintegros, la que procederá a su verificación administrativa, contable, fiscal y prestacional, conforme el ingreso de los datos en el sistema por parte de la SUBGERENCIA DE RECEPCION, VERIFICACION Y VALIDACION DE SOLICITUDES.
Se otorgará número de expediente a aquellas solicitudes que contengan toda la documentación respaldatoria 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.
El SISTEMA UNICO DE REINTEGROS procederá a enviar 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 expedientes con solicitudes completas.
XII. NOTIFICACION
Las notificaciones se efectuarán de forma electrónica en la dirección de correo suministrada

por el Agente del Seguro de Salud y/o por medio fehaciente.

XIII. LIQUIDACION Y PAGO

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

XIV. REGISTROS

Todos los prestadores que ofrezcan sus servicios a los Agentes del Seguro de Salud para las prácticas mencionadas en la presente resolución, deberán estar inscriptos en el Registro de Prestadores de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para los casos de Rehabilitación y estimulación temprana y otros vigentes; y para el resto de prestaciones en el Registro Nacional de Prestadores de Discapacidad del SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION según el Decreto PEN Nº 1193/98.

XV. AUDITOR MEDICO

El profesional que actúe en representación del Agente del Sistema de Salud en carácter de auditor médico deberá firmar y sellar sus intervenciones en la documentación auditada. El sello deberá contener nombre y apellido, matrícula y especificar su carácter de Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

XVI. VALIDACION DE DOCUMENTACION CONTABLE

El responsable del área contable del Agente del Seguro de Salud deberá validar con su firma la documentación contable que integre la solicitud de apoyo financiero presentada a través del Sistema de Reintegros, detallando en su sello: nombre y apellido, cargo y especificar su carácter de responsable del área contable del Agente del Seguro de Salud.

XVII. MODELO DE RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Nombre y apellido:

C.U.I.T./ C.U.I.L.:

Domicilio: Edad:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Documento tipo y número:

Nº de beneficiario: Nacionalidad:

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado:

Diagnóstico:

Plan terapéutico indicado: (Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento):

Razón social:

Domicilio de atención:

Modalidad de concurrencia: (días, horarios, modalidad de asistencia: jornada simple o doble)

Para las modalidades de integración se deberá especificar:

Nombre completo institución educativa común:

Domicilio de la institución:

Traslado:

Origen:

Destino:

Tratamiento o especialidad de la prestación brindada en el destino del viaje:

Kilómetros recorridos por viaje:

Kilómetros totales mensuales:

Dependencia: sí no (tachar lo que no corresponda)

Justificación clínica de la dependencia: (especificando puntaje en escala FIM)

Semestre: 1° 2° (tachar lo que no corresponda) AÑO:

LEGISALUD ARGENTINA

Copyright © BIREME Contáctenos