



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Informe

Número:

Referencia: ANEXO II - EX-2020-25200923- -APN-SCPASS#SSS

ANEXO II

PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE REINTEGRO DE ARANCELES POR PRESTACIONES MODULADAS POR COVID-19 PARA LOS AGENTES DEL SEGURO DE SALUD

Procedimientos y requisitos que deben cumplimentar los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud para acceder a la asignación de recursos extraordinarios del FONDO DE EMERGENCIA Y ASISTENCIA creado en el artículo 6° del Decreto N° 908/16, destinados a la financiación de prestaciones brindadas por COVID-19.

1. PROCEDIMIENTO GENERAL

Los Agentes del Seguro de Salud que soliciten financiamiento directo del FONDO ESPECIAL DE EMERGENCIA Y ASISTENCIA (FEEA) para la cobertura de las prestaciones por COVID-19 aprobado en la Resolución a la cual este Anexo complementa, o la norma que en el futuro la reemplace, deberán ajustarse al siguiente procedimiento:

Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, con carácter de declaración jurada, el detalle de las prestaciones efectivamente brindadas a los beneficiarios, con motivo de casos sospechosos o confirmados de COVID-19.

Estas prestaciones deberán brindarse a través de efectores propios, contratados o públicos, que se encuentren debidamente habilitados.

No podrá solicitarse el financiamiento cuando las prestaciones hubieran sido cubiertas y/o financiadas, en todo o en parte, por las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD liquidará mensualmente los valores correspondientes a las prestaciones informadas en la presentación realizada, de conformidad con los MÓDULOS PRESTACIONALES aprobados en el ANEXO I.

El presente procedimiento se aplicará a todas las prestaciones brindadas a partir del 12 de marzo de 2020 y hasta que se declare finalizada la pandemia.

La liquidación será aprobada una vez que se hubieran validado todos los datos indicados en las presentaciones.

Para la liquidación mensual de las prestaciones, se considerarán tres tipos de prestadores: Reintegro por prestación en efector propio del Agente del Seguro de Salud, Reintegro por prestación por prestador privado y Reintegro por prestación en Hospital Público de Gestión Descentralizada.

Los Agentes del Seguro de Salud podrán solicitar el apoyo financiero para la cobertura de las prestaciones por COVID-19 aprobado en la Resolución una única vez por beneficiario.

2. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Para solicitar a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD la ayuda financiera destinada a prestaciones por COVID-19, los Agentes del Seguro de Salud deberán contar, en su totalidad, con la siguiente documentación médico prestacional respaldatoria:

• Nombre, apellido, DNI y CUIT del beneficiario.

• Diagnóstico presuntivo (sospecha de COVID-19, negativo o confirmación).

• Prestación brindada, según el ANEXO I, detallando de forma individual los módulos prestacionales y días de estadía brindados en cada módulo hasta el momento del alta o deceso del paciente, indicando las fechas en cada caso.

• CUIT del prestador.

• Tipo de prestador (propio, privado, público).

• Importe solicitado.

• Fecha de presentación del caso donde se solicita apoyo financiero.

• Resumen de historia clínica o epicrisis de la internación.

• Nombre del estudio diagnóstico por PCR para COVID-19.

• Documentación contable respaldatoria: factura o recibo como instrumento de facturación. En caso de que el prestador sea propio de la obra social, se admitirá la presentación de una factura pro forma de la propia obra social.

• Factura o Recibo deberá estar emitida por el prestador, dirigida a la Obra Social (CUIT y Nombre) y contener la

fecha que corresponda al periodo de la presentación, donde se acredite fehacientemente el pago de la prestación.

~~€€€€€~~ Probante de pago realizado en caso de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

Se deberá contar con el documento original emitido por el prestador completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP.

Será responsabilidad de los Agentes del Seguro de Salud verificar la validez de las facturas o recibos incluidos en la presentación efectuada con relación a las prestaciones de COVID-19.

Para solicitar a la ayuda financiera del módulo 4-Extra Hospitalario el Agente del Seguro de Salud, deberá adjuntar:

~~€€€€€~~ Resumen de historia clínica e informe del médico tratante, donde detalle fecha de ingreso y egreso del paciente.

~~€€€€€~~ Resultado de prueba específica para COVID-19 por PCR, Motivo del Alta

~~€€€€€~~ Documentación contable respaldatoria: Factura y recibo emitida por el efector que brindó la atención extrahospitalaria dirigida a la Obra Social (CUIT y Nombre) y contener la fecha que corresponda al periodo de la presentación.

3. PRESENTACIÓN DE DECLARACIÓN JURADA DE FACTURACIÓN ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, con carácter de declaración jurada, el detalle de las prestaciones efectivamente brindadas por paciente.

Esta presentación se deberá realizar a través de un aplicativo WEB enmarcado en el sistema SISS que se encontrará operativo entre la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y los Agentes del Seguro de Salud en el que se deberán denunciar los casos y adjuntarse la documentación solicitada.

A tal efecto, la información cargada en este aplicativo quedará disponible al auditor de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para su análisis, quien podrá rechazar, observar o aprobar la solicitud.

Una vez que se aprueban las solicitudes, quedan en estado “Aprobado”, disponibles para ingresar en el proceso de liquidación mensual correspondiente.

Este servicio procesará las solicitudes ingresadas entre el primero y el último día hábil del mes. Asimismo, los registros que se incorporen en el período vigente podrán pertenecer a la facturación del período de cobertura de hasta DOS (2) meses anteriores a esa fecha.

La presentación incluirá datos del beneficiario, de las prestaciones brindadas y de la facturación asociada a cada módulo y los adjuntos de la documentación respaldatoria requerida (nota solicitando el apoyo financiero firmada por autoridad de la obra social, factura del prestador, resumen de historia clínica).

En cada presentación de solicitud, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD efectuará controles de

consistencia con los padrones informados, así como con los registros obrantes en el MINISTERIO DE SALUD, sobre la denuncia obligatoria de estos pacientes impuesta por la normativa vigente.

4. LIQUIDACIÓN DE MONTOS DEL FONDO DE EMERGENCIA Y ASISTENCIA

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD liquidará, a partir del día QUINCE (15) de cada mes, los montos asignados a los Agentes del Seguro de Salud de manera específica, según el tipo de establecimiento prestador de los módulos asistenciales:

- a. Reintegro por prestación en efector propio del Agente del Seguro de Salud o prestador privado contratado. Los totales liquidados asignados a cada Agente del Seguro de Salud se acreditarán en su totalidad en la cuenta bancaria que los Agentes del Seguro de Salud declaren ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.
- b. Reintegro por prestación en Hospital Público de Gestión Descentralizada (HPGD). Los totales liquidados asignados a cada Agente del Seguro de Salud se acreditarán en su totalidad por cuenta y orden, a la cuenta que tenga el HPGD declarada en la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. A los efectos de poder acceder al pago de los módulos previstos en esta Resolución, los Agentes del Seguro de Salud deben autorizar a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a efectuar los pagos a los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, por su cuenta y orden. Los Agentes del Seguro de Salud tienen, además, la obligación de notificar la atención de sus beneficiarios por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, conforme lo prevé el aplicativo dispuesto en el presente Anexo.

Por su parte, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada podrán denunciar la atención de beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud para poder acceder al pago de los módulos aprobados en la presente resolución.

De conformidad con lo que se indique en la “Notificación obligatoria de pacientes que reciban atención por COVID-19” en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA), se procederá a la verificación de la atención de los beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud en los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD).

5. AJUSTES DE PRESENTACIONES DE DECLARACIÓN JURADA DE FACTURACIÓN

El diseño de los registros de ajuste y la modalidad de presentación de cada caso planteado anteriormente, se detallará en un instructivo específico que se publicará en la página web del Organismo www.argentina.gob.ar/sssalud/obras-sociales.

En el caso de cargas incorrectas de datos que detecten los Agentes del Seguro de Salud y no estén contempladas en los ajustes mencionados, deberán ser informadas a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la que definirá su resolución por vía de este mecanismo de ajuste o reversión de registros, mediante Disposición del Gerente de la Gerencia de Control Prestacional.

6. INSTRUCTIVO

El modelo final de registro y la modalidad de presentación, se detallarán en un instructivo específico que se publicará en la página web del Organismo www.argentina.gob.ar/sssalud/obras-sociales.