



G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S

"2022 - Año del 40° Aniversario de la Guerra de Malvinas. En homenaje a los veteranos y caídos en la defensa de las Islas Malvinas y el Atlántico Sur"

Informe

Número:

Buenos Aires,

Referencia: ANEXO 5

ANEXO V

PROCEDIMIENTO PARA FORMACION Y EMISION DE COMPROBANTES DE RECUPERO DE GASTOS DE LAS PRESTACIONES REALIZADAS

I.- Los Efectores deberán requerir a todo aquel que demande asistencia la presentación del Documento de Identidad (DNI) que acredite su identidad, nacionalidad, domicilio y fecha de nacimiento.

(i) En el caso de que el beneficiario sea atendido por el Sistema de Atención Médico de Emergencias (SAME), responsable de la atención de urgencia en la vía pública, atención domiciliaria y eventual traslado a un Efector de la Red de Efectores Públicos de Salud, se exige de la presentación del "COMPROBANTE DE ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BENEFICIARIOS DE ENTES DE COBERTURA DE SALUD " (Anexo II), siendo en cambio obligatoria la presentación del formulario de Reporte de incidente del Sistema de Atención de Emergencias SAE 911 o la presentación de una copia de la Historia Clínica Pre-Hospitalaria.

II- Los Efectores deberán cumplimentar el "COMPROBANTE DE ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BENEFICIARIOS DE ENTES DE COBERTURA DE SALUD " (Anexo II), con carácter de Declaración Jurada, firmado por el equipo médico tratante o responsable o auditor con sello, número de matrícula y aclaración de la firma y firmado por el beneficiario o representante legal.

(i) En el caso de que el beneficiario sea atendido por el Sistema de Atención Médico de Emergencias (SAME), responsable de la atención de urgencia en la vía pública, atención domiciliaria y eventual traslado a un Efector de la Red de Efectores Públicos de Salud, se exige la presentación del "COMPROBANTE DE ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BENEFICIARIOS DE ENTES DE COBERTURA DE SALUD " (Anexo II), siendo en cambio obligatoria la presentación de una copia de la Historia Clínica Pre-Hospitalaria.

(ii) Se exige la firma del paciente en el "COMPROBANTE DE ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BENEFICIARIOS DE ENTES DE COBERTURA DE SALUD " (Anexo II), para los casos en los que exista Historia Clínica Electrónica, la cual por su informatización, todos los pasos del proceso prestacional quedan asentados en la misma, siendo en este caso obligatoria la remisión de la orden médica electrónica que indica la prestación, el asiento de la asistencia al turno médico y el resultado digitalizado.

(iii) Para los supuestos contemplados mediante Resolución N°1040-MSGC-2020, por la cual se exceptúa la

obligatoriedad de la suscripción por parte del paciente del "COMPROBANTE DE ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BENEFICIARIOS DE ENTES DE COBERTURA DE SALUD " (Anexo II), es obligatoria la remisión del asiento electrónico de la prestación brindada, en la cual se individualice al paciente y la fecha de atención.

III.- Las prestaciones efectuadas a los beneficiarios de los Entes de Cobertura de Salud quedarán acreditadas en virtud de lo establecido en el presente y de acuerdo al siguiente procedimiento:

(i) En internaciones notificación a los Entes de Cobertura de Salud dentro de las 96 horas hábiles, siendo necesaria en una sola oportunidad, sea o no prolongada la internación.

(ii) En Atención Ambulatoria de Urgencias y/o Emergencias, así como en Atención Ambulatoria Programada, el Efector no efectuará notificación en los casos de consultas, prácticas de diagnóstico y tratamiento o prestaciones de baja o mediana complejidad.

(iii) En Atención Ambulatoria Programada de Alta Complejidad el Efector deberá notificar dentro de las 72 horas hábiles.

IV.- A los efectos de la procedencia de la facturación y cobro de las prestaciones brindadas, los Efectores no estarán limitados a aquellas prestaciones médico asistenciales establecidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente a la fecha, ni al Nomenclador de la CABA vigente o los que correspondieran por homologación.

La FACOEP S.E. podrá facturar y perseguir el cobro de todas aquellas prestaciones efectivamente brindadas, debidamente acreditadas y autorizadas, si correspondiera.

V.- En los supuestos de internaciones y/o prácticas en las que deban realizarse métodos o procedimientos de alta complejidad no previstos en los alcances de la autorización, el Efector deberá cursar una nueva notificación al ente de cobertura de salud.

VI.- La documentación para la acreditación de las Prestaciones brindadas, debe cumplir los siguientes requisitos. Esta documentación es la misma para todos los efectores con excepción del SAME:

(i) En el caso de las prestaciones ambulatorias: El CRG deberá ser acompañado exclusivamente por: a) el "COMPROBANTE DE ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BENEFICIARIOS DE ENTES DE COBERTURA DE SALUD " (Anexo II); o b) Documental alternativa para los casos exceptuados mediante el subinciso (ii) y (iii) del inciso II.

(ii) En el caso de ser una internación: a) Copia de notificación cursada a los Entes de Cobertura; b) Copia del parte quirúrgico; c) Copia del parte de anestesia; d) Epicrisis o resumen de Historia Clínica; e) Copia o impresión de identificación personal del paciente; f) En caso de Nacimiento incluir, además, datos de la madre y del recién nacido; g) En caso de corresponder Copia del Acta de Auditoría Conjunta. Todo ello, con el debido resguardo y protección de los datos sensibles del respectivo titular (conf. Ley N° 1.845 – Texto consolidado por Ley N° 6.347, como así también la inviolabilidad de la Historia clínica, conforme Ley Nacional N° 26.529 y el Decreto N° 1.089/PEN/12.

VII.- El Ministerio de Salud, cuando lo estime necesario, podrá solicitar información y/o documentación complementaria al Efector y a FACOEP S.E.

VIII.- Los entes de cobertura de salud deberán informar a la FACOEP S.E. por medio fehaciente, en un plazo no mayor a los 15 días de publicado el presente, su domicilio, número de teléfono y correo electrónico al que serán enviados todos los documentos, facturas y notificaciones que guarden relación con la actividad a la que se refiere la Ley 5622. Si el Ente de Cobertura de Salud no proporciona esa información, se tendrán por validos los domicilios, teléfonos y correos electrónicos que surjan de la SSSAL, y si de ellos no surgiese información alguna, los del sitio web del Ente de Cobertura de Salud.

