



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número:

Referencia: ANEXO I - PROCEDIMIENTOS Y REQUISITOS

ANEXO I - PROCEDIMIENTOS Y REQUISITOS

Procedimientos y requisitos que deben cumplimentar los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud para acceder a la asignación de fondos por el mecanismo de Integración para el pago de prestaciones brindadas a personas con discapacidad.

1- PROCEDIMIENTO GENERAL

Los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud podrán acceder al mecanismo de "INTEGRACIÓN" para el financiamiento directo del Fondo Solidario de Redistribución, destinado a la cobertura de las prestaciones del Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, según la Resolución N° 428/1999 del ex Ministerio de Salud y Acción Social, o la normativa que la sustituya en el futuro. A continuación, se detalla la operatoria general a seguir:

- Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar mensualmente a la Superintendencia de Servicios de Salud, en carácter de declaración jurada, el detalle de la facturación recibida por prestaciones efectivamente brindadas, que hayan sido autorizadas por su Auditoría Médica, y que pueden encontrarse pagas o impagas.
- La Superintendencia de Servicios de Salud liquidará mensualmente las presentaciones realizadas, basándose en los aranceles vigentes del Sistema de Prestaciones de Atención Integral para Personas con Discapacidad, conforme a resolución conjunta del MINISTERIO DE SALUD y la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD, y/o la que en un futuro la reemplace. Este proceso incluirá validaciones y controles sobre las prestaciones y los datos ingresados.
- Los montos liquidados asignados a cada Agente del Seguro de Salud serán informados a la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), quien acreditará la suma total en la cuenta bancaria específica denominada "CUENTA DISCAPACIDAD", que los Agentes del Seguro de Salud deben haber abierto según el Decreto N° 904/16 y la Resolución N° 406/16 de la Superintendencia de Servicios de Salud.

○ A partir de la acreditación de los fondos, los Agentes del Seguro de Salud deberán realizar los pagos directamente desde la CUENTA DISCAPACIDAD, mediante transferencia bancaria a los CBU de los prestadores.

○ Los Agentes del Seguro de Salud deberán informar sobre la aplicación de los fondos recibidos mediante los informes y procedimientos descritos en este anexo, presentados como declaración jurada.

○ A partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, el profesional médico que actúe en representación del Agente del Seguro de Salud en carácter de Auditor Médico deberá refrendar las intervenciones en la documentación que sea requerida, haciendo constar su nombre y apellido, número de matrícula y su carácter de Auditor Médico, con la sigla o nombre del Agente del Seguro de Salud. El instrumento deberá, además, suscribirse con firma digital.

○ A partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, el profesional del Área Contable que actúe en representación del Agente del Seguro de Salud deberá refrendar la documentación contable que integre la solicitud presentada a través Mecanismo Integración, detallando su nombre y apellido, cargo y sigla o nombre del Agente del Seguro de Salud. El instrumento deberá, además, suscribirse con firma digital.

2- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Para solicitar los fondos necesarios a la Superintendencia de Servicios de Salud mediante el mecanismo de Integración, los Agentes del Seguro de Salud deben contar con la documentación respaldatoria del tratamiento brindado a sus beneficiarios, avalada por su Auditor Médico.

○ La documentación deberá referirse al tratamiento anual prescripto y no estar sujeta al año calendario, exceptuando las modalidades educativas y el apoyo a la integración escolar.

○ Los Agentes del Seguro de Salud deberán conservar la documentación respaldatoria en un legajo individual por beneficiario, en formato digital, conforme se indica en el Anexo II de la presente resolución. Esta documentación deberá ser firmada en forma ológrafa por el prestador y digitalmente por el médico de la obra social.

○ También deberán conservar la documentación contable respaldatoria de la facturación presentada y de los pagos realizados, asociada a las liquidaciones mensuales recibidas.

El detalle de la documentación prestacional y contable se encuentra en el Anexo II.

3 - PRESENTACIÓN DE DECLARACIÓN JURADA DE FACTURACIÓN / PRESTACIONAL

Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar mensualmente ante la Superintendencia de Servicios de Salud, en carácter de declaración jurada, el detalle de la facturación recibida, pagas o impagas, por prestaciones efectivamente brindadas.

○ Esta presentación se realizará mediante un archivo en formato de texto enviado por el servicio FTP o el mecanismo que lo reemplace, con una carpeta habilitada por año/mes, permitiendo incluir facturación de hasta

dos (2) meses anteriores.

- En el caso de tratarse de facturas y/o recibos, cuya fecha supere los 60 días anteriores al último día del mes del cierre de la carpeta, será condición para que pueda solicitarse su reintegro vía este mecanismo Integración, que dicho comprobante, se encuentre cancelado con anterioridad la solicitud. La Obra Social, sólo podrá solicitar esos montos, y proceder al recupero de fondos propios.
- Se aceptarán exclusivamente facturas electrónicas que cuenten con la validación de la AFIP y su correspondiente Código de Autorización Electrónico (CAE), conforme a lo establecido en la Resolución General AFIP N° 4291/2018 y sus modificatorias, que regulan el régimen de facturación electrónica.
- La presentación incluirá datos del beneficiario, prestaciones brindadas y facturación asociada a cada prestación, con controles de consistencia de datos y detección de incompatibilidades entre prestaciones.
- Los detalles de datos a ingresar, el diseño de registro, la modalidad de presentación, los controles y validaciones, los errores detectados y el cronograma de carpetas vigentes se especifican en el instructivo publicado en la página web del Organismo.

La facturación que se podrá incluir deberá encontrarse, auditada y contabilizada, pudiendo estar paga o impaga por los Agentes del Seguro de Salud.

El Agente del Seguro de Salud determinará el importe solicitado de la facturación de cada una de las prestaciones individuales brindadas a los beneficiarios, descontando los débitos efectuados. Este importe solicitado deberá reflejar el importe aceptado y autorizado por el Agente del Seguro de Salud de la facturación recibida.

Si correspondiere, el importe solicitado deberá incluir el adicional por dependencia y/o el adicional por zona desfavorable. Estos adicionales deberán estar expresamente mencionados en la facturación del prestador. En la información de facturación a presentar (archivo de texto), se deberá prestar especial atención a los datos de cantidad (según la unidad de medida de la prestación), indicación de dependencia y zona desfavorable, asociados a cada prestación.

Los datos mencionados junto a los valores unitarios vigentes de las prestaciones, según resolución conjunta del MINISTERIO DE SALUD y la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD, y/o la que en un futuro la reemplace, se utilizará para determinar la asignación a liquidar reconocida durante el proceso de validación y liquidación.

4- LIQUIDACIÓN DE IMPORTES RECONOCIDOS

Cerrado el período vigente, la Superintendencia de Servicios de Salud procederá a liquidar la última presentación efectuada. Se calculará la asignación a liquidar reconocida por cada beneficiario-prestación- período de cobertura.

- Los importes tope de referencia se determinarán multiplicando el valor unitario vigente al momento de la prestación por la cantidad informada, más el adicional por dependencia y/o zona desfavorable si corresponde.
- El importe a liquidar será el menor entre el solicitado y el tope de referencia determinado.

○ Los detalles de la liquidación efectuada se especifican en el instructivo publicado en la página web del Organismo.

5 - PAGO A PRESTADORES

Una vez recibida la acreditación del total liquidado, los Agentes del Seguro de Salud deberán realizar los pagos a los prestadores exclusivamente por transferencia bancaria a los CBU informados.

○ Los CBU deberán corresponder a la razón social (CUIT) de la facturación presentada. En caso de declararse un CBU de distinta titularidad, se deberá acompañar documentación específica que acredite la situación.

○ Los pagos deberán aplicarse exclusivamente a la facturación presentada a través del mecanismo de Integración.

○ Los Agentes del Seguro de Salud tendrán un plazo máximo de 20 días corridos para cancelar las facturas impagas y recuperar fondos propios por las facturas ya abonadas, contados a partir de la recepción de los fondos.

○ Los pagos efectuados deben ser informados y registrados en el “Informe Detallado de Aplicación de Fondos”.

En los casos de prestaciones en los que se hubieran presentado varias facturas asociadas a un beneficiario y período de prestación (por ejemplo, Rehabilitación) y el monto total liquidado para la prestación no fuere suficiente para el pago de todas las facturas presentadas, quedará a criterio de los Agentes del Seguro de Salud definir los importes a cancelar de cada factura hasta aplicar todo el importe recibido por el mecanismo de Integración.

Se establece que los Agentes del Seguro de Salud podrán pagar a los prestadores con fondos propios, transferidos a la cuenta de Integración, las facturas a ser incluidas en las presentaciones mensuales, de facturación ante esta Superintendencia, antes de recibir la liquidación mediante el mecanismo de Integración.

En los casos en que correspondiere por disposiciones de AFIP, se deberá requerir al prestador la emisión de recibos en donde se registre las facturas canceladas, retenciones efectuadas y transferencia bancaria.

6- MOVIMIENTOS EN LA CUENTA DISCAPACIDAD

7.1 – INGRESOS

Además de los ingresos transferidos por AFIP, los Agentes del Seguro de Salud podrán ingresar fondos propios a la cuenta DISCAPACIDAD para:

a) Cobertura de comisiones bancarias e impuestos. b) Cubrir la diferencia total entre los valores solicitados y los valores liquidados. c) Cancelación anticipada de la facturación de los prestadores. d) Otros casos justificados y documentados.

7.2 – EGRESOS

7.3.1. Retenciones

De corresponder la aplicación de retenciones de impuestos al cancelar las facturas, los saldos resultantes podrán ser transferidos a otra cuenta bancaria del Agente del Seguro de Salud para el pago al organismo correspondiente.

7.3.2. Recupero de fondos propios

El recupero de fondos propios desde la cuenta DISCAPACIDAD se permitirá solamente en los siguientes casos especiales, debidamente justificados y documentados:

- a) Cuando se recibieren importes en la cuenta bancaria por ajustes realizados por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD sobre liquidaciones de facturaciones presentadas en períodos anteriores y las facturas afectadas ya se hubieran cancelado totalmente.
- b) Se permite a los Agentes del Seguro de Salud el recupero de los fondos propios transferidos a la cuenta de Integración destinado al pago anticipado de facturas incluidas en las presentaciones del mecanismo de Integración. Situación prevista en el punto 6.1 c).
- c) Según lo mencionado en el punto 6.1 caso d), cuando por motivos debidamente justificados hubiera sido necesario ingresar fondos propios a la cuenta Discapacidad para cancelar la facturación, se podrá recuperar los fondos una vez que se acredite la liquidación.
- d) Cuando, por motivos debidamente justificados y documentados se hubieran efectuados pagos a prestadores desde cuentas propias correspondientes a facturas incluidas en las presentaciones del mecanismo de Integración, se podrán recuperar los fondos una vez que se acredite la liquidación.

7- AJUSTES DE PRESENTACIONES DE DECLARACIÓN JURADA DE FACTURACIÓN

Los Agentes del Seguro de Salud podrán realizar ajustes o reversiones sobre registros de facturación de carpetas anteriores para corregir casos no contemplados o datos erróneos ingresados.

- Los ajustes o reversiones se realizarán mediante registros específicos definidos para cada caso.
- Los detalles de los registros de ajuste y la modalidad de presentación se encuentran en un instructivo específico publicado en la página web del Organismo.

A mero título enunciativo, los casos contemplados son los que se enumeran a continuación:

1- Se recibe importe liquidado por un registro para el que posteriormente se detecta error en los datos informados del comprobante: CUIT prestador, tipo de comprobante, punto de venta, N° de comprobante.

En estos casos se deberán enviar DOS (2) registros de ajuste: uno para realizar la anulación del registro erróneo y otro informando el registro correcto. No se afectan importes liquidados.

2- Se recibe importe liquidado por un registro que poseía algún error en los datos informados utilizados para el cálculo de la liquidación: prestación, importe solicitado, cantidad, dependencia, provincia.

Se deberán enviar DOS (2) registros de ajuste: uno para realizar la anulación del registro erróneo y otro informando el registro correcto.

En el caso de otras situaciones incorrectas de carga de datos que detecten los Agentes del Seguro de Salud y no estén contempladas en los ajustes mencionados, deberán ser informadas a los CINCO (5) días de detectado el error a la GERENCIA OPERATIVA DE SUBSIDIOS POR REINTEGROS de la SUPERINTENDENCIA DE

SERVICIOS DE SALUD o la que en un futuro la reemplace, que definirá su resolución a través de este mecanismo de ajuste o reversión de registro.

8 -INFORMES DE APLICACIÓN DE FONDOS

9.1 - INFORME GENERAL DE SALDOS MENSUALES

Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar mensualmente, en carácter de Declaración Jurada, un Informe General con los saldos iniciales y finales de la cuenta DISCAPACIDAD, y los totales por tipo de movimientos de ingresos y egresos. Los datos a suministrar se detallan en el ANEXO IV.

Para instrumentarlo, se implementó un mecanismo específico para que los Agentes del Seguro de Salud informen al cierre de cada mes la aplicación general de los fondos recibidos por Integración.

El modelo de registro y la modalidad de presentación se encuentran detallados en un instructivo específico publicado en la página web del Organismo, que podrá ser modificado por la autoridad de aplicación.

Para la presentación del Informe General de saldos mensuales mencionado se dispondrá de SESENTA (60) días corridos a partir de la finalización de cada mes.

9.2 - INFORME DETALLADO DE APLICACIÓN DE FONDOS

Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar, en carácter de Declaración Jurada, un informe consolidado por cada liquidación recibida, detallando la aplicación de los fondos y la eventual devolución a la cuenta del Fondo Solidario de Redistribución de los saldos no aplicados.

- El informe incluirá la liquidación mensual recibida por beneficiario-período-prestación, facturas autorizadas asociadas y los pagos realizados a los prestadores.
- En caso de no haber cancelado las facturas total o parcialmente, deberá reintegrarse el saldo no aplicado a la cuenta del Fondo Solidario de Redistribución, acompañando el correspondiente comprobante.
- La descripción del informe se encuentra en el ANEXO V y en el instructivo específico publicado en la página web del Organismo.
- La obra social deberá subir el total de las comprobantes (facturas/recibos) emitidos por el prestador firmados digitalmente por el contador por FTP. El formato será CUIT-TipoComprobante-PuntodeVenta-NumeroComprobante.pdf
- La obra social deberá subir por FTP, los legajos de cada afiliado firmados por el auditor médico, en un formato a definir en el instructivo.

El reintegro indicado en el párrafo anterior se deberá efectivizar mediante transferencia bancaria a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, Cuenta Corriente N° 2713/69, Banco de la Nación Argentina, Sucursal Plaza de Mayo, CUIT 30-69440704-4, CBU 0110599520000002713698. En el informe detallado se deberá dejar constancia de todos los casos de utilización incorrecta o no contemplada de los importes liquidados recibidos, como utilización por no haberse depositado en la cuenta bancaria los gastos bancarios, errores o imposibilidad de transferir los importes a los prestadores, embargos judiciales sobre la cuenta y todo otro motivo relacionado con la utilización de los montos asignados.

Consta en ANEXO V la información a suministrar.

El modelo final de registro y la modalidad de presentación, se encuentran detallados en el instructivo específico publicado en la página web del Organismo, que podrá ser modificado por la autoridad de aplicación.

9 - PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES

Los informes detallados de aplicación de fondos deberán presentarse dentro de los 60 días corridos a partir de la finalización del mes de percepción de los fondos liquidados.

○ El informe se presentará mediante el servicio FTP, o el mecanismo que lo reemplace, incluyendo imágenes digitalizadas de los documentos presentados en la facturación y extractos bancarios de la cuenta DISCAPACIDAD, firmados digitalmente, conforme se detalla en procedimientos indicado en punto 1 del presente anexo.

○ Los legajos prestacionales descritos en el Anexo II, punto 1 – Documentación Prestacional, deberán ser subidos por FTP, junto con la presentación del IDAF correspondiente, por única vez. No obstante, en caso de haber algún cambio en las prescripciones y/o plan de tratamiento, deberán presentar el legajo nuevamente con los futuros IDAF. Toda la documentación deberá estar firmada digitalmente, conforme se detalla en los procedimientos indicados en el punto 1 del presente anexo.

○ La Subgerencia de Control de Gestión evaluará los informes presentados y podrá solicitar información adicional o realizar auditorías.

○ La modalidad de presentación, se detallará en el instructivo correspondiente al Manual del Usuario Mecanismo de Integración, en el cual se publicarán las actualizaciones correspondientes.

10 - LEGAJOS Y AUDITORÍA EN TERRENO

Los Agentes del Seguro de Salud deberán conservar en los Legajos la documentación respaldatoria descrita en el ANEXO II DESCRIPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA -Punto 1- Documentación

prestacional, que podrán ser auditados por la Subgerencia de Control de Gestión, u otra área designada a tal efecto, en las instancias previa o posterior a la presentación de las liquidaciones ante el Mecanismo Integración.

Los Agentes del Seguro de Salud deberán conservar la documentación respaldatoria descrita en el ANEXO II, en los Legajos mencionados en el punto 2 - Documentación Contable, que, a su vez, podrán ser auditados por la Subgerencia de Control de Gestión, u otra área designada a tal efecto,, una vez que se haya realizado la presentación de los informes detallados de la aplicación de fondos recibidos.

Asimismo, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD podrá auditar las prestaciones brindadas a las personas con discapacidad.

11- INCUMPLIMIENTOS

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD podrá suspender temporalmente el pago de las liquidaciones del mecanismo de Integración a los Agentes del Seguro de Salud que no presenten la

documentación requerida dentro de los plazos establecidos en este ANEXO.

Asimismo, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD podrá intervenir en casos de incumplimientos reiterados de los Agentes del Seguro de Salud en responder adecuadamente a las solicitudes de información adicional para el cierre de las liquidaciones, o en otras faltas graves, como el falseamiento de documentación.

En el caso específico de que el Agente del Seguro de Salud no presente los Informes Detallados de Aplicación de Fondos (IDAF), los comprobantes (facturas/recibo) emitidos por el prestador y los legajos prestacionales correspondientes, en las fechas estipuladas y comunicadas por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en la página web del Organismo (www.argentina.gob.ar/sssalud, Sección "Obras Sociales Nacionales") y/o no responda a los requerimientos de información sobre el sistema de integración realizados por las áreas de control pertinentes, se restringirá su capacidad para presentar nuevos pedidos hasta que regularice los incumplimientos mencionados.

En caso que se detecten inconsistencias y/o irregularidades en la documentación adjunta en una carpeta y/o de las auditorías realizadas, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD procederá a detraer el monto total de la carpeta en cuestión de los fondos que, en concepto de aportes y contribuciones, le correspondan al Agente del Seguro involucrado. A tal fin, se efectuará la notificación correspondiente a la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS. Dicha medida tendrá el carácter de suspensivo hasta tanto las inconsistencias y/o irregularidades sean subsanadas.

Asimismo, en caso de hallarse facturación apócrifa por parte de algún prestador, en la documentación presentada o las auditorías realizadas, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD lo denunciará ante la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP) y podrá suspenderlo del Mecanismo de Integración. Esta medida se aplicará sin perjuicio de otras acciones legales que puedan corresponder.