

ANEXO I

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 Seguro de Salud que accedan al mecanismo denominado “INTEGRACIÓN” para el financiamiento directo del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN para la cobertura de las prestaciones del Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad aprobado por la Resolución del entonces Ministerio de Salud y Acción Social N° 428/1999 o la norma que en el futuro la reemplace, deberán ajustarse a la siguiente operatoria general:

- Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar mensualmente a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, con carácter de declaración jurada, el detalle de la facturación recibida por prestaciones efectivamente brindadas, autorizada por la Auditoría Médica y que se encuentre impaga.
- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD liquidará mensualmente la presentación realizada sobre la base de los aranceles vigentes del Sistema de Prestaciones de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad que determinen las resoluciones emitidas por el MINISTERIO DE SALUD.

El proceso de liquidación incluirá validaciones sobre las prestaciones y otros controles propios sobre los datos ingresados.

- Los totales liquidados asignados a cada Agente del Seguro de Salud se informarán a la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP), la que procederá a acreditar la suma total en la cuenta bancaria específica denominada “CUENTA DISCAPACIDAD” que los Agentes del Seguro de Salud debieron haber abierto, de acuerdo con lo previsto en el Decreto N° 904/16 y 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 la aplicación de fondos recibidos, mediante los informes y procedimientos que se describen en el presente anexo, que deberán ser presentados con carácter de declaración jurada, firmados por la máxima autoridad del Agente del Seguro de Salud y acompañados de Informe de Contador Público Externo.

2 – DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Para solicitar a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD los fondos necesarios para afrontar el pago de la facturación de los prestadores de Discapacidad mediante el mecanismo de Integración, los Agentes del Seguro de Salud deberán contar con toda la documentación prestacional respaldatoria que fundamente el tratamiento brindado a sus beneficiarios que, a su vez, deberá ser avalada por el Auditor Médico.

La documentación corresponderá al tratamiento anual prescripto.

La solicitud no deberá estar sujeta al año calendario, a excepción de las modalidades educativas en todos sus niveles, apoyo a la integración escolar y maestra de apoyo.

Los Agentes del Seguro de Salud deberán conservar toda la documentación prestacional respaldatoria en un legajo individual por beneficiario en formato digital. Dicha documentación deberá ser firmada en forma ológrafa por el beneficiario, y podrá ser enviada a través de un archivo por foto o escaneada, por medio digitales.

Asimismo, deberán conservar la documentación contable respaldatoria de la facturación presentada y de los pagos realizados, en Legajos asociados con las Liquidaciones mensuales recibidas.

El detalle de la documentación prestacional y la documentación contable se describe en el ANEXO II.

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

Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar mensualmente ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, con carácter de declaración

jurada, el detalle de la facturación recibida impaga, de prestaciones efectivamente brindadas, por la cobertura de las prestaciones de Discapacidad. Esta presentación se deberá realizar a través de un archivo con formato de texto que se enviará por el servicio FTP (File Transfer Protocol/Protocolo de Transferencia de Archivos), que se encuentra actualmente operativo entre la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y los Agentes del Seguro de Salud, o a través del mecanismo que lo reemplace.

A tal efecto, en este servicio se habilitará una carpeta identificada por año/mes, que se corresponderá con el período de cobertura hasta el que se podrá informar la facturación recibida. Asimismo, en el archivo que se incorpore en la carpeta vigente se podrá incluir facturación de período de cobertura de hasta TRES (3) meses anteriores.

La presentación incluirá datos del beneficiario, de las prestaciones brindadas y de la facturación asociada a cada prestación.

Durante el período que la carpeta se encuentre habilitada, los Agentes del Seguro de Salud podrán enviar el archivo las veces que sea necesario.

En cada envío, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD efectuará controles de consistencia de datos y de incompatibilidad entre prestaciones solicitadas.

La descripción de los datos a ingresar, el diseño de registro, la modalidad de presentación, los controles y validaciones, los errores detectados y el cronograma de carpetas vigentes con su fecha de cierre, se detallarán en el instructivo específico que se publicará en la página web del Organismo (www.sssalud.gob.ar – Obras Sociales). El cronograma mencionado podrá ser modificado por la autoridad de aplicación.

La facturación que se podrá incluir deberá encontrarse impaga, auditada y contabilizada 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 resoluciones del MINISTERIO DE SALUD, se utilizarán para determinar la asignación a liquidar reconocida durante el proceso de validación y liquidación.

4 – LIQUIDACIÓN DE IMPORTES RECONOCIDOS POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Una vez cerrado el período (carpeta) vigente, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD procederá a liquidar la última presentación efectuada por los Agentes del Seguro de Salud. Es decir que, para los importes solicitados asociados a cada beneficiario-prestación-período de cobertura, se calculará la asignación a liquidar reconocida de la prestación.

Por otra parte, los importes tope de referencia se obtendrán de multiplicar el valor unitario vigente al momento de la prestación (según normativa vigente aplicada por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD) por la cantidad informada, más el adicional por dependencia del 35% si se informó y si correspondiere la prestación, más el 20% por zona desfavorable si se indicó la provincia.

El importe a liquidar a cada beneficiario-prestación-período de cobertura, será el menor entre el importe solicitado de la prestación y el importe tope de referencia determinado durante el proceso de validación y liquidación que efectúa la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

La descripción de la liquidación efectuada y las especificaciones del archivo con el que se informarán los montos reconocidos por prestación, se detallarán en el instructivo específico que se publicará en la página web del Organismo (www.sssalud.gob.ar – Obras Sociales). El instructivo referido podrá ser modificado por la autoridad de aplicación.

Los totales liquidados por cada Agente del Seguro de Salud se informarán a la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP), la que procederá a acreditar la suma total en la cuenta bancaria específica denominada “CUENTA DISCAPACIDAD” de cada Agente.

5 – PAGO A PRESTADORES POR LOS AGENTES DEL SEGURO DE SALUD

Una vez recibida la acreditación del total liquidado de un período en la nueva cuenta bancaria “DISCAPACIDAD”, los Agentes del Seguro de Salud deberán realizar los pagos a los prestadores exclusivamente por transferencia bancaria a los CBU informados por sus prestadores.

Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la razón social (CUIT) de la facturación presentada. Para acreditar esta relación, los Agentes del Seguro de Salud deberán solicitar nota o documentación bancaria a sus prestadores.

En el caso de que, por motivos de descuento de facturas en entidades bancarias, cesiones de créditos u otros motivos, los prestadores declararen ante los Agentes de Seguro de Salud CBU de distinta titularidad, los Agentes del Seguro de Salud deberán solicitar documentación específica que acredite la situación y que refleje en forma fehaciente la recepción del pago y conformidad del prestador.

Los pagos deberán afectarse exclusivamente a la facturación presentada a través del mecanismo de Integración y que, a su vez, dio origen a la liquidación recibida.

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.

Las facturas presentadas por el mecanismo de Integración y que hubieren sido aprobadas al cierre de cada período (carpeta) vigente, deberán ser canceladas por el total del importe solicitado por el Agente, con anterioridad a la fecha de la presentación del informe detallado de aplicación de fondos.

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

6.1 – INGRESOS

Además de los ingresos transferidos por AFIP a la cuenta bancaria DISCAPACIDAD correspondientes a las liquidaciones efectuadas por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, los Agentes del Seguro de Salud podrán ingresar fondos propios a la mencionada cuenta para contemplar los siguientes casos:

- a) Cobertura de los gastos de comisiones bancarias e impuestos debitados por el banco.
- b) Importes mensuales que cubran la diferencia total entre los valores solicitados y los valores liquidados por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, para de esta manera posibilitar la cancelación del total de la facturación desde la cuenta DISCAPACIDAD.
- c) Cuando, por demora de sesenta (60) días en la transferencia de los fondos liquidados por una presentación realizada, sea necesario ingresar fondos propios a la cuenta Discapacidad para cancelar la facturación. Esta situación deberá ser notificada en un plazo de CINCO (5) días desde el ingreso de los fondos propios a la cuenta mencionada, a la GERENCIA OPERATIVA DE SUBSIDIOS POR REINTEGROS de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.
- d) Otros casos debidamente justificados, documentados y notificados en un plazo de CINCO (5) días a la GERENCIA OPERATIVA DE SUBSIDIOS POR REINTEGROS de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

Las situaciones planteadas se deberán registrar expresamente en el informe detallado de aplicación de fondos que se describe en el presente anexo.

6.2 – EGRESOS

6.2.1. Retenciones

De corresponder la aplicación de retenciones de impuestos al cancelar las facturas, los saldos resultantes en la cuenta bancaria DISCAPACIDAD podrán

ser transferidos a otra cuenta bancaria del Agente del Seguro de Salud, para desde ahí proceder al pago al organismo para el cual se hubieran efectuado las retenciones mencionadas.

6.2.2. Recupero de fondos propios

No se permitirá en el mecanismo de "INTEGRACION" el recupero de fondos propios desde los fondos depositados en la cuenta bancaria DISCAPACIDAD, salvo en los siguientes TRES (3) 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) Según lo mencionado en el punto 6.1 casos c) o 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.

c) Cuando, por motivos debidamente justificados, documentados y notificados en un plazo de CINCO (5) días a la GERENCIA OPERATIVA DE SUBSIDIOS POR REINTEGROS de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD 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.

Las situaciones planteadas se deberán registrar expresamente en el informe detallado de aplicación de fondos que se describe en el presente anexo.

7 - AJUSTES DE PRESENTACIONES DE DECLARACIÓN JURADA DE FACTURACIÓN

En cada presentación mensual (carpeta habilitada), los Agentes del Seguro de Salud podrán realizar ajustes o reversiones sobre registros de facturación de carpetas anteriores con el objeto de corregir casos no contemplados en el

mecanismo de Integración o casos de facturación con datos erróneos ingresados.

Los ajustes o reversiones se realizarán mediante registros específicos definidos para cada caso.

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

1- Se recibe importe liquidado por un registro: prestación-beneficiario-período y se detecta posteriormente que la facturación se encontraba cancelada por fondos propios.

En este caso, el registro de ajuste a informar funcionará como una devolución del importe recibido, ya que se descontará de la próxima liquidación.

La facturación anulada por este ajuste, al haber sido cancelada con fondos propios del Agente del Seguro de Salud, se podrá presentar como reintegro por el Sistema Único de Reintegro (SUR), mientras tenga vigencia su funcionamiento para Discapacidad.

2- 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.

3- 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 estos casos, al afectarse el importe liquidado originalmente, la liquidación del ajuste informado podrá implicar -según corresponda- una diferencia a favor o en contra del Agente del Seguro de Salud.

El diseño de los registros de ajuste y la modalidad de presentación de cada caso planteado anteriormente se encuentran detallados en un instructivo específico, publicado en la página web del Organismo (www.sssalud.gob.ar – Obras Sociales) que podrá ser modificado por la autoridad de aplicación.

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, que definirá su resolución a través de este mecanismo de ajuste o reversión de registro.

8 – INFORMES DE APLICACIÓN DE FONDOS

8.1 – INFORME GENERAL DE SALDOS MENSUALES

Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar mensualmente, con carácter de Declaración Jurada, un Informe General que contendrá los saldos iniciales y finales de la cuenta bancaria DISCAPACIDAD y los totales por tipo de movimientos de ingresos y egresos efectuados sobre la cuenta.

La información requerida tendrá similares condiciones y tenor de la Resolución N° 744/04-SSSalud, como anexo aclaratorio. 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 (www.sssalud.gob.ar – Obras Sociales), 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. El Informe General de Saldos será controlado por la Gerencia de Control Económico Financiero.

Asimismo, cada Agente del Seguro de Salud deberá firmar y presentar ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD la siguiente autorización para el envío de información, por parte del Banco de la Nación Argentina, con el detalle de los movimientos registrados en la cuenta bancaria de DISCAPACIDAD mencionada, de titularidad de la obra social:

CONSENTIMIENTO

BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA

Por la presente, en mi carácter de (apoderado y/o representante legal) de la Obra Social de, y titular de la cuenta (nominar la cuenta con todos los datos), referenciada DISCAPACIDAD, y conforme los términos del marco normativo atinente a ella según Decreto N° 904/16, a los fines de la presentación e informes que han de realizar los Agentes de Seguro de Salud, autorizamos en forma expresa y damos nuestro consentimiento para que el Banco de la Nación Argentina, Sucursal Plaza de Mayo, entidad financiera en la que se encuentra abierta la citada cuenta, sea relevado del deber de guardar el secreto bancario fijado en el artículo 39 de la Ley de Entidades Financieras en relación a los movimientos de dicha cuenta y sólo a los fines de dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución SSSalud N° 887/17, sus modificatorias, complementarias y/o las que la sustituyan en lo sucesivo.

Firma:

Aclaración:

8.2 – INFORME DETALLADO DE APLICACIÓN DE FONDOS

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

Contendrá el detalle de la liquidación mensual recibida por beneficiario-período-prestación, el detalle de facturas autorizadas asociadas y se deberá completar con la información de los pagos realizados a los prestadores.

Las facturas presentadas a través del mecanismo de Integración y que hubieran sido aprobadas al cierre de cada período (carpeta) vigente, deberán ser canceladas por el total del importe solicitado por el Agente, con anterioridad a la fecha de la presentación del informe detallado de aplicación de fondos.

En el caso de que, a la fecha de vencimiento de la presentación de la Declaración Jurada establecida en este punto, el Agente del Seguro de Salud no hubiera cancelado a los prestadores total o parcialmente las facturas que le hubiesen sido liquidadas, deberá reintegrar previamente a la cuenta del Fondo Solidario de Redistribución el saldo no aplicado y acompañar el correspondiente comprobante. Esta obligación subsiste aun en el caso de que la presentación se realizare en forma tardía.

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.

Se adjunta en ANEXO V el detalle de los datos a informar con ejemplos y el resumen final resultante de la presentación.

El modelo final de registro y la modalidad de presentación, se encuentran detallados en el instructivo específico publicado en la página web del Organismo (www.sssalud.gob.ar – Obras Sociales), que podrá ser modificado por la autoridad de aplicación.

9 – PRESENTACIÓN DE INFORMES Y CIERRE FORMAL DE LIQUIDACIONES

Para los informes detallados de aplicación de fondos de las liquidaciones recibidas con posterioridad a la publicación de la presente Resolución y a la implementación del instructivo específico mencionado en el párrafo anterior, se dispondrá de SESENTA (60) días corridos, a partir de la finalización del mes de percepción de los fondos liquidados.

El informe mencionado en el punto 8.2 se presentará mediante nota firmada por la máxima autoridad del Agente del Seguro de Salud en Mesa de Entradas de la Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegro de la SUPERINTENDENCIA DE

SERVICIOS DE SALUD. Por cada presentación, se dará inicio a la tramitación de un informe de aprobación de cada liquidación efectuada.

A la nota mencionada, se deberá adjuntar el Resumen Final impreso del Informe Detallado, firmado por la autoridad máxima del Agente del Seguro de Salud, con carácter de Declaración Jurada y acompañado por un Informe de contador público sobre la constancia de la registración y la coincidencia de la información documental declarada con sus originales en poder del Agente del Seguro de Salud, firmada por Contador Público Externo con firma certificada por el Consejo/Colegio profesional jurisdiccional correspondiente.

Asimismo, los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar, junto a cada Informe Detallado, las imágenes digitalizadas de los documentos presentados en la facturación, los recibos y/o Liquidaciones de Pago y los extractos bancarios de la cuenta DISCAPACIDAD que reflejen los movimientos informados.

La evaluación de los informes presentados estará a cargo de la Subgerencia de Control de Gestión, dependiente de la Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros, que realizará el control de la información suministrada correspondiente a los pagos efectuados y podrá, en caso de considerarlo necesario, solicitar información adicional a los Agentes del Seguro de Salud o realizar auditorías.

En caso de corresponder, se procederá a la aprobación de los informes presentados y se realizará el cierre formal de las liquidaciones mediante el acto administrativo correspondiente en el trámite iniciado. En caso contrario, se notificará al Agente del Seguro de Salud para que realice las rectificaciones y descargos que correspondan.

En tal sentido, si la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD estimare que las rectificaciones o descargos no justifican las diferencias u observaciones encontradas, podrá disponer la revocatoria parcial o total de los montos liquidados.

10 – LEGAJOS Y AUDITORÍA EN TERRENO

Los Agentes del Seguro de Salud deberán conservar la documentación respaldatoria descrita en el ANEXO II, en los Legajos mencionados en el punto 2 del presente ANEXO que, a su vez, podrán ser auditados en dependencias de los Agentes del Seguro de Salud, por la Subgerencia de Control de Gestión u

otra área designada al 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 se reserva el derecho de auditar las prestaciones brindadas por los Agentes del Seguro de Salud a las personas con discapacidad.

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 Unidad de Orientación y Gestión para las personas con discapacidad o la que en el futuro la reemplace, en las instancias previa o posterior a la presentación de las liquidaciones ante el Mecanismos Integración.

11 – INCUMPLIMIENTOS

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se reserva el derecho de, mediante Resolución fundada, suspender transitoriamente el pago de las liquidaciones de la asignación del mecanismo de Integración a los Agente del Seguro de Salud que no efectúen sus presentaciones en los plazos establecidos en este ANEXO.

En forma previa a la suspensión, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, por medio de Disposición de la Gerencia Operativa de Subsidio por Reintegros o de la Gerencia de Control Económico Financiero, podrá intimar por única vez al Agente del Seguro de Salud para que, dentro del plazo improrrogable de QUINCE (15) días hábiles, regularice su situación.

De la misma forma que la indicada precedentemente la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD podrá actuar en los casos de incumplimientos reiterados de los Agentes de Seguro de Salud en responder adecuadamente a las solicitudes de información adicional para el cierre de las liquidaciones u otras faltas graves, tales como el falseamiento de documentación.

En caso de verificarse irregularidades o incumplimientos en la Documentación prestacional, a través de los diferentes procedimientos de control, se le otorgará al Agente de Seguro de Salud un plazo de QUINCE (15) días hábiles para que regularice su situación.

Si no diere cumplimiento a lo solicitado, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, mediante resolución fundada, se reserva el derecho de suspender transitoriamente el pago de las liquidaciones de la asignación del mecanismo de Integración a los Agente del Seguro de Salud, previo informe técnico elaborado por la Unidad de orientación y gestión de las prestaciones para personas con discapacidad o la que en el futuro la reemplace.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO I

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 14 pagina/s.