



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

## ANEXO II

### **NORMAS Y PROCEDIMIENTO DE LOS REINTEGROS**

#### **1. - NORMAS GENERALES**

Las solicitudes de apoyo financiero que realicen los Agentes del Seguro de Salud mediante el SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (SUR), se realizarán sobre la base de prestaciones médicas efectivamente provistas y pagadas por los mencionados Agentes en atención de sus beneficiarios.

El profesional médico que actúe en representación del Agente del Seguro de Salud en carácter de Auditor Médico, deberá firmar y sellar sus intervenciones en la documentación que sea requerida. Su sello deberá detallar: nombre y apellido, número de matrícula y especificar su carácter de Auditor Médico con la sigla o nombre del Agente del Seguro de Salud.

El profesional contable del Área Contable que actúe en representación del Agente del Seguro de Salud, deberá validar con su firma y sello la documentación contable que integre la solicitud de apoyo financiero presentada a través del SUR, detallando: nombre y apellido, cargo y sigla o nombre del Agente del Seguro de Salud.

Los requisitos exigibles por la Autoridad de aplicación a los Agentes del Seguro de Salud para la presentación de reintegros, sólo podrán ser los incluidos en la normativa vigente al momento de efectuarse las prestaciones.

#### **1.1. - REQUISITOS DE LAS SOLICITUDES**

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

Todas las solicitudes de apoyo financiero a presentar a través del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (SUR) por los Agentes del Seguro de Salud, deberán contener las impresiones generadas por el sistema informático luego del ingreso de datos realizado por los Agentes del Seguro de Salud.

**A - NOTA DE SOLICITUD:** firmada por el Presidente del Agente del Seguro de Salud, con firma certificada por entidad bancaria o ante Escribano Público o de acuerdo a lo previsto por la Resolución 407/2014 SSSALUD o la que en el futuro la reemplace.

**B - CERTIFICADO DE AFILIACION:** firmado por el Presidente del Agente del Seguro de Salud, con firma certificada por entidad bancaria o ante Escribano Público o de acuerdo a lo previsto por la Resolución 407/2014 SSSALUD o la que en el futuro lo reemplace.

**C - CUADRO DE CONCEPTOS SOLICITADOS:**

Se genera luego de ingresar al sistema informático los conceptos solicitados reconocidos y enunciados en los Anexos III y IV de la presente y que se encuentran predefinidos en el Sistema SUR.

Para cada concepto se deberá consignar: periodo solicitado, cantidad solicitada para el periodo de referencia (de acuerdo a la unidad de medida de cada concepto) y monto total imputado a ese concepto y período incluido en la facturación asociada.

Los datos mencionados ingresados al sistema deberán coincidir con los conceptos facturados por los Prestadores.

A  
9/8



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

En caso de diferencias se devolverá la solicitud para su modificación al no poder otorgar conceptos o cantidades distintas a las solicitadas.

El Cuadro de Conceptos se deberá acompañar con la DOCUMENTACION DE LA PRESTACION MEDICA por la cual se requiere reintegro, de acuerdo con lo detallado en el punto 2. – REQUISITOS DOCUMENTACION RESPALDATORIA del ANEXO II y con la documentación adicional que se especifica en el Anexo III junto a la descripción de las Patologías y Conceptos reconocidos.

El Cuadro de Conceptos deberá presentarse firmado y sellado en original por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

#### **D - CUADRO DE COMPROBANTES**

Se genera luego de ingresar al sistema informático la documentación contable respaldatoria de la compra y el pago de los conceptos solicitados (Facturas y Recibos).

Se deberá acompañar con DOCUMENTACION CONTABLE que cumplimente las especificaciones del punto 3. – REQUISITOS DOCUMENTACION COMERCIAL del presente ANEXO II.

El Cuadro de Comprobantes deberá presentarse firmado y sellado en original por representante del Área Contable y representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud, lo cual será válido como reemplazo de la firma de ambos en cada Factura, Recibo o comprobante individual ingresado al cuadro.

#### **1.2. - PROCEDIMIENTO DE REINTEGROS PARA EL SISTEMA DE TUTELAJE DE TECNOLOGIAS SANITARIAS EMERGENTES**

*[Handwritten signature]*



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

Las solicitudes de apoyo financiero para aquellos medicamentos y/o prácticas médicas establecidas como TECNOLOGIAS COMPRENDIDAS EN EL SISTEMA DE TUTELAJE DE TECNOLOGIAS SANITARIAS EMERGENTES, deberán ajustarse a los requerimientos del presente ANEXO II (normas generales y específicas que correspondan de acuerdo con la prestación y/o patología) y además:

Deberán contar con una autorización original para su presentación ante SUR, extendida por la GERENCIA DE GESTION ESTRATEGICA de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, como resultado de la evaluación realizada por dicha área, ante la consulta previa a la presentación formulada por el Agente del Seguro de Salud.

### **1.3. - PRESENTACION DE LAS SOLICITUDES**

Para la presentación de las solicitudes de reintegro de las prestaciones abarcadas en la presente Resolución y que se corresponda con tratamientos prolongados, se tomará como año calendario de tratamiento el comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de cada año. Consecuentemente, el primer semestre será el comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio, y el segundo semestre será el comprendido entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de cada año.

Las solicitudes de medicamentos ingresadas por la opción solicitudes generales del sistema informático SUR podrán presentarse por periodos trimestrales o semestrales calendarios vencidos. Deben contemplar el consumo de los periodos.

A



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

mencionados completos, salvo los casos de fechas de inicio y terminación de cobertura intermedias debidamente justificadas.

Las solicitudes de VIH-SIDA y Hemofilia podrán ser presentadas a partir de cada mes vencido por beneficiario y podrán contener desde UN (1) mes hasta DOCE (12) meses de tratamiento.

Las solicitudes por Tratamiento de Adicciones – Drogodependencia, se deberán presentar por semestre calendario por beneficiario, pudiendo contener desde UN (1) mes hasta SEIS (6) meses de prestación.

Las solicitudes de reintegro por prestaciones, prótesis o insumos se deberán presentar por beneficiario individual luego de la fecha de realización de la prestación dentro de los plazos establecidos.

#### **1.4. – PLAZOS**

El plazo para la presentación de las solicitudes de apoyo financiero a través del sistema de reintegros SUR por parte del Agente del Seguro de Salud, será de VEINTICUATRO (24) meses a contar desde el último mes de prestación del tratamiento.

Las solicitudes rechazadas podrán ser presentadas nuevamente sin limitaciones en cuanto a la cantidad de rechazos durante los 24 meses mencionados.

Una vez ocurrido el vencimiento del plazo de 24 meses establecido, los Agentes del Seguro de Salud dispondrán para las solicitudes rechazadas por la Mesa de Entradas del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (SUR), VEINTE (20) días hábiles a contar desde la devolución de la solicitud, para corregir las observaciones

A  
fj



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

efectuadas y obtener un nuevo turno. En estos casos se permitirá un rechazo de cada área de Mesa de Entradas (Recepción, Prestacional y Económica), otorgándose en cada caso los VEINTE (20) días hábiles mencionados.

### **1.5. – LEGAJO ORIGINAL Y AUDITORIA**

Los Agentes del Seguro de Salud deberán conservar toda la documentación original que presenten ante el SISTEMA UNICO DE REINTEGROS en un legajo individual por solicitud que podrá ser auditado, una vez que se haya realizado el pago de la prestación, por la SUBGERENCIA DE CONTROL DE GESTION dependiente de la GERENCIA OPERATIVA DE SUBSIDIOS POR REINTEGROS sin perjuicio de las auditorías integrales que las distintas Gerencias del organismo determinen en sus planes anuales de trabajo.

En todos los casos, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se reserva el derecho de auditar, en sede o en terreno, las prestaciones efectuadas.

### **1.6. - 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 de la SUBGERENCIA DE RECEPCION, VERIFICACION Y VALORIZACION DE SOLICITUDES, la que procederá a su verificación administrativa, contable, fiscal y prestacional, conforme al ingreso de los datos en el sistema y a determinar el monto a reintegrar.

Se otorgará número de expediente a aquellas solicitudes que contengan toda la documentación respaldatoria verificada y se devolverá al Agente del Seguro de

A  
P  
4



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

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.

Luego de la validación, valorización y conversión en Expediente se procederá a enviarlos 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 mismos.

#### **1.7. - LIQUIDACION Y PAGO**

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

### **2.- REQUISITOS DOCUMENTACION RESPALDATORIA DE CONCEPTOS SOLICITADOS**

#### **2.1. - REINTEGRO DE PRÁCTICAS:**

Para la presentación de las solicitudes de reintegros de prácticas se adjuntará, la siguiente documentación:

- Fotocopia de resumen de Historia Clínica firmada y sellada por el médico tratante y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud, que contenga los siguientes datos:

a) Datos del Beneficiario (Nombre y Apellido, N° de beneficiario, número de documento, edad, sexo).

b) Diagnóstico.



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

- c) Antecedentes personales y de la enfermedad actual, complicaciones y/o comorbilidades.
- d) Detalle del tratamiento indicado.
- e) Fecha del resumen
- Consentimiento Informado: Fotocopia del mismo firmado por el paciente o su representante y por el médico tratante. Se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado cuando haya cambio de tratamiento.
- Fotocopia de la prescripción de la práctica, firmada y sellada por médico tratante y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Fotocopia de los informes de estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico y la solicitud del reintegro, firmados y sellados por el profesional interviniente y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. Esta documentación adicional se especifica en la descripción de las Patologías y Conceptos reconocidos, incluidos en Anexo III.1.
- Fotocopia de Epicrisis (en caso de internación y si no se incluyera en el resumen de Historia Clínica), firmada por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. También se considerará válida una fotocopia de la Historia Clínica completa.

## **2.2. - REINTEGRO DE INSUMOS Y PROTESIS**

Para las solicitudes que incluyan elementos protésicos o cualquier otro insumo se deberá presentar además de la documentación mencionada en el punto 1.1. -

A  
S





400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

REQUISITOS DE LAS SOLICITUDES y en el punto 2.1. - REINTEGRO DE PRACTICAS del presente ANEXO II, la siguiente documentación específica:

- Copia del Protocolo Quirúrgico firmado por el cirujano interviniente y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Certificado de Implante firmado por el profesional interviniente en donde conste la fecha del implante y los stickers, con firma y sello del Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

### **2.3. - REINTEGRO DE TRASPLANTES**

Quando se trate de prácticas de trasplante, los Agentes del Seguro de Salud deberán efectuar sus solicitudes de acuerdo con el punto 1.1. - REQUISITOS DE LAS SOLICITUDES y el punto 2.1. - REINTEGRO DE PRACTICAS del presente ANEXO II y cumplir, además con los siguientes requisitos:

- Los prestadores intervinientes, sean públicos o privados, deberán estar habilitados por el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI).
- El reintegro de las sumas que correspondan por la procuración de órganos, será solicitado por el INCUCAI u Organismo Regional o Jurisdiccional que intervenga, de acuerdo con los valores establecidos en la Resolución Ministerial vigente.
- No se reintegrarán prácticas de TRASPLANTES realizadas en el exterior.
- Será pasible de solicitud de reintegro la búsqueda de donante no emparentado para pacientes de nuestro país, con indicación de trasplante de células

A  
[Firma manuscrita]



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

progenitoras hematopoyéticas (CPH), provenientes de la médula ósea, sangre periférica o cordón umbilical que deban realizarse en registros de otros países a través del INCUCAI.

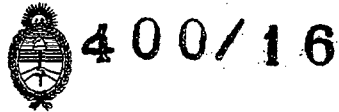
- En toda presentación relacionada con PRE-TRASPLANTES o TRASPLANTES se deberá adjuntar constancia fehaciente de que el paciente se encuentra incorporado en el SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION DE PROCURACION Y TRASPLANTE DE LA REPUBLICA ARGENTINA (SINTRA).
- Se aceptarán solicitudes de reintegros por estudios PRE-TRASPLANTES para el receptor y en el caso de donante vivo, se reintegrará únicamente el estudio PRE-TRASPLANTE del donante que ha sido seleccionado como dador.

#### **2.4. - REINTEGRO TRATAMIENTO DE ADICCIONES – DROGODEPENDENCIA**

Las solicitudes de apoyo financiero a través del SUR específicas para TRATAMIENTOS DE ADICCIONES deberán contener, además de la documentación detallada en 1.1. - REQUISITOS DE LAS SOLICITUDES de este ANEXO II, la siguiente documentación:

- Fotocopia de resumen de Historia Clínica específica de Drogodependencia.
- Consentimiento Informado: Fotocopia del mismo firmado por el paciente o su representante y por el profesional actuante. Se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado cuando haya cambio de la modalidad de tratamiento.

A  
g  
p



*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

- Hoja de Evolución Mensual del Tratamiento (cuando corresponda) firmada y sellada por médico tratante y Médico Auditor del Agente del Seguro de Salud.  
(Módulos: Internación en Comunidad Terapéutica; Hospital de Día 4 u 8 horas; Tratamiento Ambulatorio de Control y Prevención de Recaídas).
- Fotocopia del Certificado de Inscripción del Prestador en el Registro de Prestadores de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, con firma y sello del Médico Auditor del Agente del Seguro de Salud.
- Documentación médica específica para Drogodependencia detallada en el Anexo III.1.

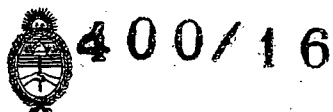
Las solicitudes por Tratamiento de Adicciones - Drogodependencia, se deberán presentar por semestre calendario por beneficiario, pudiendo contener desde un (1) mes hasta seis (6) meses de prestación.

## **2. 5. - REINTEGRO POR VIH-SIDA**

Los conceptos reconocidos para esta Patología se detallan en el Anexo III.1 de la presente resolución.

Los Agentes del Sistema Nacional del Seguro Salud que presenten solicitudes de reintegros por VIH-SIDA, deberán ajustarse a la siguiente operatoria:

A los efectos de las solicitudes de Reintegro, se tomará como año calendario de tratamiento el comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de cada año.



*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

Las solicitudes podrán ser presentadas a partir de cada MES VENCIDO por beneficiario y podrán contener desde 1 mes a 12 meses de tratamiento.

Los Agentes del Seguro de Salud deberán ingresar al sitio Web del Sistema Único de Reintegros (SUR) para efectuar las solicitudes de reintegros de VIH-SIDA por la opción específica del menú de solicitudes.

Los Agentes del Seguro de Salud para poder dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero de REINTEGROS POR VIH-SIDA, deberán presentar la siguiente documentación e ingresar los siguientes datos en el sistema:

## **A – DOCUMENTACION REQUERIDA Y DIGITALIZACION**

### **A.1. – AL COMIENZO DEL AÑO CALENDARIO DE TRATAMIENTO**

Documentación:

- Resumen de Historia Clínica específica de VIH-SIDA, firmada y sellada por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud, con los siguientes datos de beneficiario: diagnóstico, antecedentes de la enfermedad, estado actual, detalle de los tratamientos realizados y a realizar.
- Consentimiento informado, firmado por paciente y médico tratante. En caso de pacientes crónicos se solicitará presentación de un nuevo consentimiento informado cuando haya cambio de tratamiento.
- Ficha de Notificación de VIH – SIDA del Ministerio de Salud firmado y sellado por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

*A*  
*h*



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

- Documentación médica específica para esta patología detallada en el Anexo IV.1

Para toda la documentación mencionada:

ORIGINALES EN LEGAJO INDIVIDUAL EN OBRA SOCIAL

FOTOCOPIA PRESENTADA EN PAPEL POR UNICA VEZ CON LA SOLICITUD  
INICIAL

## **A.2. - DOCUMENTACION MENSUAL**

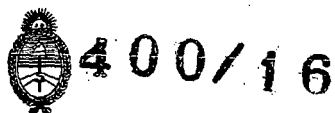
### **MODULO 1 - PRIMER TRATAMIENTO**

- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de un mes de tratamiento, mientras el médico tratante especifique en la misma el periodo prescripto.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según punto 2.9 del presente Anexo II.

### **MODULO 2 - FALLO TERAPEUTICO**

- Resumen de Historia Clínica que justifique el cambio de tratamiento, firmada y sellada por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de un

*J*  
*g*



*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

mes de tratamiento, mientras el médico tratante especifique en la misma el periodo prescripto.

- Documentación para trazabilidad de medicamentos según punto 2.9 del presente Anexo II.

#### MODULO 3 - MULTIFALLO

- Resumen de Historia Clínica con fundamento de cambio terapéutico de acuerdo al Test de Resistencia, firmada por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Test de Resistencia
- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de un mes de tratamiento, mientras el médico tratante especifique en la misma el periodo prescripto.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según punto 2.9 del presente Anexo II.

#### MODULO 4 - TRANSMISION VERTICAL

- Resumen de Historia Clínica del perinatal con datos de seguimiento del recién nacido, firmado y sellado por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de un



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

mes de tratamiento, mientras el médico tratante especifique en la misma el periodo prescripto.

- Documentación para trazabilidad de medicamentos según punto 2.9 del presente Anexo II.

#### MODULO 5 - ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

- Resumen de Historia Clínica que justifique la utilización terapéutica, firmada y sellada por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de un mes de tratamiento, mientras el médico tratante especifique en la misma el periodo prescripto.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según punto 2.9 del presente Anexo II.

#### MODULO 6 - SEGUIMIENTO DE PACIENTE INFECTADO CON VIRUS VIH

- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Resultados Carga Viral, Recuento de CD4 y Test de Resistencia, consignados en Resumen de Historia Clínica.

Para toda la documentación mencionada de los módulos:

ORIGINALES EN LEGAJO INDIVIDUAL EN OBRA SOCIAL

*A*  
*89*



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

## IMAGENES ESCANEADAS INCORPORADAS A LOS CONCEPTOS

### A.3 - DOCUMENTACION CONTABLE

Documentación descripta en punto 3 del Anexo II de la presente Resolución.

ORIGINALES EN LEGAJO INDIVIDUAL EN OBRA SOCIAL

IMAGENES ESCANEADAS INCORPORADAS A LOS COMPROBANTES

### B - INGRESO DE DATOS EN SISTEMA

El Agente de Salud deberá ingresar los siguientes datos requeridos por el sistema para dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero:

- Nº CUIL del Beneficiario.
- Para cada mes de tratamiento, ingresar los conceptos (medicamentos) prescriptos, detallando: Módulo, medicamento, cantidad, periodo, importe. Imagen escaneada de la prescripción médica y en la Opción Imagen Adicional se podrá incorporar la imagen escaneada del resumen de Historia Clínica
- Ingresar los datos de los comprobantes contables y las imágenes escaneadas de Facturas y Recibos. En el caso de los Remitos si no se incorporan escaneados se deberán presentar en copia legible firmada por Auditor Médico y Contador del Agente de Salud.

En los casos de Módulos de Fallos 2 y 3, si el Resumen de Historia Clínica no se incluye escaneado en la solicitud que se presenta (imagen adicional), deberá presentarse en papel con el detalle de esquemas anteriores de tratamientos y fallos.

A  
[Firma]





400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

En los casos de módulos 1 ó 2 que contemplan la posibilidad de varias drogas se podrá, durante la carga de conceptos (medicamentos), incorporar la prescripción médica mensual escaneada una única vez al primer concepto del módulo considerado. No siendo necesario repetir la misma imagen en los restantes conceptos del módulo.

La carga de comprobantes, datos e imágenes de Factura, Remito y Recibo, asociados a cada concepto solicitado (medicamentos), se podrá simplificar incorporándolos sólo una vez para el primer medicamento del módulo considerado.

En las solicitudes por Reintegro de VIH-SIDA, se podrán incluir más de un módulo de los reconocidos, siempre que se reflejen en la prescripción médica y en el resumen de Historia Clínica.

### **C - PRESENTACION SOLICITUDES**

#### **EN PAPEL - TODOS LOS MODULOS**

- Nota Solicitud de Reintegro y Certificación de Afiliación impresas del sistema SUR, firmada por el Presidente del Agente del Seguro de Salud solicitante, certificada su firma por institución bancaria o escribano público o de acuerdo a lo previsto por la Resolución 407/2014 SSSALUD o la que en el futuro lo reemplace.
- Cuadro de conceptos
- Cuadro de comprobantes
- Los Resúmenes de Historia Clínica mencionados en los módulos podrán ser presentados como imágenes escaneadas asociadas a los conceptos o en papel.

*[Handwritten signature]*



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

- Documentación para trazabilidad de medicamentos según punto 2.9 del presente Anexo II.

Esta documentación podrá ser presentada como imagen escaneada o en papel.

Los Remitos si se utilizan como Comprobante de Dispensa podrán presentarse escaneados formando parte del Cuadro de Comprobantes o en papel.

- Documentación complementaria presentada como detalle de facturas globales, notas por débitos efectuados, detalle de recibos, notas del prestador u otras deberán presentarse firmadas y selladas por el representante del Área Contable y el representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud.

## **2. 6. - REINTEGRO POR HEMOFILIA**

Los conceptos reconocidos para esta Patología se detallan en el Anexo IV.1 de la presente resolución.

Los Agentes del Sistema Nacional del Seguro Salud que presenten solicitudes de reintegros por HEMOFILIA, deberán ajustarse a la siguiente operatoria:

A los efectos de las solicitudes de Reintegro, se tomará como año calendario de tratamiento el comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de cada año.

Las solicitudes podrán ser presentadas a partir de cada MES VENCIDO por beneficiario y podrán contener desde 1 mes a 12 meses de tratamiento.

Los Agentes del Seguro de Salud deberán ingresar al sitio Web del Sistema Único de Reintegros (SUR) para efectuar las solicitudes de reintegros de HEMOFILIA por la opción específica del menú de solicitudes.

A



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

El Agente del Seguro de Salud para poder dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero de Reintegros por HEMOFILIA, deberá presentar la siguiente documentación e ingresar los siguientes datos en el sistema:

#### **A – DOCUMENTACION REQUERIDA Y DIGITALIZACION**

##### **A.1. – AL COMIENZO DEL AÑO CALENDARIO DE TRATAMIENTO**

Documentación:

- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico tratante y auditor, con los siguientes datos: fecha, beneficiario, diagnóstico, tipo de tratamiento, dosaje de inhibidor circulante de ser necesario.
- Consentimiento informado, firmado por paciente o mayor responsable y médico tratante.
- Prescripción médica de tratamiento anual con dosis por Kg y peso del paciente firmada y sellada por médico tratante y médico.
- Protocolo de laboratorio de factor e inhibidor, firmado y sellado por médico tratante y auditor.
- Certificados de vacunas para la Hepatitis A y B.
- De corresponder, prescripción médica de Cirugía y extracción dentaria
- Documentación médica específica para esta patología detallada en el Anexo IV.1

Para toda la documentación mencionada:

**ORIGINALES EN LEGAJO INDIVIDUAL EN OBRA SOCIAL**

A  
f g



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

FOTOCOPIA PRESENTADA EN PAPEL POR UNICA VEZ CON LA SOLICITUD  
INICIAL

**A.2. - DOCUMENTACION MENSUAL**

- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de un mes de tratamiento, mientras el médico tratante especifique en la misma el periodo prescripto.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según punto 2.9 del presente Anexo II.

Para toda la documentación mencionada:

ORIGINALES EN LEGAJO INDIVIDUAL EN OBRA SOCIAL

IMAGENES ESCANEADAS INCORPORADAS A LOS CONCEPTOS

**A.3 - DOCUMENTACION CONTABLE**

Documentación descripta en punto 3 del Anexo II de la presente Resolución.

ORIGINALES EN LEGAJO INDIVIDUAL EN OBRA SOCIAL

IMAGENES ESCANEADAS INCORPORADAS A LOS COMPROBANTES

**B - CARGA DE DATOS**

El Agente de Salud deberá ingresar los siguientes datos requeridos por el sistema  
para dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero:

A  
φ



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

- N° CUIL del Beneficiario.
- Para cada mes de tratamiento, ingresar los conceptos solicitados, detallando:  
Medicamento, cantidad, periodo, importe e imagen escaneada de la prescripción médica.
- Ingresar los datos de los comprobantes contables y las imágenes escaneadas.

### **C - PRESENTACION SOLICITUDES**

#### **EN PAPEL**

- Nota Solicitud de Reintegro y Certificación de Afiliación impresas del sistema SUR, firmada por el Presidente del Agente del Seguro de Salud solicitante, certificada su firma por institución bancaria o escribano público o de acuerdo a lo previsto por la Resolución 407/2014 SSSALUD o la que en el futuro lo reemplace.
- Cuadro de conceptos
- Cuadro de comprobantes
- El Resumen de Historia Clínica podrá ser presentado como imagen adicional escaneada asociada al concepto solicitado o en papel.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según punto 2.9 del presente Anexo II.

Esta documentación podrá ser presentada como imagen escaneada o en papel.

Los Remitos si se utilizan como Comprobante de Dispensa podrán presentarse escaneados formando parte del Cuadro de Comprobantes o en papel.

*A*  
*B*



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

- Documentación complementaria presentada como detalle de facturas globales, notas por débitos efectuados, detalle de recibos, notas del prestador u otra documentación complementaria a las Facturas, Recibos y Remitos deberán presentarse firmadas y selladas por el representante del Área Contable y el representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud.

## **2.7 - REINTEGRO POR HEPATITIS B y C CRONICAS**

Las solicitudes de apoyo financiero a través del SUR específicas para TRATAMIENTO DE HEPATITIS B y C CRONICAS deberán contener, además de la documentación detallada en el punto 1.1. - REQUISITOS DE LAS SOLICITUDES de este ANEXO II, la siguiente documentación:

- Fotocopia de resumen de Historia Clínica Específica de Hepatitis B y C Crónicas, firmada por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Fotocopia de Consentimiento Informado, firmado por paciente o su representante y profesional actuante y firma del Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

Siendo la patología de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, sólo cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

- Documentación médica específica para esta patología detallada en el Anexo IV.1
- Documentación contable de acuerdo con las especificaciones del punto 3 del presente Anexo II.

A  
B



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

Las solicitudes de reintegro podrán ser presentadas por TRIMESTRE O SEMESTRE CALENDARIO VENCIDO de tratamiento. Deberán presentarse por separado las solicitudes de reintegro para Hepatitis B y Hepatitis C.

## 2.8 - REINTEGRO DE MEDICAMENTOS

Los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud que presenten solicitudes de reintegros por medicación, 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 por TRIMESTRE o SEMESTRE CALENDARIO VENCIDO de tratamiento.

Para la presentación de las solicitudes de reintegros de medicamentos se requerirá, además de la documentación detallada en el punto 1.1.- REQUISITOS DE LAS SOLICITUDES del presente Anexo, la siguiente documentación:

- Resumen de Historia Clínica (fotocopia) firmada y sellada por el médico tratante y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud, que contenga los siguientes datos:

a - Datos del Beneficiario: Nombre y Apellido, N° de beneficiario, número de documento, edad, sexo.

b - Diagnóstico.

A

SP

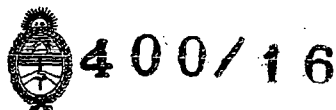


400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

- c - Antecedentes personales y de la enfermedad, complicaciones y/o comorbilidades.
  - d - Detalle del tratamiento indicado.
  - e - Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis diaria y mensual requerida.
  - f - Tiempo de tratamiento previsto.
  - g - Fecha del resumen
- Fotocopia de la Receta Médica original de la medicación para la cual se solicita reintegro, firmada y sellada por médico especialista afín a la patología, con lugar de emisión y fecha, con firma y sello del Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
  - La Receta Médica original quedará en el Legajo Original del Agente del Seguro y será puesta a disposición de la Superintendencia de Servicios de Salud cuando ésta lo requiera en sus procesos de auditoría. y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de un mes de tratamiento, mientras el médico tratante especifique en la misma el periodo prescripto.
  - Fotocopia de los Estudios complementarios que avalen el diagnóstico con firma y sello del profesional interviniente y del Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. Esta documentación adicional se especifica en la descripción de los Medicamentos sujetos a reintegros, incluidos en Anexo IV.





*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

- Fotocopia del Consentimiento Informado, firmado por médico que indica el tratamiento y el paciente o su representante con firma del Auditor Médico.

## **2.9 – TRAZABILIDAD DE MEDICAMENTOS**

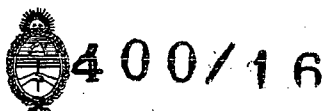
El Agente de Salud deberá dar cumplimiento a la normativa vigente en materia de trazabilidad procediendo a verificar la trazabilidad de los medicamentos dispensados a su población beneficiaria, según Res 362/12-SSSALUD o la que en el futuro la reemplace.

El medicamento por el que se solicita el reintegro, deberá reflejarse fehacientemente con su código unívoco (GTIN Seriado) en la facturación dirigida a la Obra Social (Factura, detalle de factura y/o Remito), según se describe en el punto 3.4 del presente Anexo.

El Agente de Seguro de Salud debe verificar que el GTIN Seriado facturado sea un código válido generado por el Laboratorio y asegurar que ese medicamento haya sido dispensado por una Farmacia o Establecimiento asistencial habilitado. Deberá presentar documentación que permita verificar la trazabilidad completa del medicamento en su envío del laboratorio a la droguería, de ésta a la farmacia y el registro de la dispensa al afiliado con GTIN y N° de serie.

Para dar inicio a la solicitud, los Agentes del Seguro de Salud deberán informar, mediante el sistema informático, el GTIN Seriado de cada medicamento solicitado.

El GTIN se autocompletará cuando se seleccione el medicamento y sólo se ingresará el N° de Serie correspondiente.



*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD procederá a efectuar la consulta web service con la ANMAT. Los datos obtenidos (GTIN seriado, beneficiario que recibe la medicación, fecha de dispensa y GLN o CUFE de la Farmacia o Institución que dispensa), deberán coincidir con la documentación de facturación presentada.

En forma transitoria y hasta tanto la totalidad de las dispensas efectuadas por Farmacias y Establecimientos Asistenciales se informen al ANMAT, el Agente del Seguro de Salud deberá presentar la siguiente documentación:

- Documentación que permita verificar la trazabilidad del medicamento (con identificación por GTIN y N° de serie) en su envío hasta el último punto de la cadena de comercialización que hubiere alcanzado (remito de envío de las Droguerías a la farmacia que dispensa con registro de GLN, según requerimientos detallados en punto 3.4.2.2 del presente Anexo II).
- Comprobante de dispensa o administración del medicamento emitido por la farmacia o establecimiento asistencial que permita verificar el registro de la dispensa del medicamento al beneficiario.

El comprobante deberá contener fecha de dispensa, nombre del Agente del Seguro de Salud, CUIT y Razón Social de la Farmacia o Establecimiento Asistencial, domicilio de entrega, Número de GLN (Global Location Number) de la Farmacia o CUFE (código de Ubicación Física del Establecimiento), beneficiario identificado con Nombre y Apellido y CUIL (o codificación VIH) y detalle de los medicamentos entregados: marca, presentación, GTIN y N° de Serie.



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

Deberá estar firmado y sellado por el Profesional Farmacéutico que dispensa.

Ambos comprobantes mencionados pueden resumirse en el REMITO de envío de la Droguería a la Farmacia o Establecimiento Asistencial siempre y cuando contenga la firma del Profesional Farmacéutico que dispense y se consigne la fecha de dispensa.

La documentación mencionada debe estar firmada y sellada por el Auditor Médico del Agente del Sistema del Seguro de Salud.

La farmacia dispensadora o establecimiento asistencial que administre al paciente el medicamento, se hallará dentro de la jurisdicción donde resida el beneficiario en forma temporal o permanente.

### **3. - DOCUMENTACION COMERCIAL**

#### **3.1. - FACTURA - GENERALIDADES**

El Agente del Seguro de Salud deberá verificar que los conceptos (prácticas, medicamentos, prótesis o insumos) por los que solicita reintegro, se reflejen fehacientemente en la facturación del prestador (facturas o recibos como instrumento de facturación)

Será responsabilidad de los Agentes del Seguro de Salud verificar la validez de las facturas o recibos incluidos en las solicitudes de reintegro. La inclusión de la factura y/o recibo en el Cuadro de Comprobantes importará la asunción de dicha carga.

A

sg



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

Se deberá presentar fotocopia de la factura o documento que la reemplace, completa en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, con los siguientes datos:

- Nombre y Apellido del Beneficiario o nomenclatura según normas vigentes para VIH
- Descripción de la prestación facturada en concordancia con los conceptos reconocidos
- Fecha de prestación o período para el caso de tratamientos
- Monto individual y sumatoria total de la prestación facturada

En el caso de facturas globales (posteriores a la fecha de prestación) que no contengan este detalle, se deberá acompañar de un Resumen de Facturación y/o Rendición Individual confeccionada y firmada por el prestador, donde se detallen los datos mencionados en el párrafo anterior y donde conste el número de factura a la que pertenece. En el caso de ser operaciones comerciales vinculadas con emisión de remitos (medicación, prótesis e insumos), el detalle de factura global puede reemplazarse con el detalle de remitos que la sustentan siempre y cuando los mismos contengan los datos requeridos mencionados.

En caso de facturas globales emitidas en forma anticipada a la fecha de prestación o entrega de insumos/medicamentos, se podrá acompañar con un detalle confeccionado por la Auditoría Médica del Agente del Seguro que contenga los datos mencionados en el párrafo anterior (beneficiario, concepto suministrado,

A

SG



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

periodo y monto). Y para el caso de medicación se deberá agregar el detalle de GTIN Seriadados incluidos en la factura global.

En todos los casos, los detalles de facturación global, pueden ser presentados en fotocopia con firma y sello del representante del Área Contable y del representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud.

### **3.2. - RECIBO - GENERALIDADES**

El Agente del Seguro de Salud, deberá verificar que la documentación que presente refleje fehacientemente la cancelación total de las Facturas que contengan los conceptos por los que se solicita reintegro.

Se deberá presentar fotocopia de Recibo completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, conteniendo los siguientes datos:

- Fecha.
- Número completo de factura que cancela.
- En el caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Detalle de medios de pago utilizado (cheques o transferencias bancarias) con registro de la fecha de vencimiento del cheque o fecha de débito de la transferencia.
- Total del recibo. Verificar que el importe total de las facturas canceladas sea igual al importe total de valores recibidos más débitos, retenciones y percepciones efectuadas.



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*

*Ministerio de Salud de la Nación*

- Firma y aclaración del prestador o su representante.

Cuando el importe del pago de la prestación haya sido afectado por Notas de Débito se deberá adjuntar: Fotocopia de planilla de ajuste que detalle motivo e importe del débito, con firma y sello del representante del Área Contable y del representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud.

Cuando el recibo emitido no contenga todos los datos mencionados, se podrá complementar con Liquidación de Pago emitida por el Agente del Seguro de Salud (en donde se detalle los datos mencionados) y firmada por el prestador. O adjuntar nota firmada y sellada por el prestador detallando los datos faltantes en el recibo original.

El mismo criterio se deberá utilizar cuando se trate de la cancelación de una Factura sin obligación de emitir recibo por parte del prestador (Facturas C).

### **3.2.1 - Reintegro al Beneficiario**

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, todo en fotocopia con firma y sello del representante del Área Contable y del representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud.

### **3.3. - REMITO - GENERALIDADES**



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

- Fotocopia de Remito completo en todos sus ítems y según normas vigentes de AFIP sobre el particular, con los datos del beneficiario, concepto y cantidad.

Se debe verificar que se consigne la relación entre Factura y Remito presentados, de forma tal que pueda vincularse en forma inequívoca el concepto facturado en ambos documentos comerciales. Podrá ser mediante la mención del Número de Remito o algún otro dato unívoco del concepto incluido en la Factura o con nota firmada del prestador mencionando la relación entre ambos documentos.

La fotocopia del Remito correspondiente (que no se incluya en el cuadro de comprobantes) deberá presentarse con firma y sello del representante del Área Contable y del representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud.



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*

*Ministerio de Salud de la Nación*

### **3.4. - DOCUMENTOS COMERCIALES PARA REINTEGRO DE MEDICAMENTOS**

#### **3.4.1 – FARMACIA O ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL QUE FACTURA AL AGENTE DEL SEGURO DE SALUD Y DISPENSA EL MEDICAMENTO**

##### **3.4.1.1 – FACTURA**

- Se deberá presentar fotocopia de la Factura, o documento que la reemplace, completa en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, emitida por Farmacia o Establecimiento Asistencial, conteniendo la siguiente información:

- Número de CUIT y Razón Social de la farmacia o del establecimiento asistencial que factura y suministra los medicamentos.
- Numero de GLN (Global Location Number) o CUFE (código de Ubicación Física del Establecimiento)
- Domicilio de la farmacia o establecimiento asistencial.
- Datos del Agente del Seguro de Salud.
- Nombre y Apellido del Beneficiario o nomenclatura según normas vigentes para

##### **VIH**

- Descripción de medicamentos (marca y presentación)
- Número de GTIN seriado de los medicamentos. (GTIN + N° de serie)
- Importe unitario de cada medicamento, cantidad facturada e importe total.
- Fecha de emisión.

A  
P 9





400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

- En caso de facturas globales de medicamentos se aplican los requisitos enumerados en el párrafo 3.1.- FACTURA – GENERALIDADES de este Anexo II.

#### **3.4.1.2 – TRAZABILIDAD y DISPENSA DEL MEDICAMENTO**

En este caso la Factura se complementa con el Comprobante de Dispensa.

Ver punto 2.9 del presente Anexo II.

#### **3.4.2 – DROGUERIA o ENTIDAD QUE FACTURA AL AGENTE DEL SEGURO DE SALUD Y QUE SE COMPLEMENTA CON FARMACIA O ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL QUE DISPENSA**

Los Agentes del Seguro de Salud deberán verificar que la droguería o entidad, se encuentre habilitada legalmente por la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT) como proveedores para la comercialización de especialidades medicinales.

No se dará curso a aquellas solicitudes que no cumplan con lo solicitado en este acápite.

##### **3.4.2.1 – FACTURA**

Deberá contener los datos mencionados en el punto 3.4.1.1 anterior o mencionar el N° de REMITO con el que se envía la medicación a la Farmacia que dispensa siempre que este contenga los datos mencionados en punto 3.4.2.2. - REMITO del presente Anexo II y sea emitido por la misma Razón Social.

A



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

En el caso que el REMITO se utilice como detalle de facturación y no lo emita la misma Razón Social (CUIT) que factura, se deberá presentar acuerdo firmado entre ambas Razones Sociales que justifique su utilización..

En caso de facturas globales de medicamentos se aplican los requisitos enumerados en el párrafo 3.1.- FACTURA – GENERALIDADES de este Anexo II.

### **3.4.2.2 – REMITO**

Cuando la Droguería o Entidad facture al Agente del Seguro de Salud, se deberá presentar REMITO emitido por la Droguería o Entidad que refleje el envío de la medicación a la Farmacia o al Establecimiento Asistencial que dispense.

Estará completo en todos sus ítems y según normas vigentes de AFIP sobre el particular.

- Número de CUIT y Razón Social de la farmacia o del establecimiento asistencial que factura y suministra los medicamentos.
- Numero de GLN (Global Location Number) o CUFE (código de Ubicación Física del Establecimiento)
- Domicilio de la farmacia o establecimiento asistencial.
- Datos del Agente del Seguro de Salud.
- Nombre y Apellido del Beneficiario o nomenclatura según normas vigentes para

VIH

- Descripción de medicamentos (marca y presentación)
- Número de GTIN seriado de los medicamentos. (GTIN + N° de serie)
- Cantidad remitida.
- Fecha de emisión

A  
[Firma manuscrita]



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*

*Ministerio de Salud de la Nación*

Y si se utiliza como comprobante de dispensa:

- Firma y sello del Director Técnico de la Farmacia o Farmacéutico auxiliar, consignando la Fecha de Dispensa.

En el caso que el REMITO no lo emita la misma Razón Social (CUIT) que factura, se deberá presentar acuerdo firmado entre ambas Razones Sociales que justifique su presentación.

### **3.4.2.3 – TRAZABILIDAD Y DISPENSA DEL MEDICAMENTO**

Se podrá utilizar el Remito mencionado como comprobante de dispensa.

Ver punto 2.9 del presente Anexo II.

## **4. - INSUMOS y/o MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS EN EL EXTERIOR**

Las solicitudes de reintegro que incluyan insumos y/o medicamentos adquiridos en el exterior deberán contener, además de la documentación detallada en el punto

1.1. – REQUISITOS DE SOLICITIDES, las que se listan a continuación:

- Fotocopia de autorización del ANMAT para importar el producto, con firma y sello del representante del Área Contable y del representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud.
- Fotocopia de factura comercial del prestador del exterior expresada en moneda del país emisor, con firma y sello del representante del Área Contable y del representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud.



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*

*Ministerio de Salud de la Nación*

- Fotocopia de transferencia al banco local con el cual se realiza la operación, con firma y sello del representante del Área Contable del Agente del Seguro de Salud.
- Fotocopia de constancia de cierre de cambio o liquidación de divisas emitida por entidad bancaria interviniente, donde se informa la cotización, comisiones y gastos, con firma y sello del representante del Área Contable del Agente del Seguro de Salud.
- Fotocopia del detalle de la transferencia emitida por la entidad bancaria donde se informe el resultado de la transacción, con firma y sello del representante del Área Contable del Agente del Seguro de Salud.
- Fotocopia del permiso de importación oficializado o documentación equivalente emitida por la Aduana, con firma y sello del representante del Área Contable y del representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud.
- Fotocopia del extracto bancario donde conste el débito de la transferencia realizada, con la firma y sello del representante Área Contable del Agente del Seguro de Salud.

#### **5. - REGISTRO DE PRESTADORES**

Los prestadores que ofrezcan sus servicios a los Agentes del Sistema Nacional 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.



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*

*Ministerio de Salud de la Nación*

**6. - REINTEGRO DE TECNICAS DE REPRODUCCION MEDICAMENTE ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD.**

Las solicitudes de apoyo financiero de Procedimientos de Reproducción Medicamente Asistida de Alta Complejidad deberán cumplir con los requisitos generales estipulados en el Anexo I punto 1. – GENERALIDADES, en el Anexo II punto 1.1. – REQUISITOS DE LA SOLICITUDES, en el Anexo II punto 3. - REQUISITOS DOCUMENTACION COMERCIAL y con los requisitos específicos establecidos en la Resolución N°1709/2014-SSSALUD.

El ingreso de las solicitudes se realizará a través del Sistema Informático SUR.

**7.- SOLICITUDES POR RESOLUCION N° 361/2015-SSSALUD.**

Los Agentes del Seguro de Salud deberán dar inicio a las solicitudes a través del Sistema Informático SUR y presentar la documentación exigida en la Resolución N°361/2015-SSSalud junto a la impresión de la Nota de Solicitud y Cuadro de Conceptos debidamente firmados.

**8.- SOLICITUDES DE RECONSIDERACION**

Para los casos de reconsideración de conceptos otorgados y montos, los Agentes del Seguro de Salud, deberán presentar previamente una Nota por Mesa de Entradas de la Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros. La nota deberá contener el análisis efectuado por el Agente del Seguro de Salud que genera la



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

presentación y copia de la documentación médica y contable específica de la reconsideración.

Luego de efectuado el análisis de la Nota presentada y en caso de aceptar lo  
peticionado, se notificará al Agente del Seguro de Salud para que proceda a  
ingresar la solicitud a través de la opción específica del Sistema Informático SUR.

A

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



400/16

Superintendencia de Servicios de Salud

Ministerio de Salud de la Nación

**9.- MODELOS SUGERIDOS DE RESUMENES DE HISTORIA CLINICA**

**MODELO RESUMEN DE HISTORIA CLINICA - TRATAMIENTO DE ADICCIONES - DROGODEPENDENCIA**

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA - TRATAMIENTO DE ADICCIONES - DROGADPENDENCIA		
RNOS:		FECHA:
NOMBRE Y APELLIDO:		
N° DE BENEFICIARIO:		
DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO:	NRO.:	NACIONALIDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO: F / M <input type="checkbox"/>
En caso de tutor, consignar datos:		
Nombre y Apellido tutor:		DNI tutor:
Diagnóstico Presuntivo: según los ejes del DSM IV, marcar los que correspondan:		
F11.2x (304.00) (Trastorno de dependencia de opiáceos)		
F12.2x (304.30) (Trastorno de dependencia de cannabis)		
F13.2x (304.10) (Trastorno de dependencia relacionado a sedantes hipnóticos, opiáceos o ansiolíticos)		
F14.2x (304.20) (Trastorno de dependencia de cocaína)		
F15.2x (304.40) (Trastorno de dependencia de amfetaminas)		
F16.2x (304.50) (Trastorno de dependencia de alucinógenos)		
F18.2x (304.60) (Trastorno de dependencia de inhalantes)		
F19.2x (304.90) (Trastorno de dependencia de fenclodina)		
F19.2x (304.80) (Trastorno de dependencia de varias sustancias)		
Tratamiento indicado:		
Institución a la que es derivado, Razón Social:		
Domicilio:		TE:
Modalidad de concurrencia:		
<b>MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA</b>		
Módulo consulta y orientación:		Requeriendo máximo de 4 consultas hasta un máximo de 6
Tratamiento de control y prevención de recaídas		Hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.
Hospital de medio día 4 Horas		Hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.
Hospital de día 8 Horas		Hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.
Hospital de noche		Después los tratamientos previos concluidos. Acordar jornada laboral. Periodo Máximo de otorgamiento: 2 meses.
Evaluación:		
<b>MODULOS DE TRATAMIENTOS DE INTERNACION</b>		
Intern. Psiquiátrica para Desintoxicación		Hasta 30 Días con posibilidad de renovación por 90 días más, sujeto a la evaluación profesional.
Intern. en Comunidad Terapéutica Residencial		Periodo máximo de otorgamiento: 2 meses
Evaluación:		
Periodo total solicitado: Especificar la cantidad de días en el caso de los meses no completos.		
Pronóstico y tiempo estimativo del tratamiento:		
FIRMA, SELLO Y MATRICULA MEDICO TRATANTE Psiquiatra o Psicólogo		
FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO		

*[Handwritten signatures and initials]*



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud  
Ministerio de Salud de la Nación*

**MODELO RESUMEN DE HISTORIA CLINICA – VIH-SIDA**

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA - HIV-SIDA									
RNOS:									
CODIGO PACIENTE					Sexo: F M		FECHA:		
FECHA DE DIAGNOSTICO:									
LUGAR DE RESIDENCIA:									
ESTADO CLINICO: A1 A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3									
ACCIDENTE LABORAL: SI NO					EMBARAZO: SI NO				
VACUNAS APLICADAS ULTIMOS 3 MESES: SI NO Cuales:									
LUGAR DE ATENCION:									
FICHA DE NOTIFICACION VIH-SIDA DEL MIN. SALUD SI NO N° EXPEDIENTE:									
RECUENTO DE LINFOCITOS					CARGA VIRAL				
Fecha					Fecha				
N° absolutos					Resultado				
%					Log				
Método					Método				
ESQUEMAS DE TRATAMIENTO Según corresponda, detallar y justificar.									
Esquemas de tratamientos previos, periodos, efectos adversos, abandono, suspensiones y cambios.									
Causas de toxicidad y/o fallos. Consignar Test de Resistencia. Detallar esquema actual.									
FIRMA, SELLO Y MATRICULA MEDICO TRATANTE					FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO				

*A*  
*pl*





400/16

Superintendencia de Servicios de Salud  
Ministerio de Salud de la Nación

MODELO RESUMEN DE HISTORIA CLINICA - HEPATITIS B

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA - HEPATITIS B

RNOS: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDO (ó código HIV-SIDA): \_\_\_\_\_  
Nº DE BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_  
DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO: \_\_\_\_\_ NRO.: \_\_\_\_\_ SEXO: F / M  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
FECHA DE DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_  
CRITERIOS DE DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

LABORATORIO ESPECIFICO PORTACION CRONICA DE HBV

Antígeno de superficie (HBsAg) en UI/ml: \_\_\_\_\_ Antígeno e (HBeAg): \_\_\_\_\_  
Anticuerpos anti-HBe (RP): \_\_\_\_\_ Carga Viral basal: \_\_\_\_\_  
Genotipo HBV (en tratamientos con IFN peg): \_\_\_\_\_

TRATAMIENTOS PREVIOS

Fecha de Tratamiento previo: \_\_\_\_\_  
DROGAS :  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
Respuesta al tratamiento previo: Nula: \_\_\_\_\_ Parcial: \_\_\_\_\_ Recaída intratamiento Fecha \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO SOLICITADO

Fecha inicio:	Duración:
-Lamivudina	Fecha
- Adefovir-dipivoxil	Fecha
- Entecavir	Fecha
-Interf.Pegil.alfa 2ª (PEG INF alfa 2ª	Fecha
- Tenofovir	Fecha

Interrupción de tratamiento: SI Motivo: \_\_\_\_\_  
Respuesta al tratamiento actual: \_\_\_\_\_

Carga Viral 12 semanas  
Carga Viral 24 semanas  
Carga Viral 48 semanas:

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO



400/16

Superintendencia de Servicios de Salud  
Ministerio de Salud de la Nación

**MODELO RESUMEN DE HISTORIA CLINICA PARA EL SISTEMA DE  
TUTELAJE HEPATITIS C**

**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA - EVALUACION TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO PACIENTES CON  
HEPATITIS "C" CRONICA PARA EL SISTEMA DE TUTELAJE DE TECNOLOGIAS SANITARIAS**

NOMBRE Y APELLIDO (o código HIV-SIDA):

Nº DE BENEFICIARIO:

FECHA NACIMIENTO: \_\_/\_\_/\_\_

DOC. IDENTIDAD, TIPO:

NRO:

SEXO: F / M

Diagnóstico de la Infección:

Ac. Anti HCV: Fecha: \_\_\_\_\_

HCV-RNA cualitativo: Fecha: \_\_\_\_\_

HCV-RNA cuantitativo: Fecha: \_\_\_\_\_

Genotipo: \_\_\_\_\_

Alfa Feto Proteína (AFP): \_\_\_\_\_

Colinfección: VIH: \_\_\_\_\_ Hepatitis B: \_\_\_\_\_

Transplante Hepático No Si Fecha: \_\_\_\_\_

Otras Comorbilidades: \_\_\_\_\_

Estilo de Vida que interesen al tratamiento

Adicción: a Drogas: Si Inscripto en plan de recuperación Fecha de inscripción:

Alcoholismo Si Inscripto en plan de recuperación Fecha de inscripción:

Criterio para la indicación de tratamiento listado de fundamento terapéutico: \_\_\_\_\_

**Tratamiento previo para la Hepatitis C**

No: Si: Drogas: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Respuesta al tratamiento previo:

Nula:

Parcial:

Estadio de Fibrosis por elastografía: (Dos informes distinto profesional), o 1 Biopsia Hepática

Adjuntar dos Protocolos de Elastografía

Adjuntar Protocolo de Biopsia Hepática

Puntuación de la Escala Child-Pugh documentada por valores de referencia de lab. y clínicos

Hasta 6

Entre 7-9

10 a 15

A  
B



400/16

*Superintendencia de Servicios de Salud*  
*Ministerio de Salud de la Nación*

Adjuntar Protocolo de Carga Viral basal (UI/ml y log-10)

Adjuntar Protocolo Carga Viral 12 semanas

Adjuntar Protocolo Carga Viral 24 semanas

Tratamiento Monodrogas Utilizadas /Dosis

1)..... Fecha Inicio..... Dosis.....

2)..... Fecha Inicio..... Dosis.....

3)..... Fecha Inicio..... Dosis.....

4)..... Fecha Inicio..... Dosis.....

Completó el tratamiento: Si:      No:      Motivo de la interrupción:

Fecha de la interrupción:

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello Auditor Médico