

**PROTOCOLO PARA EL RECUPERO POR PRESTACIONES A BENEFICIARIOS
CON INFECCIÓN POR VIH**

1. Las presentaciones de solicitudes de recupero por prestaciones brindadas a beneficiarios con infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) sobre la base de los módulos definidos en la Resolución N° 465/21-SSSalud, se realizarán únicamente de manera digital, a través de la página web institucional de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, <https://www.sssalud.gob.ar/sur/>.
2. Las presentaciones que realicen los Agentes del Seguro de Salud tendrán carácter de declaración jurada.
3. Para aquellos afiliados que se encontraban empadronados al 30/09/2019 (con patología validada), una vez desplegado el padrón de la Obra Social en la plataforma de carga (Menú Solicitudes VIH - VIH Digital), las Obras Sociales podrán seleccionar el afiliado sobre el cual cargarán solicitudes. Escogido el afiliado, el sistema permitirá la carga de solicitudes mediante datos del módulo brindado, importe erogado, período de cobertura (que únicamente podrá ser mensual) y la carga de la prescripción médica que avale el pedido médico en formato digital.
4. Creada la solicitud, el sistema permitirá avanzar en la carga de los medicamentos, de acuerdo con el módulo elegido. Será requisito obligatorio consignar la identificación del medicamento y su código de serie de trazabilidad.
5. Posteriormente, el solicitante deberá cargar los comprobantes contables que respaldan la compra del medicamento, CUIT del proveedor, fecha de emisión, número de CAI/CAE/CAEA, número de comprobante y su importe. Será obligatoria la carga del comprobante en formato digital.

6. Una vez finalizado el proceso de carga, la Obra Social podrá editar la solicitud en forma previa a su presentación. Una vez presentada, el sistema realizará validaciones automáticas con distintos organismos, a fin de comprobar la validez de la trazabilidad del medicamento solicitado, como también de los comprobantes contables cargados y el período de carga.

7. En el caso de aquellos beneficiarios que no se encontraban empadronados y validados al 30/09/2019, deberán cargar la información médica que acredite la patología. Desde el listado de afiliados (Menú Solicitudes VIH - VIH Digital), se podrá agregar nuevos beneficiarios, para los cuales se requerirá el número de CUIL, que se validará con el padrón del Agente de Seguro de Salud y, posteriormente, el sistema solicitará la carga, en formato digital, del Resumen de Historia Clínica, el consentimiento informado del tratamiento y la ficha de notificación en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud del MINISTERIO DE SALUD.

Padrón de beneficiarios:

El registro estará a cargo de la Obra Social y se podrá efectuar sin ningún límite de tiempo establecido.

Dicha información estará sujeta a la aprobación o rechazo por parte de un analista interno de la Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros.

Si el registro es aprobado, el nuevo beneficiario estará automáticamente disponible para ser vinculado a una solicitud; en caso contrario, la información quedará disponible para la Obra Social, junto al motivo de rechazo, para su subsanación, en caso de corresponder.

Documentación a presentar para el alta de un nuevo beneficiario:

- Resumen de Historia Clínica específica de VIH-SIDA, firmada y sellada por el médico tratante y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Consentimiento informado, firmado por el paciente y el médico tratante.
- Ficha de Notificación de VIH-SIDA del MINISTERIO DE SALUD, firmada y sellada por el médico tratante y el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

Presentación de solicitudes de recupero:

Los Agentes del Seguro de Salud podrán realizar presentaciones de solicitudes de recupero por prestaciones brindadas a beneficiarios con infección por VIH, únicamente, a mes vencido.

Las Obras Sociales solicitantes podrán comprobar el estado de la solicitud desde la plataforma SUR.

Los Agentes del Seguro de Salud contarán con un período de VEINTICUATRO (24) meses posteriores a la prestación para solicitar el recupero.

Para un mismo beneficiario se podrán cargar períodos no consecutivos entre sí, siempre y cuando éstos se encuentren en diferentes solicitudes.

Período de la Solicitud:

Se considera UN (1) período a UN (1) mes. Se podrá solicitar un máximo de DOCE (12) períodos por solicitud, respetando el año calendario.

Concepto de la solicitud:

Datos a cargar en el formulario de conceptos:

- Módulo: la unidad de valorización es el módulo. Éste quedará asignado a un período (mes y año).

- **Importe:** se ingresa un importe de recuperó por período, el cual corresponde al módulo mensual. No se solicitan importes de recuperó de los medicamentos individuales que conforman cada módulo. El valor autorizado será el menor entre el valor solicitado y el valor expresado en Anexo IV de la Resolución N° 465/21-SSSalud o la que en el futuro la reemplace.

- **Medicamentos:** Cada módulo mensual requiere que se ingrese los medicamentos prescritos al beneficiario en ese período correspondiente, los cuales no serán valorizados.

En la plataforma de carga, los Agentes del Seguro de Salud tendrán disponible el listado de medicamentos asociados al módulo seleccionado.

- **GTIN + Serie:** a cada medicamento individual, se le debe informar el GTIN + Serie, que será validado con los registros de ANMAT y se le realizará un control interno de no repetición. Esto implica que, si de un medicamento recibe más de UNA (1) unidad en el mes, debe ser ingresado tantas veces como unidades haya recibido.

- Documentación digitalizada según módulo seleccionado.

Lista de módulos (Conf. Res. N° 465/21)

- MÓDULO A+B1
- MÓDULO A+B2
- MÓDULO C ETRAVIRINA
- MÓDULO C MARAVIROC
- MÓDULO C DOLUTEGRAVIR
- MÓDULO D
- MÓDULO E ANFOTERICINA LIPOSOMAL
- MÓDULO E VALGANCICLOVIR

- MÓDULO E FOSCARNET
- MÓDULO E RIFABUTINA

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

MÓDULO A+B1 Y A+B2:

- Prescripción médica firmada y sellada por el médico tratante y el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de UN (1) mes de tratamiento, siempre que el médico tratante especifique en ella el período prescripto.

MÓDULO C- MULTIFALLO:

- Resumen de Historia Clínica con fundamento de cambio terapéutico, firmada por el médico tratante y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Test de resistencia o justificación por causas válidas
- Prescripción médica firmada y sellada por el médico tratante y el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de UN (1) mes de tratamiento, siempre que el médico tratante especifique en ella el período prescripto.

MÓDULO D:

- Resumen de Historia Clínica del período perinatal, con datos de seguimiento del recién nacido, firmado y sellado por el médico tratante y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

- Prescripción médica firmada y sellada por el médico tratante y el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de UN (1) mes de tratamiento, siempre que el médico tratante especifique en ella el período prescripto.

MÓDULO E

- Resumen de Historia Clínica que justifique la utilización terapéutica, firmada y sellada por el médico tratante y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Prescripción médica firmada y sellada por el médico tratante y el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción médica podrá incluir más de UN (1) mes de tratamiento, siempre que el médico tratante especifique en ella el período prescripto.

- Comprobantes de la Solicitud:

Se registrarán los datos del comprobante junto al documento digitalizado. Estos datos serán validados automáticamente por la AFIP.

Como la unidad de valoración es el módulo mensual, los comprobantes que se registran en la solicitud están asociados a él y se cargan sólo una vez por período solicitado.

Si en una solicitud se presenta más de un período, cada módulo mensual deberá tener sus comprobantes asociados.

Validaciones automáticas para los módulos A+B1 y A+B2:

Los módulos A+B1 y A+B2 tendrán validaciones que el sistema realizará de manera automática. Una vez superadas exitosamente las validaciones, las presentaciones quedarán en el sistema en estado “Aprobada”.

El sistema validará de forma automática las siguientes circunstancias:

- Que el beneficiario haya estado afiliado a la Obra Social solicitante del recupero al momento de efectuada la prestación.
- Que la medicación haya cumplido con la trazabilidad, de conformidad con los registros de la ANMAT.
- Que, en función de una consulta a la AFIP, los comprobantes contables sean válidos.

Consideraciones en la carga de módulos:

- Para poder efectuar las validaciones automáticas, el sistema no permitirá combinar dentro de una misma solicitud los conceptos (módulos) que se validan automáticamente junto con los de validación manual.
- Mientras una solicitud no se encuentre presentada, se podrán editar y realizar los cambios que se estimen necesarios.
- Para los módulos A+B1 o A+B2, la cantidad máxima por período es UNO (1).
- Para presentar una solicitud con módulos C, D o E, debe previamente existir para el mismo beneficiario y período una solicitud aprobada con esquema completo A+B1 o A+B2.
- Módulos C: son excluyen dentro de un mismo período.
 - o MÓDULO C ETRAVIRINA (cantidad máxima UNO - 1)
 - o MÓDULO C MARAVIROC (cantidad máxima UNO - 1)
 - o MÓDULO C DOLUTEGRAVIR (cantidad máxima UNO - 1)
- Módulos D: UNO (1) es la cantidad máxima permitida por año calendario.

- Módulos E: cantidad ilimitada y no excluyente entre los distintos tipos.

- o MÓDULO E ANFOTERICINA LIPOSOMAL (sin cantidad máxima)

- o MÓDULO E VALGANCICLOVIR (sin cantidad máxima)

- o MÓDULO E FOSCARNET (sin cantidad máxima)

- o MÓDULO E RIFABUTINA (sin cantidad máxima)

- Tanto para los módulos de validación automática como para los de validación manual, no existe restricción alguna en cuanto a la variación del tipo de módulo que se carga en un período respecto a otro. La única restricción es que, en una misma solicitud, no se incluyan módulos automáticos y manuales.

- En listado de medicamentos “Módulos A+B.1”, las opciones de carga son:

- o Cantidad máxima UNO (1): A+B.1, o bien

- o Cantidad máxima CUATRO (4): del listado A y B.1, debiendo ser al menos UNO (1) de cada tipo.

- En listado de medicamentos “Módulos A+B.2”, las opciones de carga son:

- o Cantidad máxima UNO (1): A+B.2, o bien

- o Cantidad máxima CUATRO (4): del listado A y B.2, debiendo ser al menos UNO (1) de cada tipo.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: EX-2022-43495551-APN-GOSR#SSS ANEXO

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 8 pagina/s.