

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 en base a los aranceles vigentes del Sistema de Prestaciones de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad que determinan 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 deberán gestionar según Decreto 904/16 y Resolución 406/16 de la SSSalud.

- 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. Los mismos se presentarán 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 – DOCUMENTACION 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 médico prestacional** respaldatoria que fundamente el tratamiento brindado a sus beneficiarios. La misma deberá ser avalada por Auditor Médico.

La documentación corresponderá al tratamiento anual calendario prescripto o a partir del inicio de la cobertura. Deberá actualizarse en caso de producirse cambios en el tratamiento durante el año calendario.

Los Agentes del Seguro de Salud deberán conservar toda la documentación médico prestacional respaldatoria en un **Legajo individual** por beneficiario.

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 médico prestacional** y la **documentación contable**, se describe en el Anexo II de la presente resolución.

3 - PRESENTACION DE DECLARACION JURADA DE FACTURACION ANTE LA SSSALUD

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 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 corresponde con el periodo 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 6 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 mismo podrá ser modificado a medida que evolucione el mecanismo de Integración.

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** es el importe aceptado y autorizado por el Agente del Seguro de Salud de la facturación recibida.

Si corresponde, el **importe solicitado** debe incluir el adicional por dependencia y/o el adicional por zona desfavorable. Estos adicionales deben 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 – LIQUIDACION DE IMPORTES RECONOCIDOS POR PARTE DE LA SSSALUD

Una vez cerrado el periodo (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 - periodo cobertura** se calculará la **asignación a liquidar** reconocida de la prestación.

Por otra parte, los **importes topes** 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 corresponde la prestación, más el 20% por zona desfavorable si se indicó la provincia.

El **importe a liquidar** a cada **beneficiario-prestación-periodo 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 mismo podrá ser modificado a medida que evolucione el mecanismo de Integración.

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 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 por el mecanismo de Integración y que dio origen a la liquidación recibida.

En los casos de **prestaciones** en los que se hayan presentado varias facturas asociadas a un **beneficiario y periodo de prestación**, por ejemplo Rehabilitación y el monto total liquidado para la prestación no sea 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 fueron aprobadas al cierre de cada periodo (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 que corresponda 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 demoras excesivas 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 y acordada por Disposición del Gerente de Administración o del Gerente de Control Económico Financiero de la Superintendencia de Servicios de Salud.**

d) Otros casos debidamente justificados y documentados, **notificados y acordados por el Gerente de Administración o el Gerente de Control Económico Financiero 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 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 efectuaron las retenciones.

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 los siguientes 3 casos especiales debidamente justificados y documentados:

a) Cuando se reciban importes en la cuenta bancaria por ajustes realizados por la Superintendencia de Servicios de Salud sobre liquidaciones de facturaciones presentadas en periodos anteriores y las facturas afectadas ya se hayan cancelado totalmente.

b) Según lo mencionado en el punto 6.1 casos c) o d), cuando por motivos debidamente justificados haya 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 y documentados, **notificados y acordados por el Gerente de Administración o el Gerente de Control Económico Financiero de la Superintendencia de Servicios de Salud**, se hayan efectuados pagos a prestadores desde cuentas propias correspondientes a facturas incluidas en las presentaciones del mecanismo de Integración, se podrá 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 DECLARACION JURADA DE FACTURACION

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. En una primera instancia 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, como fue cancelada con fondos propios del Agente del Seguro de Salud, se podrá presentar como reintegro por 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, nro. de comprobante.

En estos casos se deberán enviar 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 2 registros de ajuste: uno para realizar la anulación del registro erróneo y otro informando el registro correcto.

En estos casos como se afecta el importe liquidado originalmente, la liquidación del ajuste informado podrá implicar según corresponda una diferencia a favor o en contra del Agente del Seguro.

El diseño de los registros de ajuste y la modalidad de presentación de cada caso planteado anteriormente, se detallarán en un instructivo específico que se publicará en la página web del Organismo (www.sssalud.gob.ar – Obras Sociales). El mismo podrá ser modificado a medida que evolucione el mecanismo de Integración.

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 la Superintendencia de Servicios de Salud la que definirá su resolución a través de este mecanismo de

ajuste o reversión de registros mediante Disposición del Gerente de Administración o del Gerente de Control Económico Financiero.

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 744/04 SSSalud como anexo aclaratorio. Los datos a suministrar se detallan en el Anexo IV.

Para instrumentarlo, se implementará 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 detallarán en un instructivo específico que se publicará en la página web del Organismo (www.sssalud.gob.ar – Obras Sociales). El mismo podrá ser modificado a medida que evolucione el mecanismo de Integración.

Los Agentes del Seguro de Salud deberán comenzar con las presentaciones del informe mencionado en este punto, una vez que se haya publicado el instructivo específico por la Gerencia de Sistemas de Información con la descripción de la modalidad de presentación.

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

En la primera presentación a efectuarse se deberán incluir, mes por mes, los ingresos y egresos efectuados anteriormente a la publicación de la presente resolución.

El Informe General de Saldos, será controlado por las Gerencias de Administración y de Control Económico Financiero.

8.2 – INFORME DETALLADO DE APLICACIÓN DE FONDOS

Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar en 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 – periodo - prestación**, el detalle de facturas autorizadas asociadas **y se deberá completar con la información de los pagos realizados a los prestadores.**

Las facturas presentadas por el mecanismo de Integración y que fueron aprobadas al cierre de cada periodo (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 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 hubieren 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 aún en el caso que la presentación se realice 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 detallarán en un instructivo específico que se publicará en la página web del Organismo (www.sssalud.gov.ar – Obras Sociales). El mismo podrá ser modificado a medida que evolucione el mecanismo de Integración.

9 – PRESENTACION DE INFORMES Y CIERRE FORMAL DE LIQUIDACIONES

Los Agentes del Seguro de Salud deberán comenzar con las presentaciones del informe mencionado en el punto 8.2, una vez que se haya publicado el instructivo específico por la Gerencia de Sistemas de Información con la descripción de la modalidad de presentación.

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 60 días corridos a partir de la finalización del mes de percepción de los fondos liquidados.

Las liquidaciones recibidas, anteriores a las indicadas en el párrafo anterior, deberán presentarse antes del 31/03/2018.

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 en 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 los originales de la misma 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. Y al inicio del tratamiento, las imágenes digitalizadas de las prescripciones médicas, certificados de discapacidad y consentimientos de los planes de tratamiento y del diagrama de traslados.

En el instructivo específico que se publicará, se indicará la modalidad de presentación de las imágenes mencionadas.

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. 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 sede.

En el 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 estimara 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 AUDITORIA 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.

Los mismos 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, en sede o en terreno, las prestaciones brindadas por los Agentes del Seguro de Salud a las personas con discapacidad.

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 I.

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 15 días hábiles, regularice su situación.

De la misma forma que la indicada precedentemente podrá actuar la Superintendencia de Servicios de Salud 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 tal como falseamiento de documentación.

ANEXO II – DESCRIPCION DE DOCUMENTACION RESPALDATORIA

1 – Documentación médico prestacional

Se deberá reunir la siguiente documentación respaldatoria:

- Certificado de Discapacidad vigente.
- Prescripción médica firmada por médico tratante de todas las prestaciones brindadas comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Con firma y sello del médico tratante, con tipo y número de matrícula legible y firma y sello del Auditor Médico.

La prescripción del tratamiento **no deberá ser realizada** por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.

Para cada prestación o concepto prescripto se debe indicar el periodo prescripto.

Para prestaciones ambulatorias, se debe indicar **especialidad** y **cantidad de sesiones semanales**.

Para concurrencia a Instituciones (EGB, CET, Centro de Día) se debe aclarar el **tipo de jornada** (simple o doble).

En caso de solicitar **dependencia**, deberá ser aclarada en la prescripción y fundamentada conforme al índice de independencia funcional FIM.

- Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por los prestadores de cada prestación brindada. En el caso de Transporte consentimiento del diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, frecuencias diarias y cantidad de km por viaje. En todos los casos avalados por el Auditor Médico. Se adjuntan a esta resolución modelos sugeridos en Anexo III.

La fecha de emisión de los consentimientos de planes de tratamiento y diagrama de transporte mencionados y la aprobación de los mismos por parte del Agente del Seguro de Salud, deberá ser anterior a la fecha de emisión de la primera facturación de los tratamientos.

- En el caso de dependencia se deberá contar con informe del profesional basado en la determinación del Índice de Independencia Funcional (FIM)

- Documentación adicional de la prestación de Discapacidad, de acuerdo con las especificaciones que correspondan:

- Para Apoyo a la Integración Escolar: plan de integración y acta de acuerdo entre la escuela y el prestador.
- Para Hogar y Pequeño Hogar: Informe social, que avale la necesidad del módulo Hogar, emitido por Licenciado en Trabajo Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.
- Certificado de Alumno Regular o concurrencia del Centro Educativo correspondiente.

- De acuerdo a la Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal), se deberá exigir la inscripción de prestadores en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. Se solicitará fotocopia de la Disposición de Inscripción (completa) y del Certificado de Inscripción para profesionales.

Para el resto de las prestaciones de Discapacidad, fotocopia de la Constancia de Inclusión en el Registro Nacional de Prestadores de Discapacidad del SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION, con indicación de la razón social, el domicilio del establecimiento, la prestación y la categoría.

Para otras especialidades como Maestro de Apoyo, se deberá solicitar título habilitante y certificado analítico de materias.

2 – Documentación contable

La documentación contable deberá reunir los siguientes requisitos:

➤ Factura o Recibo como instrumento de facturación:

Se deberá contar con el documento original emitido por el prestador completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP.

Será responsabilidad de los Agentes del Seguro de Salud verificar la validez de las facturas o recibos incluidos en la presentación por el mecanismo de Integración. La inclusión de la factura o recibo importará la asunción de dicha carga.

La Factura o Recibo deberá estar emitida por el prestador y dirigida a la Obra Social (Cuit y Nombre), deberá contener:

- Nombre, Apellido y DNI del beneficiario
- Período de prestación.
- Prestación brindada, según el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.
- Modalidad, jornada (doble y simple), categoría del establecimiento si corresponde, si incluye dependencia y en el caso de especialidades: cantidad de sesiones y valor unitario de las mismas.
- Monto individual de cada prestación y sumatoria total de las prestaciones facturadas.

En el caso de Transporte se deberá detallar:

- Direcciones de partida y destino.
- Cantidad de viajes por día y mensual.
- Cantidad de kilómetros recorridos por viaje.
- Total de kilómetros del mes.
- Indicar si incluye dependencia

En el caso de Facturas globales, se deberá acompañar con un Resumen de facturación y/o Rendición individual por beneficiario confeccionado y firmado por el prestador en todas sus hojas, donde conste el número de factura a la que corresponde y los datos mencionados anteriormente.

La dependencia solo se reconocerá si se especifica en la prescripción médica y se incluye en la facturación.

La Fecha de emisión de los comprobantes de facturación, deberán ser acordes con el período facturado. En los casos en que la fecha de emisión de los comprobantes difiera en varios meses

respecto del período de prestación, el Agente del Seguro de Salud deberá justificar por nota el motivo de tal circunstancia.

La facturación deberá ser avalada mediante firma y sello por Contador Público y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

➤ **Recibos como comprobante de cancelación de deuda:**

El Agente del Seguro de Salud, deberá conservar la documentación específica que refleje fehacientemente la cancelación de las Facturas desde la cuenta bancaria DISCAPACIDAD:

Recibo emitido por el prestador en los casos que corresponda por el tipo de factura emitida, dirigido al Agente de Salud y 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. Estos datos se podrán registrar en el cuerpo del recibo o en nota anexa con referencia al número de recibo y firmada por el prestador.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia.
- Total del recibo. Verificando que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Firma y aclaración del prestador o su representante.

Cuando el importe del pago de la prestación haya sido afectado por débitos se deberá adjuntar: Fotocopia de planilla de ajuste que detalle motivo e importe del débito, con firma y sello de Contador y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

Cuando se efectúen retenciones de impuestos se deberá adjuntar copia de los comprobantes de retención.

Cuando el recibo emitido no contenga todos los datos mencionados, deberá complementarse 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).

Las Liquidaciones de Pago emitidas por el Agente del Seguro de Salud podrán incluir la cancelación de más de una factura.

➤ **Extractos bancarios**

Se deberán mantener copias de los extractos bancarios de la cuenta DISCAPACIDAD en donde se refleje el pago por transferencia a los CBU de los prestadores.

➤ **Otra documentación adicional**

Constancias de CBU correspondientes a las razones sociales de los prestadores.

En caso de corresponder, documentación específica que refleje descuento de facturas en entidades bancarias, cesiones de créditos u otros motivos.

ANEXO III - Modelos de planillas para consentimiento de los planes de tratamiento.

**DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

Prestaciones a brindar: (según mecanismo INTEGRACION)

Tipo de jornada (Simple o Doble): _____ Dependencia (S/N): _____

Matricula (\$): _____ Monto mensual (\$): _____ Categoría: _____

Período Ciclo Lectivo, Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de asistencia:

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones

Firma Responsable de Institución

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI Firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

**DISCAPACIDAD - TRANSPORTE
DIAGRAMA DE TRASLADOS
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

TRASLADOS

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DIA	KM/VIAJE	IMP(\$)/KM	IMP(\$) DIARIO
---------	---------	------------	----------	------------	-------------------

Dependencia (S/N): _____ Monto mensual (\$) _____

Período traslados, Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado)

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones

Firma Responsable del Transporte Aclaración: _____

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante: Aclaración: _____
DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

ANEXO IV – INFORME GENERAL DE SALDOS

EOAF ESPECIFICO DE APLICACIÓN DE FONDOS POR INTEGRACION

- **SALDO DE BANCO CUENTA ESPECIAL AL INICIO DEL MES**

- **+ MAS INGRESOS**
 - + Ingresos por integración (transferencias de AFIP)
 - + Ingresos Específicos (transferencias desde cuenta propia para atender Gastos Bancarios y/o impuestos de ley)
 - + Ingresos Específicos (transferencias desde cuenta propia para atender el pago total del monto de los comprobantes desde cuenta Discapacidad)
 - + Otros Ingresos (cuenta de aplicación de fondos provenientes de otras cuentas propias, o por depósitos erróneos)

- **- MENOS EGRESOS**
 - Pagos de prestaciones por discapacidad
 - Transferencias a cuentas propias para pago de retenciones impositivas
 - Pagos de Gastos Bancarios
 - Pagos de Impuesto a los débitos y créditos / Impuestos y/o retenciones provinciales.
 - Otros egresos pagados (por errores)
 - Devolución al FSR por revocatoria de la rendición final de cada liquidación.

- **SALDO FINAL DE LA CUENTA ESPECIAL DEL MES**

ESTADO PATRIMONIAL ESPECIFICO DE INTEGRACION

- **ACTIVO**
 - Saldos de Banco (Cuenta especifica Banco Nación)
 - Créditos por solicitudes de Integración Presentadas y no cobradas al cierre del mes.

- **PASIVO**
 - Prestadores de prestaciones por discapacidad cobradas por Integración a pagar (saldo de cobros recibidos de AFIP y no pagados a prestadores)
 - Prestadores de prestaciones por discapacidad no cobradas por integración a pagar

RESUMEN FINAL DEL INFORME DETALLADO DE APLICACION DE FONDOS

RNOS: _____

NOMBRE OS: _____

Periodo Liquidado AAAA MM _____

CUENTA DISCAPACIDAD

Importe Aplicado por pago Facturación 3.980,00

Retenciones efectuadas 620,00

Importe trasladados (reversión) 400,00

Fondos devueltos no aplicados 0,00

Total Importe Liquidado SSSalud (cuenta Discapacidad) 5.000,00

FONDOS PROPIOS

Importe pagado con Fondos Propios ingresados 900,00

Importe pagado con Fondos Propios otras cuentas 500,00

Diferencias reversión no liquidadas 100,00

Total Importe Solicitado a SSSalud 6.500,00

Firma y Sello Presidente OS

Firma y Sello Contador Externo