

MINISTERIO DE SALUD
Resolución 635/2015

Bs. As., 27/5/2015

VISTO el Expediente N° 12002-12454/15-7 del registro del MINISTERIO DE SALUD, el Decreto N° 9 de fecha 7 de enero de 1993, el Decreto N° 939 de fecha 19 de octubre de 2000, el Decreto N° 1343 de fecha 4 de octubre de 2007, las Resoluciones Ministeriales N° 201 de fecha 9 de abril de 2002, N° 487 de fecha 21 de agosto de 2002 y N° 60 del 29 de enero de 2015, y

CONSIDERANDO:

Que el Decreto N° 939/00 creó el Régimen de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

Que en dicha norma se establecieron una serie de lineamientos que regulan el procedimiento de facturación y cobro de las prestaciones efectuadas por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada a favor de los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD a que hace referencia el artículo 1° del Decreto N° 9/93.

Que el artículo 6° del Decreto mencionado en primer término establece que el Hospital Público de Gestión Descentralizada actuará de acuerdo con las normas vigentes en la jurisdicción a la que pertenezca y con las facultades legales que le asigne la autoridad competente en el marco de dichas normas.

Que los artículos 15, 16 y 17 establecen que los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, cuando no exista convenio previo con los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, podrán facturarles las prestaciones que brinde, de acuerdo a los valores que fije el MINISTERIO DE SALUD.

Que los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD están obligados a saldar el pago de lo facturado, dentro de los SESENTA (60) días corridos de presentada la facturación mensual.

Que el artículo 18 dispone que ante la falta de pago de las facturas por parte de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD en el plazo fijado en el considerando anterior y de no mediar acuerdo entre las partes, el Hospital Público de Gestión Descentralizada podrá reclamar el pago de lo facturado por el "sistema de débito automático" a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

Que asimismo, establece que en caso de discrepancia en los montos de la facturación entre el Hospital Público de Gestión Descentralizada y el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD elevará su opinión a este MINISTERIO DE SALUD, cuya decisión será definitiva.

Que la Resolución Ministerial N° 487/02, estableció la documentación y los mecanismos para la presentación y cobro de las facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada por las prestaciones brindadas a beneficiarios de las Obras Sociales, comprendidos en el Régimen de las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.

Que la Resolución Ministerial N° 201/02, aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia para los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 23.660, cuyas prestaciones están obligados a brindar dichos Agentes mientras dure la emergencia, las que se detallan en los Anexos I y II de la mencionada Resolución.

Que la Resolución Ministerial N° 60/15, aprobó los Aranceles Modulares y Normas de Facturación para los HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA.

Que el Decreto N° 1343/07 aprobó la nueva estructura organizativa, Organigrama, Responsabilidad Primaria y Acciones del MINISTERIO DE SALUD.

Que en virtud de la experiencia acumulada desde la vigencia de la Resolución Ministerial N° 487/02, y dado el grado de desarrollo de las tecnologías de información y comunicación, se verificó la necesidad de actualizar los procedimientos y requisitos de información para la gestión de las facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada por las prestaciones brindadas a beneficiarios de las Obras Sociales, comprendidos en el Régimen de las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.

Que a tal efecto y con el propósito de lograr mejoras sustanciales en términos de agilidad en el funcionamiento de los circuitos administrativos resulta fundamental adecuar el marco normativo actual.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º — Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán requerir a los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD comprendidos en el régimen de las Leyes Nros. 23.660 y 23.661, a los del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS y también a los jubilados y pensionados que optaron por la cobertura de una Obra Social inscripta en el Registro Nacional de Obras Sociales para la Atención Médica de Jubilados y Pensionados que demanden asistencia, la presentación de su Documento Nacional de Identidad.

A los efectos de verificar la afiliación del beneficiario a un Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y la cobertura activa en el mismo, el Hospital Público de Gestión Descentralizada consultará en el Sistema de Información que oportunamente implemente la Superintendencia de Servicios de Salud.

En el caso de que el mencionado Sistema no se encuentre operativo, el Hospital Público de Gestión Descentralizada consultará en la página web de la Superintendencia de Servicios de Salud o en la página web de la ANSeS. En caso de que no resultara posible realizar las consultas mencionadas precedentemente, el Hospital Público de Gestión Descentralizada tomará como elemento probatorio el último recibo de sueldo o comprobante de pago provisional.

En cualquiera de los casos mencionados en el párrafo precedente, el Hospital Público de Gestión Descentralizada deberá registrar en forma obligatoria las prestaciones en el Sistema de Información, una vez que el mismo se encuentre implementado por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Entiéndase que toda mención que se efectúe en la presente Resolución respecto de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD incluye a los alcanzados en virtud de lo dispuesto en el artículo 1º de las Leyes NROS. 23.660 y 23.661 y los artículos 10 y 11 del Decreto N° 292/95 y su modificatorio Decreto N° 492/95.

ARTÍCULO 2º — Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán cumplimentar el formulario “Comprobante de Atención de Beneficiarios de Obras Sociales”, que como ANEXO II pasa a formar parte integrante de la presente Resolución. Una vez que la Superintendencia de Servicios de Salud implemente el Sistema de Información mencionado en el Artículo 1º de la presente Resolución, el Hospital deberá completar dicho formulario a través de dicho Sistema.

El Formulario impreso tendrá carácter de Declaración Jurada y deberá estar firmado por el médico actuante o Jefe del Servicio, con sello y número de matrícula, y el responsable administrativo del Hospital, con sello, cargo y aclaración de firma, con la correspondiente suscripción o firma del beneficiario, familiar o responsable.

ARTÍCULO 3º — Los convenios celebrados entre un Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y un Hospital Público de Gestión Descentralizada podrán establecer condiciones para la prestación siempre que las mismas no se opongan a lo dispuesto en la presente Resolución. Las partes involucradas en los convenios suscritos a la fecha de la presente Resolución deberán, de común acuerdo, adecuarlos a lo dispuesto en la presente Resolución.

Cuando se hubiesen celebrado convenios entre un Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y un Hospital Público de Gestión Descentralizada, el Hospital deberá adjuntar a la presentación de las facturaciones adeudadas para su cobro ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, una copia fiel del mencionado convenio y de la notificación para la intimación de su pago al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD establecida en dicho convenio. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD analizará la presentación de acuerdo a los valores estipulados entre las partes, los que no podrán ser inferiores a los fijados por la normativa vigente para los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada al momento de la prestación.

ARTÍCULO 4º — Las prestaciones efectuadas a los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD quedarán acreditadas en virtud de lo establecido en los artículos 1º y 2º de la presente Resolución y de conformidad a lo dispuesto en los artículos 15, 16 y 17 del Decreto N° 939/00, de acuerdo al siguiente procedimiento:

a) A partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán notificar en forma fehaciente a los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, los casos

de internación o procedimientos quirúrgicos o prácticas de alta complejidad, según corresponda, que le está siendo brindado a su/s beneficiario/s, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas hábiles. A los fines de la notificación fehaciente referida en la presente Resolución, se considera incluido al número de fax y el correo electrónico informados de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la presente Resolución.

b) En Atención Ambulatoria de Urgencias y/o Emergencias, el Hospital no efectuará notificación en los casos de consultas, prácticas de diagnóstico y tratamiento o prestaciones de alta complejidad.

c) En Atención Ambulatoria Programada, el Hospital no realizará notificación cuando se trate de consultas y prácticas de diagnóstico y tratamiento de baja o mediana complejidad.

d) En Atención Ambulatoria Programada se requerirá conformidad previa del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD para las prestaciones de alta complejidad.

Los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD tendrán un plazo máximo de 48 horas para expedirse respecto de estas prestaciones. Caso contrario, la prestación se tendrá por autorizada, habilitando al Hospital a su realización y posterior facturación.

El Hospital podrá facturar al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD las prestaciones brindadas en los apartados a, b, c y d del presente artículo debiendo acompañar con la factura el ANEXO II, debidamente cumplimentado para su cobro y la conformidad previa del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD en el supuesto del apartado d).

ARTÍCULO 5° — A los efectos de la facturación de prestaciones, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán brindar a los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD conforme lo dispuesto en los artículos 1° y 2° de la presente Resolución, las prestaciones médico-asistenciales establecidas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (PMO) vigente a la fecha, o aquel que en un futuro lo reemplazare. El Hospital podrá facturar solamente dichos servicios para su posterior cobro, no reconociéndose a los efectos del pago todas aquellas prestaciones no previstas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO vigente.

Cuando las prestaciones a brindar por el Hospital excedan las estipuladas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO vigente a la fecha, o aquel que en un futuro lo reemplazare, el Hospital deberá notificar en forma previa y de modo fehaciente al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas hábiles, fundamentando la autoridad administrativa responsable del Hospital, las prestaciones a realizar.

El Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD podrá efectuar sus impugnaciones debiendo ajustarse al procedimiento previsto en el Artículo 14° de la presente.

ARTÍCULO 6° — En los supuestos de internaciones y/o prácticas previamente autorizadas, en las que deban realizarse métodos o procedimientos de alta complejidad no previstos en los alcances de la autorización, el Hospital Público de Gestión Descentralizada deberá cursar una nueva notificación fehaciente al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD respectivo, en los términos y con la metodología prevista en el artículo 4° y artículo 5° de la presente Resolución.

ARTÍCULO 7° — Queda expresamente establecido que las notificaciones mencionadas en los artículos 4°, 5°, 6° y 8°, deberán cumplimentar los siguientes requisitos:

Apellido y nombre del paciente, DNI, hora y fecha de la internación o solicitud de práctica, diagnóstico presuntivo y procedimiento/s a realizar.

A los efectos de considerar válidas las direcciones de correo electrónico utilizadas tanto por el Hospital Público de Gestión Descentralizada como por el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, ambas partes deberán informar a la Superintendencia de Servicios de Salud las direcciones de correo electrónico y los números de fax a ser utilizados a los efectos de la presente Resolución, o lo que en un futuro determine dicho organismo. Las mismas deberán ser publicadas por la Superintendencia de Servicios de Salud en su página web a los efectos de poder ser consultadas.

Se deja constancia de que no se tomará por válida otra dirección de correo electrónico que la informada por las partes y que es responsabilidad de estas tomar conocimiento de las mismas.

Las constancias de las notificaciones, o en su caso las copias de los fax o de los correos electrónicos, deberán conservarse por el término de VEINTICUATRO (24) meses.

ARTÍCULO 8° — En los casos que por razones de fuerza mayor debidamente acreditadas el Hospital Público de Gestión Descentralizada no haya podido gestionar en tiempo y forma las notificaciones previstas en el artículo 4° y artículos 5° y 6° precedentes, la autoridad administrativa del Hospital deberá solicitar en forma fehaciente al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, la realización de una auditoría conjunta a fin de convalidar las prestaciones, otorgando para ello un término de SETENTA Y DOS (72) horas hábiles, transcurridas las cuales, y sin haber obtenido respuesta del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, el Hospital deberá adjuntar al ANEXO II, la constancia de dicha notificación, en la presentación que pudiera efectuar ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

ARTÍCULO 9° — En los casos en que no exista convenio previo entre un Hospital Público de Gestión Descentralizada y cualesquiera de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, el Hospital sólo podrá facturar a dichos Agentes las prestaciones que brinde, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 5° de la presente y a los valores máximos fijados por los Aranceles Modulares para los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada vigentes al momento de la prestación.

ARTÍCULO 10°. — Los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD están obligados a saldar el pago de lo facturado por el Hospital Público, dentro de los SESENTA (60) días corridos de presentada la facturación mensual en los términos del artículo 17° del Decreto N° 939/00. A los fines del cómputo del plazo indicado en el párrafo precedente, se seguirá el siguiente procedimiento:

a) Cuando las facturas se presenten directamente en el domicilio oportunamente denunciado por el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, el plazo se computará a partir del día siguiente al que figure en el sello de recepción de la documentación;

b) En los casos en que el Hospital envíe las facturaciones por correo, el mismo deberá ser por la modalidad de correo certificado con acuse de recibo, computándose el plazo a partir del día siguiente al que figura en la constancia de la recepción de la documentación por parte del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD.

ARTÍCULO 11. — Vencido el plazo fijado en el artículo precedente, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada podrán reclamar el pago de las facturaciones adeudadas por el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, debiendo acompañar a tales efectos el comprobante de recepción de la documentación establecido en el artículo 10° de la presente Resolución.

ARTÍCULO 12. — Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada podrán reclamar a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD el pago de las facturas impagas por las prestaciones brindadas a los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, dentro del año aniversario de efectuada la misma. Vencido dicho plazo y en el caso que los Hospitales no hubieran presentado ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD las facturaciones para su cobro a través del sistema de débito automático, éstos no podrán reclamar pago alguno a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, sin perjuicio de las acciones judiciales que pudieren iniciar contra los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD.

ARTÍCULO 13. — Las facturaciones impagas podrán presentarse para su cobro por ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dentro de los CIENTO VEINTE (120) días corridos de la fecha de facturación.

ARTÍCULO 14. — En el caso de discrepancias que recayeran sobre la facturación de una prestación, sobre la pertinencia de un acto médico, o sobre cuestiones vinculadas al procedimiento administrativo, que se susciten entre un Hospital Público de Gestión Descentralizada y un Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, el Agente deberá notificar dicha situación al Hospital en forma fehaciente y solicitar en el mismo acto la realización de una Auditoría Conjunta dentro de los QUINCE (15) días de recepcionada la facturación en los términos indicados en el Artículo 10; o, para el caso que la discrepancia tuviera lugar con anterioridad a la emisión de la factura, dentro de los CINCO (5) días de recibidas las notificaciones previstas en el Artículo 4° y 5° de la presente Resolución.

En tal caso, y previa concertación de las partes, la Auditoría Conjunta deberá llevarse a cabo en el Hospital, en día y horario administrativo y en un término de QUINCE (15) días contados a partir de la recepción de la notificación cursada por el Agente, debiendo el mismo poner a disposición de la Auditoría Médica de este último, la documentación original pertinente.

En caso de transcurrir dicho lapso sin que el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD solicitante concurriera a la misma, el Hospital quedará facultado a reclamar el pago de lo facturado a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, adjuntando fotocopia del respectivo comprobante de citación, certificado por la autoridad administrativa responsable del Hospital.

A dicha auditoría deberán asistir los representantes designados por las partes, quienes deberán acreditarse al momento de celebrarse la misma. Una vez concluida, deberá labrarse un acta en tres ejemplares, en la cual deberá constar, en forma sucinta, y bajo pena de tenerse por no efectuada la auditoría, el motivo de la discrepancia, los fundamentos alegados y las conclusiones de la misma, con el correspondiente correlato en la expresión de los montos reconocidos y/o rechazados. Para todo aquello no contemplado en la presente, serán de aplicación supletoria las normas y principios de auditorías tradicionalmente aceptados.

Deberá acompañarse, con carácter obligatorio, copia del acta en el reclamo que el Hospital Público de Gestión Descentralizada pudiere efectuar ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. La omisión en el cumplimiento de este precepto, hará incurrir a la máxima autoridad del Hospital en las responsabilidades que eventualmente pudieran corresponder.

De haberse efectuado la Auditoría Conjunta y labrada el Acta respectiva, el Hospital remitirá a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, por expediente separado, la totalidad de las facturas que hubieren sido objeto de discrepancia juntamente con el Acta y la fotocopia completa de la Historia Clínica, a los efectos de emitir opinión, para su posterior elevación a este MINISTERIO DE SALUD a través de lo establecido en la Resolución Ministerial N° 449 del 4 de mayo de 2001, cuya decisión será definitiva.

Sin perjuicio de ello, para los casos en que las discrepancias versaren sobre cuestiones de índole meramente administrativa, o sobre cuestiones atinentes a la afiliación de los pacientes, será la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD quien resuelva con carácter definitivo.

En caso de que el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, sin informar al Hospital Público de Gestión Descentralizada una discrepancia u observaciones a la facturación recibida, realice algún débito respecto del monto de dicha facturación al momento de su liquidación y pago sin cumplir el procedimiento anteriormente detallado, el Hospital Público de Gestión Descentralizada queda facultado a elevar a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD el reclamo por la diferencia entre el monto facturado y el monto efectivamente abonado por el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD a través del sistema de débito automático.

En caso de hacer uso del mecanismo establecido en el párrafo precedente, el Hospital Público de Gestión Descentralizada deberá notificar vía correo electrónico, fax o carta certificada con acuse de recibo, al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD el inicio del trámite de cobro ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, en virtud de haberse realizado débitos unilaterales.

La totalidad de los documentos mencionados, deberán estar autenticados por la autoridad administrativa responsable del Hospital.

ARTÍCULO 15. — A los efectos de la presentación por ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD de las facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada para el pago mediante el sistema de débito automático, en el supuesto que sea procedente, por prestaciones brindadas a beneficiarios mencionados en el artículo 1° de la presente Resolución, deberán acompañar la siguiente documentación:

1. Nota de elevación a la máxima autoridad de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.
2. La información que se detalla en el ANEXO I de la presente Resolución, con carácter de “Declaración Jurada”, firmada por el Director del Hospital. Dicha firma deberá estar certificada por Juez de Paz, Entidad Bancaria, Escribano Público o cualquier otro método que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD determine.
3. Fotocopia de la/s factura/s remitida/s al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, con sello de recepción por parte de aquellos en los casos que hubieren sido presentadas conforme lo indicado en el artículo 10° inc. a) de la presente Resolución.
4. Fotocopia de la/s factura/s al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y de los respectivos acuses de recibo, en los casos que las facturas hubieran sido remitidas por carta certificada. Ambos documentos deberán ser autenticados por la autoridad administrativa responsable del Hospital, consignando la leyenda “es copia fiel de su original”.
5. En la/s factura/s deberá consignarse el NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD (no admitiéndose su reemplazo por siglas), el número de RNOS, y monto total facturado.
6. Detalle de las prestaciones, consignando número de factura de referencia, con nombre y apellido de/los beneficiario/s atendido/s y los montos respectivos.

7. ANEXO II de la presente Resolución debidamente cumplimentado, con el detalle de las prestaciones efectuadas. En el supuesto de adjuntar fotocopia del mismo, deberá estar autenticada por la autoridad administrativa responsable del Hospital, consignando la leyenda “es copia fiel de su original”.

En el caso de facturaciones de medicamento/s y/o material/es descartable/s incluido/s en los Códigos 36.00 y 37.00 referido a medicamento/s y material/es descartable/s excluido/s de los módulos, deberá presentarse una planilla detallando: Apellido y Nombre del Beneficiario; Nombre del/los medicamento/s y/o material/es descartable/s; Cantidad/es utilizada/s; Precio unitario y total/es, la que deberá estar firmada por el médico tratante con aclaración de: Apellido y Nombre y Número de Matrícula.

8. Fotocopia de las notificaciones cursadas a los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD en los casos indicados en los artículos 3°, 4°, 5°, 6°, 8° y 11 de la presente Resolución, autenticadas por la autoridad administrativa responsable del Hospital, consignando la leyenda “es copia fiel de su original”.

9. Fotocopia del convenio celebrado entre el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y el Hospital en el caso indicado en el artículo 3° de la presente Resolución y de la notificación que se hubiere pactado en el convenio, autenticada por la autoridad administrativa responsable del Hospital, consignando la leyenda “es copia fiel de su original”.

10. Copia del Acta de Auditoría Conjunta en el caso del artículo 14 de la presente Resolución, autenticada por la autoridad administrativa responsable del Hospital, consignando la leyenda “es copia fiel de su original”.

Las presentaciones deberán efectuarse ordenando la documentación requerida como se dispone en el presente artículo, no debiéndose adjuntar otro tipo de documentación.

ARTÍCULO 16. — La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, cuando lo estime necesario, podrá solicitar información y/o documentación complementaria al Hospital Público de Gestión Descentralizada. Asimismo, la Auditoría Médica del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD a la que pertenece el beneficiario atendido en el Hospital Público de Gestión Descentralizada, podrá requerir al mismo tomar vista de los elementos probatorios de la prestación.

ARTÍCULO 17. — Toda la documentación que avale la presentación efectuada y respalde el ANEXO II de la presente Resolución, deberá quedar en resguardo en el Hospital a disposición del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD por un lapso de VEINTICUATRO (24) meses.

ARTÍCULO 18. — En las presentaciones que los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada efectúan a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD deberán incorporar sólo una entidad deudora por cada expediente presentado. Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada no podrán recibir el pago de las facturaciones adeudadas, sobre las que se haya iniciado proceso de reclamo por débito automático sin que haya finalizado dicho proceso, sin perjuicio de las acciones judiciales que correspondieren.

ARTÍCULO 19. — Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán adecuarse a las normativas que establezca el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA.

ARTÍCULO 20. — La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD queda facultada a caratular bajo el procedimiento que tenga implementado o que se implemente en el futuro y observando los criterios de aplicación, los expedientes recibidos de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

ARTÍCULO 21. — La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD podrá solicitar a los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada y a los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD soportes magnéticos de la información que estime necesaria a efectos de realizar bases epidemiológicas y estadísticas de la atención de beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, sobre la base de la documentación presentada y de conformidad con lo establecido en la Ley N° 25.326.

ARTÍCULO 22. — El MINISTERIO DE SALUD de la Nación y la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD quedan facultados a propiciar el desarrollo de acciones y/o programas tendientes a la estimulación y capacitación administrativa del personal de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada y de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, a fin de lograr procedimientos administrativos que agilicen la presentación, cobro y pago de las facturaciones de las prestaciones médico-asistenciales brindadas por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, en el marco de lo establecido en el Decreto N° 939/00.

ARTÍCULO 23. — Con la Resolución de este MINISTERIO DE SALUD que incorpora el establecimiento solicitante al Registro de Hospitales de Gestión Descentralizada integrado en la actualidad al Registro Federal de Establecimientos

de Salud —REFES—, o los que se incorporen en el futuro, con los códigos establecidos por la Resolución N° 298/2011, quedan automáticamente reconocidos en el Registro Nacional de Prestadores de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, conforme a lo dispuesto en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 y su Decreto Reglamentario N° 576/93 Anexos I y II.

ARTÍCULO 24. — La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD contará con un plazo de SESENTA (60) días para analizar los expedientes remitidos por el Hospital Público de Gestión Descentralizada. Cumplido el plazo, informará sobre la resolución adoptada, poniendo a disposición del Hospital la documentación observada e informando fehacientemente los depósitos efectuados detallando: Nombre del agente, Importe, Expediente, N° de cuenta bancaria.

ARTÍCULO 25. — Deróguese toda norma que se oponga a la presente.

ARTÍCULO 26. — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Dr. DANIEL GUSTAVO GOLLAN, Ministro de Salud.

ANEXO I

NORMAS DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS INTERNOS

Para la tramitación del pago solicitado por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD) por los servicios brindados a los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD —Leyes 23.660 y 23.661— según lo dispone el artículo 2º y concordantes de la Resolución Nº 320/93 M.S. y A.S.- M.E. y O. Y S.P.- y M.T. y S.S. del 13/06/93, se deberá adjuntar la siguiente información con carácter de "Declaración Jurada".

- NOMBRE DEL HOSPITAL:
- Nº DE CODIGO REFES-SISA:
- DOMICILIO:
- LOCALIDAD: PROVINCIA:
- CODIGO POSTAL:
- TELEFONO: FAX:
- CORREO ELECTRÓNICO:
- JURISDICCION:
- CUIT:
- DENOMINACIÓN DE CUENTA BANCARIA:
- NUMERO DE CUENTA BANCARIA:
- CBU:
- IMPORTE TOTAL EN PESOS:
- FECHA:

Director - Firma y Sello

Sello de la dependencia

ANEXO II

COMPROBANTE DE ATENCION DE BENEFICIARIOS DE AGENTES DEL SEGURO DE SALUD								Fecha	
Denominación HPdGD								Código HPdGD - REFES	
Datos del Beneficiario									
APELLIDO Y NOMBRES								DNI N	
Tipo de Beneficiario				Parentesco			Sexo		Edad
Titular	Familiar	Adheren.	Otro	Cónyuge	Hijo	Otro	F	M	
TIPO DE ATENCION								Fecha de Prestación	
CONSULTA	Especialidad:								
	Diagnóstico:								
PRÁCTICA	Códigos NHPdGD								
INTERNACIÓN	DIAGNÓSTICO DE EGRESO CIE 10		CÓDIGOS PRINCIPAL		OTROS CÓDIGOS				
NHPdGD : Nomenclador Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada - CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades									
Firma del Médico y sello con N° de Matricula					Ultimo recibo de sueldo	MES		AÑO	
NOMBRE DEL AGENTE DEL SEGURO DE SALUD								RNOS	
Firma Responsable Administrativo / Contable			Aclaración Firma			Firma del Beneficiario			