

## **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 ÚNICO 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**

Todas las solicitudes de apoyo financiero a presentar a través del SISTEMA ÚNICO 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 AFILIACIÓN:** 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.

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 DOCUMENTACIÓN DE LA PRESTACION MÉDICA por la cual se requiere reintegro, de acuerdo con lo detallado en el punto 2. – REQUISITOS DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA del ANEXO III y con la documentación adicional que se especifica en el Anexo IV junto a la descripción de la Patología 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 DOCUMENTACIÓN CONTABLE que cumplimente las especificaciones del punto 3. – REQUISITOS DOCUMENTACIÓN COMERCIAL del presente ANEXO III 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. - PRESENTACIÓN 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 mencionados completos, salvo los casos de fechas de inicio y terminación de cobertura intermedias debidamente justificadas.

### **1.3. – 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 ÚNICO DE REINTEGROS (SUR), VEINTE (20) días hábiles a contar desde la devolución de la solicitud, para corregir las observaciones 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.

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

Los Agentes del Seguro de Salud deberán conservar toda la documentación original que presenten ante el SISTEMA ÚNICO 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 GESTIÓN 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, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se reserva el derecho de auditar, en sede o en terreno, las prestaciones efectuadas.

#### **1.5. - PRESENTACIÓN 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 RECEPCIÓN, VERIFICACIÓN Y VALORIZACIÓN 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 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.

#### **1.6. - 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 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.
  - 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.
- Fotocopia del Consentimiento Informado, firmado por médico que indica el tratamiento y el paciente o su representante con firma del Auditor Médico.

## **2.2 – 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.

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 Droguería 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.

***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. - DOCUMENTACIÓN 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.

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, periodo y monto). Y para el caso de medicación se deberá agregar el detalle de GTIN Seriados 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.
- 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**

- 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.

### **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.
- 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 2.2 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 ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (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.

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

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 2.2 del presente Anexo II.

#### **4 - 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.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
2019 - Año de la Exportación

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO III RES PROCEDIMIENTO CANCER DE MAMA

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 18 pagina/s.