

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 1249/MSGC/17**ANEXO I****PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE FACTURACION Y COBRANZA**

I.-El procedimiento especial administrativo aplicable al cobro ejecutivo de prestaciones brindadas a personas con cobertura social o privada, por la red de Efectores Públicos de Salud dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se rige por las disposiciones de la presente resolución y normativa complementaria.

- (i) Se considera entes de cobertura de salud públicos, sociales o privados, en los términos de la Ley N° 5622, a aquellos que resulten responsables legales por la cobertura de servicios de salud para personas físicas o beneficiarios.
- (ii) En el caso de personas con cobertura de salud pública exclusiva que tuvieran residencia legal en las Provincias, se gestionará la facturación y cobranza por ante los respectivos gobiernos provinciales, de acuerdo a lo que en cada caso corresponda.
- (iii) En el caso de personas sin cobertura de salud que tuvieran residencia temporal o permanente en el país, serán contemplados conforme el criterio de reciprocidad y por tanto, reciben el mismo trato en los términos establecidos por la Ley Nacional N° 25.871; mientras que por la atención a las personas con residencia transitoria, el recupero de costos deberá ser tramitado por ante el Estado Nacional que haya otorgado la ciudadanía, de conformidad con la citada Ley Nacional N° 25.871.

II.-Los Efectores deben facturar a los Entes de cobertura de salud públicos, sociales o privados las prestaciones que realicen a los beneficiarios de las mismas. Cuando la prestación al beneficiario se hubiera producido como consecuencia del accionar de un tercero, el GCBA podrá reclamar contra la cobertura de seguro de éste los montos facturados por los servicios prestados en la red de efectores públicos de Salud dependientes del GCBA.

- (i) Las coberturas y prácticas prestadas y/o los insumos provistos por los Efectores, serán valorizadas tomando en cuenta el Nomenclador de Prestaciones de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Toda aquella práctica o prestación no contemplada en el Nomenclador de Prestaciones de Salud, podrá facturarse por homologación al Nomenclador Nacional vigente, con obligatoriedad de informar la situación a la Comisión Permanente de Actualización.
- (ii) La gestión correspondiente a la identificación de cobertura, facturación y cobro de las prestaciones de los respectivos Efectores estará a cargo de la Sociedad del Estado "FACTURACION Y COBRANZA DE LOS EFECTORES PUBLICOS S.E."

III.-El procedimiento administrativo se inicia cuando FACOEP S.E. recepcione los Comprobantes de Recupero de Gastos (CRG) enviados por los efectores públicos del GCBA. A partir del ingreso efectivo a la FACOEP S.E. de los CRG, se procederá en dicho ámbito a realizar el procesamiento y clasificación de la documentación, realizando los ajustes que pudieren ser necesarios y posteriormente se emitirá la factura correspondiente.

Una vez que la factura es distribuida y entregada a los entes de cobertura, los mismos deberán satisfacer el pago total de lo facturado dentro de los sesenta (60) días corridos de presentada la liquidación mensual.

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 1249/MSGC/17 (continuación)

IV.-Los Entes de cobertura, pueden efectuar impugnaciones u observaciones dentro de los treinta (30) días corridos de recibida la factura. Las presentaciones de observaciones e impugnaciones sólo se considerarán válidas cuando en las mismas se detalle expresamente el beneficiario con sus datos de identificación (nombre, apellido, tipo y número de documento), el motivo de la observación o impugnación, el número de CRG y el Efector al que son imputables. Si faltare cualquiera de estos datos, se rechazarán sin más trámite, y se reclamará su posterior pago.

- (i) Las observaciones y/o impugnaciones que se refieran a aspectos administrativos, serán resueltas por FACOEP S.E. - en el plazo de treinta (30) días.
- (ii) Las observaciones o impugnaciones de carácter médico o asistencial, que pudieran requerir revisión de información clínica o datos protegidos de los afiliados, deberán ser resueltas por FACOEP S.E. en un plazo de quince (15) días, sin perjuicio de la suspensión de plazos que implica la requisitoria de la documental de respaldo al Efector involucrado en la impugnación. Por su parte, el Efector involucrado en la impugnación deberá proceder a la respuesta o descargo correspondiente, acompañando la documentación solicitada por FACOEP SE con más la que considere de interés al caso, dentro de los 30 (treinta) días de recibida la comunicación correspondiente
- (iii) Vencido dicho plazo sin que el Efector envíe la información, se resolverá la impugnación con la información y constancias con la que se contare. La falta injustificada de respuesta por parte del personal del Efector será considerada incumplimiento de las obligaciones a su cargo y pasible de las sanciones previstas en la Ley N° 471 y el Convenio Colectivo instrumentado por Resolución N° 58-MHGC-11 (BOCBA 3610), que contiene el régimen disciplinario aplicable a dichos profesionales.
- (iv) En caso de solicitarlo el ente de cobertura y de considerarlo meritorio la FACOEP S.E., podrá realizarse una auditoría compartida, cuyo resultado será expresado en un Acta de Auditoría Compartida. Sin perjuicio de lo cual es atribución de FACOEP SE evaluar y aceptar o rechazar total o parcialmente toda impugnación médica y/u operativa realizada por los entes de cobertura.

V.-Si las facturas emitidas no han sido canceladas por los entes de cobertura en los plazos establecidos y si correspondiere, se procederá a la Intimación de Pago al ente obligado a fin que, dentro de los cinco (5) días hábiles, abone las sumas adeudadas.

- (i) En caso de falta de pago por el ente de cobertura intimado, se faculta a la FACOEP S.E. a negociar un plan de facilidades de pago de las deudas en mora que registren los entes de cobertura, respecto de los cuales se hubieren emitido facturas y las mismas se encontraran impagas.
- (ii) A tal fin, FACOEP S.E. firmará un acta-compromiso con el ente de cobertura para acordar las condiciones del reconocimiento de pago, el que será elevado al Ministerio de Salud del GCBA para conocimiento, y dispondrá de sesenta (60) días a partir de la fecha de intimación para formalizar la firma del convenio de pago con el deudor, instrumentando las acciones necesarias para regularizar la situación.
- (iii) Transcurridos los sesenta (60) días del vencimiento del plazo correspondiente, FACOEP S.E. remitirá la factura y demás documentación al Ministerio de Salud del GCBA a fin que analice los antecedentes y la documentación de respaldo, siempre que haya agotado toda vía de negociación con el ente de cobertura.

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 1249/MSGC/17 (continuación)

- (iv) Habiendo sido revisadas las actuaciones, y con la conformidad del Ministerio de Salud, los actuados se enviarán a la Contaduría General del GCBA para la formulación del cargo patrimonial respectivo y posterior aprobación del Ministerio de Salud, a fin de que éste proceda a la emisión de los Certificados de Deuda, que serán suscriptos por la autoridad de aplicación de la Ley 5622, y o en el o los funcionarios públicos que esta designe a tales efectos; los mismos serán considerados un instrumento público, conforme lo dispuesto en el Código Civil y Comercial de la Nación.

VI.-Una vez efectuada la registración de los Certificados de Deuda, el Ministerio de Salud, como autoridad de aplicación de la Ley 5622, a través del o de los funcionarios públicos que designe a tales efectos; enviará la documentación a FACOEP S.E. para que proceda a la asignación de los expedientes al Cuerpo de Mandatarios Judiciales encargados de su ejecución judicial y designados a tal efecto.


- (i) El control de gestión de los profesionales intervinientes estará a cargo de la FACOEP S.E. y se registrará en sus relaciones con el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires conforme las normas que establecidas en el Código Civil y Comercial de la Nación para el contrato de mandato.
- (ii) La FACOEP S.E. reportará al Ministerio de Salud el estado de situación de la asignación de los mandatarios y la ejecución judicial a través de un informe mensual y del desarrollo de la implementación de un tablero de control para la utilización de las ambas partes.

VII.-El cobro judicial de los certificados se efectuará por ante el Fuero Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad de Buenos Aires, aplicándosele el proceso previsto en el Código Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad de Buenos Aires, sirviendo el certificado de suficiente título. Los mandatarios no podrán aceptar pagos de modo personal y directo. Los montos percibidos por el cobro judicial de los mandatarios, se transferirán directamente a la Cuenta Escritural Ley 5622 del Ministerio de Salud del GCBA, a sus efectos.

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 1249/MSGC/17 (continuación)

| | | | |
|---|--|--|--------------|
| ANEXO II – COMPROBANTE DE ATENCION Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BENEFICIARIOS DE ENTES DE COBERTURA DE SALUD | | Número: | Fecha / / |
| Hospital: | | Código de HPGD: | |
| DATOS DEL BENEFICIARIO | | | |
| Apellido y Nombres: | | | |
| Nacionalidad: | Sexo: | Tipo y N° de Documento: | |
| Fecha de Nacimiento: / / | Tipo de Beneficiario: Titular / a Cargo | Parentesco: Esposo/a - Hijo – Padre – Madre - Hermano | |
| TIPO DE ATENCION | | | |
| Tipo Anexo: | Especialidad: | | |
| Prácticas: | Fecha de Admisión: / / | Fecha de Egreso: / / | |
| | | | |
| Firma y sello con número de matrícula del médico tratante o responsable o auditor | Firma: | Sello c/ n° matrícula: | |
| Diagnóstico de Egreso, Diagnóstico Presuntivo y/o Motivo de Consulta: | | | |
| Código Principal CIE 10: | | Otros Códigos: | |
| DATOS DEL ENTE DE COBERTURA EN SALUD | | | |
| Nombre o Razón Social | | | |
| Dirección del Ente | | | |
| CUIT: | | Código: | |
| N° de Carnet del Beneficiario: | | | |
| Fecha de Emisión: | | Fecha de Vencimiento: | |
| Ultimo recibo de sueldo: | | | |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE INFORMACION MEDICA | | | |
| Quien suscribe, manifiesta por medio de la presente su expresa conformidad con el uso de los antecedentes médicos que obran en el Efector, estudios realizados y toda otra documentación relacionada con las prestaciones realizadas a los fines únicos de obtener el reintegro de los gastos por parte del ente de cobertura en salud que corresponda. | | | |
| SI – NO (tachar lo que corresponda) Manifiesto mi Conformidad | | | |
| Firma del Beneficiario: | | Aclaración: | |
| Si el que suscribe es representante legal aclarar: | | | |
| Apellido y Nombre: | | Tipo de Representación: | |
| Tutores / Curadores consignar n° de expediente judicial y numero de Juzgado | | | |

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 1249/MSGC/17 (continuación)**ANEXO IV (I)**

|  <p>GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES MINISTERIO DE SALUD</p> <p>Modelo aplicable para certificados de deuda anterioridad al 31 de diciembre de 2016</p> | | | | |
|--|-------------------------------|---------|-----------|-------|
| <p>CERTIFICADO DE DEUDA N° Ref.:</p> <p style="text-align: center;">Buenos Aires,</p> | | | | |
| <p>CERTIFICO, en ejercicio de las facultades conferidas al Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por el art. 2 del Decreto reglamentario 653/16 de la Ley 5622, que la entidad</p> <p>C.U.I.T.: _____ con domicilio en la Calle _____, de la Ciudad _____, mantiene una deuda con el GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES por la falta de cancelación de los servicios prestados a sus beneficiarios de conformidad con la Ley N° 5622 y su Decreto Reglamentario, según el siguiente detalle:</p> | | | | |
| FACTURA N° | FECHA PRESENTACION DE FACTURA | MONTO | | |
| | | CAPITAL | INTERESES | TOTAL |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| <p>TOTAL A DEPOSITAR:</p> <p>Encontrándose dicho monto firme y ejecutoriado, se expide el presente para proceder a la ejecución judicial de la deuda por la vía de apremio, conforme lo establecido en el artículo 6° de la derogada Ley N° 2.808. y la Ley 5622, para todo certificado de deuda conformado sobre importes vinculados a servicios prestados a los beneficiarios involucrados en las leyes mencionadas con anterioridad al 31 de Diciembre de 2016.</p> <p>El presente Certificado de Deuda tiene el carácter de documento público por imperio de lo normado en la Ley 5622 y su Decreto Reglamentario.</p> | | | | |

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 1249/MSGC/17 (continuación)**ANEXO IV (II)**

**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE SALUD**

Modelo aplicable para certificados de deuda posteriores al 31 de Diciembre de 2016

CERTIFICADO DE DEUDA N°

Ref.:

Buenos Aires,

CERTIFICO, en ejercicio de las facultades conferidas al Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por el art. 2 del Decreto reglamentario 653/16 de la Ley 5622, que la entidad

C.U.I.T: _____ con domicilio en la Calle _____, de la Ciudad _____, mantiene una deuda con el GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES por la falta de cancelación de los servicios prestados a sus beneficiarios de conformidad con la Ley N° 5622 y su Decreto Reglamentario, según el siguiente detalle:

| FACTURA N° | FECHA PRESENTACION DE FACTURA | MONTO | | |
|------------|-------------------------------|---------|-----------|-------|
| | | CAPITAL | INTERESES | TOTAL |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

TOTAL A DEPOSITAR:

Encontrándose dicho monto firme y ejecutoriado, se expide el presente para proceder a la ejecución judicial de la deuda por la vía de apremio, conforme lo establecido en la Ley 5622

El presente Certificado de Deuda tiene el carácter de documento público por imperio de lo normado en la Ley 5622 y su Decreto Reglamentario.

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 1249/MSGC/17 (continuación)**ANEXO V****PROCEDIMIENTO PARA FORMACIÓN Y EMISIÓN DE COMPROBANTES DE RECUPERO DE GASTOS DE LAS PRESTACIONES REALIZADAS**

I.- Los Efectores deberán requerir a todo aquél que demande asistencia la presentación del Documento de Identidad (DNI) que acredite su identidad, nacionalidad, domicilio y fecha de nacimiento.

(i) En el caso de que aquellos que demandan asistencia sean extranjeros, deberán acreditar su identidad, nacionalidad, domicilio y fecha de nacimiento a través de pasaporte.

II- Los Efectores deberán cumplimentar el "**COMPROBANTE DE ATENCION Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BENEFICIARIOS DE ENTES DE COBERTURA DE SALUD** " (Anexo II), con carácter de Declaración Jurada, firmado por el médico tratante ó responsable ó auditor con sello, número de matrícula y aclaración de la firma y firmado por el beneficiario o representante legal.

(i) En el caso de que el beneficiario sea atendido por el Sistema de Atención Médico de Emergencias (SAME), responsable de la atención de urgencia en la vía pública, atención domiciliaria y eventual traslado a un Efecto de la Red de Efectores Públicos de Salud, **se exime** la presentación del "COMPROBANTE DE ATENCION Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BENEFICIARIOS DE ENTES DE COBERTURA DE SALUD " (Anexo II), siendo en cambio obligatoria la presentación de una copia de la Historia Clínica Pre-Hospitalaria.

III.- Las prestaciones efectuadas a los beneficiarios de los Entes de Cobertura de Salud quedarán acreditadas en virtud de lo establecido en el presente y de acuerdo al siguiente procedimiento:

- a) Notificación a los Entes de Cobertura de Salud dentro de las 96 hs. hábiles.
- b) En internaciones prolongadas no remitir nueva notificación.-
- c) En Atención Ambulatoria de Urgencias y/o Emergencias, así como en Atención Ambulatoria Programada, el Efecto no efectuará notificación en los casos de consultas, prácticas de diagnóstico y tratamiento o prestaciones de baja o mediana complejidad.
- d) En Atención Ambulatoria Programada y prestaciones de alta complejidad el Efecto deberá notificar dentro de las 72 hs hábiles.

IV.- A los efectos de la procedencia de la facturación y cobro de las prestaciones brindadas, los Efectores no estarán limitados a aquellas prestaciones médico-asistenciales establecidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente a la fecha ni al Nomenclador de la CABA vigente o los que correspondieran por

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 1249/MSGC/17 (continuación)

homologación. Sin perjuicio de ello, a los efectos de la facturación de estas prácticas no incluidas en el Nomenclador o su homólogo, el Efector deberá solicitar al ente de cobertura el trámite de excepción para la autorización correspondiente. La FACOEP SE podrá facturar y perseguir el cobro de todas aquellas prestaciones efectivamente brindadas, debidamente acreditadas y autorizadas, si correspondiera.

V.- En los supuestos de internaciones y/o prácticas en las que deban realizarse métodos o procedimientos de alta complejidad no previstos en los alcances de la autorización, el Efector deberá cursar una nueva notificación al ente de cobertura de salud.

VI.- La documentación para la acreditación de las Prestaciones brindadas, debe cumplir los siguientes requisitos, esta documentación es la misma para todos los efectores con excepción del SAME:

a. El CRG deberá ser acompañado por: Anexo II o Historia Clínica Pre-Hospitalaria del SAME.-

b. En el caso de ser una internación:

Copia de notificación cursada a los Entes de Cobertura

Copia del parte quirúrgico

Copia del parte de anestesia

Epicrisis o resumen de HC completo

En caso de Nacimiento incluir, además, datos de la madre y del recién nacido

Copia del Acta de Auditoría Conjunta, en caso de corresponder

Copia o impresión de identificación personal del paciente.

VII.- El Ministerio de Salud, cuando lo estime necesario, podrá solicitar información y/o documentación complementaria al Efector y a FACOEP S.E.

VIII.-Los Entes de Cobertura de Salud deberán informar a la FACOEP S.E. por medio fehaciente, en un plazo no mayor a los 15 días de publicado el presente, su domicilio, número de teléfono y correo electrónico al que serán enviados todos los documentos, facturas y notificaciones que guarden relación con la actividad a la que se refiere la Ley 5622. Si el Ente de Cobertura de Salud no proporciona esa información, se tendrán por válidos los domicilios, teléfonos y correos electrónicos que surjan de la SSSAL, y si de ellos no surgiese información alguna, los del sitio web del Ente de Cobertura de Salud.-

FIN DEL ANEXO