

Superintendencia de Servicios de Salud**SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION****Resolución 75/98**

Apruébase un procedimiento administrativo de reclamos, frente a hechos o actos de los agentes del Seguro de Salud, que afecten o puedan afectar la normal prestación médico Asistencial.

Bs. As., 3/7/98

VISTO las Leyes 23.660, 23.661 y el Decreto N° 1615/96 y;

CONSIDERANDO:

Que mediante el Decreto N° 1615/96 se crea la Superintendencia de Servicios de Salud, que asume las funciones que competen a la Administración Nacional del Seguro de Salud, el Instituto Nacional de Obras Sociales y la Dirección Nacional de Obras Sociales.

Que entre otras funciones, debe fiscalizarse el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio, el cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica, el ejercicio del Derecho de Opción y la adecuada atención a los beneficiarios del sistema.

Que en virtud de ello, resulta necesario establecer procedimientos destinados a dar solución a los reclamos que se formulan garantizando celeridad y asegurando los derechos de los reclamantes.

Por ello y de conformidad a las facultades otorgadas por el Decreto N° 1615/96 y N° 177/97.

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

Artículo 1º — Apruébase el procedimiento administrativo de reclamos que se establece en el ANEXO I, como parte integrante de la presente.

Art. 2º — Los agentes del seguro de Salud deberán instrumentar los mecanismos para que dicho procedimiento comience a utilizarse dentro de los treinta días hábiles de la publicación del presente.

Art. 3º — Regístrese, notifíquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.—José L. Lingerí.

ANEXO I

PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO DE RECLAMOS

1. Se instaura un procedimiento sumarisimo de formulación y solución de reclamos frente a hechos o actos de los agentes del Seguro de Salud, que afecten o que puedan afectar la normal prestación médico-Asistencial.

2. El procedimiento se ajustará a los principios de legalidad, informalidad, celeridad e inmediatez.

3. La denuncia podrá ser presentada por:

- a) El afiliado de un Agente del Seguro por sí o en representación de los beneficiarios a su cargo.
- b) Apoderado con mandato suficiente expedido en legal forma y en caso de urgencia se podrá actuar mediante gestor oficioso, actuación que deberá ser ratificada en los 30(treinta) días siguientes por el afiliado titular.

4. En todos los casos los reclamos deberán contener nombre completo del reclamante, domicilio, CUIT o CUIL, teléfono, en su caso número de fax, y nombre de las personas autorizadas a compulsar el expediente que se iniciará como consecuencia de la presentación, a la que deberán adjuntarse todos los medios de prueba que hagan a su derecho.

5. Podrán ser presentadores mediante la concurrencia personal del reclamante o su representante, o bien, remitirse por Carta Documento, por fax o por correspondencia en:

- a) El agente del Seguro de Salud donde éste atienda al público.
- b) La Gerencia de Servicios al Usuario de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Los reclamos a efectuar por vía telefónica o fax deberán ser ratificados personalmente por el interesado en el término de tres días, plazo que se extenderá en dos días más para los casos de afiliados Residentes a más de 100 km. de la Sede de la Obra Social. En el caso de reclamo telefónico, el agente de la Obra Social, o en su caso, el agente de la Gerencia de Servicios al Usuario por ante la SSS, deberá confrontar los datos del reclamante en el padrón de beneficiarios sin perjuicio de la ratificación indicada en el párrafo anterior.

I. DENUNCIA PRESENTADA ANTE EL AGENTE DEL SEGURO DE SALUD

El proceso que los agentes del seguro deberán desarrollar para solucionar las denuncias seguirá las siguientes etapas en la secuencia que se indica:

- 1 - Recepción
- 2 - Registro y comunicación
- 3 - Estudio
- 4 - Solución y comunicación

Los agentes del Seguro deberán tener a disposición del público los formularios cuyo modelo obra en Anexo A) para la presentación de denuncias.

6. Será obligación del agente del seguro la utilización de dicho formulario, debiendo certificar la recepción de todos los reclamos mediante la entrega de la correspondiente copia debidamente sellada, firmada por persona autorizada y haciéndose constar el número de expediente en el que tramitará el reclamo.

7. Los Agentes del Seguro también podrán rechazar sin sustanciación el reclamo cuya resolución no sea de su competencia, emitiendo un certificado en el que conste la causa específica de su negativa in limine. En todos los casos, los Agentes del Seguro serán responsables de la correcta calificación de las presentaciones que se le formulen, a fin de determinar a cuáles de ellas corresponde la aplicación del presente procedimiento, bajo apercibimiento de considerarla incurso en las previsiones del art. 42 de la Ley 23.661.

8. REGISTRACION DE LAS DENUNCIAS: La Obra Social deberá crear un Registro de denuncias donde se asignará un número correlativo de denuncia y la apertura de un expediente que deberá contener:

- . Registración numérica, alfabética y cronológica centralizada y sistematizada
- . Nombre completo del reclamante
- . Domicilio del reclamante

- . Número de CUIT o CUIL del reclamante
- . Teléfono y en su caso número de fax
- . De corresponder, delegación en la cual tramitó el reclamo
- . Causa del reclamo
- . Dictamen y/o Resolución a través del cual se dio respuesta al pedido

9. La documentación que acompañen los reclamantes deberá ser incorporada al expediente por el Agente del Seguro. En el caso de no haber sido acompañada toda la documentación por el reclamante, deberá intimárselo a que en un plazo no mayor de tres (3) días agregue la que obra en su poder o indique donde se encuentra. El reclamante estará exento de este requisito en los casos de urgencia descriptos en el art. 15,

10. Los Agentes del Seguro deberán mantener un archivo de expedientes de denuncias tramitadas y cuyo proceso haya finalizado, que deberán permanecer por un plazo mínimo de dos años contados desde la fecha de su finalización, salvo que por la naturaleza de la denuncia y para cumplir con los requisitos de la legislación vigente, sea necesaria su guarda por un período mayor.

11. La información contenida en el Registro de Denuncias deberá ser remitida mensualmente a la SSS en soporte magnético, y sin perjuicio de la fiscalización in situ que esta última pudiere disponer y de lo indicado para cada reclamo en particular en el artículo 14 in fine.

12. Transitada la etapa de estudio del reclamo, el agente de lseguro deberá emitir un informe de solución, el cual contendrá como mínimo la siguiente información:

- . Fecha de emisión
- . Número correlativo de reclamo(expediente)
- . Nombre completo y número de CUIT o CUIL del reclamante
- . Motivo del reclamo
- . Breve análisis del caso, indicando normativa aplicada
- . Resolución del caso
- . Acciones a seguir para la total solución
- . Nombre y firma del responsable del informe

13. La respuesta al Reclamo debe ser firmada por la máxima autoridad del Agente del Seguro, pudiendo asimismo, delegar esa facultad en personas que ocupen cargos directivos. Dicha respuesta será entregada en forma personal al reclamante o quien lo represente, o remitida por Carta Docuemnto, informando asimismo al reclamante que siempre tiene la posibilidad de insistir con su reclamo ante la Superintenedcia de Servicios de Salud.

14. A partir de la presentación del reclamo, el agente del seguro tendrá un plazo de quince(15) días para resolverlo.

15. Para los supuestos de URGENCIA MEDICA en los que la normal tramitación del procedimiento pudiera poner en peligro la vida y/o la salud del reclamante, no se aplicará el término del art. 14º y la solución deberá ser brindada de inmediato por la Obra Social.

a) CUANDO EL RECLAMO FUERE PRESENTADO DIRECTAMENTE ANTE LA OBRA SOCIAL, ésta deberá determinar si encuadra en los supuestos de Urgencia Médica en los términos señalados en el párrafo anterior, haciéndose responsable de la demora o de la incorrecta clasificación del reclamo y sin perjuicio de la aplicación del Régimen Sancionatorio de las leyes 23.660 y 23.661

b) CUANDO EL RECLAMO FUERE PRESENTADO DIRECTAMENTE ANTE la Superintendencia de Servicios de Salud en los términos

del art. 19º, remitirá las actuaciones de inmediato con la indicación del carácter de URGENCIA señalado por el reclamante quedando en el ámbito de competencia de las OBRAS SOCIALES determinar el grado de aquélla con las responsabilidades ya indicadas en el párrafo anterior.

16. Las notificaciones durante la tramitación de la denuncia deben dirigirse al domicilio constituido por el denunciante, o al domicilio registrado en el padrón de afiliados en caso de haberse omitido la constitución de domicilio

17. Dentro de los diez(10) días corridos de notificado el informe de Solución del caso el beneficiario reclamante podrá, por única vez, insistir con su reclamo por ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

18. El trámite por ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se regirá por la ley de Procedimientos administrativos. Tratándose de los supuestos del artículo 15º y de corresponder se intimará al Agente del Seguro de Salud a brindar cobertura médica aistencial indicando para el supuesto de negativa la derivación a su cargo al Hospital Público de Autogestión o a otra Obra Social del Sistema. Todo ello bajo apercibimiento de aplicar el régimen sancionatorio de las leyes 23.660 y 23.661 y sin perjuicio de las responsabilidades civiles y penales que pidoeran corresponder a sus autoridades conforme el art. 13º de la ley 23.660

PROCEDIMIENTO POR ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

19. El reclamante podrá presentarse directamente por ante la SSS con los mismos requisitos que los indicados para las presentaciones efectuadas por ante los agentes del seguro de salud. El receptor de la denuncia por ante la SSS deberá volcar los datos en el formulario que como Anexo B) integra el presente. Inmediatamente después que el receptor vuelca el reclamo escrito en el formulario deberá:

- a) Registrar el número de reclamo
- b) Enviar al reclamante la carta que como Anexo C) se agrega al presente
- c) El reclamo deberá ser enviado junto con toda la documentación acompañada a la Obra Social en un plazo de 4 días. En los supuestos previstos en el Art. 15º el reclamo deberá ser enviado inmediatamente a la Obra Social en los términos allí previstos.
- d) En caso de no haber sido acompañada toda la documentación por el reclamante, la SSS lo intimará a que en un plazo no mayor de 3 días agregue la que obra en su poder o indique doinde se encuentra con la excepción prevista para los supuestos de urgencia.
- e) Recibido el reclamo en la Obra Social, ésta deberá continuar el trámite como si la denuncia hubiese sido radicada por ante la misma.

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

f) En los supuestos que a continuación se enumeran, el plazo para que el Agente del Seguro resuelva reclamo y notifique al interesado y - *siempre que no se tratare de uno de los supuestos previstos en el art. 15º del presente procedimiento* - no podrá exceder los cinco días corridos:

- a) S.I.D.A. - H.I.V.
- b) Internaciones
- c) drogadicción

- d) Embarazo
- e) Atención del recién nacido y hasta el primer año de vida
- f) Atención Oncológica

g) Vencido el término del art. 19º y en caso de silencio y/o respuesta insatisfactoria, el denunciante podrá recurrir a la SSS en los términos del art. 17º. Recabada la información, el Organismo deberá expedirse en un plazo de cinco (5) días corridos y de corresponder, deberá intimar al Agente del Seguro a brindar cobertura médico asistencial indicando para el supuesto de negativa la derivación al Hospital Público de Autogestión o a otra Obra Social del Sistema con cargo a la Obra Social del Beneficiario, sin perjuicio de las responsabilidades civiles y penales que pudieran corresponder conforme ael art. 13º de la ley 23.660

h) En los casos enumerados en el art. 19º, para las notificaciones, visitas y/o traslados conferidos por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, se concederá un plazo de tres días corridos

DISPOSICIONES COMUNES

i) Todos los plazos establecidos en la presente, deberán entenderse como días corridos.



SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

PRESENTACION DE RECLAMOS (RES. SSS N° 075/98 ANEXO A)

N° _____

DATOS DEL TITULAR (OBLIGATORIOS)

APELLIDOS Y NOMBRES _____

CUIT/CUIL _____ TIPO DOC. _____ N° _____

DATOS DEL APODERADO / GESTOR OFICIOSO

APELLIDOS Y NOMBRES _____

CUIT/CUIL _____ TIPO DOC. _____ N° _____

*Completar con los datos de Domicilio del titular/apoderado que presenta el reclamo según corresponda

CALLE _____ N° _____ PISO _____ DTO. _____

LOCALIDAD _____ PCIA. _____

TELEFONO _____ N° DE FAX _____

PRESENTACION PERSONAL EN REPRESENTACIÓN DE EL/LOS
BENEFICIARIO A SU CARGO

*Completar solo en caso de que sea en representación de el/los beneficiarios a cargo relacionados con el reclamo

APELLIDO Y NOMBRES	TIPO DOC.	N°	CUIL/CUIT	PARENTESCO

DATOS DEL RECLAMO

SINTESIS DEL RECLAMO _____

DETALLE DE LA DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completada sin falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 292 y 293 del Código Penal por delito de estafa y falsificación de documentos.

AUTORIZO A COMPULSAR EL EXPEDIENTE A: _____ D.N.I.: _____

LUGAR Y FECHA _____ FIRMA Y ACLARACION _____

RESERVADO PARA LA OBRA SOCIAL

DENOMINACION DE LA OBRA SOCIAL

CODIGO RNOS _____

NRO DE EXPTE. OTORGADO
POR LA OBRA SOCIAL

OFICINA RECEPTORA _____
(SEDE CENTRAL DELEGACION)

CLASIFICACION DEL RECLAMO
TRAMITE NORMAL ESPECIAL URGENCIA MEDICA
Marcar lo que corresponda

FIRMA / ACLARACION Y DNI DEL RECEPTOR

SELLO DE LA OBRA SOCIAL



PRESENTACION DE RECLAMOS (RES. SSS N° 075/98 ANEXO B)

N° _____

DATOS DEL TITULAR (OBLIGATORIOS)

APELLIDOS Y NOMBRES _____

CUIT/CUIL _____ TIPO DOC. _____ N° _____

DATOS DEL APODERADO / GESTOR OFICIOSO

APELLIDOS Y NOMBRES _____

CUIT/CUIL _____ TIPO DOC. _____ N° _____

*Completar con los datos de Domicilio del titular/apoderado que presenta el reclamo según corresponda

CALLE _____ N° _____ PISO _____ DTO. _____

LOCALIDAD _____ PCIA. _____

TELEFONO _____ N° DE FAX _____

PRESENTACION PERSONAL

EN REPRESENTACIÓN DE EL/LOS
BENEFICIARIO A SU CARGO

*Completar solo en caso de que sea en representación de ellos beneficiarios a cargo relacionados con el reclamo

APELLIDO Y NOMBRES	TIPO DOC.	N°	CUIL/CUIT	PARENTESCO

DATOS DEL RECLAMO

SINTEISIS DEL RECLAMO _____

DETALLE DE LA DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completada sin falsear ningún dato, sujetaando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 292 y 293 del Código Penal por delito de estafa y falsificación de documentos.

AUTORIZO A COMPULSAR EL EXPEDIENTE A: _____ D.N.I.: _____

LUGAR Y FECHA _____ FIRMA Y ACLARACION _____

RESERVADO PARA LA SSS

DENOMINACION DE LA OBRA SOCIAL

CODIGO RNOS _____

NRO DE EXPTE. OTORGADO
POR LA OBRA SOCIAL

CLASIFICACION DEL RECLAMO

TRAMITE NORMAL ESPECIAL URGENCIA MEDICA

Marcar lo que corresponda

FECHA DE ENVIO A LA OBRA SOCIAL / / _____

FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO DE LA SSS

ANEXO C - Resol. 075/98 SSS

SR.

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. en cumplimiento de la Resolución N° 075/98-SSS, a fin de poner en su conocimiento que esta Superintendencia de Salud ha remitido a la OBRA SOCIAL con fecha la presentación de su reclamo de fecha identificado mediante el N°

Para su mayor información, le comunico que los plazos establecidos en la mencionada Resolución para dar una respuesta a su presentación, son los siguientes:

- 1) Si la Obra Social califica su reclamo como «Trámite Normal» deberá resolverlo en un plazo que no exceda los quince(15) días.
- 2) Si se tratase de una URGENCIA MEDICA en los que la normal tramitación pudiera poner en peligro la vida y/o salud del reclamante, no se aplicará el plazo anterior y la solución deberá ser brindada de inmediato por la Obra Social.
- 3) Cuando el motivo del reclamo se relacione con:
 - SIDA - HIV
 - INTERNACIONES
 - DROGADICCION
 - EMBARAZO
 - ATENCION DEL RECIEN NACIDO Y HASTA EL PRIMER AÑO DE VIDA
 - ATENCION ONCOLOGICA

La solución deberá ser brindada por al Obra Social en un plazo que no podrá exceder los cinco(5) días corridos.

- 4) Si dentro de los diez(10) días corridos de haber recibido la notificación de la solución por parte de la Obra Social, la considera no satisfactoria, podrá por única vez, insistir con su reclamo ante esta Superintendencia.

Cualquier duda al respecto le solicito que se comunique con esta Gerencia al 0800-2-72583 o concurra a nuestro Centro de Atención Personal sito en Av. R.S.Peña 530- Ciudad de Buenos Aires.

Sin otro particular, lo saluda atentamente.
