
RESOLUCIÓN (SSSal.) 1095/2020 ✓

Coronavirus. Obras sociales. Asistencia financiera. Módulo Extra Hospitalario de Asistencia y Vigilancia Médica

SUMARIO: La Superintendencia de Servicios de Salud establece que, con carácter excepcional y extraordinario, se apoye financieramente a los agentes del seguro de salud a través de un Módulo Extra Hospitalario de Asistencia y Vigilancia Médica, tendiente a reintegrar parcialmente el costo de la asistencia de pacientes afectados por COVID-19 que por su cuadro clínico leve a moderado se encuentren en condiciones de recibir contención y tratamiento médico en instalaciones extra hospitalarias y/o en su domicilio, y permanecer bajo vigilancia y cuidados que no requieran la necesidad de internación en unidades asistenciales habilitadas para prestaciones de mayor complejidad.

JURISDICCIÓN:	Nacional
ORGANISMO:	Superint. Servicios de Salud
FECHA:	15/09/2020
BOL. OFICIAL:	16/09/2020
VIGENCIA DESDE:	16/09/2020

[Análisis de la norma](#)

[Anexos](#)

VISTO:

El Expediente N° EX-2020-25200923-APN-SCPASS#SSS, las Leyes N° 23.660, N° 23.661 y N° [27.541](#), los Decretos N° 2710 del 28 de diciembre de 2012, N° 908 del 2 de agosto de 2016, N° 554 del 14 de junio de 2018, N° 251 del 5 de abril de 2019 y N° [260](#) del 12 de marzo de 2020, la Resolución N° 619 del 18 de marzo de 2020 del Registro del MINISTERIO DE SALUD, la [Resolución N° 326](#) del 13 de abril de 2020 del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, y

CONSIDERANDO:

Que mediante el Decreto N° 260/20 se amplió la emergencia pública en materia sanitaria establecida por la Ley N° 27.541, en virtud de la pandemia declarada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), con relación al COVID-19, por el plazo de UN (1) año, a partir del 13 de marzo de 2020.

Que, en el marco de dicha emergencia, esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, con competencia en lo concerniente a los objetivos, conducción y supervisión del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD creado por la Ley N° 23.661 e integrado principalmente por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en la Ley N° 23.660, ha velado y debe continuar velando por la continuidad del normal funcionamiento del Sistema durante la pandemia de COVID-19.

Que, en este sentido, por intermedio de la Resolución N° 326/2020, se dispuso la aprobación de TRES (3) módulos prestacionales, con la finalidad de asistir financieramente y con el objeto de unificar los criterios de atención de pacientes sospechosos o con diagnóstico de COVID-19, de conformidad con los protocolos difundidos por el MINISTERIO DE SALUD y posibles modificaciones, como consecuencia del comportamiento viral y que justifiquen el aislamiento preventivo: 1) MÓDULO DE AISLAMIENTO y DIAGNÓSTICO, 2) MÓDULO DE UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS POR COVID-19 SIN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA (ARM) y 3) MÓDULO DE UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS POR COVID-19 CON ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA (ARM).

Que al momento de la sanción de la Resolución N° 326/2020, resultaba difícil cuantificar el impacto y afectación de recursos necesarios que produciría la pandemia de COVID-19, como así también determinar por cuánto tiempo se extendería esta crisis, por lo que resultaba imperiosa la adopción de medidas oportunas tendientes a asegurar el normal funcionamiento de los Agentes del Seguro de Salud y su capacidad de financiar las prestaciones médico-asistenciales que deben brindar a sus beneficiarios, con motivo de sospecha o diagnóstico de COVID-19.

Que para cubrir el financiamiento de dichos módulos, se dispuso la aplicación de recursos extraordinarios provenientes del FONDO DE EMERGENCIA Y ASISTENCIA, creado por el artículo 6° del Decreto N° 908/16, destinados al PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PRESTACIONAL DE LOS AGENTES DEL SEGURO DE SALUD, instituido por el Decreto N° 554/18.

Que el citado Programa tiene como finalidad dar cumplimiento con los objetivos y finalidades indicados en el Anexo II del Decreto N° 908/16, entre los que se encuentra la asistencia financiera a obras sociales ante situaciones de epidemias y/o emergencias en el ámbito del territorio nacional y el financiamiento de situaciones de excepción, no contempladas en las normativas vigentes y que produzcan un impacto negativo sobre la situación económico financiera de las obras sociales.

Que, asimismo, frente a la evolución del cuadro epidemiológico vinculado a la pandemia de COVID-19, es necesario asistir financieramente al sistema de salud con la finalidad de asegurar y garantizar el normal funcionamiento prestacional.

Que en virtud de lo expuesto, se considera necesario la instrumentación de un nuevo Módulo Extra Hospitalario de Asistencia y Vigilancia Médica, tendiente a reintegrar parcialmente el costo de la asistencia de pacientes afectados por COVID-19 que por su cuadro clínico leve a moderado se encuentren en condiciones de recibir contención y tratamiento médico en instalaciones extra hospitalarias y/o en su domicilio y permanecer bajo vigilancia y cuidados que no requieran la necesidad de internación en unidades asistenciales habilitadas para prestaciones de mayor complejidad.

Que la finalidad de dicho módulo es incentivar el uso de instalaciones extra-hospitalarias, con el objeto de mejorar la disponibilidad de camas con las que cuentan las instituciones asistenciales, reservándolas para aquellos casos de mayor complejidad.

Que el mencionado módulo será destinado a aquellos beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud que se encuadren en las características clínicas antes descritas, tales como fiebre, dolor de garganta, decaimiento general, tos leve y/o alteraciones del gusto y/o del olfato, alteraciones gastrointestinales, manifestaciones cutáneas, como rash, y oculares, como conjuntivitis, y que no hayan recibido previamente el beneficio de utilización previsto en la Resolución N° 326/2020.

Que, en tal sentido, corresponde aprobar dicho módulo prestacional e incorporarlo a los determinados por la Resolución N° 326/2020 SSSALUD, como así también fijar los valores a reconocer a los Agentes del Seguro de Salud para la cobertura comprendida en cada uno de ellos, sin perjuicio de los valores pactados entre los Agentes y sus respectivos prestadores.

Que del mismo modo, la evolución epidemiológica evidenciada durante los últimos días ha puesto de resalto la necesidad de adecuar los módulos prestacionales actualmente vigentes y aprobados por la Resolución N° 326/2020 a las actuales circunstancias de demanda y recursos disponibles para hacer frente a los mismos.

Que la cifra de pacientes infectados que se registran actualmente en el país y su incremento diario, así como la necesidad de la incorporación del apoyo financiero a través de un módulo de atención extra-hospitalaria, motiva la necesidad de reformular los módulos aprobados oportunamente por la Resolución N° 326/2020.

Que los recursos extraordinarios provenientes del FONDO DE EMERGENCIA Y ASISTENCIA, creado por el artículo 6° del Decreto N° 908/16 son utilizados, a su vez, para el apoyo financiero de excepción de los Agentes del Seguro de Salud que hubieran sufrido una caída en la recaudación, con relación al mes de marzo de 2020, para garantizar el adecuado funcionamiento de los servicios de salud durante la vigencia de la pandemia del coronavirus COVID-19.

Que los recursos existentes en el FONDO DE EMERGENCIA Y ASISTENCIA son insuficientes para continuar brindando el apoyo financiero en las condiciones actuales, por lo que resulta oportuno reducir la cantidad de días máximos a reintegrar por cada uno de los módulos aprobados por la Resolución N° 326/2020, a fin de sostener el financiamiento de los Agentes de Seguro de Salud.

Que la reformulación de los módulos actuales, así como la incorporación del módulo de atención extra-hospitalaria, permitirá una mejor y más equitativa utilización de los recursos disponibles en el FONDO DE EMERGENCIA Y ASISTENCIA.

Que los módulos aprobados oportunamente por la Resolución N° 326/2020, así como el nuevo módulo que se crea con el dictado de la presente, deben incluir dentro de la cobertura a cargo de los Agentes del Seguro de Salud, las pruebas diagnósticas que evidencien la existencia del coronavirus.

Que esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD está facultada para dictar las normas reglamentarias y complementarias, con el fin de aplicar los fondos afectados a cumplir con los fines previstos en la normativa citada en el Visto y dotar en lo inmediato de recursos a los Agentes del Seguro de Salud ante un escenario de demanda imprevista de prestaciones asistenciales, provocada por la pandemia de COVID-19.

Que, por lo expuesto, resulta conveniente y oportuno que, con carácter excepcional y extraordinario, se apoye financieramente a los Agentes del Seguro de Salud a través de un Módulo Extra Hospitalario de Asistencia y Vigilancia Médica, por vía de reintegro, según los valores determinados al efecto, mediante el procedimiento especial establecido por la Resolución N° 326/2020.

Que las Gerencias de Control Prestacional, de Gestión Estratégica, de Administración, de Control Económico Financiero, de Asuntos Jurídicos y la Gerencia General han tomado la intervención de sus respectivas competencias.

Que la presente se dicta en uso de las facultades conferidas por los Decretos N° 1615/96, N° 2710/12 y N° 34/20.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

Art. 1 - Sustitúyese el [Anexo I de la resolución 326](#) del 13 de abril de 2020 de la Superintendencia de Servicios de Salud, por el [Anexo I](#) de la presente resolución.

Art. 2 - Sustitúyese el [Anexo II de la resolución 326](#) del 13 de abril de 2020 de la Superintendencia de Servicios de Salud, por el [Anexo II](#) de la presente resolución.

Art. 3 - Instrúyese a la Gerencia de Administración a que tramite la modificación presupuestaria específica para hacer efectiva la disposición de fondos prevista en la presente resolución.

Art. 4 - Instrúyese a la Gerencia de Sistemas de Información a que disponga lo conducente a fin de habilitar en forma inmediata el aplicativo informático, conforme el alcance y funcionalidad que se requiere en la presente.

Art. 5 - La presente resolución comenzará a regir a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial

Art. 6 - De forma.

TEXTO S/R. (SSSal.) 1095/2020 - **BO:** 16/9/2020

FUENTE: R. (SSSal.) 1095/2020

VIGENCIA Y APLICACIÓN

Vigencia: 16/9/2020

Aplicación: desde el 16/9/2020

[ANEXO I](#)

[ANEXO II](#)

ANEXO I

1.- MÓDULO DE AISLAMIENTO Y DIAGNÓSTICO

El presente módulo contempla la atención brindada en establecimientos asistenciales para pacientes sospechosos que requieran el correspondiente diagnóstico y/o confirmación de COVID-19 y que torne necesario la internación en aislamiento.

La confirmación de casos sospechosos se efectuará de acuerdo a los protocolos aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación y las modificaciones que se vayan incorporando como consecuencia del comportamiento viral y que justifiquen el aislamiento preventivo, a saber:

- Fiebre
- Tos y/o dificultad respiratoria
- Odinofagia
- Astenia y afectación del estado general.
- Alteraciones gastrointestinales, como diarrea; manifestaciones cutáneas, como rash; y oculares, como conjuntivitis.
- Teniendo en cuenta antecedentes epidemiológicos de contacto, que aumenten la presunción diagnóstica.

A fin de obtener el financiamiento aprobado en la resolución a la cual este Anexo complementa, será necesaria la presentación del resumen de Historia Clínica acompañado del informe del médico tratante, donde conste el resultado del examen específico para determinación de COVID-19.

Valor del reintegro: hasta pesos diez mil (\$ 10.000) por día, hasta un máximo de cinco (5) días.

2.- MÓDULO DE UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS POR COVID-19 SIN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA (ARM)

El presente módulo contempla la atención de pacientes graves con insuficiencia respiratoria y neumonía que requieran cuidados críticos, incluyendo la oxigenoterapia en cualquiera de sus formas no invasivas.

Para el reconocimiento del cumplimiento del módulo será necesario acreditar la complejidad asistencial correspondiente a este tipo de prestaciones.

A fin de obtener el financiamiento aprobado en la resolución a la cual este Anexo complementa, será necesaria la presentación del resumen de Historia Clínica acompañado del informe del médico tratante con diagnóstico certificado de infección con COVID-19.

Valor del reintegro: hasta pesos diecinueve mil setecientos (\$ 19.700) por día, hasta un máximo de diez (10) días.

3.-MÓDULO DE UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS POR COVID-19 CON ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA (ARM)

Cuando se brinde este tipo de atención a beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud, será reconocido el cumplimiento del módulo en establecimientos que acrediten la complejidad asistencial correspondiente para este tipo de prestaciones.

Este módulo contempla la atención de pacientes graves con insuficiencia respiratoria y neumonía que requieran Cuidados Críticos y Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM).

A fin de obtener el financiamiento aprobado en la resolución a la cual este Anexo complementa, será necesaria la presentación del resumen de Historia Clínica acompañado del informe del médico tratante con diagnóstico certificado de infección con COVID-19.

El módulo contempla la cobertura integral de las prestaciones habituales que requieren los pacientes críticos en estas áreas, incluyendo la ARM.

Valor del reintegro: hasta pesos veintitrés mil seiscientos cuarenta (\$ 23.640) por día, hasta un máximo de diez (10) días.

4 - MÓDULO EXTRA HOSPITALARIO DE ASISTENCIA Y VIGILANCIA MÉDICA

El presente módulo contempla la atención brindada a través de cuidados generales, vigilancia médica y contención sanitaria en instituciones extra-hospitalarias y/o en el domicilio de pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 cuyo cuadro clínico sea leve a moderado y se encuentren en condiciones de recibir contención y tratamiento médico y permanecer bajo vigilancia y cuidados que no requieran la necesidad de internación en unidades asistenciales habilitadas para prestaciones de mayor complejidad.

El Módulo incluirá:

Atención Médica:

- a.- Pre - Admisión: se realiza en la entidad nosocomial, o en el domicilio, orientada a definir la alternativa asistencial, en función del cuadro clínico, incluyendo además evaluación socio-ambiental.
- b.- Supervisión Médica, por médico de cabecera (no inferior a una visita por día), según necesidad, incluyendo además la interconsulta con especialista y la opción de la utilización de tele-consultas.

Enfermería:

Esta prestación debe ser realizada por personal capacitado, que permita un adecuado cuidado y seguimiento de la dolencia del paciente.

Soporte en ABVD:

Actividades Básicas de la Vida Diaria, kinesiología, otros.

Asesoría Telefónica las 24 hs.

Medicamentos y Descartables: De uso habitual en estas patologías, tanto en lo que se refiere a soporte, como a específicos en función de los requerimientos y evolución.

Oxigenoterapia No Invasiva y Concentrador de Oxígeno

Todo lo necesario, material, reactivos, elementos de bioseguridad, imprescindibles en esta alternativa.

Equipos de Protección Personal.

Otros Insumos: Incluye todo lo indicado como tal, tanto del punto de vista cualitativo como cuantitativo de utilización para pacientes asistidos en domicilio requeridos para una correcta asistencia del paciente.

Este módulo podrá ser solicitado por pacientes que no hayan percibido otros apoyos financieros contemplados por la resolución 326/2020.

Valor del reintegro: hasta pesos tres mil (\$ 3.000) por día, hasta un máximo de cinco (5) días.

ANEXO II

PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE REINTEGRO DE ARANCELES POR PRESTACIONES MODULADAS POR COVID-19 PARA LOS AGENTES DEL SEGURO DE SALUD

Procedimientos y requisitos que deben cumplimentar los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud para acceder a la asignación de recursos extraordinarios del Fondo de Emergencia y Asistencia creado en el artículo 6 del decreto 908/2016, destinados a la financiación de prestaciones brindadas por COVID-19.

1. PROCEDIMIENTO GENERAL

Los Agentes del Seguro de Salud que soliciten financiamiento directo del Fondo de Emergencia y Asistencia (FEEA) para la cobertura de las prestaciones por COVID-19 aprobado en la resolución a la cual este Anexo complementa, o la norma que en el futuro la reemplace, deberán ajustarse al siguiente procedimiento:

Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar a la Superintendencia de Servicios de Salud, con carácter de declaración jurada, el detalle de las prestaciones efectivamente brindadas a los beneficiarios, con motivo de casos sospechosos o confirmados de COVID-19.

Estas prestaciones deberán brindarse a través de efectores propios, contratados o públicos, que se encuentren debidamente habilitados.

No podrá solicitarse el financiamiento cuando las prestaciones hubieran sido cubiertas y/o financiadas, en todo o en parte, por las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo.

La Superintendencia de Servicios de Salud liquidará mensualmente los valores correspondientes a las prestaciones informadas en la presentación realizada, de conformidad con los Módulos Prestacionales aprobados en el Anexo I.

El presente procedimiento se aplicará a todas las prestaciones brindadas a partir del 12 de marzo de 2020 y hasta que se declare finalizada la pandemia.

La liquidación será aprobada una vez que se hubieran validado todos los datos indicados en las presentaciones.

Para la liquidación mensual de las prestaciones, se considerarán tres tipos de prestadores: Reintegro por prestación en efector propio del Agente del Seguro de Salud, Reintegro por prestación por prestador privado y Reintegro por prestación en Hospital Público de Gestión Descentralizada.

Los Agentes del Seguro de Salud podrán solicitar el apoyo financiero para la cobertura de las prestaciones por COVID-19 aprobado en la resolución una única vez por beneficiario.

2. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Para solicitar a la Superintendencia de Servicios de Salud la ayuda financiera destinada a prestaciones por COVID-19, los Agentes del Seguro de Salud deberán contar, en su totalidad, con la siguiente documentación médico prestacional respaldatoria:

- Nombre, apellido, DNI y CUIT del beneficiario.
- Diagnóstico presuntivo (sospecha de COVID-19, negativo o confirmación).
- Prestación brindada, según el Anexo I, detallando de forma individual los módulos prestacionales y días de estadía brindados en cada módulo hasta el momento del alta o deceso del paciente, indicando las fechas en cada caso.
- CUIT del prestador.
- Tipo de prestador (propio, privado, público).
- Importe solicitado.
- Nota de presentación del caso donde se solicita apoyo financiero.
- Resumen de historia clínica o epicrisis de la internación.
- Informe del estudio diagnóstico por PCR para COVID-19.
- Documentación contable respaldatoria: factura o recibo como instrumento de facturación. En caso de que el prestador sea propio de la obra social, se admitirá la presentación de una factura pro forma de la propia obra social.
- La Factura o Recibo deberá estar emitida por el prestador, dirigida a la Obra Social (CUIT y nombre) y contener la fecha que corresponda al período de la presentación, donde se acredite fehacientemente el pago de la prestación.
- Comprobante de pago realizado en caso de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

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 efectuada con relación a las prestaciones de COVID-19.

Para solicitar a la ayuda financiera del módulo 4-Extra Hospitalario el Agente del Seguro de Salud, deberá adjuntar:

- Resumen de historia clínica e informe del médico tratante, donde detalle fecha de ingreso y egreso del paciente.
- Resultado de prueba específica para COVID-19 por PCR, Motivo del Alta.
- Documentación contable respaldatoria: Factura y recibo emitida por el efector que brindó la atención extrahospitalaria dirigida a la Obra Social (CUIT y nombre) y contener la fecha que corresponda al período de la presentación.

3. PRESENTACIÓN DE DECLARACIÓN JURADA DE FACTURACIÓN ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar ante la Superintendencia de Servicios de Salud, con carácter de declaración jurada, el detalle de las prestaciones efectivamente brindadas por paciente.

Esta presentación se deberá realizar a través de un aplicativo web enmarcado en el sistema SISS que se encontrará operativo entre la Superintendencia de Servicios de Salud y los Agentes del Seguro de Salud en el que se deberán denunciar los casos y adjuntarse la documentación solicitada.

A tal efecto, la información cargada en este aplicativo quedará disponible al auditor de la Superintendencia de Servicios de Salud para su análisis, quien podrá rechazar, observar o aprobar la solicitud.

Una vez que se aprueban las solicitudes, quedan en estado "Aprobado", disponibles para ingresar en el proceso de liquidación mensual correspondiente.

Este servicio procesará las solicitudes ingresadas entre el primero y el último día hábil del mes. Asimismo, los registros que se incorporen en el período vigente podrán pertenecer a la facturación del período de cobertura de hasta dos (2) meses anteriores a esa fecha.

La presentación incluirá datos del beneficiario, de las prestaciones brindadas y de la facturación asociada a cada módulo y los adjuntos de la documentación respaldatoria requerida (nota solicitando el apoyo financiero firmada por autoridad de la obra social, factura del prestador, resumen de historia clínica).

En cada presentación de solicitud, la Superintendencia de Servicios de Salud efectuará controles de consistencia con los padrones informados, así como con los registros obrantes en el Ministerio de Salud, sobre la denuncia obligatoria de estos pacientes impuesta por la normativa vigente.

4. LIQUIDACIÓN DE MONTOS DEL FONDO DE EMERGENCIA Y ASISTENCIA

La Superintendencia de Servicios de Salud liquidará, a partir del día quince (15) de cada mes, los montos asignados a los Agentes del Seguro de Salud de manera específica, según el tipo de establecimiento prestador de los módulos asistenciales:

a. Reintegro por prestación en efector propio del Agente del Seguro de Salud o prestador privado contratado. Los totales liquidados asignados a cada Agente del Seguro de Salud se acreditarán en su totalidad en la cuenta bancaria que los Agentes del Seguro de Salud declaren ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

b. Reintegro por prestación en Hospital Público de Gestión Descentralizada (HPGD). Los totales liquidados asignados a cada Agente del Seguro de Salud se acreditarán en su totalidad por cuenta y orden, a la cuenta que tenga el HPGD declarada en la Superintendencia de Servicios de Salud. A los efectos de poder acceder al pago de los módulos previstos en esta resolución, los Agentes del Seguro de Salud deben autorizar a la Superintendencia de Servicios de Salud a efectuar los pagos a los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, por su cuenta y orden. Los Agentes del Seguro de Salud tienen, además, la obligación de notificar la atención de sus beneficiarios por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, conforme lo prevé el aplicativo dispuesto en el presente Anexo.

Por su parte, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada podrán denunciar la atención de beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud para poder acceder al pago de los módulos aprobados en la presente resolución.

De conformidad con lo que se indique en la "Notificación obligatoria de pacientes que reciban atención por COVID-19" en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA), se procederá a la verificación de la atención de los beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud en los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD).

5. AJUSTES DE PRESENTACIONES DE DECLARACIÓN JURADA DE FACTURACIÓN

El diseño de los registros de ajuste y la modalidad de presentación de cada caso planteado anteriormente, se detallará en un instructivo específico que se publicará en la página web del Organismo www.argentina.gob.ar/sssalud/obras-sociales.

En el caso de cargas incorrectas 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 por vía de este mecanismo de ajuste o reversión de registros, mediante disposición del Gerente de la Gerencia de Control Prestacional.

6. INSTRUCTIVO

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.argentina.gob.ar/sssalud/obras-sociales.