

Monografía 2015

GESTIÓN SUR



INTEGRANTES: Marquez, Fernanda

Etchetto Natalia

Almirón Walter

Ochoa, Valeria

QUE ES SUR?

S.U.R = Sistema Único de Reintegros

Sistema mediante el cual se administran los fondos destinados a apoyar financieramente a los agentes del seguro de salud de prestaciones a A.C.B.I (alto costo y baja incidencia)

De donde salen los fondos para financiar el recupero?

- Los fondos son provenientes del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN.

SUR es igual a APE?

| APE | SUR |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">-Organismo independiente y autofinanciado-Mayor número de prestaciones contempladas-Permitía vías de excepción | <ul style="list-style-type: none">-El programa depende de la SSS-Número reducido de prestaciones contempladas-No permite vías de excepción-Creación de sistema de tutelaje de tecnologías sanitarias Emergentes |

Como deja de ser APE para convertirse en SUR?

Marco regulatorio:

- Resolución 1200/12: Creación del sistema SUR (03/10/2012)
- Resolución 1310/12: Suspensión de entrada en vigencia de Resol 1200/12 (22/10/2012)
- Resolución 1511/12: Reintegro de prestaciones a personas con discapacidad (20/11/2012)
- Resolución 1561/12: Procedimientos para autorización de reintegros (05/12/2012)
- Resolución 453/14: Requisitos y requerimientos para la presentación expedientes HIV y Hemofilia
- Resolución 1048/14: Normas generales y procedimientos para la autorización de reintegro de sistema SUR

Nace en reemplazo de la Administración de Programas Especiales (APE) permitiendo a las obras Sociales gestionar el recupero de las prestaciones brindadas a sus beneficiarios. Los Fondos serán provenientes del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION.

Para gestionar dichos reintegros las Obras Sociales deberán presentar a través de expedientes la justificación mediante documentación respaldatoria de los gastos efectuados por las prestaciones que se incluyen en las resoluciones vigentes a la fecha.

¿Que diferencias existe con la APE ?

APE daba cobertura a un número de prestaciones hoy no incluidas en SUR. Hay eliminación del sistema de “Vías de excepción”. Y la creación del “Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes”: drogas o prácticas nuevas cuya seguridad y eficacia no están del todo establecidas.

Fue creado en el año 2012: Resolución 1200/12, y entra en vigencia en diciembre del mismo año cuando se publica en el Boletín Oficial la **Resolución 1561/12** que aun continúa en vigencia.

La **Resolución 1511/12** se refiere a las Prestaciones de Discapacidad y su modalidad de reintegro SUR.

TRAZABILIDAD

Son aquellos procedimientos que permiten reconocer el historial, ubicación y trayectoria de un producto a lo largo de la cadena de suministros en un momento dado. (Medicamentos y prótesis).

Se inicia la misma con la identificación unívoca de cada producto que debe identificarse con un código único e irreplicable. Este al ser leído devuelve la información completa del producto (nombre genérico y comercial, presentación, número de lote, fecha de vencimiento, y cada una de las empresas o instituciones por donde pasaron, además de factura, remito y ticket asociado) Si uno ingresa a la página de ANMAT (www.anmat.gov.ar) puede corroborar los datos.

Hay 3 tipos de códigos de identificación:

1. *RFID o identificación por Radiofrecuencia*: chips y antena.
2. *Código de barras 2D o Datamatrix*: código de barras en 2 dimensiones. Se pueden imprimir y almacenan gran cantidad de datos
3. *Códigos de barras lineal*.

Por otro lado cada integrante en la cadena de trazabilidad posee un código denominado **GLN** (Número de Localización Global)

Es necesaria la colaboración de todos los agentes de la cadena de suministros para que la suma de todas las trazabilidades garantice la trazabilidad total.

El tiempo de registro de la información de trazabilidad es de 5 años.

Hay a partir de una **Resolución 727/13** algunos productos de clase III y IV que deben ir acompañados de una tarjeta de implante son aquellas prótesis que permaneces en el organismo por un plazo superior a los 30 días. Ejemplos son: implantes de SNC, cardiacos y vasculares del sistema circulatorio, columna vertebral, cadera (RTC), rodilla, implantes mamarios, lentes intraoculares, implantes auditivos.

Las tarjetas deben confeccionarse por triplicado: una es para el paciente, otra se archiva en la HC y la tercera es para el fabricante o importador.

QUE SE REINTEGRA?

- PRÓTESIS
 - MEDICAMENTOS
 - PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD
 - MONTO FIJO POR DBT
 - PRÁCTICAS

CÓMO SÉ QUE PRESTACIONES SE REINTEGRAN?

Están reguladas por resoluciones donde encontramos:

- I. Prestaciones y patologías con cobertura
- II. Requisitos médicos para la cobertura
- III. Montos y topes a reintegrar

✓ **Resolución 1511/12:** Prestaciones de Discapacidad

- ✓ **Resolución 1561/12:** Prácticas, Prótesis y Medicamentos
- ✓ **Resolución 453/14:** Forma de presentar reintegros para HIV Y Hemofilia
- ✓ **Resolución 1048/14:** Ampliación y actualización de la resolución 1561/12

Entonces, Cualquier prestación incluida en la resolución tiene cobertura?

NO, solamente tiene recuperado el combo **PRESTACIÓN – PATOLOGÍA**

Esto implica que si la prestación está en la resolución pero no para la patología que buscamos, **NO** tiene cobertura.

REQUISITOS GENERALES DE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA TODA PRESTACIÓN:

DOCUMENTACIÓN MÉDICA

➤ **RECETAS:**

Receta firmada y sellada por médico especialista a fin a la patología, donde conste:

- Nombre y Apellido del Pte (o codificación si corresponde)
- Denominación de la OOSS
- Número de beneficiario
- Descripción detallada de la práctica, prótesis o medicación solicitada
- Diagnóstico
- Firma y sello (Legible)
- Fecha de prescripción

➤ **RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:**

Firmada y sellada por el médico tratante y el auditor médico de la OOSS, que contenga los siguientes datos:

- Datos filiatorios (Nombre, Apellido o codificación si correspondiera, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo y categoría del mismo)
- Diagnóstico

- Antecedentes de la enfermedad, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones.
- Detalle del Tto indicado (completo)

➤ **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:**

Todos aquellos estudios que avalen el diagnóstico.

➤ **DOCUMENTACIÓN FILIATORIA:**

Fotocopia DNI y recibo de sueldo

➤ **CONSENTIMIENTO INFORMADO BILATERAL:**

Consentimiento informado por el médico y el Pte o su tutor donde se indique que se es consciente de la práctica o medicación que se recibirá y se informó los riesgos de la misma.

| |
|-------------------------------|
| DOCUMENTACIÓN CONTABLE |
|-------------------------------|

➤ **FACTURAS:** Deberán adaptarse a las resoluciones de la AFIP y cumplir con las siguientes condiciones

- Nombre y Apellido del beneficiario (o codificación oficial para pacientes HIV)
- Período o fecha de presentación
- Monto individual y sumatoria total de las prestaciones efectuada
- CUIT
- CAI o CAE vigente (especificada la fecha de vencimiento)
- Ingresos Brutos
- Responsabilidad ante IVA (Sólo facturas tipo B o C dado que la OOSS es exenta de IVA)
- Para el caso de medicación o prótesis, además detallar los códigos de trazabilidad.

➤ **RECIBO:** Idem Facturas y deberá cumplir con las siguientes condiciones

- Fecha
- Número de factura que cancela
- Importe recibido (en caso de recibo global, el mismo deberá conener detalle de todas las faturas canceladas y su importe)
- Medio pago utilizado (Cheque o transferencia bancaria) con detalle de la fecha de vencimiento del cheque o fecha de débito de transferencia.
- Firma y aclaración del prestador o su representante.

➤ **REMITO:**

- Completo en todos sus ítems y según normas vigentes de AFIP, con los datos del beneficiario, detallando concepto, cantidad, con firma, aclaración y fecha de quien recibe el material.
- Para el caso de medicamentos o prótesis, además debe estar detallada los códigos de trazabilidad.
- **PRESUPUESTO:** para **todas las prestaciones**, se deberá adjuntar presupuesto del prestador donde se detalle el concepto presupuestado, su valor unitario y valor total.
-

| |
|----------------------------|
| DOCUMENTACIÓN LEGAL |
|----------------------------|

➤ **REGISTRO DE PRESTADORES:**

- Todos los prestadores que ofrezcan sus servicios a la OOSS deberán estar inscriptos en el registro de prestadores de la SSS. (www.sssalud.gov.ar)
- Quedan exceptuados droguerías, farmacias y laboratorios que no requieren inscripción en dicha SSS (que si deben tener su GLN)
-

QUE PRESTACIONES TIENE REINTEGRO?

DISCAPACIDAD: Que se reintegra?

ATENCIÓN AMBULATORIA: - Rehabilitación / Estimulación temprana

-Escuela especial / Formación laboral

- Transporte

- Hospital de Día / Centro de Día

- Centro educativo Terapéutico

ATENCIÓN EN INTERNACIÓN: - Rehabilitación de internación

- Hogar / residencia / Pequeño hogar

- PRESTACIONES ANEXAS: - transporte

- Prestación de apoyo

- Alimentación en las instituciones

Con la nueva ley de EMP n° 26.682, se modificaron algunos conceptos de cobertura prestacional para personas con diferentes discapacidades.

El otorgamiento dado por la ley de diferentes servicios, significa un incremento importante en los presupuestos de las empresas de medicina, siendo absolutamente necesario una adecuación de los recursos y un control estricto de los diferentes casos.

Siendo los recursos limitados y las prestaciones infinitas la necesidad de una auditoria de salud se torna imprescindible.

MARCO BÁSICO DE PRESTACIONES BASADO EN EL MARCO REGULATORIO:

➤ ATENCIÓN AMBULATORIA

1) REHABILITACIÓN:

-Fisioterapia – Kinesiología

-Terapia ocupacional

-Psicología

-Fonoaudiología

-Psicopedagogía

-Otros tipos de atención reconocidos por la autoridad competente

Modalidad de cobertura: - Módulo de Tto integral intensivo: comprende semana completa c/mas

De una especialidad.

-Módulo de Tto Integral simple: incluye periodicidades menores a 5 dias semanales con mas de una especialidad.

2) HOSPITAL DE DÍA:

Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media (4 Hs) o completa (8 Hs) con un objetivo terapéutico de recuperación.

Instituciones habilitadas a brindarlo:

- Clínicas o sanatorios de rehabilitación
- Hospitales con servicio de Rehabilitación
- Centro de rehabilitación

3) CENTRO DE DÍA:

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico asistencial para poder lograr el máximo desarrollo de independencia posible, con concurrencia diaria en jornada media (4 Hs) o completa (8 hs).

Instituciones habilitadas a brindarlo:

- Sólo centros de día

4) CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO:

Tratamiento ambulatorio que incorpora conocimientos y aprendizajes de carácter educativo, con concurrencia diaria en jornada simple o doble

Instituciones habilitadas a brindarlo:

- Centro educativo – terapéutico

5) ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

Proceso terapéutico educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño discapacitado

Niños de 0 a 4 años y con justificación médica se extiende hasta los 6 años. Lo debe brindar un centro habilitado

Instituciones habilitadas a brindarlo:

- Centros de estimulación temprana específicamente acreditados para tal fin

Modalidad de cobertura:

Atención ambulatoria individual, de acuerdo con el tipo de discapacidad, grado y etapa en que se encuentre, con participación activa del grupo familiar, comprende hasta 3 sesiones semanales.

6) PRESTACIÓN EDUCATIVA:

Las prestaciones de carácter educativo contemplados se cubrirán hasta 11 meses, incluido la matrícula, con concurrencia diaria en jornada simple o doble. Solo se reintegrarán ESCUELAS ESPECIALES.

-Educación inicial: Entre 3 y 6 años de edad aproximadamente

-Educación gral básica: Entre los 6 y 18 años de edad aproximadamente o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

7) APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:

Es el proceso de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Abarca una población entre los 3 y 18 años de edad, o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.

- **Tipo de prestación**: Equipos técnicos enterdisciplinarios de apoyo conformados por profesionales y docentes especializados.
- **Modalidad de cobertura**: Atención en escuela común, en consultorio, domicilio, en forma simultánea y/o sucesiva.

8) FORMACIÓN LABORAL Y/O REHABILITACIÓN PROFESIONAL:

Es el proceso de capacitación que implica formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo, con modalidad de jornada simple o doble. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 4 años de duración.

-Prestación institucional: Centros o escuelas de formación laboral especial o común y centros de Rehabilitación profesional.

➤ **ATENCIÓN EN INTERNACIÓN:**

Qué condiciones deben cumplir las prestaciones?

1) Módulo de internación en rehabilitación:

Está destinado a la atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgos de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

Incluye:

- Evaluación, prescripción y seguimiento por médico especialista.
- Seguimiento clínico diario.
- Tratamiento de rehabilitación según la complejidad permitida por el caso
- Exámenes complementarios y medicación inherentes a la patología

Excluye:

- Equipamiento
- Medicamentos no inherentes a la secuela
- Pañales

2) Hogares:

En todos los casos se deberá adjuntar a la historia clínica de discapacidad, informe especial, que avale la necesidad de módulo hogar, emitido por un licenciado en trabajo social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.

-Hogar

-Residencia

-Pequeño hogar

➤ **OTRAS PRESTACIONES:**

Prestaciones de apoyo; es aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal.

Tipo de prestación: atención en el domicilio, consultorio, centro de rehabilitación, etc. Brindada por profesionales, docentes y/o técnicos.

La modalidad de la cobertura deberá estar debidamente justificada en el plan de tratamiento, deben ser suministradas fuera del horario de atención principal.

El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta 6 horas semanales, si se requiere más tiempo de atención deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas.

Alimentación: La comida que debe recibir la persona con discapacidad en concordancia con la modalidad de concurrencia a la institución

Tipo de prestación: se adecuará a las indicaciones del nutricionista

El valor reconocido será diario. Las prestaciones ambulatorias de jornada doble incluyen comida y una colación diaria.

Transporte: El módulo de transporte comprende el traslado de las personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de su atención y viceversa.

Será contemplado automóvil, micro, taxi y/o remis

Beneficio otorgado siempre que el beneficiario demuestre que está imposibilitado de usar transporte público, demostrado y justificado en un RHC de discapacidad.

En éste caso, sumado a la documentación a presentar por discapacidad, deberá presentar:

Factura donde detalle:

- Cantidad de viajes
- Punto de partida y destino
- Cantidad de kilómetros recorridos y valor por Km
- Indicar si es beneficiario con dependencia y facturarlos en un ítem aparte

➤ **PROTESIS:**

NO se reintegran tornillos, placas ni clavos.

➤ **TRANSPLANTE DE ÓRGANOS:**

Módulo pre-trasplantes: comprende todos los estudios realizados necesarios para decidir el trasplante, en caso de donante vivo se reintegrará únicamente el valor del estudio pre-trasplante del donante

Módulo trasplante de órgano:

Incluye:

- Ablación del órgano
- Internación, Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, de anestesia, interconsultores y técnicos intervinientes en la cirugía y durante la internación, gastos quirúrgicos, derechos quirúrgicos y de anestesia.
- Estudios complementarios necesarios
- Medicamentos y material descartable utilizados durante la cirugía y en la internación
- Tranfusión.
- Estudios endoscópicos necesarios
- Estudios hemodinámicos
- Estudios de anatomía patológica (biopsia)
- Reoperaciones por complicaciones propia de la cirugía original

En ambos casos se presenta la misma documentación:

- Orden médica firmada y sellada por el médico tratante
- RHC
- Estudios diagnósticos
- Constancia de inscripción en la lista de espera del INCUCAI
- Protocolo quirúrgico y parte anestésico
- Epicrisis
- Consentimiento informado bilateral por el médico, paciente o familiar a cargo
-

Post trasplante de órganos:

Documentación a presentar:

- Orden médica firmada y sellada por el médico especialista tratante
- RHC con indicación de inmunomoduladores, con dosificación diaria, mensual, semestral
- Certificado de trasplante
- Consentimiento informado bilateral por el médico y paciente o familiar a cargo.

El rol que cumple el INCUCAI en éste aspecto es fundamental en la dinámica del trasplante ya que es quien coordina el trámite del paciente muerto quien debe cumplir con dos características fundamentales para considerarlo como donante de éstas características:

- No debe tener actividad cerebral
- No debe respirar durante 6 Hs

Distinto se maneja a un donante o pte vivo ya que quien coordina es el centro de trasplantes, la familia y/o la clínica, informa al INCUCAI.

- Entrevista a **Andrea Penacino**, una responsable del sector de **Gestión Sur** de OMINT (medicina prepaga).

¿Desde cuando trabajas en OMINT y en este sector?

Yo trabajo en Omint desde el 2009 pero vengo y tengo la antigüedad desde el año 88. El sector AP se creó en enero de 2006 en consolidar salud, antes trabajaba en liquidaciones de prestadores médicos.

La tarea que tengo que hacer en gestión sur es recopilar documentación relacionadas con distintas prestaciones medicas que tiene recupero por el Sistema Único de Reintegros (SUR) que es un sector que crea la súper intendencia de salud (SSS) para subvencionar, para darle un subsidio a las obras sociales y el dinero que se redistribuye es el dinero que viene de los propios empleados de todas las obras sociales. Lo que hago yo es buscar toda la documentación de cada una de las prestaciones para que SUR me reintegre ese dinero

¿Que importancia sentís que se le da al sector de GESTION SUR?

La importancia que le ha dado la medicina prepaga a lo largo de los años ha sido variable, cuando yo comienzo en el año 2006 no se sabía demasiado tampoco había mucha seguridad sobre el recupero y tímidamente fuimos metiéndonos en este mundo, pero yo sola con todos para recuperar todas las prestaciones de consolidar salud. Durante muchos años estuve sola desde el 206 al 2009 lo hago solo con consolidar luego pasa a OMINT y sigo

haciéndolo sola con el agregado de todos los socios de OMINT as lo que venían de consolidar. Desde el punto de vista teórico si es muy importante pero en los hechos no le daban mucha importancia. Lo que se noto es que a partir del año 2013 se le viene dando bastante más importancia porque las obras sociales tienen que salir a buscar plata de donde sea y este es uno de los más interesantes. Es mucha la plata que se maneja, mucha entonces ellos pretenden sea una especie de salvaguarda

¿Que diferencias encontras entre APE y GESTION SUR?

APE era autónomo y ahora SUR es una dependencia de la SSS, la diferencia está en algunas prestaciones que se cubren. La resolución madre de AP era la 500 y la resolución madre de SUR es la 1200 y la subsiguientes, ahora son la 1561, 1511,1048. Por ejemplo antes AP cubría las osteosíntesis y ahora no y básicamente el sistema operativo, antes era el ciape y ahora es un sistema propio de SUR completamente diferente

¿Cuántas personas son en tu sector?

Nosotros en nuestro sector somos 5 personas yo incluida. Hay dos personas dedicadas exclusivamente a discapacidad; otra persona que se dedica a prótesis, radioterapia, implantes cocleares y 2 a medicación. En realidad somos 6... estamos buscando a alguien...

¿Como prepara los expedientes y se presentan?

El sector prepara los expedientes y luego envía la documentación al “sector de cobranzas SUR” y este hace la gestión correspondiente con cada OOSS.

Una novedad del sector es que se nombro un GERENTE DE COBRANZAS Y RECUPERO SUR, esto quiere decir que cobra mayor importancia el sector al que pertenezco y que como objetivo todo lo que sea recuperable debe ser recuperado.

Para que se den una idea se recupero aproximadamente 100 millones de \$ en 2014/2015.

EXPEDIENTES: Se prepara toda la documentación del socio, en esta se incluye todo lo que el socio debe acercar que se le informa en las sucursales (RHC, ordenes originales, estudios, imágenes, formularios, etc). Luego se solicitan al sector de facturación las liquidaciones de los prestadores de la realización de los mismos y/o liquidaciones de los reintegros firmados por los beneficiarios. El sector tiene dos años desde la prestación o entrega de medicación para presentar a las OOSS (en realidad 21 meses aprox.)

Siempre la factura tiene que estar a nombre de la OOSS.
Se puede presentar documentación durante todo el año, sacando turno previamente.

¿Me podrás decir cuales son las prestaciones más difíciles de recuperar?

Las prestaciones mas difíciles de recuperar son: los tratamientos de drogadicción, tratamientos de fertilización ya que estos según la nueva legislación son recuperables desde dic. 2014 pero aun no se pudo recuperar nada ya que no existe el sistema de soporte para cargar el mismo.

¿Cuales son las dificultades que mas se encuentran para la preparación y presentación de expedientes?

La presentación de documentación por los socios, ahí es donde la tarea la realizan las personas de atención al socio. Nosotros a veces realizamos búsquedas personalizadas como estudios; copias de informes para reconocer las patologías. Ya que esta documentación es solicitada por SUR.

El expediente debe estar perfecto, y a veces depende mucho también de quien lo vea.

La demora por la presentación de las liquidaciones y/o facturas para reintegros.

Siempre que no se haga tratamiento completo o haya interrupciones en las terapias debe haber justificaciones medicas y o familiares.

Los médicos que se enojan si se les pide documentación.

Todas estas cosas pueden traer inconvenientes y hacer que los expedientes sean rechazados. Y esto complica el recupero.

Miran todo. Las presentaciones se pueden hacer semestrales pero las OOSS analizan bimestres.

¿Tienen contacto con los socios?

En general tratamos que no, solo casos muy puntuales. Con los prestadores SI, y la suerte con ellos es variables. Prestadores como FLENI y FLEMING son muy complicados y algunas infectologas.

Pero una característica de las personas que trabajamos en este sector es la paciencia.

CITA: Andrea Penacino (responsable gestión SUR prepaga)

| Patología | Medicamentos | Resumen de HC (ORIGINAL) | Estudios de Diagnóstico | Otros Estudios |
|--|--|--|---|---|
| Hemofilia | Factores de la Coagulación | Resumen de Historia Clínica Requerimiento cada 6 meses* | ➤ Análisis de Laboratorio o Específicos para cada caso | Anexo 4 (Original) (solo en caso de socios en profilaxis) |
| Esclerosis Múltiple | Interferon Beta (Avonex, Rebif, Betaferon) Copolimero (Copaxone) | Resumen de Historia Clínica: Requerimiento cada 6 meses* | Potenciales evocados (si no se los hace, justificación médica) | |
| Esclerosis Lateral Amiotrófica | Riluzole (Rilutek) | Resumen de Historia Clínica Requerimiento cada 6 meses* | ➤ Capacidad Vital Forzada ➤ Diagnóstico por Imágenes | |
| Enfermedad Fibroquística del Páncreas | Enzimas (Ultrase, etc) Vitaminas liposolubles , rhDNasa Humana, Tobramicina en aerosol | Resumen de Historia Clínica Requerimiento cada 6 meses* | ➤ Estudio Genético | Estudios de Laboratorio |
| HIV | Específicos HIV | Resumen de Historia Clínica Requerimiento cada 6 meses* y ante cambios en la medicación | Carga Viral + CD4 (ambos, semestralmente*) | Denuncia. Original (solamente pedir la 1ra vez) Planilla de adherencia Original (cada seis meses* y ante cambios en la medicación) |
| Hepatitis C | Interferon Alfa /Pegilado (Pegasys o Intron a Peg) Ribavirina (Copegus) | Resumen de Historia Clínica Requerimiento cada 6 meses* | ➤ Carga Viral, genotipificación del Virus ➤ Biopsia Hepática | Formulario Original de la Resolución 350/06 (anexo III) a los seis meses del tratamiento y al final |

INDICE:

- 1) Carátula
- 2) SUR: definición y nacimiento, diferencia APE, marco regulatorio
- 3) Trazabilidad: código de identificación de medicamento
- 4) Prestaciones que tienen reintegro, resoluciones que lo regulan
- 5) Documentación médica
- 6) Documentación filiatoria, contable, consentimiento informado
- 7) Documentación legal
- 8) Marco básico de prestaciones basadas en el marco regulatorio, modalidad de cobertura
- 9) Hospital de día, centro de día, centro educativo terapéutico, estimulación temprana
- 10) Prestación educativa, apoyo a la integración escolar, formación laboral y/o rehabilitación profesional
- 11) Atención internación: módulo rehabilitación, hogares, otras prestaciones
- 12) Prótesis
- 13) Transplante: módulo de transplante, post transplante
- 14) Entrevista encargada del sector Gestión SUR
- 17) patologías, medicación, documentación y estudios a presentar para dar curso al reintegro
- 19) Referencias.

REFERENCIAS:

<http://infoleg.mecom.gov.ar> Resolución n° 1200/2012

<http://infoleg.mecom.gob.ar> Decreto n° 53/1988

<http://infoleg.mecom.gob.ar> resolución n° 1511/12

<http://infoleg.mecom.gob.ar> resolución n° 1561/12

Manual de procedimientos Sistema Unico de reintegros (SUR) Prepaga
OMINT S.A

Manual de procedimientos Sistema Unico de reintegro (SUR) Edutecsa
Resolución 1048/14