

Programa Sumar

Circular **Presentación de Expedientes** **de Facturación**

UIP Buenos Aires

Por la presente circular se disponen los requerimientos necesarios para la presentación de los expedientes de facturación del programa Sumar, visto que el Plan de Servicios de Salud incluye prestaciones que poseen diversas características y requisitos. De este modo, se consignan las obligaciones tanto para efectores municipales como provinciales según sean prestaciones catastróficas y no catastróficas, como así también la modalidad de presentación de la facturación y los plazos vigentes.

Se recuerda, asimismo, que las prestaciones catastróficas y no catastróficas deben facturarse por separado ya que la fuente de financiación es diferente.

1. PRESTACIONES NO CATASTRÓFICAS

1.1. CARGA DE PRESTACIONES

Las prestaciones no catastróficas del Plan de Servicios de Salud del programa Sumar se cargan en la plataforma provincial, que se encuentra siempre habilitada para el registro de las mismas. Por lo tanto, es importante que se haga en forma inmediata para evitar demoras.

Por otro lado el beneficiario debe estar inscripto con fecha simultánea o anterior a la práctica, de otro modo la prestación no es facturable para el programa Sumar.

1.2. PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN

Finalizada la carga de las prestaciones y a partir de que el sistema está habilitado para la liquidación, se debe proceder al armado del expediente.

1.2.1. Municipios

Los municipios deben efectuar la presentación de la facturación en formato papel y como expediente foliado. El mismo debe generarlo el municipio e ingresarlo en la Mesa General de Entradas del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (calle 51 n° 1120. Planta Baja. La Plata). El consolidado debe liquidarse con el mismo número de expediente que se remite al Ministerio.

1.2.2. Hospitales Provinciales

Los hospitales provinciales deben efectuar la presentación de la facturación en formato papel y como expediente foliado. El mismo debe generarlo el hospital e ingresarlo en la Mesa de

Entradas del programa Sumar (calle 50 n° 1130 4 piso. La Plata). La cuasifactura debe liquidarse con el mismo número de expediente que se remite al Ministerio.

1.3. REQUISITOS

1.3.1 Municipios

Los expedientes físicos deberán incluir:

1.3.1.a. Copia impresa de las cuasi-facturas de cada uno de los efectores conveniados, firmados por los responsables declarados. No resulta necesario adjuntar copia de las cuasifacturas que resultan en monto \$0 (cero).

1.3.1.b. Copia de consolidado de cuasi-factura con la firma del Secretario de Salud del Municipio o por la máxima autoridad disponible al momento de cerrar el expediente. En este último caso se deberá agregar una nota donde quede indicado el motivo que generó el cambio de firma.

1.3.1.c. En los casos en que se hubiera liquidado alguna de las prácticas que se enumeran como anexo en el punto 1.5., será requisito indispensable adjuntar la documentación requerida al expediente para que la prestación sea facturable, caso contrario se procederá al débito correspondiente.

1.3.2 .Hospitales provinciales

Los expedientes físicos deberán incluir:

1.3.2.a. Copia de cuasi-factura con la firma del Director del establecimiento o máxima autoridad establecida para dicha tarea.

1.3.2.b. En los casos en que se hubiera liquidado alguna de las prácticas que se enumeran como anexo en el punto 1.5., será requisito indispensable adjuntar la documentación requerida al expediente para que la prestación sea facturable, caso contrario se procederá al débito correspondiente.

1.4. PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN

La fecha de presentación es informada periódicamente por la UGSP mediante mail que remite el Área de Comunicación, donde consta fecha de apertura para la liquidación por sistema y fecha de entrega del expediente físico.

1.5. DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

A continuación se detallan las prestaciones no catastróficas que, para ser facturables por el programa, requieren documentación de respaldo que debe anexarse al expediente.



NO CATASTRÓFICAS		
Prestación y Código	Tipo de Reporte	Datos requeridos
<p style="text-align: center;">Seguimiento ambulatorio del RN de alto riesgo</p> <p style="text-align: center;">CT C020 ingreso CT C021 egreso</p>	Reporte Sumar	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre del establecimiento ● Datos del paciente ● Número de beneficiario ● Evolución ● Requerimientos ● Fecha ● Firma y Sello del profesional
<p style="text-align: center;">Grupo embarazo de alto riesgo, internación</p> <p style="text-align: center;">IT E007 IT E008 IT E009 A y B</p>	Reporte Sumar	<ul style="list-style-type: none"> ● Datos del establecimiento ● Datos del paciente ● Número de beneficiario ● Fecha de ingreso y egreso ● Cantidad de días en sala común y UTI ● Motivos de internación ● Diagnóstico de egreso ● Evolución ● Tratamiento realizado ● Exámenes complementarios ● Indicaciones al alta ● Destino/Contrarreferencia ● Fecha ● Firma y Sello del profesional
<p style="text-align: center;">Recién nacido, malformaciones</p> <p style="text-align: center;">IT Q012 IT Q013 IT Q014</p>	Reporte Sumar	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre del efector ● Datos generales del paciente ● Número de beneficiario ● Datos neonatales ● Datos de internación ● Datos de la cirugía (fecha del acto quirúrgico, diagnóstico, procedimiento, día prequirúrgico, días postquirúrgicos) ● Evolución ● Firma y Sello del profesional



<p>RN pre término < de 1500 gr CON o SIN requerimiento de ARM o CPAP</p> <p>IT E013 IT E 014</p>	<p>Reporte Sumar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre del establecimiento ● Datos del Paciente ● Datos neonatales (edad gestacional; peso al nacer; APGAR; diagnóstico de ingreso; malformación congénita) ● Internación (soporte respiratorio; nutrición parenteral; accesos vasculares; estudios complementarios) ● Evolución ● Fecha. ● Sello y firma del profesional
<p>Denuncia de RN con Pie Bot</p> <p>NTN015</p>	<p>Reporte 1 RENAC</p>	<p>Completar el reporte, imprimirlo y adjuntarlo al expediente</p> <p>www.renac.com.ar</p>
<p>Consulta con equipo interdisciplinario por 300 diagnóstico fetal de FLAP</p> <p>CTC 033</p>	<p>Reporte 2 RENAC</p>	<p>Completar el reporte, imprimirlo y adjuntarlo al expediente</p> <p>www.renac.com.ar/red/flap</p>
<p>Consulta con equipo interdisciplinario de paciente postcirugía de FLAP</p> <p>CTC 042</p>	<p>Reporte 3 RENAC</p>	<p>Completar el reporte, imprimirlo y adjuntarlo al expediente</p> <p>www.renac.com.ar/red/flap</p>

2. PRESTACIONES PPAC (Paquete Perinatal de Alta Complejidad) CATASTRÓFICAS

El Paquete Perinatal de Alta Complejidad (PPAC) está dirigido a mujeres embarazadas que cursan un embarazo de alto riesgo y a neonatos que requieren atención de alta complejidad. Las prestaciones y módulos incluidos en el PPAC se clasifican en Catastróficas y No Catastróficas, según niveles de incidencia y costos así como a fuentes de financiamiento diferenciales.

Mientras que las prácticas y módulos del PPAC No Catastrófico se facturan por la misma plataforma y bajo igual modalidad de presentación que el resto de las prácticas No Catastróficas (como se detalla en el punto anterior), las prestaciones PPAC Catastróficas se cargan en otro sistema informático y se presentan en un expediente diferenciado.

Es de destacar, asimismo, que las prestaciones PPAC Catastróficas sólo pueden ser facturadas por establecimientos de salud nivel III B que hayan suscripto la correspondiente Adenda con la UGSP.

2.1. CARGA DE PRESTACIONES

Las prestaciones PPAC Catastróficas se cargan en el sistema SIGOP, que se encuentra siempre habilitado para ello y se adjuntan en formato ZIP los anexos respectivos.

Los datos del paciente cargados en el sistema SIGOP deben ser idénticos a los registrados al momento de inscripción en la plataforma provincial.

La fecha de las prestaciones debe ser igual o posterior a la inscripción del beneficiario, caso contrario se aplicarán los débitos correspondientes.

2.2. PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN

La presentación de la facturación de prestaciones PPAC Catastróficas se realiza en formato papel como expediente foliado. En el caso de los Municipios se ingresa por Mesa General de Entradas del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (calle 51 n°1120. Planta Baja. La Plata) mientras que los Hospitales Provinciales deben hacerlo por Mesa de Entradas del programa Sumar (calle 50 n ° 1130, 4 ° piso, La Plata).

2.3. REQUISITOS

Los expedientes deberán incluir:

2.3.1. Factura extraída de SIGOP con la firma y sello del responsable.

2.3.2. Reportes con la firma y sello del profesional responsable (ver punto 2.6)

2.4. PLAZO PARA LA PRESTACIÓN Y MÓDULOS

El expediente físico debe presentarse en el Ministerio de Salud al día siguiente de la carga en el SIGOP.

2.5. ANTIGÜEDAD DE LAS PRESTACIONES Y MÓDULO

Para que la prestación sea abonada al 100% no debe tener una antigüedad superior a los 120 días. El inicio del plazo se cuenta desde el alta del módulo (para las prestaciones de internación) o desde el alta del establecimiento (en el caso de las prestaciones quirúrgicas). Cuando tiene una antigüedad entre los 121 y hasta los 180 días, la prestación se abona al 50%. Cuando la antigüedad de la prestación excede el término de 180 días, deja de ser facturable para el programa Sumar.

2.6. DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

A continuación se detallan las prestaciones PPAC catastróficas que, para ser facturables por el programa, requieren documentación de respaldo que debe anexarse al expediente.

PRESTACIÓN	TIPO DE REPORTE	DATOS REQUERIDOS
<p>Atresia Esofágica Gastroquisis Oclusión Intestinal Hernia Diafragmática</p> <p>ITQ 009 ITQ 010 ITQ 011 ITQ 021</p>	<p>Reporte Sumar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre del establecimiento ● Datos del Paciente ● Datos neonatales (edad gestacional; peso al nacer; APGAR; diagnóstico de ingreso; malformación congénita) ● Internación (soporte respiratorio; nutrición parenteral; accesos vasculares; estudios complementarios) ● Cirugía (fecha del acto quirúrgico; procedimiento; día pre quirúrgico; días postquirúrgico) ● Evolución ● Fecha. ● Sello y firma del profesional

3. PRESTACIONES NO CATASTRÓFICAS DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Se encuentran habilitados para facturar este paquete prestacional los establecimientos que integran la Red Provincial de Cardiopatías Congénitas.

3.1. CARGA DE PRESTACIONES

3.1.1. Las prestaciones no catastróficas moduladas (Denuncia y Diagnóstico de paciente con CC - CT C040 - y Seguimiento post alta de paciente con CC - CT C041) se facturan por la misma plataforma y bajo igual modalidad de presentación que el resto de las prácticas No Catastróficas.

3.1.2. Las prestaciones/módulos no catastróficos de diagnóstico y quirúrgicos se cargan en el sistema SIGOP, que se encuentra siempre habilitado para ello y se anexan en formato ZIP los anexos respectivos.

3.1.3. La fecha de las prestaciones deben ser iguales o posteriores a la inscripción del beneficiario, caso contrario se le aplicarán los débitos correspondientes.

3.2. PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN

3.2.1. La presentación de la facturación se realiza en formato papel como expediente foliado e ingresa por la Mesa de Entradas del programa Sumar (calle 50 n°1130. 4 piso. La Plata). En el caso de los Municipios se ingresa por Mesa General de Entradas del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (calle 51 n°1120. Planta Baja. La Plata) mientras que los Hospitales Provinciales deben hacerlo por Mesa de Entradas del programa Sumar (calle 50 n ° 1130, 4 ° piso, La Plata).

3.2.2. Las prestaciones no catastróficas moduladas (Denuncia y Diagnóstico de paciente con CC - CT C040 - y Seguimiento post alta de paciente con CC - CT C041) se presentan junto con la facturación no catastrófica del establecimiento.

3.2.3. En el caso de las prestaciones diagnósticas y quirúrgicas se genera un expediente por beneficiario.

3.3. REQUISITOS

Los expedientes de las prestaciones moduladas no catastróficas (CT C040 Y CT C041) deberán incluir:

3.3.1. Copia de cuasi-factura con la firma del Director del establecimiento o máxima autoridad establecida para dicha tarea.

3.3.2. Reporte en el SISA, con las solapas Paciente; Denuncia y Seguimiento Estudio ítem: Registro de estudios realizados al paciente, para el caso de la CT C040. Reporte en el SISA con las solapas Seguimiento Estudio ítem: Registro de seguimientos realizados al paciente, para el caso de la CT C041.

3.3.3. Estudios de diagnóstico (ecocardiograma doppler color; electrocardiograma; RX tórax; laboratorio - sólo para internados). La fecha de los estudios mencionados no deberá superar los 30 días de antigüedad respecto de la fecha de la denuncia. En tanto, los expedientes de las prestaciones no catastróficos de diagnóstico y quirúrgico deberán incluir:

3.3.4. Factura extraída de SIGOP con la firma y sello del responsable de facturación.

3.3.5. Reportes de SIISA: Denuncia, Aceptación, Intervención, Internación, Prestaciones Complementarias (asignación, factura, validación con sticker troquel o su copia).

3.3.6 Estudios complementarios para prestaciones moduladas (ecocardiograma doppler color, electrocardiograma, RX de tórax, laboratorio).

3.4. PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN

3.4.1 Prestaciones moduladas: La fecha de presentación es informada periódicamente por la UGSP mediante mail que remite el Área de Comunicación, donde consta fecha de apertura para la liquidación por sistema y fecha de entrega del expediente físico.

3.4.2 Prestaciones diagnósticas y quirúrgicas: El expediente físico debe presentarse en el Ministerio de Salud al día siguiente de la carga en el SIGOP.

3.5. ANTIGÜEDAD DE LAS PRESTACIONES Y MÓDULOS

Para que la prestación sea abonada al 100% no debe tener una antigüedad superior a los 120 días. El inicio del plazo se cuenta desde el alta del módulo (para las prestaciones de internación) o desde el alta del establecimiento (en el caso de las prestaciones quirúrgicas).

Cuando tiene una antigüedad entre los 121 y hasta los 180 días, la prestación se abona al 50%. Cuando la antigüedad de la prestación excede el término de 180 días, deja de ser facturable para el programa Sumar.

4. PRESTACIONES CATASTRÓFICAS DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Se encuentran habilitados para facturar este paquete prestacional los establecimientos que integran la Red Provincial de Cardiopatías Congénitas.

4.1. CARGA DE PRESTACIONES

Se carga la prestación/módulo en el sistema SIGOP, que se encuentra siempre habilitado para ello y se anexan en formato ZIP los anexos respectivos. La fecha de las prestaciones deben ser iguales o posteriores a la inscripción del beneficiario, caso contrario la práctica se paga al 50%.

4.2. PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN

La presentación de la facturación se realiza únicamente a través del SIGOP.

4.3. REQUISITOS

4.3.1. Carga de la prestación en SIGOP.

4.3.2. Reportes de SIISA:

Adjuntar archivo zip de la solapa de Administración del SIISA que contiene los datos de la Denuncia, Aceptación, Intervención, Internación, Prestaciones Complementarias (Asignación, factura, validación con sticker troquel o su copia).

4.4. ANTIGÜEDAD DE LAS PRESTACIONES Y MÓDULOS

Para que la prestación sea abonada al 100% no debe tener una antigüedad superior a los 120 días. El inicio del plazo se cuenta desde el alta del módulo (para las prestaciones de internación) o desde el alta del establecimiento (en el caso de las prestaciones quirúrgicas).

Cuando tiene una antigüedad entre los 121 y hasta los 180 días, la prestación se abona al 50%. Cuando la antigüedad de la prestación excede el término de 180 días, deja de ser facturable para el programa Sumar.