



PROVINCIA DE LA PAMPA
MINISTERIO DE SALUD
Subsecretaría de Administración

SANTA ROSA, 30 JUN 2015

VISTO:

El expediente N° 12665/14, caratulado; "SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION- MINISTERIO DE SALUD- S/ REGLAMENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 3133/14 DEL MINISTERIO DE SALUD.-"; y

CONSIDERANDO:

Que resulta necesario disponer acerca de determinadas cuestiones operativas referentes a la emisión de Carnet Sanitarios;

Que en tanto determinados establecimientos asistenciales cuentan con un departamento de servicio social, resulta útil establecer dentro de sus funciones la de emitir el carnet sanitario, la cual será ejercida de manera indistinta con el Director o Responsable máximo del Establecimiento Asistencial;

Que aquellos Establecimientos Asistenciales que por su complejidad cuenten con Departamento de Servicio Social, deberán asignar al mismo la función de elaborar los informes socioambientales correspondientes, para la determinación de la categoría en la que deba incluirse a cada paciente;

Que asimismo corresponde estipular respecto a lo normado por el artículo 10 del referido acto administrativo, el cual prevé: "...en todos los casos en que los usuarios del sistema deban efectuar pagos y manifiesten imposibilidad circunstancial de oblar los mismos, deberán suscribir un documento en garantía de la deuda, quedando a cargo de la Subsecretaría de Administración la efectivización de su cobro";

Que en concordancia a lo expresado, y en aras de posibilitar mayores facilidades a la población que deba afrontar los pagos correspondientes, debe contemplarse la posibilidad de que los mismos sean realizados mediante planes de pago, previéndose; la cantidad máxima de doce (12) cuotas sin intereses para los contribuyentes "A", y para los contribuyentes "B" la de dieciocho (18) cuotas con aplicación del 1,8% mensual y sistema de amortización alemán;

Que a fines de establecer un seguimiento en los planes de pago que se suscribieren, debe establecerse que será la Subsecretaría de Administración del Ministerio de Salud la encargada del mismo;

Que además de las cuestiones referidas, y en tanto la Resolución señalada categoriza a los pacientes conforme al

./-



PROVINCIA DE LA PAMPA
MINISTERIO DE SALUD
Subsecretaría de Administración

//2

ingreso correspondiente al "Grupo Familiar"; resulta necesario delimitar el sentido y alcance pretendido a través de tal concepto, entendiéndose que el misma contempla el número de cuatro (4) familiares convivientes en un mismo domicilio, con dos (2) meses de antigüedad al momento de la prestación;

Que en aquellas unidades que excedan del número descripto en el considerando anterior, debe ponderarse para la inclusión en cada categoría un monto mayor, correspondiendo este a la mitad del Salario, Mínimo, Vital y Móvil por cada integrante que exceda el número de cuatro (4);

Que a efectos de facilitar la tramitación de las derivaciones que se efectúen, corresponde, asimismo, aprobar un formulario pre impreso para dicha situación;

Que ha tomado intervención la Delegación de Asesoría Letrada de Gobierno actuante ante el Ministerio de Salud;

POR ELLO:

EL SUBSECRETARIO DE ADMINISTRACION
Y
EL SUBSECRETARIO DE SALUD
CONJUNTAMENTE DISPONEN:

Artículo 1°.- Los Carnets Sanitarios serán autorizados y firmados por el Director del Centro de Salud, o por el responsable del mismo cuando aquel no se encuentre designado; sin perjuicio de lo mencionado, en aquellos establecimientos cuyo organigrama prevea un Área de Servicio Social, el responsable de la misma será quien autorice y firme dichos instrumentos.-

Artículo 2°.- Asígnase al Área de Servicio Social de los Establecimientos Asistenciales de la Provincia, la función de elaborar los informes socioambientales correspondientes para la determinación de la categoría que deba asignarse a cada paciente, estableciéndose además que será responsabilidad de los jefes de la Zona sanitaria respectiva, la de capacitar al personal de aquellos establecimientos que por su complejidad no cuenten con la mencionada área; ello a los fines de que efectúen las pertinentes encuestas para la ubicación de los pacientes dentro de cada categoría .-

Artículo 3°.- Establecer, respecto a la obligación de pago especificada en la Resolución N° 3133/14 del Ministerio de Salud, referida a la cancelación de las deudas originadas por las prestaciones que se efectúen en los esta-
./-



PROVINCIA DE LA PAMPA
MINISTERIO DE SALUD
Subsecretaría de Administración

//3

blecimientos dependientes del mismo; que en aquellos casos en que el importe a abonar supere el monto correspondiente a medio salario, mínimo, vital y móvil podrá accederse a los planes de facilidades de pago que a continuación se indican: Plan de Facilidades de Pago hasta doce (12) cuotas, sin interés, para los Contribuyentes Categoría "A"; y en el caso de aquellos Contribuyentes Categoría "B", un Plan de Facilidades de Pago de hasta dieciocho (18) cuotas con un interés del 1,8% mensual, bajo sistema de amortización "alemán".-

Artículo 4°.- Los Planes de Facilidades de Pago deberán ser suscriptos por el paciente que recibió los servicios médicos o quien este delegue formal y legalmente, y el Director del Establecimiento Asistencial, quedando facultada la Subsecretaría de Administración del Ministerio de Salud a través de la Dirección de Prestaciones a llevar a cabo el seguimiento del cobro de las cuotas del plan suscripto, ello previa notificación efectuada a la Dirección de Prestaciones, por parte de la Dirección del Establecimiento Asistencial firmante.-

Artículo 5°.- Aprobar el modelo de convenio, que como Anexo "A" forma parte integrante de la presente.-

Artículo 6.- A los efectos señalados en la Resolución N° 3133/14 del Ministerio de Salud, entiéndase por "Grupo Familiar" aquellas unidades compuestas hasta por cuatro (4) integrantes que convivan en un mismo domicilio. Establécese además que en aquellos casos en los que la misma exceda del número descripto, deberá adicionarse, para la inclusión en cada categoría de pacientes, el monto correspondiente a la mitad del Salario, Mínimo, Vital y Móvil por cada integrante que exceda el número de cuatro (4), siendo necesario además que el grupo familiar cuente con una convivencia mínima de dos (2) meses.-

Artículo 7.- Aprobar el formulario de derivación de pacientes adjunto, el cual como anexo "B" forma parte integrante de la presente.-

Artículo 8°.- Regístrese, comuníquese a la Subsecretaría de Administración y, cumplido, archívese.-

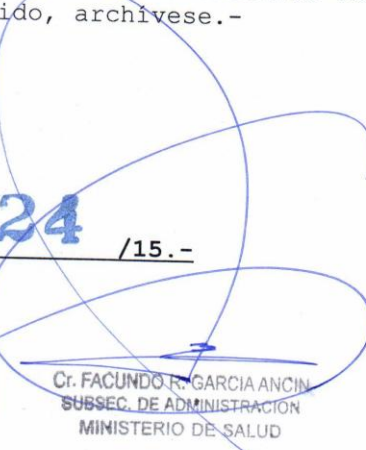
DISPOSICIÓN CONJUNTA N°

024

/15.-


Dr. HUGO DANIEL REALE
SUBSECRETARIO DE SALUD




Cr. FACUNDO R. GARCÍA ANGIN
SUBSEC. DE ADMINISTRACIÓN
MINISTERIO DE SALUD



PROVINCIA DE LA PAMPA
MINISTERIO DE SALUD
Subsecretaría de Administración

ANEXO "A"

I) - COMPROMISO DE PAGO PARA PACIENTES CONTRIBUYENTES CATEGORIA "A":

Por la presente, me comprometo a abonar al Establecimiento Asistencial, los gastos originados en la atención/internación del paciente.....
DNI/LE/LC/CI/PAS N°.....-

En consecuencia suscribo el presente compromiso, notificándome que la atención /ingreso se produce en calidad de paciente "Contribuyente A", razón por la cual y en uso de las facultades acordadas por resolución del Ministerio de Salud N°..., me comprometo a abonar el monto de la deuda encuotas sin intereses, consecutivas e iguales de PESOS.....(\$.....).-

Apellido y Nombre del firmante:.....

Grado de parentesco con el paciente:.....

DNI/LE/LC/CI/PAS N°:.....

Domicilio:.....

Localidad:.....

TE:.....

En la ciudad de, a losdías del mes dede 20.....-

II) - COMPROMISO DE PAGO PARA PACIENTES CONTRIBUYENTES CATEGORIA "B":

Por la presente, me comprometo a abonar al Establecimiento Asistencial, los gastos originados en la atención/internación del paciente.....
DNI/LE/LC/CI/PAS N°.....-

En consecuencia suscribo el presente compromiso, notificándome que la atención /ingreso se produce en calidad de paciente "Contribuyente B", razón por la cual y en uso de las facultades acordadas por resolución del Ministerio de Salud N°..., me comprometo a abonar el monto de la deuda encuotas con un interés del 1,8% mensual, ascendiendo a PESOS.....(\$.....), más intereses.-

./-



PROVINCIA DE LA PAMPA
MINISTERIO DE SALUD
Subsecretaría de Administración

//2
 Apellido y Nombre del firmante:.....
 Grado de parentesco con el paciente:.....
 DNI/LE/LC/CI/PAS N°:.....
 Domicilio:.....
 Localidad:.....
 TE:.....
 En la ciudad de, a losdías del mes dede 20.....-

III) - COMPROMISO DE PAGO PARA PACIENTES MUTUALIZADOS:

Por la presente, me comprometo a abonar al Establecimiento Asistencial, los gastos originados en la atención/internación del paciente.....
DNI/LE/LC/CI/PAS N°.....-

En consecuencia suscribo el presente compromiso, notificándome que la atención /ingreso se produce en calidad de paciente Mutualizado, y que a partir de la fecha se me otorga un plazo de 24 horas hábiles para presentar carnet sanitario/obra social/prepaga/otros:.....
que autorice a facturar a su cargo los gastos que se originen.


En caso de presentar la misma fuera del plazo estipulado serán a mi cargo hasta ese momento, y a los valores previstos.-

Apellido y Nombre del firmante:.....
 Grado de parentesco con el paciente:.....
 DNI/LE/LC/CI/PAS N°:.....
 Domicilio:.....
 Localidad:.....
 TE:.....
 En la ciudad de, a losdías del mes dede 20.....-

ANEXO "A" DE LA DISPOSICION CONJUNTA N° 024 /15.-


 Dr. HUGO DANIEL REALE
 SUBSECRETARIO DE SALUD




 Cr. FACUNDO R. GARCIA ANCIN
 SUBSEC. DE ADMINISTRACION
 MINISTERIO DE SALUD



PROVINCIA DE LA PAMPA
MINISTERIO DE SALUD
Subsecretaría de Administración

ANEXO "B"

ANEXO I-SOLICITUD PRESTACIONES DERIVADAS.-

1- PACIENTE:.....

DNI:.....

Incluir Salud- Pami (cap M-Salud) Afiliado N°.....

Domicilio: Calle:.....N°.....Localidad:.....

2-PRESTACION SOLICITADA
 N°

COD. NOMENCLADOR BIOQUIMICO

3-CONDICION: URGENCIA, PROGRAMADA, CRONICO.-

4-SIGNOS Y SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:.....

.....

.....

5-ESTUDIOS- TRATAMIENTOS REALIZADOS Y RESULTADOS:.....

.....

6-DIAGNOSTICO (presuntivo o definitivo) CIE 10.....

.....

FECHA:.....

.....
 FIRMA SELLO MEDICO

.....
 FIRMA SELLO JEFE SERVICIO E.A.

FIRMA SELLO DIRECTOR E.A.....AUDITORIA MEDICA
 OP N°

USO EXCLUSIVO AUDITORIA MEDICA DERIVACION EXTRAPROVINCIAL

MOTIVO
 DERIVACION:.....



PROVINCIA DE LA PAMPA
MINISTERIO DE SALUD
 Subsecretaría de Administración

//2

.....

 SERVICIO AL QUE SE DERIVA:.....

ACOMPañANTE: SI/NO- UNO-DOS

TRANSPORTE:
 TRANSPORTE PUBLICO- AMBULANCIA: COMUN- COMLEJIDAD
 AEREO (tachar lo que no corresponda)

OBSERVACIONES:.....

AUTORIZADO N° OP-----


(CIUDAD) ,de..... de 20.....-

.....
 firma y sello Auditor Médico

ANEXO "B" DE LA DISPOSICION CONJUNTA N° 1024 /15.-


 Dr. HUGO DANIEL REALE
 SUBSECRETARIO DE SALUD




 Sr. FACUNDO R. GARCIA ANCIN
 SUBSEC. DE ADMINISTRACION
 MINISTERIO DE SALUD