



Municipalidad de Rosario

DECRETO N° 0964

Rosario, "Cuna de la Bandera", 09 de agosto de 2024.-

VISTO

Las Ordenanzas Nro. 3651 y 3837, que establecen el marco regulatorio básico para el recupero de las erogaciones municipales efectuadas con motivo de las prestaciones brindadas por los efectores que integran la red de salud pública municipal, a beneficiarios de los entes de cobertura en salud el decreto nro. 2569/1990, los decretos reglamentarios Nro. 470/1992, 640/1997, 1343/1997, 2543/2008 y la Resolución de la Secretaría de Salud Pública Nro. 66/1997.

Y CONSIDERANDO

Que la Municipalidad de Rosario, viene impulsando desde hace más de 3 décadas, una profunda reforma de su subsistema de salud definiendo un abordaje integral e integrado que, priorizando a los grupos de mayor vulnerabilidad, también garantiza el derecho a la salud a toda la población, actuando como reaseguro para la población que cuenta con un seguro social o privado, manteniendo así un flujo de atención gratuita para todas las personas, incluida la población asegurada.

Que este sistema de salud municipal se integra con efectores de alta y mediana complejidad, maternidades y centros de salud de atención primaria y S.I.E.S., a través de los cuales se efectúan prestaciones médicas ya sea de urgencias y/o electivas conforme las circunstancias del caso.

Que las Ordenanzas nro. 3651 del año 1984 y nro. 3837 de 1985, establecieron oportunamente el marco regulatorio básico para el recupero de las erogaciones municipales efectuadas con motivo de las prestaciones brindadas por los efectores que integran la red de salud pública municipal, a beneficiarios de los entes de cobertura de salud, tales como ART, aseguradoras, obras sociales, mutuales y toda otra institución análoga, que brindan cobertura o

servicios de salud a sus afiliados; pudiendo el Departamento Ejecutivo, repetir a dichos entes responsables, los gastos de atención hospitalaria, de prestaciones médicas clínicas o quirúrgicas, de terapia intensiva, intermedia o común, de colocación de dispositivos médicos implantables o semi implantables, medicamentos, de análisis o de cualquier otra naturaleza que signifique un servicio asistencial preventivo o curativo brindado a los pacientes que gocen de cobertura social por parte de aquellas.

Que a los fines de darle operatividad al sistema, mediante decreto nro. 2569/1990 se creó el Centro Único de Facturación (C.U.F.) con la finalidad de centralizar y organizar administrativamente la actividad de facturación y recupero del costo de dichas prestaciones.

Que su instrumentación ha posibilitado desde su creación, el adecuado cumplimiento de las ordenanzas vigentes nro. 3651 y 3037, en beneficio del erario y sistema de salud público Municipal, dado que los fondos provenientes de dichos recuperos han permitido incorporar importante equipamiento médico en diversos Efectores de la Salud Pública Municipal, coadyuvar al mejoramiento cualitativo y cuantitativo de la educación en la prevención y la asistencia médica dirigidas a la comunidad, entre otros logros.

Que la Secretaría de Salud Pública se encuentra abocada al reordenamiento de determinadas dependencias, cuya función específica es el control de los procesos sanitarios, para efficientizar los procedimientos administrativos que regulan sus actividades y dotar de mayor eficacia los productos finales de las mismas.

Que con esta premisa, y en lo que respecta particularmente al C.U.F., se hace necesario en esta instancia continuar mejorando, actualizando y refuncionalizando su estructura y procedimientos actuales con la finalidad de redefinir responsabilidades, procesos y tareas, de modo de hacer más eficiente su funcionamiento.

Que a lo largo de todos estos años tanto los distintos financiadores de salud privados, su población adherente y los efectores privados con los cuales han establecido acuerdos contractuales, definieron de manera rigurosa procesos de accesibilidad, de autorización de prestaciones, de presentación de documentación, regidos por un conjunto dinámico de normas administrativas distintas para cada financiador que deben ser cumplimentado en momentos

específicos determinados, para lograr asistir, facturar y luego recuperar los costos de dicha asistencia de la manera acordada .

Que en muchas ocasiones, tales procedimientos ajenos al accionar municipal, constituyen obstáculos a la efectiva facturación y recupero de los costos de la asistencia brindada.

Que en función de ello, y en el marco del proceso de reestructuración planteado, se advierte conveniente en esta instancia adecuar y ajustar los procedimientos de facturación y cobranza que lleva adelante el C.U.F. y los diferentes efectores, a los fines de hacerlos más eficientes y garantizar el recupero de las prestaciones efectuadas por el Municipio.

Que a tal fin se hace necesario proveer sobre el particular,

EL INTENDENTE MUNICIPAL D E C R E T A

Artículo 1º APRUÉBESE el presente texto ordenado y reglamentario de las ordenanzas nro. 3651 y 3837, relativo al recupero de las erogaciones efectuadas con motivo de las prestaciones brindadas por los efectores que integran la red de salud pública municipal, a beneficiarios de los entes de cobertura de salud, ART, aseguradoras, obras sociales u otras instituciones que brindan cobertura o servicios de salud a sus afiliados. Estableciéndose asimismo por el presente el procedimiento administrativo de facturación, cobranza y recupero de dichas prestaciones.

Artículo 2º Definiciones. A los fines de la correcta interpretación de los términos del presente decreto se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

2.1.- “Centro Único de Facturación” (C.U.F.): dependencia municipal creada por decreto nro. 2569/1991 en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, que tiene a su cargo la gestión correspondiente a la identificación de cobertura, facturación y recupero de las prestaciones asistenciales brindadas en los efectores de la red de salud pública municipal a pacientes que gozan de cobertura de los entes de cobertura de salud, en el marco de las disposiciones del presente.

2.2.- “Entes de cobertura de salud”: sujetos públicos, sociales o privados, personas humanas o jurídicas, o gubernamentales creadas o a crearse, que resulten responsables legales por la cobertura de servicios de salud, para personas humanas o beneficiarios. Entre ellos se encuentran, las obras sociales creadas por las Leyes Nacionales N° 23.660 y N° 23.661, u Obras Sociales e

Institutos Provinciales, entidades de medicina prepaga, de seguros, aseguradoras de riesgos del trabajo, de medicina laboral, mutuales, INCUCAI-CUDAIO, entre otros.

2.3.- "Efectores municipales": efectores pertenecientes a la red de salud pública municipal que brindan prestaciones sujetas a recuperos y que se enumeran a continuación: efectores de alta y mediana complejidad, maternidades y centros de salud de atención primaria, Centros de Prácticas Ambulatorias, y el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (S.I.E.S.).

2.4.- "Comprobante de atención de beneficiarios de entes de cobertura de salud" (C.A.B.E.S.): formulario con carácter de declaración jurada que constituye constancia de las prestaciones brindadas por efectores que integran la red de salud pública municipal a pacientes con cobertura de alguno de los entes previstos en el artículo 4º, que da origen a un procedimiento de facturación válido. Debe estar suscrito por el profesional tratante o responsable o auditor; y por el beneficiario o representante legal cuando fuere posible. Se agrega su modelo como anexo I que forma parte integrante de la presente.

2.5.- "Prestaciones": Las prestaciones sujetas a facturación y recuperos son todas aquellos medicamentos, insumos y/o servicios médicos, atención hospitalaria o pre hospitalaria, prestaciones médicas clínicas o quirúrgicas, de terapia intensiva, intermedia o común, de colocación de dispositivos médicos implantables o semi implantables, de análisis o de cualquier otra naturaleza que signifique un servicio asistencial preventivo, curativo o de rehabilitación brindado a los pacientes que gocen de cobertura de algún ente de cobertura de salud.

Las prestaciones serán consideradas de carácter ambulatoria y/o de internación, según la siguiente clasificación:

2.5.1.- Ambulatorias: *pre hospitalarias*, aquellas que se realizan por emergencias en la vía pública; o ***institucionales*** cuando se realizan en los espacios de guardia y/o consultorios externos.

2.5.2.- Internación: aquellas que ocurran y se realicen, en los espacios de internación (piso, UTI, Coronaria, Neo, Intermedia, Quirófano, etc.).

2.6.- "Módulos de facturación". La facturación de las prestaciones ambulatorias se llevará a cabo a través de módulos. Estos estarán conformados por el acto médico de la consulta, más las prácticas que generan dicha intervención, a saber: actos bioquímicos, análisis sanguíneos, orina, toma de cultivos, drogas anestésicas, honorarios anestesistas, curaciones, realización de yesos, radiografías, tomografías, utilización de contrastes, técnicos de ECG., interconsultas, medicación, junto con prácticas de enfermería, descartables y otros insumos utilizados o prácticas efectuadas al beneficiario.

En el caso de prestaciones pre hospitalarias, se le suma a la asistencia antes definida, de ser necesario, el traslado del paciente según la complejidad requerida a efectores públicos y/o privados.

2.6.1.- Módulo Consulta de Guardia: Comprende aquellas prestaciones llevadas a cabo en los servicios de guardia de los efectores municipales de 2 y 3 nivel de complejidad.

2.6.2.- Módulo Consulta Programada: Comprende aquellas prestaciones realizadas en los servicios de consultorios externos de efectores de 2 y 3 nivel, Centro de Prácticas Ambulatorias (CEMAR), y Centros de Salud.

2.6.3.- Módulo de asistencia Pre hospitalaria: Contiene a aquellas prestaciones efectuadas en contexto de urgencias y/o emergencias, en la vía pública, así como también aquellas situaciones en las cuales se realiza el traslado en móviles pertenecientes al SIES entre instituciones, ya sean públicas y/o privadas.

Artículo 3º Recursos: Las prestaciones sujetas a recupero, serán valorizadas a los fines de su facturación y repetición, conforme lo acordado entre el Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS) de la Provincia de Santa Fe y la Asociación Médica de Rosario y Sanatorios co-contratantes del Departamento Rosario, que se encuentren vigentes al momento de la prestación. Toda aquella prestación, insumo o fármaco producto o servicio no contemplado en el acuerdo vigente, podrá facturarse al valor de mercado al tiempo de la prestación.

Artículo 4º A los fines del cumplimiento de las disposiciones de los artículos 5º de la ordenanza nro. 3651 y 3º de la ordenanza nro. 3837, los fondos provenientes del recupero de costos de asistencia médica se depositarán en la cuenta bancaria especialmente habilitada al efecto por la Secretaria de Salud Pública, debiéndose cumplimentar con los procedimientos de registración contable dispuestos por la Secretaría de Hacienda.

Artículo 5º Los fondos ingresados por recuperos de facturaciones realizadas por el C.U.F. tendrán como destino el mejoramiento en la prestación del servicio médico asistencial el desarrollo de la investigación científica, capacitación de los integrantes de los equipos de salud, y el mantenimiento y equipamiento de los establecimientos; en un todo de acuerdo a las disposiciones de las ordenanzas nro. 3651 y 3837.

Artículo 6º Estructura organizacional C.U.F.- Establécese que el C.U.F. contará con la siguiente estructura administrativa:

6.1) Jefatura: que será ejercida por quien designe el Secretario de Salud Pública y tendrá a su cargo las siguientes funciones:

6.1.1.- Ejercer la jefatura directa del personal.

6.1.2.- Impulsar e implementar todas las acciones que sean necesarios para hacer efectivas las políticas asistenciales que disponga la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario.

6.1.3.- Promover la celebración de acuerdos legales y técnicos con los distintos financiadores privados y estatales que interactúen con los procesos asistenciales que brinda la red de salud municipal.

6.1.4.- Determinar y asignar responsabilidades, sobre la ejecución de los circuitos administrativos, guías de procedimiento y protocolos para el más adecuado y eficiente cumplimiento de las funciones asignadas al C.U.F.

6.1.5.- Gestionar con los referentes del C.U.F., del dispositivo de cuidados progresivos y auditoría central, a nivel de los efectores de 2do y 3er nivel y centros de salud, su integración en la formación de las Unidades de Gestión de Pacientes, en el interior de los efectores de salud, para que optimicen los procesos y procedimientos que para el logro del recupero.

6.2) Área de Auditoría Médica: a cargo de un profesional del arte de curar, debidamente matriculado e inscripto en el Colegio de Médicos de la Segunda Circunscripción de Rosario. El área llevará a cabo las siguientes funciones:

6.2.1.- Auditar las facturas emitidas por el sector privado, de las internaciones derivadas por todos los efectores municipales al mismo.

6.2.2.- Analizar los débitos a la facturación efectuadas por los financiadores que otorguen cobertura a sus beneficiarios asistidos en red de salud municipal, junto con el médico auditor del efector y contestar los mismos, con el fundamento correspondiente en los casos que sean improcedentes.

6.2.3.- Intervenir en auditorías compartidas, junto con el auditor médico del efector en los supuestos en el que el C.U.F. tenga que percibir créditos o deba cancelar obligaciones de pago.

6.2.4.- Gestionar con los referentes del C.U.F., del dispositivo de cuidados progresivos y auditoría central, a nivel de los efectores de 2do y 3er nivel y centros de salud, su integración en la formación de las Unidades de Gestión de Pacientes, en el interior de los efectores de salud, para que optimicen los procesos y procedimientos que para el logro del recupero.

6.2.5.- Coordinar con los auditores internos de los diferentes hospitales de la red y el S.I.E.S. la capacidad de camas disponibles para internación, y en su caso, supervisar y controlar las derivaciones al sistema privado, con seguimiento periódico en terreno, tratando de reintegrar al paciente a la red, una vez superado el inconveniente que motivó su derivación.

6.2.6.- Gestionar y auditar los módulos de trasplantes de médula ósea realizados en la red municipal a través del INCUCAI-CUDAIO.

6.3) Área Legal: a cargo de un profesional del derecho, debidamente matriculado e inscripto en el Colegio de Abogados de la segunda Circunscripción de Rosario. El área llevará a cabo las siguientes funciones:

6.3.1.- Participar en la gestión de los cobros administrativos de los créditos, juntamente con el responsable contable.

6.3.2.- Efectuar los reclamos extrajudiciales que fueren necesarios tendientes a la percepción de los créditos del C.U.F.

6.3.3.- Intervenir, en todos los casos de atención de pacientes, en efectores municipales por accidente de tránsito, y en los que existan coberturas de pólizas de seguro.

6.3.4.- Tomar intervención en los legajos fiscales y/o juicios civiles de daños y perjuicios, a los fines de obtener debida información y participación tendiente a asegurar el cobro de los créditos del C.U.F.

6.3.5.- Prestar asesoramiento, en caso de ser requerido, para la confección del informe de facturación a cargo del área contable.

6.3.6.- En general atender las cuestiones legales, relacionadas con el óptimo funcionamiento del C.U.F.

6.3.7.- Gestionar con los referentes del C.U.F., del dispositivo de cuidados progresivos y auditoría central, a nivel de los efectores de 2do y 3er nivel y centros de salud, su integración en la formación de las Unidades de Gestión de Pacientes, en el interior de los efectores de salud, para que optimicen los procesos y procedimientos para el logro del recupero.

6.4) Área Contable: a cargo de un profesional en Ciencias Económicas, debidamente matriculado e inscripto en el Colegio de Profesionales de Ciencias Económicas de la segunda Circunscripción de Rosario. El área llevará a cabo las siguientes funciones:

6.4.1.- Intervenir en los procesos de contratación ante la necesidad de tercerización de servicios vinculados a procesos que se ejecuten en el C.U.F.

6.4.2.- Gestionar administrativamente el cobro de los créditos del C.U.F. con los entes de cobertura de salud.

6.4.3.- Llevar el registro contable de todos los pagos efectuados por financiadores públicos o privados.

6.4.4.- Realizar mensualmente el informe de la facturación generada en el periodo, lo percibido efectivamente, los débitos efectuados por efector y las sumas adeudadas por cada financiador.

6.4.5.- Gestionar con los referentes del C.U.F., del dispositivo de cuidados progresivos y auditoría central, a nivel de los efectores de 2do y 3er nivel y centros de salud, su integración en la formación de las Unidades de Gestión de Pacientes, en el interior de los efectores de salud, para que optimicen los procesos y procedimientos que para el logro del recupero.

6.5) Área administrativa: que tendrá a su cargo las siguientes funciones:

6.5.1.- Son responsables de instrumentar y ejecutar todos los actos administrativos que forman parte del proceso de facturación correspondiente y su correcta registración, así como también acondicionar la documentación de respaldo.

6.5.2.- Gestionar y tramitar los expedientes administrativos y demás actuaciones que se sustancian ante el CUF, y efectuar apoyo administrativo a las demás áreas que lo integran.

6.5.3.- Realizar el soporte administrativo, que se les sea solicitado desde las áreas de Auditoría Médica, Contable y/o Legal.

6.5.4.- Brindar soporte y asesoramiento a las Unidades de Gestión de los diferentes efectores municipales.

Artículo 7º.- Admisión de pacientes: Dispóngase que los efectores municipales, a los fines del presente, deberán cumplimentar con los siguientes requisitos administrativos para dar admisión válida de pacientes, sin perjuicio de los demás requisitos establecidos en la normativa aplicables en cada caso:

7.1.- Requerir a todo aquél que demande asistencia la presentación del Documento de Identidad (DNI) que acredite su identidad, nacionalidad, domicilio y fecha de nacimiento.

7.2.- Cuando se trate de extranjeros, deberán acreditar su identidad, nacionalidad, domicilio y fecha de nacimiento a través del pasaporte.

Artículo 8º Impleméntese el C.A.B.E.S. como elemento necesario y obligatorio para el inicio del procedimiento admisión de pacientes con cobertura de los entes de cobertura de salud, facturación y repetición válido, para todos los casos de prestaciones ambulatorias de pacientes en los efectores municipales, ello sin perjuicio de la documentación adicional que se pueda requerir en cada caso en particular.

Se encuentran exceptuados de la confección del C.A.B.E.S., los casos de beneficiarios con cobertura atendidos por el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (S.I.E.S.), debiendo en ese supuesto el responsable de la atención de urgencia en la vía pública, acompañar obligatoriamente una copia de la Historia Clínica Pre hospitalaria.

Artículo 9º A los efectos de la procedencia de la facturación y cobro de las prestaciones brindadas, los efectores no estarán limitados a aquellas prestaciones médico asistenciales establecidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente conforme Resolución nro. 201/2002 del Ministerio de Salud de la Nación. Para la facturación de prestaciones no incluidas en el Nomenclador o su homólogo, el efector deberá solicitar al ente de cobertura de salud el trámite de excepción correspondiente.

Artículo 10° Recepcionados por el C.U.F. los C.A.B.E.S. enviados por los efectores municipales, o el legajo documental en su caso, se da inicio formal al procedimiento administrativo de repetición, debiendo éste dar curso al procesamiento, clasificación y ajustes que pudieren ser necesarios para la emisión de la factura correspondiente.

Artículo 11° Facturación: la facturación se efectuará según los siguientes criterios:

11.1.- En atención ambulatoria de urgencias realizadas en los espacios de guardia, así como en atención ambulatoria programada, el efector municipal no efectuará notificación a los entes de cobertura de salud en los casos de consultas, prácticas de diagnóstico y tratamiento o prestaciones de baja o mediana complejidad.

11.2.- En caso de internación, se notificará a los entes de cobertura de salud dentro de los 4 días hábiles computados a partir del primer día hábil posterior a la admisión.

11.3.- En internaciones prolongadas no será necesario para facturar emitir una nueva notificación a la efectuada en el momento de la admisión.

11.4.- En los supuestos de internaciones y/o prácticas en las que deban realizarse métodos o procedimientos de alta complejidad, no previstos en los alcances de la notificación, el efector deberá cursar una nueva notificación al ente de cobertura de salud, bajo apercibimientos en caso de falta de respuesta de tener por autorizadas las prácticas y/o internaciones notificadas.

11.5.- La documentación para la acreditación de las prestaciones brindadas, será la siguiente:

11.5.1.- El formulario C.A.B.E.S. con su documentación complementaria, cuando corresponda.

11.5.2.- La historia clínica pre hospitalaria, en los casos de traslados y asistencias efectuados por el S.I.E.S.

11.6.- En el caso de internación, se deberá conformar un legajo con la siguiente documentación, conforme las demás disposiciones de la presente reglamentación:

11.6.1.- Copia de notificación cursada a los entes de cobertura de salud,

11.6.2.- Copia del parte quirúrgico,

11.6.3.- Copia del parte de anestesia,

11.6.4.- Epicrisis o resumen de HC completo, con firma y sello o firma digital.

11.6.5.- En caso de nacimiento se deberá incluir, además de los datos de la madre, los del recién nacido,

11.6.6.- Copia del acta de auditoría conjunta.

Artículo 12° Módulos de facturación: los diferentes módulos se facturan según los siguientes criterios:

12.1.- Módulo Consulta de Guardia y Pre hospitalaria: la consulta representará el 10% (valor de la consulta IAPOS convenio clínica y sanatorios, vigente x 1.5), Bioquímico 1%, materiales descartables 4%, Medicamentos 13%, Prácticas emergentes 72%. Este se facturará

de esta manera si el paciente persiste hasta 12 horas. Pasado este tiempo de permanencia se facturará como internación independientemente que se encuentre en el espacio de guardia.

12.2.- Módulo Consulta Programada: se facturará al 50% del valor del de guardia.

Artículo 13º Notificación:

13.1.- Una vez que la factura es remitida a los entes de cobertura de salud, bajo registro de envío (correo electrónico o notificación en formato papel, según corresponda) los mismos deberán satisfacer el pago total de lo facturado dentro de los sesenta (60) días corridos.

13.2.- En el caso de personas con cobertura de salud pública exclusiva que tuvieran residencia legal en otras provincias, se gestionará la facturación y cobranza por ante los respectivos gobiernos provinciales, de acuerdo a lo que en cada caso corresponda.

13.3.- Cuando se trate de personas sin cobertura de salud que tuvieran residencia temporal o permanente en el país, serán contemplados conforme el criterio de reciprocidad y por tanto, reciben el mismo trato en los términos establecidos por la Ley Nacional N° 25.871; mientras que por la atención a las personas con residencia transitoria, el recupero de costos deberá ser tramitado por ante el Estado Nacional que haya otorgado la ciudadanía o la residencia permanente o temporarios o transitorios de conformidad con la citada Ley Nacional N° 25.871.

Artículo 14º Impugnaciones: Los entes de cobertura de salud notificados podrán efectuar impugnaciones u observaciones y/o solicitud de informes dentro de los quince (15) días hábiles de recibida la factura.

14.1.- Solo serán admitidas cuando se detalle en la presentación de la misma: el beneficiario con sus datos de identificación (nombre, apellido, tipo y número de documento), el motivo de la observación o impugnación, y la fundamentación, con documentación acreditante si correspondiere. Ante esta situación podrá el ente de cobertura de salud erogar el pago con las deducciones observables, las que luego de analizadas de manera conjunta se confirmarán y/o se pagarán por complementaria.

14.2.- Las observaciones y/o impugnaciones que se refieran a aspectos administrativos, serán resueltas por el C.U.F.

14.3.- En los casos de observaciones o impugnaciones de carácter médico o asistencial, que pudieran requerir revisión de información clínica o datos protegidos de los afiliados, el C.U.F. podrá requerir documentación ampliatoria al efector involucrado.

14.4.- En caso de solicitarlo el ente de cobertura de salud y de considerarlo pertinente, el C.U.F. podrá realizar una auditoría compartida, cuyo resultado será expresado en un acta. Sin perjuicio de lo cual es atribución del C.U.F. evaluar y aceptar o rechazar total o parcialmente toda impugnación médica y/u operativa realizada por los entes de cobertura.

Artículo 15º Gestión de deuda. Reclamo.- Si las facturas emitidas y debidamente notificadas a los entes de cobertura de salud según los plazos establecidos no fueran canceladas, el C.U.F. procederá a formalizar la intimación fehaciente de pago dentro de los cinco (5) días hábiles.

Artículo 16º.- El C.U.F. podrá impulsar instancias de negociación con los entes de cobertura de salud, respecto de los cuales se hubieren emitido facturas y se encontraran impagas, a fin de hacer efectivo el cobro. Para los casos que se acuerden pagos en cuotas, se aplicará un interés equivalente a la tasa activa del Banco de la Nación Argentina. Si el monto del ofrecimiento de la obligada al pago fuere inferior al 75% del capital adeudado con su actualización, y aquella fuere una compañía de seguros, el C.U.F. deberá remitir las actuaciones con todos sus antecedentes a la Dirección de Asuntos Jurídicos a fin de que dictamine sobre el particular, previo a la suscripción del acta acuerdo correspondiente, conforme lo dispuesto por el artículo 3º de la ordenanza nro. 3651.

Artículo 17º.- Encomiéndese al Secretario de Salud Pública la facultad conferida por el artículo 3º de la ordenanza nro. 3651.

Artículo 18º.- Remisión para gestión judicial: Efectuada la intimación prevista en el artículo 15º, y fracasada la gestión de cobranza de las facturas impagas, el C.U.F. deberá remitir la totalidad de las actuaciones a la Dirección General de Asuntos Jurídicos a los fines de emitir dictamen de responsabilidad civil en los términos del art. 2 de la Ordenanza 3651, valorando la conveniencia de la gestión del cobro judicial correspondiente. A tales fines, el C.U.F. deberá generar el correspondiente expediente administrativo, el cual contendrá la documentación respaldatoria necesaria para el inicio de la gestión judicial de cobro.

El C.U.F. deberá arbitrar los medios necesarios que posibiliten el envío de las actuaciones en un plazo razonable que garantice la promoción de las acciones judiciales en tiempo y forma, asumiendo en caso contrario la responsabilidad derivada de la imposibilidad del recupero por prescripción de la acción.

Artículo 19º.- Gestión de Cobro Judicial: recepcionado el expediente administrativo, la Dirección General de Asuntos Jurídicos, realizará las gestiones que estime convenientes para lograr el recupero de las facturas impagas, evaluando la conveniencia de promover instancias de cobro extrajudicial como paso previo al inicio de la acción judicial de recupero.

Artículo 20º.- Deróganse los decretos nro. 2569/1990, 470/1992, 640/1997, 1343/1997, 2543/2008, la resolución de la Secretaría de Salud Pública nro. 66/1997, y toda otra disposición que se contraponga a lo establecido en el presente.

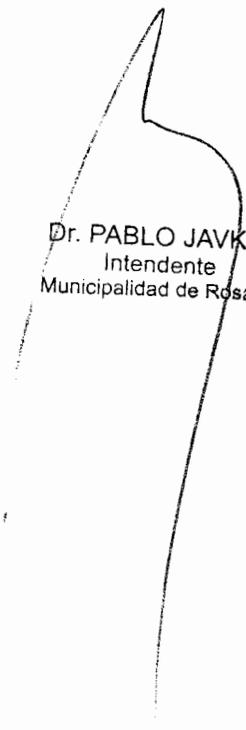
Artículo 21°.- DÉSE a la Dirección General de Gobierno, insértese, publíquese en el Boletín Oficial Municipal Electrónico y comuníquese.



Dra. MARÍA SOLEDAD RODRÍGUEZ
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
MUNICIPALIDAD DE ROSARIO



Dra. JULIANA CONTI
Subsecretaria Legal y Técnica
Municipalidad de Rosario



Dr. PABLO JAVKIN
Intendente
Municipalidad de Rosario

ANEXO I



Municipalidad
de Rosario

COMPROBANTE DE ATENCIÓN DE BENEFICIARIOS DE ENTES DE SALUD - CABES	FECHA		

HOSPITAL

DATOS DEL BENEFICIARIO

APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	N° DE DOCUMENTO
	LE	
	CUIT/CUIL	

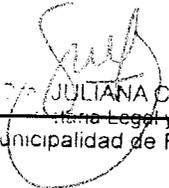
OBRA SOCIAL		CÓDIGO	
CUIT/CUIL DE LA EMPRESA		CONDICIÓN	
		SITUACIÓN	

TIPO DE ATENCIÓN		FECHA			
MODULO CONSULTA DE GUARDIA					
MODULO CONSULTA PROGRAMADA					

DIAGNÓSTICO EGRESO	CIE-10	OTRO DIAGNÓSTICO

FIRMA DE MÉDICO TRATANTE	FIRMA MÉDICO AUDITOR	FIRMA DEL BENEFICIARIO/ RESPONSABLE

Dr. PABLO JAVKIN
INTENDENTE
Municipalidad de Rosario


JULIANA CONTI
Abogada Legal y Técnica
Municipalidad de Rosario


Dra. MARÍA SOLEDAD RODRÍGUEZ
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
MUNICIPALIDAD DE ROSARIO