

**NUEVO INSTRUCTIVO REQUERIMIENTO JUDICIAL DE PAGO DE PRESTACIONES ADEUDADAS A TRAVÉS DE FISCALÍA DE ESTADO**

**A) REGLAMENTACION**

- Ley XVII – N° 17 (Antes Ley 2.925)
- Decreto 352/09 reglamentada por Resolución N° 1438 del 13 de Mayo del 2021, registro del Ministerio de Salud Pública.

**B) PROCEDIMIENTO**

- 1) Factura vencida según Decreto Presidencial N°26/2017 (30 días de presentada la factura fiscal), se envía carta documento, intimando el pago de lo adeudado, con un plazo razonable de días para que efectivice. (NO ES OBLIGATORIO LA IDEA ES DARLE TIEMPO PARA QUE PAGUE, SIN IR A JUICIO)
- 2) Si se trata de una factura de alguna Compañía de Seguros que abonó la Obligación Legal Autónoma (OLA), pero adeuda el saldo de la prestación, se envía carta documento dando un plazo de pago también. (IDEM PUNTO ANTERIOR). Se adjuntan todos los reclamos efectuados por los distintos medios.
- 3) Vencido plazo de envío de carta documento (SI NO SE EXPRESA PLAZO, LO LEGAL ES 5 CINCO DIAS HABILES), según fecha de entrega en constancia de recepción enviada por el correo y sin haber obtenido respuesta de pago, se procede a solicitar número de expediente a mesa de entrada caratulado “ S/REQUERIMIENTO JUDICIAL DE PAGO DE PRESTACIONES ADEUDADAS POR .....”.O “CERTIFICADO DE DEUDA N° .....OBRA SOCIAL .....
- 4) Se emite:
  - Liquidación final de Deuda, (donde se calcula el total de la deuda, que debe coincidir con el del Certificado de Deuda”
  - Disposición del Director del Efector de aprobación de Emisión y registro del Certificado de Deuda (el expediente debe contener **DOS ORIGINALES**, uno en el expediente y otro suelto para que se envíe a la Fiscalía de Estado, a través de la Dirección de Arancelamiento Hospitalario)
  - Certificado de Deuda (el expediente debe contener **DOS ORIGINALES**, ídem punto anterior)
- 5) Solicitar número de Expediente en mesa de Entradas del Efector, o en la Dirección de Zona de Salud, si no tiene código y no hace carátula, el hospital.
- 6) Se registra en Libro de Registro de Certificados de Deudas, habilitado por la Dirección de Arancelamiento Hospitalario, oportunamente. (La fecha de estos instrumentos administrativos deben ser posterior al vencimiento de la carta documento del punto 1) y 2)
- 7) Se procede a envío de Carta Documento donde se comunica a la entidad deudora que por “Disposición N° .....registro del Hospital Nivel .....se ha autorizado la Emisión del Certificado de Deuda N° ....., que se transcribe a continuación: SE TRANSCRIBE TODO EL CERTIFICADO DE DEUDA. Se esperan 20 (VEINTE) días hábiles, y a partir del día veintiuno, en caso de NO obtener una respuesta de pago, se arma y envía el expediente a la Dirección de Arancelamiento Hospitalario.
- 8) En caso de rechazos de DEBITOS efectuados por la Obra Social y que el Hospital considera que no es procedente, con fundamentos legales, y la obra social envía rechazos a través de

cartas documentos, el hospital debe contestar TODAS las cartas documentos, a través del mismo medio, y rechazar, en ese caso la última carta documento debe esperar a que respondan –la obra social- 30 (treinta) días hábiles antes de hacer el expediente para el inicio del trámite judicial. De tal modo se agota la vía administrativa.

9) En la DIRECCIÓN DE ARANCELAMIENTO HOSPITALARIO se recibirá el expediente, y luego de verificar todos los documentos que contiene, se procederá a extraer los ORIGINALES DE:

- La DISPOSICIÓN emitida de la Dirección del Efector, donde autoriza la EMISION y registro, del Certificado de Deuda.
- Del CERTIFICADO DE DEUDA.
- La CARTA DOCUMENTO donde el Hospital comunica el dictado de la Disposición del Director que autoriza la emisión del Certificado.
- El ACUSE DE RECIBO de la Carta Documento.
- De todas las CARTAS DOCUMENTOS que mande la obra social con posterioridad alegando rechazos.
- De todas las CARTAS DOCUMENTOS que responda el Hospital.
- De los ACUSES DE RECIBOS de la/s Carta/s Documento enviada/s
- La Clave Bancaria Uniforme (CBU) y denominación de la Cuenta Corriente Bancaria, donde se administran los fondos del recupero de costos por atención a pacientes con cobertura.

**TODA LA DOCUMENTACION MENCIONADA EN LOS PUNTOS QUE ANTECEDEN DEBE VENIR EN ORIGINAL Y EN UN FOLIO, ASI SE EXTRAE Y SE DEVUELVE EL EXPEDIENTE AL EFECTOR DE ORIGEN..**

C) **EXPEDIENTE** se adjunta la siguiente documentación:

- Nota elevación a la Dirección de Arancelamiento Hospitalario.
- Duplicados originales de las facturas que conforman la deuda total: (solicitar a Contaduría o Facturación, o a quien realice la facturación)
- Documentos certificados que respaldan a cada factura. (en nota de elevación se puede aclarar “se adjunta la siguiente documentación que corresponden a copia autenticada de su original” para no hacer copia fiel hoja por hoja de toda esta documentación)
- Ambulatorio: presupuesto firmado por Jefe Arancelamiento con o sin Anexos II (Constancia inscripción de afiliación, No pedido medico, NO DNI )
- Internados : Presupuesto firmado por Jefe de Arancelamiento mas Anexo II (Res. N° 635/15 reg. Ministerio de Salud de la Nación), aviso de internación y constancia de envío del Aviso de Internación por email o fax (NO va informe estadístico de hospitalización, SI constancia inscripción de afiliación, SI pedido medico, SI DNI fotocopia)
- Reclamos de la deuda al obligado: carta documento FOTOCOPIA con constancia de recepción, también en FOTOCOPIA. Vale adjuntar copia de nota enviada y recepcionada con sello de entrada en Obra Social y/o Compañía de Seguro; Correo electrónico enviado pero solo si tiene una respuesta vale de medio de prueba de reclamo.
- Liquidación Final de deuda: Igual o anterior a fecha que el Certificado de Deuda

- DOS ORIGINALES DE DISPOSICION del Director que autoriza la Emisión: fecha igual o anterior al Certificado de Deuda. Si esta dado de alta en la plataforma online de la Superintendencia de Servicios de Salud, escribir el penúltimo QUE como está en el modelo de Disposición.
- Copia fiel de Registro del Certificado de Deuda, en Libro de Registro de Certificados de Deuda.
- DOS ORIGINALES DE CERTIFICADO DE DEUDA fecha igual a la Liquidación Final de Deuda
- Copia Fiel Resolución Decreto 352/09 y Resolución 1438/21 registro del Ministerio de Salud Pública.
- Original de “Actualización Critica de la Cuenta Corriente” del Sistema Solidario de Salud N°..... es válida la que tenga fecha de emisión del año en que se confecciona el expediente.
- Original de Constancia de Clave Bancaria Uniforme (CBU) de la Cuenta corriente del Sistema Solidario de Salud.
- CARTA DOCUMENTO A LA ENTIDAD DEUDORA, DONDE SE COMUNICA Y TRANSCRIBE EL CERTIFICADO DE DEUDA., FOTOCOPIA.
- Carta documento de respuesta del obligado original: en caso de que exista.
- Carta/s documento de respuesta del Hospital, a la obra social, FOTOCOPIA y también de ACUSE DE RECIBO.
- Una vez verificado el Expte en la Dirección de Arancelamiento Hospitalario, se firmara el/los Certificado/s de Deuda, se extraerán los originales de: los documentos que se detallan en el punto 9) y se devolverá a origen el EXPEDIENTE. para su reserva y custodia.

SE ACLARA QUE TODOS LOS DOCUMENTOS DEBEN CONTENER LA LEYENDA EN LA PARTE SUPERIOR DE LA HOJA, APROBADA CADA AÑO, COMO ASI TAMBIÉN LAS DISPOSICIONES DE LA DIRECCION DEBEN CUMPLIR CON EL MODELO APROBADO EN EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS (aprobado por Decreto Provincial N° 1112/2000)

## **MODELOS DOCUMENTACION**

### **1- CARTA DOCUMENTO (modelo de texto)**

Me dirijo a Uds. , a los efectos de solicitar el **ABONO** de las siguientes Facturas por atención medica a v/afiliados y que a la fecha según nuestros registros figuran impagas :

N° FISCAL	FACTURA	MONTO FACTURA	FECHA EMISION	FECHA RECEPCION EN OBRA SOCIAL

Por ello , se peticiona formalmente , y apelando a su buena predisposición , abonen dichos montos dinerarios en el plazo de .....días contados a partir de su recepción

Las facturas detalladas han sido tramitadas, acorde a las normas legales vigentes, en caso de silencio, evasiva o rechazo al cumplimiento de la misma, me veré obligado a elevar las

presentes actuaciones a Fiscalía de Estado de la Provincia de Misiones, para el debido proceso de ejecución .-

**QUEDAN UDS. , DEBIDAMENTE NOTIFICADOS.-**

Firma y sello aclaratorio del Director

**2- NOTA DE ELEVACION**

**POSADAS, .....**

**Ref. Expte. ....-/2022 caratulado: "HOSPITAL .....**

**S/Requerimiento judicial de pago de prestaciones adeudadas**

**Por .....C.D.Nº ...../2022 de \$ .....**

**SEÑORA DIRECTORA**

ELEVO a Ud. solicitud de requerimiento judicial de pago de prestaciones adeudadas por.....(nombre completo del deudor), en virtud de la Dispuesto por la Ley XVII Nº 17, el Decreto Provincial Nº 352/09 reglamentada por Resolución Nº 1438/2021, registro del Ministerio de Salud Publica. En cumplimiento de este último, se adjunta la siguiente documentación que corresponden a copias autenticadas de sus originales:

- Duplicados original de las Facturas que conforma la deuda. Fs..
- Reclamos de la deuda al obligado. Fs.
- Liquidación Final de deuda Fs.
- DOS ORIGINALES DE Disposición de Emisión Fs.
- Copia fiel de Registro del Certificado de Deuda Fs.
- DOS ORIGINALES DE Certificado de Deuda Nº 00/2022. Fs.
- Copia de Decreto 352/09 y Resolución Nº 1438/2021 reg MSP de Fs.... a Fs.....
- Original de "Actualización Critica de la Cuenta Corriente" del Sistema Solidario de Salud Nº ..... Fs.
- Clave Bancaria Uniforme (CBU) de la cuenta bancaria del Sistema Solidario de Salud. Nº ..... Fs. DOS ORIGINALES O COPIAS
- CARTA DOCUMENTO ORIGINAL Y COPIA EN EL EXPEDIENTE de Comunicación de Disposición y transcripción del Certificado de Deuda Fs.

ACUSE DE RECIBO ORIGINAL Y COPIA EN EL EXPEDIENTE

Sin otro particular, saludo a Usted muy atentamente.

**SEÑORA DIRECTORA DE  
ARANCELAMIENTO HOSPITALARIO  
C.P. MYRIAM SUSANA BALMACEDA  
SU DESPACHO**

XX/ xxx consta de ...fs útiles

Firma y sello de Gerente Administrativo o Director



PROVINCIA DE MISIONES  
Ministerio de Salud Pública

Posadas, Misiones (fecha).-

### 3 - LIQUIDACION FINAL DE DEUDA

#### Organismo deudor

- Razón Social:
- C.U.I.T.:
- Dirección:
- Provincia: (CP )

De las constancias administrativas surge el siguiente detalle deuda liquida y exigible, en concepto de servicios médicos asistenciales prestados.

PERIODO PRESTACION	Nº FACTURA FISCAL	MONTO FACTURA	FECHA EMISION	FECHA RECEPCION

- **Importe de las prestaciones:** \$0.00 (pesos cero con 00/100 centavos).-
- **Débitos** \$ 0,00
- **Pago Parcial:** \$ 0,00 (pesos cero con 00/100 centavos).-
- **Deuda Total:** \$0.00 (pesos cero con 00/100 centavos).-

#### 4 - CERTIFICADO DE DEUDA (Anexo II de la Resolución Nº 1438/21 REG MSP DE LA PCIA)

(Leyenda aprobada por ley cada año)

#### CERTIFICADO DE DEUDA Nº.....

Razón Social.....  
C.U.I.T.....  
Dirección.....  
Localidad.....  
Provincia.....

Los que suscriben, Sr/a. ...., en su carácter de Director y Sr/a. ....como Gerente Administrativo del HOSPITAL NIVEL .....y la SEÑORA CONTADOR PUBLICO NACIONAL MYRIAM SUSANA BALMACEDA, en carácter de Directora de Arancelamiento Hospitalario, del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones, CERTIFICAMOS que .....C.U.I.T. Nº/C.U.I.L. Nº ..... con domicilio en.....la ciudad de .....provincia de ....., Adeuda a esta Institución Hospitalaria la suma de pesos (en letras)...\$ (en números)....., como deuda liquida y exigible, a la fecha de emisión del presente Certificado, en concepto de servicios médicos asistenciales prestados a/los -beneficiario/s - afiliado/s -asegurado/s, conforme surgen de las constancias

administrativas contables obrantes en el expediente N°.....según el siguiente detalle:

- Factura N° ..... Fecha...../...../.....
- Importe de la Prestación \$.....
- Pago Parcial (\$.....)
- Débitos (\$.....)
- Deuda Total \$.....

**SON PESOS**.....

El presente CERTIFICADO, consta de fojas (...) y tiene el carácter de TITULO EJECUTIVO en virtud a lo dispuesto por la Ley XVII - N° 17 y el Decreto Provincial N° 352/2009. Hallándose el deudor obligado al pago, por normativas mencionadas anteriormente.-----

Se expide el presente Certificado, en la Ciudad de.....Provincia de Misiones, a los.....días del mes de.....de.....-----

Firma Gerente/Responsable Administrativo

Firma y sello aclaratorio del Director

**5 – DISPOSICION N° .....**

**VISTO:**

La deuda que mantiene la Obra Social....., con el Hospital Nivel .....y que asciende a la suma de \$ ....., y;

**CONSIDERANDO**

**QUE**, el Hospital ha realizado las presentaciones a la Obra Social .....y se han verificado las actuaciones que avalan las facturas pendientes de pago, que constituye la base para la emisión del Certificado de Deuda;

**QUE**, por Resolución N° 1438/2021 reg del Ministerio de Salud Pública, se establece el procedimiento y los requisitos para realizar la presentación judicial a fin de intimar al pago de los montos adeudados por las prestaciones realizadas y presentadas;

**QUE**, el Anexo I de la Resolución N° 1438/2021 determina el procedimiento para la emisión del Certificado de Deuda, el cual establece que debe ser autorizada por Disposición de la Autoridad Superior;

**QUE**, el efector se ha dado de alta en la plataforma creada en la Superintendencia de Servicios de "Salud, dando cumplimiento a la Resolución N° 584/21 registro de la Superintendencia de Servicios de Salud; (SOLO SI ESTA DADO DE ALTA EN PLATAFORMA)

**QUE**, no existe objeción al respecto, por lo que corresponde el dictado del instrumento legal pertinente;

**POR ELLO:**

**EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL.....**

**D I S P O N E:**

**ARTICULO 1°:** **AUTORÍCESE** la emisión del/los Certificado/s de Deuda N° 000/2020 para la Obra Social (O LA ENTIDAD DEUDORA).....por un total de deuda liquida y exigible de \$0000,00 (pesos.....con 00/100 centavos) a favor del Hospital Nivel.....según el siguiente detalle:

<b>N° CERTIFICADO</b>	<b>DE</b>	<b>N° FACTURA</b>	<b>IMPORTE ADEUDADA</b>	<b>PRESTACION</b>
<b>TOTAL</b>				

**ARTICULO 2°:** **ENCOMIENDASE** a la Gerencia Administrativa o al responsable del área Administrativa a cumplimentar con los requisitos para la presentación del/los Certificado/s detallados en el Artículo N° 1 de la presente Disposición.

**ARTICULO 3°** **REGISTRESE**, Comuníquese, tomen conocimiento: Gerencia Administrativa Contable, División Arancelamiento, Dirección de Arancelamiento Hospitalario del Ministerio de Salud Pública y Fiscalía de Estado de la Provincia de Misiones. Cumplido. ARCHÍVESE.

Firma y sello aclaratorio del Director

**6 – CARTA DOCUMENTO**

Por la presente se comunica que por Disposición N° ...../..... Registro del Hospital .....el Director ha autorizado la Emisión del/los Certificado/s de Deuda que se transcribe/n a continuación “TRANSCRIBIR TODO EL/LOS CERTIFICADOS DE DEUDA”

**QUEDAN UDS., DEBIDAMENTE NOTIFICADOS.-**

Firma y sello aclaratorio del Director

**TRANSCURRIDOS LOS 20 (VEINTE) DIAS HABILES DE LA RECEPCION DE LA CARTA DOCUMENTO DONDE SE TRANSCRIBE EL/LOS CERTIFICADOS DE DEUDA (A PARTIR DEL DIA 21 VEINTIUNO) SE PROCEDE A ENVIAR EL EXPEDIENTE A LA DIRECCIÓN DE ARANCELAMIENTO HOSPITALARIO PARA EL INICIO DEL REQUERIMIENTO JUDICIAL.**