

DECRETO N.º 126/2014

Fecha: Ciudad de Buenos Aires, 3/04/2014.

Fecha de publicación: B.O. 08/04/2014.

VISTO:

Las Leyes N° 153 y N° 2.808, los Decretos N° 208/01, N° 1.566/08 y N° 194/11, la Resolución N° 1772/SHYF/2004, y el Expediente Electrónico N° 2013-3812223-MGEYA/DGLTSSASS, y;

CONSIDERANDO:

Que el artículo 20 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires garantiza el derecho a la salud integral, que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente, considerando al gasto público en salud como una inversión social prioritaria;

Que el artículo precitado establece que se deben asegurar, a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad, entendiéndose por gratuidad en el área estatal que las personas quedan eximidas de cualquier forma de pago directo, rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades, de igual modo se procede con otras jurisdicciones;

Que la Ley N° 2.808 establece un procedimiento especial administrativo y el proceso judicial aplicable para el cobro ejecutivo de prestaciones brindadas a personas con cobertura social o privada, por la red de efectores públicos de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los respectivos entes de cobertura de salud, de conformidad con el precepto constitucional citado y las previsiones de los artículos 43, 45 y 46 de la Ley N° 153;

Que aquella norma prevé en su artículo 2° que los efectores deben facturar a los entes de cobertura de salud públicos, sociales o privados las prestaciones que realicen a los beneficiarios de las mismas, debiendo la gestión de identificación, facturación y cobro de las prestaciones de los efectores estar a cargo de la Agrupación Salud Integral (ASI), quien realiza esa tarea por cuenta y orden de los efectores dependientes del Ministerio de Salud de la Ciudad;

Que mediante el Decreto N° 1.566/08 se aprobó la reglamentación de la citada Ley, así como los modelos de intimación de pago y de certificado de deuda;

Que el precitado Decreto fue modificado por su similar N° 194/11, mediante el cual se creó el cuerpo de mandatarios para el cobro judicial de las deudas originadas en prestaciones médicas brindadas por efectores públicos a personas con cobertura social o privada en sede judicial;

Que la experiencia recogida en el proceso de implementación y aplicación de la Ley N° 2.808 aconseja introducir modificaciones al régimen aplicable, con el objeto de optimizar la implementación, eficacia y eficiencia del procedimiento adoptado;

Que en este contexto es prioritaria para el Gobierno de la Ciudad la pronta, correcta y oportuna transferencia de las sumas recibidas en concepto de cobranzas de prestaciones médicas realizadas por dichos efectores a las cuentas escriturales de los Hospitales;

Que en este orden de ideas surge la necesidad de modificar el procedimiento de presentación y cobro de las facturas realizadas a los diversos entes de cobertura de salud, así como la agilización en la presentación de la documentación respaldatoria necesaria, las notificaciones a los financiadores y la auditoría conjunta;

Que asimismo es también de gran relevancia mejorar y optimizar los métodos de recupero de prestaciones médicas de los efectores públicos a entes de cobertura de salud, tanto en la gestión judicial como la extrajudicial;

Que por lo expuesto y teniendo en cuenta las modificaciones y cambios a introducir en el régimen en estudio, corresponde adecuar la totalidad del plexo reglamentario a los fines de una mejor y mayor certidumbre normativa que garantice la eficiencia en la regulación aplicable, siendo por ello recomendable derogar el Decreto N° 1.566/08;

Por ello, en uso de las atribuciones conferidas por los artículos 102 y 104 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires,

EL JEFE DE GOBIERNO

DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

DECRETA

Artículo 1°.- Apruébase la reglamentación de la Ley N° 2.808, que como Anexo I (IF-2014-03332181- DGLTSSASS) integra el presente Decreto.

Artículo 2°.- Apruébase el “Comprobante de Atención de Beneficiarios de Entes de Cobertura de Salud“, que como Anexo II (IF-2014-03320408-DGLTSSASS) integra el presente Decreto.

Artículo 3°.- Apruébase el modelo de “Intimación de Pago“ a los efectos previstos por el artículo 4° de la Ley N° 2.808, el que como Anexo III (IF-2014-03332268-DGLTSSASS) integra el presente Decreto.

Artículo 4°.- Apruébase el modelo de “Certificado de Deuda“ a los efectos previstos por el artículo 5° de la Ley N° 2808, el que como Anexo IV (IF-2014-03320659-DGLTSSASS) integra el presente Decreto.

Artículo 5°.- Apruébase el modelo de “Consentimiento Informado para uso de documentación médica en el marco de la Ley N° 2.808“, el que como Anexo V (IF-2014-03320733-DGLTSSASS) integra el presente Decreto.

Artículo 6°.- Apruébase el procedimiento para formación y emisión de Comprobantes de Recupero de Gastos de las prestaciones realizadas a pacientes con cobertura médica pública, social o privada, que deberán cumplir los Efectores Públicos de Salud dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el que como Anexo VI (IF-2014-03320379-DGLTSSASS) integra el presente Decreto.

Artículo 7°.- Derógase el Decreto N° 1.566/08.

Artículo 8°.- Deróganse los artículos 45 y 46 del Decreto N° 208/01.

Artículo 9°.- El Cuerpo de Mandatarios para el cobro judicial de las deudas originadas en prestaciones médicas brindadas por efectores públicos a personas con cobertura social o privada en sede judicial, se rige por lo dispuesto por el Decreto N° 194/11.

Artículo 10.- El presente Decreto es refrendado por la señora Ministra de Salud, por el señor Ministro de Hacienda y por el señor Jefe de Gabinete de Ministros.

Artículo 11.- Publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, comuníquese al Ministerio de Hacienda y a la Procuración General de la Ciudad de Buenos Aires y, para su cono cimiento y demás efectos, remítase al Ministerio de Salud. Cumplido, archívese. MACRI - Reybaud - Grindetti - Rodríguez Larreta

ANEXO I

Artículo 1°.- Se considera entes de cobertura de salud, públicos, sociales o privados, en los términos de la Ley N° 2.808, a las obras sociales inscriptas en el Registro Nacional de Obras Sociales Nacionales creado por las Leyes Nacionales N° 23.660 y N° 23.661, las Obras Sociales e Institutos Provinciales, las entidades de medicina prepaga, de seguros, aseguradoras de riesgos del trabajo, de medicina laboral, mutuales, entidades análogas y, en general, los entes de cualquier naturaleza jurídica, pública o privada, que tengan a su cargo la cobertura de servicios de salud para personas físicas o beneficiarios, quienes tendrán garantizado el acceso universal y libre a todo el sistema del subsector estatal de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el caso de personas sin cobertura de salud que tuvieren residencia en otras Provincias, se identificarán y, en su caso, se cobrará a los respectivos gobiernos provinciales de acuerdo a lo que en cada caso corresponda o se convenga.

En el caso de personas sin cobertura de salud que tuvieren residencia en el extranjero, se identificarán y, en su caso, se cobrará al Estado Nacional de conformidad con lo establecido en la Ley Nacional N° 25.871.

Las prestaciones a las que refiere el artículo que por la presente se reglamenta son todas aquellas que brindan los distintos niveles de atención de la salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 153.

Artículo 2°.- Es responsabilidad de cada Efector Público de Salud dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires –en adelante, el Efector- la individualización del Ente de Cobertura de Salud responsable del pago del arancel de las prestaciones brindadas a sus beneficiarios.- Sin perjuicio de lo expuesto, los Efectores adoptarán las medidas pertinentes para individualizar en cada caso al responsable por el pago de la facturación por los servicios brindados, conforme se prevé en el Anexo VI.

Los pacientes o sus representantes legales deberán autorizar a presentar copia de las epicrisis y/o estudios realizados junto con la facturación para obtener el cobro de las prestaciones que se le brinden, en caso de corresponder. Dicha autorización se hará conforme lo establece el Anexo V El procedimiento para información, autorización y

facturación de prestaciones a Entes de Cobertura de Salud, que deberán cumplir los Efectores para la actividad de detección, facturación y cobro de facturas a los Entes de Cobertura de Salud en el marco de la Ley N° 2.808 se realizará conforme se establece en el Anexo VI.

La Agrupación Salud Integral tendrá las siguientes funciones y responsabilidades:

- a. Dictará su propio reglamento de funcionamiento del sistema de recupero económico de prestaciones de acuerdo a lo establecido por los artículos 43, 45 y 46 de la Ley N° 153 y por la Ley N° 2.808.
- b. Designará su propia estructura orgánica funcional para el cumplimiento de las tareas encomendadas.
- c. Realizará el control interno para la evaluación del funcionamiento de los sistemas de facturación y cobranza y la coordinación de las acciones entre los distintos responsables para lo cual deberá contar con auditorías externas de supervisión para sugerir medidas, acciones y establecer parámetros de eficiencia.
- d. Verificará que la facturación que se emita se ajuste a los criterios normativos legales y contables establecidos por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- e. Efectuará la verificación y certificación de los ingresos producidos por los comprobantes de recupero de gastos, notas de crédito, notas de débito y recibos emitidos.
- f. Realizará la consolidación de las deudas históricas, generadas a partir de la entrada en vigencia de la actividad objeto de esta reglamentación, que mantienen cada uno de los Entes en concepto de recupero de las prácticas médicas, odontológicas y otras que se hubieran llevado a cabo a favor de las personas con cobertura social o privada.
- g. Será la encargada de asistir técnicamente a los Efectores y demás dependencias del Ministerio de Salud.

La Agrupación Salud Integral será la responsable de la gestión de facturación y cobranza, que por el presente se instrumenta en un todo de acuerdo a la Ley N° 2.808.

Conforme su estructura jurídica y características funcionales, la Agrupación Salud Integral podrá contratar con terceros aquellas tareas encomendadas en la Ley N° 2.808 que crea conveniente.

Artículo 3°.- Las coberturas y prácticas prestadas en favor de los particulares beneficiarios de entes de cobertura de salud, de acuerdo a los distintos niveles de atención previstos en la Ley N° 153, serán facturados por los Efectores tomando en cuenta para su valorización, el Nomenclador de Prestaciones de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, vigente al momento de la prestación. Ese Nomenclador deberá ser actualizado por el Ministerio de Salud cada cuatro (4) meses como mínimo.

Todo aquello no contemplado en el Nomenclador de Prestaciones de Salud, podrá facturarse por homologación, con información a la Comisión Permanente de Actualización del Nomenclador del Ministerio de Salud, con el fin de evaluar su incorporación en futuras modificaciones del mismo.

Operado el vencimiento del plazo de pago de la factura emitida por la ASI, a los treinta (30) días corridos desde la recepción de la factura, la Agrupación Salud Integral podrá extender por un plazo de otros treinta (30) días corridos la posibilidad de satisfacer el pago total de lo facturado sin intereses.

Transcurrido dicho término, comienza a computarse el plazo de cobro extrajudicial de treinta (30) días, en el que los Entes de Cobertura de Salud deberán cancelar el total de la factura, con más un interés calculado desde la fecha de vencimiento del plazo de pago originario. La tasa de interés a aplicar será la misma que se prevé en la normativa vigente para las deudas Tributarias en mora (Resolución N° 1.772/SHyF/04, y sus normas complementarias).

Artículo 4°.- Las presentaciones de observaciones e impugnaciones sólo se considerarán válidas cuando en las mismas se detalle el beneficiario que motiva la observación o impugnación, a qué comprobante de recupero de gastos y a qué Efector son imputables. Si faltare cualquiera de estos datos, se rechazarán sin más trámite, y de no mediar el pago de la factura correspondiente se seguirá, según el caso y el estado del trámite, conforme lo establecido en el artículo 5° de la Ley N° 2.808.

Las observaciones y/o impugnaciones que se refieran a aspectos administrativos, serán resueltas por la Agrupación Salud Integral en el plazo de treinta (30) días.

En caso de que las observaciones o impugnaciones se refieran a aspectos médicos, la Agrupación Salud Integral podrá optar por:

a) solicitar al Efector el envío de copia de la documentación que considere necesaria para resolver la observación o impugnación, debiendo el Efector remitir la documentación dentro de los quince (15) días de serle requerida.

b) derivar la observación o impugnación al Efector para que proceda a su evaluación y consideración, debiendo expedirse dentro del plazo máximo de treinta (30) días de recibida. El Efector deberá analizar cada observación y/o impugnación y pronunciarse sobre la procedencia del débito, adjuntando la información necesaria, la que deberá ser enviada a la Agrupación Salud Integral dentro del plazo indicado.

Vencido dicho plazo sin que el Efector envíe la información, se resolverá la impugnación con la información y constancias con la que se contare. La falta injustificada de respuesta por parte del personal del Efector será considerada incumplimiento de las obligaciones a su cargo y pasible de las sanciones previstas en la Ley N° 471.

La Agrupación Salud Integral podrá considerar las observaciones a las facturas que los Entes de Cobertura de Salud efectúen fuera del plazo otorgado, pudiendo rectificarlas en caso de corresponder. La intimación de pago se realizará por Carta Documento o cualquier otro medio fehaciente de notificación en los términos de las Leyes de Procedimientos Administrativos y de Modernización, y contendrá el texto previsto en el Anexo III bajo apercibimiento de proceder a la ejecución de la deuda, de conformidad con lo establecido en el artículo 6° de la Ley N° 2.808.

Artículo 5°.- Consentida o ejecutoriada la deuda, la Agrupación Salud Integral remitirá a la Dirección General Legal y Técnica del Ministerio de Salud –o la que en el futuro la reemplace-, los antecedentes correspondientes y la documentación vinculada con las prestaciones adeudadas y su facturación, verificación y consolidación de la deuda, intimación, impugnaciones u observaciones, así como el proyecto de Certificado de Deuda, conforme el modelo agregado como Anexo IV.

La Dirección General Legal y Técnica del Ministerio de Salud evaluará la documentación y, de corresponder, el Director General procederá a suscribir el correspondiente Certificado de Deuda.

Delégase en el titular del Ministerio de Salud la facultad de modificar los términos del modelo de Certificado de Deuda.

Artículo 6°.- Sin reglamentar.

Artículo 7°.- Sin reglamentar.

Artículo 8°.- Sin reglamentar.

Artículo 9°.- Sin reglamentar.

Artículo 10.- Sin reglamentar.

Artículo 11.- Sin reglamentar.

ANEXO II

ANEXO II - COMPROBANTE DE ATENCION DE BENEFICIARIOS DE ENTES DE COBERTURA DE SALUD		Numero	Fecha
Hospital			Código de HPGD
DATOS DEL BENEFICIARIO			
Apellido y Nombres		Documento	
Tipo de Beneficiario	Parentesco	Sexo	Fecha Nacimiento
TIPO DE ATENCIÓN			
Tipo Anexo		Especialidad	
Prácticas		Fecha Admisión:	Fecha Egreso:
Firma del médico y sello con n de matrícula			
Diagnóstico Egreso:			
Código Principal CIE 10		Otros Códigos	
DATOS DE ENTES DE COBERTURA DE SALUD			
			Código
N de carnet de la Obra Social		Fecha Emisión	Fecha Vencimiento
DATOS DE LA EMPRESA			
Nombre o Razón Social			Último recibo de sueldo
Dirección de la Empresa			CUIT Empresa
FIRMAS			
FIRMA DEL RESPONSABLE ADMINISTRATIVO CONTABLE	ACLARACION DE FIRMA	FIRMA DEL BENEFICIARIO	

ANEXO III

INTIMACIÓN DE PAGO N°

Ref.: Deuda que mantiene la entidad de cobertura médica denominada.....

Buenos Aires, Por la presente, en ejercicio de las facultades conferidas a esta Agrupación Salud Integral (ASI) por el artículo 4° de la Ley N° 2.808, INTIMO a esa entidad para que en el plazo de cinco (5) días de recibida la presente, abone la suma de Pesos..... (\$.....), adeudados por los servicios prestados por los efectores de salud dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a sus beneficiarios, según detalle:

FACTURA N°	FECHA PRESENTACION DE FACTURA	MONTO		
		CAPITAL	INTERESES	TOTAL

ANEXO IV



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL LEGAL Y TECNICA

CERTIFICADO DE DEUDA N°
Ref.: Intimación ASI N°

Buenos Aires,

CERTIFICO, en ejercicio de las facultades conferidas a esta Dirección General Legal y Técnica del Ministerio de Salud por el artículo 5° de la Ley N° 2.808, que....., CUIT con domicilio en

..... mantiene una deuda con el GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES por la falta de cancelación de los servicios prestados a sus beneficiarios de conformidad con la Ley N° 2.808 y su Decreto Reglamentario, según el siguiente detalle:

FACTURA N°	FECHA PRESENTACION DE FACTURA	MONTO		
		CAPITAL	INTERESES	TOTAL

TOTAL A DEPOSITAR: PESOS..... (\$.....).

Encontrándose dicho monto firme y ejecutoriado, se expide el presente para proceder a la ejecución judicial de la deuda por la vía de apremio, conforme lo establecido en el artículo 6° de la Ley N° 2.808.

El presente Certificado de Deuda tiene el carácter de documento público por imperio de lo normado en el artículo 5° de la Ley N° 2.808.-

ANEXO V

“Consentimiento Informado para uso de documentación medica en el marco de la Ley 2808”	
Efector:	
Nombre y Apellido del paciente:	
Exhibe documento acreditativo de identidad: SI-NO (tachar lo que no corresponda)	
Tipo:	N°
Ente de Cobertura de Salud al que manifiesta afiliación:	
N° de afiliado:	Acompaña fotocopia credencial: SI-NO
<p>Quien suscribe,, en su carácter de afiliado a, manifiesta por medio de la presente su expresa conformidad con el uso de antecedentes médicos que obraran en el Efector, estudios realizados y toda otra documentación relacionada con las prestaciones realizadas a los únicos fines de obtener el reintegro de los gastos por parte del ente de cobertura de salud que corresponda.</p>	
SI-NO (tachar lo que no corresponda) MANIFIESTO MI CONFORMIDAD	
FIRMA:	
ACLARACION:	
FECHA:	
NOTA: Si el que suscribe es representante legal completar:	
Nombre y Apellido del que suscribe:	
Tipo de representación (madre, padre, tutor, curador, etc):	
En caso de tratarse de tutores/curadores especificar carátula del expediente judicial donde se dirimió la tutela/curatela y juzgado actuante:	

ANEXO VI

Artículo 1°.- Los Efectores podrán requerir a todo aquél que demande asistencia la presentación del Documento que acredite su identidad.

En el caso de los beneficiarios de los Entes de Cobertura de Salud, su vínculo se podrá acreditar mediante fotocopia del carnet presentado en admisión por el paciente (o sus familiares), o por fotocopia de la constancia de empadronamiento obtenida a través del padrón en el sitio web de la Superintendencia de Servicios de Salud, o de la ANSES, o del organismo nacional competente en la materia o que en el futuro lo reemplace, o de la información que surja eventualmente en el Padrón Único de Cobertura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo 2°.- Los Efectores deberán cumplimentar el "Comprobante de Atención de Beneficiarios de Entes de Cobertura de Salud" (Anexo II), con carácter de Declaración Jurada, firmado por el médico actuante o Jefe del Servicio, con sello y número de matrícula, y el responsable administrativo del Hospital, con sello, cargo y aclaración de firma

Artículo 3°.- Las prestaciones efectuadas a los beneficiarios de los Entes de Cobertura de Salud quedarán acreditadas en virtud de lo establecido en el presente y de acuerdo al siguiente procedimiento:

a) Los Efectores deberán notificar a los Entes de Cobertura de Salud mediante correo electrónico, fax u otro medio o procedimiento que disponga la autoridad de aplicación, los casos de internación o procedimientos quirúrgicos o prácticas de alta complejidad, que le estén siendo brindados a sus beneficiarios, dentro de las noventa y seis (96) horas.

Dicha comunicación se realizará al número de fax o dirección de correo electrónico a los cuales usualmente el Efectador dirigiera las comunicaciones que efectuará, y deberá contener como mínimo apellido y nombre del paciente; DNI o LC o LE; número de afiliado (de tenerlo); hora y fecha de la internación o solicitud de práctica, diagnóstico y procedimientos a realizar.

b) En virtud de la notificación dispuesta en el inciso anterior, en las internaciones prolongadas por módulo día, los Efectores no deberán justificar nuevamente ni remitir nuevas comunicaciones a los Entes de Cobertura de Salud.

c) En Atención Ambulatoria de Urgencias y/o Emergencias, así como en Atención Ambulatoria Programada, el Efectador no efectuará notificación en los casos de consultas, prácticas de diagnóstico y tratamiento o prestaciones de baja o mediana complejidad.

d) En Atención Ambulatoria Programada, cuando se trate de prestaciones de alta complejidad, el Efector deberá notificar al Ente de Cobertura de Salud la práctica a realizar dentro de las setenta y dos (72) horas de su realización. Si el Ente de Cobertura manifiesta su disconformidad con la prestación, deberá adoptar las medidas necesarias para la derivación y atención en tiempo y forma del paciente, bajo apercibimiento en caso de incumplimiento que se proceda a realizar la prestación a su cargo en el Efector. En caso de silencio del Ente de Cobertura, se entenderá que la prestación ha sido aprobada.

La falta de la notificación que se prevé en este artículo no impedirá al Efector la facturación de la prestación al Ente de Cobertura. En esos supuestos, el Ente de Cobertura tendrá derecho a solicitar a la Agrupación Salud Integral la realización de auditorías compartidas dentro el plazo previsto en la Ley N° 2.808 para formular débitos u observaciones a las facturas.-

Artículo 4°.- 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 MEDICO OBLIGATORIO (PMO) vigente a la fecha. La Agrupación Salud Integral podrá facturar y perseguir el cobro de todas aquellas prestaciones efectivamente brindadas, y debidamente acreditadas, aún aquéllas no previstas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO vigente.

Artículo 5°.- 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 autorización, el Efector deberá cursar una nueva notificación al Ente de Cobertura de Salud.

Artículo 6°.- La documentación de respaldo para la acreditación de las prestaciones brindadas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

a) En todos los casos, a los Comprobantes de Recupero de Gastos de prestaciones los Efectores deberán acompañar:

Documento previsto en el Anexo II. En el supuesto de adjuntar fotocopia del mismo, deberá estar autenticada por la autoridad administrativa responsable del Hospital, consignando la leyenda "es copia fiel de su original".

b) En el caso de facturarse una Internación (programada o de urgencia) deberá acompañarse además:

- 1) Copia de la notificación cursada a los Entes de Cobertura de Salud en el caso indicado en el artículo 3° apartado a), en caso de haber sido efectuada.
- 2) Copia del parte quirúrgico.
- 3) Copia del parte de anestesia, en caso de corresponder.
- 4) Epicrisis o resumen de Historia Clínica completo, donde se indique el motivo de la internación, el tratamiento médico o quirúrgico indicado, tipo de anestesia utilizada (si se realizó un procedimiento quirúrgico), evolución clínica del paciente, complicaciones y/o interurrencias, condiciones al egreso y firma y sello del especialista.
- 5) En los casos de nacimiento por parto o cesárea, debe incluirse además en la epicrisis, el nombre, apellido y documento de la madre y nombre y apellido del recién nacido.
- 6) Copia autenticada por la autoridad administrativa responsable del Efector, consignando la leyenda "es copia fiel de su original" del Acta de Auditoría Conjunta en el caso de corresponder.
- 7) Fotocopia de la identificación personal del paciente.

Artículo 7°.- El Ministerio de Salud, cuando lo estime necesario, podrá solicitar información y/o

documentación complementaria al Efector.

Artículo 8º.- Los Entes de Cobertura de Salud deberán informar a la Agrupación Salud Integral por medio fehaciente, en un plazo no mayor a los quince (15) días de publicado el presente, su domicilio, número de teléfono y correo electrónico al que le serán enviados todos los documentos, facturas y notificaciones que guarden relación con la actividad a que se refiere la Ley N° 2.808. Si el Ente de Cobertura de Salud no proporciona esa información, se tendrán por válidos los domicilios, teléfonos y correos electrónicos que surjan del sitio *web* de la Superintendencia de Servicios de Salud, de la Superintendencia de Seguros de la Nación y, si de ellos no surgiere información alguna, los del sitio *web* del Ente de Cobertura de Salud.