

CONSULTAS - RECLAMOS

Si Usted necesita reclamar a su Obra Social por falta de prestación en los servicios médicos, sepa cómo hacerlo.

Problemas frecuentes:

- Falta de cobertura para prestaciones médicas de alta complejidad.
- Falta de cobertura para prótesis.
- Falta de cobertura para los servicios obligatorios de cobertura médica o farmacológica.
- Falta de cobertura para personas con capacidades especiales.
- Reducción de cobertura en prestaciones médicas para tratamiento o medicación habituales.
- No cumplimiento de los descuentos en las prestaciones de farmacia.
- Corte arbitrariamente en las prestaciones médicas para tratamiento o medicación habituales.
- No brindan información adecuada sobre cómo acceder a los beneficios.
- Restringir la atención de enfermedades preexistentes al momento de la afiliación.
- Negativa a la afiliación.

Si esto le ha pasado Ud. tiene derecho a reclamar. Para lo mismo lo puede hacer por diferentes vías:

PASO 1: REALIZAR RECLAMO ANTE SU OBRA SOCIAL

TELEFÓNICAMENTE: SOLICITANDO EL NUMERO DE RECLAMO

POR INTERNET: TAMBIÉN ANOTANDO EL NUMERO DE RECLAMO

POR CARTA DOCUMENTO

POR NOTA FIRMADA, SOLICITANDO SU CONSTANCIA DE RECEPCIÓN

Formas de presentar el reclamo

- Personalmente
- Por apoderado
- Carta Documento

Documentación a presentar por los beneficiarios titulares de acuerdo a su inserción en el sistema

- D.N.I.
- CUIL o CUIT.
- Último recibo de sueldos
- Carnet Obra Social
- Diagnóstico Médico
- Certificado de discapacidad (en caso de requerirse)
- Comprobantes de pagos realizados en caso de reintegro
- Indicación actualizada del médico tratante acreditado como profesional de la Obra Social
- Según el caso se podrá requerir resumen de Historia Clínica.

Documentación requerida para acreditar las relaciones de parentesco:

Cónyuge:

- Certificado de matrimonio.
- D.N.I. del titular y del cónyuge
- Recibo de haberes del titular

- Carnet de Obra Social del titular

Concubino:

- D.N.I. del titular y del concubino/a
- Información sumaria
- Recibo de haberes del titular
- Carnet de Obra Social del titular

Menor no incluido en el grupo familiar primario

- A cargo con el 1.5%.
- Documentación que acredite la identidad del menor
- Certificado de nacimiento
- Información sumaria del juez
- Carnet de Obra Social del titular
- Recibo de haberes

Guarda o tutela

- D.N.I del titular
- Documentación que acredite la identidad del menor y el vínculo.
- Sentencia judicial que determine la guarda o tutela
- Certificado de nacimiento
- Carnet de Obra Social
- Recibo de Sueldos

Inclusión de ascendiente, padre o madre con el 1.5%

- D.N.I. del titular
- Documentación que acredite el vínculo de la persona a incorporar
- D.N.I. del familiar
- Certificación de ANSES que acredite la ausencia de cobertura de salud
- Si es menor de 60 (sesenta) años, solamente se incorpora si es discapacitado.

Hijos mayores de 21 (veintiún) años

- Continúan con la prestación de por vida si son discapacitados
- Si cursan estudios terciarios deben presentar certificación de estudios regulares en establecimientos reconocidos oficialmente.
- D.N.I. del titular
- Recibo de sueldos del titular

Reclamos en la obra social: Formulario "A"

- La Obra Social tiene la obligación de disponer de este formulario para que el beneficiario inicie su reclamo.
- El formulario se presenta en la Obra Social, quien debe emitir un informe de solución en un plazo de 15 días corridos.
- Si se presentan casos de "urgencia médica" y/o riesgo de vida del beneficiario, la Obra Social debe:
 - Analizar el caso
 - Resolverlo
 - Obra Social debe comunicar a la Superintendencia de Servicios de Salud y al beneficiario la forma en que resolvió el tema planteado.
 - Las notificaciones se realizan al domicilio constituido del beneficiario o al registrado en el padrón.
 - Si el beneficiario no está de acuerdo con el informe de solución, puede insistir ante la Superintendencia.
 - El plazo desde la notificación son 10 (diez) días corridos.

Reclamos en la Superintendencia de Servicios de Salud: Formulario "B"

· La Superintendencia de Servicios de Salud dispone de este formulario para que el beneficiario realice su reclamo. En caso de residir en el interior el afiliado puede contactarse con el Centro de Atención Telefónica para el envío del formulario y el asesoramiento para su presentación correspondiente.

· El reclamo debe realizarse en el Centro de Atención Personal de la S.S.SALUD.

· Se traslada el reclamo a la Obra Social.

· La Obra Social debe responder el reclamo en un plazo de 15 (quince) días corridos si es un trámite normal, 5 (cinco) días si es especial, o un día si se trata de una urgencia médica.

· Recibido el reclamo la Obra Social debe responder con un Informe

· Solución en los mismos plazos y formas que el Formulario "A".

Los formularios para la presentación del reclamo se encuentran publicados en el sitio web de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Formulario "C" o Nota

La Superintendencia de Servicios de Salud remite al beneficiario este formulario como constancia del envío del reclamo a la Obra Social correspondiente.

Procedimientos especiales de reclamo

Estos procedimientos especiales son para reclamos relacionados con las siguientes patologías:

– HIV. SIDA

– Internaciones

– Drogadicción

– Embarazo y atención al recién nacido hasta el primer año de vida

– Atención oncológica

Plazos para resolver el reclamo

– La Obra Social debe resolver el reclamo y notificar al beneficiario en 5 (cinco) días corridos

– Si se trata de una urgencia médica el plazo es de un día.

– Vencido el plazo, si existe negativa o respuesta insatisfactoria, el denunciante puede recurrir por vía de insistencia a la S.S.SALUD.

– Al no recibirse respuesta por parte de la Obra Social una vez vencido el plazo, se considera como negativa de cobertura

Reclamos por cobertura en discapacidad

· El beneficiario debe presentar certificado de discapacidad, actualizado y emitido por autoridad competente.

PASO 2: DENUNCIA A LA SUPERINTENDENCIA SERVICIOS DE SALUD.

Para el caso que la Obra Social no responda su reclamo en un tiempo prudencial, en caso de urgencia médica es un (1) día, lo rechace o lo conteste con evasivas y restringiendo de alguna manera su derecho, Ud. deberá formular la denuncia ante la Superintendencia Servicios de Salud de la Nación.

También puede optar como 1º Paso canalizar el reclamo directamente y que sea la Superintendencia Servicios de Salud de la Nación, la que se encargue del reclamo a la Obras Social.

Usted cuenta con un procedimiento de formulación y solución de reclamos frente a hechos que afecten su normal cobertura médico-asistencial.

(* Cortes de cobertura parciales; *Falta de cobertura; *Incumplimiento en la cobertura prestacional)

En el caso de encontrarse ante la oposición de cualesquiera de los obstáculos usuales referidos, por parte de Agentes del Seguro de Salud que se encuentren obligados a la prestación de medicamentos o insumos (salvo en el caso de Empresas de Medicina Prepaga), se podrá reclamar:

1) Ante negativa de prestación que se encuentre contemplada en el PMO, interponiendo reclamo administrativo ante la correspondiente delegación de la Superintendencia de Servicios de Salud (en adelante SSS), mediante el uso del formulario Tipo "B" (Res. SSS 75/98 B).

Para descargar el formulario presione aquí, <http://www.sssalud.gov.ar/reclamos/archivos/07598b.pdf>

2) Ante negación de la prestación, invocándose como impedimento el ser otro el obligado a la misma, de la misma forma que en el apartado anterior y también del reclamo administrativo ante el supuesto obligado, por medio de la utilización del formulario Tipo "A" (Res. SSS 75/98 A).

Para descargar el formulario presione aquí: <http://www.sssalud.gov.ar/reclamos/archivos/07598a.pdf>

3) En caso de resistirse a la debida prestación, por tener dificultades financieras, de la misma forma que en el apartado 1) y/o mediante acción judicial.

En todos los casos debe presentar la siguiente documentación:

- D.N.I., original y copia
- Carnet de la Obra Social, original y copia
- Comprobante del Número CUIT/CUIL, original y copia
- Tres últimos Recibos de Haberes/Haberes Jubilatorios/Cuota adherente, original y copia
- Diagnóstico Médico, original y copia
- Prescripción Médica con Orientación Prestacional señalada por el médico tratante de la Obra Social, original y copia
- Toda otra documental que haga a su derecho, original/es y copia

Si realiza el envío a través del correo postal deberá enviar fotocopias autenticadas por la autoridad administrativa, policial o judicial que corresponda

Para ver el procedimiento completo ver aquí: <http://www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/000139.pdf>

PASO 3: VIA JUDICIAL

En el caso que el reclamo o denuncia se prolongue innecesariamente en el tiempo sin obtener una respuesta adecuada, podrá reclamar judicialmente.

Para iniciar una Acción Judicial, requerirá un abogado que lo asesore y patrocine.

Si la prestación médica requerida es de carácter "urgente" o se encuentra comprometida su "salud", podrá interponer un amparo judicial, para que el Juez disponga la cobertura en forma inmediata, sea en forma definitiva o cautelarmente.