



# BOLETIN OFICIAL

## DE LA REPUBLICA ARGENTINA

### Nº 31.817

Viernes 8 de enero de 2010

**Superintendencia de Servicios de Salud**

**OBRAS SOCIALES**

**Resolución 1240/2009**

**Opción de cambio de Obra Social. Procedimiento. Plazos. Formulario.**

Bs. As., 30/12/2009

VISTO:

El Expediente Nº 165.353/09 S.S.SALUD, los Decretos Nº 9/93, 504/98 y 1400/01 P.E.N. y las Resoluciones Nº 037/98, 076/98, 433/03 y 950/09 S.S.SALUD y

CONSIDERANDO:

Que el Decreto Nº 9/93 consagró el derecho a la opción de cambio de Obra Social por parte de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, en tanto que el Decreto Nº 504/98 sistematizó y reglamentó el citado derecho, con el objeto de simplificar el procedimiento para ejercerlo.

Que el artículo 3º del Decreto Nº 504/98 PEN establece que la opción a la que hace mención el artículo primero deberá ejercerse en forma personal ante la Obra Social elegida, la que deberá enviar semanalmente los formularios y la nómina de las opciones recibidas, en soporte magnético, a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD...".

Que asimismo se estableció que la Superintendencia de Servicios de Salud en su calidad de Autoridad de Aplicación dictara las normas aclaratorias y complementarias que resulten necesarias para implementación del régimen de opción de cambio de Obra Social.

Que en tal sentido se hace necesario fijar las pautas de ese procedimiento y los plazos de su cumplimiento, tanto para las Obras Sociales receptoras de las opciones, como para la Administración en cuanto a su procesamiento y comunicación de conformidad con lo dispuesto por el art. 3 del Decreto Nº 504/98 PEN.

Que en virtud de ello, mediante la Resolución Nº 037/98 S.S.SALUD se aprobó el formulario de opción de cambio de Obra Social y el libro especial en el que las Obras Sociales deben registrar la opción ejercitada por los beneficiarios, el cual debe ser llevado en forma correlativa cronológicamente.

Que a través de las Resoluciones Nº 076/98 y 433/03 S.S.SALUD, se estableció que las Obras Sociales habilitadas para el ejercicio de opción de cambio deberán entregar copias de las cartillas, bajo constancia de recepción y un ejemplar del formulario de información debidamente suscripto por cada titular, los cuales deben ser presentadas juntamente con el formulario de opción de cambio, ante esta Superintendencia.

Que en la práctica se ha observado un significativo número de casos en los cuales los formularios de opción de cambio cuentan con tachaduras, enmiendas y correcciones y cuyas fechas no resultan coincidentes con las asentadas en el libro de opción de cambio y/o en la constancia de recepción de la cartilla y/o en el formulario de información y/o el soporte magnético.

Que la Resolución Nº 950/09 S.S.SALUD estableció que los formularios de opción de

cambio deberán contar con la firma del beneficiario debidamente certificada por autoridad competente.

Que a su vez, el artículo 6º del citado acto administrativo se instruyó a las áreas técnicas del Organismo para que elaboren un nuevo formulario de opción de cambio para el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por los Decretos Nº 1615/96 y 1034/08 P.E.N.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD RESUELVE:

TITULO I: FORMULARIO DE OPCION DE CAMBIO

**Art. 1** - Apruébase el modelo de formulario de opción de cambio de Obra Social que como Anexo I, integra la presente. El Agente del Seguro de Salud habilitado para ser elegido deberá solicitar los formularios a este Organismo, los que serán entregados numerados y bajo constancia. Hasta tanto se encuentren impresos los nuevos formularios, mantendrán su vigencia los utilizados actualmente.

**Art. 2** - Establézcase que aquellos formularios que contengan los errores individualizados en el punto 2. del Anexo II de la presente, serán rechazados.

TITULO II: PLAZOS Y PROCEDIMIENTO

**Art. 3** - En aquellos casos en los cuales los beneficiarios retiren los formularios de la sede de la Obra Social, para cumplimentar con la certificación de la firma, deberán ser restituidos al Agente del Seguro, en el plazo de 3 (tres) días hábiles, contados desde la fecha en la cual la firma fue certificada por la autoridad competente, a efectos de ejercer la opción de cambio. Una vez transcurrido dicho plazo la Obra Social se encuentra facultada para rechazar la recepción del formulario, bajo constancia.

**Art. 4** - Establézcase que, a partir de la entrada en vigencia de la presente, las Obras Sociales deberán presentar dentro del plazo de 10 (diez) días hábiles, contados desde la fecha del ejercicio de la opción, los formularios de opción de cambio, siendo que aquellos formularios que excedan dicho plazo serán rechazados.

**Art. 5** - La presentación de los formularios de opción de cambio por parte de las Obras Sociales, deberá ser realizada en forma semanal, de conformidad con lo previsto en el artículo 3º del Decreto Nº 504/98 PEN y la entrega deberá efectuarse en la Gerencia de Servicios al Beneficiario, Departamento Control de Opciones, que emitirá un recibo provisorio.

**Art. 6** - Dentro del plazo de diez (10) días hábiles ambas áreas deberán expedirse sobre la existencia de errores en los formularios de opción remitidos y/o en el contenido del soporte magnético. En el supuesto de existir errores, en



**CONFECCIONE EL FORMULARIO POR TRIPLICADO SIGUIENDO ESTAS INDICACIONES**

1. Los campos numéricos se completan de derecha a izquierda y se rellenan con ceros los casilleros en blanco de la izquierda.
2. Los campos alfabéticos se completan de izquierda a derecha, con letra legible tipo imprenta mayúscula y se dejan en blanco los casilleros de la derecha no utilizados.
3. Trace una línea horizontal en los campos que no utilice.
4. Si se producen tachaduras o enmiendas deben quedar salvadas en el mismo formulario.
5. El duplicado de este formulario en el cual consta sello de recepción y firma del agente de la Obra Social elegida, queda en poder del titular.
6. **NÚMERO DE C.U.I.L.:** constancia del asignado oportunamente por ANSES o transcribirlo del último recibo de sueldo.
7. **APELLIDO/S Y NOMBRE/S:** consignar el o los apellidos y nombres completos como figura en el documento de identidad. Las mujeres consignar el apellido de soltera.
8. **TELÉFONO PARTICULAR, LABORAL Y/O CELULAR:** consignar el número de teléfono particular, laboral y/o celular. En caso de no poseer, indicar un número telefónico donde pueda ser localizado.  
**E-MAIL:** consignar una dirección de correo electrónico personal.
9. **C.U.I.T. DEL EMPLEADOR:** consultar con el empleador a fin de consignar el número correcto o transcribirlo del último recibo de sueldo.
10. **CALLE O PARAJE RURAL:** denominación de la misma. **NÚMERO:** el número de puerta. **PISO:** el número que corresponda; colocar «EP» para entepiso, «PB» para planta baja, «SS» para subsuelo. **DEPARTAMENTO:** el número c letra. **CÓDIGO POSTAL:** el que corresponda al domicilio detallado. **LOCALIDAD:** la que corresponda. **PROVINCIA:** la que corresponda. **CÓDIGO DE PROVINCIA:** a completar por la Obra Social receptora. En caso de tratarse de un domicilio sin nombre de calle o número, indicar la mayor cantidad de datos posibles que permitan su ubicación, por ejemplo Manzana, Km, Ruta, etc. Cuando el domicilio a consignar se trate de un paraje rural se podrán utilizar los campos previstos para calle, número, piso y departamento.
11. **OBRA SOCIAL ACTUAL A LAS QUE REALIZA APORTES:** indicar la obra social obligatoria.
12. **OBRA SOCIAL ELEGIDA:** seleccionar de acuerdo al listado de Obras Sociales habilitadas.
13. **CÓDIGO Y SIGLA:** a completar por la Obra Social receptora.
15. **FIRMA:** del titular ante la Obra Social receptora.
16. **CERTIFICACIÓN DE FIRMA:** Art. 1º - Res. 950/09: «Los formularios de opción de cambio deberán contar con la firma del beneficiario debidamente certificada por autoridad competente (escribano, autoridad policial, bancaria o judicial).»
17. **EMPLEADO DE LA OBRA SOCIAL:** Firma, aclaración, DNI del empleado de la Obra Social que realizó la opción; sello institucional y delegación de la Obra Social donde se realizó la opción.
18. **AUTORIDAD DE LA OBRA SOCIAL:** Art. 3º - Res. 950/09: «Los formularios de opción de cambio deberán ser presentados a esta Superintendencia de Servicios de Salud refrendados por alguno o algunos de los miembros del Consejo Directivo de la Obra Social receptora...»



240/09