



Enero 22 de 2012.-

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCION ENTIDADES LEY 26682
INSTRUCTIVO PARA SU USO**

¿CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO?

Para ingresar al Formulario de Solicitud de Inscripción de Entidades Ley 26682 debe seguir los siguientes pasos:

PASO 1

Ingrese en el sitio web institucional de la SSSALUD: <http://www.sssalud.gob.ar>, seleccione la solapa "MEDICINA PREPAGA" y luego la opción "Solicitud de Inscripción Entidades Ley 26682".

PASO 2

Usted debe completar los datos requeridos, siendo obligatorios aquellos marcados con un asterisco rojo.

IMPORTANTE: Se recomienda tener disponibles la totalidad de los campos obligatorios ya que no se podrá ingresar una solicitud sin su cumplimentación total.

- CUIT de la Entidad: agregar los guiones según lo requerido (xx-xxxxxxx-x)
- Tipo de entidad que solicita la inscripción: selecciónela del combo.
- Si se tratara de una Obra Social se le requerirá el código de inscripción en el RNOS (Registro Nacional de Obras Sociales) y se desplegará el nombre de la Obra Social elegida.
- Deberá completar la Razón Social de la Entidad, salvo para las Obras Sociales en que se desplegará según el RNOS que haya informado.
- Para las Sociedades Comerciales deberá informar el tipo de sociedad de la que se trate.
- Si selecciona "Otro" en el tipo societario deberá informar qué tipo de entidad desea inscribir.
- Para Sociedades Comerciales, indique la inscripción en el Registros de Persona Jurídica, para lo cual deberá seleccionar la jurisdicción, el nombre de la autoridad emisora de dicha inscripción y el número de registro otorgado.
- Indique si la Entidad se encuentra concursada seleccionando SI-NO.
- Informe el domicilio legal de la entidad completando:
 - Calle:
 - Nro. de puerta:
 - Piso:
 - Departamento:
 - Código postal:
 - Provincia: seleccione del combo
- Complete datos de la Entidad:



e-mail
Teléfono
Fax
Sitio web
Línea de consulta 0800

- **IMPORTANTE:** Informe datos de contacto de la persona responsable del trámite de inscripción de la Entidad. A este contacto se le notificarán los avances del proceso de inscripción vía mail, o, en su defecto, telefónicamente. Los datos a consignar son:

Apellido y nombre
e-mail
Teléfono
Teléfono celular

- Informe los datos de la máxima autoridad vigente o del titular de la sociedad detallando:

Cargo que ocupa en la entidad: selecciónelo del combo.

Apellido
Nombres
CUIL
Domicilio

Calle:
Nro. puerta:
Piso:
Departamento:
Código postal:
Provincia: seleccionar del combo

e-mail
Teléfono
Teléfono celular

Acta de designación: indique el número del Acta en el que se designa a esa autoridad como tal.

Fecha de designación: indique la fecha del acta de designación como DD/MM/AAAA donde DD es día, MM mes y AAA año.

Vigencia del cargo: informe el último día de mandato.

Inhabilitado según términos del artículo 3° Ley 26682: indique SI-NO

Si seleccionó SI en el punto anterior especifique el tipo de inhabilitación que posee

- Alcance geográfico de la cobertura de prestaciones: cada tipo de ámbito es excluyente:

- Nacional significa que posee cobertura en todo el país, en cuyo caso no debe informar ningún otro ámbito y continúe con los datos de Población Usuaria.
- Regional que posee cobertura en más de una provincia. Seleccione en el combo todas las provincias cubiertas y continúe con los datos de Población Usuaria.
- Provincial: posee cobertura en una provincia. Seleccione en qué provincia y continúe con los datos de Población Usuaria.
- Local: posee cobertura en alguna/s localidad/es. Especifique cuáles son informando la provincia y el nombre de la localidad en cada caso.

- Seleccione entre las opciones ofrecidas el rango de población usuaria que tiene la entidad.

- Informe la cantidad de usuarios por cada franja etárea indicada:



De 0 a 36 años inclusive
De 37 a 65 años inclusive
Más de 65 años

- Informe TODOS los planes de prestaciones vigentes indicando para cada uno:

- Tipo de plan: seleccione una de las opciones siguientes:
 - PMO: brinda todas las prestaciones incluidas en el PMO
 - Superador PMO: brinda más prestaciones que las incluidas en el PMO
 - Parcial PMO: brinda alguna de las prestaciones incluidas en el primer, segundo y tercer nivel del PMO
 - Parcial Superador PMO: brinda una cobertura parcial no incluida en el PMO
 - Nombre del plan: indique el nombre
- Usuarios comprendidos: indique si incluye o no a cada grupo poblacional propuesto, pudiendo seleccionar más de una opción.
Si selecciona “otro”= SI detalle en qué consiste el usuario destinatario
- Si seleccionó “parcial PMO” o “Parcial superador PMO” indique qué tipo de prestaciones brinda el plan, pudiendo marcar más de una:
 - Odontología
 - Emergencias médicas y traslados sanitarios
 - Primer nivel de PMO de acuerdo a Resolución 201/2002- Ministerio de Salud y modificatorias
 - Segundo nivel de PMO de acuerdo a Resolución 201/2002- Ministerio de Salud y modificatorias
 - Tercer nivel de PMO de acuerdo a Resolución 201/2002- Ministerio de Salud y modificatorias

- Si la entidad es una sociedad comercial informe el capital social/ suscripto sin puntos decimales ni comas.

- Para todos los casos informe la fecha de cierre de ejercicio en formato DD/MM siendo DD el día y MM el mes de cierre.

- Debe ingresar las letras y números que aparecen en la imagen en el recuadro “Código de la imagen precedente

Presione “Aceptar”.

IMPORTANTE: en caso de producirse algún error de validación en la carga, el mismo aparecerá en la parte superior del formulario. Siga las instrucciones impartidas para corregir el o los errores y continúe con la carga hasta finalizarla.

PASO 3

Una vez finalizada la carga de datos se le otorgará un número de solicitud de inscripción provisoria en el RNEMP y se le otorgará un día y hora a la cual deberá asistir con la documentación requerida.

PASO 4



Proceda a imprimir el formulario y los requisitos para la presentación en la Superintendencia seleccionando el botón "IMPRIMIR".

A este formulario se le otorgará carácter de declaración jurada, por lo que deberá ser firmado por la máxima autoridad declarada previamente para su presentación ante la Superintendencia.

PASO 5

Usted podrá modificar los datos informados ingresando el CUIT de la entidad y el número de formulario de solicitud de inscripción otorgado previamente. Estas modificaciones podrán efectuarse hasta el momento de la presentación de la documentación en la Superintendencia, en el día y hora indicados. Una vez ocurrida la misma el formulario no estará más disponible para su consulta.