

Paraná, 01 de julio de 2021

**RESOLUCIÓN N° 126-2021  
COMISIÓN ADMINISTRADORA SAS**

**VISTO**

La necesidad de actualizar los importes de cobertura definidos para prestaciones cuyos valores se encuentran por fuera de los convenios prestacionales vigentes, como así también los topes de cobertura según el tipo de prestación, y

**CONSIDERANDO**

Que con el fin de reorganizar y facilitar la modalidad de aprobación de estos valores, se definió incorporar en una única Resolución todas las prestaciones que requieren el tratamiento previamente definido.

Que los valores vigentes a la fecha deben ajustarse siguiendo la pauta de ajuste establecida en el presupuesto 2021.

**Por ello,**

**LA COMISION ADMINISTRADORA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD DEL CONSEJO  
PROFESIONAL DE CIENCIAS ECONOMICAS DE ENTRE RIOS**

RESUELVE:

**Art. 1º:** Aprobar los topes y valores de cobertura según el tipo de prestación y Plan que posee el afiliado que se encuentran detallados en el Anexo I, el cual forma parte integrante de la presente Resolución.

**Art. 2º:** Aplicar la presente Resolución a partir del 01 de julio de 2021.

**Art. 3º:** Regístrese, comuníquese, incorporase a la Carpeta de consulta y archívese

DR. DIEGO F. CANZOBRE  
Contador Público  
Secretario SAS CPCEER

DR. JUAN PABLO ULRICH  
Contador Público  
Presidente SAS CPCEER

## ANEXO I

### Art 1º) SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

Modificar la Resolución N°85/2015, definiendo los siguientes valores de cobertura en concepto de subsidio por fallecimiento:

**Plan 100/ 100 Joven Titular:** \$30.000

**Plan 100 Adherente:** \$15.000

**Plan 50/ 50 Joven Titular:** \$15.000

**Plan 50 Adherente:** \$7.500

### Art 2º) TRASLADOS EN AMBULANCIA

Modificar la Resolución N° 104/2017, definiendo los siguientes valores de cobertura en concepto de traslado en ambulancia:

Traslados ambulancia	Plan 100/Plan100 Joven	Plan 50/Plan 50 Joven
Urbanos (ida y vuelta)	Hasta \$4.000	Hasta \$2.000
Interurbanos baja complejidad	Hasta \$65,00 p/km	\$32,50 p/km
Interurbanos alta complejidad	Hasta \$90,00 p/km	\$45,00 p/km

### Art 3º) SUBSIDIO ENFERMEDAD CELÍACA

Incorporar la Resolución N° 124/2021 en la presente Resolución, manteniendo los siguientes valores de cobertura en concepto de Subsidio por enfermedad celíaca:

Plan 100 \$1.850 (PESOS UN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA)

Plan 50 \$925 (PESOS NOVECIENTOS VEINTICINCO)

### Art 4º) ÓPTICA

Modificar la Resolución N° 121/2020, definiendo los siguientes valores de cobertura en concepto de óptica:

Plan 50		hasta	\$
	Cristal común	hasta	\$ 950
	Bifocal	hasta	\$ 1.800
	Multifocal	hasta	\$ 5.140
	Lentes de contacto	hasta	\$ 1.800
	Lentes de contacto tóricas	hasta	\$ 3.000

<b>Plan 100</b>	Cristal común	hasta	\$ 1.900
	Bifocal	hasta	\$ 3.600
	Multifocal	hasta	\$ 10.280
	Lentes de contacto	hasta	\$ 3.600
	Lentes de contacto tóricas	hasta	\$ 6.000

Reconocer un porcentaje de cobertura sobre los marcos según el Plan:

**Plan 100:** 30% sobre el total facturado en concepto de marcos, hasta un tope de \$2.000.

**Plan 50:** 15% sobre el total facturado en concepto de marcos, hasta un tope de \$1.000.

### Art 5º) ODONTOLOGÍA

Modificar la Resolución N° 121/2020, definiendo los siguientes valores de cobertura en concepto de odontología:

#### Topes anuales por año calendario

**Clínica, Prótesis y Ortodoncia: Plan 50** \$13.000      **Plan 100** \$26.000

Aprobar los siguientes valores para las prestaciones de Prótesis y Ortodoncia, sobre los cuales se aplicarán los porcentajes establecidos para cada Plan:

#### Prótesis

<b>CODIGO</b>	<b>PRACTICA</b>	<b>IMPORTE</b>
40103	Corona labrada	\$ 3.696
40104	Corona Colada	\$ 7.392
40105	Corona Colada c/frente estético	\$ 9.240
40110	Tramo de Puente	\$ 6.653
40111	Corona Resina Termocurable	\$ 4.435
40112	Elemento Provisorio	\$ 1.478
40108	Perno Muñón Simple	\$ 3.326
40201	Prótesis Parcial de acrílico	\$ 9.240
40202	Prótesis Completa superior o inferior	\$ 11.827
40203	Prótesis de cromo cobalto	\$ 14.045
40301	Compostura Simple	\$ 1.478
40302	Compostura con Agregado de diente	\$ 1.664
40303	Compostura c/agregado de retenedor	\$ 1.551
40305	Diente subsiguiente cada uno	\$ 739
40306	Retenedor subsiguiente cada uno	\$ 1.441
40309	Carilla de Acrílico	\$ 1.441
40412	Placa de Miorelajación	\$ 10.500

## **Ortodoncia**

301000	Consulta de Estudio	\$ 925
301200	Consulta diagnóstica - Modelos de estudio	\$ 997
301400	Prevención (desgastes selectivos, est. Oclusión) p/sesión	\$ 370
301600	Reubicación de un diente por medio de erupción forzada	\$ 26.981
301800	Tratamiento de dentición permanente c/ap. Fija * maxilar	\$ 29.568
301810	Con aparatología móvil * por maxilar	\$ 21.437
302000	Tratamiento de dentición temporaria o mixta * maxilar	\$ 21.437
302100	Tratamiento de aparatología móvil y fija comb.* maxilar	\$ 31.416
302200	Mantenedor de espacio fijo común	\$ 2.957
302400	Mantenedor de espacio removible común	\$ 3.512
302600	Mantenedor de espacio fijo intragingival, inc. la operación	\$ 3.512

### **ACLARACIONES**

301600	Incluye tratamiento ortopédico y quirúrgico
301800/810	Por arco dentario.
302000	Por arco dentario.
302100	Por arco dentario.

## **IMPLANTES**

Modificar la Resolución N° 122-2020 actualizando el valor de reintegro de los implantes odontológicos, estableciendo la cobertura en: Plan 100 \$11.400 y Plan 50 \$5.700, por cada implante respectivamente.

Establecer que se reconocerá un máximo de 2 (dos) implantes en el año por afiliado.

### **Art 6°) DISCAPACIDAD**

Modificar la Resolución N° 123/2020, definiendo los siguientes valores de cobertura en concepto de discapacidad:

### **COBERTURA DE AUDIFONOS**

Se otorgará una cobertura de audífonos del 50% del menor de dos (2) presupuestos, reconociendo hasta un valor tope de \$25.000 Plan 50 y \$50.000 Plan 100 por audífono, no pudiendo solicitar cobertura nuevamente hasta el término de dos años.

### **TRANSPORTE ESCOLAR**

Se otorgará una cobertura del 100% sobre la factura presentada hasta un tope de \$3.500 por mes.

### **ACOMPañANTE TERAPÉUTICO**

Se otorgará cobertura, previa evaluación y autorización de Auditoría Médica, a profesionales con certificación y/o título oficial de instituciones, universidades públicas y/o privadas. Si bien es una prestación contemplada en la Ley de Salud Mental, al ser requerida como parte del tratamiento en discapacidad y no estar regulada en la Resolución Conjunta que fija los aranceles, se aprueba como valor de cobertura el importe que define, para esta prestación, el Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos, dentro del Programa Federal Incluir Salud.