

Chajarí, 10 de diciembre de 2021

**RESOLUCIÓN N° 129-2021
COMISIÓN ADMINISTRADORA SAS**

VISTO

La necesidad de actualizar el valor de la cobertura de celiacía e incorporar la prestación de traslado en auto particular para pacientes oncológicos y dializados; y

CONSIDERANDO

Que es necesario definir un ajuste del importe que actualmente se reconoce por la prestación subsidio de celiacía, teniendo en cuenta el elevado valor de los alimentos para quienes padecen esta patología.

Que es necesario incorporar la prestación de traslado en auto particular para pacientes oncológicos y dializados en la Resolución que contempla todas las prestaciones cuyos valores de cobertura son definidos por la Comisión Administradora.

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 enero de 2022.

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 Y EN AUTO PARTICULAR U OTRO MEDIO DE TRANSPORTE

Definir 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

Definir los siguientes valores de cobertura en concepto de traslado en auto particular u otro medio de transporte, para pacientes oncológicos y dializados, exclusivamente para cuando concurren a las sesiones de quimioterapia y diálisis:

Traslado particular	Oncológicos/ Dializados Plan 100	Oncológicos/ Dializados Plan 50
Urbanos ida y vuelta por viaje	hasta \$1.000	hasta \$500
Interurbanos por viaje	\$25 p/km hasta tope \$10.000	\$12.5 p/km hasta tope \$5.000

Art 3º) SUBSIDIO ENFERMEDAD CELÍACA

Aprobar los siguientes valores de cobertura en concepto de Subsidio por enfermedad celíaca:

Plan 100/ 100 Joven \$2.500 (PESOS DOS MIL QUINIENTOS) por mes

Plan 50/ 50 Joven \$1.250 (PESOS DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA) por mes

Art 4º) ÓPTICA

Modificar la Resolución N° 126/2021, definiendo los siguientes valores de cobertura en concepto de óptica:

Plan 50/ 50 Joven/ Básico

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

Plan 100/ 100 Joven

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

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

Art 5º) ODONTOLOGÍA

Modificar la Resolución N° 126/2021, definiendo los siguientes valores de cobertura en concepto de odontología:

Topes anuales por año calendario

Clínica, Prótesis y Ortodoncia: Plan 50/50 Joven \$13.000 Plan 100/ 100 Joven \$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

CODIGO	PRACTICA	IMPORTE
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° 126-2021 actualizando el valor de reintegro de los implantes odontológicos, estableciendo la cobertura en: Plan 100/ 100 Joven \$11.400 y Plan 50/ 50 Joven/Básico \$5.700, por cada implante respectivamente.

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

Art 6º) 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/ 50 Joven y \$50.000 Plan 100/ 100 Joven 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.