

Paraná, 26 de agosto de 2022.

CONSEJO PROFESIONAL DE CIENCIAS ECONOMICAS DE ENTRE RIOS

**RESOLUCION N° 135-2022
COMISION ADMINISTRADORA SAS**

VISTO:

Los pedidos de derivación solicitados por los afiliados al Hospital Italiano de Buenos Aires, y

CONSIDERANDO:

Que la Comisión Administradora realizó en el año 2014 un riguroso monitoreo del consumo generado en el Hospital Italiano debido a sus elevados aranceles y a la alta demanda de prestaciones que podían ser realizadas en nuestra provincia, como en otros prestadores con convenio y cuyos aranceles son sensiblemente inferiores a los de la precitada Institución.

Que a partir de este seguimiento, en el año 2014, se aprobó la Resolución N° 78/2014 que estableció limitaciones a la derivación a esta Institución, manteniendo el convenio solo para pacientes trasplantados y con patología oncológica, fijando para el resto de las prestaciones la cobertura por reintegro y a los valores convenidos con los prestadores de Entre Ríos.

Que ante el marcado incremento del consumo en el año 2019, en pacientes oncológicos y trasplantados, en el año 2020 se aprobó la Resolución N° 119/2020 la cual establece un coseguro a los pacientes oncológicos que soliciten ser derivados al HIBA, por lo que se considera necesario aprobar nuevas herramientas que sirvan de respaldo y garanticen el cobro de los coseguros que se determinen.

Por ello:

LA COMISION ADMINISTRADORA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

RESUELVE:

Art. 1º: Establecer que quienes solicite derivación al Hospital Italiano de Buenos Aires, bajo las condiciones establecidas en el artículo 4º en la Resolución 119/2020, deberán firmar, previamente a ser derivados, un documento en cual se garantizará el pago del coseguro que se determine según la normativa vigente.

Art. 2º: Aprobar el Anexo I el cual formar parte de la presente Resolución.

Art. 3º: Registrarse, comuníquese, incorpórese 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

Resolución Nº135/2022

Formulario de derivación Hospital Italiano de Buenos Aires

(Afiliada/o titular)

En mi carácter de Afiliada/o al Sistema de Atención de la Salud, expresamente manifiesto que adhiero a las Normativas y Resoluciones vigentes referidas a la derivación al Hospital Italiano de Buenos Aires para pacientes oncológicos y me comprometo a abonar las diferencias que pudieran surgir, en concepto de coseguro, entre la facturación que emita el precitado prestador y el valor que por las mismas prestaciones reconozca el Sistema de Atención de la Salud según los convenios prestacionales vigentes con prestadores de la provincia de Entre Ríos, al momento de originarse la atención médica.

Declaro conocer que para la prestación requerida el Sistema de Atención de la Salud ofrece cobertura del 100%, a cargo del Sistema, en otros prestadores de reconocida trayectoria y calidad prestacional de la provincia de Entre Ríos, Santa Fe y Buenos Aires y que, aún teniendo tal posibilidad, prefiero ejercer la opción para ser atendida/o en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

De tal manera asumo a mi cargo el costo adicional que ello implica, que se expresará como coseguro liquidado por el SAS, el cual me obligo a cancelar en forma inmediata –con más los accesorios que pudieran corresponder- ante el sólo requerimiento del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Entre Ríos

En la Ciudad de....., a los.....días del mes de..... del año.....

Firma, domicilio y DNI del afiliada/o titular

Formulario de derivación Hospital Italiano de Buenos Aires
(Afiliada/o adherente)

En mi carácter de Afiliada/o Titular al Sistema de Atención de la Salud, expresamente manifiesto que adhiero a las Normativas y Resoluciones vigentes referidas a la derivación al Hospital Italiano de Buenos Aires para pacientes oncológicos, Resolución N° 119/2020 y Resolución N°135/2022, aceptando la derivación de mi hija/o/esposa/o Nombre y Apellido..... DNI....., comprometiéndome a abonar las diferencias que pudieran surgir, en concepto de coseguro, entre la facturación que emita el precitado prestador y el valor que por las mismas prestaciones reconozca el Sistema de Atención de la Salud según los convenios prestacionales vigentes con prestadores de la provincia de Entre Ríos, al momento de originarse la atención médica.

Declaro conocer que para la prestación requerida el Sistema de Atención de la Salud ofrece cobertura del 100%, a cargo del Sistema, en otros prestadores de reconocida trayectoria y calidad prestacional de la provincia de Entre Ríos, Santa Fe y Buenos Aires y que, aún teniendo tal posibilidad, prefiero ejercer la opción para que mi hija/o/esposa/o sea atendida/o en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

De tal manera asumo a mi cargo el costo adicional que ello implica, que se expresará como coseguro liquidado por el SAS, el cual me obligo a cancelar en forma inmediata –con más los accesorios que pudieran corresponder- ante el sólo requerimiento del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Entre Ríos

En la Ciudad de....., a los.....días del mes de..... del año.....

Firma, domicilio y DNI del afiliada/o titular