

Paraná, 27 de febrero de 2023

**RESOLUCIÓN N° 140-2023**  
**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 la Resolución 137/2022 determina que los valores de estas prestaciones deberán actualizarse con cada aumento de la cuota del Sistema de Atención de la Salud, en el mismo porcentaje y vigencia,

**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 marzo de 2023.

**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

Definir los siguientes valores de cobertura en concepto de subsidio por fallecimiento:

**Plan 100/ 100 Joven** Titular: \$63.300

**Plan 100** Adherente: \$31.650

**Plan 50/ 50 Joven** Titular: \$31.650

**Plan 50** Adherente: \$15.825

### 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 \$8.500	Hasta \$4.250
Interurbanos baja complejidad	Hasta \$140 p/km	\$70 p/km
Interurbanos alta complejidad	Hasta \$190 p/km	\$95 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 \$2.150	hasta \$1.075
Interurbanos por viaje	\$53 p/km hasta tope \$21.500	\$26,5 p/km hasta tope \$10.750

### Art 3º) SUBSIDIO ENFERMEDAD CELÍACA

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

Plan 100/ 100 Joven \$5.440 por mes

Plan 50/ 50 Joven \$2.720 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	\$ 3.200
Bifocal	hasta	\$ 6.300
Multifocal	hasta	\$ 12.700
Lentes de contacto	hasta	\$ 3.900
Lentes de contacto tóricas	hasta	\$ 7.600

##### **Plan 100/ 100 Joven**

Cristal común	hasta	\$ 6.400
Bifocal	hasta	\$ 12.600
Multifocal	hasta	\$ 25.400
Lentes de contacto	hasta	\$ 7.800
Lentes de contacto tóricas	hasta	\$ 15.200

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

**Plan 100/ 100 Joven:** hasta un tope de \$12.700.

**Plan 50/ 50 Joven/ Básico:** hasta un tope de \$6.350.

#### **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 \$28.000      Plan 100/ 100 Joven \$56.000

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

<b>CODIGO</b>	<b>PRACTICA</b>	<b>mar-23</b>
40103	Corona labrada	\$ 10.946
40104	Corona Colada	\$ 21.892
40105	Corona Colada c/frente estético	\$ 27.365
40110	Tramo de Puente	\$ 19.704
40111	Corona Resina Termocurable	\$ 13.134
40112	Elemento Provisorio	\$ 4.376
40108	Perno Muñón Simple	\$ 9.849
40201	Prótesis Parcial de acrílico	\$ 27.365
40202	Prótesis Completa superior o inferior	\$ 35.026
40203	Prótesis de cromo cobalto	\$ 41.596
40301	Compostura Simple	\$ 4.376
40302	Compostura con Agregado de diente	\$ 4.927
40303	Compostura c/agregado de retenedor	\$ 4.595
40305	Diente subsiguiente cada uno	\$ 2.188
40306	Retenedor subsiguiente cada uno	\$ 3.082
40309	Carilla de Acrílico	\$ 4.267
40412	Placa de Miorelajación	\$ 22.459
<b>Ortodoncia</b>		
301000	Consulta de Estudio	\$ 1.978
301200	Consulta diagnóstica - Modelos de estudio	\$ 2.132
301400	Prevención (desgastes selectivos, est. Oclusión) p/sesión	\$ 792
301600	Reubicación de un diente por medio de erupción forzada	\$ 57.711
301800	Tratamiento de dentición permanente c/ap. Fija * maxilar	\$ 72.973
301810	Con aparatología móvil * por maxilar	\$ 52.907
302000	Tratamiento de dentición temporaria o mixta * maxilar	\$ 52.907
302100	Tratamiento de aparatología móvil y fija comb.* maxilar	\$ 77.534
302200	Mantenedor de espacio fijo común	\$ 6.325
302400	Mantenedor de espacio removible común	\$ 7.511
302600	Mantenedor de espacio fijo intragingival, inc. la operación	\$ 7.511

#### **ACLARACIONES**

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

#### **IMPLANTES**

Establecer la cobertura en: Plan 100/ 100 Joven \$25.300 y Plan 50/ 50 Joven/Básico \$12.650, 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 de Discapacidad, definiendo los siguientes valores de cobertura por cada prestación:

### **COBERTURA**

#### **1- PRESTACIONES DE APOYO**

- Fisioterapia
  - Kinesioterapia
  - Fonoaudiología
  - Psicología
  - Psicopedagogía
  - Terapia Ocupacional
  - Estimulación visual
  - Estimulación temprana
  - Musicoterapia
  - Prestaciones de Salud Mental: Acompañante Terapéutico
- Toda rehabilitación necesaria para mejorar la calidad de vida de los afiliados, no detallada precedentemente, se reconocerá según opinión favorable de auditoría médica, y la Comisión Administradora del S.A.S. evaluará el porcentaje de cobertura a otorgar.
- Las prestaciones se evaluarán y autorizarán por la Auditoría de SAS, en función del Plan de Tratamiento que realice el médico especialista, en cantidad y frecuencia.
- Se otorga cobertura del 100% de los aranceles establecidos mediante Resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación o establecidas en la presente Resolución, para aquellas que no se encuentran reguladas.

#### **2- COBERTURA ESPECIAL PARA MEDICAMENTOS**

Se brindará una cobertura del 100% de la medicación que es inherente a la patología específica, incluida en el Formulario Terapéutico del SAS.

#### **3- COBERTURA ELEMENTOS ORTOPEDICOS**

Se brindará una cobertura del 100% del menor de dos (2) presupuestos.

#### **4- COBERTURA DE AUDIFONOS**

Se otorgará una cobertura de audífonos del 50% del menor de dos (2) presupuestos, reconociendo hasta un valor tope de \$55.000 Plan 50/ 50 Joven y \$110.000 Plan 100/

100 Joven por audífono, no pudiendo solicitar cobertura nuevamente hasta el término de dos años.

#### **5- MAESTRA ORIENTADORA INTEGRADORA (MOI)**

Se otorga cobertura según los aranceles establecidos mediante Resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación (Ley 24.901), al servicio prestado por profesionales con título habilitante, previa evaluación y autorización de Auditoría Médica, y para aquellos afiliados con discapacidad que por su patología la requieran.

#### **6- 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.

#### **COBERTURA PLAN 50**

El Plan 50 tendrá una cobertura equivalente al 50% de los valores definido precedentemente y como complemento de la cobertura de la obra social primaria del afiliado.

#### **ALCANCE:**

En el caso de que el afiliado posea cobertura social, (Obra Social Primaria, u otro sistema de salud), la cobertura del Sistema de Atención de la Salud (S.A.S.) actuará como complementaria. En el caso de que el afiliado no reciba cobertura, de parte de la obra social primaria, deberá presentar una constancia emitida por la misma.

#### **Art 7º) MATERIAL RADIOACTIVO, DE CONTRASTE Y DESCARTABLE.**

Se otorga cobertura a material radioactivo, sustancia de contraste y descartables utilizados en prácticas de diagnóstico por imágenes a los siguientes porcentajes:

#### **Padrón general**

<b>Plan</b>	<b>Sustancia de Contraste</b>	<b>Mat. Radioactivo</b>	<b>Descartable</b>
<b>100/Joven</b>	80%	80%	50%
<b>50/Joven</b>	40%	40%	25%

## Pacientes Oncológicos

Plan	Sustancia de Contraste	Mat. Radiactivo	Descartable
100/Joven	100%	100%	100%
50/Joven	50%	50%	50%

### Art.8 °) PLAN MATERNO INFANTIL. COBERTURA DE FORMULAS LÁCTEAS.

a) Cobertura del 100% Plan 100 y 50% Plan 50 de leche maternizada, hasta los 6 meses de vida del bebé, con presentación de Historia Clínica que lo justifique.

b) Cobertura del 100% Plan 100 y 50% Plan 50 de leche medicamentosa, hasta el año de vida del bebé, con presentación de Historia Clínica que lo justifique.