ANEXOS

REGLAMENTO

SISTEMA DE ATENCION DE LA SALUD

LEY 7.896

ANEXO I

VALOR DE LAS CUOTAS SEGÚN EL PLAN

Plan	Afiliado Titular	Cónyuge	Hijos hasta 26 años	Hijos desde 27 a 30 años
50 Joven	$55.000			
100 Joven	$135.000			
Plan Básico	$40.000			
50	$110.00	$110.000	$55.000	$110.00
100	$270.000	$270.000	$135.000	$270.00

ANEXO II

Plan 50 Joven *

PRACTICAS	% DE COBERTURA	CARENCIAS	MODALIDAD
Consultas	40	30 días	Reintegro
Diagnóstico y tratamiento	40	120 días	Reintegro
Chequera Plan prevención	100	Sin carencia	Convenio o reintegro
Medicamentos (1)	F. Terapéutico/ V. Solidario	30 días	Convenio o reintegro
Internación (incluidos medicamentos y descartables)	50	90 días	Reintegro
Maternidad y Atención Recién Nacido	50	300 días	Reintegro
Laboratorio	40	30 días	Reintegro
Odontología clínica	35/tope	120 días	Reintegro
Odontología prótesis y ortodoncia	35/tope	360 días	Reintegro
Óptica	monto tope	180 días	Reintegro

**Deberán presentar constancia de cobertura social primaria para obtener el reintegro*

Plan 100 Joven

PRACTICAS	% DE COBERTURA	CARENCIAS	MODALIDAD
Consultas	100	30 días	Convenio o reintegro
Diagnóstico y tratamiento	100	120 días	Convenio o reintegro
Chequera Plan prevención	100	Sin carencia	Convenio o reintegro
Medicamentos(1)	F. Terapéutico/ V. Solidario	30 días	Convenio o reintegro
Internación (incluidos medicamentos y descartables)	100	180 días	Convenio o reintegro
Maternidad y Atención Recién Nacido	100	300 días	Convenio o reintegro
Laboratorio	100	30 días	Convenio o reintegro
Odontología clínica	100/tope	120 días	Convenio o reintegro
Odontología prótesis y ortodoncia	100/tope	360 días	Reintegro
Óptica	monto tope	180 días	Reintegro

ANEXO III: PLAN BÁSICO*

PRACTICAS	% DE COBERTURA	CARENCIAS	MODALIDAD
Chequera Plan prevención	100	Sin carencia	Convenio o Reintegro
Implante dental	Monto fijo	90 días	Reintegro
Óptica	s/tope	90 días	Reintegro

*Deberán presentar constancia de cobertura social primaria para obtener el reintegro

ANEXO IV

PLAN 50*

PRACTICAS	% DE COBERTURA	CARENCIAS	MODALIDAD
Consultas	40	30 días	Reintegro
Diagnóstico y tratamiento	40	120 días	Reintegro
Chequera Plan prevención	100	Sin carencia	Convenio o reintegro
Medicamentos (1)	F. Terapéutico/ V. Solidario	30 días	Convenio o reintegro
Internación (incluidos medicamentos y descartables)	50	90 días	Reintegro
Maternidad y Atención Recién Nacido	50	300 días	Reintegro
Laboratorio	40	30 días	Reintegro
Odontología clínica	35/tope	120 días	Reintegro
Odontología prótesis y ortodoncia	35/tope	360 días	Reintegro
Óptica	monto tope	180 días	Reintegro

**Deberán presentar constancia de cobertura social primaria para obtener el reintegro*

PLAN 100

PRACTICAS	% DE COBERTURA	CARENCIAS	MODALIDAD
Consultas	80	30 días	Convenio o reintegro
Diagnóstico y tratamiento	80	120 días	Convenio o reintegro
Chequera Plan prevención	100	Sin carencia	Convenio o reintegro
Medicamentos(1)	F. Terapéutico/ V. Solidario	30 días	Convenio o reintegro
Internación (incluidos medicamentos y descartables)	100	180 días	Convenio o reintegro
Maternidad y Atención Recién Nacido	100	300 días	Convenio o reintegro
Laboratorio	80	30 días	Convenio o reintegro
Odontología clínica	70/tope	120 días	Convenio o reintegro
Odontología prótesis y ortodoncia	70/tope	360 días	Reintegro
Óptica	monto tope	180 días	Reintegro

(1) Para la cobertura de medicamentos se establece:
✓ la cobertura indicada en cada caso,

- ✓ según Formulario Terapéutico de medicamentos **(s/Res. 21/2005)** y Vademécum Solidario **(s/Res. 96/2016)**
- ✓ uso optativo de recetarios provistos por el SAS, ajustados a la "Ley de Genéricos" Nº25.649.
- ✓ la fecha del comprobante de pago (ticket o factura) no debe superar los 30 días de la fecha de prescripción del medicamento.

ANEXO V

PRESTACIONES RECONOCIDAS

CONSULTAS

Comprende las consultas médicas para todas las especialidades incluidas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas de la ANSSAL. Las mismas tendrán un coseguro a cargo del afiliado según el Plan.

1-Consultas en consultorios

Por Convenio:

Mediante la presentación de la credencial correspondiente y su documento de identidad, los afiliados pueden acceder a la consulta únicamente con los profesionales incluidos en los listados provistos por los prestadores con los que el Sistema de Atención de la Salud mantiene convenio especial de atención directa, debiendo abonarse el coseguro correspondiente al profesional interviniente de conformidad con los valores establecidos en dicho convenio, sin pago de adicionales de ninguna índole. El porcentaje restante del valor de la consulta se abonará al profesional por intermedio de la entidad que lo represente a través del Convenio con el Sistema de Atención de la Salud y conforme al procedimiento que allí se establezca.

Por Reintegro:

Se reconocerá por el sistema de reintegro para los afiliados al Plan que prevé este sistema de cobertura y para prestadores sin convenio con SAS y coseguros de prestaciones abonadas con Obra Social primaria, presentando la documentación respaldatoria según Normas Técnico Administrativas del Sistema de Atención de la Salud.

2-Consulta a Domicilio:

Se reconocerá la consulta a domicilio, cuando las condiciones del paciente y el cuadro clínico, así lo requieran.

3-Consulta Especializada fuera de la provincia

Por esta prestación se reconocerá hasta 3 (tres) veces el valor de la consulta en consultorio según aranceles convenidos, hasta un máximo de 3 (tres) consultas por año calendario.

Para un mayor número de consultas se requiere autorización previa de auditoria médica del Sistema de Atención de la Salud con presentación de historia clínica y estudios complementarios que la auditoría médica considere necesaria.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

Se cubren los exámenes complementarios de diagnósticos y tratamientos que figuran en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas de la ANSSAL aceptadas por autoridades Sanitarias y Científicas, siempre que sean solicitados por orden médica y según Normas Técnico Administrativas del Sistema de Atención de la Salud.
Estas prácticas serán reconocidas por convenio o por reintegro según lo establezca el Plan de Cobertura, con autorización previa de auditoría médica para aquellas que así lo requieran.

PRACTICAS NO NOMENCLADAS

La cobertura de este tipo de prestaciones se efectuará, previa autorización de la Auditoria Médica, de acuerdo al listado de Prácticas No Nomencladas del Sistema de Atención de la Salud y con la cobertura dispuestas para cada plan al momento de su solicitud.

INTERNACION

Los afiliados tendrán acceso a la cobertura de internación (piso, Terapia Intensiva, Unidad Coronaria y Neonatología), en tanto medie prescripción, para el tratamiento médico, quirúrgico u obstétrico; siempre que ello no sea posible de ser llevado a cabo en forma ambulatoria.
Habitación: El beneficiario tiene derecho a la internación en habitación con dos camas y baño privado.
Internaciones Programadas.
Para acceder a la cobertura de internación, los afiliados deberán solicitar en forma previa al Sistema de Atención de la Salud la respectiva Orden de Internación.
Internaciones de Urgencia.
Las internaciones de Urgencia requerirán, indefectiblemente, para su cobertura la denuncia de la misma dentro de las 12 horas de producida la misma por el prestador. A tal efecto, dicha solicitud deberá ser efectuada mediante comunicación fehaciente. La cumplimentación de la Cartilla de Internación, podrá realizarse dentro de las 48 horas o el 1º día hábil posterior a la internación.
Cobertura de este rubro tendrá el siguiente alcance:

- ✓ Derechos Sanatoriales
- ✓ Derechos Quirúrgicos
- ✓ Honorarios Médicos
- ✓ Medicamentos
- ✓ Material Descartable.
- ✓ Honorarios Anestesia

Todo ello de acuerdo a las normas establecidas por el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales de la ANSSAL y los convenios suscriptos con los prestadores del Sistema de Atención de la Salud.

Anestesia
La cobertura de este rubro comprende honorarios por anestesia en prácticas que por su naturaleza así lo requieran conforme a lo que establezca el Convenio respectivo.
Está expresamente excluida la cobertura del rubro anestesia para el caso de parto normal, salvo que medie causa debidamente justificada en la Historia Clínica y sujeto a autorización de auditoria Médica posterior.

TRASLADOS EN AMBULANCIA

Destinado a pacientes que no puedan movilizarse por sus propios medios, desde, hasta o entre establecimientos de salud; con o sin internación y que sean necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su patología, según lo establecido en normas Técnico Administrativas del Sistema de Atención de la Salud, y debidamente fundamentado con Historia Clínica.

TRASLADOS PARTICULARES PARA ONCOLOGICOS/DIALIZADOS

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.
El afiliado deberá presentar para solicitar la cobertura que se establece, la prescripción médica por cada día de tratamiento con expresa indicación de la fecha y lugar de realización y los comprobantes fiscales referidos al traslado.

MATERNIDAD

La cobertura de este rubro comprende los casos de partos normales o cesáreas, en todo lo concerniente a la atención de la parturienta y del recién nacido durante el período de pos parto.
El recién nacido recibirá la cobertura de su internación en Neonatología y/o Cuidados Intermedios, en casos de ser necesarios.

PLAN MATERNO INFANTIL

Atención de la Embarazada: Desde la gestación hasta los treinta (30) días después del parto, se cubrirán en un ciento por ciento (100%) las siguientes prestaciones:
Ordenes de Consulta : Hasta un máximo de doce(12) sin cargo
Ecografías: las necesarias, con auditoría previa y justificación del pedido
Cobertura de toda patología que se presentara relacionada con el parto: Se incluye radiografía, laboratorio y toda práctica contemplada en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales de la ANSSAL
Internación
Atención del recién nacido: Desde el nacimiento hasta los doce (12) meses se cubrirá el ciento por ciento (100%) de las siguientes prestaciones:
Ordenes de consulta: Hasta un máximo de doce (12) sin cargo

Cobertura de toda patología que se presentará: Se incluye radiografía, laboratorio y toda práctica contemplada en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales de la ANSSAL.

Situaciones no contempladas: Todas aquellas situaciones no contempladas, precedentemente, referidas al funcionamiento de este beneficio, quedará a exclusivo criterio de la Comisión Administradora del SAS, quien resolverá previo informe de la auditoria medica.

COBERTURA PLAN MATERNO INFANTIL (S/RESOLUCIÓN 04-2004)

Ingreso al Plan Materno Infantil: con la presentación del certificado médico donde conste, Edad Gestacional y Fecha Probable de Parto, si existiera algún antecedente de relevancia, como madre RH (-) padre RH (+), etc., deberá constar en el mismo. Se crea una chequera a tal fin, que lleve impresas cada orden de consulta, orden de práctica y receta, la etapa del embarazo a que corresponde, y las prácticas reconocidas.

CONTROL DE PUERPERIO.

Se reconocerá hasta 2 (dos) consultas dentro de los 30 (treinta) días posteriores al parto.

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO EN EL 1º AÑO DE VIDA

a) Consultas médicas a consultorios.

1) Control neonatal: Dos consultas: a los 10 y 30 días del nacimiento;

2) Desde el 1º mes hasta el año corresponde una consulta

b) Cobertura de leche maternizada hasta los 6 meses de vida, con presentación de Historia Clínica que lo justifique.

c) 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.

d) Screening noenatal de fenilcetonuria , hipotiroidismo, galactosemia, enfermedad fibroquística. Debe realizarse en el 1º mes de vida.

Cobertura de toda patología que se presentará: Se incluye radiografía, laboratorio y toda práctica contemplada en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales de la ANSSAL.

Cobertura del 100% de medicación que habitualmente se utiliza en embarazo, puerperio y primer año de vida del niño, incluida en el Formulario Terapéutico del SAS. **(s/Resolución 22-2005).**

PRACTICAS BIOQUÍMICAS

Se reconocerán las prácticas del Nomenclador Nacional con las coberturas correspondientes a cada plan y de acuerdo a las normativas vigentes del SAS, en relación a las que requieren autorización previa.
Las prácticas no Nomencladas se establecerán expresamente y tendrán la cobertura general establecidas para estas.

Cobertura Antígeno Prostático Específico
Reconocer la realización del Antígeno Prostático Específico (P.S.A.), una vez al año, como prevención, pudiendo ser solicitado por un médico clínico. En el caso de detectarse una patología que requiera el control y seguimiento mediante este análisis, sólo se reconocerá el mismo si es prescripto por un profesional urólogo u oncólogo, presentado el afiliado toda la documentación que requiera la auditoría médica del Sistema de Atención de la Salud.

ALERGIA
Se reconoce para los tratamientos de alergia la etapa diagnóstica y el tratamiento desensibilizante. Éste último se reconocerá por un plazo de tres años continuos y por única vez.

FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGIA
Los afiliados pueden acceder a esta prestación por prescripción médica hasta 30 sesiones por año y por persona. Para el caso de superar dicho límite se requerirá la opinión favorable del auditor médico del Sistema de Atención de la Salud. Los valores reconocidos serán los que se establezcan en los Convenios respectivos.
Cod.25.01.01 y Cod.25.01.02 del Nomenclador Nacional.
El código 25.01.06 del Nomenclador Nacional, se reconocerá previa autorización médica con presentación de Historia Clínica que lo justifique.

FONOAUDIOLOGÍA
Se reconoce, previa derivación del medico tratante, hasta 30 sesiones por año y por persona para los casos de desórdenes de la voz, palabra, lenguaje y audición. Se deberá presentar historia clínica en la que conste diagnóstico, pronóstico, tratamiento y duración estimada.
Los valores serán los que se establezcan en los Convenios respectivos. Código 25.01.04 del Nomenclador Nacional.

PSICOTERAPIA
Se reconocen hasta 30 sesiones al año y hasta 4 por mes. Respecto a la terapia familiar se reconocen 30 sesiones al año. Se deberá presentar historia clínica en la que conste diagnóstico, pronóstico, tratamiento y tiempo estimado del mismo.
-El cod.33.01.11 (Pruebas psicométricas) solo se cubrirá en menores de 12 años de edad inclusive, con un límite de una por año y por afiliado.
-El cod.33.01.12 (Pruebas proyectivas) se reconocerá con un limite de uno por año y por afiliado.
Los valores serán los reconocidos en el Convenio respectivo.

PSICOPEDAGOGÍA

La cobertura de este rubro comprende las sesiones de Psicopedagogía necesarias para el tratamiento hasta un límite de 24 sesiones anuales. Se deberá presentar historia clínica en la que conste diagnóstico, pronóstico, tratamiento y duración estimada. Pasado dicho tope, mediante presentación de nueva Historia Clínica podrá solicitarse la cobertura de otras 24 sesiones. Dicha extensión en la cobertura será autorizada por la Auditoria Médica. El importe reconocido para cada sesión de Psicopedagogía será fijado por el Sistema de Atención de la Salud en los Convenios respectivos.

MEDICAMENTOS

Ambulatorio: Se reconoce hasta el porcentaje determinado según el Plan y patología, los valores fijados en el Manual Farmacéutico y conforme a las pautas establecidas en el Convenio respectivo.

1) **Medicamentos de prescripción-dispensa abierta incluidos en el Formulario Terapéutico:**

   PLAN 100/Joven: 50% - PLAN 50/Joven: 25%

2) **Medicamentos de uso permanente o recurrente incluidos en el Formulario Terapéutico: (s /Resolución Nº 24/2005 – 43/2007)**

   PLAN 100/Joven: 70% - PLAN 50/Joven: 35%

   Hipertrofia Prostática Benigna: PLAN 100/Joven: 60% - PLAN 50/Joven: 30%

3) **Medicamentos para planes especiales de cobertura incluidos en el Formulario Terapéutico**:
   - ✓ **Oncológicos y oncohematológicos** Se deberá considerar al paciente oncológico como una Unidad que requiere la mayor y más completa cobertura de los distintos tratamientos que recibe durante este periodo. También se otorgará cobertura a los tratamientos simultáneos que el paciente reciba, ya sea motivada por su enfermedad neoplásica (tratamiento del dolor, vómitos como efectos secundarios de las drogas que recibe) o por enfermedades concomitantes (hipertensión , asma, EPOC etc).
   - ✓ **Diabetes**: Cobertura de insulina, medicamentos hipoglucemiantes orales, equipos para la determinación de glucosa, jeringas con agujas para insulina hasta un tope de 30 jeringas al mes, equipos para administración de insulina, y de las tiras reactivas incluidas en el Formulario Terapéutico.
   - ✓ **Miastenia Gravis:** cobertura de Piridostigmina comp. de 60 mg. en las dosis necesarias para cada caso.

- ✓ **Angiodema hereditario:** cobertura de la medicación específica de la patología.
- ✓ **Vejiga neurogénica:** cobertura de la medicación específica de la patología.
- ✓ **Insuficiencia Renal Crónica:** cobertura de la medicación específica de la patología.
- ✓ **Discapacidad:** cobertura de la medicación específica para la patología.
- ✓ **Medicación inmunosupresora**: cobertura de la medicación inmunosupresora y como complemento de la cobertura primaria que posea el afiliado (obra social, prepaga u otro sistema de cobertura).
- ✓ **Medicación antirretroviral:** cobertura de la medicación antirretroviral y como complemento de la cobertura primaria que posea el afiliado (obra social, prepaga u otro sistema de cobertura).
- ✓ **Medicamentos anticonceptivos:** incorporados en el Formulario Terapéutico.

PLAN 100/Joven: 100% - PLAN 50/Joven: 50%

4) Vacunación Antigripal

Se otorga cobertura del 100% (Plan 100/Joven) y 50% (Plan 50/Joven) de la vacuna antigripal, de acuerdo a las cepas que aconseja la OMS para cada campaña anual, para los siguientes afiliados:

1- Afiliados mayores de 65 años.
2- Afiliados mayores de 2 años y menores de 65 años con alguno de los siguientes factores de riesgo: Diabetes Mellitus, Enfermedad Respiratoria, Insuficiencia Renal, Cardiopatías Crónicas, Obesidad Mórbida, Inmunosupresión de diversa etiología.

Otorgar cobertura del 50% para los afiliados al Plan 100 y del 25% para los afiliados al Plan 50 de la vacuna antigripal de acuerdo a las cepas que aconseja la OMS para cada campaña anual, a los afiliados mayores de 2 años y menores de 65 años que no presenten los factores de riesgos indicados en el punto 2.

5) Medicamentos incluidos en el Vademécum Solidario **(s/Resolución 96/2016)**

Cobertura por reintegro: 30% Plan 100/ Joven – 15% Plan 50 /Joven

Internación: Se reconoce hasta el porcentaje indicado según el Plan, de los valores fijados por el Manual Farmacéutico y conforme a las pautas establecidas en el Convenio respectivo.

Material Radioactivo, sustancia de contraste y material 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

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

Pacientes Oncológicos

Plan	Sust. Contraste	Descartable	Mat. Radioactivo
100/Joven	100%	100%	100%
50/Joven	50%	50%	50%

OPTICA

Se otorga cobertura, según valor resolución vigente, por tipo de cristal y Plan.

Los topes son independientes para cada tipo de cristal, no son unificables y se establecen por año calendario.

ORTOPEDIA Y PROTESIS

Esta cobertura se reconoce con prescripción médica de especialista y por reintegro.

ORTESIS: es todo aquel elemento o sistema que aplicado al sistema musculoesquelético; corrige o coayuda que recupere o cumpla correctamente su función.

ELEMENTO O APARATO ORTOPEDICO: son aquellos que se utilizan, para coayudar a la bipedestación y marcha, a la traslación o reposo, en condiciones favorables para la conversación, recuperación, y/o corrección de las funciones e integridad física.

ENDOPROTESIS: es todo elemento o conjunto de elementos que reemplaza una parte anatómica, pudiendo cumplir algunas de las funciones que normalmente efectúa, lo reemplazado.

EXOPRÓTESIS: son aquellas cuya colocación o remoción no requiere medios quirúrgicos y que son utilizados para obtener una rehabilitación biomecánica o la restitución anatómica que permita una adecuada integración al medio laboral y social.

Cobertura:

ORTESIS: comprende: cuello, tronco, miembros inferiores, férulas, calzado ortopédico (hasta un par por año, hasta los 13 años), plantillas (2 a 13 años, dos pares por año; mayores a 13 años, un par por año).

COBERTURA:

- ✓ PLAN 50/Joven 25%
- ✓ PLAN 100/Joven 50%

} de la factura a cargo del SAS.

Para los casos de ortesis de: cuello, tronco, miembros inferiores, férulas, se reconoce el porcentaje indicado sobre el **menor de tres presupuestos.**

ELEMENTOS ORTOPEDICOS (alquiler o compra según Historia Clínica).
Comprende: bastones, sillas de rueda, camas ortopédicas.

COBERTURA:

- ✓ PLAN 50/Joven 30%
- ✓ PLAN 100/Joven 60%

} de la factura a cargo del SAS.

ENDOPROTESIS Y CEMENTO:

PROTESIS NACIONALES

COBERTURA:

- ✓ PLAN 50/Joven 50%
- ✓ PLAN 100/Joven 100%

Se otorgará cobertura al menor de dos presupuestos, del **valor de prótesis nacionales**. Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin sugerencias de marcas o proveedor.

PRÓTESIS IMPORTADAS

COBERTURA:

- ✓ PLAN 50/Joven 25%
- ✓ PLAN 100/Joven 50%

Sólo se reconocerán prótesis importadas al 100% (Plan 100/Joven) y 50% (Plan 50/Joven), cuando en el mercado no exista similar nacional, cubriéndose la de menor valor.

EXOPROTESIS:

COBERTURA:

- ✓ PLAN 50/Joven 30%
- ✓ PLAN 100/Joven 60%

} de la factura a cargo del SAS.

ELEMENTOS O SISTEMAS DE OSTEOSINTESIS Y ARTRODESIS.

PROTESIS NACIONALES

COBERTURA:

- ✓ PLAN 50/Joven 50%
- ✓ PLAN 100/Joven 100%

Se otorgará cobertura al menor de dos presupuestos, del **valor de prótesis nacionales**. Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin sugerencias de marcas o proveedor.

PRÓTESIS IMPORTADAS

COBERTURA:

- ✓ PLAN 50/Joven 25%
- ✓ PLAN 100/Joven 50%

Sólo se reconocerán prótesis importadas al 100% (Plan 100/Joven) y 50% (Plan 50/Joven), cuando en el mercado no exista similar nacional, cubriéndose la de menor valor.

Observaciones: En adultos no se reconocerá cobertura para la provisión de otra prótesis para el mismo miembro, antes de los tres (3) años. En niños y adolescentes se reconocerá, por razones de crecimiento, las adecuaciones o cambios del cono de enchufe y del cambio de prótesis en un periodo menor. No se reconoce reparación de prótesis.
La cobertura en tutores externos se reconocerá exclusivamente en los casos de fracturas abiertas (mediales o epifisiarias), alargamiento de miembros y Ostomias correctoras; solamente cuando la indicación sea excluyente de toda posibilidad de tratamiento con otros medios de fijación interna o externa, fehacientemente demostrado en la Historia Clínica que acompañe al requerimiento profesional.

En el caso de prótesis se requerirá el correspondiente certificado de implante, Historia Clínica con Foja quirúrgica y radiografía postimplante.

EMERGENCIAS MEDICAS Y URGENCIA:

Se reconocerá la atención en Urgencias y/o Emergencias Médicas, fehacientemente comprobados, con montos y porcentajes a establecer por la Comisión Administradora del Sistema de Atención de la Salud.

1-COBERTURA – DEFINICION

1.1. EMERGENCIAS: situación de extrema gravedad, en la cual corre peligro la vida del afiliado. Casos de vida o muerte de atención inmediata y dentro de los diez minutos de iniciado el hecho.

1.2. URGENCIAS: situación en que el afiliado tiene un riesgo de vida potencial requiriendo asistencia médica a la brevedad, en un lapso que media entre los 10 y 30 minutos según la gravedad del caso.

2- MODALIDAD DE CONTRATACION

2.1. Se efectuará en cada Delegación por intermedio del miembro de la Comisión Consultiva.
2.2. El plazo de duración de cada convenio será de un año con revisión cada 90 días entre el Prestador y el Sistema de Atención de la Salud.
2.3. Perfil del prestador: deberá contar con matrícula habilitante por parte de Salud Pública, la cual deberá acompañarse al momento de la firma del convenio.
2.4. Forma de pago y liquidación: la prestación se abonará por acto ocurrido y contra presentación de las liquidaciones por parte del Prestador al Sistema de Atención de la Salud, por mes vencido y dentro de los 10 días del mes siguiente, abonándose a los 20 días de su presentación.
2.5. El Sistema de Atención de la Salud, en cada convenio, anexará las Normas Técnicas y de auditoría que se requieran.

3.1. Coseguro a cargo del afiliado: De acuerdo al Plan en que se encuentre y de la siguiente manera:

- ✓ PLAN 100 20%
- ✓ PLAN 50 40%

3.2. FORMA DE PAGO DEL COSEGURO
El afiliado que haga uso de esta prestación abonará el coseguro que le corresponde a través del resumen de cuenta que emite el Consejo, el cual se debitará al momento de liquidar la cuenta del prestador.

3.3. MORA EN EL COSEGURO: Se considerará mora en el coseguro cuando el afiliado no abone al vencimiento, el resumen emitido por el C.P.C.E.E.R., en el cual se debite dicho coseguro. La mora implicará que la Administración del SAS informará automáticamente al prestador/es de esta situación, a los efectos de excluir al beneficiario en mora.

COBERTURA ODONTOLOGICA

Se establece la cobertura de éstas prácticas por convenio o reintegro según lo determine cada Plan.

Procedimiento:
Por Convenio:

- ✓ El Odontólogo elegido deberá completar la ficha odontológica detallando las prestaciones a realizar.
- ✓ El afiliado presentará en el Sistema de Atención de la Salud la ficha odontológica.
- ✓ La auditoria odontológica auditará la prestación arancelando el tratamiento a realizar, autorizando como máximo el número de prácticas, del Nomenclador convenido con los prestadores, que por convenio se determine.
- ✓ El afiliado entregará la ficha al profesional prestador del servicio, quien recién entonces iniciará el tratamiento.
- ✓ Terminado el mismo, el afiliado conformará con su firma la Ficha Odontológica, abonando al profesional el porcentaje de coseguro que le corresponda según el Plan.

Por reintegro:

- ✓ Se solicitará al profesional odontólogo la ficha odontológica y el recibo correspondiente.
- ✓ Esta documentación se presentará ante el Sistema de Atención de la Salud para solicitar el reintegro correspondiente.
- ✓ La auditora odontológica solicitará al afiliado toda la información que considere necesaria para proceder a autorizar el reintegro solicitado.

Consultas: se reconocerá solo una por año y por afiliado.

Prótesis

Se ha dispuesto una duración mínima de 36 meses, NO se reconocerá la repetición de la misma dentro del plazo citado.
NO obstante, el Sistema de Atención de la Salud podrá autorizar lapsos menores siempre que las causales invocadas lo justifiquen, debiendo en esos casos recabar indefectiblemente la autorización previa a la realización de las mismas, sin cuyo requisito no se otorgará la cobertura solicitada con un tope establecido anualmente.
Para la cobertura de prótesis se **deberá** presentar: Radiografías pre y post de las prótesis fijas realizadas, sin lo cual no se reconocerán las mismas.

Materiales: todos los trabajos realizados en cerámica sobre metal no se cubren en el sistema de reintegros, siendo reconocidas dichas prestaciones por analogía, previa homologación dispuesta por el Sistema de Atención de la Salud.

Ortodoncia

Para acceder a esta cobertura se establece un Plan Especial: el afiliado mediante el pago de una cuota adicional (a determinar por la Comisión Administradora del Sistema de Atención de la Salud) durante un plazo de 6 meses obtiene derecho a solicitar la cobertura del tratamiento de ortodoncia, la cual previamente al inicio del Plan debe ser autorizada por la auditoría odontológica. La Comisión Administradora determinará el monto tope anual a reconocer por el tratamiento.

La cobertura de este rubro se efectuará en tres etapas:
1ª) Cuando el facultativo interviniente certifique haber colocado y activado la aparatología necesaria para el caso.
2ª) A la mitad del tiempo que el profesional ha estimado como necesaria para realizar la corrección acompañando certificación de la circunstancia.
3ª) Con la presentación de la certificación en la que conste que da por terminada la parte activa del tratamiento.

Se reconocerá **un solo** tratamiento de ortodoncia de por vida. De comenzar el tratamiento con dentición mixta y terminar con dentición permanente, se tomará en cuenta para la cobertura el importe correspondiente al tipo de dentición existente en cada una de las etapas mencionadas anteriormente.
Se requiere del odontólogo que tiene a su cargo el tratamiento.
a- Diagnóstico de la malformación
b- Tipo de dentición
c- Duración estimada del tratamiento y tipo de aparatología a utilizar.
d- Presupuesto total del tratamiento
e- Certificación de la aparatología instalada en la boca
f- Conservación de los modelos por eventual auditoria de parte del odontólogo del Sistema de Atención de la Salud.
En caso de mayores de 15 años con difumino de articulación temporo maxilar con certificado y estudios previos la cobertura se limitará a la mitad de 1 (uno) tratamiento de ortodoncia fija.

El tope anual por año calendario establecido para Clínica, Prótesis y Ortodoncia definido por Resolución de la Comisión Administradora.

Implantes
Se otorga cobertura a los implantes odontológicos por sistema de reintegro, para las prestaciones realizadas a partir del 01 de octubre de 2015.

Por cada implante dental se reconoce el valor tope definido por la C Administradora. El importe de cobertura de implantes dentales, se encuentra fuera del Tope Anual establecido para las prácticas odontológicas.

Se reconocerá un máximo de 2 (dos) implantes en el año por afiliado. Los mismos deberán estar autorizados, previamente a la cirugía, con placa radiológica panorámica o tomografía axial computarizada y peri apicales de la zona. Se reconocerá un solo implante de cada pieza dental de por vida. La cobertura de perno, corona y provisorio del implante se realizará teniendo en cuenta

los valores y porcentajes de reintegro establecidos para las prácticas odontológicas y dentro del Tope Anual de odontología.

Auditoria de las prestaciones:
El Sistema de Atención de la Salud verificará y controlará a través de su Auditoria Odontológica, las causas determinantes de las prestaciones, así como también los tratamientos ya realizados, los que serán denegados cuando el afiliado u otras personas no permitan ejercitarlo o no aporten la información que se solicita o cuando se detectan abusos en la utilización del servicio.

Odontología preventiva
El Sistema de Atención de la Salud realizará campañas de prevención, fluoración y campañas de educación para la salud bucal.

PROGRAMA DE PREVENCION

CARACTERISTICAS

Implementación: mediante la entrega de una chequera, utilizando bonos o cupones, donde conste la prestación a recibir por el afiliado. Se hará entrega de una chequera por afiliado por año.

- ✓ Se reconoce el 100% de las prestaciones previstas en el presente Programa de Prevención, para el Plan 100/Joven, Plan 50/Joven, y Plan Básico.
- ✓ No rigen periodos de carencia para las prestaciones del Programa de Prevención.

PRESTACIONES A RECONOCER SEGÚN SEXO Y BANDA ETARIA

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 20 A 35 AÑOS

- ✓ Examen clínico anual.
- ✓ Control de la Tensión Arterial.
- ✓ Control de talla y peso.
- ✓ Control cardiológico.
- ✓ Papanicolau uno por año.
- ✓ Un control de Colesterol y HDL.
- ✓ Serología para Rubéola .

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 36 A 47 AÑOS

- ✓ Examen Clínico Anual.
- ✓ Control de la Tensión Arterial.
- ✓ Control de Talla y peso.
- ✓ Control cardiológico.
- ✓ Papanicolau uno por año.
- ✓ Colesterol Total.
- ✓ Mamografía.

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 48 A 53 AÑOS

- ✓ Examen Clínico Anual.
- ✓ Control de Tensión Arterial.
- ✓ Control de Talla y Peso.
- ✓ Control cardiológico.
- ✓ PSA: un análisis por año.
- ✓ Tacto Rectal y Examen Clínico Anual para control de Próstata en varones.
- ✓ PAP uno por año.
- ✓ Glucemia.
- ✓ TSH.
- ✓ Mamografía.

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 54 A 65 AÑOS

- ✓ Examen Clínico Anual.
- ✓ Control de Tensión Arterial.
- ✓ Control de Talla y Peso.
- ✓ Control cardiológico.
- ✓ PAP uno por año.
- ✓ Mamografía.
- ✓ PSA: un análisis por año.
- ✓ Tacto Rectal en Examen Clínico Anual para Control de Próstata.
- ✓ Sangre Oculta en Materia Fecal Anual.
- ✓ Colesterol Total.
- ✓ Glucemia.

EXAMEN PARA MAYORES DE 65 AÑOS

- ✓ Examen Clínico Anual.
- ✓ Control de Presión Arterial.
- ✓ Control de Talla y Peso.
- ✓ Control cardiológico.

- ✓ Sangre Oculta en Materia Fecal Anual.
- ✓ PAP uno por año.
- ✓ Mamografía
- ✓ PSA: un análisis por año.
- ✓ Tacto Rectal en el Examen Clínico para Control de Próstata

ASISTENCIA AL DIABETICO

CARACTERISTICAS

✓ Cobertura del 100% para equipos o sets de Determinación de Glucemia. Se reconoce un único equipo por única vez.

✓ Cobertura del 70% en Medicamentos Hipoglucemiantes Orales, para afiliados con Diabetes Tipo II y 100% de cobertura de insulina para afiliados insulino – dependientes.

✓ Cobertura del 100% para equipos de administración de insulina (un equipo por única vez.).

✓ Cobertura del 100% en jeringas con aguja para insulina y agujas para equipos de administración de insulina, hasta un tope de 30 jeringas al mes.

✓ Se reconoce una visita por mes, por reintegro, a Podólogo matriculado, para prevención del Pie Diabético.

✓ Para acceder a la cobertura se debe presentar certificado médico donde conste tipo de Diabetes, y tratamiento instituido.

✓ El Plan 50/Joven gozará de una cobertura del 50% de los porcentajes y valores mencionados precedentemente.

ANEXO VI

PRACTICAS NO NOMENCLADAS INCLUIDAS EN LAS PRESTACIONES

Para acceder a esta cobertura se debe solicitar autorización previa por auditoria médica, con la presentación de Historia Clínica y la documentación respaldatoria que se indica en la Normas Técnico Administrativas del Sistema de Atención de la Salud.
(s/Resolución 15/2004). Para las prácticas convenidas a través de convenios, el porcentaje de cobertura se aplicará según aranceles convenidos, para los demás se fijará un valor de mercado como referencia.
Se otorgará una cobertura equivalente a los porcentajes establecidos en los Anexos II y III del Reglamento del Sistema de Atención de la Salud.
Para el Excimer Láser y en forma excepcional para aquellas prácticas No Nomencladas, no incluidas en el presente anexo, se otorgará una cobertura especial del 50% para el Plan 100 y del 25% para el Plan 50. Las prácticas No Nomencladas, no incluidas en el presente Anexo, se reconocerán a los porcentajes indicados, siempre que exista opinión favorable de auditoría médica y se vea afectada la calidad de vida del afiliado.

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR
Para su autorización se requerirá la solicitud del especialista mediante Historia Clínica y formulario de práctica de Alta Complejidad del Sistema de Atención de la Salud.

DENSITOMETRIA OSEA
Para su reconocimiento deberá ser solicitado por especialista (reumatólogo, endocrinólogo, traumatólogo), con presentación de Historia Clínica en formulario de Alta Complejidad). No se autorizará densitometría ósea de control en lapsos menores de 18 meses.

USO de MICROSCOPIO
Se reconocerá:
Neurocirugía
Otorrinolaringología
Oftalmología

PRACTICAS BIOQUIMICAS
Agregadas en el PMO y homologadas por convenio.

TRAUMATOLOGIA
Artroscopía de hombro.
Artroscopía de ligamentos cruzados.
Artroscopía de rodilla.

CARDIOLOGIA
ECG de señales promediadas.
Ergometría computarizada.
Estudio de Variabilidad de la frecuencia cardíaca.
Holter 3 canales.
Presurometría.

Ejercicios Isokinéticos.
Til Test.
Ecodoppler cardíaco.
Ecodoppler vascular.
Ecodoppler blanco y negro/color.

PUNCIONES
Punción bajo control ecográfico.
Punción biopsia bajo control ecográfico.
Punción bajo control TAC.
Punción con drenaje bajo TAC.

UROLOGIA
Flujometría.
Estudio urodinámico.

CIRUGIA VIDEOLAPARÓSCOPICA
Abdominal
Ginecológica
Toráxica

PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS COMPLEJOS
Videocolongeografía retrógrada pancreática.
Videoesófagogastroduodenoscopía.
Videogastroscopía.
Drenaje endoscópico de vías bileares con papiloplastía y extracción de litos.
Videocolonoscopía (diagnóstica y terapéutica)

LITOTRICIA EXTRACORPOREA

OFTALMOLOGIA
Paquimetría.
Campo visual computarizado.
Eximer Láser.

ESTUDIO CEFALOMÉTRICO

NEUROLOGIA
Potenciales Evocados (visuales, auditivos, somatosensitivos)
Hemodinamia.
Spect Cardíaco.
Spect Cerebral.

ORL
Rinofibroscopía.
Rinofibrolaringoscopía.

ANEXO VII

PRESTACIONES NO RECONOCIDAS

Quedan expresamente excluidos de la cobertura brindada por el Sistema de Atención de la Salud los siguientes:

1-Gastos producidos antes de haberse cumplido cada uno de los períodos de carencia desde el ingreso o reingreso al Sistema de Atención de la Salud, y los incurridos en periodos en los que el beneficiario se halle con los servicios suspendidos por no haber abonado las cuotas sociales correspondientes.

2-Gastos que excedan los topes anuales estipulados por el Sistema de Atención de la Salud.

3-Enfermedades infectocontagiosas o de denuncia obligatoria, así también como toxicómanas, alcoholismo, intoxicación por ingesta voluntaria o no de medicamentos y/o sustancias en dosis no recetadas por un profesional médico, intento de suicidio y todo daño que resultara de la autoagresión aun provocada en estado de insania. Tampoco estarán cubiertas las secuelas y/o complicaciones y/o derivaciones de las mismas.

4-Los estados que deriven de desastres o epidemias y de la participación del beneficiario en guerras, tumultos, revoluciones., Conflictos laborales y/o hechos delictivos similares en los que el mismo hubiera tenido participación activa.

5-Internación por enfermedades crónicas y/o seniles y/o geriátricas, con excepción de los periodos de agudización de la enfermedad o aparición de intercurrencias clínicas y/o quirúrgicas y dentro de la normativa prevista para la atención médica en el Sistema de Atención de la Salud.

6-Tratamientos de reposo, rejuvenecimiento, adelgazamiento, celuloterapia, cosmetología, pedicura y autohemoterapia inmunológica.

7-Toda internación clínica para estudios diagnósticos y/o tratamientos susceptibles de ser realizados ambulatoriamente o en el domicilio del beneficiario, así como la prolongación de una internación de cualquier tipo (clínica o quirúrgica) mas allá del alta médica, o en su defecto, de lo requerido para una correcta atención a juicio de la Auditoría Médica del Sistema de Atención de la Salud.

8- No serán cubiertos los gastos ocasionados por cualquier tipo de lesiones derivadas de participación en forma profesional en cualquier competencia deportiva.

9-Tratamientos y operaciones que en nuestro medio se hallen en la etapa experimental o no incorporadas a la práctica corriente a través del reconocimiento de instituciones oficiales o científicas.

10-Estudios y tratamientos que no se justifiquen científicamente a juicio del Sistema de Atención de la Salud.

11-Cirugías plásticas para condiciones y/o embellecimiento.

12-Acupuntura, quiropraxia y otras prácticas no autorizadas por las leyes vigentes aun realizadas por médicos con título habilitante.

13-Prácticas que no figuran en el Nomenclador Nacional y que no estén contempladas en las normativas del Sistema de Atención de la Salud.

14- Técnicas y Prácticas Nomencladas y No Nomencladas suprimidas por autoridades Científicas y/o Sanitarias.

15- Estudios y prácticas requeridas para ingreso a Instituciones o Laborales.

ANEXO VIII

PRÁCTICAS Y SERVICIOS ESPECIALES

AFILIADOS DISCAPACITADOS

Definición:

A los efectos de la ley 24.901, se considera discapacitado a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física (motora, sensorial) o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

Para acceder a la cobertura por discapacidad, se requiere presentar:

- Historia Clínica de médico especialista donde se especifiquen los antecedentes de la afección que motiva la solicitud, descripción del estado actual del paciente plan de tratamiento anual.
- Informe inicial del o los profesionales intervinientes en los distintos tratamientos de rehabilitación, donde se especifique la afección a tratar, cantidad de sesiones semanales o mensuales prescriptas, plan de tratamiento a seguir, y tiempo estimado del mismo.
- Certificado Único de Discapacidad, otorgado por la Dirección Nacional de Discapacidad que acreditará plenamente la discapacidad, su naturaleza y grado, y eventualmente las posibilidades de rehabilitación del afectado.
- El afiliado deberá informar si posee cobertura social primaria.
    - El prestador deberá presentar:

- Registro de número de prestador en la Superintendencia.
- Matrícula profesional otorgada por el organismo provincial/nacional competente. Certificación de capacitaciones, especialidades (en abordajes que hacen a la práctica profesional en la discapacidad).
- Instituciones: habilitación, certificación de categorización y número de prestador de la Superintendencia de Servicios de Salud.

CARACTERISTICAS DE LA COBERTURA

Beneficiarios:

Esta cobertura está destinada a los afiliados que requieran tratamientos prolongados de rehabilitación y que presenten alguna de las siguientes afecciones:

Sensoriales: sordos, sordomudos e hipoacúsicos graves, ciegos.
Del lenguaje: trastornos serios de articulación de la palabra (afásicos) de origen neurológico, tumoral, infeccioso (encefalitis, meningitis) o traumático, distocias.

Motrices: paresias, hemiplejías, paraplejías, cuadriplejías, parálisis cerebral, espástica, atetosis o similares derivadas de afecciones neurológicas, infecciosas, tumorales o traumáticas, distocias o anoxias intraparto.
Trastornos mentales y del comportamiento: parálisis cerebral, microcefalia, síndrome de Down.
Otros casos no mencionados en el presente listado, pero que por sus características se encuadren en la definición de Discapacidad.

DOCUMENTACION NECESARIA A LOS FINES DEL REINTEGRO
Comprobantes de pagos originales, o fotocopia autenticada si hay intervención de Obra Social primaria, donde conste: datos del paciente, tratamiento realizado, cantidad de sesiones, fecha en que se realizaron, firma y sello del profesional tratante, cobertura de Obra Social primaria.

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.

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 definido por Resolución de la Comisión Administradora por audífono, no pudiendo solicitar cobertura nuevamente hasta el término de dos años.

5- TRANSPORTE ESCOLAR Y EDUCACIÓN

Transporte escolar: Se otorgará una cobertura del 100% sobre la factura presentada hasta un tope definido por Resolución de la Comisión Administradora por mes.

Maestra Orientadora Integradora (M.O.I.): Se otorga cobertura según los aranceles establecidos mediante Resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación (Ley 24.901), previa evaluación y autorización de Auditoría Médica, para aquellos afiliados discapacitados que por su patología la requieran.

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 aranceles de discapacidad, se fija el valor de cobertura por Resolución de la Comisión Administradora.

EL PLAN 50/JOVEN TENDRA UNA COBERTURA EQUIVALENTE AL 50% DE LO DETALLADO PRECEDENTEMENTE.

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.

PRÉSTAMO ASISTENCIAL

· Se otorgan para cubrir coseguros del Sistema de Atención de la Salud y para situaciones especiales de salud, debidamente justificadas.

· Previa opinión de auditoría médica del Sistema de Atención de la Salud, teniendo en cuenta que se trate de:

- Prestaciones incluidas dentro de los Anexos del Reglamento del Sistema de Atención de la Salud.
- Se vea afectada la calidad de vida del afiliado, o exista riesgo de vida.
- El afiliado solicitante del préstamo debe estar al día con el Sistema de Atención de la Salud.

Las condiciones y líneas de préstamos son establecidas por Resolución de la Comisión Administradora SAS.

SUBSIDIO ASISTENCIAL

Destinado a atender las prestaciones previstas en éste Reglamento para casos puntuales, excepcionales, y de necesidad extrema por parte del afiliado, es no reintegrable. El monto a otorgar se definirá por vía reglamentaria estableciendo como máximo el importe que reconoce el sistema para esa práctica o similar

COBERTURA PACIENTES ONCOLOGICOS

Otorgar la cobertura que seguidamente se indica a los afiliados con patología oncológica y para las prestaciones que se brindan a partir de la fecha del Informe de Biopsia o Estudio Anatomopatológico y que a su vez hayan presentado:

- ✓ Historia Clínica pormenorizada
- ✓ Fotocopia de todos los estudios cuyos informes arrojen datos positivos para patología Oncológica.

CARACTERISTICAS DE LA COBERTURA

Se reconocerá:

1)<u>Prácticas Nomencladas</u> necesarias para el control y seguimiento de la enfermedad. Requieren autorización previa excepto urgencias debidamente comprobadas.

2)<u>Prácticas No Nomencladas</u> necesarias para el control y seguimiento de la enfermedad.
En todos los casos es imprescindible solicitar autorización previa, acompañando toda la documentación respaldatoria y una breve Historia Clínica con explícita justificación de lo solicitado. Si la prestación no se encuentra convenida con los prestadores del SAS se deberá adjuntar el presupuesto correspondiente.

Porcentaje de cobertura según el Plan:

PLAN	Prácticas Nomencladas	Prácticas No Nomencladas *
100	100%	100%
50	50%	50%

** **Se reconocerá el porcentaje establecido para cada Plan sobre el total facturado, tomando como valores topes los convenidos con el Hospital Italiano de Buenos Aires.***

3)<u>Acelerador Lineal</u> se reconocerá el 100% (Plan 100) y 50% (Plan 50) sobre el total facturado, tomando como límite los valores convenidos con el HIBA .

4)<u>Planificación y Simulación</u> se reconocerá el 100% (Plan 100) y 50% (Plan 50) sobre el total facturado, tomando como límite los valores convenidos con el HIBA .

5) <u>Tratamiento del Dolor en todas sus variantes</u>. Ajustado a Normas Técnicas y Legales del Ministerio de Salud Pública, Resolución Nº 932/2000.

6)<u>Internación</u> cobertura al 100% (Plan 100) y 50% (Plan 50) de las internaciones relacionadas con la patología oncológica.

<u>ALCANCE:</u>
Si el afiliado posee otra cobertura social, el Sistema de Atención de la Salud (S.A.S.) actuará como complementario. Si el afiliado no posea cobertura social deberá manifestar tal situación por escrito

<u>SUBSIDIO ENFERMEDADA CELÍACA</u>

Otorgar un subsidio mensual a los afiliados con patología celíaca, en concepto de harinas y premezclas libres de gluten, con la presentación de la documentación que certifique la enfermedad celíaca (informes de laboratorio y biopsia), cuyo importe será definido por Resolución de la Comisión Administradora.

SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

Teniendo en cuenta que ante el fallecimiento de un afiliado se genera para la familia primeras erogaciones en concepto de gastos de traslados y/o trámites relacionados con este hecho, se otorga para los afiliados al Sistema de Atención de la Salud un subsidio por fallecimiento, importe a otorgar definido por Resolución de la Comisión Administradora

Este subsidio se abonará a derechohabientes del afiliado fallecido, quienes deberán presentar copia de la partida de defunción correspondiente y/o toda otra documentación a satisfacción de la administración del sistema.