

CAJA DE PREVISION Y SEGURIDAD SOCIAL DE ABOGADOS Y PROCURADORES DE LA PROVINCIA DE CORDOBA

REGLAMENTACION INTERNA DEL SERVICIO DE SALUD SOLIDARIO

Aprobado por el Consejo de Administración- Acta 2517.2ºe - 10 de julio de 2013

A LOS SEÑORES ASOCIADOS:

El Servicio de Salud Solidario, instituido por ley 8404 (t.o. 6468), art. 34, inc. e), para ser administrado por los abogados con carácter de prestación obligatoria para la Caja de Abogados no lo es para los afiliados, para quienes la asociación al mismo es voluntaria.

Esta circunstancia la diferencia diametralmente con las obras sociales en las que la pertenencia a las mismas es obligatoria para todos los afiliados. También se diferencia de las empresas pre pagas o empresas de salud, las cuales hacen de la prestación médica un servicio lucrativo, característica que justamente está totalmente ausente en nuestro sistema.

Por otra parte, debe destacarse que la Institución no cuenta con aportes, subsidios ni ayuda económica de ninguna naturaleza por parte del estado nacional o provincial, no se encuentra comprendido entre los prestadores de salud que gozan de recupero de gastos para supuestos de prestaciones para patologías de alto impacto económico y aquellas que, por sus características demanden una atención prolongada en el tiempo, debiendo sustentarse únicamente con los fondos provenientes de las cuotas sociales de los afiliados.

Ese es el motivo que guía la existencia de esta reglamentación interna, que establece un ordenamiento acotado de las prestaciones sobre las premisas de la Medicina Basada en la Evidencia (M.B.E.), no con un criterio economicista, sino por un principio básico de solidaridad con equidad entre los afiliados, por cuanto se deben evitar prestaciones excesivas o desmesuradas, que conllevan la exclusión de prestaciones a otros asociados al servicio, garantizando la eficacia y eficiencia del sistema de prestaciones, asegurando uniformidad en la cobertura, similar calidad de prestación e igual nivel de accesibilidad.

La presente reglamentación interna ha sido elaborada por un equipo multidisciplinario de médicos especialistas, con el único fin que la atención de la salud pueda llegar a todos los asociados por igual evitando que la sobreprestación a algunos lo sea en detrimento de los restantes o del sistema en su conjunto.

CAPITULO I - CARENCIAS

I.1.- CARENCIAS REGLAMENTARIAS

Se define como período de carencia al lapso preestablecido entre la fecha de ingreso del asociado al Servicio de Salud y el momento en que nace para el asociado el derecho al goce de las prestaciones que dicho servicio brinda.

Las distintas prestaciones médicas se brindan recién a partir del cumplimiento de los respectivos periodos de carencias establecidos en el Reglamento del Servicio de Salud Solidario y aquellos detallados en esta reglamentación interna y los que Auditoría Médica incorpore en un futuro teniendo en cuenta que los avances científicos y tecnológicos de medicina basada en la evidencia, determinan un incremento constante de los requerimientos prestacionales que modifican las disposiciones reglamentarias internas.

Quedan exceptuados de los períodos de carencia reglamentarios y por lo tanto, tienen derecho al uso inmediato de los servicios, los siguientes asociados: a) Recién nacido cuyo progenitor (padre o madre) o abuelo sea afiliado; b) Titular o miembro del grupo familiar que re-ingresare al sistema dentro de los 30 (treinta) días de haber solicitado voluntariamente la baja y c) Titular que deja de serlo porque se incorpora como familiar de su cónyuge que también es titular del servicio o familiar que pasa a ser titular de otro grupo.

Al momento de la asociación: consultas y prácticas de baja complejidad: análisis de laboratorio de rutina, radiología simple sin contraste, electrocardiograma, colpocitología oncológica y colposcopia, ergometría, medicamentos ambulatorios incluidos en el Vademécum general,

A los 60 (sesenta) días: prácticas de fisioterapia y/o kinesioterapia, fonoaudiología, odontología general, ecografías simples y transvaginales, ecocardiograma bidimensional, radiología con contraste, ortopantomografía, análisis de laboratorio de mediana complejidad (método R.I.A.) cirugía ambulatoria de baja complejidad (suturas de heridas, yesos, punciones o biopsias simples o dirigidas por ecografía, escisión de lesiones de piel), densitometría ósea, potenciales evocados, mamografías, monitoreo ambulatorio de presión arterial, prácticas oftalmológicas y otorrinolaringológicas nomencladas, medicamentos no incluidos en el vademécum general y autorizados por auditoría médica por excepción,

A los 90 (noventa) días: psicoterapia ambulatoria. Programa de Prevención Materno-Infantil (P.P.M.I.) siempre y cuando la afiliada no haya ingresado embarazada.

A los 120 (ciento veinte) días: análisis de laboratorio no nomenclados incluidos en convenio, ecografías doppler color, ecocardiograma de stress, endoscopías de aparato digestivo, urológicas y neumonológicas, espirometría computarizada y pruebas funcionales respiratorias, otoemisiones acústicas, electromiografía, electroencefalografía, polisomnografía, internaciones clínicas en habitación común.

A los 180 (ciento ochenta) días: inmunohistoquímica, estudios genéticos, Tomografías Computadas nomencadas, Resonancias Magnéticas Nucleares (R.M.N.) nomencadas, O.C.T (Tomografía de Coherencia Optica), prácticas de Medicina Nuclear (Centellografías, Radiocardiograma, curva de captación de yodo radioactivo, spect cardíaco-coronario, estudios de perfusión miocárdica, etc.), angiografías, flebografías, cirugía ambulatoria de alta complejidad (cataratas, cirugías endoscópicas de aparato digestivo, urológicas o neumonológicas, punciones biopsias dirigidas por T.A.C., criocirugías, asa de Leep, rehabilitación cardiovascular, neurorehabilitación, internaciones quirúrgicas (exceptuadas las de alta complejidad), internaciones psiquiátricas, odontología especializada y ortodoncia, Programa de Prevención del Riesgo Cardiovascular (P.P.R.C.), Programa de Prevención del Paciente con Diabetes (P.P.P.D.)

A los 300 (trescientos) días: parto normal y cesárea.

A los 360 (trescientos sesenta) días: internaciones quirúrgicas de alta complejidad (cirugías de By-Pass, neurocirugías, cirugías que requieran prótesis, cirugías refractivas oftalmológicas con laser y otras que determine Auditoría Médica), Programa de Control Oncológico (P.C.O.), Programa de Medicamentos Especiales (P.M.E.).

A los 720 (setecientos veinte) días: hemodiálisis crónica y trasplantes.

I.2.- CARENCIAS ESPECIALES POR PREEXISTENCIA

Los casos de patologías, lesiones o alteraciones orgánicas preexistentes al momento de la asociación serán evaluados por Auditoría Médica, quien determinará los tiempos de espera especiales, si correspondiere, o la exclusión de cobertura de la patología.

Auditoría Médica podrá exigir la presentación de historia clínica o los exámenes diagnósticos que considere necesarios para la evaluación y decisión de incorporación o no del potencial asociado. Hasta tanto el interesado no dé cumplimiento a esta exigencia, el trámite de asociación quedará suspendido.

Los plazos de carencia por preexistencias serán definidos por la Auditoría Médica de manera previa a la incorporación o reincorporación del beneficiario y, según el caso, serán calificadas como permanentes o temporarias, estableciendo en este último supuesto el período correspondiente. Las carencias por preexistencias le serán informadas al peticionante y su aceptación lisa y llana es condición inexorable para la asociación al Servicio de Salud Solidario.

I.3.- PRESTACIONES EXCLUIDAS

Todas las referidas en el artículo 31 del Reglamento del Servicio de Salud Solidario, a saber:

La Caja no reconocerá las siguientes prestaciones:

- a) Lesiones derivadas de hechos en los cuales la culpa del asociado alcanzare niveles de culpa grave, las consecuencias de cualquier herida, daño, lesión o alteraciones orgánicas autoinfligidas como así también las consecuencias derivadas de todo intento de suicidio o su concreción.
- b) Accidentes de trabajo.

- c) Tratamientos de adelgazamiento con fines estéticos, rejuvenecimiento, reposo, hidroterapia, acupuntura, dígito-puntura, celuloterapia, medicina alternativa, homeopatía y todo tipo de prácticas no reconocidas por el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, aún las realizadas por médicos u otros profesionales con título habilitante.
- d) Cobertura de toda patología, lesión o alteración orgánica preexistente al momento de su asociación al Servicio de Salud y sus complicaciones posteriores.
- e) Cirugía plástica no reparadora, por cosmetología, ni prácticas ni estudios complementarios especiales debido a la existencia anterior de una cirugía estética.
- f) Medicamentos, prácticas e internaciones con fines experimentales.
- g) Anteojos y lentes de contacto.
- h) Hogarizaciones geriátricas, hogares de día, internaciones crónicas en centros de rehabilitación.
- i) Implantes odontológicos ni estudios complementarios como parte del tratamiento.
- m) Podología.
- n) Terapéuticas relacionadas con la fertilidad.
- ñ) Toda práctica o cirugía no nombrada por las cuales la Caja no haya realizado convenio con los prestadores, testificaciones de alergia (salvo testificaciones para medicamentos).
- o) Estudios de pre-ingresos laborales y deportivos, psicodiagnósticos, evaluaciones neurosicológicas, cognitivas, de deglución, neurofonoaudiológicas, lesiones sufridas como consecuencia de la participación profesional en competencias, pruebas o demostraciones de pericia y/o velocidad de cualquier índole (motociclismo, automovilismo deportivo, aladeltismo y paracaidismo).
- p) Enfermería a domicilio, acompañantes terapéuticos, terapia ocupacional, ortesis, colchones y/o camas ortopédicas, alimentación enteral a domicilio, medicamentos y/o descartables en internación domiciliaria, materiales y/o instrumental quirúrgico para cirugías autorizadas.
- q) Tratamiento del dolor post-quirúrgico por anesthesiólogos, anestesia peridural para el parto.

CAPITULO II – UTILIZACION DE LOS SERVICIOS

Todas las prestaciones sin excepción, deben ser prescriptas y realizadas por prestadores bajo convenio. No se aceptarán prescripciones de médicos que no estén en el listado de prestadores de las Instituciones contratadas ni se reintegrarán prestaciones realizadas por otros efectores distintos a los de los convenios.

La Caja no cubre prestaciones médicas fuera del territorio argentino.

La cartilla de prestadores podrá sufrir modificaciones (alta y/o bajas), las que serán oportunamente comunicadas al asociado.

La contratación de una Institución Prestadora (Clínica, Sanatorio, Instituto, centros prestadores) no necesariamente significa que todos los profesionales que trabajan en él sean prestadores de la Caja de Abogados.

El trámite de autorización de prácticas es **previo** a la realización del estudio y puede solicitarse en forma personal, por fax o *correo electrónico* en el Servicio de Salud o en

los Colegios de Abogados o delegaciones del interior o por internet cuando se implemente este sistema.

La autorización de Auditoría médica se hará dentro de las 48 horas de solicitada. Dicha autorización tiene validez por 30 (treinta) días, pasados los cuales, de no haberse realizado los estudios, debe solicitar una nueva prescripción al médico tratante.

PRÁCTICAS INCLUIDAS Y CARENCIAS

II.1.- Consultas:

El asociado podrá efectuar las consultas con el médico que elija entre los profesionales de la cartilla de prestadores.

Modalidad operativa: Con la simple presentación de la orden de consulta que se retira en el Servicio de Salud de la Caja de Abogados o en los Colegios de Abogados o delegaciones del interior de la provincia. La orden de consulta tiene validez por 1 (un) año desde la fecha de su emisión, es nominada para el titular, pero puede ser utilizada por cualquier miembro del grupo familiar, aclarando los datos del familiar en la misma y con aclaración de firma.

Cobertura: 100%

Carencia: sin carencias

II.2.- Análisis de Laboratorio:

Podrá efectuar las prácticas con el bioquímico de su elección dentro de la nómina de prestadores.

Prestaciones: Análisis contemplados en el Nomenclador interno del Servicio de Salud Solidario de la Caja de Abogados de Córdoba (N.I. del S.S.S)

Modalidad operativa: La solicitud de análisis debe ser confeccionada en el recetario con membrete del profesional donde deben constar: *datos del paciente, N° de afiliado y código de parentesco, fecha de la solicitud, diagnóstico presuntivo, firma y sello del médico.* El pedido médico tiene 30 (treinta) días de vigencia, pasados los cuales debe ser solicitado nuevamente.

Cobertura: 80% (el afiliado abona el 20% al prestador)

Autorización: no requieren de autorización previa los códigos inferiores al 1000 del Nomenclador Nacional (N.N de la S.S.S), ni el Colesterol - HDL o LDL.

Deberán autorizarse previamente cuando la cantidad solicitada, aunque sean códigos inferiores al 1000, sea mayor a 10 análisis, con historia clínica que los justifique.

Carencia: Laboratorio de rutina: sin carencias

Laboratorio de mediana complejidad (método R.I.A.): 60 días

Laboratorio no nomencado incluidos en convenio: 120 días

Inmunohistoquímica, estudios genéticos: 180 días

II.3.- Prácticas de Baja complejidad

Podrá efectuar las prácticas en el efector de su elección dentro de la nómina de prestadores.

Prestaciones: Prácticas contempladas en el Nomenclador interno (N.I. del S.S.S.)

Modalidad operativa: La solicitud de prácticas complementarias debe ser confeccionada en el recetario del profesional con las especificaciones detalladas en el punto **II.2**. El pedido médico tiene 30 (treinta) días de vigencia, pasados los cuales debe ser solicitado nuevamente.

Cobertura: 80% (el afiliado abona el 20% al prestador)

Autorización: no requieren de autorización previa.

Carencia: sin carencias

II.4.- Prácticas de Mediana complejidad

Podrá efectuar las prácticas en el efector de su elección dentro de la nómina de prestadores.

Prestaciones: Prácticas contempladas en el Nomenclador interno (N.I. del S.S.S): radiología contrastada, densitometría ósea (se autoriza cada dos años) , monitoreo ambulatorio de presión arterial, punciones o biopsias simples o dirigidas por ecografía, escisión de lesiones de piel), ecografías doppler color, ecocardiograma de stress, endoscopías de aparato digestivo, urológicas y neumonológicas, espirometría computarizada y pruebas funcionales respiratorias, otoemisiones acústicas, electromiografía, electroencefalografía, polisomnografía y otras a criterio de Auditoría Médica.

Modalidad operativa: La solicitud de prácticas complementarias debe ser confeccionada en el recetario del profesional con las especificaciones detalladas en el punto **II.2**. El pedido médico tiene 30 (treinta) días de vigencia, pasados los cuales debe ser solicitado nuevamente.

Cobertura: 80% (el afiliado abona el 20% al prestador).

En Radiología Contrastada el material de contraste es a cargo del afiliado.

En suturas de heridas y atenciones en guardias que requieran de medicación, los medicamentos y materiales de sutura y descartables son a cargo del afiliado.

Autorización: Requieren de autorización previa.

Carencia: 60 (sesenta) o 120 (ciento veinte) días según lo estipulado en el Capítulo **I.1**.

Observaciones:

La endoscopia digestiva baja (diagnóstica y/o terapéutica) se autoriza con anestesia general (Módulo del nivel correspondiente de ADAARC). La endoscopia digestiva alta (diagnóstica y/o terapéutica) no se autoriza con anestesia general.

II.5.- Prácticas de Alta complejidad

Podrá efectuar las prácticas en el efector de su elección dentro de la nómina de prestadores.

Prestaciones: Prácticas contempladas en el Nomenclador interno (N.I. del S.S.S.):

Tomografías Computadas nomencaladas, Resonancias Magnéticas Nucleares (R.M.N.) nomencaladas, prácticas de Medicina Nuclear (Centellografías, Radiocardiograma, curva de captación de yodo radioactivo, spect cardíaco-coronario, estudios de perfusión miocárdica, etc.), angiografías, punciones biopsias dirigidas por T.A.C., criocirugías, asa de Leep y otras a criterio de Auditoría Médica.

Modalidad operativa: La solicitud de prácticas complementarias debe ser confeccionada en el recetario del profesional con las especificaciones detalladas en el punto **II.2**, siendo requisito además la presentación de un resumen de historia clínica redactada

por el profesional que prescribe la práctica. La Auditoría Médica podrá solicitar además la presentación de estudios previos. El pedido médico tiene 30 (treinta) días de vigencia, pasados los cuales debe ser solicitado nuevamente.

Cobertura: 80% (el afiliado abona el 20% al prestador).

En el caso de Tomografías y Resonancias Magnéticas contrastadas, el material de contraste endovenoso tiene cobertura del 80%; el contraste oral es a cargo del afiliado.

En los estudios de Medicina Nuclear (centellografía, radiocardiograma, Curva de captación de yodo radioactivo, spect cardíaco-coronario, estudios de perfusión miocárdica, etc.) el material radioactivo tiene una cobertura del 80%.

Autorización: Requieren de autorización previa por parte de Auditoría Médica.

Carencia: 180 (ciento ochenta) días según lo estipulado en el Capítulo **I.1.**

Sólo se autorizarán las prácticas de alta complejidad solicitadas por el médico especialista correspondiente.

II.6. Fisioterapia, Kinesioterapia y Fonoaudiología

Podrá efectuar las prácticas con el profesional de su elección dentro de la nómina de prestadores.

La prescripción de estas prácticas debe ser realizada por el médico tratante.

Prestaciones: Hasta 36 (treinta y seis) sesiones por afiliado por año, en no más de doce (12) sesiones mensuales. Mayor cantidad de sesiones serán definidas por Auditoría Médica para diagnósticos especiales contra presentación de historia clínica: A.C.V (hasta 3 meses inicialmente y luego según evolución), post operatorio traumatología (30 días inicialmente y luego según evolución) y grandes accidentados (según evolución y auditoría).

Tienen cobertura sólo las prestaciones encuadradas dentro de los códigos de 25.01.01 y 25.01.02 tal cual están detalladas en el Nomenclador Nacional (NN). La Caja no cubre drenaje linfático (salvo en post operatorios de cáncer de mama para miembros superiores) ni terapia ocupacional.

La prestación es en consultorio; el adicional a domicilio es a cargo del afiliado.

Modalidad operativa: La solicitud de prácticas complementarias debe ser confeccionada en el recetario del profesional médico que las indique con las especificaciones detalladas en el punto **II.2.** El pedido médico tiene 30 (treinta) días de vigencia, pasados los cuales debe ser solicitado nuevamente.

Cobertura: 80% (el afiliado abona el 20% al prestador)

Autorización: Requieren de autorización previa por ser prácticas con topes anuales y mensuales.

Carencia: 60 (sesenta) días.

II.7.- Rehabilitaciones especiales

Sólo tienen cobertura las detalladas a continuación:

II.7.1.- Rehabilitación Cardiovascular

Podrá efectuar las prácticas con el profesional de su elección dentro de la nómina de prestadores que cumplan con los requisitos exigidos por el Ministerio de Salud para la realización de este tipo de rehabilitación.

Prestaciones: La prestación debe ser solicitada por médico especialista y para personas que estén encuadradas en el diagnóstico de infarto de miocardio evolucionado, post-operatorio cardíaco, hipertensión severa y enfisema pulmonar severo. Cada módulo de rehabilitación incluye de 8 (ocho) a 12 (doce) sesiones mensuales durante un período de hasta 6 (seis) meses.

Mayor cantidad de sesiones serán definidas por Auditoría Médica para diagnósticos especiales previa presentación de historia clínica.

Modalidad operativa: La solicitud de prácticas complementarias debe ser confeccionada en el recetario del profesional con las especificaciones detalladas en el punto **II.2.**

Cobertura: 80% (el afiliado abona el 20% al prestador).

Autorización: Requieren de autorización previa por ser prácticas con tope anual.

Carencia: 180 (ciento ochenta) días.

II.7.2.- Neurorehabilitación

Podrá efectuar las prácticas con el profesional de su elección dentro de la nómina de prestadores.

Prestaciones: Hasta treinta y seis (36) sesiones por afiliado por año, en no más de doce (12) sesiones mensuales. La prestación debe ser solicitada por médico especialista y para personas cuya patología reciente lo justifique. Mayor cantidad de sesiones serán definidas por Auditoría Médica para diagnósticos especiales previa presentación de historia clínica.

Modalidad operativa: La solicitud de prácticas complementarias debe ser confeccionada en el recetario del profesional con las especificaciones detalladas en el punto **II.2.**

Cobertura: 80% (el afiliado abona el 20% al prestador)

Autorización: Requieren de autorización previa por ser prácticas con tope anual.

Carencia: 180 (ciento ochenta) días.

II.7.3.- Psicoterapia

Podrá efectuar las prácticas con el profesional de su elección dentro de la nómina de prestadores. La indicación de psicoterapia debe ser solicitada por médico psiquiatra o psicólogo dentro de la nómina de prestadores.

Prestaciones: Hasta treinta y seis (36) sesiones por afiliado por año, en no más de seis (6) sesiones mensuales. La Caja sólo cubre psicoterapia individual (código 33.01.01 del NN).

Modalidad operativa: La solicitud de prácticas complementarias debe ser confeccionada en el recetario del profesional con las especificaciones detalladas en el punto **II.2.** El asociado debe firmar con aclaración de fecha cada sesión que se le realice. El pedido médico tiene 30 (treinta) días de vigencia, pasados los cuales debe ser solicitado nuevamente.

Cobertura: 80% (el afiliado abona el 20% al prestador)

Autorización: Requieren de autorización previa.

Carencia: 90 (noventa) días

II.8. Prácticas Quirúrgicas Ambulatorias

Podrá efectuar las prácticas en el efector de su elección dentro de la nómina de prestadores.

Modalidad operativa: La solicitud de prácticas quirúrgicas debe ser confeccionada en el formulario del sanatorio, clínica o instituto donde se va a realizar la prestación con las siguientes especificaciones: *Nº de afiliado y código de parentesco, fecha de solicitud y fecha de realización, diagnóstico, presupuesto si correspondiere, firma y sello del médico*. El pedido médico tiene 30 (treinta) días de vigencia, pasados los cuales debe ser solicitado nuevamente.

II.8.1. Cirugía menor:

Prestaciones:

Suturas, yesos, cirugías dermatológicas y demás prácticas que establezca la Auditoría Médica.

Cobertura: 80 % (el afiliado abona el 20% al prestador). Medicamentos y descartables a cargo del afiliado, salvo que se trate de una prestación modulada por convenio.

Autorización: Requieren de autorización previa.

Carencia: 60 (sesenta) días

II.8.2. Cirugía de mediana y alta complejidad:

Prestaciones:

Cirugía de cataratas, cirugías endoscópicas de aparato digestivo, urológicas o neumonológicas con anestesia general, cirugías artroscópicas y demás prácticas que establezca la Auditoría Médica.

Cobertura:

Cirugía de cataratas: 90% con lente intraocular incluido (la elección por parte del afiliado de otro tipo de lente distinto al contemplado en los convenios, es a cargo del mismo)

Otras cirugías: 90% para las que requieran internación en Hospital de día y 80% para las cirugías ambulatorias.

Autorización: Requieren de autorización previa.

Carencia: 180 (ciento ochenta) días.

II.8.3. Cirugía Refractiva con Excimer Láser:

Prestaciones:

Debe presentar en Auditoría médica previamente resumen de historia clínica y estudios previos (Topografía corneal, Paquimetría y Refractometría). Los límites para la autorización será según las dioptrías establecidas: Miopía: más de 3 (tres); Hipermetropía: más de 3 (tres); Anisometropía: más de 2,5 (dos y media); Astigmatismo: más de 3 (tres).

Cobertura: 50% (el afiliado abona el 50% restante al prestador).

Autorización: Requieren de autorización previa.

Carencia: 360 (trescientos sesenta) días.

II.9. Internaciones

Podrá efectuar la internación en la institución sanatorial de su elección dentro de la nómina de prestadores.

Prestaciones: la Caja cubrirá únicamente habitación doble, con baño privado. En caso de optar el asociado por una habitación de uso exclusivo o de mayor categoría, la diferencia será por su cuenta y cargo. En las internaciones de niños de hasta 12 (doce) años de edad la Caja reconocerá los montos correspondientes a habitación exclusiva con cama para acompañante.

Se reconocerá habitación con acompañante y/o con aislamiento a aquellos afiliados cuya gravedad o diagnóstico lo justifiquen y esté indicada por el médico tratante y avalada con certificado por el Director Médico de la institución donde se produjo la internación y previa autorización de Auditoría Médica si así lo considera.

La Caja se reserva el derecho de enviar una Auditoría en terreno para evaluar al prestador y verificar la calidad de prestación que se le está brindando al asociado, para lo cual se solicita la colaboración de éste y/o sus familiares.

Modalidad operativa: El trámite puede hacerlo el afiliado o persona designada a tal fin en forma personal o la institución prestadora, por fax o por correo electrónico escaneada, con al menos 24 hs. de anticipación (si fuese programada) o dentro de las 48 hs. hábiles de producida si fuese de emergencia. Deberá presentar la solicitud de internación en formulario de la institución sanatorial prestadora, donde deben constar los *datos completos del paciente, número de afiliado, diagnóstico, cantidad de días solicitados, si es internación en piso o en UTI o UCO, fecha, firma y sello del médico tratante.*

Si se tratare de alguna cirugía fuera de convenio deberá adjuntarse el presupuesto de la misma para su evaluación previa.

En el Servicio de Salud se emitirá la orden correspondiente. El asociado que no cumpliera con los plazos establecidos, no tendrá derecho a reclamar a la Caja la cobertura ni el reintegro del importe de las prestaciones recibidas.

En caso de prórrogas de la internación, es la institución prestadora la que solicita las autorizaciones correspondientes, quedando a criterio de Auditoría Médica la autorización de las mismas, previo informe de la Auditoría en terreno. Esta solicitud podrá ser enviada mediante fax, correo electrónico u otro medio similar.

El prestador debe solicitar la autorización previa para todas las prácticas de alta complejidad y los medicamentos catástrofes que se indiquen o utilicen durante la internación al Auditor en terreno, el cual autorizará si correspondiere de acuerdo a la auditoría realizada diariamente.

Para una internación superior a los 30 (treinta) días corridos será necesaria la autorización del Presidente del Consejo de Administración de la Caja, quien de acuerdo al informe del Servicio de Salud, podrá hacerlo hasta un máximo de 60 (sesenta) días corridos por año calendario. Toda solicitud de internación mayor a este último lapso, deberá ser autorizada por el Consejo de Administración, previo dictamen de la Junta Médica de esta Caja.

Las internaciones psiquiátricas se autorizan en caso de patologías agudas o re-agudización de patologías crónicas y por un lapso no mayor a 30 (treinta) días corridos.

Cobertura: 90% del importe global al prestador (honorarios, gastos sanatoriales, estudios realizados durante la internación, medicamentos y descartables).

En el caso de internaciones en hospital de día para realización de quimioterapia o cirugías oncológicas en asociados que estén incluidos en Programa de Control Oncológico (P.C.O.), la cobertura es del 100%.

En las internaciones de embarazadas por parto o cesárea, la cobertura será del 100% siempre y cuando se encuentren incorporadas al P.P.M.I. (Programa de Prevención Materno Infantil).

La anestesia peridural para el parto no tiene cobertura.

Autorización: las internaciones siempre requieren de autorización previa por parte de Auditoría Médica y/o el Consejo de Administración de la Caja si correspondiere.

Carencia:

* Internaciones clínicas: 120 (ciento veinte) días

* Internaciones quirúrgicas e Internaciones psiquiátricas: 180 (ciento ochenta) días

* Internaciones quirúrgicas de alta complejidad (cirugías de By-Pass, neurocirugías, cirugías que requieran prótesis y otras que determine Auditoría Médica): 360 (trescientos sesenta) días

* Parto normal y Cesárea: 300 (trescientos) días

* Trasplantes: 720 (setecientos veinte) días

II.10. Hemodiálisis crónica

Los afiliados que requieran de Hemodiálisis crónica, deberán presentar previamente una historia clínica de su médico de cabecera para ser ingresado en la base de datos del Servicio de Salud Solidario, siendo además requisito indispensable la inscripción del paciente en el INCUCAI dentro de los primeros 30 (treinta) días de iniciado el tratamiento.

Modalidad operativa: El trámite puede hacerlo el afiliado o persona designada a tal fin en forma personal o la institución prestadora, por fax o por correo electrónico escaneada, con al menos 24 hs. de anticipación teniendo en cuenta que siempre son sesiones mensuales programadas. Deberá presentar la solicitud de hemodiálisis en formulario de la institución prestadora, donde deben constar los *datos completos del paciente, número de afiliado, diagnóstico, cantidad de sesiones solicitadas y fecha en que realizarán, firma y sello del médico tratante.*

El Servicio de Salud emitirá la orden correspondiente al total de sesiones mensuales.

El afiliado deberá firmar cada sesión de hemodiálisis que se le realice para un mejor control posterior de Auditoría Médica.

Cobertura: 100% en prestadores de convenio.

Autorización: Requieren de autorización previa.

Carencia: 720 (setecientos veinte) días

II.11. Programas del Servicio de Salud

II.11.1. Cardiovascular: Los asociados portadores de factores de riesgo y/o enfermedades que impliquen daño cardíaco y/o arterial podrán incorporarse al “Programa de Prevención de Riesgo Cardiovascular” (P.P.R.C.). Los requisitos para ingresar a dicho programa serán establecidos por el Servicio de Salud y la Auditoría Médica verificará que el solicitante cumpla los mismos. El Programa consiste en una

cobertura mayor (70%) de un listado de medicamentos específicos conforme lo determine el Servicio de Salud.

La carencia reglamentaria para ingresar a este Programa es de 180 (ciento ochenta) días desde la asociación. En caso de no renovar el Programa, se modifica el porcentaje de cobertura automáticamente.

II.11.2. Rehabilitación: Los asociados con requerimientos especiales podrán ser incorporados al “Programa de Estimulación y Rehabilitación” (P.E.R.) si cumplen con los requisitos detallados en el mismo y son aprobados por el Consejo de Administración. En estos casos recibirán un subsidio no reintegrable para atender a la rehabilitación, cuyo monto establecerá el Consejo de Administración de la Caja. Dicho subsidio tiene diferentes montos de acuerdo a la categoría en que es incluido el asociado según lo estipulado en el Programa.

En caso de no renovar el Programa, el afiliado dejará de percibir el subsidio automáticamente.

II.11.3. Materno-Infancia: La asociada embarazada, que no esté en período de carencia o pre-existencia, podrá ingresar al “Programa de Prevención Materno-Infantil” (P.P.M.I.) al igual que el recién nacido. Los requisitos para ingresar a dicho Programa serán establecidos por el Servicio de Salud y aprobados por Auditoría Médica. Al ingresar al P.P.M.I. se les hará entrega de una chequera con una determinada cantidad de órdenes de consulta, recetarios y una serie de análisis de laboratorio y de prácticas relacionadas al control del embarazo y al screening neonatal obligatorio que tendrán cobertura del 100%. Todos los análisis y/o prácticas que no figuren en la chequera, tendrán la cobertura habitual del 80% previa auditoría médica.

También tienen cobertura del 100% de un listado de medicamentos (Vademécum del Programa de Prevención Materno Infantil) para la madre durante el embarazo y para el niño durante el primer año de vida. Sólo tienen cobertura las leches medicamentosas previa presentación mensual del certificado del pediatra justificando la indicación.

El curso de Psicoprofilaxis obstétrica se cubre por reintegro según lo estipulado en III.2.12.

El parto o cesárea tienen cobertura del 100% para las afiliadas incluidas en el Programa. La carencia reglamentaria para ingresar a este Programa es de 90 (noventa) días desde la asociación, siempre y cuando la afiliada no haya ingresado embarazada.

II.11.4. Diabetes: Los asociados con diabetes tipo 1 y tipo 2 serán incluidos en el “Programa de Prevención del Paciente con Diabetes” (P.P.P.D.). Los requisitos para ingresar al Programa serán establecidos por el Servicio de Salud y posteriormente aprobados por Auditoría Médica. El Programa consiste en la provisión y cobertura del 100% de los medicamentos específicos (hipoglucemiantes orales e insulinas) y de tiras reactivas, según lo estipulado en dicho Programa.

En caso de no realizar la renovación anual del Programa, se suspende la cobertura de los medicamentos.

La carencia reglamentaria para ingresar a este Programa es de 180 (ciento ochenta) días desde la afiliación.

II.11.5. Oncología: El asociado con este tipo de patologías será asistido por el “Programa de Control Oncológico” (P.C.O.) Los requisitos para ingresar al Programa serán establecidos por el Servicio de Salud y aprobados por Auditoría Médica. El Programa consiste en la provisión de los medicamentos específicos que se encuentren

en Fase III de Protocolos reconocidos por Entidades u Organismos Nacionales y/o Internacionales y en la cobertura del 100% de Radioterapia y/o cirugías específicas de *remoción del tumor*.

La carencia reglamentaria para ingresar a este Programa es de 360 (trescientos sesenta) días desde la afiliación.

II.11.6. Patologías especiales: Los asociados con patologías determinadas (H.I.V., Esclerosis múltiple u otras) que requieran de medicación crónica y de alto costo, podrán ser incluidos en el “Programa de Medicamentos Especiales” (P.M.E.). Los requisitos para ingresar al Programa serán establecidos por el Servicio de Salud y aprobados por Auditoría Médica. El Programa consiste en la provisión de los medicamentos específicos que tengan comprobación por la M.B.E (Medicina Basada en la Evidencia). La carencia reglamentaria para ingresar a este Programa es de 360 (trescientos sesenta) días desde la afiliación

La Caja, previa valoración por parte de la Auditoría Médica, podrá dar cobertura de medicamentos y prácticas no contempladas en los incisos precedentes que le sean solicitados a los asociados incorporados a los Programas de Salud, las que entrarán en vigencia bajo las condiciones que se establecen en esta reglamentación interna, y con porcentajes de cobertura a determinar por el Consejo de Administración.

II.12. Medicamentos

II.12.1. Medicamentos en General:

Cobertura: 50% del valor de precio de venta al público (PVP) para los medicamentos incluidos en el Vademécum del Servicio de Salud que forma parte del Programa de Calidad de Medicamentos.

Los medicamentos que no se encuentren en el mencionado Vademécum, NO tienen cobertura.

Modalidad operativa: la prescripción debe realizarse en el recetario propio de la Caja que se retira en el Servicio de Salud o en los Colegios de Abogados o delegaciones del interior de la provincia y la compra del medicamento debe realizarse en las farmacias prestadoras. La receta debe estar confeccionada con todos los datos requeridos de puño y letra del médico: *nombre del titular o pariente, número de afiliado con código de parentesco, sexo, edad, nombre genérico y comercial del medicamento, fecha de prescripción, diagnóstico, cantidad de unidades recetadas, firma y sello del médico*. El afiliado debe además firmar de conformidad en la receta la recepción del medicamento. La falta de algunos de estos datos será motivo de rechazo de la receta por parte de la farmacia prestadora y/o de Auditoría Médica. Se podrá prescribir sólo 1 (un) medicamento y hasta 2 (dos) envases del tamaño más grande del mismo por receta, salvo el caso de inyectables monodosis, de los cuales se aceptarán hasta 5 (cinco) envases por receta. La receta tiene validez por 1 (un) año desde su adquisición y 30 (treinta) días de vigencia desde que es prescripta por el profesional.

Autorización: no requieren de autorización previa.

Carencia: inmediato.

II.12.2. Medicamentos del Programa Cardiovascular, Programa de Diabetes, Programa Materno-infantil y Programa de Medicamentos Especiales:

Cobertura: cada programa tiene un Vademécum específico a cuyo beneficio accede el afiliado una vez que es autorizado por Auditoría Médica.

- * Programa de Prevención del Riesgo Cardiovascular (P.P.R.C.): cobertura 70%
- * Programa de Prevención del Paciente con Diabetes (P.P.P.D.): cobertura 100%
- * Programa de Prevención Materno-infantil (P.P.M.I.): cobertura 100%

Modalidad operativa: la prescripción debe realizarse en el recetario propio de la Caja que se retira en el Servicio de Salud o en los Colegios de Abogados o delegaciones del interior de la provincia y la compra de los medicamentos del P.P.R.C. o del P.P.M.I. debe realizarse en las farmacias prestadoras.

En el caso de los afiliados incorporados al Programa de Diabetes (P.P.P.D.) la medicación específica es entregada en domicilio, trimestralmente por un prestador bajo convenio.

Las recetas para estos Programas también deben ser conformadas con todos los requisitos detallados en el ítem “Medicamentos en General” y tienen validez por 1 (un) año desde su adquisición y 30 (treinta) días de vigencia desde que es prescripta por el profesional.

Autorización: no requieren de autorización previa siempre y cuando el afiliado ya esté incorporado a los programas específicos (P.P.R.C, P.P.P.D, y P.P.M.I) y se encuentre vigente su ficha de autorización anual.

Carencia: 180 (ciento ochenta) días.

II.12.3. Medicamentos Oncológicos y para patologías específicas:

Cobertura: 100% para el caso de los afiliados incluidos en el Programa de Control Oncológico (P.C.O.) o patologías especiales reconocidas por la Caja incluidas en el Programa de Medicamentos Especiales (P.M.E.)

Modalidad operativa: la prescripción debe realizarse en el recetario propio de la Caja que se retira en el Servicio de Salud o en los Colegios de Abogados o delegaciones del interior de la provincia. Las recetas para estos Programas también deben ser conformadas con todos los requisitos detallados en el ítem “Medicamentos en General” y tienen validez por 1 (un) año desde su adquisición y 30 (treinta) días de vigencia desde que es prescripta por el profesional.

Auditoría Médica les proveerá los medicamentos de acuerdo al protocolo especificado en los mencionados Programas.

Autorización: no requieren de autorización previa siempre y cuando el afiliado ya esté incorporado a los programas específicos y se encuentre vigente su ficha de autorización.

Carencia: 360 (trescientos sesenta) días.

II.13. Odontología

Podrá efectuar las prácticas con el odontólogo de su elección dentro de la nómina de prestadores.

Prestaciones:

- * Odontología General
- * Odontología especializada (Prótesis y Ortodoncia)
- * Ortodoncia
- * Periodoncia

Modalidad operativa: La orden de consulta odontológica debe retirarse en el Servicio de Salud o en los Colegios de Abogados o delegaciones del interior; dicha orden tiene validez por 1 (un) mes calendario, es nominada para cada miembro del grupo familiar y sirve para las prestaciones de dicho mes.

Cobertura: 60% para odontología general y 40% para odontología especializada (prótesis y ortodoncia)

Autorización: requieren de autorización previa por Auditor Odontológico externo la Periodoncia y Ortodoncia y de autorización previa por Auditoría Médica la Ortopantomografía y Telerradiografía.

Los implantes odontológicos y estudios relacionados no tienen cobertura.

La Ortodoncia se autoriza sólo hasta los 18 años y requiere de autorización en las tres etapas del tratamiento, adjuntando los moldes y radiografías. En el caso de que la primera etapa se haya realizado antes de los 18 años, se autorizan las etapas subsiguientes aunque el afiliado ya haya superado esa edad recientemente.

Carencia:

- * Odontología General: 60 (sesenta) días
- * Odontología Especializada: 180 (ciento ochenta) días
- * Ortodoncia: 180 (ciento ochenta) días

II.14. Internación Domiciliaria o Cuidados Domiciliarios

Prestaciones:

Este programa comprende la atención a domicilio del paciente por un prestador bajo convenio que brinda atención a través de un equipo multidisciplinario integrado por médicos, enfermeros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos y/o psicólogos, de acuerdo a la evaluación de las necesidades del caso.

El afiliado debe poseer además un entorno familiar y habitacional que pueda hacer posible la realización de las intervenciones terapéuticas, dado que la familia debe ser partícipe en el proceso de recuperación.

La cobertura de este beneficio se autorizará en los siguientes casos:

- a.- Afiliados que han recibido el alta de la internación sanatorial pero que dado la patología presentada, aún necesitan un tiempo más de rehabilitación, curaciones de enfermería, medicación endovenosa u otra práctica necesaria para su recuperación dado que la continuidad de la internación, no solo no mejoraría el cuadro sino que podría agravarlo por infecciones intra-hospitalarias.

b.- Afiliados incluidos en Programa Oncológico que, por la evolución de su enfermedad se los considera en etapa terminal y en cuyo caso una internación sanatorial no aportaría beneficios y lo alejaría de la contención familiar, pero que requieren de algunas prestaciones paliativas.

c.- Afiliados que aún cuando no hayan estado internados, presenten alguna reagudización de una patología crónica y requieran de algunas intervenciones que pueden ser dadas en su domicilio, evitando de esta manera, las complicaciones sobregregadas por el ambiente hospitalario.

Modalidad operativa: La internación domiciliaria será autorizada por la Auditoría Médica del Servicio de Salud a sugerencia del médico de cabecera del afiliado o de *la institución sanatorial donde el mismo se encuentra internado*, siempre y cuando el paciente y *su entorno cumplan* con los criterios de admisión al Programa.

El plazo máximo de cobertura será, a criterio de Auditoría Médica, de no más de 6 (seis) meses.

El trámite puede hacerlo un familiar o persona designada a tal fin, con al menos 72 hs. de anticipación (este tipo de internación siempre es programada). Deberán presentar la solicitud del médico de cabecera donde deben constar los *datos completos del paciente, número de afiliado, diagnóstico, tipo de prestación sugerida, tiempo estimado de necesidad de este tipo de prestación, firma y sello del médico tratante*. Auditoría Médica solicitará al prestador la evaluación del paciente en su domicilio particular o institución donde se encuentre internado para decidir si cumple con los criterios de admisión y elaborar un plan de intervenciones terapéuticas el cual será enviado al Servicio de Salud de la Caja de Abogados. Auditoría Médica será quien determine finalmente el módulo de prestaciones autorizado y emitirá una orden de internación domiciliaria por un período no superior a los 30 días. Pasado este tiempo, el prestador solicitará mensualmente las prórrogas con la debida anticipación, presentando nuevamente la solicitud del médico de cabecera del afiliado.

Cobertura: La cobertura es del 100% de los honorarios de los profesionales.

Todos los medicamentos, descartables e insumos de curaciones que el paciente necesitara durante la internación domiciliaria son a cargo del afiliado.

En caso de requerir oxígeno, éste se reintegrará según lo explicitado en el ítem III.2.9. del capítulo “Reintegros”.

No se cubre alimentación enteral.

Autorización: Requieren de autorización previa.

Carencia: 360 (trescientos sesenta) días

II.15. Emergencias, Urgencias y Atención domiciliaria

Prestaciones: este servicio comprende:

a) Emergencias médicas: son las situaciones en las que está en riesgo la vida del paciente y se hace necesaria su atención en forma inmediata.

b) Urgencias médicas: situaciones en las que la vida del paciente no está en riesgo, ni están comprometidos sus órganos vitales, pero su situación puede agravarse si no es atendido en un tiempo breve.

c) Visita médica domiciliaria: programada entre el paciente y el prestador.

Los ítems a) y b) son cubiertos por el prestador ECCO –Emergencias (y sus empresas contratadas en el interior de la Provincia) y el ítem c) por ECCO o por los prestadores que en el futuro se contraten al efecto.

El traslado en ambulancia está cubierto sólo desde el domicilio a una institución sanatorial de la misma localidad, si el caso requiriera internación, a criterio del médico del servicio de emergencias. Cualquier otro tipo de traslados (pacientes dados de alta, traslados para realización de estudios, cambio de lugar de internación, etc.) no tienen cobertura.

El servicio de ECCO cuenta además con una cobertura denominada “Casa y Auto protegido” consistente en la asistencia de toda persona que se encontrare en la casa o auto de un asociado y que presentare una emergencia o urgencia de salud.

Modalidad operativa: el Servicio de Salud remite a ECCO el padrón actualizado de sus afiliados en forma mensual.

* Para afiliados de capital: ante un requerimiento, el asociado debe llamar a los números telefónicos del prestador, mencionando apellido y nombre, número de D.N.I. y número de afiliado del titular.

* Para afiliados del interior de la provincia: ECCO tiene convenios con servicios de emergencias locales. El afiliado del interior debe llamar a los teléfonos de dichos servicios de emergencia; el listado por cada localidad se encuentra disponible en el Servicio de Salud o en los Colegios de Abogados o delegaciones del interior de la provincia.

Cobertura: el afiliado no debe abonar co-seguro alguno ni orden de consulta a ECCO, sólo necesita exhibir el carnet de afiliación y D.N.I

Autorización: la utilización de estos servicios no requiere de autorización previa

Carencia: 40 días.

II.16. Atención fuera del ámbito de la provincia de Córdoba

Cuando la prestación se realizare en provincias con las cuales la Caja tiene convenio de reciprocidad, la misma debe realizarse a través de las Cajas de esas provincias. El afiliado debe solicitar previamente autorización a su Servicio de Salud donde se le emitirá un certificado de extensión de cobertura. Si la atención se necesitare de urgencia o en días feriados, el asociado deberá acreditar su carácter de tal en las Cajas profesionales correspondientes y se le darán las prestaciones necesarias según la modalidad operativa de la Caja de que se trate, haciendo posteriormente el trámite en el Servicio de Salud. Las diferencias económicas que existieren con respecto a los convenios vigentes, serán abonadas por el afiliado. Al momento de la incorporación se le hará entrega al asociado del listado de Cajas de Profesionales de otras provincias con las cuales la Caja de Abogados de Córdoba tenga convenio (ANEXO I)

Las prestaciones realizadas en provincias no incluidas en los Convenios de Reciprocidad vigentes podrán ser reconocidas por vía de reintegro, siempre y cuando se encuadren en las situaciones contempladas en el artículo 32 del Reglamento y *en el Capítulo III de esta Reglamentación.*

La Caja no cubre prestaciones médicas en el exterior.

CAPITULO III - REINTEGROS

Conforme al artículo 32 del Reglamento del Servicio de Salud Solidario, las situaciones pasibles de reintegro, serán analizadas por Auditoría y puestas a consideración del Consejo de Administración.

Los reintegros que solicite el asociado los efectivizará la Caja, si correspondieren, conforme a lo previsto en el Reglamento del Servicio de Salud y en esta reglamentación interna según los aranceles que para cada tipo de prestación y de prestador fije el Consejo de Administración, descontándose en todos los casos el o los co-seguros a cargo del asociado.

Los reintegros se harán efectivos siempre y cuando no se adeudasen aportes previsionales o cuotas del Servicio de Salud. En caso de plan de pagos vigente se imputará a la deuda reintegrándose el excedente si existiere.

III.1. Situaciones pasibles de reintegros

La cobertura por reintegro se limitará a los casos contemplados por el Reglamento del Servicio de Salud Solidario en sus artículos 32 (*“Reintegros”*), 27 (*“Prótesis”*), y 35 (*“Asociado que se encuentra fuera de la Provincia de Córdoba”*).

Asociados que se encuentran fuera de la Provincia de Córdoba.

Solamente serán pasibles de reintegro las prestaciones realizadas en provincias no incluidas en los convenios de reciprocidad vigentes siempre y cuando se encuadren en las situaciones contempladas en el artículo 32 del Reglamento (urgencias, emergencias, corte de servicios, prestaciones fuera de la Provincia de Córdoba y casos de doble cobertura).

Prestadores que se retiran del sistema de atención

Para estos casos se contemplará la vía del reintegro, solamente hasta la finalización de un tratamiento ya iniciado por una patología aguda o por un límite de tiempo que, para cada caso, será determinado por Auditoría Médica y el Consejo de Administración.

III.2. Requisitos para la solicitud de reintegros

Los afiliados deberán estar al día con los aportes previsionales de la Caja y del Servicio de Salud al momento de la solicitud de reintegro. También podrán solicitar reintegro aquellos afiliados que tengan plan de pagos de aportes al día.

III.2.1.- Consultas

Sólo en casos de urgencias, emergencias (en lugares donde no haya prestadores bajo convenio), corte de servicios demostrable, prestaciones fuera de la provincia de Córdoba, casos de doble cobertura.

Factura o Recibo original tipo A, B, o C en los que debe constar nombre del beneficiario y número de afiliado, diagnóstico, fecha/s de atención, firma y sello del médico.

Para casos de doble cobertura: debe adjuntar fotocopia de la orden de la obra social o prepaga por la cual fue atendido.

III.2.2.- Prácticas especializadas y Análisis Bioquímicos

Sólo en casos de urgencias, emergencias, corte de servicios demostrable, prestaciones fuera de la provincia de Córdoba, casos de doble cobertura.

Debe presentar:

Factura o Recibo original tipo A, B, o C en los que debe constar nombre del beneficiario y número de afiliado, diagnóstico, fecha, firma y sello del profesional que realiza la práctica.

Pedido e informe bioquímico.

Para casos de doble cobertura: debe adjuntar fotocopia de la orden de la obra social o prepaga por la cual fue atendido.

III.2.3.- Honorarios y/o Gastos de Cirugía

Sólo en casos de urgencias, emergencias, corte de servicios demostrable, prestaciones fuera de la provincia de Córdoba, casos de doble cobertura.

Debe presentar:

Factura o Recibo original tipo A, B, o C con detalle de todos los conceptos facturados.

Foja quirúrgica e indicación médica de la cirugía.

Para casos de doble cobertura: debe adjuntar fotocopia de la orden de la obra social o prepaga por la cual fue atendido.

En el caso que el afiliado elija un cirujano que no atiende por la Caja, no se reintegrarán bajo ningún concepto, los honorarios cobrados en forma particular.

Si la cirugía se lleva a cabo en un sanatorio bajo convenio, la Caja cubrirá todos los otros ítems, sin honorarios médicos.

Tampoco se reintegrarán las cirugías estéticas o cosmetológicas, tratamientos dermatológicos o prácticas no nombradas ni bajo convenio con profesionales no prestadores.

No se reintegrarán conceptos como alquiler o compra de instrumental o aparatología, o insumos quirúrgicos que deben estar incluidos en los módulos pactados con los prestadores.

III.2.4.- Sesiones de psicoterapia

Sólo en casos especiales previa autorización del Consejo de Administración

Debe presentar:

Indicación de médico psiquiatra o psicólogo.

Factura o Recibo original tipo A, B, o C en los que debe constar nombre del beneficiario y número de afiliado, y aclaración de días y mes de las sesiones

Informe anual en sobre cerrado.

Para casos de doble cobertura: debe adjuntar fotocopia de la orden de la obra social o prepaga por la cual fue atendido.

III.2.5.- Medicamentos

Sólo en casos de urgencias, emergencias, corte de servicios demostrable, prestaciones fuera de la provincia de Córdoba, casos de doble cobertura, compra de medicamentos de patologías agudas o urgencias en días feriados o de fin de semana y en horarios nocturnos. Siempre el reintegro se hará sobre medicamentos incluidos en el Vademécum.

Debe presentar:

Factura o Recibo original tipo A, B, o C en los que debe constar nombre del beneficiario y número de afiliado y fecha de dispensación.

Receta del médico con diagnóstico

Troquel del medicamento

Para casos de doble cobertura: debe adjuntar fotocopia de la orden de la obra social o prepaga por la cual fue atendido.

III.2.6. Prótesis

Según lo estipulado en el art. 27 del Reglamento, la Caja cubrirá hasta un 70% del valor de las prótesis no incluidas en módulos quirúrgicos (implantables o no) por vía de reintegro. En el caso de stents con drogas, si el asociado cumple con los criterios médicos detallados en la reglamentación interna, el reintegro será del 50%.

Las prótesis deberán ser indicadas por el profesional tratante mediante el Formulario de Indicación de Prótesis (ANEXO II) que deberá retirar del Servicio de Salud, en el cual deberá sugerir al menos 3 (tres) opciones de marcas diferentes.

La Caja reconocerá por reintegro solamente prótesis nacionales, salvo que no se fabriquen en el país el tipo de prótesis necesaria.

Debe presentar:

Factura o Recibo original tipo A, B, o C en los que debe constar nombre del beneficiario y número de afiliado.

Pedido del insumo con las características del mismo confeccionado por el médico.

Tres (3) presupuestos de diferentes proveedores con valor detallado por cada ítem presupuestado y período de garantía en los casos que corresponda.

Foja quirúrgica con stickers originales de cada producto utilizado (autoadhesivo con número de serie y/o lote de fabricación).

III.2.7. Audífonos

La Caja reconocerá por la vía del reintegro un importe máximo equivalente a 470 galenos de consulta al valor vigente con los principales prestadores.

Debe presentar:

Factura o Recibo original tipo A, B, o C en los que debe constar nombre del beneficiario y número de afiliado.

Audiometría

Pedido del insumo con las características del mismo confeccionado por el médico.

Tres (3) presupuestos de diferentes proveedores con período de garantía.

Sticker original (autoadhesivo con número de serie y/o lote de fabricación).

III.2.8. Stents

La Caja reconocerá por reintegro del 70% los stents convencionales.

El reintegro de stents con liberación de drogas anti-proliferativas será del 50% y solamente en el caso de afiliados que cumplan con los requisitos de la Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud, a saber:

- a) Pacientes con lesión de novo larga (mayor de 20 mm.) o en vaso coronario mayor (no ramas) o de menos de 3 mm. de diámetro.
- b) Pacientes diabéticos
- c) Re-estenosis intra-stent proliferativa y/o oclusión total
- d) Pacientes con al menos dos criterios de los anteriores y siempre que se encuentre sintomático o con tests evocadores de isquemia positivos. La condición angiográfica per sé, no es razón suficiente.

Debe presentar:

Factura o Recibo original tipo A, B, o C en los que debe constar nombre del beneficiario y número de afiliado.

Pedido del insumo con las características del mismo confeccionado por el médico.

En caso de solicitarse stent con droga, al pedido médico debe adjuntarse historia clínica y estudios previos que justifiquen la indicación según la Resolución del Ministerio de Salud.

Tres (3) presupuestos de diferentes proveedores.

Foja quirúrgica con sticker original (autoadhesivo con número de serie y/o lote de fabricación).

En los casos en que, durante la realización de un estudio hemodinámico del corazón se constata la necesidad y estén dadas las condiciones médicas, de la colocación inmediata de stents coronarios convencionales, se autoriza a los prestadores sanatoriales a que coloquen el/los stents en el momento preciso de la indicación y luego lo facturen a la Caja. A su vez, el afiliado deberá abonar a la Caja el 30% correspondiente, una vez que llegue la factura del sanatorio.

III.2.9. Oxigenoterapia, CPAP, VPAP, Mochilas con oxígeno

Para pacientes con Insuficiencia respiratoria crónica severa contra presentación de historia clínica del médico especialista tratante. El reintegro se hará de acuerdo al criterio de Auditoría Médica (por compra o alquiler) y con un porcentaje del 50 al 70% según lo defina la auditoría.

Debe presentar:

Factura o Recibo original tipo A, B, o C en que debe constar Nombre del beneficiario y N° de afiliado.

Historia clínica del médico especialista

Pedido del insumo con las características del mismo confeccionado por el médico.

Tres (3) presupuestos de diferentes proveedores con valor detallado por cada ítem presupuestado y período de garantía en los casos que corresponda.

III.2.10.- Descartables excluidos de módulos quirúrgicos, bolsas de colostomías

En casos excepcionales, previa evaluación de Auditoría Médica se autorizará el reintegro con un porcentaje del 50 al 70% según dictamen, de materiales descartables excluidos de módulos quirúrgicos de alta complejidad (Suturas mecánicas, catéter para medición de presión intracraneana, catéter de nefrostomías, etc.).

En el caso de las Bolsas de colostomía el reintegro es del 70% con un tope de hasta 60 (sesenta) mensuales.

Debe presentar:

Factura o Recibo original tipo A, B, o C en que debe constar Nombre del beneficiario y N° de afiliado.

Tres (3) presupuestos de diferentes proveedores. En el caso de Bolsas de colostomía, se deberán presentar al menos una vez al año.

Sticker original (autoadhesivo con n° de serie y/o lote de fabricación).
Foja quirúrgica en caso de descartables en cirugías.

III.2.11.- Plan nutricional (Dieta)

En casos de patologías que lo justifiquen, previa evaluación de Auditoría Médica se autorizará el reintegro de un importe conforme a valores de mercado y a determinar en cada caso por el Consejo de Administración por única vez.

Debe presentar:

Factura o Recibo original tipo A, B, o C en que debe constar Nombre del beneficiario y N° de afiliado.

Prescripción del médico tratante con el diagnóstico que lo justifica (En caso de un diagnóstico de sobrepeso deberá consignar en el mismo el Índice de Masa Corporal)

Deberá adjuntar también una **copia del plan nutricional** confeccionado por el profesional.

III.2.12.- Curso de Psicoprofilaxis del parto

En casos que así lo requieran, previa evaluación de Auditoría Médica se autorizará el reintegro de un importe conforme a valores de mercado y a determinar en cada caso por el Consejo de Administración y por única vez durante la vigencia del Plan Materno Infantil.

Debe presentar:

Factura o Recibo original tipo A, B, o C en que debe constar Nombre del beneficiario y N° de afiliado.

Prescripción del médico tratante

III.3. Plazos de presentación para el reintegro

La solicitud de reintegro podrá ser presentada hasta el día 10 del mes siguiente al de la realización de la prestación o compra/colocación para el caso de prótesis.

Las solicitudes de reintegro de afiliados domiciliados en el interior de la provincia o en otras provincias podrán ser ingresadas por vía postal hasta el último día del mes siguiente al de la prestación o colocación en caso de prótesis bajo pena de caducidad, ampliándose el plazo previsto por el artículo 32. También pueden enviar por fax o por internet la documentación para que se tome la fecha de recepción como fecha de presentación, pero indefectiblemente deben enviar la documentación original para que se haga efectivo el reintegro.

III.4. Plazos de pago del reintegro

Los reintegros se harán efectivos hasta los 60 días de presentada la documentación completa, siempre y cuando no se adeudasen aportes previsionales o del Servicio de Salud.

Los reintegros que solicite el asociado los efectivizará la Caja, conforme a lo previsto en el reglamento del Servicio de Salud, según los aranceles que para cada tipo de prestación y de prestador fije el Consejo de Administración, descontándose en todos los casos el o los co-seguros a cargo del asociado.

En caso de existir un plan de pagos al día, el importe se imputará al mismo, reintegrándose el excedente si existiere, salvo en aquellos casos en los que el plan de pagos se encuentre programado para ser abonado por débito automático de tarjeta de crédito.

No se reconocerán reintegros de prestaciones si a la fecha de realización el afiliado registraba saldo deudor.

III.5. Ingreso condicional de solicitudes

En aquellos casos en que, debido a razones de fuerza mayor, la solicitud de reintegro ingrese con faltantes en la documentación, se dará ingreso a la misma en carácter de “Condicional” y los plazos para la liquidación comenzarán a correr desde el momento en que la documentación necesaria se complete (punto III.2). No se podrá dar ingreso a ninguna solicitud sin el comprobante fiscal válido “Original”.

Toda solicitud de reintegro presentada por correo o personalmente y que no cumpla con la totalidad de los requisitos mencionados deberá ser cumplimentada dentro de los 60 días corridos. Vencido el plazo, la solicitud se considerará caducada.

CAPITULO IV - CUOTAS

IV.1. Solicitud de Baja:

El monto correspondiente a la cuota del mes en el que se presente la solicitud de baja, se calculará en forma proporcional a la fecha de presentación de dicha solicitud.

IV.2. Pago de la cuota mensual:

IV.2.1. Bajo ningún concepto se aceptarán pagos parciales y/o a cuenta del pago de la cuota del Servicio de Salud.

IV.2.2. En el caso de adhesión del pago al débito automático en tarjeta de crédito, es responsabilidad del afiliado la verificación mensual del correspondiente débito en su resumen de cuenta particular.

IV.2.3. En el caso de pago anticipado de cuotas, si en el transcurso del tiempo se produjese un aumento del valor de dichas cuotas, esto no generará un crédito a favor de la Caja, considerándose saldadas las cuotas al valor vigente al momento del efectivo pago.-

IV.2.4. En el caso de pago anticipado de cuotas, encontrándose ya publicada resolución que fija nuevos valores a aplicar a dichas cuotas, a partir de sus respectivos períodos de imputación, las cuotas deberán abonarse a los nuevos valores fijados a través de la respectiva resolución, sin tener en cuenta que el efectivo pago se haya efectuado con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de los nuevos valores.

IV.2.5. Afiliados con matrícula suspendida: En el caso de los afiliados que por cualquier motivo se encontrasen con la matrícula suspendida en sus respectivos Colegios de Abogados, podrán afiliarse al Servicio de Salud, abonando una cuota diferencial, de mayor valor, la que será fijada por el Consejo de Administración toda vez que se fijen los valores vigentes de la cuota para los afiliados con matrícula activa.

IV.3. Uso de las prestaciones:

Para el caso de las internaciones, prestaciones de alta complejidad y uso de los beneficios de los distintos Programas, el afiliado debe encontrarse completamente al día en el pago de la cuota del Servicio de Salud y en las obligaciones previsionales.

ANEXO I

Convenios de reciprocidad vigentes (*)

C.A.S.A Sist.Asistencial C. Abogados

Domicilio 1: Av. 13 N° 821/29 Piso 4 - B1900DTC - La Plata
Teléfonos: 0800 2222272 – 0221 4270204 4233093
Ámbito de cobertura: Provincia de Bs. As y Ciudad Autónoma de Bs. As.,

Domicilio 2: Lavalle 1646 Piso1 – Ciudad Aut. de Bs. As.
Teléfono: 011 – 43743404 / 52

Domicilio 3: Almirante Brown 1976 – Mar del Plata
Teléfono: 0223 – 4957464 / 4535

Caja Forense 1º Circunscripción de la Provincia de Santa Fé

Domicilio: 3 de Febrero 2761 1º Piso - 3000 - Santa Fé
Ámbito de cobertura: Provincia de Santa Fé

Caja Forense 2º Circunscripción de la Provincia de Santa Fé - Rosario

Domicilio: Av. Pellegrini 2023 - 2000 – Rosario
Ámbito de cobertura: Ciudad de Rosario y localidades vecinas

Caja Forense de Mendoza

Domicilio: Av. Mitres 549 - 5500 – Mendoza
Ámbito de cobertura: Provincia de Mendoza

Caja de Previsión Social y Médica de Río Negro

Domicilio: Villegas 973 - 8332 - Gral.Roca
Ámbito de cobertura: Provincia de Río Negro.

(*)Hasta tanto se encuentre vigente la consulta de afiliaciones On-line el afiliado deberá solicitar en este Servicio de Salud el correspondiente Certificado de Extensión de Cobertura para ser presentado en la Caja de que se trate.

ANEXO II

Formulario de indicación de Prótesis		
N° Afiliado: ____/____-____		
Apellido y Nombre:		
Medico Tratante:	M.P.:	
Fecha probable de la Cirugía: __/__/____		
Diagnóstico		
Características técnicas del/de los implante/s		
Marcas Sugeridas		
Opción 1:		
Opción 2:		
Opción 3		
El profesional deberá sugerir al menos tres opciones en lo que a marcas se refiere. La Caja de Abogados reconocerá, por vía del reintegro y sobre el valor de plaza cada prótesis, el porcentaje especificado en la reglamentación vigente y resoluciones internas.		
Firma del Médico	Sello del Médico	
Teléfonos:	Fecha: __/__/____	FMSP01

