

RESOLUCIÓN Nº 1.726/03

ACTUALIZADA 2024

REGLAMENTO DEL SEGURO ASISTENCIAL

VISTO:

La necesidad de actualizar la Reglamentación del Sistema de Seguro Asistencial para adecuarla a la política sanitaria pública y privada; y

CONSIDERANDO:

Que con el derrumbe del Sistema de Obras Sociales ha disminuido la cobertura que dichas entidades ofrecían a matriculados de los Colegios Profesionales: Colegio de Arquitectos de la Provincia de Entre Ríos Ley Nº 8317; Colegio de Profesionales de la Agrimensura de Entre Ríos Ley Nº 8800, Colegio de Profesionales de la Agronomía de Entre Ríos Ley Nº 8801, Colegio de Profesionales de la Ingeniería Civil de Entre Ríos Ley Nº 8802, Colegio de Ingenieros Especialistas de Entre Ríos Ley Nº 8815 y Colegio Profesional de M.M. de Obras y Técnicos de Entre Ríos Ley Nº 8816;

Que hasta la fecha sólo 210 matriculados han adherido al Sistema Seguro Asistencial;

Que el sistema de Medicina Prepaga ofrece planes de cobertura con un costo capitado superior al Sistema del Seguro Asistencial y cada día ofrece menos prestaciones;

Que se han incorporado nuevas prestaciones médico-asistenciales en los nomencladores nacionales médicos, bioquímicos, odontológicos y sanatoriales;

Que desde Diciembre de 2.000 el Directorio de la Caja de Previsión Social para Profesionales de la Ingeniería de Entre Ríos promociona la adhesión al Sistema de Seguro Asistencial de matriculados al ofrecer mejores condiciones de ingreso con la suspensión, hasta el 31 de octubre de 2.001 de la integración de las cinco cuotas del Fondo de Reserva.-

Por ello, el Directorio de la Caja de Previsión Social para Profesionales de la Ingeniería de Entre Ríos, con quórum suficiente, con el voto unánime de los Directores presentes y en un todo de acuerdo con el Artículo 17º del Decreto-Ley Nº 1030/62 dicta la siguiente:

RESOLUCION Nº 1.726/03

1º) Apruébase el Reglamento del Sistema del Seguro Asistencial que normatiza las prestaciones asistenciales.

REGLAMENTO DEL SEGURO ASISTENCIAL

CAPITULO I : DE LA AFILIACIÓN

ARTICULO 1º) Podrán ingresar voluntariamente al Sistema de Seguro Asistencial de la Caja de Previsión Social para Profesionales de la Ingeniería de Entre Ríos todos los profesionales afiliados (Artículos 19º y 20º del Decreto-Ley Nº 1030/62), matriculados en los Colegios Profesionales de las leyes Nº 8317, 8800, 8801, 8802, 8815 y 8816, los que deberán mantener habilitada su matrícula de acuerdo a las reglamentaciones vigentes mientras dure su afiliación; los jubilados y pensionadas de la Caja, siempre y cuando se encuentren previamente adheridos al Seguro Asistencial.-

Conjuntamente con la solicitud de afiliación provista por la Caja deberá presentar para el titular y por todos y cada uno de los integrantes del grupo familiar primario cubierto y adherentes si los hubiera:

- Certificado de salud buco dental y ficha odontológica completa.-
- Informe del estado de salud y antecedentes de acuerdo al modelo que proveerá la Caja.-
- Fotocopia del documento de identidad.
- Constancia de pago del Fondo de Reserva equivalente a 5 cuotas mensuales del Plan correspondiente. Cuando se trate de adherentes, deberá integrarse, por separado, por cada uno de ellos.-

Según los principios de los sistemas de cobertura de salud para personas clínicamente sanas y con dictamen de Asesoría Médica, el Directorio resolverá sobre la procedencia de las incorporaciones.-

En caso de rechazo de la afiliación, se devolverá, dentro de los 30 días de adoptada la resolución, sin interés alguno, lo depositado en concepto de Fondo de Reserva.-

La renuncia al Sistema deberá ser realizada por el titular, por escrito en la sede de la Caja, calle Córdoba Nº 67, 3100 Paraná. Se tomará como fecha cierta de la misma la fecha de Mesa de Entradas de la Caja. A partir de esta fecha, procederá la suspensión de las prestaciones quedando obligado el afiliado renunciante, a abonar la cuota mensual correspondiente al último período mensual que corresponda al mes de la fecha cierta de su renuncia.-

ARTICULO 2º) La afiliación al Sistema podrá o deberá efectuarse dentro de los siguientes planes:

- PLAN BASICO
- PLAN PROMOCIONAL
- PLAN INTEGRAL
- PLAN PROMOCIONAL INTEGRAL
- PLAN ADHERENTES

Plan Básico: Podrán incorporarse al Plan Básico, exclusivamente quienes posean cobertura primaria de salud (obra social, sistema salud prepago, otros). Estarán obligados a realizar el Aporte Mensual Básico y recibirán los reintegros en las sumas y porcentajes que establece el presente reglamento.-

Plan Promocional Básico: Podrán incorporarse a este plan los profesionales con menos de dos años de egresados y permanecerán en él hasta alcanzar la antigüedad precitada incorporando a la cobertura al grupo familiar primario.- Estarán obligados a realizar un aporte mensual equivalente al 50% del Aporte Mensual del Plan Básico recibiendo iguales beneficios que los afiliados a dicho Plan.-

Plan Integral: Podrán incorporarse a este Plan todos los afiliados que deseen un mayor nivel económico de cobertura. Estarán obligados a realizar un aporte mensual equivalente al doble del Aporte Mensual Básico y recibirán reintegros hasta el doble de las sumas y porcentajes que establece la reglamentación.-

Plan Promocional Integral: Podrán incorporarse a este Plan aquellos afiliados que cumplan las condiciones del Plan Promocional Básico y deseen una mayor cobertura incorporando a la misma al grupo familiar primario. Estarán obligados a un Aporte mensual equivalente a una vez y media el Aporte Mensual Básico y recibirán idénticos beneficios que los afiliados al Plan Integral.-

Plan Adherente: El afiliado titular podrá incorporar al Sistema del Seguro Asistencial a los familiares dispuestos en el Art. 7º siempre que estén a su cargo y tengan cobertura obligatoria de salud. Por cada una de estas incorporaciones, el afiliado titular estará obligado a realizar un aporte mensual igual al 100% del aporte del afiliado titular.-

Todo familiar a cargo que por cualquier motivo haya perdido su afiliación al Sistema del Seguro Asistencial no podrá reincorporarse al mismo.-

(Artículo modificado por Res 3005/23)

CAPITULO II - DE LOS APORTES, MORAS Y SANCIONES

ARTICULO 3º) Fondo de Reserva: Los profesionales que se afilien o reafilien al sistema deberán integrar, en ese momento un fondo de reserva de acuerdo al plan que adhiera, según el siguiente esquema:

Profesionales hasta 30 años de edad inclusive, no integrarán ningún fondo de reserva.

Profesionales mayores a 30 años y hasta 35 años, integrarán el equivalente a 1 vez la alícuota mensual del plan elegido.

Profesionales mayores a 35 años y hasta 40 años, integrarán el equivalente a 2 veces la alícuota mensual del plan elegido.

Profesionales mayores a 40 años y hasta 45 años, integrarán el equivalente a 3 veces la alícuota mensual del plan elegido.

Profesionales mayores a 45 años y hasta 50 años, integrarán el equivalente a 4 veces la alícuota mensual del plan elegido.

Profesionales mayores a 50 años y hasta 55 años, integrarán el equivalente a 5 veces la alícuota mensual del plan elegido.

Cuando un afiliado adherido al Plan Básico solicite su reclasificación en el Plan Integral deberá integrar un fondo de reserva según lo establecido en el párrafo anterior por la diferencia de aportes entre el aporte mensual de ambos planes.

Aceptada la afiliación, el aporte al Fondo de Reserva integrará las reservas generales del sistema y no será reintegrado bajo ningún concepto. –

(Texto según RESOLUCION N° 3005/23)

ARTICULO 4º) Monto de los Aportes: El Directorio de la Caja de Previsión Social para Profesionales de la Ingeniería de Entre Ríos fijará el valor, en Pesos, del Aporte Mensual Básico (alícuota) teniendo en cuenta el equilibrio económico, las coberturas, los necesarios fondos de reserva para atención de siniestros imprevistos, y posibles desfasajes del Sistema.-

ARTICULO 5º) Recargo por mora y sanciones: El Aporte mensual que corresponda, deberá ser abonado por el afiliado antes del día 10 del mes siguiente. La incorporación al Sistema presupone el conocimiento de la obligación y sus fechas de vencimientos, por lo que no podrá aducir falta de comunicación o atraso en el envío del Resumen Mensual de Cuentas como causal justificante del no pago en tiempo y forma.-

Los aportes mensuales no abonados a su vencimiento devengarán automáticamente y de pleno derecho intereses compensatorios y punitivos, los que se liquidarán mensualmente y en un todo de acuerdo con el Régimen General de Moras de la Caja Resolución N° 932/93.-

Al afiliado que adeudare más de dos aportes se le suspenderán automáticamente los servicios, sin necesidad de comunicación o interpelación previas. Dichos servicios les serán restablecidos una vez que haya regularizado su situación deudora morosa para con la Caja.-

No le serán reconocidas al afiliado prestaciones realizadas durante el período que permanezca suspendido.-

El Directorio podrá disponer la baja del afiliado que acumule 4 cuotas impagas.-

CAPITULO III - DE LOS PERIODOS DE CARENIA

ARTICULO 6º) Los afiliados que se incorporen al Sistema del Seguro Asistencial tendrán los siguientes períodos de carencia con pago de aportes:

| | |
|---|----------|
| Medicamentos ambulatorios..... | 60 días |
| Prácticas médicas y Análisis..... | 90 días |
| Internaciones – Cirugías..... | 90 días |
| Medicamentos en internación..... | 90 días |
| Tomografía Computada - Resonancia Magnética - Terapia Radiante..... | 365 días |
| Odontología general..... | 365 días |
| Partos..... | 365 días |
| Cirugía cardiovascular..... | 730 días |
| Cirugías de alta complejidad..... | 730 días |

Prótesis implantable/ no implantable/ Óptica.....730 días
Angioplastía – Artroscopia.....730 días

El período de carencia se computará a partir del mes del pago del primer aporte.- Cuando un afiliado adherido al Plan Básico solicite su reclasificación en el Plan Integral, los beneficios del plan de mayor cobertura procederán luego de cumplir un plazo general de carencia de 90 días para las siguientes prestaciones:

Tomografía Computada - Resonancia Magnética - Odontología general - Partos - Cirugía Cardiovascular - Prestaciones de alta Complejidad - Prótesis implantable- Prótesis no implantable - Óptica - Angioplastía – Artroscopia.-

El afiliado que adhiera al Sistema dentro de los 6 meses de su inscripción en la Caja y siempre y cuando tenga una antigüedad en su título no mayor de 5 años contados desde la fecha de expedición del mismo, deberá cubrir una carencia igual a la mitad de lo especificado anteriormente y para cada rubro en particular.-

Artículo 2º) Periodo de Carencias: Cuando los hijos del afiliado que forman parte del grupo familiar pasen a ser profesionales afiliados a esta Caja y opten continuar adheridos al sistema, mantendrán la continuidad en carácter de afiliados titulares sin el periodo de carencia dispuesto en el reglamento.

(Texto según RESOLUCION N° 2726/20)

CAPITULO IV - DE LAS COBERTURAS

ARTICULO 7º) Las coberturas previstas en el Sistema del Seguro Asistencial alcanzarán al afiliado directo, a su cónyuge, a los hijos solteros menores de 22 años y sin cargas de familia, mientras permanezcan a cargo del titular, y a los hijos mayores incapacitados, que estén a cargo del titular.- Los hijos solteros menores de 25 años de edad y sin cargas de familia, estarán cubiertos por el Sistema del Seguro Asistencial del titular cuando cursen estudios terciarios y se encuentren a cargo y no cuenten con otra cobertura asistencial. Deberán presentar anualmente un certificado de estudio en original que indique su condición de alumno regular.-

Los menores en tenencia judicial para trámites de adopción estarán cubiertos por el Sistema del Seguro Asistencial en cabeza del titular.-

La incorporación de menores a cargo en Tutoría del titular será resuelta por el Directorio, en cada caso teniendo en cuenta la antigüedad o período por el cual será ejercida y el estado de salud del menor dado en Tutoría.-

CAPITULO V - DE LOS REINTEGROS

ARTICULO 8º) Los reintegros se efectuarán en forma semanal, contra presentación de los recibos y/o facturas en original y demás documentación que en general y particular se requieran para cada caso y presentadas dentro de los plazos que en cada caso se especifica, previa aprobación de la Asesoría Médica, en los montos y porcentajes resultantes de la aplicación del Nomenclador Nacional y el presente reglamento.-

En ningún caso la suma a reintegrar podrá superar lo efectivamente gastado por el afiliado por la atención de salud a la que ha accedido.-

Se fija un máximo global de reintegros por grupo familiar y por ejercicio contable equivalente a 200 (doscientos) aportes (alícuotas) mensuales del Sistema del Seguro Asistencial.-

El Directorio con informe favorable del Asesor Médico podrá disponer se reintegren gastos por la atención de la salud del afiliado, por encima del máximo global por reintegros por grupo familiar por ejercicio contable y siempre que se trate de enfermedades agudas y graves con riesgo inmediato de muerte del enfermo.-

CAPITULO VI - DE LOS BENEFICIOS

ARTICULO 9º) Los afiliados al Sistema del Seguro Asistencial tendrán beneficios por reintegros por:

- a) Prestaciones Médicas, Sanatoriales, Bioquímicas, y Odontológicas consignadas en el Nomenclador Nacional y de acuerdo con las reglamentaciones y resoluciones que establezca el Directorio de la Caja.-
- b) Cualquier otra prestación asistencial que el Directorio de la Caja resuelva otorgar una vez efectuado el análisis técnico-económico de su viabilidad.-

ARTICULO 10º) En casos de Internaciones con prácticas quirúrgicas, se reintegrará HASTA TRES VECES los honorarios médicos y los gastos sanatoriales que para las mismas determina el Nomenclador Nacional en forma global.-

ARTICULO 11º) En casos de cirugía sin internación se seguirá el mismo temperamento que el artículo anterior.-

ARTICULO 12º) Para las internaciones por PARTOS, rigen las mismas normas que para las intervenciones quirúrgicas con internación.-

ARTICULO 13º) En casos de Internaciones Clínicas que por su gravedad sean de difícil diagnóstico y tratamiento domiciliario, se reconocerán hasta un máximo de cuatro días de internación. En casos que excedan dicho plazo, se otorgará una única prórroga de hasta cuatro días.

A los afiliados con otra cobertura social y que la utilicen en primera instancia, se les reconocerán hasta un máximo de ocho días. En casos que excedan dicho plazo, se otorgará una única prórroga de hasta ocho días.-

Las prórrogas deberán ser previamente auditadas por la Asesoría Médica.-

Quedan excluidas del beneficio de reintegro las Internaciones para estudio y tratamientos, para enfermedades mentales y tóxicas, tentativas de suicidio y complicaciones de cirugía plástica no reparadora y del aborto criminal.-

ARTICULO 14º) En casos de internaciones que requieran TERAPIA INTENSIVA y/o CUIDADOS ESPECIALES, se reconocerán HASTA TRES VECES los honorarios y gastos sanatoriales globales, por un período de cinco días. Excedido dicho plazo, se reconocerá UNA VEZ y MEDIA los honorarios y gastos sanatoriales globales por un lapso máximo de cinco días siempre que haya autorización previa del Directorio de la Caja.-

ARTICULO 15º) Cuando los internados sean menores de 10 años de edad, se reintegrará el 100% de los gastos de pensión del acompañante, de acuerdo con el valor arancelado por el Nomenclador Nacional.-

ARTÍCULO 16º) En todos los casos previstos por los Artículos 10º, 12º, 13º, y 14º, la Caja podrá, antes de efectivizar el reintegro, solicitar la presentación de Historia Clínica y/o Protocolo Operatorio. De presumirse excesos notorios en los días de internación, el monto a reintegrar podrá reducirse.-

ARTICULO 17º) En prestaciones de **TERAPIA RADIANTE** se reintegrará HASTA TRES VECES el valor arancelado en el Nomenclador Nacional. Se deberá presentar prescripción médica.-

ARTICULO 18º) En prestaciones de **ECOGRAFÍA** se reintegrará HASTA TRES VECES el valor arancelado en el Nomenclador Nacional.- Deberá presentarse Historia Clínica y recibo de pago que justifiquen la prestación y se reintegrará HASTA UNA ECOGRAFÍA por año de tratamiento.- A los afiliados a otros Sistemas de Cobertura Social y que previamente hayan utilizado esa cobertura, se les reconocerán HASTA DOS ECOGRAFIAS por año de tratamiento.-

ARTICULO 19º) En prestaciones de **RADIOLOGIA** se reintegrará HASTA TRES VECES el valor arancelado en el Nomenclador Nacional.-

En prestaciones de **TOMOGRAFÍA COMPUTADA** se reintegrará HASTA TRES VECES el valor arancelado en el Nomenclador Nacional.- Deberá presentarse Historia Clínica y recibo de pago que justifiquen la prestación y se reintegrará HASTA UNA TOMOGRAFÍA por año de tratamiento.- A los afiliados a otros Sistemas de Cobertura Social, y que previamente hayan utilizado esa cobertura, se les reconocerán HASTA DOS COSEGUROS POR TOMOGRAFÍA por año de tratamiento.-

En prestaciones de **RESONANCIA MAGNETICA** se reintegrará HASTA TRES VECES el arancel mutual cuando previamente no se haya efectuado Tomografía Computada y HASTA DOS VECES el arancel mutual cuando se haya efectuado esa práctica en el año anterior de tratamiento.- Se reconocerá HASTA UNA RESONANCIA MAGNETICA por año de tratamiento.-

ARTICULO 20º) En prestaciones de **REHABILITACIÓN MÉDICA** se reintegrará HASTA DOS VECES el valor arancelado en el Nomenclador Nacional. Se deberá presentar prescripción médica y recibo del profesional autorizado que realizó las prestaciones. Se reconocerán exclusivamente las siguientes prácticas según normas y nomenclatura del Nomenclador Nacional.-

FISIOTERAPIA: Hasta 24 (veinticuatro) sesiones en el primer año de tratamiento.-
Hasta 12 (doce) sesiones en los años subsiguientes.-

KINESIOTERAPIA: Hasta 24 (veinticuatro) sesiones en el primer año de tratamiento.-
Hasta 12 (doce) sesiones en los años subsiguientes.-

ARTICULO 21º) En las **PRACTICAS ESPECIALIZADAS** relacionadas con:

- a) Anatomía patológica.-
- b) Cardiología.-
- c) Endocrinología.-

- d) Gastroenterología.-
- e) Ginecología.-
- f) Hematología - Inmunología.-
- g) Hemoterapia.-
- h) Medicina nuclear.-
- i) Neumonología.-
- j) Neurología.-
- k) Oftalmología.-
- l) Otorrinolaringología.-
- m) Pediatría.-
- n) Urología –

Se reintegrará HASTA TRES VECES el valor arancelado en el Nomenclador Nacional y de acuerdo con la reglamentación que establezca el Directorio de la Caja.-

ARTICULO 22º) En prestaciones de **REHABILITACIÓN DEL LENGUAJE** se reintegrará HASTA DOS VECES el valor arancelado en el Nomenclador Nacional.-

Deberá presentarse informe del Médico Especializado y recibo del profesional autorizado que realizó las prestaciones. Se adecuarán a "FONIATRÍA" las prácticas de Técnicas Teatrales, Musicoterapia y Psicopedagogía.-

Se reconocerán hasta 24 (veinticuatro) sesiones durante el primer año de tratamiento, y hasta 12 (doce) sesiones durante el segundo y tercer año de tratamiento.-

ARTICULO 23º) En prestaciones de **RASPADO UTERINO** se reintegrará HASTA TRES VECES el valor arancelado en el Nomenclador Nacional. En caso de que la paciente sea menor de 50 años, se adjuntará Historia Clínica, en sobre cerrado y con el epígrafe "Secreto Médico".-

ARTICULO 24º) En prestaciones de **PSIQUIATRÍA** se reintegrará HASTA DOS VECES el valor arancelado en el Nomenclador Nacional.-

Se reconocerá la siguiente práctica: PSICOTERAPIA INDIVIDUAL: Hasta 24 (veinticuatro) sesiones el primer año de tratamiento. En el segundo año y subsiguientes, se reconocerán hasta 12 (doce) sesiones por año de tratamiento.- En todos los casos se adjuntará, bajo sobre cerrado, con el epígrafe "Secreto Médico" Historia Clínica del Médico Psiquiatra interviniente y recibo formal de pago del Médico Psiquiatra que realizó el tratamiento donde conste la fecha de cada una de las prestaciones realizadas.-

ARTICULO 25º) En prestaciones de **ANÁLISIS CLÍNICOS** se reintegrará HASTA TRES VECES el valor arancelado en el Nomenclador Nacional.- Se deberá presentar prescripción médica.-

ARTICULO 26º) En prestaciones de **ODONTOLOGÍA** se reintegrará HASTA TRES VECES el valor arancelado en el Nomenclador Nacional Odontológico. Se reconocerán exclusivamente las prestaciones autorizadas según Reglamento y Resoluciones de los Capítulos del Nomenclador Nacional.-

CAPITULO II - OPERATORIA DENTAL: (obturaciones, amalgamas, silicatos, etc.).-

CAPITULO III - ENDODONCIA: (tratamiento de conducto).-

CAPITULO V - ODONTOLOGIA PREVENTIVA.-

CAPITULO VI - ORTODONCIA Y ORTOPEDIA FUNCIONAL: Ambas prácticas se otorgarán por única vez, y hasta las 18 años.- Se deberá presentar ficha de ortodoncia y finalizado el tratamiento no se reconocerá seguimiento. Se deberá presentar facturación y recibo formal de pago y a los efectos de reintegro en los Códigos 06.02 y 06.03 se otorgará el 50% al iniciar el

tratamiento con la aparatología instalada; el 30% al promediar el tratamiento y el 20% al finalizar el tratamiento. El porcentaje estipulado se abonará de acuerdo con el arancel vigente al momento de cada facturación.-

CAPITULO VII - ODONTOPEDIATRIA.-

TRAUMATISMO DENTARIO.-

CAPITULO VIII - PERIODONGIA.- CAPITULO IX - RADIOLOGIA.-

CAPITULO X - CIRUGÍA BUCAL –

En prestaciones de PROTESIS ODONTOLOGIA se reintegrará HASTA CUATRO VECES el valor arancelado en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas. Con un tope de 4 (Cuatro) aportes por grupo familiar y por Ejercicio Contable. Se reconocerán exclusivamente las prestaciones enunciadas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas.

Se deberá presentar Factura o Recibo formal de pago, con firma y sello del profesional interviniente, y ficha odontológica completa.

Texto agregado por Res. 2480/17

ARTICULO 27º) NO SE RECONOCERAN:

a) Ningún tipo de reintegro por servicios asistenciales no reconocidos por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.-

b) Ningún tipo de reintegro por material descartable, instrumental de cirugía, injertos, material radioactivo o de curaciones, oxígeno, gastos extras, etc.-

c) Ningún tipo de reintegro en prestaciones de:

- Internaciones psiquiátricas.-

- Necropsias.-

- Hemodiálisis.-

- Transplantes de órganos.-

- Cirugía plástica o estética no reparadora.-

- Accidentes: 1) Si fueran provocados como consecuencia de infracciones a la legislación vigente.-

2) Si estuvieran cubiertos por terceras personas (accidentes de trabajo, en medios de transportes, espectáculos públicos, etc.).-

- Prestaciones médicas y bioquímicas solicitadas por entidades estatales, paraestatales, privadas con o sin fines de lucro, para controles catastrales en ámbito laboral, seguridad o deportivo legal.-

ARTICULO 28º) CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS

Programa Materno-Infantil: En prestaciones de embarazo, previamente certificado, se otorgará un máximo de DOS CONSULTAS MENSUALES.-

En prestaciones ocurridas durante el primer año de vida, se otorgará hasta un máximo de DOS CONSULTAS MENSUALES.-

Durante el segundo año, se otorgará un máximo de UNA CONSULTA MENSUAL.-

Se reintegrará HASTA TRES VECES el valor arancelado en el Nomenclador Nacional.- Deberá presentarse fotocopia de la orden de prestación de la Entidad interviniente o Recibos formales de pago en original.-

ARTICULO 29º) Gastos por Medicamentos:

a) Medicamentos en internación: Se reintegrarán los gastos de medicamentos en internaciones, en las siguientes indicaciones y según el siguiente detalle:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:

- Con gasto operatorio de hasta 109 Unidades Sanatoriales, (amígdalas, etc.) hasta el valor de DOS APORTES MENSUALES.-
- Con gasto operatorio de hasta 120 Unidades Sanatoriales, (hernias, várices, etc) hasta el valor de CUATRO APORTES MENSUALES.-
- Con gasto operatorio de hasta 179 Unidades Sanatoriales, (cesáreas, apendicectomía, etc.) hasta el valor de SEIS APORTES MENSUALES.-
- Con gasto operatorio de hasta 271 Unidades Sanatoriales, (vesícula, estómago, etc.) hasta el valor de DIEZ APORTES MENSUALES.-
- Con gasto operatorio de más de 271 Unidades Sanatoriales, (histerectomía total, pulmón, etc.) hasta el valor de QUINCE APORTES MENSUALES.-
- PARTOS: Hasta el valor de CUATRO APORTES MENSUALES.-
- INTERNACIONES CLÍNICAS: Hasta un máximo de CUATRO APORTES MENSUALES.-

b) Medicamentos Ambulatorios: Se reconocerá hasta un 40% del costo de lo abonado por el afiliado en Plan Básico, y hasta un 80% en el Plan Integral, de cada medicamento incluido en el Formulario Terapéutico del Seguro Asistencial.

Se deberá presentar originales de receta médica y/o fotocopias de Coseguros y recibos formales de farmacia con nombre y apellido del afiliado.

Se reconocerá hasta un máximo de ocho aportes, en todos los planes, por grupo familiar y por ejercicio contable.

c) Quimioterapia Antineoplásica: Se reintegrará el 80% (ochenta por ciento) de los gastos ocasionados por medicamentos Antineoplásicos en todos los planes. Se tomará como referencia los precios estipulados por el Banco de Drogas de la Provincia de Entre Ríos.-

Medicación accesoria como analgésicos, anti-inflamatorios, vitaminas, hormonas, etc. no se encuentran incluidos.-

ARTICULO 30º) 1. Gastos por Prótesis

Implantables:

- Inc. 1. a - Marcapasos: por única vez.-
- Inc. 1. b - Válvulas cardíacas o neurológicas.-
- Inc. 1. c - Prótesis vasculares: Stent: uno por única vez.-
- Inc. 1. d - Prótesis Ortopédicas.
- Inc. 1. e - Prótesis oftalmológicas.-

Se reintegrará hasta el 40% de los gastos por Prótesis Implantables.

No implantables consecuentes a operaciones quirúrgicas:

- Amputaciones de miembros.-

Se reintegrará el 40% de los gastos por Prótesis no Implantables consecuentes a Operaciones Quirúrgicas, por única vez.-

No implantables no consecuentes a operaciones quirúrgicas:

Inc. 1. d - En Prestaciones de Zapatos, botas ortopédicas, taloneras o plantillas: por beneficiario y sin límite de edad, hasta 2 (dos) pares por ejercicio contable y hasta media (½) alícuota por par.

. Incluye estudio de Marcha.

Inc. 1. e - Audífonos: uno cada 5 años de tratamiento. Se deberá presentar Audiometría y diagnóstico médico.

Se reintegrará un 30% de los gastos por Prótesis no Implantables no consecuentes a Operaciones Quirúrgicas.-

En todos los casos de Prótesis se tomará como referencia para los reintegros, el precio de plaza de Paraná, Buenos Aires y Rosario, y de fabricación nacional.-

Se deberá presentar prescripción médica y recibo formal de pago de la Casa Especializada en Ortopedia.-

2. OPTICA: Se reintegrará por todo concepto de gastos en lentes comunes, especiales, bifocales, multifocales o de contacto prescritos por Médico Oftalmólogo, 1 par de anteojos (2 cristales, 1 marco) por año valor tope de cobertura de una alícuota vigente del Plan al cual se encuentra adherido el afiliado.

El beneficio contempla a titular y adherentes, es indelegable y no es acumulativo en caso que no sea utilizado.

Se deberá presentar Ticket, Factura o Recibo formal de pago, junto con la receta médica oftalmológica con nombre y apellido del afiliado.

(Texto según RESOLUCION N° 3074/23)

CAPITULO VII - DE LOS REINTEGROS

ARTICULO 31º) Los reintegros por prácticas previstas en este reglamento deberán gestionarse personalmente o por correspondencia, en la sede de la Caja, calle Córdoba N° 67, (3100) Paraná presentando los siguientes datos:

- Apellido y nombres completos del afiliado titular.-
- Número de afiliado.-
- Nombre, número y barra de afiliación (cuando la atención corresponda a un familiar a cargo)-
- Domicilio.-

Se otorgará un plazo de noventa (90) días desde ocurridas las prestaciones para la presentación de solicitudes de reintegros. Pasado dicho plazo se producirá la caducidad del derecho a reintegro.-

ARTICULO 32º) En casos de solicitud de reintegros por internación, deberá presentarse:

- 1.- Certificado médico con diagnóstico y orden de internación.-
- 2.- Factura detallada de los gastos sanatoriales (operatorios, anestesia, transfusiones, días de pensión, etc.) y de los honorarios médicos intervinientes (cirujano, anestesista, ayudantes, etc.).-

3.- Recibo formal de pago en original, conformado por firma y sello del responsable de la Institución o de los profesionales.-

ARTICULO 33º) En casos de solicitud de reintegros por otros conceptos, tales como radiografías, análisis, prácticas especializadas (electrocardiogramas, exámenes oftalmológicos, etc.) deberá acompañarse:

1.-Prescripción médica, indicando el número y tipo de prestaciones realizadas, especificando si fueron realizadas en consultorio, domicilio o sanatorio.-

Deberá consignarse nombre, apellido y fecha.-

2.-Recibo de pago en original (con firma y sello del profesional interviniente o de la Institución responsable).-

ARTICULO 34º) Los reintegros por gastos asistenciales que le fueron prestados a un afiliado fallecido, le serán efectuados al /los beneficiario /s instituido /s por el Subsidio Mutuo - Artículo 52º del Decreto-Ley Nº 1030/62 y bajo las mismas disposiciones que preve el beneficio del Subsidio por muerte o Contribución para gastos de sepelio para el caso de jubilados y pensionadas.-

ARTICULO 35º) No se reconocerá el cargo de pensión y/o medicamentos en internaciones breves, de menos de 24 horas (1/2 día de pensión, horas post-operatorias, etc.).-

ARTICULO 36º) La Caja se reserva el derecho al control de la prestación por el cual se solicita reintegro cuando lo considere necesario, a través de la Asesoría Médica o de los profesionales que el Directorio designe. Los gastos ocasionados por este control serán por cuenta de la Caja. El afiliado deberá someterse a ese control para el otorgamiento del reintegro solicitado.

- Todo afiliado, que solicite reintegros por prestación odontológica, deberá acompañar:

a) Si tiene otra Obra Social, constancia de la misma, del reintegro que le efectuará o en su caso, constancia de que no tiene cobertura sobre la prestación en cuestión.-

b) Ficha completa odontológica donde se exprese su estado general, y la prestación realizada.- Los reintegros se efectuarán exclusivamente sobre trabajos realizados. Previo al reintegro, el afiliado o integrante de su grupo familiar o adherente que correspondiere, deberá someterse al control que indique la Asesoría Médica.-

ARTICULO 37º) Son parte integrante del presente reglamento las Resoluciones de Directorio Nº 35/80; 281/85, 297/85; 326/85; 346/86; 699/89; 740/89; 869/91 y 893/92.-

Quedan anuladas todas las Resoluciones de Directorio dictadas hasta la fecha no incluidas en el listado anterior.-