

SAN JUAN, 15 DE JUNIO DE 2007

VISTO:

El informe del Trabajo en Comisión sobre funcionamiento del Fondo Especial Solidario (F.E.S.) y la propuesta de modificación realizada, y

CONSIDERANDO:

Que el fin expresamente enunciado del FES, en oportunidad de su creación, Res. N° 29/90 Consejo de Administración, se estableció como premisa concurrir a solventar gastos extraordinarios originados por patologías médicas, ajustado a casos de prestaciones por enfermedades no previstas en el Nomenclador Nacional y prestaciones por enfermedades previstas en el Nomenclador Nacional que por demanda de su tratamiento, producen co-pagos de gran erogación.

Que se incluyeron prácticas de baja incidencia y alto impacto económico que concurrían a brindar ventaja en su utilización, pero que hoy la premisa de baja incidencia en las prestaciones se ha modificado, pasando a ser brindadas por todos los centros médicos, aunque el impacto económico, sigue siendo de importancia tanto para la Obra Social como para el afiliado.

Que el Nomenclador Nacional ha quedado solo como consulta y guía de algunas prestaciones, dando paso en la mayoría de las especialidades a nomencladores con valores específicos para los honorarios de la prestación en particular.

Que a través del tiempo se han introducido modificaciones de ampliación en cuanto a prácticas y servicios, adaptándolo a patologías que se presentan con mayor asiduidad y representan

un alto impacto económico para el afiliado, todo ello de acuerdo a la facultad conferida al Consejo Directivo según Artículo 2º y Artículo 19º del Reglamento del FES.

Que la DAMSU, por los motivos básicos de su creación, cumple con la atención de la Salud de los Universitarios, debiendo a tal efecto brindar las prestaciones que se encuentren disponibles.

Que es dable tener en cuenta el incremento de patologías consideradas por Ley como “Catastróficas” esto es, “enfermedades de baja incidencia, que en términos de estadios evolutivos ponen en riesgo el pronóstico vital y funcional de los pacientes, que requieren de tecnologías y procedimientos de avanzada, medicamentos y accesorios terapéuticos de alto costo o difícil disponibilidad, generando gastos que no pueden ser soportados por la familia o las entidades responsables con recursos ordinarios”.

Que las prácticas que se encuentran incluidas por el FES también son requeridas fuera de la provincia, no habiéndose establecido las circunstancias en que serán aplicados los beneficios establecidos.

Que es necesario dejar sentadas pautas de trabajo respecto de prestaciones y valores que se encuentran incluidos en el Sistema Universitario Médico Asistencial Solidario (S.U.M.A.S.).

Que el aporte mínimo establecido por el Reglamento del FES corresponde a dos consultas médicas “permanentemente actualizadas”; aporte mínimo que no fue aplicado oportunamente para evitar el agravamiento de la situación económica de los afiliados ante la crisis generalizada que atravesó nuestro país en los últimos años.

Que desde la no aplicación de esta norma, la consulta ha sufrido un 328% de aumento, sin que se haya actualizado el valor mínimo del aporte.

Que el costo actual de una consulta está establecido en veinticuatro pesos, por tanto el aporte mínimo al FES ascendería a cuarenta y ocho pesos.

Que por Resolución 11/06 se incrementó al 2% por el término de ciento ochenta (180) días, el porcentaje de aporte, de acuerdo con las facultades conferidas al Consejo Directivo en el Inc. c) Variación del Porcentaje de Aportes, del Artículo 12° Normas Especiales, en el Artículo 16° y Artículo 19°, del Reglamento del FES.

Que en virtud de la aprobación de la refuncionalización del FES, por parte del Consejo Directivo, dicho porcentaje queda fijado en forma permanente.

Que el tema fue considerado por el anterior Consejo Directivo, pero las nuevas autoridades coinciden en la necesidad de readaptar los objetivos del FES a los tiempos actuales tanto en lo económico como en lo prestacional.

Que tratada por Consejo Directivo, Acta 965, la reformulación del FES, según pautas económicas y con alternativas en cuanto a Prestaciones y coberturas y debatidas las mismas,

POR ELLO, EN USO DE SUS ATRIBUCIONES,

**EL CONSEJO DIRECTIVO
DE D.A.M.S.U.-SAN JUAN
RESUELVE:**

ARTICULO 1°.- Aprobar el Texto Ordenado del Reglamento del Fondo Especial Solidario (F.E.S.), que como Anexo I, forma parte de la presente Resolución, con las Pautas y especificaciones que en cada caso se establecen y dejar sin efecto la Reglamentación anterior.

ARTICULO 2° - Comuníquese, dése a conocer a los afiliados, personal y archívese.

ANEXO I

TEXTO ORDENADO D.A.M.S.U. - SAN JUAN

FONDO ESPECIAL SOLIDARIO

REGLAMENTACION

ARTICULO 1º: FINALIDAD

El Sistema de Fondo Solidario, se instituye como beneficio para los afiliados de D.A.M.S.U. - SAN JUAN que se incorporen como aportantes al presente Fondo y tiene como fin esencial concurrir a solventar gastos originados en siniestros por patologías médicas y ajustado a las prestaciones detalladas en el Anexo II de la presente Reglamentación, con los porcentajes y pautas que se detallan en cada caso.

Dejase expresamente aclarado que el destino del Fondo Solidario será exclusivamente para el fin enunciado precedentemente.-

ARTICULO 2º: SERVICIOS COMPRENDIDOS Y SU COBERTURA

Serán aquellos destinados a las prestaciones que específicamente se determinan en el Anexo II y pautas anexas, siendo éste parte integrante de la presente reglamentación y que quedará sujeto a las ampliaciones, modificaciones o limitaciones que, en el futuro pudiere introducirle el Consejo Directivo conforme a las necesidades operativas del Sistema, a efectos de preservar su vigencia.

No deberán incluirse en el gasto a cargo del FES aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el Manual de Prestaciones reconocidas por el Sistema Universitario Médico Asistencial Solidario (S.U.M.A.S.).

El monto reconocido será con carácter no reintegrable.

Las coberturas establecidas también serán de aplicación cuando sean requeridas fuera de la provincia, siempre que las prestaciones sean brindadas a través del sistema de reciprocidad, por otra obra social universitaria y cuente con la correspondiente autorización de Auditoría Médica.

ARTICULO 3º: BENEFICIARIOS

Serán considerados beneficiarios del Fondo los afiliados que revisten en las categorías que se enuncian a continuación, conforme a la formula que se estipula para cada caso:

a) TITULARES: quedan adheridos al FES, desde su incorporación a la Obra Social; salvo renuncia expresa de su Titular, lo que obligará a DAMSU al reintegro de los montos descontados, siempre que no hayan transcurrido ya los doce meses de carencias, en cuyo caso operará solamente la baja y el reintegro, si correspondiere, a partir del mes de renuncia. Se encuentran incluidos:

a.1) Personal Permanente.

a.2) Personal no permanente, ya sea de gabinete, contratado o transitorio.

b) ADHERENTES: el aporte será obligatorio para cualquiera de las distintas categorías. Se encuentran excluidos de los beneficios del FES la categoría de Alumnos, en razón de su transitoriedad **y los afiliados del Plan Joven categoría A.**

ARTICULO 4º: APORTES

El Fondo se integrará con el aporte mensual de los afiliados, en los porcentajes que se establecen a continuación según categorías y modalidad, como sigue:

a) TITULARES:

a.1) Dos por ciento (2%) de los haberes sujetos a retenciones que perciban por todo concepto, con un aporte mínimo equivalente a dos (2) consultas médicas permanentemente actualizadas.

a.2) De los cónyuges que presten servicio simultáneamente en la U.N.S.J., uno solo de ellos podrá realizar el aporte de adhesión para sí y para todo el grupo familiar a cargo, incluyendo al cónyuge que revista en otro cargo en la Universidad, **siendo obligatorio en este caso que el aporte lo realice el cónyuge que perciba el mayor ingreso.**

El beneficio cubrirá únicamente al titular y su grupo familiar primario.

Cualquier otro familiar a cargo en la Obra Social demandará un aporte del dos por ciento (2%) de los haberes sujetos a retenciones que perciba por todo concepto, en ningún caso el total aportado será inferior al aporte mínimo establecido del equivalente a dos (2) consultas médicas permanentemente actualizadas.

b) ADHERENTES JUBILADO UNIVERSITARIO VOLUNTARIO:

Dos por ciento (2%) sobre todo haber jubilatorio que perciban, con el aporte mínimo establecido para la categoría de Titulares.

El Afiliado Adherente Jubilado Universitario Voluntario tendrá la misma cobertura que el beneficiario Titular estableciéndose para otros familiares a cargo, fuera del grupo primario y por cada uno de ellos, un adicional de un dos por ciento (2%) sobre todo haber jubilatorio que perciban, con el aporte mínimo establecido, para la categoría de Titulares.

c) ADHERENTE EXTRA UNIVERSITARIO:

Once por ciento (11%) de sus respectivas cuotas de afiliación, con un aporte que nunca podrá ser inferior al mínimo establecido por el Consejo Directivo para los Titulares. **Será obligatorio el aporte extra correspondiente al FES, para los hijos incluidos en el grupo familiar con aporte.**

Los aportes así establecidos serán abonados: 1) Titulares: basándose en el sistema de descuento por planilla de haberes y 2) Adherentes: por el régimen de pago directo en la Institución o a través de débito automático.

ARTICULO 5º: ADMINISTRACION GENERAL Y REGISTRO CONTABLE

La administración del Sistema de Fondo Solidario estará a exclusivo cargo de D.A.M.S.U. - SAN JUAN a través de sus dependencias específicas y su contabilidad será independiente, elaborándose informes trimestrales del estado financiero que se publicarán en los avisadores previstos por D.A.M.S.U. y figurarán en el Orden del Día de la Asamblea Anual Ordinaria.

ARTICULO 6º: AUDITORIA MÉDICA

En relación a las prestaciones, la Auditoría Médica está a cargo de D.A.M.S.U. y tiene como funciones principales:

- a)* Verificar que los servicios que requieran los beneficiarios del Fondo Solidario, se encuentren enmarcados dentro de las prestaciones expresamente determinadas en el Anexo II, reglamentos aclaratorios y modificaciones que se introduzcan.
- b)* Refrendar o rechazar la opinión médica u odontológica, sobre la justificación del servicio solicitado.
- c)* Autorizado el servicio, y concluida la prestación, verificar con los medios idóneos que se instrumenten para tal fin, la efectiva realización de la misma.

ARTICULO 7º: REQUERIMIENTO DEL SISTEMA

Los afiliados que requieran beneficio del Sistema, deberán completar el formulario específico, en aquellos casos en que se lo requiera, detallando el destino que se dará a los fondos que se reciban,

con las constancias médicas que permitan evaluar la solicitud, y toda otra documentación que la Auditoría considere pertinente.-

ARTICULO 8º: AUDITORIAS DEL FONDO

La disponibilidad, consideración y autorización de los fondos, será competencia exclusiva del Consejo Directivo de D.A.M.S.U.

El Consejo Directivo de DAMSU, debe realizar Auditorías de la Administración del F.E.S. en forma periódica.

ARTICULO 9º: AREA TERRITORIAL DE COBERTURA

El beneficio del Fondo, no cubre prestaciones a realizar fuera del País, estando limitado su implementación exclusivamente al Territorio Nacional.-

ARTICULO 10º: NORMA DE REASEGURO

Ante la insuficiencia de reservas financieras del Sistema originadas por alta demanda, D.A.M.S.U. atenderá con recursos propios, siempre que sus condiciones económico-financieras lo permitan, las contingencias de comprobados riesgos de vida, gastos cuyo reintegro para la Institución operará al momento de normalizarse las reservas del Fondo, y con valores actualizados conforme al régimen de intereses que para tal fin disponga el Consejo Directivo.-

ARTICULO 11º: PERIODO DE CARENCIA

Los beneficiarios del sistema tendrán un periodo de carencia, a saber:

- a) Carencia para el afiliado que se adhiere al Fondo: Doce (12) meses a partir de su adhesión al Fondo Especial Solidario. Una vez cumplido el periodo de carencia, tendrá derecho a la totalidad de las prestaciones que figuran en el Anexo II.
- b) Carencia para el afiliado que se reincorpora al Sistema: 1) Cuando hubiera perdido el servicio por renuncia al mismo, la carencia será de doce (12) meses. 2) Cuando hubiera perdido el servicio por pago fuera de término, la carencia será de tres (3) meses.

Estas reincorporaciones no se permitirán cuando hayan transcurrido más de doce meses sin aportar al Fondo, correspondiendo comenzar una nueva afiliación.

- c) Cuando un titular, cualquiera sea su categoría de afiliación, no se encuentre aportando al FES y requiera servicios incluidos en dicho Fondo para un hijo a cargo, por el cual haya efectuado aportes durante más de un (1) año, estos podrán ser brindados, con la condición de que el titular solicite su incorporación al FES y comience con los respectivos aportes. La razón del presente inciso es que en la cotización por familiar se encuentra incluido el monto correspondiente al FES.
- d) No se aplicarán carencias de servicios a los hijos de afiliados genuinos y adherentes jubilados universitarios voluntarios mayores de 21 años que opten por su incorporación como adherentes extrauniversitarios, cuando no hubo interrupción, cuando hayan hecho aportes a dicho fondo como parte del grupo familiar y opten por continuar adheridos al FES.

ARTICULO 12º: NORMAS ESPECIALES

- a) Acceso al Servicio: desde el primer día hábil posterior al vencimiento de los plazos estipulados expresamente en el artículo 11º).
- b) Pérdida del Servicio: El afiliado titular, y automáticamente su grupo familiar a cargo, en casos de:
 - b.1)** Fallecimiento.
 - b.2)** Renuncia al Sistema.
 - b.3)** Falta de cumplimiento en término del pago de la cuota respectiva; en caso de descuento por planilla, siempre que la causal sea de directa responsabilidad del titular.

b.4) Por utilización indebida de los fondos recibidos destinados a los gastos que motivaron su solicitud. Este hecho deberá ser debidamente documentado por D.A.M.S.U.. Por otro lado, en caso de negativa del afiliado (y/o familiares a cargo) a presentar la documentación y/o someterse a controles médicos, se considerará su caso como utilización indebida del Fondo, previa intimación en tal sentido. El afiliado que haga un uso indebido del Fondo recibido,

aparte de ser excluido del Sistema, deberá reintegrar el dinero percibido con más su actualización e intereses.

c) Modificación del porcentaje de aportes: Por determinación del Consejo Directivo cuando la ponderación de las variaciones operadas en los valores de los servicios utilizados por el sistema, así lo aconsejen.

d) Capitalización:

d.1) Afiliados Titulares (U.N.S.J.): 1) Será condición indispensable, además de cumplir con los periodos de carencia respectivos, abonar una suma adicional equivalente al 2% durante los quince (15) primeros meses. El importe total de aporte no deberá ser inferior a la suma de dos (2) consultas médicas permanentemente actualizadas.

d.2) Afiliados Adherentes Extra universitarios: Será condición indispensable, además de cumplir con los periodos de carencia respectivos, abonar una suma adicional equivalente al de la alícuota establecida en el Art.4º) inc. c), durante los quince (15) primeros meses. El total no deberá ser inferior al mínimo establecido para los afiliados titulares.

d.3) Afiliados Adherentes Jubilados Universitarios Voluntarios: Será condición indispensable, además de cumplir con los periodos de carencia respectivos, abonar una suma adicional equivalente al 2% sobre todo haber jubilatorio que perciban, durante los quince (15) primeros meses, el monto total de aporte no deberá ser inferior al mínimo establecido como aporte para los afiliados Titulares.

El afiliado reincorporado deberá, como condición indispensable para su readmisión abonar, además del aporte normal, una suma equivalente al aporte que hubiere correspondido realizar durante el periodo que va desde la fecha en que dejó de aportar al F.E.S. y la fecha de su reincorporación. La cuota mensual y el pago de la suma adicional en este caso, deberá quedar cancelado al finalizar el periodo de carencia correspondiente, establecido en el Art. 11º) de la presente Reglamentación.

ARTICULO 13º: OBLIGACIONES Y DERECHOS DE LOS BENEFICIARIOS

a) Obligaciones:

1. Suministrar documentación, informes y elementos que sean exigibles por D.A.M.S.U. - SAN JUAN para aclarar causas, consecuencias y medios utilizados para el diagnóstico y tratamiento de la patología para la cual se requiere el servicio del Fondo.
2. Respetar las normas del presente Reglamento, como así también las modificaciones que pudiere tener.
3. Cumplir irrestrictamente con el pago en término de las cuotas del aporte que les correspondiere.
4. Destinar el dinero recibido del Fondo Solidario exclusivamente a los gastos que originen el caso que motivó su solicitud.

b) Derechos:

- 1.- Disponer para sí y para sus familiares a cargo, el goce de los beneficios del sistema cuando así lo requiera, conforme a la presente normativa.
- 2.- Solicitar ante el Consejo Directivo mediante recurso de reconsideración, toda resolución que, ante un requerimiento del Servicio, considerare no ajustada a sus derechos. La resolución del citado recurso, será inapelable.-

ARTICULO 14º: IMPLEMENTACION Y VIGENCIA DEL FONDO

Será condición imprescindible tanto para la implementación del Fondo Solidario como para su vigencia en el tiempo, que el Sistema cuente con un mínimo de adhesión del sesenta y cinco por ciento (65%) del padrón de afiliados Titulares de la D.A.M.S.U..-

ARTICULO 15°:

Si el porcentaje de adhesión fuera el establecido en el artículo 14°), el Consejo Directivo podrá contar con la expresa aceptación de los beneficiarios del sistema.

ARTICULO 16°:

Si por razones de alta demanda debidamente justificada, los fondos del sistema fueren insuficientes para el cumplimiento de sus fines, el Consejo Directivo podrá aumentar el porcentaje de aportes en forma transitoria y por el menor tiempo posible.

Si por alguna circunstancia la reserva financiera acumulada por el sistema fuera suficiente para los beneficiarios de este Fondo, el Consejo Directivo podrá disminuir sin más trámite, el canon de afiliación o aún eliminarlo por el tiempo que considere prudente.-

ARTICULO 17°:

Dado el carácter solidario del presente régimen, ante la pérdida del Servicio, según lo dispuesto en el artículo 12°) - inc. b), el afiliado o sus derechohabientes no tendrán el derecho de reclamar los aportes efectuados, los que quedarán a favor del Fondo Especial Solidario.-

ARTICULO 18°: INTERPRETACION Y ALCANCES

En caso de duda en la interpretación y alcances de la presente reglamentación, quedará a resolución del Consejo Directivo, la que tendrá el carácter de inapelable.

El Consejo Directivo podrá introducir a esta Reglamentación, las modificaciones que considere necesarias y oportunas.

ARTICULO 19°: DISOLUCION

Este Sistema de Fondo Solidario podrá disolverse cuando existan causas que impidan cumplir con el objetivo para el que fue creado o cuando el número de beneficiarios adheridos no conforme el cincuenta por ciento (50%) del total de afiliados Titulares de la Obra Social. En ese sentido, las disponibilidades, créditos y bienes, una vez canceladas las obligaciones existentes, formarán parte de los fondos de la D.A.M.S.U. - SAN JUAN para ser afectados a la financiación de programas de promoción y protección de la salud.-



ANEXO II

REGLAMENTOS ACLARATORIOS DE LOS SERVICIOS

I. PRACTICAS INCLUIDAS EN EL FES

A) INTERVENCIONES QUIRURGICAS:

- a) **CIRUGÍAS EN EL APARATO DE LA VISIÓN (Módulo)**
CIRUGÍA REFRACTIVA CON EXCIMER LASER (LASIK) – Miopía o astigmatismo puro mayor de 5 dioptrías – 2 años de aporte – 21 a 55 años
- b) **CIRUGIAS TRAUMATOLÓGICAS : (extensión de cobertura al 100%)**
 - 1) **HALLUX VALGUS PERCUTÁNEO 30% NO CUBIERTO POR DAMSU-**

B) PRACTICAS ESPECIALIZADAS EN CONVENIO CON PRESTADORES: (extensión de cobertura al 100%)

- 1) **Punción Quiste mamario, punción biopsia de Mama**
- 2) **Marcación mamaria con carbono o arpón “convencional”**
- 3) **Punción con Aguja Fina (mamaria – prostática – de tiroides)**
- 4) **Colonofibroscopía**
- 5) **Colon por enema y evacuado con control radioscopico**
- 6) **Colon por enema, evacuado doble contraste**
- 7) **Punción mamaria, punción biopsia de mama con guía ecográfica**
- 8) **Ecografía prostática transrectal con biopsia ecodirigida**
- 9) **Mapeo cerebral computarizado**
- 10) **Videonistagmografía (calóricas y optokinésicas)**
- 11) **Video oculografía**
- 12) **Electrorretinografía computarizada**
- 13) **Rinofibrolaringoscopia**
- 14) **Rinofibro Video Laringoscopia**
- 15) **Detección precoz de hipoacusia – 2 por año**

- 16) Otoemisiones acústicas
- 17) Biopsia hepática bajo control tomográfico
- 18) Punción guiada por tomografía
- 19) Yag laser o laser Argón Fotocoagulacion (capsulotomía)

C) ODONTOLOGIA

a) SERVICIO EXTERNO: (por reintegro – con control auditado por Servicio Propio de Odontología)

- 1) ORTODONCIA – Subsidio de \$ 400.- por cada caso, por única vez, según Reglamento existente. Cupo de 6 casos mensuales.
- 2) PROTESIS - según detalle de Prótesis del Servicio Propio de Odontología – Reconocimiento de \$ 200.- una anual por afiliado, a partir del último reconocimiento efectuado. Cupo anual de 300 prestaciones
- 3) IMPLANTES DENTALES - \$ 800.- por cada uno, un implante por año por afiliado, a partir del último reconocimiento efectuado. Cupo de 60 casos por año.

b) SERVICIO PROPIO. (por autorización)

- 1) PROTESIS ODONTOLOGICAS – RECONOCIMIENTO DEL 30% Todas las prótesis que se realicen en Consultorio Propio de Odontología. Placa de Relajación.

D) COBERTURA DE LA DIFERENCIA EN ELEMENTOS PROTÉSICOS y ELEMENTOS DE ÓRTESIS HASTA COMPLETAR COMO MÁXIMO EL 100% DE LO APROBADO EN PRÓTESIS NACIONAL POR DAMSU (Formulario especial) a), b), c), g) – presentación de tres presupuestos –

- a) PROTESIS E IMPLANTES INTERNOS O EXTERNOS DE TIPO PERMANENTE (EXCLUYE MIOGÉNICAS, BIOELÉCTRICAS Y ODONTOLÓGICAS) – Y 70% NO CUBIERTO POR DAMSU EN LOS ELEMENTOS DESCARTABLES NECESARIOS PARA SU FIJACION (EXCLUYE ELEMENTOS DE INMOVILIZACIÓN).
- b) DIFERENCIA EN PROTESIS EXTERNAS DE TIPO MECANICO.
- c) DIFERENCIA EN MARCAPASOS.
- d) AUDIFONOS Y SU SERVICE. (HASTA \$ 1.850.- cada uno, cada tres años).
- e) PRÓTESIS DE MAMAS - POSTERIOR MASTECTOMIA.
- f) DIFERENCIA ALENTE INTRAOCULAR FLEXIBLE EN CIRUGÍA DE CATARATA. (HASTA \$ 200.-).
- g) DIFERENCIA EN ELEMENTOS DE ORTESIS APROBADOS POR AUDITORIA MEDICA (HASTA COMPLETAR, COMO MÁXIMO EL 100% DE LO APROBADO EN PROTESIS NACIONAL POR DAMSU)
- h) LENTES MULTIFOCALAS (HASTA \$ 400.- UNA VEZ CADA DOS AÑOS A PARTIR DEL ÚLTIMO RECONOCIMIENTO EFECTUADO).
- i) BANDAS ELÁSTICAS POR VÁRICES ESOFÁGICAS, 70% NO CUBIERTO POR DAMSU.
- j) KIT DE ELEMENTOS UTILIZADOS PARA PLAQUETOFÉRESIS EN TRATAMIENTO POR LEUCEMIA, 70% NO CUBIERTO POR DAMSU.
- k)LENTE INTRAOCULAR HIPERNEGATIVA (INCLUIDAS FÁQUICAS) EN CIRUGÍAS SUPERIORES A 8 DIOPTRÍAS. POR CADA UNA: HASTA \$ 700.-
- l) DIFERENCIA HASTA COMPLETAR EL TOTAL DEL PRESUPUESTO DE MENOR VALOR EN STENT LIBERADOR DE DROGAS – SEGÚN CONSIDERACIONES Y AUTORIZACION POR DAMSU.

E) EXTENSIÓN DE COBERTURA AL 100% EN TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE, UNIDAD CORONARIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR – PRESTACIONES

F) ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA DAMSU O EXTERNAS POR REINTEGRO SEGÚN LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES:

- a) EXTENSIÓN DEL 10% EN MEDICAMENTOS EN PACIENTES AMBULATORIOS QUE OBTENDRAN ASÍ UN DESCUENTO DEL:
 - 60% DE EL CASO DE COMPRAS EN FARMACIA PROPIA,
 - 50% PARA COMPRAS EN FARMACIAS EXTERNAS (POR REINTEGRO)
 - b) EXTENSIÓN DEL 70% EN DESCARTABLES EN PACIENTES INTERNADOS
 - c) DROGAS PARA TRATAMIENTO DE INMUNODEPRESION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR VIRUS DE H.I.V. – 100% del co-pago Fcia. DAMSU
 - d) TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN SU FASE TERMINAL (medicación específica). 100% del co-pago Fcia. DAMSU
 - e) INTERFERON y RIVABIRINA O SUSTITUTO (en tratamiento de Hepatitis “C”). 100% del co-pago Fcia. DAMSU.
 - f) LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (medicación específica). 100% del co-pago Fcia. DAMSU
 - g) BOTOX : para tratamiento de secuela de espasticidad de trastornos neurológicos o cualquier otra patología que derive en dicha secuela. 100% del co-pago Fcia. DAMSU.
- G) ESCLEROSIS MÚLTIPLE O ESCLEROSIS EN PLACA (100% DE CO-PAGO DE PRESTACIONES)**
- H) DERIVACIONES PARA OPERACIONES Y PRACTICAS QUE NO SE REALIZAN EN LA PROVINCIA: (Ver pautas de autorización)**
 Se reconocerán gastos de pasajes por vía terrestre y reintegro por gastos menores para los siguientes casos:
- a) Pasaje del paciente. Podrá agregarse pasaje para un acompañante, cuando a criterio del auditor, la gravedad de la patología y circunstancias presentadas así lo requieran.
 - b) Para gastos menores, por un monto de \$49,00 por día para distancias menores de 200 km, y de \$80.00 por día para distancias mayores a 200km, hasta cinco (5) días.
- I) REHABILITACION NEUROLOGICA EN PACIENTE INTERNADO CON MONTO TOPE DE \$6.000,00-**
 Se reconocerá única y exclusivamente cuando se realice dentro de los 20 días posteriores al alta de la patología, internación en centros especializados de rehabilitación, que incluyan internación, honorarios para tratamiento neurológico, fonoaudiológico, psicológico, kinesiológico, psiquiátrico, clínico y cualquier otra interconsulta que requiera la evolución durante su recuperación, con un máximo de 30 días.
- J) EXTENSION DE COBERTURA AL 100% DE VALORES DAMSU, PARA ANÁLISIS BIOQUIMICOS NOMENCLADOS O NO EMERGENTES DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS:**
- a) TRASTORNOS DE CRECIMIENTO.
 - b) HEMOFILIA.
 - c) PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS AFECTADOS POR EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.
 - d) HEPATITIS “C”.
 - e) LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (específicos).
- Para el reconocimiento se tendrán en cuenta los valores que proporcione el Colegio de Bioquímicos. Se efectuará el trámite por autorización directa o por reintegro con la solicitud de rigor, autorizada por Dirección Médica.
- K) ALQUILER O ADQUISICIÓN DE TUTORES EXTERNOS: COBERTURA 70% EN FRACTURAS NO EXPUESTAS 100% EN CASOS DE FRACTURAS EXPUESTAS**
- L) RECONOCIMIENTO DEL 50% DE TODOS LOS CO-PAGOS QUE SE ABONEN EN DAMSU AL EFECTUAR AUTORIZACIONES DE PRACTICAS EN CONVENIO CON LOS PRESTADORES (por cancelación directa en el momento de la autorización). EXCLUYE, PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS INCLUIDAS EN EL PUNTO C, CONSULTAS, PRESTACIONES NO INCLUIDAS EN CONVENIO Y RECIPROCIDAD.**

II. PAUTAS PARA AUTORIZACIÓN

II.A) PAUTAS PARA AUTORIZACION DE QUERATOPLASTÍAS

- Con dos (2) años de aporte al sistema.
- Se acepta miopía sola o miopía y astigmatismo
- La magnitud del vicio de refracción en la miopía o astigmatismo puro deberá ser de 5 o más dioptrías
- Debe efectuarse topografía corneal en forma previa, que no se incluye en el reconocimiento
- Se autorizarán en edades comprendidas entre 21 y 55 años
- A los efectos del turno debe presentar certificado del médico tratante escrito en forma clara y con la identificación del afiliado, donde conste:
 - Diagnóstico preciso
 - Medios por los que se llegó al mismo
 - Tratamiento propuesto
 - Riesgos y beneficios del mismo
 - Posibles complicaciones
 - Posibles reintervenciones e indicaciones
- No se reconocerán retoques posteriores.
- Para las patologías operadas, no se efectuarán posteriores reconocimiento de cristales.

II.B) PAUTAS PARA EL RECONOCIMIENTO DE ELEMENTOS PROTÉSICOS

- Esta prestación será brindada conformando formulario específico.
- Se incluyen en este ítem hasta el 100% de reconocimiento del valor cotizado en la prótesis nacional que cubra DAMSU, para las prótesis e implantes internos o externos de tipo permanente, las prótesis externas de tipo mecánico y las ortesis dirigidas a corregir o sustituir una función del cuerpo, cuando a consideración del Auditor/Director Médico, sea necesaria la autorización de prótesis no nacional. También se incluye el 70% no cubierto por DAMSU en los elementos descartables necesarios para su fijación (excluidos elementos de inmovilización). Quedan excluidas las denominadas miogénicas o bioeléctricas, como así también las odontológicas en razón de encontrarse ya incluidas en el Item C del Anexo II.
- El Médico Auditor será el responsable de las autorizaciones de los elementos.
- Será condición, la presentación de prescripción médica y tres presupuestos en sobre cerrado, autorizándose el de menor valor, que se ajuste a lo prescripto por el Médico tratante.
- A la presentación de la factura, el proveedor deberá adjuntar la aprobación del profesional respecto del elemento provisto.

- En todos los casos de elementos protésicos, el médico deberá especificar tipo, medidas o particularidades del elemento solicitado, no pudiéndolo hacer por marcas.
- Para el caso de Audífonos se realizará cada tres años, en este caso el monto tope a erogar por FES será de hasta \$ 1.850.- por audífono. El trámite en este ítem deberá registrarse por el correspondiente Reglamento de audífonos dictado en la pertinente resolución de DAMSU.
- El monto tope a reconocer por Lente Intraocular Flexible en cirugía de catarata operará por reintegro hasta un monto de \$ 150.-, como diferencia con el lente rígido incluido en módulo de catarata. Se adjuntará además de la factura de pago, el correspondiente comprobante de implante.

II.C) PAUTAS PARA EL RECONOCIMIENTO DE PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS

Servicio Propio

Control a cargo de Auditoría Servicio Propio de Odontología. Se realizará por cancelación directa interna en el Sistema, en el momento de la autorización, con el 30% de reconocimiento. Se incluyen: Prótesis Fijas: Incrustaciones Cavity Simple - Prótesis Fijas: Incrustaciones Cavity Compuesta - Corona estampadas - Corona Colada - Corona Veener (acrílico) - Prótesis Fija: Pivot – Acrílico - Corona Veener (porcelana) - Perno Muñon Simple - Perno Muñon Seccionado - Tramo de pte. Fantoma - Corona de acrílico en lab. - Elemento provisorio de lab. - Corona Porcelana – Aitches - Merylan Standar - Incrustación a perno - Pivot de Porcelana - Tramo de pte. Porcelana - Fantomas Provisorio en Laboratorio - Prot. parcial de acrílico (hasta 2 ele.) - Prot. parcial de acrílico (hasta 4 ele.) - Prot. parcial de acrílico (hasta 6 ele.) - Prot. parcial de acrílico (hasta 8 ele.) - Prot. parcial de acrílico (hasta 10 ele.) - Prot. parcial de cromo (hasta 2 ele.) - Prot. parcial de cromo (hasta 4 ele.) - Prot. parcial de cromo (hasta 6 ele.) - Prot. parcial de cromo (hasta 8 ele.) - Prot. parcial de cromo (hasta 10 ele.) - Prot. Parcial Inmediata s/ Número de Dientes - Prótesis Completa Acrílico Sup.14 ele. - Prótesis Completa Acrílico Inf.14 ele. - Placa de Relajación - Agregado de elemento Sub-Siguiente - Compostura Simple y Compuesta - Compostura c/Agregado de un Diente - Compostura c/Agregado de un Retenedor - Compostura c/Refuerzo Metálico - Soldar Retención en Prótesis de Cromo - Carilla de Acrílico - Rebasado de Prótesis Completa (c/u) - Rebasado de Prótesis Parcial (c/u) - Cubeta de Acrílico - Cubeta de Placa Base - Remontas de Dientes (s/Elementos)

No se incluyen los implantes en razón de tener su propio reconocimiento.

II.D) PAUTAS PARA EL RECONOCIMIENTO DE PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS, ORTODONCIA E IMPLANTES

Servicio Externo

Se realizará por reintegro con la presentación de formulario específico, copia de ficha odontológica debidamente auditada por el servicio propio (pre y post prestación) y factura oficial. Se reconocerán trabajos dentro o fuera de la provincia, según las siguientes consideraciones:

Prótesis:

Reconocimiento de prótesis fijas o removibles, según detalle de Nomenclador en Servicio Propio.

No se incluye en este ítem los implantes en razón de tener su propio y único reconocimiento ya contemplado.

Valor a reintegrar \$ 100.- por cada una, una anual por afiliado, tomando como referencia la última prótesis realizada. Cupo de 300 prestaciones al año.

El afiliado retirará la ficha odontológica común del Servicio Externo donde el profesional especificará el elemento a tratar, adjuntando la radiografía. Con dicha documentación, el paciente a ser tratado será auditado por el Servicio Odontológico Propio, que pre-autorizará la prestación.

Una vez realizado el trabajo el paciente deberá presentar nuevamente la ficha con la radiografía post tratamiento para su segunda auditoría en Servicio Odontológico Propio.

Autorizada la prestación podrá iniciar el trámite de reintegro propiamente dicho.

Implantes Dentales:

El reconocimiento incluye cirugía, rellenos óseos e implante propiamente dicho hasta el tornillo de cierre, excluyéndose la "carga" de la prótesis.

Valor a reintegrar \$ 600.- por cada implante, uno anual por afiliado, tomando como referencia el último implante reconocido. Cupo de 60 prestaciones al año.

El afiliado retirará la ficha odontológica común del Servicio Externo donde el profesional que realiza la práctica especificará el elemento a tratar debidamente firmado y sellado, adjuntando la radiografía previa del sitio del implante. Con dicha documentación, el paciente a ser tratado será auditado por el Servicio Odontológico Propio, que pre-autorizará la prestación. Una vez realizado el trabajo el paciente deberá presentar nuevamente la ficha con la radiografía post implante para su segunda auditoría en Servicio Odontológico Propio. Autorizada la prestación podrá iniciar el trámite de reintegro propiamente dicho.

Ortodoncia:

El reconocimiento, se adiciona al ya existente en DAMSU, por lo cuál seguirá las mismas consideraciones y reglas establecidas, agregándose un monto de \$ 200.- por FES, con un cupo de 6 casos mensuales.

II.E) PAUTAS PARA EL RECONOCIMIENTO DEL 50 O 100% DEL CO-PAGO QUE SE ABONE EN DAMSU, AL EFECTUAR AUTORIZACIONES DE PRÁCTICAS EN CONVENIO CON LOS PRESTADORES.

Se excluyen consultas y prestaciones no incluidas en convenios, así como las odontológicas contempladas en el punto C.

Se realizará por cancelación directa interna en el Sistema en el momento de la autorización. Ya sean prestaciones como servicio propio de odontología.

En el caso de reciprocidad, en la autorización previa el auditor deberá dejar consignado si las prestaciones emergentes serán consideradas con FES, pero los valores de la prestaciones serán los de DAMSU-SAN JUAN.

II.F) PAUTAS PARA RECONOCIMIENTO DE CO-PAGOS DESCARTABLES EN INTERNACIONES hasta completar el 100% de cobertura

Reconocimiento del 70% no cubierto por DAMSU, en descartables durante internación. Cancelación directa por sistema en Farmacia DAMSU.

- No habrá reconocimiento si la compra se efectúa en farmacias externas o por reciprocidad, salvo en los casos que a criterio de Auditoría Médica deban ser considerados dadas las características o circunstancias de las prácticas. En el caso de reciprocidad, en la autorización previa el auditor deberá dejar consignado si las prestaciones emergentes serán consideradas con FES, pero los valores de la prestaciones serán los de DAMSU-SAN JUAN.
- Se incluyen por reintegro, con la presentación de formulario específico y factura oficial a los elementos que deban ser proporcionados directamente por el profesional, como ANSA –en el caso de cirugía de próstata-

II.G) PAUTAS PARA EL RECONOCIMIENTO DE PASAJES Y GASTOS MENORES

- Todo paciente que sea derivado deberá presentar de su médico tratante o de cabecera, historia clínica fundamentando el porqué de la misma.

- Cuando la patología sea grave y no pueda ser resuelta en nuestro medio, se le otorgarán pasajes vía terrestre ida y vuelta para el paciente. Pero si el estado del paciente no lo permite, o el traslado por dicha vía puede empeorar dicho cuadro y correr riesgo la vida del mismo, se le reconocerán pasajes vía aérea.

- Cuando Auditoria Médica lo considere pertinente, ya sea por la patología o por la edad del paciente, se agregará pasaje para el acompañante.
- El reintegro de gastos se establece para el paciente y a efectos de contribuir en los gastos menores, por día de permanencia en el lugar de derivación, con un máximo 5 (cinco) días.
- Cuando el o la paciente es derivado para una interconsulta deberá adjuntar por Fax la fecha que tiene dicha consulta.
- Cuando el o la paciente decide por cuenta propia o es derivado por un facultativo para la realización de intervención quirúrgica que puede ser realizada en nuestro medio como por ejemplo Cirugía Cardíaca, Oculares o de Columna etc. no habrá reconocimiento de pasajes ni gastos.
- Cuando el o la paciente realizó su intervención quirúrgica fuera de la provincia, los controles posteriores no tendrán reconocimiento de pasajes, ni gastos. Quedan excluidos los pacientes en pre o post trasplante.
- Cuando el o la paciente decide el seguimiento de su patología por un profesional fuera de la provincia, y que la misma pueda ser tratada en nuestro medio como por ejemplo Hepatitis C, Oncología, etc. no habrá reconocimiento de pasajes ni gastos.
- El afiliado queda obligado a presentar comprobantes de atención y caso contrario le será reclamada la devolución de los importes.
- Para el caso de derivaciones por tratamiento oncológico para radioterapia, al presentar el plan de sesiones se efectuará el reconocimiento de pasajes. Los gastos serán liquidados según el tope de día - gasto que establezca Auditoria o Dirección Médica.
- Los traslados fuera de la provincia por controles pre-trasplantes se reconocerán con la intervención del Auditor Médico. La cobertura abarcará dos pasajes ida y vuelta terrestres a valores Standard, sujeto a auditoria y tres días para gastos menores para dos personas. Si la permanencia supera los tres días, se reconocerán hasta dos días más (que completan los hasta cinco establecidos), solo para una persona. En caso de afiliados con Certificado de Discapacidad, para el reconocimiento de pasajes, se requiere acreditación de rechazo de la petición correspondiente a empresas de transporte. (Res. 46/07 C.D.)

II.H) PAUTAS PARA EL RECONOCIMIENTO DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA DAMSU O EXTERNAS:

- Respecto de la extensión del 10% en medicamentos en pacientes ambulatorios, está referido a aquellos medicamentos que en Farmacia DAMSU obtienen un 50% de reconocimiento, extendiendo el reconocimiento al 60%.
- En cuanto a los medicamentos que obtienen por reintegro un reconocimiento del 40%, el mismo tendrá una extensión del 10%, obteniendo así el 50% de reconocimiento.
- Para acceder al reconocimiento total del co-pago en las otras patologías que se mencionan, el afiliado deberá solicitarlo por nota, la cuál será evaluada previamente por el Cuerpo de Auditores de DAMSU.

II.I) PAUTAS DE FUNCIONAMIENTO ADMINISTRATIVO DEL FONDO

Al requerir el afiliado cualquier tipo de autorización de prestación incluida en el Anexo, obtendrá el descuento automático del FES en el co-pago de las prácticas contempladas, el que podrá ser parcial o total, recibiendo el comprobante que discriminará lo que FES le ha cubierto.

Esta forma de presentación está referida a los co-pagos de prestaciones, farmacia y odontología (Servicio Propio y Servicio Externo – excepto en los ítems especificados en el punto C).

La alternativa de reconocimiento posterior al gasto se hará por reintegro, contra presentación de los comprobantes especificados ya que en algunos casos deberá realizar pasos previos según sea la prestación que requiera, por ejemplo odontología cuyo control por parte de auditoría es pre y post prestación, con radiografías etc. y existen cupos, tanto en lo general (cantidad de prestaciones anuales o mensuales), como en lo particular (por afiliado).

Para el caso de provisión directa por casa de Comercio o del profesional, se hará por autorización de presupuesto, si así lo permite el proveedor, sino se realizará también por reintegro.

Para gastos de pasajes, podrá efectuarse por entrega de pasajes (Dpto. Turismo) o entrega del monto. Para el reconocimiento de gastos menores se hará por reintegro hasta \$ 49 u 80 \$ por cada día, según lo establecido en Punto H b) del Anexo II y teniendo en cuenta las pautas establecidas.