

SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

guía de prestaciones



CAJA DE SEGURIDAD
SOCIAL para ESCRIBANOS
de la Provincia de Buenos Aires

Desde el 31 de marzo de 1943, nuestra por aquel entonces Caja de Previsión, hoy Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires, ha acercado a sus beneficiarios la actualización de sus prestaciones referidas a la atención de la salud, enmarcadas todas en el cumplimiento de las políticas trazadas desde los principios basales.

Debemos reconocer, ante quienes forman parte de la familia notarial, a los que trazaron esas líneas conductoras sobre las que se asienta nuestro sistema de salud y a los que continuaron inquebrantablemente esos principios rectores, a veces contra viento y marea. Tal vez resulte redundante, pero nunca injusto.

Se entenderán mejor las razones que sostienen lo que aquí se expresa al observar la bondad surgida de la existencia de un "sistema" caracterizado por la igualdad (de la que todos gozan por el hecho de ser beneficiarios) y por la solidaridad (entendida como el valor humano indispensable para la coherencia y la unión del conjunto comunitario). A las cualidades resaltadas, corresponde agregar el carácter de abierto que entrecruza nuestro sistema. Esta libertad es una virtud que permite al beneficiario holgura en la elección de prestadores, desde el siempre apreciado médico u odontólogo de familia, hasta el más encumbrado establecimiento de especialización. En tal sentido, la gestión ha estructurado nuestro sistema sobre la base de tres formas generales de cobertura: por convenio, por reintegro y mixta.

La gestión en nuestro sistema de atención de la salud estuvo desde sus inicios imbuida por una política de carácter universal y de probada respuesta económica, para lo cual contó con la totalidad del recurso disponible en todo momento, evitando el dispendio estéril y logrando su máximo aprovechamiento, sin caer en peligrosos retaceos. Primaron, también, la puntualidad y la excelencia, requeridas siempre y con carácter de imprescindibles ante la demanda del beneficiario.

Esta política trazada hace más de setenta años por los anhelos de nuestros admirados fundadores, hoy se mantiene vigente, con la mirada puesta en el futuro y orientada siempre a mejorar la cantidad y calidad de las prestaciones. Por ello, en los últimos años se han llevado adelante acciones tendientes a incrementar la oferta de convenios odontológicos en toda la provincia de Buenos Aires, facilitando el acceso a estas prestaciones, cubiertas tradicionalmente por la vía del reintegro de gastos.

Asimismo, en referencia a los topes que se utilizan a la hora de reintegrar los gastos en atención de la salud, tanto en odontología como en medicina en general, se instrumentó un mecanismo de actualización periódica y automática de los mismos, a fin de asegurar que los pedidos de reintegros sean liquidados utilizando montos que representen razonablemente la actualidad del mercado.

La totalidad de la información necesaria para hacer un uso óptimo de los beneficios que brinda nuestro sistema de atención de la salud, se encuentran explicitadas en esta Guía de Prestaciones la que, presentada en un formato de “pestañas”, le facilitará un rápido acceso al contenido buscado.

Año 2022

ÍNDICE

1- ATENCIÓN AL BENEFICIARIO

0810 Servicio de asistencia telefónica
0800 Atención en Sede Central
Encuesta de satisfacción

2- SITIO INSTITUCIONAL

Traslados / Emergencias / Urgencias
Convenios
Reintegros
Afiliações
Medicamentos
Odontología
Asistencia al viajero
Reglamento de subsidios
Encuesta de satisfacción
Webmail - @colescba
Descargas

3- URGENCIAS

Pasos a seguir ante una emergencia
Servicios de ambulancias

4- ASISTENCIA AL VIAJERO

Cobertura en el país y en el resto del mundo
Coseguro
Teléfonos de asistencia

5- AFILIACIONES

Grupo familiar. Requisitos y condiciones para su afiliación
Deudas con la Caja de Seguridad Social
Obligación de informar
Afiliações transitorias
Baja de beneficiarios

6- PLAN MATERNO INFANTIL (PMI)

1. Beneficios
2. Requisitos y condiciones
3. Acceso a la cobertura
4. Sustitutos lácteos

7- MEDICAMENTOS

Sistemas de coberturas

1. Compra de medicamentos con descuento en farmacia. Convenio
 2. Compra de medicamentos. Cobertura por reintegro
 3. Compra de medicamentos utilizando el sistema de la Caja como coseguro. Cobertura mixta
- Compra de medicamentos en el Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires

8- ODONTOLOGÍA

1. Prácticas odontológicas. Cobertura por reintegro de gastos
2. Normas sobre reintegros de implantes
3. Normas sobre prácticas ortodóncicas
4. Valores tope de reintegro

Convenios con entidades odontológicas

<https://www.colescba.org.ar/portal/caja-seguridad-social/salud/odontologia>

9- SISTEMA PRESTACIONAL

1. Vía convenio
2. Vía reintegro
3. Vía mixta

Listado de prestadores

<https://www.colescba.org.ar/www/pages/salud/convenios/indexPrestadores.jsf>



1 ATENCIÓN AL BENEFICIARIO

0810 SERVICIO DE ASISTENCIA TELEFÓNICA

La Caja cuenta con un servicio de asistencia telefónica que brinda información al beneficiario las 24 horas del día y los 365 días del año.

A este servicio se accederá a través del número telefónico 0810-333-CAJA (2252), donde será atendido por personal idóneo y capacitado en temas de atención de la salud.

Al momento de ser atendido se le requerirá el número de beneficiario y se verificará en el padrón su regularidad en el sistema.

Llamando al 0810-333-CAJA (2252) podrá obtener los siguientes servicios:

- Gestión de traslados programados
- Dirección y teléfono de los prestadores en la zona de su residencia y el tipo de convenio que los une con la Caja.
- Teléfonos de las empresas de traslados, urgencias y emergencias (ambulancias) con cobertura en la zona de su residencia.
- Detalle de las prácticas médicas que requieren autorización previa.
- Toda información del sistema que sea relevante en un caso de urgencia médica.
- Teléfonos de contacto de los departamentos administrativos de la Caja.

Este servicio se encarga además de gestionar las derivaciones e internaciones de urgencia, a solicitud de las empresas de ambulancias y prestadores.

Muy importante

Este centro de atención telefónica no es un servicio de ambulancias, de modo que ante la necesidad de asistencia en domicilio programada o de urgencia deberá comunicarse con las empresas destinadas a tal fin que figuran publicadas en la pestaña 3 de esta Guía.

0800 ATENCIÓN EN SEDE CENTRAL

Nuestra Caja de Seguridad Social desarrolló, en la planta baja de la Sede Central del Colegio, un área de atención a los beneficiarios en la que funciona una

Mesa de Entradas y de Ayuda del Área de Atención de la Salud. Allí encontrará personal capacitado para atender todo tipo de consulta y asesoramiento sobre cuál es el mejor uso que puede hacer del sistema.

Por ella se inician todos los trámites referidos a salud y será atendido de forma personal o telefónica.

Servicio de atención telefónica:

- 0800-222-3511 (Disponible de lunes a viernes en el horario de 8 a 15 hs.)
- WhatsApp: +54 9 221 350-0884

Una manera práctica de contactarse con su Caja es a través del correo electrónico. Escribiendo a mesalud@colescba.org.ar (para el envío de documentación a la hora de solicitar reintegros) o bien a afiliados@colescba.org.ar (para cuestiones relacionadas a afiliaciones) usted podrá solicitar todo tipo de información referida al sistema de atención de la salud o formular las observaciones o sugerencias que estime necesarias.

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Cada vez que reciba atención médica en alguna de las instituciones de salud que tengan convenio con la Caja recibirá, vía correo electrónico o postal si no tuviera registrada una cuenta de e-mail en el Colegio, una encuesta tendiente a medir su grado de satisfacción, la que nos permitirá con su respuesta evaluar y mejorar la calidad del servicio brindado a nuestros beneficiarios. A tal fin dispone actualmente de dos maneras de acercarnos su opinión:

1. Ingresando directamente al sector correspondiente dentro del sitio institucional, a través del enlace inserto en el correo electrónico recibido.
2. Enviando por correo postal la encuesta recibida por la misma vía si usted no tiene una cuenta de correo electrónico registrada, o la impresión de la encuesta recibida por correo electrónico.

De este modo, esperamos mejorar aún más la atención que se brinda desde nuestra Caja, área de alta sensibilidad por los temas que en ella se tratan.



2

SITIO INSTITUCIONAL

La Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires cuenta con un renovado sitio institucional <https://www.colescba.org.ar/portal/caja-seguridad-social>, que pone a disposición de sus beneficiarios toda la información de utilidad al momento de hacer uso del Sistema de Atención de la Salud.

TRASLADOS / EMERGENCIAS / URGENCIAS

En este apartado encontrará ordenado por Delegación, las empresas de emergencias convenidas.

CONVENIOS, el beneficiario podrá consultar:

- Prestadores por localidad y el tipo de convenio que lo une con la Caja.
- Prácticas que requieren autorización y las vías de acceso para solicitarla,
- Instituciones en convenio para realizarse chequeos médicos 100% a cargo de la Caja,
- Centros de Vacunación.

REINTEGROS, podrá visualizar los requisitos y condiciones para presentar reintegros, consultar el estado de los trámites del grupo familiar, los valores topes vigentes y descargar todos los formularios esenciales para la gestión de cualquier reintegro.

AFILIACIONES, en este apartado, el beneficiario dispone de un resumen de la información más relevante que le será de utilidad al momento de realizar gestiones relacionadas con el ingreso o salida del sistema, tanto propias como de su grupo familiar, como por ejemplo las condiciones y requisitos para la incorporación de hijos menores, mayores, cónyuges, convivientes, etc. Podrá acceder a la información que deberá tener en cuenta para los casos de afiliaciones transitorias y descargar el formulario para presentación de la declaración jurada anual obligatoria, destinada a aquellos beneficiarios con hijos mayores de 21 años incorporados.

MEDICAMENTOS, dispone de un buscador de farmacias por Delegación y Localidad, actualizado mensualmente.

Encontrará en este capítulo, una descripción completa de la cobertura que el Sistema de Atención de la Salud tiene previsto para el consumo de medicamentos por parte de los beneficiarios, cualquiera sea la vía que elija:

- Reintegro de gastos
- Convenio con el Colegio de Farmacéuticos
- Utilización del sistema de Reintegros como Coseguro (vía mixta)

El recetario para la prescripción de medicamentos de la Caja podrá ser descargado de este sitio.

ODONTOLOGÍA, cuenta con un listado actualizado de prestadores odontológicos con cobertura del 100% a cargo de la Caja, además del listado de círculos y asociaciones de profesionales odontológicos, ordenados por Delegación.

Podrá consultar toques de reintegros, normas y condiciones para realizar tratamientos de la especialidad.

ASISTENCIA AL VIAJERO, condiciones generales, medios de contacto y toda la información relativa a los alcances, límites, requisitos y montos toques de este beneficio.

REGLAMENTO DE SUBSIDIOS, tiene disponible el texto completo del reglamento de prestaciones asistenciales, subsidios por maternidad, nacimiento, incapacidad, nupcialidad, fallecimiento, adopción, filiación por adopción, celiarquía y jubilación de la ley 6983 modificada por la ley 12.172.

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN, nos interesa su opinión y elaboramos las encuestas de satisfacción con el fin de ofrecer cada día mayores beneficios. Las mismas son enviadas a partir de la utilización por parte suya de los servicios que brindan los prestadores que tienen convenio con la Caja, las que podrán ser consultadas y respondidas directamente en el sitio web.

WEBMAIL, el esperado proceso de despapelización dio paso a una serie de transformaciones en las comunicaciones institucionales, lo que se reflejó en la

creación de la casilla **@colescba**, donde el Notario recibirá toda la información necesaria, como ser Circulares del SOIN, avisos de reintegros, disponibilidad de chequeras, encuestas, y demás notificaciones y recomendaciones. Sin perjuicio de tener disponible esta casilla de correo electrónico, si usted tuviera una casilla alternativa personal declarada, se le continuará enviando toda la información a ambas cuentas, tanto institucional como personal.

DESCARGAS, ruta para la descarga de los formularios requeridos por La Caja:

Desde *Salud / Descarga de formularios*, podrá obtener:

- Ficha de tratamiento de psicología
- Actualización de historia clínica
- Recetario para medicamentos
- Formulario para reintegros odontológicos
- DDJJ anual hijos mayores a cargo.
- Nota continuidad hijos mayores de 21 a cargo.
- Descarga de chequeras de afiliación adherente y facturas mensuales (desde el acceso restringido)



3

URGENCIAS

PASOS A SEGUIR ANTE UNA EMERGENCIA

En caso de enfrentar una emergencia, usted deberá en **primera instancia** solicitar asistencia a cualquiera de los servicios de ambulancias convenidos que tengan cobertura en el área de su residencia, los que figuran detallados más abajo.

SERVICIOS DE AMBULANCIAS

En todos los casos, el Coseguro de visitas domiciliarias queda a cargo del beneficiario, no pudiendo ser reintegrable. Para saber el monto vigente de cada empresa de emergencias, consulte la página web.

Azul

- VITTAL: 0810-333-8888. Incluye Azul.

Bahía Blanca

- POLICOOP: (02983) 431222 / 608080 / 410777

Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires

- EMERGENCIAS S.A.: 0800-888-7654
- VITTAL: 0810-333-8888 / (011) 4805-4545 / 4555
- ECCO: (011) 888-3226

La Plata, Berisso y Ensenada

- EMERGENCIAS S.A.: 0800-888-7654
- VITTAL: 0810-333-8888
- UDEC: Teléfono 439-3434

Lomas de Zamora

- ECCO: (011) 888-3226 - Incluye Avellaneda, Lanús, La Matanza (zona este), Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Almirante Brown, Esteban Etcheverría, Ezeiza, San Vicente, Presidente Perón.
- Emergencias SA: 0800-888-7654 - Incluye Almirante Brown, Avellaneda,

Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora, Presidente Perón, Quilmes y San Vicente.

- VITTAL: 0810-333-8888 - Incluye Lomas de Zamora, Berazategui, Avellaneda, Cañuelas, Esteban Etcheverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lanús, Presidente Perón, Quilmes, San Vicente.

Mar del Plata

- VITTAL: 0810-333-8888

Mercedes

- ECCO: (011) 888-3226 Incluye General Rodríguez
- VITTAL: 0810-333-8888 Incluye Mercedes, General Rodríguez, Luján.

Morón

- ECCO: (011) 888-3226 - Incluye Morón, Moreno, Merlo, Hurlingham, La Matanza (zona oeste), José C. Paz, San Miguel, Malvinas Argentinas, Marcos Paz.
- VITTAL: 0810-333-8888 - Incluye Morón, General Sarmiento, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Las Heras, Malvinas Argentinas, Marcos Paz, Merlo, Moreno, San Miguel.
- EMERGENCIAS S.A.: 0800-888-7654 - Incluye Hurlingham, Ituzaingó, José C Paz, La Matanza, Malvinas Argentinas, Marcos Paz, Merlo, Moreno, Morón, y San Miguel.
- +VIDA: 0810-444-8432 - San Miguel.

Necochea

- USINA POPULAR NECOCHEA: (02262) 43-5522

San Isidro

- EMERGENCIAS S.A.: 0800-888-7654 -Incluye San Fernando; San Isidro; Tigre y Vicente López
- ECCO: (011) 888-3226 - Incluye San Isidro, Vicente López, Tigre, San Fernando.
- VITTAL: 0810-333-8888 - Incluye San Isidro, Vicente López, Tigre, San Fernando.
- +VIDA: 0810-444-8432 - Incluye: San Fernando, Martínez, Olivos, Nordelta, San Isidro.

San Martín

- ECCO: (011) 888-3226 - Incluye San Martín, Escobar, Pilar.

- VITTAL: 0810-333-8888 - Incluye Campana, Escobar, Exaltación de la Cruz, General San Martín, Pilar, Tres de Febrero, Zárate.
- EMERGENCIAS S.A.: 0800-888-7654 - Incluye Campana, Escobar, Gral San Martín, Pilar y Tres de Febrero.
- +VIDA: 0810-444-8432 - Incluye: Delviso, Ing. Maschwitz, Pilar, Caseros, San Martín, Campana.

Posteriormente, y si fuera necesaria la gestión de un traslado, derivación o internación de urgencia, deberá solicitarla al servicio de asistencia telefónica llamando al **0810 -333 - CAJA (2252)**.

A cualquier hora del día y en cualquier día del año, usted podrá solicitar asistencia en las instituciones de salud que tengan convenio con esta Caja.

Como único requisito deberá exhibir la credencial de beneficiario acompañada de su documento de identidad. En caso de ser beneficiario adherente deberá contar además con el recibo de pago del mes en curso.

En el último capítulo de esta guía de prestaciones encontrará, ordenado por Delegación y dentro de la misma por ciudad, la nómina completa de los centros de salud con los que la Caja tiene convenio de prestaciones.

Cualquier trámite administrativo o autorización derivado de la intervención que usted requiera, fuera del horario administrativo de la Caja, será gestionado por el prestador ante esta Institución el primer día hábil siguiente y de ninguna manera podrá impedir que sea atendido ante una emergencia.



4

ASISTENCIA AL VIAJERO

COBERTURA EN EL PAÍS Y EN EL RESTO DEL MUNDO

Los beneficiarios de la Caja cuentan con una amplia cobertura de asistencia en viaje en todo el territorio de la República Argentina y el mundo.

Los servicios asistenciales incluidos, serán prestados por la empresa Universal Assistance SA en la República Argentina **a partir de los 100 Km** del domicilio declarado por el titular y en el resto del mundo, por períodos de viaje que no superen los 60 días corridos.

A los efectos de considerar su domicilio, se tomará en primer término el declarado por usted como domicilio particular ante el Departamento Administrativo del Colegio. De no haber denunciado domicilio particular, se tomará el domicilio declarado de la escribanía. Finalmente, el domicilio del titular será extensivo a todo el grupo familiar incorporado al sistema de Atención de la Salud.

La cobertura es de amplio alcance e incluye entre otros servicios, atención en consultorios, internaciones clínicas y quirúrgicas, medicamentos, prestaciones odontológicas, traslados sanitarios, gastos de hotel y traslado de familiares por enfermedad o accidente del beneficiario titular, provisión al beneficiario de pasaje de regreso ante enfermedad o accidente que le imposibilite el retorno con las condiciones del pasaje originalmente adquirido, asistencia legal, acompañamiento de menores de 15 años o de beneficiarios mayores de 80 años, asistencia para la localización de equipaje e indemnización por la pérdida en países limítrofes, transmisión de mensajes urgentes, repatriación de restos.

Contacto

Universal Assistance: 0800-222-1939 / clientes@ua.com.ar

Importante

Antes de emprender un viaje se recomienda:

- Registrar el viaje y emitir el comprobante de cobertura ingresando a <https://www.colescba.org.ar/www/static/caja/asistenciaViajero.jsf>
- Tomar conocimiento de los alcances, límites y montos tope de la cobertura de este servicio, los cuales podrán ser consultados en el sitio web de la Caja ingresando a <https://www.colescba.org.ar/portal/caja-seguridad-social/turismo/asistencia-al-viajero>

La asistencia solo regirá para accidentes y/o enfermedades repentinas y agudas contraídas con posterioridad a la fecha de salida. Quedan expresamente excluidas todas las dolencias crónicas y/o preexistentes, sus consecuencias y agudizaciones como así también los estados de embarazo posteriores al sexto mes.

Los servicios asistenciales **deberán ser, en todos los casos**, solicitados a Universal Assistance por los medios de contacto detallados al final de este capítulo, los que también podrán ser encontrados en el sitio web de la Caja y en la credencial oportunamente distribuida a todos los beneficiarios.

Siempre, para acceder a los beneficios de la cobertura, el beneficiario deberá obtener previamente la autorización de Universal Assistance a través de cualquiera de sus centrales operativas, con las que deberá tomar contacto antes de optar por cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto.

Viajes a Europa

En aquellos casos en que el escribano en actividad o jubilado emprenda un viaje con destino a algún país europeo que integre el acuerdo de Schengen, no será necesario contratar la extensión de la cobertura, por cuanto la ampliación requerida ya se encuentra incluida en el seguro que ofrece la Caja. El **certificado de cobertura** lo podrá solicitar llamando al 0810-333-7244.

Aquellos beneficiarios que no cuenten con el beneficio detallado en el párrafo anterior (grupo familiar, pensionados), podrán contratarlo con la empresa Universal Assistance S.A., con un descuento especial, llamando al teléfono de venta directa para la ampliación de la cobertura 0800 222 1939.

Deudas con la Caja

En cumplimiento del artículo 14 del Reglamento de Prestaciones Asistenciales y Subsidios, será requisito indispensable estar al día en el pago de los aportes y no tener deudas con la Caja derivadas del uso indebido del sistema, situación que será verificada por la empresa prestadora al momento de solicitar la cobertura de este servicio.

COSEGURO

Y recuerde que continúa vigente el sistema de reintegro, para los gastos en atención de la salud que no fueran cubiertos por Universal Assistance, con las condiciones, alcances y topes que establezca el Consejo Directivo.

TELÉFONOS DE ASISTENCIA

Servicio sujeto a condiciones generales

Desde Argentina 0800-999-6400	Brasil 0800-761-9154
España 900-995-476	USA 1866-994-6851
Cuba 07-866-8527	Chile 18880-020-0668
Uruguay 000-405-4085	China 4001-202-317
Reino Unido 0808-101-2747	Costa Rica 0800-054-2044
México 01800-123-3363	Perú 0800-54-248
Colombia 01800-182-6422	Israel 1809-455-511
Italia 800-874-447	Francia 0800-912-831
Portugal 800-854-006	Bolivia 800-100-717
Paraguay 009800-542-0051	Japón 0053-153-002
Venezuela 0800-100-5640	Australia 1800-339-364
Dominicana 1800-751-3457	

Desde el resto del mundo por cobro revertido (solicitándolo a la operadora local) o en forma directa al:

+54 11 4323-7777

de los números arriba indicados, llame desde el exterior al:

+54 11 4323-7777 / +54 11 5330-6190

o bien desde la Argentina al:

+54 11 5330-6190

Fax: **+54 11 4323-7788**

e-mail: **asistencias@ua.com.ar**

asistencias@travel-ace.com

Nota: el símbolo + significa que deberá marcar el prefijo o código internacional de salida del país en que se encuentra.



5 AFILIACIONES

Incorporaciones - Requisitos y condiciones para la afiliación de integrantes del grupo familiar / Hijos - Cónyuge - Conviviente - Menores en guarda - Nietos / Recién nacido - Situaciones especiales / Fecha de alta/ Deudas con la Caja / Obligaciones de informar / Afiliaciones transitorias - Cese - Suspensiones y licencias / Bajas - Causales

GRUPO FAMILIAR

Incorporaciones - Requisitos y condiciones para su afiliación

A continuación detallaremos los requisitos a cumplimentar por el Beneficiario titular, al momento de solicitar la incorporación de los integrantes de su grupo familiar al Sistema de Salud de la Caja, de acuerdo al Reglamento de Prestaciones Asistenciales y Subsidios y las resoluciones que lo complementan.

Hijos hasta los 21 años de edad

- Nota solicitando la incorporación
- Original o copia certificada de partida de nacimiento y DNI.

Subsidio complementario: a solicitud del Beneficiario titular, podrán ingresar al sistema o permanecer después de cumplidos los 21 años de edad (según sea el caso) en las mismas condiciones que los menores de 21 años, los hijos reconocidos por la Caja como incapaces. A este efecto, la Caja dispondrá una Junta Médica y solicitará los elementos que considere necesario a fin de constatar la presencia de la discapacidad denunciada.

Hijos a partir de los 21 años de edad

Solicitud de continuidad de afiliación

Se recomienda presentar los requisitos de continuidad con anterioridad a la fecha en que se alcanza la mayoría de edad, con el fin de evitar la acumulación de cuotas y se generen dudas en cuanto a la continuidad del hijo en el grupo familiar.

- Nota de solicitud de continuidad de afiliación confeccionada por el notario titular
- DNI copia certificada por notario colega
- Partida de nacimiento actualizada o bien, podrá reemplazar la misma pre-

sentando DDJJ en la cual se declare bajo juramento que los datos filiatorios se mantienen vigentes, en original con firma y sello del notario titular. En el caso de presentarla vía mail a afiliados@colescba.org.ar la misma debe contar con firma digital del notario titular.

Solicitud de incorporación

- Nota de solicitud de incorporación confeccionada por el notario titular
- DNI copia certificada por notario colega
- Partida de nacimiento actualizada
- DDJJ en original con firma y sello del notario titular, donde declara el estado civil de su hijo y que no se encuentra en unión convivencial. En el caso de presentarla vía mail a afiliados@colescba.org.ar la misma debe contar con firma digital del notario titular.

En ambos casos, continuidad o incorporación, además deberá tener en cuenta:

- No mantener ningún tipo de deuda exigible con La Caja.
- Pago de una cuota mensual que se hará efectiva una vez aprobada la solicitud, por adelantado, en cualquier sucursal del Banco Provincia de la Provincia de Buenos Aires, mediante pago electrónico utilizando las redes Link o Banelco. También cuenta con la posibilidad de adherirse al pago directo mediante débito automático o pagar a través de la Cuenta Notarial.
- Tarifa vigente a la fecha: 1(un) cargo igual a la del beneficiario principal. La presentación, por parte del beneficiario principal, de un certificado de estudio del beneficiario adherente, otorgará el beneficio de una bonificación del 50% en el valor de la cuota. El certificado de estudio deberá presentarse por única vez de forma anual durante el mes de agosto de cada año. El plazo de presentación caduca indefectiblemente el 31 de agosto. La falta de presentación le hará perder la bonificación que hubiera tenido.

Podrán permanecer hasta los 29 años inclusive en el Sistema de Atención de Salud, mientras se mantenga el estado civil soltero del causante y no se encuentre en unión convivencial.

Formas y medios de pagos

Una vez aprobada la solicitud de incorporación o continuidad, deberá descargar los comprobantes de nuestra web ingresando a www.colescba.org.ar, apartado Caja de Seguridad Social/Atención de la Salud/Afiliaciones.

Dicha cuota podrá ser abonada en cualquier sucursal del Banco de la Provincia de Buenos Aires, Agencias de Pago Provincia NET (ex Bapropagos) o me-

dianete pago electrónico utilizando las redes Link o Banelco. También cuenta con la posibilidad de pagar a través de la Cuenta Notarial.

Para mayor comodidad, tiene la posibilidad de adherirse al pago directo, mediante débito automático, como le fuera informado en la Circular 586/2016.

Carencia: si la solicitud se realizara con posterioridad a 180 días desde la fecha en que cumplió la mayoría de edad, tendrá una carencia de 6 meses, período en el que el hijo mayor no gozará de los beneficios asistenciales que brinda el Sistema de Salud.

Cónyuge

- Nota solicitando la incorporación del cónyuge.
- Original o copia certificada de DNI.
- Partida de matrimonio actualizada (original o copia certificada).

Conviviente

- Nota solicitando la incorporación del conviviente en carácter de Declaración Jurada, denunciando la fecha en la que comenzó la convivencia en aparente matrimonio y el estado civil del solicitante y su conviviente al momento de la solicitud. Si fuese viudo, acompañará la misma con partidas de matrimonio y de defunción. Si fuese divorciado, adjuntará testimonio o copia certificada de la sentencia judicial que así lo declara.
- Copia certificada de los DNI con coincidencia domiciliaria entre Beneficiario y Conviviente.
- La sola presentación de la partida de unión convivencial expedida por el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas se tomará como equivalente a partida de matrimonio, no debiendo acreditar la convivencia mediante presentación de prueba. En caso de unión convivencial no inscrita en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, se requiere la presentación de documental determinada por las resoluciones del Consejo Directivo para la incorporación de convivientes. Deberá acreditar dos (2) años de convivencia.

Los elementos de prueba serán evaluados por la Caja, la que resolverá la incorporación definitiva de los convivientes.

Hijos mayores incapaces

- Nota solicitando la permanencia o incorporación del hijo en el Sistema de Salud.

- Toda documentación que considere necesaria a fin de probar la incapacidad.
- Certificado o Historia Clínica que avale la patología crónica.

La Caja dispondrá una Junta Médica y solicitará los elementos que considere necesario a fin de constatar la presencia de la discapacidad denunciada.

Menores en guarda

- Nota solicitando la incorporación del menor.
- Original o copia certificada de partida de nacimiento y DNI.
- Resolución judicial o documento público que avale el trámite de la guarda con fines de adopción.

Nietos a cargo

- Nota solicitando la incorporación del nieto.
- Original o copia certificada de partida de nacimiento y DNI.
- Resolución judicial o documento público que avale el trámite de la guarda o tutela.

Nietos hasta los 21 años: deberá reunir los siguientes requisitos: ser huérfano de madre y padre, no emancipados o mayores incapacitados para el trabajo.

Nietos a partir de los 21 años: además de los requisitos mencionados en el punto anterior, deben ser solteros y económicamente a cargo del titular, requisito que se deberá informar mediante declaración jurada anual hasta los 29 años inclusive.

Recién nacido - Coberturas especiales por afiliaciones transitorias

1. Nacimiento, hijo de beneficiario titular, cuya madre no es Afiliada al sistema.

La Caja cubrirá todos los gastos derivados del parto, incluidos los cuidados de la madre hasta el momento del egreso sanatorial del niño, para lo cual el beneficiario titular deberá cumplimentar los siguientes requisitos:

- Previo a la internación de la madre en la cual tendrá lugar el parto, el beneficiario titular deberá presentar una nota manifestando su voluntad de incorporar al hijo, solicitando la cobertura e informando los datos de la madre y de ser posible, los del prestador donde tendrá lugar el parto.
- Dentro de los 90 días posteriores al nacimiento, el beneficiario titular deberá dar cumplimiento a los requisitos necesarios para la definitiva

incorporación de su hijo al sistema de Atención de la Salud. Caso contrario deberá reintegrar a la Caja los montos que se hubieran abonado por los distintos conceptos.

- 2. *Nacimiento de un niño, hijo de una beneficiaria (ej. beneficiaria adherente), cuya incorporación al Sistema no está prevista por la norma.*** La Caja cubrirá todos los gastos de la beneficiaria, tanto previos como posteriores al parto. El niño gozará de la misma cobertura que la madre mientras dure la internación en la que tuvo lugar el nacimiento. A partir de su egreso sarnatorial, el niño dejará de tener la cobertura de la Caja.

DEUDAS CON LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL

Según lo establecido por el art. 14 del Reglamento de Prestaciones y Subsidios, no será acordada ninguna prestación para el beneficiario que la solicite, cuando a la fecha de los hechos que le dieron origen, los peticionantes no se hallaren al día en el pago de sus aportes o tuvieren deudas de uso indebido con la Caja.

Las chequeras por uso indebido podrán ser visualizadas y descargadas para su posterior pago en nuestro sitio web www.colescba.org.ar, Caja de Seguridad Social/Atención de la Salud/Afiliaciones/Chequeras de Afiliación.

EL BENEFICIARIO TITULAR TENDRÁ LA OBLIGACIÓN DE INFORMAR

Hijos mayores

Durante el mes de agosto de cada año y mediante declaración jurada, el estado civil de beneficiario adherente y no encontrarse en unión convivencial.

La falta de cumplimiento de la presentación de la declaración jurada o de una de estas condiciones hará al beneficiario perder su condición de tal.

Divorcio

El Art. 10º del Reglamento de Prestaciones y Subsidios establece la pérdida de la condición de beneficiario para los cónyuges, en caso de decretarse el divorcio.

La baja será automática, sin necesidad de interpelación o comunicación previa de "La Caja" y tendrá lugar a los 60 días corridos desde la fecha de la sentencia o desde su notificación al beneficiario principal, la que fuera anterior.

Dicha situación deberá ser informada por el beneficiario titular. En caso de

existir un uso indebido del sistema por parte del excónyuge, se generará la obligación por parte del beneficiario titular de reintegrar los montos que se hubieran abonado.

Inspectores del Juzgado Notarial

Trimestralmente, deberá presentar original y copia de los recibos de sueldo, así como también, y de manera inmediata, dar aviso de cualquier modificación que se produjera en su remuneración. (Res. CD 279/05 y 351/07).

La falta de cumplimiento de esta obligación será causal de baja del sistema.

Empleados jubilados

Trimestralmente, deberá presentar original y copia de los recibos de sueldo, así como también, y de manera inmediata, dar aviso de cualquier modificación que se produjera en su remuneración. (Res. CD 279/05 y 351/07).

La falta de cumplimiento de esta obligación será causal de baja del sistema.

AFILIACIONES TRANSITORIAS

Cese de actividad profesional

El notario que habiendo finalizado su ejercicio profesional por aplicación del artículo 32 inciso 1 del decreto ley 9020, no hubiera iniciado formalmente su jubilación y optare por continuar adherido al sistema, lo podrá hacer por un plazo de 180 días renovable por igual período, bajo las condiciones establecidas por la Caja, abonando el cargo mensual que al efecto establezca el Consejo Directivo. Esta afiliación incluye a su grupo familiar adherido y requiere que el beneficiario no sea deudor de la Caja.

Durante este período, deberá abonar una cuota mensual equivalente al cargo de salud del notario en actividad, en función de su grupo familiar incorporado. La falta de pago de esta cuota dará lugar a la suspensión del beneficiario de acuerdo al Art. 15 del Reglamento de Prestaciones Asistenciales y Subsidios.

El notario podrá no hacer uso de esta posibilidad, manifestándolo expresamente por escrito, en cuyo caso la futura reincorporación al sistema de los integrantes del grupo familiar deberá ser nuevamente solicitada respetando los requisitos de admisión y los períodos de carencia que fija el art. 9º del citado Reglamento.

Suspensiones por un período menor a 90 días

Los notarios que fueran suspendidos en el ejercicio de su profesión por un período menor a 90 días, gozarán de un período de cobertura transitoria, la cual

incluirá a su grupo familiar. Esta cobertura transitoria es automática y a condición de que no tenga deudas con la Caja.

Durante dicho período, deberán abonar una cuota proporcional/mensual equivalente al cargo del notario en actividad, en función del grupo familiar incorporado. La falta de pago dará lugar a la suspensión del beneficiario en los términos del art. 15 del Reglamento de Prestaciones Asistenciales y Subsidios.

Licencias por un período mayor a 60 días

Los notarios que se encontraran en uso de licencia por razones de índole particular se podrán incorporar, junto con sus beneficiarios derivados con carácter de adherentes, al Sistema de Prestaciones Asistenciales a condición de que no sean deudores de la Caja.

Lo podrán realizar por un plazo máximo de 1 año contado a partir de la fecha de otorgamiento de la licencia y lo deberán solicitar dentro de los 30 días después de ser notificadas las mismas. Este plazo puede ser prorrogado por Resolución del Consejo.

Suspensiones por un período mayor a 90 días

Los notarios que fueran suspendidos en el ejercicio profesional por un período mayor a 90 días o no tuviere plazo, podrán solicitar la continuidad dentro de los 90 días de notificada la misma a condición de que no sean deudores de la Caja, pudiendo incluir a sus beneficiarios derivados.

Licencias prolongadas por enfermedad - Invalidez

Los notarios que, teniendo las condiciones establecidas por la ley 6983 modificada por la ley 12.172 para obtener la "Jubilación extraordinaria por invalidez", decidan no acogerse a ella, podrán continuar dentro del sistema de atención de la salud que brinda la Caja por períodos consecutivos de 1 año.

Para acceder a este beneficio, deberán haber hecho uso previamente del Subsidio por Incapacidad establecido en el artículo 57 de la ley 6983 modificada por la ley 12.172 y del año adicional de uso del sistema de Atención de la Salud (resolución 314/06), citado en el título anterior.

Las condiciones de permanencia serán las establecidas en los artículos 38 y 39 del Reglamento de Prestaciones Asistenciales y Subsidios, y mientras no se produzcan las condiciones de cese, establecidas en el artículo 42 del mismo Reglamento.

Se mantendrán en el sistema en condición de beneficiario adherente, mediante el pago de una cuota mensual equivalente al cargo mínimo de los notarios activos y según composición del grupo familiar que tenga a cargo adherido al sistema.

BAJAS DE BENEFICIARIOS

La baja en la afiliación al Sistema de Prestaciones Asistenciales y Subsidios tendrá lugar en forma automática, sin necesidad de previa interpelación o comunicación de la Caja de Seguridad Social, a partir de:

- Fecha en que, según la categoría del beneficiario, cesen los requisitos o condiciones que justifiquen su permanencia en el Sistema.
- Fecha de recepción de la nota del beneficiario principal solicitando la baja.

A partir de la baja de la afiliación, resulta una carga del beneficiario principal la devolución de la/s respectiva/s credencial/es. Asimismo, responderá por los consumos que él y/o su grupo familiar registren luego de la fecha de baja, los que le serán reclamados como uso indebido del sistema con más los intereses correspondientes.

En ningún caso el beneficiario principal tendrá derecho al reintegro de los cargos por afiliación durante el período de permanencia irregular. No obstante, las diferencias de cargo de afiliación que durante dicho período hubiera integrado por déficit de aportación, podrán ser imputadas al pago del cargo por uso indebido.



6

PLAN MATERNO INFANTIL

Beneficios / Requisitos y condiciones / Acceso a la cobertura / Sustitutos lácteos

La Caja cuenta con una cobertura integral y adicional, la cual está destinada a las mujeres embarazadas y a sus hijos beneficiarios hasta el año de edad.

1. BENEFICIOS

1.1 En el caso de la madre beneficiaria:

- La cobertura del plan es desde la fecha del diagnóstico del embarazo hasta el segundo mes luego del parto.
- Tiene el 100% de cobertura en los prestadores convenidos de todas las prestaciones médicas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.
- Además del 100% de cobertura en medicamentos relacionados exclusivamente con estos estados.
- Cobertura del resto de la medicación de acuerdo a la banda que le corresponda en el manual farmacéutico.

1.2 En el caso del recién nacido beneficiario:

- La cobertura del plan es desde el nacimiento hasta el año de vida.
- 100% de cobertura en los prestadores convenidos de todas las prestaciones médicas que integran el Plan de la Caja.
- 100% de cobertura en las pruebas de diagnóstico de errores congénitos del metabolismo.
- 100% de cobertura en medicamentos.
- 100% de cobertura en leche maternizada y medicamentosa.

2. REQUISITOS Y CONDICIONES

2.1 En el caso de la madre debe presentar:

- Una nota del beneficiario titular solicitando el PMI.

- Certificado de embarazo con fecha de última menstruación y fecha probable de parto expedito por médico obstetra.

2.2 En el caso del recién nacido

Es suficiente con incorporarse al Sistema de Salud de la Caja, para lo cual debe presentar:

- Una nota del beneficiario titular solicitando la incorporación del recién nacido al Sistema de Salud.
- Partida de nacimiento original o copia certificada de la misma.
- Copia certificada del DNI.

3. ACCESO A LA COBERTURA

3.1 Medicamentos vía convenio

Realizando la compra de los medicamentos en alguna de las farmacias adheridas al convenio con el Colegio Farmacéutico de la Provincia de Buenos Aires.

3.2 Medicamentos vía reintegro

Cuando se trata de una farmacia NO adherida al convenio con el Colegio Farmacéutico de la Provincia de Buenos Aires, se accede a la cobertura presentando en la Mesa de Ayuda de Salud ubicada en Sede Central del Colegio o en cualquiera de las delegaciones:

- Orden médica con prescripción de los medicamentos la cual debe estar completa, firmada y sellada por el profesional médico tratante.
- Factura o ticket con controlador fiscal, emitido en legal forma por la farmacia, con detalle de medicamentos.
- Los troqueles de los medicamentos adquiridos.

3.3 Prácticas realizadas en prestadores sin convenio

La cobertura funcionará vía reintegro. La misma es a valores tope vigentes a la fecha de la prestación.

4 SUSTITUTOS LÁCTEOS

Hasta el año de vida, en el caso de que el niño requiera el consumo de leche maternizada o medicamentosa, la Caja reintegrará el 100% sobre el valor fijado por el manual farmacéutico, o el de compra (el que sea menor). La cobertura

tiene un tope mensual de 4 kg o 24 litros y deberá ser autorizada por la Asesoría médica, para lo cual deberá presentar la siguiente documentación:

- Orden médica expendida por el médico pediatra.
- Un resumen de Historia Clínica expendida por el médico pediatra.
- Factura de farmacia en original, según exigencia de AFIP, o ticket controlador fiscal y detalle anexo (Res. 3419/ DGI - AFIP).

A partir del año de vida, en casos particulares la Caja reconocerá el 50% del valor fijado por el manual farmacéutico (es decir que, cualquier descuento que el proveedor realice al beneficiario se traducirá en un beneficio directo al mismo), previa evaluación de la Auditoría Médica y cumpliendo además los siguientes requisitos:

- Presentación de resumen de historia clínica expendida por el médico pediatra (donde se especifique claramente la patología que justifica su utilización).
- Resultado de estudios complementarios.



7

MEDICAMENTOS

Compra de medicamentos / Recetario - Requisitos / Cobertura por convenio y reintegros / Cobertura especial para beneficiarios con Subsidio complementario / Medicamentos oncológicos / HIV / Medicamentos de venta libre / Diabetes / Alzheimer / Anticonceptivos / Vacunas / Coseguro / Compra de medicamentos en el Hospital Italiano

Con la incorporación a la nómina de entidades convenidas de diferentes Federaciones Farmacéuticas que cuentan con una importante red de farmacias adheridas y distribuidas en todo el territorio provincial, la Caja tiene ahora un sistema de cobertura integral, que brinda a sus beneficiarios amplias facilidades a la hora de adquirir medicamentos.

Ante la necesidad de concurrir a la farmacia a realizar una compra de medicamentos, y siempre que la misma esté incluida en el listado de farmacias adheridas, podrá elegir entre cualquiera de los sistemas de cobertura que a continuación se detallan:

1. Utilizando los beneficios del convenio con farmacias, siempre que la misma esté integrada a la red, realizar la compra con el descuento que le corresponde al medicamento, en función a la banda de cobertura definida por su ubicación en el formulario terapéutico (vademécum) de la Caja. De este modo, al momento de la compra, el beneficiario sólo estará abonando el porcentaje no cubierto por la Caja. Para conocer más sobre esta cobertura consulte más abajo en el punto 1 de este apartado o en el sitio web Institucional, ingresando a www.colescba.org.ar
2. Efectuar la compra del medicamento por su valor total y presentar en la Caja o en cualquiera de las delegaciones, toda la documentación correspondiente para acceder a la cobertura por el sistema tradicional de reintegro de gastos. El detalle de los requisitos y las condiciones de esta vía lo tiene disponible en el punto 2 de este apartado o en el sitio web institucional ingresando a www.colescba.org.ar
3. Si tuviera la cobertura de otro sistema de salud, realizar la compra utilizando la misma en primera instancia y luego solicitar en nuestra Caja el reintegro de los importes no cubiertos por aquélla. En todos los casos se reintegrará el porcentaje de cobertura establecido para cada medica-

mento sobre el precio de los mismos según manual farmacéutico, hasta el tope abonado en la farmacia. Podrá encontrar más información en el punto 3 de este apartado o ingresando a www.colescba.org.ar

Importante - Recetario de solicitud de medicamentos

Independientemente de la vía que elija al momento de adquirir fármacos ambulatorios (convenio o reintegro), para acceder a la cobertura deberá presentar el recetario de prescripción de medicamentos. Dicha prescripción podrá ser realizada de manera indistinta tanto en el recetario de la Caja como en cualquier formulario, **siempre y cuando** el mismo contenga los siguientes datos que se consideran indispensables:

- Nombre y apellido del beneficiario.
- Número de beneficiario o de credencial para la cobertura a través del convenio con farmacias.
- Principio activo (nombre genérico).
- Forma farmacéutica (comprimidos, jarabe, etc.).
- Dosis por unidad (cantidad de mg, ml, etc.).
- Presentación (cantidad de comprimidos, etc.).
- Diagnóstico.
- Condición de tratamiento prolongado si correspondiera.
- Fecha
- Firma del profesional.
- Sello aclaratorio con matrícula.

Importante: la falta de algunos de estos datos originará la devolución del pedido de reintegro o impedirá la compra en la farmacia utilizando el convenio.

Recuerde que: ingresando a <http://www.colescba.org.ar> con su usuario y contraseña podrá descargar recetarios nominados para cada miembro del grupo familiar adherido.

El recetario le será requerido tanto por la farmacia, si utiliza el sistema de convenio con el Colegio de Farmacéuticos, como por la Caja si opta por el sistema de reintegro de gastos, excepto que utilice en primer término la cobertura de otro sistema de salud.

Requisitos y características

- Los recetarios de prescripción de medicamentos deben ser llenados en su totalidad y firmados de puño y letra por el médico -u odontólogo- actuante.
- No es necesario agregar a estos recetarios ningún otro, ni resumen de historia clínica, salvo en caso que le fuera expresamente solicitado.

- Cuando el médico detalle la condición de tratamiento prolongado, se mantendrá por un período de tiempo hasta un máximo de 12 meses y no será necesaria la confección de un nuevo recetario.
- La autorización de tratamientos prolongados se expide solamente en el caso de medicamentos indicados para tratar enfermedades crónicas. Consecuentemente, no es de aplicación para remedios consumidos con cierta frecuencia en situaciones puntuales (ej. antidiarreicos o antibióticos). En tales casos sí deberá presentarse el recetario toda vez que los medicamentos pertinentes sean prescriptos.
- No es necesario tampoco detallar el tratamiento prolongado para adquirir más de un envase del mismo medicamento en una situación determinada. En este caso el médico indicará la cantidad de comprimidos diarios necesarios -o bien su equivalente en otras formas farmacéuticas-. La farmacia procederá a vender al usuario la cantidad de envases requerida para cubrir el lapso indicado conforme la cantidad contenida en cada envase.

1. COMPRA DE MEDICAMENTOS. COBERTURA POR CONVENIO

Distribuidas en toda la Provincia de Buenos Aires, los beneficiarios disponen de una importante red de farmacias adheridas, en las cuales podrán adquirir medicamentos y obtener, en el momento de la compra, el descuento previsto según la banda asignada en el vademécum de la Caja:

- 100% para insulinas e insumos para el autocontrol metabólico (lancetas y tiras reactivas) hasta 120 por mes.
- 70% para drogas incluidas en el formulario terapéutico de la Caja (vademécum) para el tratamiento de enfermedades crónicas.
- 60% para drogas incluidas en el mismo formulario terapéutico para el tratamiento de enfermedades agudas.
- 50% para las demás drogas no incluidas en el formulario terapéutico y que no sean de venta libre.

Para acceder a este beneficio deberá presentar al momento de la compra:

- Credencial de beneficiario
- DNI del beneficiario
- Prescripción del medicamento

Al momento de recibir la medicación, el beneficiario deberá firmar el comprobante de validación que le extienda la farmacia, aclarando apellido y nombre.

En caso de que un tercero realice la compra en representación del benefi-

ciario, deberá presentar los mismos elementos y firmar en su lugar aclarando nombre, apellido y DNI.

Receta

La receta tendrá una validez de 30 días a partir de su confección con las condiciones detalladas precedentemente.

Tratamiento prolongado

Cuando el medicamento sea prescripto en el marco de un tratamiento prolongado, tal circunstancia deberá ser reflejada por el profesional tratante en el recetario. En estos casos el recetario de prescripción de medicamentos podrá tener una validez de hasta 1 año, y para obtener el descuento del vademécum al momento de realizar la compra, deberá concurrir a la farmacia con el recetario original y una fotocopia del mismo. Esta última quedará en poder del farmacéutico.

Listado de farmacias

En el sitio web del Colegio, en el espacio reservado al sistema de salud de la Caja encontrará un listado de todas las farmacias adheridas, ordenado por localidad.

Medicamentos excluidos

Los medicamentos y productos de uso normatizados, que requieren autorización previa, no podrán ser adquiridos por esta vía y continuarán siendo cubiertos por la modalidad tradicional de reintegros (medicamentos para el Alzheimer, medicamentos incluidos dentro del régimen especial de subsidios para personas con Subsidio complementario, vacuna de HPV, Ensure, etc).

2. COMPRA DE MEDICAMENTOS. COBERTURA POR REINTEGRO

El beneficiario podrá acceder al sistema de reintegro de gastos por la compra de medicamentos cuando no utilice el sistema de convenio con farmacias o para la compra de medicamentos que sean de uso normatizado (tratamiento de enfermedad de Alzheimer, vacuna de HPV, tratamiento de obesidad, etc).

Excepto los casos de medicamentos oncológicos y HIV, los indicados para tratamiento de diabetes y las vacunas (estos casos se encuentran detallados más abajo), los porcentajes de reintegros serán:

- 70% para drogas incluidas en el formulario terapéutico de la Caja (vademécum) para el tratamiento de enfermedades crónicas.

- 60% para drogas incluidas en el mismo formulario terapéutico para el tratamiento de enfermedades agudas.
- 50% para las demás drogas no incluidas en el formulario terapéutico y que no sean de venta libre.

El reintegro se realizará sobre el precio establecido en el manual farmacéutico, considerándose ese valor como tope máximo a reintegrar.

De esta manera, cualquier descuento que la farmacia realice al beneficiario se traducirá en un beneficio directo al mismo.

Requisitos para acceder al reintegro

- Prescripción de los medicamentos.
- Troqueles y/o código de barras de cada medicamento.
- Factura de farmacia en original, según exigencia de AFIP, con discriminación de los medicamentos adquiridos o ticket controlador fiscal y detalle anexo (Res. 3419/ DGI – AFIP).

Tratamiento prolongado

Cuando el medicamento sea prescripto en el marco de un tratamiento prolongado, tal circunstancia deberá ser reflejada por el profesional tratante en el recetario. En estos casos el recetario tendrá una validez de hasta 1 año y durante dicho lapso, el beneficiario accederá al reintegro del gasto **presentando solamente** la factura o ticket de la farmacia y los troqueles de los medicamentos.

Reintegro por medicamentos sin presentación de troquel

Se reconocerán los gastos de compra de medicamentos adquiridos en el marco de la modalidad de promoción de los mismos, cuando se reúnan los siguientes requisitos:

- Prescripción del fármaco, firmado y sellado por el profesional.
- Fotocopia del formulario emitido por el laboratorio, completado, firmado y sellado por el médico, en el que deberá constar el medicamento por su nombre comercial y las fotocopias de los troqueles.
- Ticket fiscal o factura en legal forma, extendida por la farmacia por el monto abonado y con el detalle de la compra. En la factura deberá figurar el motivo y el monto de descuento realizado, como también la firma y el sello del farmacéutico.

Cobertura diferencial para beneficiarios con Subsidio complementario

Se ha establecido la cobertura del 100% en los medicamentos adquiridos por beneficiarios que gocen del subsidio complementario, siempre que los mismos

estén directamente relacionados con el tratamiento de la patología que ha dado lugar al mismo (Res. C.E. 7516/13).

A partir de enero del 2019 se incorporan los siguientes beneficios:

- Se eleva el valor tope de reintegro de los gastos en concepto de honorarios de los profesionales altamente especializados para atender la problemática específica de los beneficiarios encuadrados dentro de este Subsidio. La prestación brindada por parte del profesional que documente la mencionada especialización mediante el envío de su Curriculum Vitae abreviado, tendrá un reconocimiento de hasta 2,5 veces del valor de referencia para sus homónimos en el resto del sistema.
- Se crea un nuevo concepto denominado Prestación con Especial Consideración, dentro del cual se incluirán todas aquellas prestaciones que a criterio de la Asesoría Médica, estén dirigidas a tratar la patología que motivó su ingreso al beneficio del subsidio y tienen establecido un valor de reintegro como un porcentaje del valor abonado, como por ejemplo el calzado ortopédico, donde el reintegro habitual es el 80% del valor abonado, ahora el valor reintegrado será del 100% de lo abonado.

Medicamentos oncológicos / Provisión (Circular N° 317)

A todo aquel beneficiario que requiera medicamentos oncológicos, le serán provistos **sin cargo** enviando por WhatsApp +54 9 221 505-0195 o por correo electrónico a autorizaciones@colescba.org.ar la prescripción médica correspondiente e indicando su domicilio a fin de acordar la entrega. Los medicamentos le serán enviados dentro de los 5 días y hasta los 7 días de recibido el pedido.

Aquel beneficiario que no opte por este mecanismo podrá adquirir los medicamentos por el sistema de reintegro a través de la farmacia de su elección, pero la Caja le reintegrará como máximo el mismo precio convenido con las empresas de referencia.

Medicación para HIV

La provisión de las drogas específicas se efectúa **sin cargo** enviando por WhatsApp +54 9 221 505-0195 o por correo electrónico a autorizaciones@colescba.org.ar la prescripción médica correspondiente e indicando su domicilio a fin de acordar la entrega. Los medicamentos le serán enviados dentro de los 5 días y hasta los 7 días de recibido el pedido.

Aquel beneficiario que no opte por este mecanismo podrá adquirir los medicamentos por el sistema de reintegro a través de la farmacia de su elección,

pero la Caja le reintegrará como máximo el mismo precio convenido con las empresas de referencia. Aquel beneficiario que no opte por este mecanismo de convenio podrá adquirir los medicamentos por el sistema de reintegro a través de la farmacia de su elección, pero la Caja le reintegrará como máximo el mismo precio convenido con las empresas de referencia.

Medicamentos de venta libre

Sólo se reconocen aquellos medicamentos de venta libre, cuyos principios activos están incluidos en el formulario terapéutico de la Caja (vademécum) y el porcentaje de cobertura será el determinado por éste.

Recetas magistrales (Resolución CD. N° 144/99)

Sólo se reintegrarán las indicadas para tratamientos oncológicos.

Medicamentos para diabetes (Circular N° 354/04)

- La insulina tendrá una cobertura por reintegro del 100% del precio de compra, hasta lo estipulado en el manual farmacéutico. Las tiras reactivas y lancetas tendrán 100% de cobertura, con un máximo de 120 unidades mensuales.
- Se reconocerá el 100% de reintegro para otros insumos de control de glucemia, previa auditoría médica.
- Se reconocerá el 70% en los diabetostáticos orales con drogas de eficacia comprobada.

Métodos anticonceptivos

- **Anticonceptivos Orales (ACO):** Se dará cobertura exclusivamente a beneficiarias de sexo femenino en edad fértil, utilizando cualquiera de las dos vías, convenio con Farmacias o reintegro de gastos. Se reconocerán el 100% del valor de los envases con la cantidad de comprimidos suficientes y necesarios para un mes de tratamiento, es decir las presentaciones de 21, 28 o 35 comprimidos. *Vías convenio de farmacias:* Se podrá retirar sin cargo un envase de uso mensual por mes y por afiliada. A partir del día 21 se habilitará a retirar el correspondiente al mes siguiente.
- **Anticonceptivos hormonales de emergencia:** Tendrán una cobertura del 50% con los mismos requisitos necesarios para la compra de otros medicamentos.
- **Dispositivos intrauterinos (DIU):** En prestadores donde la práctica se encuentre convenida, podrá realizarse sin cargo para la afiliada. La cobertura incluye el costo del dispositivo y su colocación.

En caso elegir la vía del reintegro del gasto, el mismo se realizará tomando como referencia los valores de convenio.

- **Sistema Intrauterino de Liberación de Levonorgestrel (SIU/DIU-LNG):** Se dará cobertura del 100% del precio que el Manual Farmacéutico fija para el dispositivo. Si su colocación se realiza en prestadores con convenio, la misma se realiza sin costo. En caso contrario, el valor convenido con el Hospital Italiano de Buenos Aires será la referencia para determinar el reintegro del gasto.
- **Implante subdérmico:** Se dará cobertura del 100% del precio del dispositivo establecido en el Manual Farmacéutico. Si su colocación se realiza en prestadores con convenio, la misma se realiza sin costo. En caso contrario, el valor de referencia para determinar el reintegro del gasto será el convenido con la Fundación Hospitalaria.

Vacunas en general

Se reintegra el 100% del valor abonado, hasta su valor determinado por el manual farmacéutico para vacunas de eficacia documentada.

Vacuna contra la gripe

Se reintegra el 100% del valor abonado, hasta su valor determinado por el manual farmacéutico para vacunas de eficacia documentada.

No será necesaria la presentación de la orden médica. Se accede al reintegro presentando:

- Factura o ticket fiscal emitido por la farmacia
- Troquel de la vacuna

Se reconocerá una dosis anual por beneficiario por año, a excepción de los pacientes pediátricos que pueden requerir dos dosis con intervalo de 4 semanas entre ellas.

Vacuna contra virus del papiloma humano (H.P.V) bivalente y tetravalente

Se reintegrará el 100% del valor del manual farmacéutico o del valor abonado, si éste fuera menor, cuando se cumplan las siguientes condiciones

- Aplicación en beneficiarios de ambos sexos con una edad comprendida entre los 9 y los 24 años de edad.
- Contra presentación de orden médica, factura o ticket y los troqueles correspondientes.

Centros de vacunación:

Consulte en el capítulo de convenios de esta guía los centros de vacunación con los que la Caja tiene convenio.

3. SISTEMA DE LA CAJA COMO COSEGURO. COBERTURA MIXTA

En caso de que el beneficiario opte por utilizar otra cobertura en primer término, el Sistema de Atención de la Salud actuará como coseguro. Utilizando esta vía, el beneficiario incrementará de manera significativa el valor recuperado del gasto realizado en la compra de medicamentos.

En este caso, para acceder al sistema de reintegro de gastos, el beneficiario deberá presentar la siguiente documentación:

- Fotocopia de la orden de la otra obra social.
- En la factura de farmacia debe aclararse lo abonado por la otra obra social y el monto a cargo del beneficiario.
- No se exigen troqueles.
- En los casos de consulta y de prácticas, deben presentarse la factura del profesional o institución médica conjuntamente con los bonos con firma y sello original de los profesionales intervinientes (Circular 349/03).

COMPRA DE MEDICAMENTOS / HOSPITAL ITALIANO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Por resultar de interés, se agrega a esta sección un instructivo para la compra de medicamentos en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

El beneficiario a nuestra Caja que realice la adquisición de medicamentos en las farmacias del Hospital Italiano, gozará de un **descuento del 40%** en el precio de su factura (Circ. 341/03). El remanente se reintegrará conforme a los valores de la Caja.

Los pasos a seguir a ese efecto son los siguientes (Circ. 344/03):

- Empadronamiento en el sistema informático del hospital. Con el carné de beneficiario a nuestra Caja, deberá concurrir a las oficinas de empadronamiento: Gascón 450, subsuelo; consultorios externos de Potosí 4032, o centro Agustín Rocca de San Justo. El trámite es rápido y se verifica por una única vez. Se proveerá al beneficiario un carné que lo identificará como paciente del Hospital, en el cual se cargará -si es necesario- su historia clínica electrónica.
- Realizar la consulta al médico del Hospital Italiano.
- Al indicar el profesional un medicamento, el beneficiario deberá comunicarle que lo adquirirá en la farmacia del hospital. En ese caso el profesional asentará la prescripción **en un recetario del hospital**.
- En cualquiera de las farmacias del hospital, el beneficiario presentará la

receta, el carné emitido por el hospital y el carné de beneficiario a la Caja. Junto con los medicamentos, se extenderán al beneficiario dos comprobantes:

1. Un ticket no fiscal, en el que figurará el nombre, el precio de venta y el descuento efectuado por la farmacia; y
 2. Un ticket fiscal, con el monto a abonar.
- Para solicitar el reintegro de lo abonado, el beneficiario deberá presentar a la Caja ambos tickets por la vía habitual. No deberá acompañar la receta, ya que quedará en poder del hospital.
 - En caso de medicamentos para tratamiento de patologías crónicas (hipertensión arterial, diabetes, etc.) el profesional cargará esta condición en la historia clínica electrónica del beneficiario, de modo que éste podrá adquirir esos medicamentos en la farmacia del Hospital sin necesidad de nueva receta médica por el término de un año.



8 ODONTOLOGÍA

Cobertura por reintegros / Tratamientos periodontales / Repetición de prácticas / Implantes / Prácticas ortodóncicas / Valores tope de reintegro

1. PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS. COBERTURA POR REINTEGRO DE GASTOS

Normas generales para reintegros

- Presentación de ficha odontológica debidamente cumplimentada (la provista por la Caja o la usada habitualmente por el odontólogo).
- Factura y/o recibo de pago con los requerimientos de la AFIP, en la misma deberá constar claramente la matrícula del profesional odontólogo (siempre y cuando no esté en la ficha).

Importante:

Con el objetivo principal de evitar la demora en la liquidación de los pedidos de reintegros por no contar con toda la documentación necesaria, el Comité Ejecutivo ha decidido instruir al personal de delegaciones y de Sede Central para que, al momento de presentar los pedidos de reintegros, lo asesoren y supervisen la documentación que está presentando, demorando el ingreso definitivo a la División de Atención de la Salud, hasta que el mismo esté completo y permita su liquidación. Mientras ello no ocurra, los pedidos de reintegros serán rechazados. En caso de insistir con la presentación de un pedido de reintegro incompleto, deberá completar un formulario adicional que le será provisto al momento de la presentación del mismo.

De esta manera, Usted podrá esperar la acreditación del reintegro en el tiempo y la forma a los que todos aspiramos, sin las molestias y los gastos que ocasiona tener que reclamarle documentación complementaria.

Por tal motivo le sugerimos que tome en cuenta las normas específicas para cada tipo de práctica al momento de presentar un pedido de reintegro, que a continuación se detallan:

Normas específicas según el tipo de práctica

Tratamientos periodontales

Se deberá remitir la ficha periodontal provista por el odontólogo e historia clínica donde constará:

Diagnóstico / pronóstico / severidad de las lesiones / terapia implementada/ radiografías correspondientes a los sectores tratados.

Tratamientos de las disfunciones de la A.T.M (Articulación temporomandibular)

- **Ortosis:** Para acceder al reintegro el afiliado deberá presentar la factura de pago y la historia clínica que incluya el diagnóstico, pronóstico y los procedimientos realizados para cumplir con el plan de tratamiento.

Prestaciones que requieren presentación de radiografías

Para la solicitud de reintegros odontológicos, es indispensable la presentación de radiografías en las siguientes prácticas:

- **Operatoria dental:** reconstrucción con tornillo en conducto, RX postoperatoria.
- **Endodoncia:** en todos los tratamientos de conductos, RX preoperatoria y postoperatoria.
- **Prótesis:** en todas las prótesis fijas, RX postoperatoria.
- **Odontopediatría:** mantenedor de espacio fijo, RX postoperatoria. Formocresol, RX postoperatoria. Coronas de acero, RX postoperatoria.
- **Periodoncia:** tratamiento de periodontitis, RX preoperatoria.
- **Cirugía:** extracción de dientes retenidos o restos radiculares retenidos, osteomielitis, extracción de cuerpo extraño y radectomía, requieren presentación de RX preoperatoria y RX postoperatoria.
- **Ortodoncia y Ortopedia:** ver normas particulares.
- **Implantes:** ver normas particulares. RX preoperatoria y RX postoperatoria Intermediarios entre implantes y prótesis, RX postoperatoria.

Cuando por razones de evaluación se estime necesario, la Caja solicitará otras radiografías o la documentación que estime pertinente.

En todos los casos se recomienda la consulta pertinente en las sedes de las respectivas delegaciones, donde estará disponible la información requerida.

Repetición de práctica

Para proceder al reintegro de la repetición de alguna práctica deberá tenerse en cuenta el llamado período de garantía, durante el cual la Caja no volverá a reconocer dicha prestación hasta tanto no transcurra ese tiempo establecido.

Ejemplos:

- Incrustaciones (códigos 040101 y 040102) 3 años
- Corona de acrílico (código 040111) 2 años
- Prótesis removibles, parciales o completas: deben transcurrir 3 años como mínimo para un nuevo reconocimiento del 100% de los valores vi-

gentes para los reintegros. Si la repetición aconteciera entre los 2 y 3 años la cobertura será del 60% del valor vigente para esa práctica.

- Prótesis fijas: se mantiene el término de 5 años como mínimo para un nuevo reconocimiento de la misma práctica. Si la repetición fuera necesaria entre los 4 y 5 años, la cobertura será del 80%, y del 60% si hubiesen transcurrido entre 3 y 4 años; los porcentajes de cobertura están referidos a los valores vigentes en la Caja para los reintegros de esas prácticas.

Auditoría y liquidación

Una vez presentada la solicitud de reintegro, la Caja procederá a la auditoría y liquidación en base a los aranceles vigentes preestablecidos.

Dichos valores podrán solicitarse en las sedes de las delegaciones, en la Sede Central o ingresando con su usuario y contraseña en www.colescba.org.ar en el apartado "Guía de Prestaciones Odontológicas".

En caso de que algún requisito faltara se comunicará al beneficiario por nota. Si pudieran liquidarse algunas prácticas y fuera necesaria aclaración con respecto a otras, se le informará en el comprobante de liquidación, en el rubro observaciones.

2. NORMAS SOBRE REINTEGRO POR IMPLANTES (CIRCULAR N° 451/11)

Para dar curso a solicitudes de reintegro deberán presentarse: odontograma/ diagnóstico y plan de tratamiento/ RX preoperatoria y postoperatoria/ cantidad/ descripción de prótesis provisorias y definitivas/ factura de pago.

Los implantes se reconocerán por una única vez, con la posibilidad de evaluación de los que fracasaran luego de diez años de su instalación.

A efectos del reintegro se establece un máximo de 14 implantes. Se consideran los expresados como números razonables, que contemplan en general las posibilidades para una correcta rehabilitación oral.

El importe reintegrado por implantes instalados y que no sean utilizados en la rehabilitación, serán con cargo al beneficiario.

3. NORMAS SOBRE PRÁCTICAS ORTODÓNICAS

Al iniciarse el tratamiento de ortodoncia deberán presentarse:

- Modelos articulados (*)
- Resumen de historia clínica que contenga:

1. Diagnóstico morfo-funcional del caso a tratar
2. Pronóstico
3. Plan y duración aproximada del tratamiento
4. Aparatología a emplear
5. Presupuesto del tratamiento

- Factura de pago

(*) Si se presentaran inconvenientes para obtener o enviar los modelos de yeso, podrán ser reemplazados por las siguientes elementos:

- Fotografías de frente y perfil facial.
- Fotografía de las arcadas dentarias en oclusión mostrando la línea media.
- Fotografía de las arcadas dentarias en oclusión mostrando las llaves caninas y molar de ambos lados.
- Radiografía panorámica o telerradiografía de perfil.

Los tratamientos de ortodoncia incluyen toda la aparatología necesaria para la corrección de la anomalía, hasta la finalización de la práctica.

La pérdida de los aparatos colocados o su rotura por causas atribuidas al mal uso, no están comprendidas en los valores reconocidos.

Los tratamientos de ortodoncia no se reintegran por adelantado.

La Caja hará efectivos los importes que fijen los aranceles, en tres etapas:

Primera: al iniciarse el tratamiento, con la aparatología colocada, se reintegrará el 40% del valor reintegrable total.

Segunda: cuando se considere que el tratamiento se encuentra en la mitad del tiempo estimado para su ejecución se reintegrará el 20%. Esta estimación corresponderá al profesional actuante, quien deberá extender al beneficiario una certificación a efectos del correspondiente reintegro.

Tercera: a la finalización del tratamiento, certificando su culminación se reintegrará el restante 40%. Para lo cual deberá enviar los modelos finales zocalados o las fotografías (*) mostrando los resultados obtenidos (frente y perfil facial, y de las arcadas dentarias en oclusión mostrando la línea media, las llaves caninas y molares de ambos lados) y la conformidad del beneficiario.

Los reintegros se harán efectivos conforme los montos arancelarios vigentes al momento de cada facturación.

En caso de haberse convenido el pago de las prácticas en cuotas, deberán reunirse todos los recibos extendidos a efectos de su presentación en el momento de cumplirse cualquiera de las etapas antes mencionadas.

(*) Las fotografías aludidas e incluso las radiografías podrán ser presentadas y enviadas por medios electrónicos (CD, DVD, e-mail).

Asesoría Odontológica

Dadas las características de estos tratamientos, se recomienda presentar a la Asesoría Odontológica el plan y presupuesto discriminado en cada una de sus etapas, a efectos de poder comunicar al beneficiario con anterioridad la cobertura correspondiente.

4. VALORES TOPE DE REINTEGRO

Los valores tope que la Caja reconoce para el reintegro de gastos por prácticas odontológicas podrá consultarlos en las delegaciones, en la Sede Central o en el sitio institucional ingresando con su usuario y contraseña a: www.colescba.org.ar en el apartado "Guía de Prestaciones Odontológicas".

Respecto de los valores de reintegros por implantes, podrá consultarlos en el punto 2.16 del capítulo referido al sistema prestacional de esta guía.



9

SISTEMA PRESTACIONAL

El Sistema Prestacional de la Caja se encuentra estructurado en base a tres tipos de coberturas o vías:

- 1. Vía Convenio**
- 2. Vía Reintegro**
- 3. Vía Mixta**

1. VÍA CONVENIO

Tipos de convenio / Convenio global (G) / Convenio sanatorial (S) / Convenio global con listado (G-L) / Internaciones y cirugías programadas / Listado de prácticas que requieran autorización / Autorizaciones/ Chequeos médicos.

1.1 Tipos de Convenio

Podrá consultar la nómina de establecimientos asistenciales que mantienen convenio con la Caja al final de esta guía, ordenados por Delegación y localidad, incluida la referencia al tipo de convenio que lo une con la Caja. En función al tipo de convenio, los prestadores se dividen en tres grupos:

1. de Convenio Global (señalados con la letra "G");
2. de Convenio Sanatorial (indicados con la letra "S"), y
3. de Convenio Global con Listado (letras "G-L").

En cada uno de estos convenios se han estipulado condiciones diferentes de cobertura, las que se detallan más adelante. Tenga en cuenta que al momento de concurrir a cualquiera de los establecimientos convenidos, los beneficiarios deben presentar:

- **Credencial vigente**
- **Documento Nacional de Identidad.**
- En caso de **beneficiarios adherentes**, además de la credencial y el documento de identidad, deberá presentar el **recibo de pago** de la cuota del mes en que solicita la prestación.

Convenio Global (G)

Están comprendidos en este tipo de convenio todos los gastos y derechos sanatoriales, la habitación y los honorarios médicos y/o quirúrgicos de todos los profesionales que integren el cuerpo médico de la Institución, con libre elección por parte del beneficiario, excepto algún prestador en el cual el jefe de servicio o director pudieran cobrar un arancel diferenciado no reinegrable. En esta modalidad son a cargo del beneficiario únicamente las extras (gastos de acompañante, teléfono, bebidas, TV, etc).

Convenio Sanatorial (S)

Están incluidos en estos convenios todos los gastos y derechos sanatoriales: pensión en habitación, los derechos de cirugía, los medicamentos, el material descartable, etc. En este tipo de convenio, a diferencia de lo que sucede en el Convenio Global (G), no están incluidos los honorarios médicos y/o quirúrgicos, cuya cobertura se hará efectiva según dos alternativas:

- a. Si el médico se encuentra incluido en la nómina de alguna entidad profesional convenida con la Caja (Femeba, círculos médicos, asociaciones, etc.) facturará sus honorarios directamente a la Caja y el beneficiario no deberá abonar suma alguna.
- b. Si el médico no se encuentra incluido en la nómina de alguna entidad profesional de las citadas en el punto a), cobrará al beneficiario de manera particular sus honorarios, quien luego podrá solicitar el reintegro del gasto, el que será reembolsado de acuerdo a los valores topes vigentes de la Caja.

Le sugerimos en estos casos que antes de afrontar un gasto consulte entrando en nuestra página web o llamando a la mesa de ayuda de la División de Atención de la Salud, las nóminas de profesionales adheridos a las entidades profesionales convenidas con la Caja.

Convenio Global con Listado (G-L)

En este caso, la Institución médica conforma un listado de profesionales que decidieron ajustar sus honorarios a los valores del convenio con la Caja. En este tipo de convenio pueden acontecer alguna de las siguientes dos situaciones:

1. El beneficiario elige alguno de los profesionales que integran dicho listado. El beneficiario no deberá abonar suma alguna ya que tanto los gastos sanatoriales como los honorarios profesionales se encuentran incluido en el convenio.
2. El beneficiario elige un profesional no incluido en el listado. El beneficia-

rio deberá abonar de manera particular los honorarios profesionales (los gastos sanatoriales siempre están cubiertos) y luego solicitar en la Caja el reintegro del gasto, el que se realizará hasta los valores topes vigentes de la Caja.

Casos especiales: **Jefes de equipo**

Una conducta que se ha ido extendiendo últimamente entre algunas de las instituciones de salud más importantes, es el cobro de un honorario "extra" por parte de los profesionales que se desempeñan como Jefes de equipo de determinadas especialidades. Este honorario diferenciado está por encima de los valores acordados, son abonados de manera directa al profesional y no son reintegrables.

1.2 Internaciones y cirugías que requieren autorización

Las internaciones y cirugías programadas deben ser autorizadas en forma previa a su realización. Para lo cual deberá enviar Al WhatsApp +54 9 221 505-0195 o al mail autorizaciones@colescba.org.ar las órdenes médicas, que deben contener -como mínimo- los siguientes datos:

- Apellido y nombres del paciente
- Número de beneficiario
- Prácticas solicitadas
- Diagnóstico
- En caso de internaciones, tiempo estimado de permanencia en UTI y/o en piso.
- Sello y firma del médico solicitante

1.3 Listado de prácticas que requieren autorización previa

- Criocirugía/ Radiofrecuencia dermatológica (si se realizan 3 o más sesiones en el mismo o distintos días)
- Cirugía micrográfica de Mohs.
- Leucoféresis, plaquetoféresis o plasmaféresis
- Estudios complejos de función pulmonar: todos a excepción de la espirometría computarizada y curva flujo volumen computarizada.
- Monitoreo oximétrico nocturno, polisomnografía en cualquiera de sus variantes o laboratorio de sueño.
- Aplicación de toxina botulínica
- Terapéutica Electroconvulsiva
- Colonoscopia por TAC
- Quimioterapia ambulatoria

- Radioterapia
- P.E.T. (Tomografía por emisión de Positrones)
- Cinecoronariografía por Tomografía Multicorte.
- Escleroterapia de várices.

Además requieren autorización:

- Todas las internaciones.
- Todos los módulos quirúrgicos.

Presupuesto

Aun en centros asistenciales con convenio, cuando la práctica/cirugía no se encuentre incluida dentro del acuerdo, deberá acompañarse el presupuesto correspondiente, el que deberá ser evaluado y autorizado por la Asesoría Médica de la Caja.

Horarios y vías de autorización

Se recibirán órdenes médicas mediante:

1. WhatsApp +54 9 221 505-0195
2. E-mail a autorizaciones@colescba.org.ar
3. Personalmente en nuestras delegaciones, oficinas delegadas, Sede Central o en la Universidad Notarial Argentina.

Los pedidos de autorizaciones recibidas hasta la hora 13:00 serán confirmados por la misma vía, diariamente entre las 14:00 y las 16:00 horas. Los recibidos con posterioridad serán confirmados al día siguiente. **En caso de que la autorización requerida fuera de carácter urgente, deberá identificarse claramente esta circunstancia.**

Chequeos médicos

Consisten en la realización de un conjunto de prácticas, las que, a partir de la información que suministran, hacen posible tomar decisiones para cuidar la salud, ya sea prevenir enfermedades o detectarlas en estadios iniciales.

Se evalúa el sistema cardiovascular, respiratorio y digestivo. Además se estudian patologías específicas relacionadas con la mujer y el hombre.

No se requiere autorización ni la presentación de orden médica. El único requisito para poder realizarse el chequeo es presentar la credencial de beneficiario y DNI. En el caso de beneficiarios adherentes, además deberá presentar el comprobante de pago del mes en curso.

El límite es de un chequeo por beneficiario, por año.

Lugares posibles de realización de chequeos médicos:

Hospital Británico

Centro Médico Barrio Norte y Vicente López exclusivamente.

Para solicitar turno comunicarse al teléfono (011) 4309-6400 internos 6110, 6115, 6116 de lunes a viernes de 13 a 16 horas, o bien por correo electrónico a chequeosbn@hbritanico.com.ar o mcbravo@hbritanico.com.ar. Los beneficiarios a la Caja gozarán además de estacionamiento gratuito y desayuno.

Fundación Científica del Sur

Para solicitar turno comunicarse con la línea exclusiva, llamando al (011) 5034-9888

Centro de Diagnóstico Maipú

Sede Cabildo, exclusivamente.

Para solicitar turno comunicarse al teléfono (011) 4837-7777, de lunes a viernes de 8 a 20 horas, o bien por correo electrónico a turnos@diagnosticomai-pu.com.ar dejando un teléfono de contacto y horario en que pueda ser llamado y concretar la cita para el chequeo médico.

Centros de vacunación: VACUNAR S.A.

Los beneficiarios de la Caja podrán aplicarse cualquier vacuna de eficacia documentada sin abonar suma alguna en cualquier de los centros de vacunación perteneciente a la empresa VACUNAR S.A. excepto las vacunas contra el Herpes Virus (H. Zoster) y HPV (Papiloma Virus) que tienen una reglamentación específica cada una y su cobertura es por la vía del reintegro de gastos.

La ubicación de los centros de vacunación podrá consultarlas en la página web de la empresa ingresando a www.vacunar.com.ar

Para acceder a este servicio deberá concurrir con los siguientes elementos:

- orden médica en el recetario de la Caja.
- credencial del beneficiario.
- DNI

Contacto: para consultar la modalidad de atención o solicitar mayor información podrá contactar a la empresa llamando al 0810 444 8228.

Vacuna contra la gripe: para vacunarse contra la gripe no deberá presentar orden médica. Deberá concurrir con la credencial y el DNI.

2. VIA REINTEGRO

Consideraciones generales / Cirugías / Óptica / Ortopedia / Prótesis e insumos biomédicos / Audífonos / Elementos reparadores / Psicoterapia / Enfermedades mentales / Subsidio complementario / Internación domiciliaria/ Geriátrico - Cuidados domiciliarios / Cirugía bariátrica / Técnicas de reproducción asistida / Subsidio por celiacuía / Alojamiento fuera del lugar de residencia / Habitación individual con acompañante / Pañales descartables para adultos / Valores tope de reintegros / Reglamento - Arts. 22 y 27.

Al momento de requerir servicios para la atención de la salud, los beneficiarios de la Caja tienen la posibilidad de elegir libremente el centro de salud o el profesional con el que prefieran atenderse, aunque estos no tengan un convenio prestacional con la Caja. En este caso, el beneficiario dispone de la vía del reintegro de gastos, el que se hará hasta los valores tope que para cada práctica se establezca y para lo cual deberá cumplir con los requisitos y procedimientos que a continuación se detallan.

2.1 Consideraciones generales

Formularios / Recetarios / Órdenes

- Todas las solicitudes deberán presentarse dentro de los doce meses de producido el hecho que en cada caso las origine.
- Las solicitudes deberán contener el número de la credencial, apellido y nombre del beneficiario.
- A fin del reintegro de erogaciones por medicamentos. Podrá presentarse la prescripción del mismo tanto en el recetario de la Caja como en cualquier formulario que el profesional utilice siempre y cuando el mismo contenga los siguientes datos que se consideran indispensables:
 - Nombre y apellido del beneficiario.
 - Número de beneficiario o de credencial para la cobertura a través del convenio con farmacias.
 - Principio activo (nombre genérico).
 - Forma farmacéutica (comprimidos, jarabe, etc.).
 - Dosis por unidad (cantidad de mg, ml, etc.).
 - Presentación (cantidad de comprimidos, etc.).
 - Diagnóstico.
 - Condición de tratamiento prolongado si correspondiera.
 - Fecha
 - Firma del profesional.
 - Sello aclaratorio con matrícula.

- Monto mínimo: en cumplimiento del artículo 26 del Reglamento de Prestaciones Asistenciales, se ha establecido un monto mínimo equivalente al valor de dos consultas médicas para la presentación de los pedidos de reintegros de gastos en atención de la salud. Por tal motivo, la Caja considerará para su liquidación, los pedidos de reintegros que superen el monto mínimo vigente o hayan transcurrido 30 días desde la presentación de la última solicitud. Hasta tanto no se llegue al monto mínimo o no haya transcurrido el tiempo anteriormente establecido no se recibirán los pedidos de reintegros, por lo que el beneficiario deberá acumular los comprobantes de gastos en su poder.

Importante:

Con el objetivo principal de evitar la demora en la liquidación de los pedidos de reintegros por no contar con toda la documentación necesaria, el Comité Ejecutivo ha decidido instruir al personal de delegaciones y de Sede Central para que, al momento de presentar los pedidos de reintegros, lo asesoren y supervisen la documentación que está presentando, demorando el ingreso definitivo a la División de Atención de la Salud, hasta que el mismo esté completo y permita su liquidación. Mientras ello no ocurra, los pedidos de reintegros serán rechazados. En caso de insistir con la presentación de un pedido de reintegro incompleto, deberá completar un formulario adicional que le será provisto al momento de la presentación del mismo.

De esta manera, usted podrá esperar la acreditación del reintegro en el tiempo y la forma a los que todos aspiramos, sin las molestias y los gastos que ocasiona tener que reclamarle documentación complementaria.

Consultas médicas

Para acceder al reintegro del gasto por consultas médicas deberá presentar la factura o recibo original en legal forma extendido por el profesional, con su firma aclarada, a nombre del beneficiario.

En caso de presentar una factura electrónica no será necesario que la misma cuente con la firma y sello del profesional que la emite. Dicho requisito será reemplazado por la validación el CAE por parte del empleado de la Delegación.

Análisis clínicos / Prácticas varias

Deberá presentar para su consideración los siguientes elementos:

- Orden médica
- Factura emitida en legal forma a nombre del beneficiario

La Caja evaluará la necesidad de presentar los elementos o estudios complementarios que crea conveniente para el acceso al reintegro.

2.2 Reintegros de cirugías en instituciones sin convenio o en consultorio

Deberá presentar para su consideración los siguientes elementos:

- Orden médica de la intervención
- Protocolo quirúrgico
- Factura de la institución a nombre del beneficiario

Factura electrónica- Requisitos de presentación

En virtud de la Resolución General N° 2485/2008 y sus modificaciones, emitida por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), es posible que reciba por parte de un profesional de la salud, una factura electrónica en lugar de la factura tradicional, como constancia de pago por los servicios recibidos.

De producirse esta situación, deberá tener en cuenta que para acceder al reintegro del gasto, la factura electrónica deberá observar los mismos requisitos que una factura tradicional, excepto la firma y sello o aclaración del profesional que la extiende. Previo a su liquidación y pago, la Caja de Seguridad Social validará la vigencia el CAE (Código de Autorización Electrónico) que dichos documentos contienen en su parte inferior.

2.3 Óptica (Circular 398/2008)

En todos los casos se requerirá:

- Orden médica actualizada.
- Factura de la óptica en original, s/ exigencia de AFIP, o ticket controlador fiscal y detalle anexo (Res. 3419/ DGI – AFIP).
- En todos los casos de anteojos, ya sea de uso habitual o especial, la óptica debe discriminar el costo de los cristales y el del armazón.

Conceptos cubiertos

Anteojos de uso habitual:

- Lentes comunes: corrección hasta 6 en el eje esférico y/o hasta 2 en el eje cilíndrico.

Anteojos especiales:

- Lentes especiales: correcciones que superen 6 en eje esférico y/o 2 en el eje cilíndrico.
- Lentes bifocales: con una graduación de cerca y una de lejos.
- Multifocales: con una graduación de cerca + lejos + intermedia o graduación progresiva.

Lentes de contacto:

- Lentes de contacto
- Lentes de contacto descartables
- Lentes de contacto multifocales
- Lentes de contacto tóricas
- Lentes de contacto permeables al gas

Coberturas

Se reintegrarán, como máximo por año calendario, hasta los montos tope de los elementos en forma individual o hasta los montos tope que surjan de alguna de las siguientes combinaciones, las que deberán ser prescriptas puntualmente por el profesional interviniente:

- Lentes de contacto: un (1) par por año calendario
- Lentes de contacto descartables: sin límite de número hasta cubrir el monto máximo reintegrable
- Lentes de contacto multifocales: un (1) par por año calendario
- Lentes de contacto tóricas: un (1) par por año calendario
- Lentes de contacto permeables al gas: un (1) par por año calendario
- Dos (2) pares de anteojos de uso habitual (independientemente de su graduación, siempre que ésta no sea neutra en ambos ojos), o
- Un (1) par de anteojos de uso habitual más un (1) par de anteojos de uso especial, o
- Un (1) par de anteojos de uso habitual más cualquiera de los incluidos en el rubro lentes de contacto
- Un (1) par de anteojos especiales más cualquiera de los incluidos en el rubro lentes de contacto

Otros recursos

- Armazones: dos (2) por año
- Lentes intraoculares: dos (2) de por vida
- Visión subnormal: uno (1) cada cinco (5) años

2.4 Ortopedia (Circular 318/01)

Calzado ortopédico

- El pedido de reintegro deberá contener: orden médica extendida por el profesional tratante y factura extendida por el proveedor a nombre del beneficiario.

- Se reconocerán hasta 2 pares de calzado ortopédico por año (zapatos o calzado deportivo).
- No se reconocerá el monto que corresponda a calzado adquirido en zapaterías o en casas de artículos deportivos. En esos casos sólo se reconocerá el importe de las modificaciones ortopédicas que fueren realizadas, hasta el valor máximo por par de calzado vigente.
- Cuando el calzado sea provisto por la ortopedia se reconocerá hasta el monto máximo por par de calzado vigente. La diferencia con el monto efectivamente abonado queda como copago a cargo del beneficiario.
- En los casos de zapatos ortopédicos especiales confeccionados a medida, se reintegrará el 80% del valor presentado. Excepcionalmente para Subsidio complementario se reintegrará el 100% del valor abonado.

Medias de compresión elástica

Respecto de las medias de compresión elástica -prescritas habitualmente para pacientes con trastornos del retorno venoso- se considerarán hasta 2 pares por año, con un reintegro del 80% del precio de venta.

Plantillas

Se reconocerá 1 par por año con un reintegro del 80% del precio de venta. Para Subsidio complementario se reintegrará el 100% del valor abonado.

2.5 Prótesis y otros insumos biomédicos / Coseguro (Circular 474/12)

El pedido de reintegro deberá contener: orden médica extendida por el profesional tratante y factura extendida por el proveedor a nombre del beneficiario.

Insumos biomédicos

Las válvulas cardíacas, marcapasos, stents convencionales, prótesis vasculares, coils para embolización de aneurismas cerebrales y otros insumos biomédicos de primera necesidad, tendrán una cobertura del 100%, previo análisis y autorización por la Auditoría Médica. En procedimientos de urgencia, si el prestador se encuentra en condiciones de efectuar la provisión, se abonará a éste el importe presupuestado, con el resto de la facturación.

Prótesis, material de osteosíntesis, de artroscopía, etc.

La cobertura de las prótesis, material de osteosíntesis, de artroscopía, etc. y otros no mencionados previamente, de origen nacional, alcanzará al 100% de su valor. Igual porcentaje tendrán los insumos biomédicos importados que no tengan equivalente nacional. El resto de los insumos importados tendrán una

cobertura del 80% del precio de mercado. Esta se realizará sobre la base de las características técnicas del insumo, prescindiéndose de cualquier sugerencia de marca o proveedor. No serán pasibles de reintegro los insumos biomédicos utilizados para fines estéticos.

2.6 Audífonos

La evaluación de la solicitud será realizada por Auditoría Médica, para lo que deberá presentarse:

- Orden médica.
- Audiometría, logoaudiometría y selección de audífonos.
- Factura de compra.

Se establece en 3 años el período que deberá transcurrir para el reintegro de un nuevo audífono.

2.7 Prótesis - reintegro como coseguro

Para el caso de una cobertura parcial utilizando previamente otra obra social, se requiere la presentación de:

- Orden médica (fotocopia)
- Factura de pago a nombre del beneficiario en la que deberá constar el importe cubierto por la otra Obra Social.

Previo análisis a cargo de la Asesoría Médica, la diferencia abonada por el beneficiario le será reintegrada hasta los importes reconocidos por la Caja.

2.8 Elementos reparadores (Circular 407/08)

- El pedido de reintegro deberá contener: orden médica extendida por el profesional tratante y factura extendida por el proveedor a nombre del beneficiario.
- El sistema de atención de la salud tiene previsto el reintegro de gastos por la adquisición y/o alquiler de elementos reparadores (sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, bastones, etc.).
- El valor del reintegro podrá ser del 80% o 100% dependiendo de las características del elemento reparador, su origen (nacional o importado) y el tiempo estimado de uso. Por tal motivo, y a fin de conocer en detalle la cobertura, se sugiere la consulta del Reglamento para la cobertura de elementos reparadores publicado en la circular 407/08.
- En caso de que el elemento reparador solicitado responda a características universales, vaya a ser utilizado por un tiempo menor a un año y tenga intercambio higiénico aceptable, será reintegrado el 100% y se confeccionará un contrato de comodato con el beneficiario. La compra será auto-

rizada luego de comprobarse la inexistencia, en poder de la Caja, de elementos similares que pudieran ser útiles para el fin solicitado. El insumo debe retornarse a la Caja en condiciones de ser reutilizado al final de su ciclo de uso. Si el beneficiario optara por la compra de un elemento de estas características, independientemente de la existencia en la Caja de uno similar, no se confeccionará contrato de comodato y el valor de reintegro será del 80%. En este último caso, el insumo no debe retornarse a la Caja.

Para mayor información puede consultar el Reglamento de elementos reparadores ingresando a la página web de la Caja en <https://www.colescba.org.ar/portal/caja-seguridad-social/salud/reintegros/reglamento-para-la-coberturade-elementos-reparadores>

2.9 Psicoterapia - tratamiento

Para acceder a la evaluación del reintegro de gastos por esta práctica será indispensable, desde el inicio del tratamiento, la presentación de historia clínica en el formulario de la Caja previsto para tal fin.

Este formulario, que podrá descargarlo del sitio institucional ingresando a www.colescba.org.ar, deberá ser completado, firmado y sellado por el profesional tratante y deberá consignar los siguientes datos:

- Nombre y apellido, edad y número del beneficiario
- Diagnóstico
- Tiempo estimado de duración de la terapia
- Evolución
- Pronóstico.

La historia clínica deberá ser autorizada por la Auditoría Médica y actualizada cada tres a seis meses, según indicación de la Auditoría.

Cobertura máxima: una consulta semanal, hasta un plazo de 3 años.

2.10 Enfermedades mentales/ Internación

2.10.1 Cobertura en internación psiquiátrica aguda

Para episodios psiquiátricos que requieran internación, la Caja contempla un período máximo de 2 meses con cobertura completa en la institución psiquiátrica que el paciente seleccione. En este caso, la cobertura de medicamentos es del 100% independientemente de la banda del formulario terapéutico en la que se encuentre.

Requisitos para acceder a esta cobertura:

- Enviar copia completa de la historia clínica de internación.
- Autorización de Auditoría Médica.

2.10.2 Cobertura pacientes subagudos

Esta cobertura se extiende hasta completar los 12 meses a partir de la fecha de inicio de la internación aguda y está destinada a resolver las necesidades posteriores al episodio agudo. Durante el período de cobertura, la Caja reconoce un monto máximo fijo mensual, el que puede ser considerado en forma acumulativa a lo largo del año calendario hasta un tope anual. Dicho tope se calcula a partir del mes en el que se autoriza la cobertura. Esto significa que si en los primeros meses no ha alcanzado el límite máximo de gasto, ese remanente puede ser utilizado en los meses posteriores. Ambos valores máximos son fijados por resolución del Consejo Directivo.

En dichos montos se incluyen todos los rubros del período (hospitales de media jornada, profesionales tratantes, acompañantes terapéuticos, etc.), excepto los medicamentos cuyo valor es reintegrado de acuerdo con la banda que les corresponda en el formularios terapéutico de la Caja.

Requisitos para acceder a esta cobertura:

- Enviar copia completa de la historia clínica de internación.
- Autorización de Auditoría Médica.

2.10.3 Cobertura pacientes crónicos

Contempla la internación de pacientes psiquiátricos crónicos más allá del año.

Durante el período de cobertura, la Caja reconoce un monto máximo fijo mensual, el que puede ser considerado en forma acumulativa a lo largo del año calendario hasta un tope anual. Dicho tope se calcula a partir del mes en el que se autoriza la cobertura. Esto significa que si en los primeros meses no ha alcanzado el límite máximo de gasto, ese remanente puede ser utilizado en los meses posteriores. Ambos valores máximos son fijados por resolución del Consejo Directivo.

Los gastos en medicamentos son reintegrados de acuerdo con la banda que les corresponde en el formulario terapéutico de la Caja.

Requisitos para acceder a esta cobertura:

- Enviar copia completa de la historia clínica de internación
- Autorización de Auditoría Médica

2.10.4 Pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos, graves y complejos

Este beneficio da cobertura a aquellos beneficiarios que, teniendo patologías psiquiátricas crónicas, tienen una modalidad evolutiva compleja por la presencia de factores asociados que generan mayor demanda de asistencia. Para ser incorporado a esta categoría, el beneficiario deberá presentar historia clínica detallada que permita analizar la situación, esta será valorada por un Asesor especializado en salud mental, quien definirá si se cumplen las condiciones de incorporación, el período de tiempo por el cual se incorporará y cuáles serán los requisitos para considerar la continuidad una vez finalizado dicho período. El monto máximo de cobertura de esta categoría será el equivalente al de la categoría subagudos más un 50% y se aplicará a los recursos destinados a dar contención a la situación, como por ejemplo:

- Sesiones de psicología y/o psiquiatría
- Hospitales de media jornada o jornada completa
- Acompañantes terapéuticos debidamente acreditados
- Rehabilitación
- Sistemas de rehabilitación de drogadependencia, etc.
- Equipos de atención multidisciplinarios.

No quedan comprendidos en el mencionado monto los medicamentos psiquiátricos, que se cubren de acuerdo a la banda correspondiente y los tratamientos médicos no directamente vinculados a la situación específica.

2.11 Prestaciones especiales

2.11.1 Personas con Subsidio complementario

Esta cobertura, si bien fue creada originalmente para pacientes psiquiátricos crónicos, luego fue ampliando el espectro de la misma a quienes padecen enfermedades crónicas que generan discapacidad moderada hasta severa. Brinda cobertura a los recursos específicos destinados a tratar a estos pacientes (están excluidos los medicamentos y cualquier otro consumo que no esté estrictamente ligado a esta situación), quedando incluidos según el caso:

- Sesiones de psicología y/o psiquiatría
- Psicopedagogía
- Fonoaudiología
- Hospitales de media jornada o jornada completa
- Acompañantes terapéuticos debidamente acreditados
- Rehabilitación física especial
- Educación especial (escuelas especializadas o maestras integradoras)
- Sistemas de rehabilitación de drogadependencia, etc.

Quedan excluidos:

- Transportes escolares
- Cuotas sociales
- Comedores escolares

A partir del 1 de enero de 2019, la prestación brindada por parte del profesional que documente la mencionada especialización mediante el envío de su Curriculum Vitae abreviado, tendrá un reconocimiento de hasta 2,5 veces del valor de referencia para sus homónimos en el resto del sistema.

Todos estos recursos pueden ser utilizados por el beneficiario sin límite de número y se reintegran hasta el límite máximo vigente para cada prestación. Durante el período de cobertura, la Caja reconoce un monto máximo fijo mensual, el que puede ser considerado en forma acumulativa a lo largo del año calendario hasta un tope anual. Esto significa que si en los primeros meses del año no ha alcanzado el límite máximo de gasto, ese remanente puede ser utilizado en los meses posteriores. Ambos valores máximos son fijados por resolución del Consejo Directivo.

Requisitos para acceder a esta cobertura:

- a. Presentar la solicitud mediante un pedido formal, acompañada de todos los antecedentes médico e historia clínica que avalen la situación médica del paciente.
- b. A la solicitud deberá adjuntar un Plan de Trabajo Anual, donde se explique quienes son los profesionales que van a intervenir y cuáles las tareas a realizar.
- c. Será necesario además, documentar el entrenamiento profesional en tratar la patología del beneficiario, mediante presentación de un Curriculum Vitae abreviado.
- d. La Asesoría Médica determinará la frecuencia con la que deberá actualizar la propuesta terapéutica o plan de trabajo.

2.11.2 Internación domiciliaria

Este subsidio contempla la asistencia necesaria para los pacientes que, en general luego de una hospitalización, deban continuar con los cuidados propios de la internación, pero que por su media o baja complejidad lo pueden hacer en su domicilio con personal especializado.

Para el análisis de la cobertura, deberá enviar un resumen de historia clínica realizado por el médico tratante, donde se describan en forma detallada las necesidades de cuidado del paciente. El mismo será evaluado por la Auditoría Médica a fin de autorizar la cobertura, la que se encargará de gestionar la internación cuando la Caja tenga un prestador con convenio en la zona de residencia

del beneficiario. Ante la inexistencia de prestadores convenidos en la zona de residencia del beneficiario, se utilizará la modalidad de reintegro, el que se hará hasta los valores máximos establecidos para cada una de las prestaciones.

2.11.3 Geriátrico

Para acceder a esta cobertura deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Presentación de historia clínica que justifique su necesidad.
- Autorización de Asesoría Médica.
- Factura de pago emitida por el geriátrico a nombre del beneficiario, que cumpla con la Resolución 3419 de la AFIP-DGI.

2.11.4 Cuidados domiciliarios

Este subsidio contempla el reintegro de gastos generados por la asistencia a personas, en su domicilio, con alto grado de dependencia para la realización de las actividades de la vida cotidiana (alimentación, higiene y vestido).

Para acceder a esta cobertura deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Nota de solicitud del subsidio firmada por el beneficiario o familiar en la cual se deberá hacer constar el domicilio actual y un teléfono de contacto.
- Presentación de historia clínica firmada por el médico tratante en la cual se justifique el pedido y la necesidad.
- La Caja evaluará la necesidad de solicitar la visita y supervisión periódica de la Asistente Social.
- Autorización de Asesoría Médica.
- Factura o recibo de pago emitidos en legal forma por el cuidador a nombre del beneficiario, que cumpla con las exigencias de la AFIP, o constancia de pago de sueldos y aportes y contribuciones en la forma exigida por la ley.

2.11.5 Cirugía bariátrica (Circular 583/16)

Se reconoce la cirugía bariátrica, como prestación cubierta por el Sistema de Atención de la Salud, bajo las siguientes condiciones a saber:

- Diagnóstico de obesidad severa con IMC (índice de masa corporal) mayor a 40.
- ≥ 40 o $IMC \geq 35$ asociado a comorbilidades (diabetes, hipertensión arterial, etc.), con más de 5 años de evolución, que podrá ser verificado a través del procedimiento que la Caja determine.
- Antecedentes documentados de intentos de descenso de peso por otros medios.
- Edad mayor de dieciocho 18 años.
- Evaluación realizada por un equipo multidisciplinario con trayectoria re-

conocida en el tema, que confirme que el paciente reúne las condiciones psicológicas para someterse a este tipo de tratamiento, y la ausencia de contraindicaciones.

La cobertura procederá bajo las siguientes modalidades:

- La cobertura de esta prestación será del 100% hasta los valores de referencia, considerando como tales a los convenidos con los principales prestadores del Sistema de Atención de la Salud.
- En el caso de realización por vía de reintegro se utilizarán los anteriores como valores de referencia.

La Caja cubrirá un solo procedimiento de cirugía bariátrica por paciente.

2.11.6 Técnicas de reproducción asistida de alta complejidad (TRA)

Criterios básicos:

- Será condición documentar que la mujer a quien se le aplicarán las técnicas de reproducción humana asistida se encuentre en edad fértil y que la elección de la técnica de reproducción asistida como medio de procreación sea consecuencia del impedimento de uno o ambos integrantes de la pareja para conseguir el embarazo por medios naturales.

Quedarán excluidos de la cobertura los procedimientos que impliquen:

- Compra de gametos o embriones provenientes de terceras personas.
- Mantenimiento de embriones criopreservados. En caso de que el beneficiario/a optare por el citado procedimiento, será bajo su exclusivo costo y responsabilidad tanto el mantenimiento, como el destino final de los embriones resultantes de esta técnica.

Condiciones de cobertura

- La cobertura deberá ser previamente autorizada por Auditoría Médica, para lo cual será necesaria la presentación de un resumen de historia clínica acompañado de la fotocopia de los informes de los estudios realizados, que documenten la evaluación de la causa de esterilidad.
- La cobertura de los procedimientos de diagnóstico previo y de los medicamentos necesarios para el apoyo del diagnóstico se realizará siguiendo las normas habituales de cobertura que tiene el Sistema de Atención de la Salud.
- Los medicamentos necesarios para el tratamiento (estimulantes de la ovulación, etc.) serán cubiertos por el mecanismo del reintegro de acuerdo a la banda correspondiente del formulario terapéutico.
- El procedimiento podrá realizarse sin cargo para el beneficiario/a en aquellas instituciones con las que esta Caja tenga convenio o en su defecto, con el prestador legalmente habilitado, libremente elegido por ellos, utilizando la modalidad del reintegro.

- Cuando el beneficiario/a solicite cobertura de algunas de las técnicas médicas de reproducción humana asistida de alta complejidad para ser aplicada en una persona no afiliada a la Caja, deberá acreditar el consentimiento informado. En caso de producirse el nacimiento, el beneficiario principal tendrá un plazo máximo de 60 días a contar desde el mismo, para adjuntar el certificado de nacimiento; la falta de presentación constituirá uso indebido del sistema obligándose a reintegrar a la Caja la totalidad de los montos abonados por los distintos conceptos más los intereses que correspondan.
- Se establece como máximo la cobertura de tres procedimientos de por vida y por beneficiario/a de técnicas médicas de reproducción humana asistida de alta complejidad, ya sea por ICSI (inyección de espermatozoides dentro del óvulo) o FIV (fertilización in vitro) o cualquier otro método que en el futuro la Caja considere científicamente comprobado, entendiéndose que cada procedimiento comprende hasta la transferencia del último embrión criopreservado obtenido en cada uno de éstos procedimientos.
- El tope de cobertura comprende además a los medicamentos específicos para este tipo de tratamiento.

Quedan expresamente excluidos de este tope los procedimientos de baja complejidad (inseminación intrauterina).

Por el momento los prestadores con convenio son:

- Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Instituto Médico Halitus.

2.11.7 Enfermedad celíaca (Resolución 361/12)

La Caja tiene previsto la asignación de un subsidio mensual para cubrir los mayores costos que implica llevar a cabo una dieta libre de gluten. Para acceder al beneficio, deberá certificarse el diagnóstico mediante la presentación de los resultados de las siguientes pruebas:

1. Anticuerpos específicos de la enfermedad.
2. Biopsia de mucosa intestinal.

Acordado el subsidio, se hará efectivo mensualmente a través de un depósito en la caja de ahorro del beneficiario.

2.12 Cobertura por alojamiento fuera del lugar de residencia

Este subsidio da cobertura al gasto por alojamiento fuera del lugar de residencia, a aquellos beneficiarios con tratamiento de radioterapia, quimioterapia y/o post operatorio con complicaciones bajo las siguientes condiciones:

- El tratamiento debe exigir la asistencia del beneficiario al centro de salud, por lo menos 2 veces por semana, durante un período superior a 30 días.

- El centro asistencial se debe encontrar a más de 100 kilómetros del lugar de residencia del beneficiario.
- El valor del subsidio será el equivalente al 60% mensual del precio del alquiler de un departamento de 2 ambientes en cercanías a dicho centro, hasta un máximo igual al valor del reintegro de 3 días de pensión individual con acompañante.

Para obtener el reintegro del gasto, el beneficiario deberá presentar:

- Historia clínica.
- Recibo emitido en legal forma por los gastos realizados.
- 3 avisos de periódicos de la zona donde figure el precio de alquiler de un departamento de 2 ambientes. Cuando el período exceda en una fracción al mes completo, se abonará la parte proporcional del período efectivamente utilizado.

2.13 Cobertura de habitación individual con acompañante

El Sistema de Atención de la Salud tiene establecido como valor máximo de cobertura para la habitación individual con acompañante (incluye solo desayuno y ropa de cama) el acordado con el Hospital Británico.

Dicho monto será el tope utilizado, cuando sea necesario, para el cálculo de los reintegros de internaciones clínicas y quirúrgicas en sanatorios sin convenio.

Cuando la habitación contratada con algún prestador de la Caja sea compartida y el beneficiario solicitare una individual, se reconocerá por la vía del reintegro la diferencia entre el valor acordado con el Hospital Británico y el convenido con el prestador.

Para acceder al reintegro deberá presentar:

- Nota de solicitud firmada por el beneficiario.
- Hoja de internación o epicrisis.
- Factura emitida en legal forma por el prestador.

2.14 Pañales descartables (adultos)

Se reintegrará el 80% de lo abonado en la compra, con el tope máximo de valor y cantidad de pañales vigente a la fecha.

Ambos límites son considerados en forma mensual. Las patologías que justifiquen necesidad superior podrán ser consideradas y autorizadas por períodos limitados de tiempo.

Para acceder al reintegro deberá presentar:

- Orden médica.
- Resumen de historia clínica.

- Factura o ticket de la compra emitidos en legal forma.
- Aprobación de Asesoría Médica.

2.15 Valores topes de reintegros

Los valores vigentes podrán ser consultados en el sitio institucional ingresando con su usuario y contraseña a: www.colescba.org.ar en el apartado “Montos de reintegros”.

2.16 Reglamento de Subsidios

“Artículo 21: Montos y topes

‘La Caja’ convendrá los valores con los Prestadores para los servicios por ellos brindados, acorde con los vigentes en el mercado y determinará la documentación que deberá presentarse para la fiscalización de los mismos. Dichos valores servirán como marco de referencia cuando las mismas prácticas sean realizadas por prestadores sin convenio con el sistema, constituyendo los topes de reintegro. Para aquellas prestaciones que no estuvieran comprendidas en los convenios y que se consideren alcanzadas por la cobertura del Sistema, ‘La Caja’ establecerá los montos tope de reintegro y los requisitos que deberán completarse para acceder a ellos”.

“Artículo 23: Reintegro excepcional

Cuando por las características excepcionales de la asistencia médica realizada, los gastos resultaren desproporcionadamente superiores a los límites establecidos en esta reglamentación, ‘La Caja’, previo dictamen fundado de la Asesoría Médica y/u Odontológica, podrá acordar un reintegro excepcional hasta de un 50% del monto fijado para cada prestación. La excepcionalidad aquí contemplada se sustenta en situaciones objetivas y nunca derivadas de la prerrogativa arancelaria propia de los profesionales o instituciones intervinientes”.

Por tal motivo, para que este beneficio sea procedente, deben observarse los siguientes pasos:

- Solicitud expresa por parte del beneficiario.
- Elevación a Comisión de Atención de la Salud, previo dictamen de la Asesoría Médica.
- Consideración del Comité Ejecutivo y del Consejo Directivo del despacho de Comisión y de la preliquidación.
- En caso de que correspondiera, reintegro de hasta un 50% adicional del monto fijado para cada prestación.

3. VÍA MIXTA

Consideraciones generales / Uso de otra obra social / Prescripción por nombre genérico.

3.1 Consideraciones generales

La enunciación de una vía mixta -ofrecida desde antiguo por nuestro sistema de salud- no pretende sorprender al beneficiario quien, con seguridad, ya ha usado automáticamente el procedimiento en alguna ocasión. No obstante, la apertura en esta guía de una sección especial para contener los casos de la vía mixta de acceso al sistema, obedece a la conveniencia de contar -desde ya y para el futuro- con un sitio que agrupe específicamente la información referida a estos casos.

Los casos en que el acceso al sistema de salud puede considerarse contemplado por la vía mixta, se refieren básicamente a dos, que se enunciarán a continuación:

1. El gasto en salud es absorbido por el sistema mediante ambas vías descriptas, vale decir por reintegro y mediante convenio. Ejemplos: los casos ya vistos correspondientes al Convenio Global (G), al Convenio Sanatorial (S) y al Global con Listado (G-L).
2. Ese gasto es absorbido -en parte- por otra obra social y el remanente -o una fracción- es reembolsado por la Caja por la vía del reintegro.

3.2 Uso de otra obra social (Circular 347/03)

Nuestro sistema permite al beneficiario la presentación, por vía de reintegro, de los gastos no reconocidos por otro sistema al que se encuentre adherido, sea por voluntad propia (medicina prepaga), o por su desempeño -o el de su cónyuge- en una actividad con relación de dependencia, o por percibir una jubilación del Estado (PAMI o IOMA). En estos casos, el gasto en salud puede llegar a tener para el beneficiario un costo cero.

Para ello nuestro beneficiario debe utilizar en primera instancia la otra cobertura de salud que posee y luego solicitar a nuestra Caja el reintegro de los importes no cubiertos por aquélla. En todos los casos el tope de reintegro alcanza hasta el total que, para el tipo de gasto realizado, tenga previsto nuestra Caja. Ejemplo: si el beneficiario compra un medicamento utilizando otra cobertura médica y ésta le reconoce un 40% del precio según los valores del manual farmacéutico, por vía del reintegro logrará el porcentaje que la Caja tiene previsto sobre el valor del medicamento hasta el tope abonado en la farmacia.

Lo mismo ocurre con consultas, análisis, prácticas, internaciones, prótesis, odontología, etc. Si la otra cobertura le requiere la compra de bonos (para consultas, análisis clínicos, radiografías, etc.) el costo de esos bonos también es un valor reintegrable para la Caja.

Cómo utilizar este sistema:

Para medicamentos: presentar a la Caja fotocopia de la receta médica que retuvo la farmacia y el ticket original del pago realizado.

Para prótesis: presentar a la Caja fotocopia de la receta médica y la factura pagada (original), en la que consten los datos de afiliación y el importe alcanzado por la otra cobertura. La diferencia abonada será motivo de reintegro hasta los valores que reconoce la Caja.

Para bonos de consulta o de prácticas: presentar a la Caja fotocopia de los bonos debidamente sellados y firmados por los profesionales intervinientes.

Las posibilidades de acceder al reintegro por este mecanismo no se agotan en esta síntesis. Para una mejor y más amplia información, el beneficiario puede consultar cada caso, en forma previa a su utilización, al teléfono 0800-222-3511 (Opción 3), correspondiente a la Mesa de Ayuda de la División Atención de la Salud.

3.3 Prescripción por nombre genérico

Se recuerda a los beneficiarios que está vigente la Ley de Prescripción por Nombre Genérico del Medicamento. De acuerdo con esta ley, el beneficiario puede solicitar, en cualquier farmacia, el reemplazo del medicamento recetado por otro que, con la misma droga y dosificación, tenga otro nombre comercial y distinto precio.

De requerirse asesoramiento al respecto, está a disposición del beneficiario la Asesoría Médica en el teléfono 0800-222-3511