

MUNICIPALIDAD DE CASILDA

RESOLUCIÓN Nº 163

Casilda, Cuna de la Agroexportación Argentina,

16 de Septiembre de 2025.-

VISTO:

Las Ordenanzas Municipales Nº2442, 3422 (Tributaria) y 3423 (Tarifaria), y

CONSIDERANDO:

Que mediante la Ordenanza Nº 2442, 3422 y 3423 se autoriza a actualizar el valor del MA según Resolución Impositiva Anual.-

Que desde ASSAL se han establecido los nuevos MA desde hace tiempo.-

Que en virtud de la sugerencia realizada por el Área de Seguridad Alimentaria este DEM cree conveniente establecer los montos de acuerdo a las actualizaciones impuestas y comunicadas por ASAC, a excepción del ítem 7 del art. 1º - Carnet de Manipulación de Alimentos, ya que se considera elevado el cobro en 90 MA dispuesta por la normativa local, con respecto a ASSAL y el resto de los Municipios y Comunas, lo que conlleva que los ciudadanos concurran a otro pueblo a gestionarlo o directamente no lo realicen, por ello

El Sr. INTENDENTE MUNICIPAL, en uso de sus facultades,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º) ESTABLÉZCASE el valor del Módulo Alimentario (M.A.) en PESOS CUATROCIENTOS (\$ 400.-), que fija la Agencia Santafesina de Seguridad Alimentaria (ASSAL) y tomando como base de cálculo la disposición Nº 13/2025 de la Agencia y conforme la actualización de los costos operativos de la ASSAL, previstos en la ley de Tasas y Aranceles Bromatológicos Nº 10.745 y homologada por Resolución Provincial Nº 2025-00002227-APPSF-PE#MS, del Ministerio de Salud de la Provincia, a partir del 1 de Septiembre de 2025.-

ARTÍCULO 2º) ESTABLÉZCASE que el nomenclador de actividades Agroalimentarias detallados en las ordenanzas, en las cuales se detallan las actividades y categorías quedará determinado como:

1) TASA AGROALIMENTARIA:

A) COMERCIO de ALIMENTOS:

Comercio Menor:

Categoría A: Importe: 104 MA.- Un rubro (\$ 41.600)

Categoría B: Importe: 160 MA - Un rubro (\$ 64.000)

Categoría C: Importe: 195 MA - Un rubro (\$ 78.000)

Comercio mayor:

Categoría A: 2 rubros: Importe 208 MA.- (\$ 83.200)

Categoría B: 3 rubros: Importe 270 MA.- (\$ 108.000)

Categoría C: varios rubros incluidos no alimenticios: 541 MA.- (\$ 216.400)

Categoría D: salón de fiestas 208 MA.- (\$ 83.200)

Categoría E: salón de fiestas/ conserjería bar:

a) sin elaboración 336 MA.- (\$ 134.400)

b) con elaboración 453 MA.- (\$ 181.200)

Depósitos:

Categoría A: 1 rubros: Importe 180 MA.- (\$ 72.000)

Categoría B: 2 rubros: Importe 248 MA.- (\$ 99.200)

Categoría C: 3 rubros: Importe 315 MA.- (\$ 126.000)

Categoría D: Más de 3 Importe 541 MA.- (\$ 216.400)

B) FÁBRICA de ALIMENTOS:

Categoría A: menor: Importe 225 MA.- (\$ 90.800)

Categoría B: intermedia: Importe 280 MA.- (\$ 112.000)

Categoría C: mayor: Importe 360 MA.- (\$ 144.000)

Categoría D: varios rubros incluidos no alimenticios (con elaboración): 813 MA.- (\$ 325.200)

Categoría E: elaboración catering Importe 227 MA.- (\$ 90.800)

C) VEHÍCULO DE REPARTO:

Vehículos de 4 ruedas; Importe: 112 MA.- (reparto de pan, carnes, etc.) (\$ 44.800)

Vehículo de 2 y 3 ruedas: Importe: 54 MA.- (Delivery, etc.) (\$ 21.600)

2) HABILITACIÓN DE NEGOCIOS: 50% VALOR TASA AGROALIMENTARIA

3) HABILITACIÓN DE PRODUCTOS:

a) Productos elaborados para terceros, (GIP -RMPA: Registro Municipal de Producto Alimenticio) en locales habilitados para tal actividad y a expenderse en locales habilitados por la el Área de Seguridad Alimentaria... 80 MA.- (\$ 32.000)

b) Productos elaborados por Emprendedores locales, y registrados en el Área de Seguridad Alimentaria..... 35 MA.- (\$ 14.000)

c) Productos elaborados para terceros no a negocios locales (RIP), registrados en el Área de Seguridad Alimentaria..... 28 MA.- (\$ 11.200)

4) CABINA SANITARIA: (Por razones operativas, se redondean los valores a múltiplo 5)

Introducción local por carga/ día: 6.66 MA (\$2.664)

Introducción general (no carnes)

Por día: 8 MA (\$ 3.200)

Por semana:

1 vez / por carga 21.33 MA (\$ 8.532)

2 veces/ por carga 13.33 MA (\$ 5.332)

3 veces / 1º carga 21.33 MA (\$ 8.532)

2º carga 13.33 MA (\$ 5.332)

3º carga 8 MA (\$ 3.200)

Introducción de alimentos por mes 1 o 2 veces: por carga 22.66 MA (\$ 9.064)

Introducción de carnes Por introducción de carne vacuna:

Por carga por introductores locales: 20.80 MA (\$ 8.320)

Por carga otros introductores 34.66 MA (\$ 13.864)

Por introducción de carne excepto vacuna:

Por carga por introductores locales: 13.33 MA (\$ 5.332)

Por carga por otros introductores: 28.00 MA (\$ 11.200)

REGISTRO ANUAL EMPRESA:

68 MA (\$ 27.200)

MULTA

270 MA (\$ 108.000) y 676 MA (reincidencia) (\$ 270.400)

5) INTRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE COMIDAS, LUNCH, FIESTAS

(Por razones operativas, se redondean los valores a múltiplos 5)

Hasta 100 personas 136,00 MA (\$ 54.400)

De 101 a 300 personas 270,00 MA (\$ 108.000)

De 301 A 500 personas 384,00 MA (\$ 153.600)

De 501 a 700 personas 677,00 MA (\$ 270.800)

De 701 personas en adelante 906.66,00 MA (\$ 362.664)

6) monto mensual mínimo de pago de derecho de abasto a contribuyentes locales (frigoríficos)
3.813,33 MA (\$ 1.525.332).-

7) CARNET DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS: 40 M.A., conforme Artículo Nº 52 de la Ordenanza Municipal Nº 3422, (\$ 16.000).-

ARTÍCULO 3º) DÉJESE establecido que a partir de la presente resolución, cuando ASSAL resuelva y notifique la modificación del valor del módulo alimentario, ASAC realizará el cálculo de las actualizaciones, informándolo al Departamento Ejecutivo Municipal para su definición de implementación.-

ARTÍCULO 4º) REFRENDESE por el Secretario Coordinador del Área de Gobierno y Gestión.-

ARTÍCULO 5º) COMUNÍQUESE a las Área de Gobierno y Gestión y Área de Economía y Finanzas, a la Dirección Administración, a Contador General, Área de Seguridad Alimentaria, Dpto. Contaduría, Dpto. Compras y Suministros y Dpto. Tesorería, a sus efectos.-

ARTÍCULO 6º) NOTIFÍQUESE con copia del presente al Concejo Municipal.-

ARTÍCULO 7º) PUBLÍQUESE en el Boletín Oficial de Santa Fe y demás medios de publicación de estilo.-

ARTÍCULO 8º) CÚMPLASE, comuníquese y dése al DEM.-

\$ 500 549495 Sep. 22 Sep. 24

BANCO DE GALICIA Y BUENOS AIRES S.A

REMATA

POR

DAVID BOSCHI

Por cuenta y orden del acreedor prendario BANCO DE GALICIA Y BUENOS AIRES S.A el día 30 de Septiembre de 2025, a las 11:00 Hs. en la Sala de Remates del Colegio de Martilleros de Rosario sito en calle Moreno 1546, de esta ciudad de Rosario; de conformidad a lo normado por el art. 39 de la Ley 12.962 y art. 2229 del Código Civil y Comercial de la Nación; el Martillero Público David Boschi, (Mat.1929-B-179) subastará en el estado en que se encuentra, los siguientes bienes automotores usados, a saber: 1) DOMINIO AD436OT, MARCA CHEVROLET, MODELO/AÑO ONIX JOY 5P 1.4 N LS MT+/ 2019, TIPO SEDAN 5 PUERTAS, MOTOR MARCA CHEVROLET N° GFK140650, CHASIS MARCA CHECROLET N° 9BGKL48T0JG415252. 2) DOMINIO JPS879, MARCA VOLKSWAGEN, MODELO/AÑO VENTO 2.5/ 2011, TIPO SEDAN 4 PUERTAS, MOTOR MARCA VOLKSWAGEN N° CCC07880, CHASIS MARCA VOLKSWAGEN N° 3VWRG61KXAM147377. 3) DOMINIO KUH536, MARCA CHEVROLET, MODELO/AÑO AGILE 5P 1.4 LS/ 2012, TIPO SEDAN 5 PUERTAS, MOTOR MARCA CHEVROLET N° U65036999, CHASIS MARCA CHEVROLET N° 8AGCA4850CR116181. 4) DOMINIO KID041, MARCA VOLKSWAGEN, MODELO/AÑO VOYAGE 1.61 MOTION/ 2011, TIPO SEDAN 4 PUERTAS, MOTOR MARCA VOLKSWAGEN N° CFZ831009, CHASIS MARCA VOLKSWAGEN N° 9BWDB45U6BT271182. 5) DOMINIO AA480WV, MARCA RENAULT, MODELO/AÑO DUSTER PH2 PRIVILIGE 1,6/2016, TIPO RURAL 5 PUERTAS, MOTOR MARCA RENAULT, N° K4M2842Q043717, CHASIS MARCA RENAULT, N° 93YHSRA95GJ326976. 6) DOMINIO NRH994, MARCA CITROEN, MODELO/AÑO C3 PICASSO 1.6 VTI 115 EXC. PACK/ 2014, TIPO SEDAN 5 PUERTAS, MOTOR N° 10DF030015848, CHASIS N° 935SDNFP0EB544546. Los automotores se ofrecen a la venta, sin base y al mejor postor. Se deja expresa constancia, que el acto de subasta, queda sujeto a estricta aprobación del acreedor prendario BANCO DE GALICIA Y BUENOS AIRES S.A. Quien resulte comprador deberá abonar en el acto el 10% del precio en concepto de comisión de ley al martillero, el 1.2 % en concepto de Impuesto a la Compraventa, los gastos de guarda en depósito (cochera) y la suma de \$65.000.- en concepto de gastos administrativos (Verificación Policial, informe 13i, informe de dominio, liquidaciones de deudas), todo en dinero en efectivo Pesos y se le hará entrega de copia del acta de remate, en la cual deberá constituir domicilio en la ciudad de Rosario; constancia de la verificación policial efectuada (formulario 12 intervenido por la planta verificadora) informe de estado de dominio e informe 13i. Asimismo, el/los comprador/res deberá/n abonar el monto total del precio, mediante depósito y/o transferencia interbancaria, al día hábil siguiente, en la cuenta que al efecto se le/s indicará, bajo apercibimiento de darse automáticamente por rescindida la operación, sin intimación previa alguna con pérdida total de lo abonado, a favor del vendedor si así no lo hiciere/n. La totalidad de los gastos originados por la guarda del automotor en depósito, los impuestos y/o tasas, en concepto de patentes atrasadas y/o multas que se adeudaren, y que el comprador declara conocer y aceptar con anterioridad al acto de subasta, como así también, los tributos que graven la venta, los gastos e impuestos que se originen por la cancelación de la prenda y todos aquellos que requieran los Registros de la Propiedad del Automotor al momento de efectivizar la transferencia de dominio, serán a cargo exclusivo del comprador, como así también todas y cada una de las diligencias necesarias para concretarla. Los automotores se exhibirán a los interesados los dos días hábiles anteriores al remate en el domicilio de calle Pascual Rosas N° 1236, de Rosario, en el horario de 13 a 15 Hs. El BANCO DE GALICIA Y BUENOS AIRES S.A y/o el Martillero Público DAVID BOSCHI no asumen ninguna responsabilidad por deudas que pudieran haberse generado por infracciones cometidas con el uso del automotor, circunstancia que se advierte para futuras transferencias y aquellos casos en que los vehículos sean afectados a servicios que requieran autorización previa de Organismos Administrativos o ante cualquier otro requerimiento de éstos en tramites sometidos a su control. Habiéndose exhibido los automotores y concluida la subasta no se admitirán reclamos posteriores algunos por el estado de los mismos, diferencias de año, modelo, tipo, insuficiencia de documentación, diferencia por patentes adeudadas o de cualquier otra naturaleza, asumiendo el comprador, a partir del retiro de la unidad las responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que pudiese ocasionar con el uso de la misma. La entrega de las unidades será inmediata una vez acreditado el pago. Informes al Martillero, teléfono (0341) 156915226 de 17 a 19hs. Todo lo que se publica a efectos legales. Rosario, 19 de Septiembre de 2025.-

\$ 600 549540 Sep. 22

MUNICIPALIDAD DE FRAY LUIS BELTRÁN

COMUNICA E INFORMA

La Municipalidad de Fray Luis Beltrán, por medio del presente comunica e informa a los efectos legales que pudiera corresponder, la sanción y vigencia de las siguientes ordenanzas:

Ordenanza N° 011/2025 sancionada el 26 de agosto de 2025 por el Honorable Concejo Municipal, que actualiza los valores de la normativa tributaria municipal, aplicable a partir del período fiscal Septiembre 2025.

Ordenanza N° 012/2025 sancionada el 26 de agosto de 2025 por el Honorable Concejo Municipal, actualiza los valores de la tasa de mantenimiento y funcionamiento de la red de cloacas en la ciudad de Fray Luis Beltrán.

Ordenanza N° 013/2025 sancionada el 26 de agosto de 2025 por el Honorable Concejo Municipal, que actualiza del cuadro tarifario del servicio de producción y distribución de agua potable en la ciudad de Fray Luis Beltrán.

Dichas normas podrán ser consultadas en el sitio oficial de la Municipalidad: <http://www.frayluisbeltran.gov.ar> y/o solicitarse al correo electrónico: gobierno@frayluisbeltran.gov.ar

\$ 135 548722 Sep. 22 Sep. 24

CONSEJO PROFESIONAL DE CIENCIAS ECONOMICAS

RESOLUCION CAMARA II N.º 3/2025

RÉGIMEN DE AFILIACION A ECONOMICAS SALUD DE 41 A 55 AÑOS DE EDAD

VISTO

Las competencias otorgadas por la Ley 8.738, en su art. 35.º, inc. f) que permite a cada una de las Cámaras establecer regímenes y sistemas asistenciales para sus matriculados con carácter obligatorio u optativo.

La Resolución del Consejo Superior N.º 1/68 que crea el Departamento de Servicios Sociales de la Cámara Segunda, en adelante Económicas Salud (ES).

La Resolución de Cámara Segunda N.º 18/2018 que establece un Régimen de Afiliación a ES para matriculados de 41 a 55 años.

La Resolución de Cámara Segunda N.º 16/2018 que establece, entre otras modificaciones, un Régimen de permanencia en el plan Joven hasta los 45 años de edad inclusive.

La Resolución de Cámara Segunda N.º 2/2025 que aprueba el texto ordenado actualizado del Manual de cobertura y Guía de Servicios.

CONSIDERANDO

Que el ingreso de afiliados de edades avanzadas afecta el equilibrio económico-financiero del sistema de salud.

Que este hecho, a la vez, desnivela la pirámide poblacional y desvirtúa el consumo médico promedio per cápita.

Que resulta técnicamente necesario que todo afiliado ingrese antes de los 41 años de edad, no obstante, esta Cámara considera aceptable permitir la afiliación de personas entre 41 y 55 años inclusive de edad, en condiciones diferenciales.

Que, para no afectar la solidaridad, la equidad y la preservación del sistema, resulta necesario establecer valores de cuotas diferenciales para quienes ingresen entre los 41 y 55 años de edad inclusive, con el propósito de atemperar los mayores riesgos y compensar los menores años de permanencia en el sistema.

Por todo ello

LA CAMARA SEGUNDA DEL
CONSEJO PROFESIONAL DE CIENCIAS ECONOMICAS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
RESUELVE

Artículo 1.º: Régimen de afiliación

Instituir un régimen de afiliación para personas de 41 a 55 años de edad inclusive, incluidas en el Manual de Cobertura y Guía de Servicios vigente.

Artículo 2.º: Planes de cobertura

Disponer que quienes ingresen por este régimen sólo podrán afiliarse:

De 41 a 55 años inclusive: al plan Integral, Familiar o Básico Integrado de Salud

De 41 a 45 años inclusive: al plan Joven

Artículo 3.º: Sistema de valores de cuota

Establecer que quienes se afilien por este régimen abonarán durante su permanencia en ES el valor de cuota mensual que surja de aplicar sobre el valor de cuota correspondiente al plan elegido, rango de edad y condición matricular el coeficiente de recargo establecido, según la siguiente escala:

Rango de edad de ingreso 41 a 45 años inclusive: recargo 1,32

Rango de edad de ingreso 46 a 50 años inclusive: recargo 1,52

Rango de edad de ingreso 51 a 55 años inclusive: recargo 1,72

Artículo 4.º: Bonificaciones especiales

Facultar al Directorio de ES para que establezca bonificaciones de ingreso para nuevos afiliados o eximir del cargo que establece la presente resolución por plazos determinados, a fin de fomentar las afiliaciones al sistema de salud.

Artículo 5.º: Carencias y preexistencias

Determinar que para todas las afiliaciones previstas en la presente resolución se mantiene el sistema de carencias y preexistencias según la reglamentación vigente.

La Auditoría Médica, podrá requerir historias clínicas e informes de estudios diagnósticos complementarios realizados por el solicitante. Luego de evaluar la documentación aportada, emitirá un informe dictaminando sobre las preexistencias que, en su caso, correspondan. En ningún caso serán cubiertas por ES las prestaciones que se requieran para el tratamiento de estas patologías preexistentes.

Artículo 6.º: Vigencia de la afiliación e inicio de la cobertura

Disponer que la vigencia de la afiliación está sujeta a la aprobación de la misma, siendo facultad del Directorio de ES aprobar o rechazar las solicitudes de afiliación. La cobertura se inicia a partir de la aprobación de la afiliación.

Artículo 7.º: Régimen especial para optar por un plan de cobertura superior

Establecer que, los afiliados de 51 a 55 años de edad inclusive, podrán optar por un plan de cobertura superior en cuyo caso abonarán durante su permanencia en ES, cualquiera sea el plan de cobertura, los valores de cuotas diferenciales establecidos según lo dispuesto en el Artículo 3º.

Artículo 8.º: Vigencia e Instrumentación

Fijar que la presente resolución tendrá vigencia a partir del 11 de agosto de 2025 y que para todo lo no normado se aplicarán todas las disposiciones y normativas vigentes. Encomendar al Directorio de ES la debida instrumentación operativa y administrativa, el establecimiento de las condiciones particulares, la adecuación de los procesos y sistemas correspondientes, así como la resolución de las situaciones no contempladas expresamente.

Esta resolución regirá por el término de 1 año y será prorrogada automáticamente por períodos iguales, salvo resolución en contrario.

Artículo 9.º: Publicidad y Difusión

Comuníquese a la Caja de Seguridad Social para los Profesionales en Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe, a los matriculados y a los afiliados de Económicas Salud, publíquese en el Boletín Oficial, regístrese y archívese.

Rosario, 11 de agosto de 2025

Dra. Romina Peralta Dr. Carlos Omegna

Contadora Pública Contador Público

Matr. 19740 Matr. 9436

Secretaria Presidente

\$1200 549432 Sep.22

RESOLUCION CAMARA II N.º 2/2025

MANUAL DE COBERTURA Y GUIA DE SERVICIOS DE ECONOMICAS SALUD

VISTO

Las competencias otorgadas por la Ley N.º 8.738 (t.o.), en su artículo 35.º inc. f).

La Resolución del Consejo Superior N.º 1/68 (t.o.) – Creación del sistema de salud de la Cámara II - y su reglamentación.

La Resolución CII N.º 10/2022 a través de la cual se aprueba el último texto ordenado del Manual de Cobertura y Guía de Servicios de Económicas Salud (ES).

CONSIDERANDO

Que resulta necesario mantener actualizado el Manual de Cobertura y Guía de Servicios de ES.

Que el Directorio de ES aprobó la actualización del Manual de Cobertura y Guía de Servicios, en su reunión del día 07.08.25, Acta N.º 1653

Por todo ello

LA CAMARA II DEL CONSEJO PROFESIONAL DE CIENCIAS ECONOMICAS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

RESUELVE

Artículo 1.º: Manual de Cobertura y Guía de Servicios

Aprobar el Manual de Cobertura y Guía de Servicios de Económicas Salud actualizado que forma parte de la presente Resolución, como Anexo "A".

Artículo 2.º: Normas anteriores

La presente Resolución deroga y reemplaza a toda otra norma anterior que se oponga al Manual de Cobertura y Guía de Servicios indicado en el artículo primero.

Artículo 3.º: Vigencia

El mencionado Manual de Cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha de la presente resolución, quedando derogadas todas aquellas que se opongan a la presente.

Artículo 4.º: Publicidad

Comuníquese al Consejo Superior, a los matriculados, a Económicas Salud y a los afiliados al mismo, regístrese y archívese.

Rosario, 11 de agosto de 2025

Dra. Romina Peralta

Contadora Pública

Matr. 19740

Secretaria

Dr. Carlos Omegna

Contador Público

Matr. 9436

Presidente

Manual de Cobertura y Guía de Servicios

-Texto ordenado agosto 2025-

El sistema de salud del Consejo Profesional de Ciencias de la Provincia de Santa Fe Cámara II (CPCE), en adelante Económicas Salud (ES) es un sistema solidario de cobertura médica asistencial. Su denominación anterior fue Departamento de Servicios Sociales (DSS), creado mediante Resolución N.º 1/68 del Consejo Superior. Tiene su origen en la Ley Provincial N.º 8.738 (texto ordenado, y modificatorias), rigiéndose por su normativa, como así también por el presente Manual de Cobertura y Guía de Servicios, y por las resoluciones específicas dictadas por el Consejo Profesional de Ciencias de la Provincia de Santa Fe Cámara II (CPCE). Inspirado en los principios de ayuda mutua y solidaridad entre la comunidad de profesionales en Ciencias Económicas, se sustenta por los aportes de las personas afiliadas, no constituyendo un agente del seguro de salud del régimen nacional. Por las características de este sistema solidario de cobertura médica asistencial, se dicta esta normativa a los fines de asegurar el acceso equitativo a las prestaciones contempladas, procurando su sustentabilidad en el tiempo.

I) CONDICIONES GENERALES

1) AFILIACIÓN

En este reglamento se detallan las características, normas generales, beneficios y limitaciones de los distintos planes de cobertura médico asistencial brindados por ES.

Quien solicite afiliarse en carácter de titular, manifiesta que acepta y conoce los términos del presente reglamento y será responsable por todo su grupo familiar ante ES. La cobertura médico asistencial comenzará a partir de la aceptación por parte del ES de la “Solicitud de afiliación”.

Este reglamento, con sus cuadros anexos de coberturas correspondientes a cada plan, sus modificaciones posteriores y las condiciones particulares pactadas y comunicadas a cada titular, junto a la “Solicitud de afiliación” constituyen el marco normativo entre ES y la persona afiliada en carácter de titular junto a su grupo familiar.

2) DOMICILIO

A los fines de recibir la correspondencia, credenciales y notificaciones que ES le envíe a la persona afiliada en carácter de titular, se tomarán por válidos los domicilios y direcciones de correo electrónico denunciados ante ES.

3) PATOLOGÍAS PREEXISTENTES A LA AFILIACIÓN

Todas las prestaciones reconocidas por este reglamento serán susceptibles de considerarse en

carencia o excluirse por preexistencias. Las personas mayores de edad que soliciten su ingreso o reingreso a ES, cualquiera fuere el plan elegido, deberán completar una declaración jurada de estado de salud por sí mismas y por sus cargas de familia menores de edad. La misma será evaluada por la Auditoría Médica u Odontológica de ES, quien podrá solicitar, a su criterio, mayor información. Una vez concluida esta etapa, ES definirá la/s preexistencia/s con que ingresa cada postulante y su grupo familiar, y dará informe mediante comunicación fehaciente, que la persona interesada deberá aceptar previo a su ingreso. ES definirá los plazos de carencia por preexistencia al momento del ingreso o reingreso y podrá establecerlos por un período de tiempo acotado o bien de forma permanente.

4) RESPONSABILIDAD

En virtud de las características de la vinculación de la persona afiliada con ES, los lineamientos de la práctica médica privada realizada por personal médico y/o sanatorios y/o centros médicos y/o laboratorios y/o cualquier otro prestador profesional, sobre los que ES, no tiene dependencia científica, ni técnica, ni legal, la responsabilidad de la actividad de los mismos y su prestación estará exclusivamente a cargo de dichos prestadores.

Dicho principio se funda en la circunstancia de que tales prestadores actúan en virtud de la total libertad de elección de la persona afiliada, quien ha optado por planes abiertos (con reintegros) o por planes cerrados con una vasta oferta de profesionales, centros y sanatorios, siendo esta elección de planes absolutamente privativa de cada persona afiliada.

5) AFILIADOS

a) TITULARES

Podrán afiliarse a ES:

Profesionales matriculados en el Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe - Cámara II, sea que abonen Derecho Anual de Ejercicio Profesional (DAEP) o Contribución Anual por Mantenimiento del Registro Matricular (CAMRM).

Profesionales en Ciencias Económicas que figuren en el Registro de Profesionales en Relación de Dependencia del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe - Cámara II (RPRD).

Profesionales que figuren en el Registro de Graduados con Títulos No Tradicionales en Carreras Específicas (RTNT) del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe

Profesionales egresados de carreras afines a las Ciencias Económicas, que figuren en registros especiales, creados específicamente, por el Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe- Cámara II.

Profesionales con título universitario en Ciencias Económicas, no incluídos en los puntos 1. y 2. precedentes.

Familiares de los profesionales indicados en los puntos precedentes, según el siguiente detalle:

a. Parentesco por consanguinidad:

Primer grado: hijos.

Segundo grado: nietos y hermanos.

Tercer grado: sobrinos y bisnietos.

Cuarto grado: primos hermanos.

b. Parentesco por afinidad:

Primer grado: yerno o nuera.

Segundo grado: cuñados, cónyuges de los nietos, hermanastros.

Al solicitar la afiliación deberán acreditar el vínculo mediante la presentación de una declaración jurada firmada por el profesional matriculado con quien tiene parentesco.

Personal en relación de dependencia del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe - Cámara II (CPCE), de la Caja de Seguridad Social para Profesionales en Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe - Cámara II (CSS) y del Colegio de Graduados en Ciencias Económicas de Rosario (CGCE).

Estudiantes de carreras universitarias de grado en Ciencias Económicas, que adeuden hasta 5 materias para graduarse. Al solicitar la afiliación deberán presentar constancia de alumno regular y acreditar su situación académica.

Personas vinculadas al ámbito profesional del matriculado. En tal sentido se entiende por personas vinculadas a:

Empleados o colaboradores.

Pasantes.

Otras personas vinculadas que a juicio del Directorio de ES puedan encuadrarse dentro del entorno laboral, empresarial y o profesional del matriculado.

Al solicitar la afiliación deberán presentar una declaración jurada firmada por el profesional matriculado que lo refiera.

En todos los casos es facultad de ES aceptar o no las solicitudes que se presenten, conforme a lo establecido en este Manual de Cobertura.

b) CARGAS DE FAMILIA

Cada titular podrá afiliar en carácter de cargas de familia a:

Cónyuge o persona en unión convivencial (conviviente). Se considera en idéntica situación a la del cónyuge, a cualquier persona que posea unión convivencial y en adelante recibirán tratamiento similar.

Hijos, hijastros y menores cuya tenencia haya sido acordada por autoridad judicial, hasta que dejen de estar a cargo de la persona afiliada en carácter de titular o hayan cumplido veintiséis (26) años de edad. Cabe aclarar que, dejarán la condición de afiliación como carga de familia o no podrán afiliarse bajo esta modalidad, en el caso de matricularse profesionalmente o que cuenten con recursos propios provenientes de actividad laboral rentada o contraigan matrimonio o unión convivencial. En todos los casos, la persona titular deberá notificar cualquier cambio de situación.

En el caso de aquellas personas que padecieran patología discapacitante severa a criterio de la Auditoría Médica de ES, por la que deban estar a cargo de la persona afiliada en carácter de titular, podrán continuar su adhesión como carga de familia superado los veintiséis (26) años de edad.

La afiliación de personas recién nacidas deberá efectuarse dentro del plazo de noventa (90) días a partir del nacimiento. Toda afiliación solicitada con posterioridad a ese plazo implicará que la nueva carga afiliada deba cumplir con los respectivos períodos de carencia vigentes y preexistencias.

En el caso de que la persona recién nacida utilice servicios y prestaciones con cargo a ES, se tomará como fecha de afiliación el día de nacimiento. En caso de que utilice los servicios y prestaciones de ES y no formalizara su afiliación, el costo de los mismos estará a cargo de la persona afiliada en carácter de titular.

6) EDAD LÍMITE DE AFILIACIÓN

El límite máximo de edad para solicitar la afiliación a ES en cualquiera de sus planes es de 40 años inclusive, salvo lo dispuesto en resoluciones de Cámara II que regulan casos especiales o establecen regímenes de transición.

Dicha edad será considerada al momento de la solicitud de afiliación al sistema.

7) REGLAMENTACION COMPLEMENTARIA DE AFILIACIONES

CONTINUIDAD EN EL SISTEMA

1. Las personas beneficiarias de la Caja de Seguridad Social para Profesionales de Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe, podrán continuar en ES según los términos y condiciones establecidos por la Cámara II.

2. Quien sea cónyuge o conviviente de una persona afiliada titular fallecida, siempre y cuando se

haya adherido previamente a ES como carga de familia, podrá continuar revistiendo el carácter de titular, si así lo solicitare.

3. El personal del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe -Cámara II (CPCE), de la Caja de Seguridad Social para Profesionales en Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe - Cámara II (CSS) y del Colegio de Graduados en Ciencias Económicas de Rosario (CGCE) y su grupo familiar podrán continuar en ES con autorización previa de la Cámara II, en la categoría y con los cargos que correspondan.

MATRICULACION POR PRIMERA VEZ DESPUES DE LOS 40 AÑOS

Se establece un régimen de excepción para profesionales que -dentro del año de graduado- se matriculen por primera vez después de los 40 años de edad inclusive. Dicho régimen de excepción consiste en permitir su incorporación, cualquiera sea su edad, exclusivamente en el Plan Básico con todas las carencias y preexistencias que correspondan. En tal caso, no tendrán en ningún momento la posibilidad de optar por un plan de cobertura superior y no podrán incorporar sus cargas de familia salvo que estas tengan menos de 40 años de edad inclusive.

RÉGIMEN ESPECIAL DE REINGRESO

Se establece un régimen de reingreso para afiliados mayores de 40 años de edad inclusive a quienes se les cancelen definitivamente los servicios médicos por morosidad.

Los requisitos para el reingreso al sistema son los siguientes:

1. Solicitar el reingreso dentro de los 12 meses siguientes a la fecha de baja definitiva. Dicho plazo será prorrogable por otros 12 meses con autorización del Directorio de ES.
2. Presentar la correspondiente Declaración Jurada de Salud, aportando la documentación médica que avale la misma.
3. Cancelar íntegramente las sumas adeudadas al momento de suspensión los servicios, al valor de las cuotas vigentes al momento del reingreso del plan al que hubiera pertenecido.
4. En caso de reiteración de solicitudes de reingreso por morosidad, se facultad del Directorio de ES a aceptar o rechazar las mismas.

OPCIÓN POR UN PLAN DE COBERTURA SUPERIOR

Se establece como límite para optar por un plan de cobertura superior la edad de 50 años inclusive.

En caso de solicitar la afiliación a un plan superior, la persona afiliada y su grupo familiar deberán mantener una permanencia mínima de 12 meses en el nuevo plan, renunciando a bajar de plan antes de transcurrido dicho plazo.

EDAD LÍMITE PERMANENCIA PLAN JOVEN

El tope para permanecer bajo la cobertura de este plan se fija en los 45 años de edad inclusive. Se computa en relación a la persona titular del grupo y se hace extensivo a sus cargas de familia, sujeto a las condiciones establecidas en la correspondiente reglamentación y resoluciones modificatorias que dictamine la Cámara II.

7) DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS AFILIADAS

Responsabilidad: quien se afilie en carácter de titular, respecto de su relación con ES, asume toda la responsabilidad por sí y por todo el grupo familiar adherido a su cargo.

Credencial: cada persona afiliada contará con una credencial digital, personal e intransferible. Su presentación previa, ante quien corresponda, es condición indispensable para la utilización de los servicios médico asistenciales que brinda ES.

Fecha de incorporación: la incorporación de quien solicite su afiliación a ES se hará efectiva a partir del momento en que cumplimente en su totalidad los requisitos exigidos para tal fin, pero previa aceptación de las presentes normas que rigen la prestación de los servicios.

Pago de los servicios: las persona afiliada deberá cumplimentar el pago mensual de las cuotas de los servicios médicos de su grupo familiar de acuerdo al tipo, plan y categoría en que revista dentro de los plazos establecidos para el vencimiento de las mismas.

La falta de pago de dos (2) cuotas de servicios sociales provocará la automática suspensión de la prestación de los servicios médicos, pudiendo ES proceder a cancelar la afiliación a quienes revistan morosidad cuando se verifiquen seis (6) cuotas impagas. Igual facultad tendrá ES cuando se verifique una (1) sola cuota impaga cuya antigüedad sea de seis (6) meses respecto de su fecha de vencimiento.

La rehabilitación de la prestación de los servicios médicos se producirá previo pago de los importes adeudados más intereses punitivos si aún no se hubiere dado la baja. Caso contrario el reintegro se producirá previo pago de las sumas adeudadas al momento de suspensión los servicios, al valor de las cuotas vigentes al momento del reintegro del plan al que hubiera pertenecido y luego de transcurridos los períodos de carencia que correspondan.

Gastos incurridos por la persona afiliada con servicios suspendidos o dado de baja: los gastos que eventualmente hubieran producido quienes se encontraran con sus servicios suspendidos, y de cuyo costo se hubiera hecho cargo ES cualquiera fuera la causa, podrán ser facturados a la persona titular en caso de no regularizar su situación, quien deberá abonarlos dentro de un plazo perentorio que en cada caso se establezca.

En el supuesto de incumplimiento ES se reserva el derecho de reclamar judicialmente el pago. Igual tratamiento recibirán los gastos que sean considerados a cargo exclusivo de la persona afiliada y cuyo pago, por cualquier causa, hubiese sido efectuado por ES.

Liquidación mensual: si por cualquier razón el afiliado titular no recibe la cuota o liquidación mensual antes de la fecha de vencimiento a la dirección de correo electrónico

declarado, esta circunstancia no lo eximirá del pago puntual de las cuotas emitidas.

Renuncia: en caso de renuncia a ES, se deberá abonar todo lo adeudado por cualquier concepto, incluso la cuota correspondiente al mes en que presenta su renuncia. Asimismo, como extitular deberá hacerse responsable de todos los gastos, daños y perjuicios que ocasionare por consumos propios o de terceros en su nombre posteriores a la fecha de renuncia.

Cambio de estado y de datos personales: las personas afiliadas tienen la obligación de comunicar en forma fehaciente cualquier información que pudiera originar una modificación en su estado ante ES: cambio de su domicilio legal o profesional, teléfono, mail declarado, estado civil, composición de su grupo familiar y cualquier otro dato relevante para una correcta prestación de los servicios.

Beneficios especiales: se otorgará una bonificación para profesionales con nueva matrícula que se afilien hasta los 40 años inclusive y que se matriculen dentro del año de haberse graduado, contado a partir de la fecha en que el Consejo recibe la información de las facultades de su fecha de graduación, ya sea que opten por el DAEP o CMRM. El beneficio equivale al 100 % de bonificación de la cuota del plan Joven el primer año contado desde la fecha de matriculación y 50 % desde el segundo año.

Esta bonificación es exclusivamente para la persona titular, no alcanzando a su grupo familiar, a quienes podrá adherir con cargo, de acuerdo a las normas vigentes.

Modificación de coberturas y condiciones: ES podrá cancelar o modificar, total o parcialmente, sus planes de cobertura y condiciones. Dichas circunstancias tendrán vigencia a partir de la debida notificación a las personas beneficiarias.

Libre elección: las personas afiliadas tienen derecho a elegir libremente a cualquier profesional que brinde prestaciones en el plan al cual se adhieran dentro del sistema de contratos que formalice ES o por sistema de reintegros de corresponder a su plan.

Modificación de prestadores: ES se reserva el derecho de modificar la cartilla de prestadores cuando lo considere conveniente y sin previa notificación, quedando libre de toda responsabilidad por tales modificaciones.

Cobertura médica fuera de la provincia de Santa Fe: los gastos médicos efectuados fuera de la provincia de Santa Fe solo se cubren a través del servicio de asistencia en viaje contratado por ES o excepcionalmente por reintegro cuando se originen en casos de urgencia o emergencia debidamente fundamentados, quedando excluidos de las prestaciones los viajes que se realicen con el propósito específico de requerir asistencia de cualquier índole fuera de la provincia, salvo expresa autorización previa de la Auditoría Médica. La modalidad de cobertura es la prevista en cada caso según el plan de la persona afiliada, los dictámenes técnicos de la Auditoría Médica u Odontológica y la normativa general vigente de ES.

Subrogación de derechos: en caso de accidentes y/o hechos policiales imputables a terceras personas, ES se reserva el derecho de requerir, de quienes resultaren responsables, los gastos ocasionados por el tratamiento médico realizado, a cuyos efectos se subrogará a la víctima o a sus derechohabientes, en lo pertinente. En tal caso, la persona beneficiaria quedará obligada a facilitar toda la información y colaboración que estén a su alcance para facilitar a ES el ejercicio de ese derecho.

Responsabilidad: ES no se responsabiliza por daños y perjuicios, derivados de impericia, culpa, dolo o negligencia de cualquier profesional que preste servicios a las personas afiliadas, de los que pudieran sufrir en sanatorios o instituciones similares, aún cuando tales servicios y atenciones médicas proviniesen de cuerpos médicos y/o instituciones que integren la cartilla de prestadores de ES. Las personas, profesionales o instituciones que figuren en la cartilla de prestadores, son consideradas como agentes directos de la persona asistida, sin recurso de naturaleza alguna contra ES en razón de tal inclusión.

Auditoría Médica: ES por sí o por medio de cualquier profesional que designe, tiene el derecho de verificar y controlar las causas determinantes de las prestaciones solicitadas, las que serán denegadas cuando las personas afiliadas no permitan el ejercicio de ese derecho o no aporten la información que se le solicite o cometan abusos en la utilización de los servicios.

La calificación de las dolencias y la determinación de las sumas a abonar, o reintegrar en su caso, son de facultad exclusiva de ES quien, previamente, podrá requerir dictamen de Auditoría Médica, Odontológica o Legal.

ES, en salvaguarda de sus intereses, podrá disponer la adopción de todos los requisitos que estime conveniente para el cabal cumplimiento de sus funciones.

8) CARENCIAS

Se considera "Periodo de carencia" al tiempo que quien se haya afiliado a ES deberá esperar para comenzar a utilizar los distintos servicios médico asistenciales que se prestan.

Este período de espera comienza a computarse a partir del primer día del mes calendario de afiliación o reafiliación, considerándose como tal, el primer mes por el que abona su cuota la persona que ingresa.

Los periodos de carencia de ingreso establecidos para todos los planes vigentes son:

1	Asistencia en viaje	1 mes
2	Odontología: prótesis	6 meses
3	Odontología: ortodoncias e implantes	12 meses
4	Fertilización asistida	12 meses
5	Subsidios (matrimonio o unión convivencial, nacimiento, Fallecimiento, guardería, escolaridad para hijos de profesionales que hayan fallecido).	12 meses
6	En caso de cambio a plan superior para coberturas no contempladas en plan de origen, en rubros no detallados precedentemente	6 meses
7	Patologías preexistentes: intervenciones quirúrgicas, medicación y/o tratamientos de las mismas	Sin cobertura

A los fines del cálculo del período de carencia para el caso de los subsidios, se tomará la fecha en que haya acontecido el hecho que lo genere.

Conforme a lo establecido en el Capítulo I) punto 3) Patologías Preexistentes a la Afiliación de este reglamento, ES definirá y notificará los plazos de carencia por preexistencia al momento del ingreso o reingreso de la persona afiliada y podrá establecerlos por un período de tiempo acotado o bien en forma permanente.

Se consideran enfermedades preexistentes a aquellas que la persona padeciera al momento de su ingreso o reingreso a ES, tuviera o no conocimiento de las mismas, las haya o no declarado al momento de su incorporación. En el caso que las preexistencias no hayan sido declaradas oportunamente, ES procederá a evaluar el caso, definir y notificar los plazos de carencia por preexistencia en el momento de detectar la misma.

Asimismo, se considera como una preexistencia a toda patología secuelar o aquella que es consecuencia de patologías preexistentes y/o tratamientos médicos de cualquier tipo que la persona beneficiaria hubiere recibido con anterioridad a su incorporación a ES.

Los períodos de carencias establecidos no regirán para el caso de profesionales que formalicen su afiliación dentro del año a contar desde la fecha de graduación, excepto:

1	Asistencia en viaje	1 mes
7	Patologías preexistentes: intervenciones quirúrgicas, medicación y/o tratamientos de las mismas	Sin cobertura

9) SANCIONES

Las personas afiliadas a ES que incurran en violaciones a las normas reglamentarias fijadas en el presente, podrán ser pasibles de las sanciones que disponga el Directorio de ES.

Las mismas consistirán en:

Apercibimiento.

Suspensión de la afiliación de un (1) mes a un (1) año, debiendo abonar las cuotas correspondientes a los meses de suspensión.

Cancelación de la afiliación.

Quienes hayan recibido una sanción podrán solicitar fundadamente ante el Directorio la revocatoria de la resolución dentro los cinco (5) días hábiles de notificada. Contra la resolución de la revocatoria podrán interponer la apelación ante la Cámara II dentro de los cinco (5) días hábiles de notificado el rechazo de la revocatoria. La sanción impuesta no será aplicada hasta que quede firme.

En caso de cancelación de la afiliación, no podrá solicitarse la reincorporación hasta pasados cinco (5) años de la fecha en que quedó firme la cancelación. Si supera la edad límite no podrá reingresar.

10) ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA COBERTURA

El ámbito de aplicación y alcance de la cobertura que brinda ES está establecido dentro de los límites de la República Argentina.

Dentro de la II circunscripción de la provincia de Santa Fe, la cobertura se brindará a través de la red de prestadores en convenio con ES, salvo lo dispuesto para planes con modalidad de reintegro habilitada.

Las personas afiliadas que decidan atenderse fuera de la II circunscripción de la provincia de Santa Fe, deberán solicitar autorización previa a Auditoría Médica y en caso de que se autorice la prestación, deberán hacerse cargo de eventuales diferencias de aranceles.

Las personas afiliadas en tránsito, a más de 100 km de su domicilio, que requieran atención médica, deberán utilizar en primera instancia el servicio de asistencia en viaje que brinda ES a través de la/s empresa/s contratada/s.

ES podrá celebrar convenios de reciprocidad con sistemas de salud de otros consejos para la atención mutua de afiliados.

11) CATEGORÍAS Y PLANES DE COBERTURA

a) CATEGORÍAS

A los efectos de determinar el importe de la cuota que cubra el costo de los servicios y que está a cargo de las personas afiliadas, existen las siguientes categorías en las que puede revistar cada titular de acuerdo a la naturaleza y composición de su grupo familiar:

Categoría "A": comprende únicamente a la persona beneficiaria en carácter de titular.

Categoría "B": comprende a la persona beneficiaria en carácter de titular y su contrayente.

b) VALOR DE LAS CUOTAS SOCIALES

Para el cálculo del valor de las cuotas mensuales se aplicará un sistema que tendrá en cuenta los distintos planes existentes, rango de edad de cada integrante del grupo familiar, en tanto contemplará las categorías de afiliación enunciadas precedentemente.

Por cada hijo afiliado en calidad de carga de familia quien se afilie en carácter de titular abonará un importe adicional según el siguiente esquema:

Primer hijo

Segundo hijo

Tercer hijo en adelante

Asimismo, se fijarán cuotas diferenciales conforme a los siguientes tipos de afiliaciones:

Quienes abonan el Derecho Anual de Ejercicio Profesional, quienes poseen jubilación y/o pensión de la CSS y personal del Consejo, CSS o CGCE;

Quienes abonan la Contribución Anual por Mantenimiento del Registro Matricular; Derecho Anual de Registro en Relación de Dependencia y Arancel de Registro de Títulos no Tradicionales.

El resto de las personas afiliadas.

ES periódicamente verificará y, de corresponder, propondrá el ajuste del diferencial de cuota de cada categoría y tipo de afiliación, pudiendo proponer también valores diferenciales según rangos de edad.

La Cámara II fijará, a propuesta de ES, los valores asignados a las cuotas de titulares y cargas de familia, de cada tipo de afiliación y para cada rango de edad. Para ello tendrá en cuenta las necesidades de los distintos planes, las variaciones en los costos médicos y operativos, los consumos, y los servicios prestados.

c) **COSEGUROS**

ES podrá establecer coseguros moderadores para racionalizar los consumos y/o como medio complementario de financiación de las prestaciones de los distintos planes de salud. Asimismo, podrá controlar o limitar la cantidad de prestaciones a autorizar por cada persona afiliada, cuando lo considere conveniente.

d) **PLANES DE COBERTURA**

Existen los siguientes planes de cobertura médica y programas de atención a los que se puede acceder, cuyas características y alcances se detallan en los Anexos N.º 1 al 6 respectivamente que forman parte integrante de este Manual de Cobertura.

PLAN INTEGRAL: este plan comprende la cobertura más amplia que brinda ES, incluye internación en habitación privada, subsidios y otras prestaciones, brindando acceso a los servicios médicoasistenciales en forma directa mediante la presentación de la credencial y DNI en el prestador habilitado, o bien a través del sistema de reintegros. (Anexo N.º 1)

PLAN FAMILIAR: es un plan intermedio, con coseguros mínimos y cartilla de prestadores acotada, con internación en habitación privada. Se puede acceder a la cobertura en forma directa o a través del sistema de reintegros habilitado solamente para algunos rubros específicos o por complemento con otra obra social. Asimismo, es el plan de cobertura al que puede acceder el personal del CPCE, CSS y CGCE (PLAN EMPLEADOS) en virtud de su relación laboral y conforme a las condiciones establecidas en la correspondiente reglamentación, resoluciones y modificatorias que dictamine la Cámara II. (Anexo N.º 2)

PLAN JOVEN: a este plan podrán afiliarse profesionales y demás personas beneficiarias en tanto no superen los cuarenta y cinco (45) años de edad inclusive. Luego de esto deberán optar por otro de los planes que brinda ES para continuar gozando de cobertura médica. Este plan brinda una cobertura orientada al grupo de jóvenes, tiene una cartilla de prestadores acotada y contempla la internación en habitación compartida. Se puede acceder a las prestaciones en forma directa o por

reintegro según lo especificado para cada rubro. (Anexo N.º 3)

PLAN BÁSICO INTEGRADO DE SALUD: este plan, cuyo valor de cuota es reducido, brinda una amplia cobertura basada en la aplicación de coseguros, a cargo de las personas afiliadas, al momento de usar los servicios. Cuenta con una limitada cartilla de prestadores y contempla la internación en habitación compartida. Se puede acceder a las prestaciones en forma directa únicamente y no cuenta con el sistema de reintegros ni subsidios. (Anexo N.º 4)

Se encuentran expresamente excluidos de la cobertura del plan Básico:

Odontología: periodoncia, prótesis, ortodoncia e implantes

Óptica: lentes multifocales

Plan Materno Infantil: órdenes de consulta, provisión de leche

Subsidios

PLAN JUBILADOS Y PENSIONADOS: es el plan de cobertura médica al que pueden acceder y afiliarse las personas beneficiarias de la Caja de Seguridad Social que cumplimenten los requisitos y condiciones establecidos en la reglamentación específica y resoluciones de la Cámara II. La afiliación no es automática y debe ser solicitada y formalizada por la persona beneficiaria. (Anexo N.º 5)

Se encuentran expresamente excluidos de la cobertura del plan Jubilados y Pensionados:

Odontología: ortodoncia

Optica: lentes multifocales

Plan Materno Infantil: órdenes de Consulta, provisión de leche

Subsidios

PLAN COMPLEMENTARIO: en este plan los servicios médicoasistenciales se reconocen a través de la modalidad de reintegro, únicamente, siendo la cobertura máxima la equivalente al cincuenta por ciento (50 %) de la prevista para el plan Integral. Las personas afiliadas a este plan no pueden hacer uso de las prestaciones en forma directa sin excepción. No se aceptarán nuevas solicitudes de afiliación a este plan. No obstante, quienes actualmente posean afiliación al mismo, para permanecer tendrán que acreditar y mantener la afiliación a otro sistema de salud que le brinde la cobertura primaria prevista por el Plan Médico Obligatorio Res. N.º 247/96 del MsyAS y sus modificaciones. Para gozar de la cobertura correspondiente es requisito ineludible utilizar primero su otra cobertura médica y solicitar reintegro complementario sobre la porción de gastos médicos que no cubrió dicho sistema de salud.

12) MODALIDADES DE COBERTURA

Los servicios médico-asistenciales que reconoce ES pueden utilizarse en alguna de las siguientes formas, según las condiciones del plan elegido:

1) SISTEMA DE ATENCIÓN DIRECTA EN EL PRESTADOR

A través del mismo se puede acceder a una consulta o práctica médica en los prestadores específicamente habilitados para cada plan, con la sola presentación de la credencial de afiliación y el documento de identidad. El importe del coseguro a cargo de la persona afiliada, en caso de corresponder, será debitado posteriormente en la cuenta corriente de la persona titular y liquidado con la respectiva cuota de servicios sociales.

2) SISTEMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA EN ES

Consiste en la autorización previa -en nuestra sede, delegaciones, gestiones online, app u otros canales habilitados- de prescripciones u órdenes médicas que no puedan ser resueltas a través del prestador, mediante las cuales se accede a la prestación de que se trate, ya sean prácticas, medicamentos, órdenes de Internación u otras prestaciones.

La respectiva orden o prescripción autorizada se presentará al prestador que elija la persona afiliada dentro la cartilla vigente, y gozará de los beneficios que le correspondan según su plan de cobertura.

Las internaciones de urgencia requerirán para su cobertura, indefectiblemente, la solicitud de la orden respectiva dentro de las setenta y dos (72) horas hábiles de producida la misma.

Todas las prácticas médicas, prácticas ambulatorias (análisis bioquímicos, prácticas de kinesiología, fonoaudiología, psiquiatría, psicología y otras) y pedidos de internación deberán estar, en todos los casos, prescritas y firmadas por profesionales de la especialidad que corresponda, quienes deberán dejar constancia del diagnóstico que justifique el pedido efectuado.

3) SISTEMA DE REINTEGROS

Según el plan de afiliación elegido, mediante este sistema se podrán presentar los comprobantes por los pagos efectuados en concepto de gastos médicos por las prestaciones recibidas, acompañados de la documentación respaldatoria que corresponda (prescripción médica, copia de resultados, historia clínica, etc.).

ES determinará los valores del reintegro tomando como base las normas fijadas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) y las normas internas en vigencia para aquellas prácticas no nombradas que se incluyan en la cobertura de los distintos planes, previo dictamen de la auditoría respectiva, cuando corresponda.

Todos los reintegros se liquidarán en la cuenta corriente de la persona afiliada y se aplicarán a compensar futuras cuotas de servicios sociales. Las prestaciones que no superen el importe máximo fijado por ES y siempre que no requieran autorización de la auditoría respectiva, serán susceptibles de ser reintegradas a través de la modalidad de crédito inmediato, que podrá ser utilizado para saldar deudas con ES o con el CPCE, CSS o CGCE. Excepcionalmente, se realizarán devoluciones de saldos a favor mediante transferencias bancarias al CBU declarado por la persona afiliada en carácter de titular; o en forma mensual, luego de compensar la cuota devengada en el mes en curso.

Todos los planes de cobertura médica vigentes admiten la complementariedad o reintegro de gastos médico asistenciales incurridos por quienes reciban también beneficios de otras obras sociales o sistemas médicos, hasta la concurrencia de los mismos y dentro de los límites fijados por ES.

En ningún caso el monto a reintegrarse podrá ser superior al importe abonado por la persona beneficiaria.

La solicitud de reintegro podrá ser presentada dentro de los sesenta (60) días de la fecha de realización de la prestación recibida. Fuera de estos plazos no se reconocerán reintegros salvo expresa autorización de la excepción.

13) EXCLUSIONES GENERALES

Quedan expresamente excluidos de la cobertura que brinda ES:

Gastos producidos antes de haberse cumplido cada uno de los períodos de carencia desde el ingreso o reingreso a ES.

Prestaciones solicitadas en períodos en los que la persona beneficiaria se encuentre suspendida en la cobertura por no haber abonado las cuotas sociales o por otras causas que pudieren corresponder, en caso de que no regularice su deuda.

Gastos que excedan los topes establecidos por ES.

Enfermedades infecto-contagiosas de denuncia obligatoria.

Toxicomanías, alcoholismo, tabaquismo, intoxicación por ingestión voluntaria o no de medicamentos y/o sustancias en dosis no recetadas por profesionales de la medicina, intento de suicidio y todo daño que resultara de la auto agresión personal, aún provocada en estado de insanía. Tampoco están cubiertas las secuelas y/o complicaciones y/o derivaciones de las mismas.

Los estados que deriven de catástrofes, epidemias y/o de la participación de la persona beneficiaria en guerras, tumultos, revoluciones, conflictos laborales y/o hechos delictivos o similares en los que hubiera tenido participación activa, voluntaria o forzada.

La internación por enfermedades crónicas y/o seniles y/o geriátricas, con excepción de los períodos de agudización de la enfermedad o aparición de interurrencias clínicas o quirúrgicas y dentro de la normativa prevista para la atención médica por ES.

Personas a cargo del cuidado o asistentes personales en domicilio o internación.

Toda internación clínica para estudios diagnósticos y/o tratamientos susceptibles de ser realizados en forma ambulatoria o en el domicilio de la persona afiliada, así como la prolongación de una internación de cualquier tipo (clínica o quirúrgica) más allá del alta médica o, en su defecto, de lo requerido para una correcta atención a juicio de la Auditoría Médica de ES.

Tratamientos de reposo, rejuvenecimiento, adelgazamiento, celuloterapia, cosmetología, pedicuría, auto inmunoterapia inmunológica, estéticos y antiestrés.

Cirugía plástica en patología preexistente o de embellecimiento o estética, excepto cirugías reparadoras de patologías en cobertura.

Tratamientos que excedan topes establecidos por ES.

No se cubrirán los gastos originados por la asistencia y/o internación en caso de:

Enfermedades preexistentes: se consideran como tales aquellas que la persona afiliada padeciera al momento de su ingreso o reingreso a ES, tuviera o no conocimiento de las mismas, las haya o no declarado al momento de su incorporación salvo las que, habiendo sido declaradas al momento de su ingreso, o reingreso, hayan sido expresamente aceptadas por escrito por la Auditoría Médica u Odontológica de ES.

Patología secuelar: se considera como tal aquella que es consecuencia de patologías preexistentes y/o tratamientos médicos de cualquier tipo que la persona beneficiaria hubiere recibido con anterioridad a su incorporación a ES.

En todos los casos precedentes la Auditoría Médica u Odontológica, previo estudio de las patologías preexistentes que se hayan declarado al momento de la incorporación, deberá expedirse sobre las limitaciones en la cobertura y los eventuales períodos de carencia a cumplir en virtud de la declaración realizada; este dictamen le será comunicado a la persona afiliada en forma fehaciente a efectos de su decisión.

Lesiones sufridas como consecuencia de participar individualmente y/o en grupos de competición y/o competencias deportivas, pruebas y/o demostraciones de pericia y/o de velocidad de cualquier índole, ya sea en la conducción, como acompañante y/o como participante de forma individual (justas hípicas, automovilismo en cualquiera de sus formas y/o categorías, motociclismo, motonáutica, paracaidismo, aladeltismo, buceo, caza submarina, acrobacia aérea y similares).

Tratamientos médicos o quirúrgicos que en nuestro país se hallen en etapa experimental o no incorporados a la práctica corriente a través del reconocimiento de instituciones oficiales o científicas.

Estudios y tratamientos que no se justifiquen a juicio de la Auditoría Médica u Odontológica.

Acupuntura, homeopatía, celuloterapia, quiropraxia, podología, masoterapia y otras medicinas alternativas.

Tratamientos alternativos para patologías oncológicas.

Estudios genéticos que no conlleven la posibilidad de tratamientos aceptados por entidades médicas reconocidas (sociedades médicas, Academia Nacional de Medicina y similares).

Recetas homeopáticas o magistrales.

Gastos extras en internación (alimentos de la persona acompañante, teléfono, etc.)

Las prestaciones no incluidas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales y/o que no hayan sido incorporadas a la cobertura que brinda ES.

Exámenes preocupacionales o para completar carpetas médicas de ingreso a empleos en dependencias públicas o privadas.

Guerra que no comprenda a la nación argentina, o en caso de comprenderla, las

obligaciones de la persona afiliada, así como los de ES, se regirán por las normas que en tal emergencia dictaren las autoridades competentes.

Lesiones por participación en empresa criminal.

Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radioactiva y sus posibles efectos tardíos.

Enfermedades o accidentes relacionados con el lugar de trabajo, previstos por la ley de trabajo en vigencia. Queda a cargo de la persona afiliada la responsabilidad de comunicar en tiempo y forma a la ART correspondiente el accidente o la enfermedad, para que la ART asuma los gastos que devenguen de asistencia médica. Caso contrario ES facturará a la persona afiliada los gastos correspondientes.

La cobertura de descendientes de la persona afiliada titular que se hayan incorporado al régimen de ES en calidad de carga de familia y no como titulares.

Estudios y tratamientos de la impotencia e insuficiencia sexual.

Productos nutricionales.

Cobertura de autopsias.

Prestaciones médicas en el exterior.

Reintegros por consultas, estudios o tratamientos indicados por profesionales que no se correspondan con la especialidad o que obedezcan a temas no médicos.

Toda especialidad o práctica no prevista en el presente reglamento se considerará excluida.

14) DISPOSICIONES GENERALES

Cuando en las normas precedentes se hace referencia a términos en días debe entenderse que corresponden a días corridos, salvo expresa indicación en contrario.

Cuando se menciona al Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas se está indicando al de la Superintendencia del Seguro de Salud o al que en el futuro lo reemplace.

Las situaciones no contempladas, previa opinión de Auditoría Médica, Odontológica o la que corresponda, serán resueltas por el Directorio de ES.

ES podrá celebrar convenios para la prestación de sus servicios con instituciones similares de otros consejos profesionales en Ciencias Económicas de otras jurisdicciones.

ES podrá establecer distintos planes de cobertura y/o categorías de afiliación.

Todas las modificaciones, agregados y supresiones, del presente Manual de Cobertura y Guía de Servicios, se considerarán incorporadas automáticamente como anexos a la presente reglamentación hasta tanto se realice un reordenamiento general de todas sus disposiciones cuando lo disponga el Directorio.

15) VIGENCIA

Esta normativa tiene vigencia a partir del 11 de agosto de 2025 según Resolución de Cámara II N.º 2/2025.

La misma queda sujeta a eventuales modificaciones que pudieran producirse, las que tendrán validez a partir de la fecha de su correspondiente aprobación y publicación conforme al párrafo precedente.

Dichas circunstancias tendrán vigencia a partir de la debida notificación a las personas beneficiarias a través de su publicación en el Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe y medios digitales y demás medios de comunicación institucional.

Anexo 1 - Plan INTEGRAL

PRESTACIÓN	DESCRIPCIÓN	COBERTURA
CONSULTAS	CONSULTORIO	Sin coseguro (1) (6)
	VIDEO CONSULTA	Sin coseguro Consultas de guardia y programadas Según convenio vigente (1)
	DOMICILIO	Con coseguro (1) (5) Interior por reintegro (3)
ENFERMERÍA	AMBULATORIA Y DOMICILIO	100 % con indicación médica (1)
AMBULANCIA	TRASLADO DENTRO DEL RADIO URBANO	100 % por reintegro (3)
MEDICAMENTOS	AMBULATORIOS	50 % en farmacia (1)
	ANTICONCEPTIVOS ORALES	100 % con precio de referencia (1) (3)
	INTERNACIÓN	100 % (1)
	VACUNAS	100 % antigripal: hasta 2 años y mayores de 65 años, 50 % para resto. 50 % vacunas del calendario oficial hasta los 12 años de edad (1) (3) (4)
	MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y PATOLOGÍAS ESPECIALES	100 % por provisión y según reglamentación específica (4) (5)
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	ANÁLISIS BIOQUÍMICOS	100 % (1) (2) (6)
	RADIOLOGÍA	100 % (1) (2) (6)
	ECOGRAFÍAS	100 % (1) (2) (6)
	KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA	100 % hasta 30 sesiones anuales (1) (2) (6)
	QUIMIOTERAPIA	100 % (1) (4)
	FONOAUDIOLOGÍA	100 % (1) (2) (6) hasta 40 sesiones anuales
	TOMOGRFÍAS	100 % (1) (2) (6)
	RESONANCIA MAGNÉTICA	100 % (1) (2) (6)
	TERAPIA RADIANTE	100 % (1) (2) (4)
	MEDICINA NUCLEAR	100 % (1) (2) (6)
INTERNACIÓN	HABITACIÓN PRIVADA (Sujeto a disponibilidad del prestador)	100 % honorarios y gastos de internación, material descartable y ley provincial (1) (4)
SALUD MENTAL	PSICOTERAPIA Y PSIQUIATRÍA	100 % (1) (6) Reintegros hasta 30 sesiones (3)
	INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA	100 % honorarios y gastos de internación, material descartable y ley provincial (1)(4)
FERTILIZACIÓN ASISTIDA	TRATAMIENTOS DE ALTA Y BAJA COMPLEJIDAD	Según reglamentación específica (1) (4)

MATERNIDAD	PARTO NORMAL O CESÁREA	100 % honorarios y gastos de internación, incluye material descartable y ley provincial (1) (4)
	ANESTESIA	100 % (1)(4)
	PSICOPROFILAXIS	Por reintegro (3)
	NEONATOLOGÍA	100 % honorarios y gastos de internación, material descartable y ley provincial (1) (4)
	PLAN MATERNO INFANTIL	Según reglamentación específica Incluye provisión de leche maternizada hasta 24 envases de 800 gr (1) (2) (4)
ANESTESIA	EN CIRUGÍAS AMBULATORIAS Y EN INTERNACIÓN	100 % (3)
ÓPTICA	ARMAZÓN, CRISTALES COMUNES ORGÁNICOS O BIFOCALES, LENTES DE CONTACTO, OCUPACIONALES Y MULTIFOCALES	Según reglamentación específica (1) (3) (4)
ORTOPEDIA	ELEMENTOS ORTOPÉDICOS	50 % por reintegro (3)
ORTESIS	ELEMENTOS ORTÉSICOS	60 % por reintegro (3)
PRÓTESIS		Por provisión según cobertura específica (3) (4)
TRASPLANTES E IMPLANTES	PÁNCREAS RIÑÓN CORAZÓN CÓRNEA MÉDULA HÍGADO COCLEAR HUESO	Según reglamentación específica (1)(4)
ODONTOLOGÍA	GENERAL, PRÓTESIS Y ORTODONCIA	30 % de coseguro según reglamentación específica con tope anual por grupo familiar (1) (4) (6) 60 % por reintegro (3)
	IMPLANTES	Solo por reintegro (3)
DISCAPACIDAD	MÓDULO DE ATENCIÓN ESPECIAL	Según reglamentación específica con presentación de carpeta anual Sujeto a autorización de Auditoría Médica (3) (4)
SEPELIO	SERVICIO DE SEPELIO	100 % en empresas de servicio de sepelio en convenio con ES
SUBSIDIOS	MATRIMONIO O UNIÓN CONVIVENCIAL NACIMIENTO O ADOPCIÓN GUARDERÍA INFANTIL ESCOLARIDAD HIJO/A POR FALLECIMIENTO DE TITULAR FALLECIMIENTO	Según reglamentación específica (3)
NUTRICIÓN	PROGRAMA NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE	Comprende consulta inicial, plan nutricional y hasta 12 controles posteriores (1) (6)

REINTEGROS	CONTEMPLA MODALIDAD	Se reconocerán reintegros en consultas, prácticas médicas, salud mental, odontología, internación y por complemento de otra cobertura (2) (3)
ASISTENCIA EN VIAJE	EN ARGENTINA Y PAÍSES LÍMITROFES	Según convenios vigentes, reglamentación específica y tope de cobertura.
EMERGENCIAS MÉDICAS	SERVICIO ADICIONAL DE CONTRATACIÓN VOLUNTARIA	Según convenios vigentes con cargo adicional

Referencias

(1) Según Cartilla de Prestadores

(2) Según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas

(3) Valor Económicas Salud

(4) Con autorización previa de la persona afiliada por gestiones online web o app

(5) Coseguros según valor ES

(6) Sistema de autorización online en prestadores habilitados

Anexo 2 – Plan FAMILIAR

PRESTACIÓN	DESCRIPCIÓN	COBERTURA
CONSULTAS	CONSULTORIO	Con coseguro (1) (5) (6)
	VIDEO CONSULTA	Sin coseguro Consultas de guardia y programadas Según convenio vigente
	DOMICILIO	Con coseguro (1) (5) Interior por reintegro (3)
ENFERMERÍA	AMBULATORIA Y DOMICILIO	100 % con indicación médica (1)
AMBULANCIA	TRASLADO DENTRO DEL RADIO URBANO	100 % por reintegro (3)
MEDICAMENTOS	AMBULATORIOS	50 % en farmacia (1)
	ANTICONCEPTIVOS ORALES	100 % con precio de referencia (1) (3)
	INTERNACIÓN	100 % (1)
	VACUNAS	100 % antigripal: hasta 2 años y mayores de 65 años, 50 % para resto. 50 % vacunas del calendario oficial hasta los 12 años de edad (1) (3) (4)
	MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y PATOLOGÍAS ESPECIALES	100 % por provisión y según reglamentación específica (4) (5)
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	ANÁLISIS BIOQUÍMICOS	100% con coseguro por cada determinación (1) (2) (4) (5) (6)
	RADIOLOGÍA	100 % (1)(2)(6)
	ECOGRAFÍAS	100 % (1)(2)(6)
	KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA	100 % hasta 30 sesiones anuales con coseguro por sesión (1) (2) (5) (6)
	QUIMIOTERAPIA	100 % (1) (4)
	FONOAUDIOLOGÍA	100 % (1) (2) (6) hasta 40 sesiones anuales
	TOMOGRFÍAS	100 % (1) (2) (6)
	RESONANCIA MAGNÉTICA	100 % (1) (2) (6)
	TERAPIA RADIANTE	100 % (1) (2) (4)
	MEDICINA NUCLEAR	100 % (1) (2) (6)
INTERNACIÓN	HABITACIÓN PRIVADA (Sujeto a disponibilidad del prestador)	100 % honorarios y gastos de internación, material descartable y ley provincial (1) (4) Con coseguro según complejidad de ingreso (5)
SALUD MENTAL	PSICOTERAPIA Y PSIQUIATRÍA	20 % de coseguro por cada sesión (1) (5) (6) Reintegros hasta 30 sesiones (3)
	INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA	100 % honorarios y gastos de internación, material descartable y ley provincial (1) (4) Con coseguro según complejidad de ingreso (5)

FERTILIZACIÓN ASISTIDA	TRATAMIENTOS DE ALTA Y BAJA COMPLEJIDAD	Según reglamentación específica (1) (4)
MATERNIDAD	PARTO NORMAL O CESÁREA	100 % honorarios y gastos de internación, incluye material descartable y ley provincial (1) (4)
	ANESTESIA	100 % (1) (4)
	PSICOPROFILAXIS	Por reintegro (3)
	NEONATOLOGÍA	100 % honorarios y gastos de internación, material descartable y ley provincial (1) (4)
	PLAN MATERNO INFANTIL	Según reglamentación específica Incluye provisión de leche maternizada hasta 12 envases de 800 gr (1) (2) (4)
ANESTESIA	EN CIRUGÍAS AMBULATORIAS Y EN INTERNACIÓN	100 % (3)
ÓPTICA	ARMAZÓN, CRISTALES COMUNES ORGÁNICOS O BIFOCALES, LENTES DE CONTACTO Y OCUPACIONALES	Según reglamentación específica (1) (3) (4)
ORTOPEDIA	ELEMENTOS ORTOPÉDICOS	50 % por reintegro (3)
ORTESIS	ELEMENTOS ORTÉSICOS	60 % por reintegro (3)
PRÓTESIS		Por provisión según cobertura específica (3) (4)
TRASPLANTES E IMPLANTES	PÁNCREAS RIÑÓN CORAZÓN CÓRNEA MÉDULA HÍGADO COCLEAR HUESO	Según reglamentación específica (1)(4)
ODONTOLOGÍA	GENERAL, PRÓTESIS Y ORTODONCIA	50 % de coseguro según reglamentación específica con tope anual por grupo familiar (1) (4) (5) (6) 40 % por reintegro solo personas afiliadas del interior o por complemento (3)
	IMPLANTES	Solo por reintegro (3)
DISCAPACIDAD	MÓDULO DE ATENCIÓN ESPECIAL	Según reglamentación específica con presentación de carpeta anual Sujeto a autorización de Auditoría Médica (3) (4)
SEPELIO	SERVICIO DE SEPELIO	100 % en empresas de servicio de sepelio en convenio con ES

SUBSIDIOS	MATRIMONIO O UNIÓN CONVIVENCIAL NACIMIENTO O ADOPCIÓN GUARDERÍA INFANTIL ESCOLARIDAD HIJO/A POR FALLECIMIENTO TITULAR FALLECIMIENTO	Según reglamentación específica (3)
NUTRICIÓN	PROGRAMA NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE	Comprende consulta inicial, plan nutricional y hasta 12 controles posteriores (1) (6)
REINTEGROS	NO CONTEMPLA MODALIDAD	Solo se reconocerán reintegros en casos expresamente contemplados, por complemento de otra cobertura o casos de fuerza mayor (2) (3) (5)
ASISTENCIA EN VIAJE	EN ARGENTINA Y PAÍSES LÍMITROFES	Según convenios vigentes, reglamentación específica y tope de cobertura.
EMERGENCIAS MÉDICAS	SERVICIO ADICIONAL DE CONTRATACIÓN VOLUNTARIA	Según convenios vigentes con cargo adicional

Referencias

(1) Según Cartilla de Prestadores

(2) Según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas

(3) Valor Económicas Salud

(4) Con autorización previa de la persona afiliada por gestiones online web o app

(5) Coseguros según valor ES

(6) Sistema de autorización online en prestadores habilitados

Anexo 3 – Plan JOVEN

PRESTACIÓN	DESCRIPCIÓN	COBERTURA
CONSULTAS	CONSULTORIO	Con coseguro (1) (5) (6)
	VIDEO CONSULTA	Sin coseguro Consultas de guardia y programadas Según convenio vigente
	DOMICILIO	Con coseguro (1) (5) Interior por reintegro (3)
ENFERMERÍA	AMBULATORIA Y DOMICILIO	100 % con indicación médica (1)
AMBULANCIA	TRASLADO DENTRO DEL RADIO URBANO	100 % por reintegro (3)
MEDICAMENTOS	AMBULATORIOS	50 % en farmacia (1)
	ANTICONCEPTIVOS ORALES	100 % con precio de referencia (1) (3)
	INTERNACIÓN	100 % (1)
	VACUNAS	100 % antigripal: hasta 2 años y mayores de 65 años, 50 % para resto. 50 % vacunas del calendario oficial hasta los 12 años de edad (1) (3) (4)
	MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y PATOLOGÍAS ESPECIALES	100 % Por provisión y según reglamentación específica (4) (5)
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	ANÁLISIS BIOQUÍMICOS	100 % con coseguro por cada determinación (1) (2) (4) (5) (6)
	RADIOLOGÍA	100 % (1) (2) (6)
	ECOGRAFÍAS	100 % (1) (2) (6)
	KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA	100 % hasta 30 sesiones anuales con coseguro por sesión (1) (2) (5) (6)
	QUIMIOTERAPIA	100 % (1) (4)
	FONOAUDIOLOGÍA	100 % (1) (2) (6) hasta 40 sesiones anuales
	TOMOGRFÍAS	100 % (1) (2) (6)
	RESONANCIA MAGNÉTICA	100 % (1) (2) (6)
	TERAPIA RADIANTE	100 % (1) (2) (4)
	MEDICINA NUCLEAR	100 % (1) (2) (6)
INTERNACIÓN	HABITACIÓN COMPARTIDA (Sujeto a disponibilidad del prestador)	100 % honorarios y gastos de internación, material descartable y ley provincial (1) (4) Con coseguro según complejidad de ingreso (5)
SALUD MENTAL	PSICOTERAPIA Y PSIQUIATRÍA	20 % de coseguro por cada sesión (1) (5) (6) Reintegros hasta 30 sesiones (3)
	INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA	100 % honorarios y gastos de internación, material descartable y ley provincial (1) (4) Con coseguro según complejidad de ingreso (5)

FERTILIZACIÓN ASISTIDA	TRATAMIENTOS DE ALTA Y BAJA COMPLEJIDAD	Según reglamentación específica (1) (4)
MATERNIDAD	PARTO NORMAL O CESÁREA	100 % honorarios y gastos de internación, incluye material descartable y ley provincial (1) (4) (se autoriza habitación privada sujeto a disponibilidad del prestador)
	ANESTESIA	100 % (1) (4)
	PSICOPROFILAXIS	Por reintegro (3)
	NEONATOLOGÍA	100 % honorarios y gastos de internación, material descartable y ley provincial (1) (4)
	PLAN MATERNO INFANTIL	Según reglamentación específica Incluye provisión de leche maternizada hasta 12 envases de 800 gr (1) (2) (4)
ANESTESIA	EN CIRUGÍAS AMBULATORIAS Y EN INTERNACIÓN	100 % (3)
ÓPTICA	ARMAZÓN, CRISTALES COMUNES ORGÁNICOS O BIFOCALES, LENTES DE CONTACTO Y OCUPACIONALES	Según reglamentación específica (1) (3) (4)
ORTOPEDIA	ELEMENTOS ORTOPÉDICOS	50 % por reintegro (3)
ORTESIS	ELEMENTOS ORTÉSICOS	60 % por reintegro (3)
PRÓTESIS		Por provisión según cobertura específica (3) (4)
TRASPLANTES E IMPLANTES	PÁNCREAS RIÑÓN CORAZÓN CÓRNEA MÉDULA HÍGADO COCLEAR HUESO	Según reglamentación específica (1)(4)
ODONTOLOGÍA	GENERAL, PRÓTESIS Y ORTODONCIA	50 % de coseguro según reglamentación específica con tope anual por grupo familiar (1) (4) (6) 40 % por reintegro (3)
	IMPLANTES	Solo por reintegro (3)
DISCAPACIDAD	MÓDULO DE ATENCIÓN ESPECIAL	Según reglamentación específica con presentación de carpeta anual Sujeto a autorización de Auditoría Médica (3) (4)
SEPELIO	SERVICIO DE SEPELIO	100 % en empresas de servicio de sepelio en convenio con ES

SUBSIDIOS	MATRIMONIO O UNIÓN CONVIVENCIAL NACIMIENTO O ADOPCIÓN GUARDERÍA INFANTIL ESCOLARIDAD HIJO/A POR FALLECIMIENTO DE TITULAR FALLECIMIENTO	Según reglamentación específica (3)
NUTRICIÓN	PROGRAMA NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE	Comprende consulta inicial, plan nutricional y hasta 12 controles posteriores (1) (6)
REINTEGROS	CONTEMPLA MODALIDAD EN RUBROS ESPECÍFICOS	Se reconocerán reintegros en consultas, prácticas médicas, salud mental, internación y por complemento de otra cobertura (2) (3) No se reconocen reintegros en odontología.
ASISTENCIA EN VIAJE	EN ARGENTINA Y PAÍSES LÍMITROFES	Según convenios vigentes, reglamentación específica y tope de cobertura.
EMERGENCIAS MÉDICAS	SERVICIO ADICIONAL DE CONTRATACIÓN VOLUNTARIA	Según convenios vigentes con cargo adicional

Referencias

(1) Según Cartilla de Prestadores

(2) Según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas

(3) Valor Económicas Salud

(4) Con autorización previa de la persona afiliada por gestiones online web o app

(5) Coseguros según valor ES

(6) Sistema de autorización online en prestadores habilitados

Anexo 4 – Plan BÁSICO INTEGRADO DE SALUD

PRESTACIÓN	DESCRIPCIÓN	COBERTURA
CONSULTAS	CONSULTORIO	Con coseguro (1) (5) (6)
	VIDEO CONSULTA	Sin coseguro Consultas de guardia y programadas Según convenio vigente
	DOMICILIO	Con coseguro (1) (5) Interior por reintegro (3)
ENFERMERÍA	AMBULATORIA Y DOMICILIO	100 % con indicación médica (1)
AMBULANCIA	TRASLADO DENTRO DEL RADIO URBANO	100 % por reintegro (3)
MEDICAMENTOS	AMBULATORIOS	50 % en farmacia (1) Con coseguro por cada medicamento (5)
	ANTICONCEPTIVOS ORALES	100 % con precio de referencia (3)
	INTERNACIÓN	100 % (1)
	VACUNAS	100 % antigripal: hasta 2 años y mayores de 65 años, 50 % para resto. 50 % vacunas del calendario oficial hasta los 12 años de edad (1) (3) (4)
	MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y PATOLOGÍAS ESPECIALES	100 % por provisión y según reglamentación específica (4) (5)
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	ANÁLISIS BIOQUÍMICOS	40 % de coseguro (1) (2) (6)
	RADIOLOGÍA	40 % de coseguro (1) (2) (6)
	ECOGRAFÍAS	30 % de coseguro (1) (2) (6)
	KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA	40 % de coseguro por sesión (1) (2) (6) Hasta 30 sesiones anuales.
	QUIMIOTERAPIA	Con coseguro (1) (2) (4) (5) (6)
	FONOAUDIOLOGÍA	40 % de coseguro por sesión (1) (2) (6) Hasta 40 sesiones anuales.
	TOMOGRAFÍAS	30 % de coseguro (1) (2) (6)
	RESONANCIA MAGNÉTICA	30 % de coseguro (1) (2) (6)
	TERAPIA RADIANTE	30 % de coseguro (1) (2) (4)
	MEDICINA NUCLEAR	40 % de coseguro (1) (2) (6)
INTERNACIÓN	HABITACIÓN COMPARTIDA (Sujeto a disponibilidad del prestador)	100 % honorarios y gastos de internación, material descartable y ley provincial (1) (4) Con coseguro según complejidad de ingreso (5)
SALUD MENTAL	PSICOTERAPIA Y PSIQUIATRÍA	20 % de coseguro por cada sesión (1) (6) Reintegros hasta 30 sesiones solo personas afiliadas del interior o por complemento (3)
	INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA	100 % honorarios y gastos de internación, material descartable y Ley provincial (1) (4) Con coseguro según complejidad de ingreso (5)

FERTILIZACIÓN ASISTIDA	TRATAMIENTOS DE ALTA Y BAJA COMPLEJIDAD	Según reglamentación específica (1) (4)
MATERNIDAD	PARTO NORMAL O CESÁREA	100 % honorarios y gastos de internación, incluye material descartable y ley provincial (1) (4)
	ANESTESIA	100 % (1)(4)
	PSICOPROFILAXIS	Por reintegro (3)
	NEONATOLOGÍA	100 % honorarios y gastos de internación, material descartable y ley provincial (1)(4) Con coseguro según complejidad de ingreso (5)
ANESTESIA	EN CIRUGÍAS AMBULATORIAS Y EN INTERNACIÓN	100 % (3)
ÓPTICA	ARMAZÓN, CRISTALES COMUNES ORGÁNICOS O BIFOCALES, LENTES DE CONTACTO Y OCUPACIONALES	40 % de coseguro (1) (3) (4) Según reglamentación específica
ORTOPEDIA	ELEMENTOS ORTOPÉDICOS	50 % por reintegro (3)
ORTESIS	ELEMENTOS ORTÉSICOS	60 % por reintegro (3)
PRÓTESIS		Por provisión según cobertura específica (3) (4)
TRASPLANTES E IMPLANTES	PÁNCREAS RIÑÓN CORAZÓN CÓRNEA MÉDULA HÍGADO COCLEAR HUESO	Según reglamentación específica (1)(4)
ODONTOLOGÍA	GENERAL (SIN COBERTURA PARA PRÓTESIS Y ORTODONCIAS)	30 % de coseguro según reglamentación específica con tope anual por grupo familiar (1) (4) (6)
DISCAPACIDAD	MÓDULO DE ATENCIÓN ESPECIAL	Según reglamentación específica con presentación de carpeta anual Sujeto a autorización de Auditoría Médica (3) (4)
SEPELIO	SERVICIO DE SEPELIO	100 % en empresas de servicio de sepelio en convenio con ES
NUTRICIÓN	PROGRAMA NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE	Comprende consulta inicial, plan nutricional y hasta 12 controles posteriores (1) (6)
REINTEGROS	NO CONTEMPLA MODALIDAD	Solo se reconocerán reintegros en casos expresamente contemplados, por complemento de otra cobertura o casos de fuerza mayor (2) (3) (5)
ASISTENCIA EN VIAJE	EN ARGENTINA Y PAÍSES LÍMITROFES	Según convenios vigentes, reglamentación específica y tope de cobertura.
EMERGENCIAS MÉDICAS	SERVICIO ADICIONAL DE CONTRATACIÓN VOLUNTARIA	Según convenios vigentes. Con cargo adicional

Referencias

- (1) Según Cartilla de Prestadores
- (2) Según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas
- (3) Valor Económicas Salud
- (4) Con autorización previa de la persona afiliada por gestiones online web o app
- (5) Coseguros según valor ES
- (6) Sistema de autorización online en prestadores habilitados

Anexo 5 - Plan JUBILADOS Y PENSIONADOS

PRESTACIÓN	DESCRIPCIÓN	COBERTURA
CONSULTAS	CONSULTORIO	Con coseguro (1) (5) (6)
	VIDEO CONSULTA	Sin coseguro Consultas de guardia y programadas Según convenio vigente
	DOMICILIO	Con coseguro (1) (5) Interior por reintegro (3)
ENFERMERÍA	AMBULATORIA Y DOMICILIO	100 % con indicación médica (1)
AMBULANCIA	TRASLADO DENTRO DEL RADIO URBANO	100 % por reintegro (3)
MEDICAMENTOS	AMBULATORIOS	40 % en farmacia (1) Con coseguro por cada medicamento (5)
	ANTICONCEPTIVOS ORALES	100 % con precio de referencia (3)
	INTERNACIÓN	100 % (1)
	VACUNAS	100 % antigripal: hasta 2 años y mayores de 65 años, 50 % para resto. 50 % vacunas del calendario oficial hasta los 12 años de edad (1) (3) (4)
	MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y PATOLOGÍAS ESPECIALES	100 % por provisión y según reglamentación específica (4) (5)
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	ANÁLISIS BIOQUÍMICOS	30 % de coseguro (1) (2) (6)
	RADIOLOGÍA	30 % de coseguro (1) (2) (6)
	ECOGRAFÍAS	30 % de coseguro (1) (2) (6)
	KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA	30 % de coseguro por sesión (1) (2) (6) Hasta 30 sesiones anuales.
	QUIMIOTERAPIA	Con coseguro (1) (2) (4) (5) (6)
	FONOAUDIOLOGÍA	40 % de coseguro por sesión (1) (2) (6) Hasta 40 sesiones anuales.
	TOMOGRAFÍAS	30 % de coseguro (1) (2) (6)
	RESONANCIA MAGNÉTICA	30 % de coseguro (1) (2) (6)
	TERAPIA RADIANTE	30 % de coseguro (1) (2) (4)
	MEDICINA NUCLEAR	30 % de coseguro (1) (2) (6)
INTERNACIÓN	HABITACIÓN COMPARTIDA (Sujeto a disponibilidad del prestador)	100 % honorarios y gastos de internación, material descartable y ley provincial (1) (4) Con coseguro según complejidad de ingreso (5)
SALUD MENTAL	PSICOTERAPIA Y PSIQUIATRÍA	20 % de coseguro por cada sesión (1) (6) Reintegros hasta 30 sesiones solo personas afiliadas del interior o por complemento (3)
	INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA	100 % honorarios y gastos de internación, material descartable y ley provincial (1)(4) Con coseguro según complejidad de ingreso (5)

ANESTESIA	EN CIRUGÍAS AMBULATORIAS Y EN INTERNACIÓN	100 % (3)
ÓPTICA	ARMAZÓN, CRISTALES COMUNES ORGÁNICOS O BIFOCALES, LENTES DE CONTACTO Y OCUPACIONALES	40 % de coseguro (1) (3) (4) Según reglamentación específica
ORTOPEDIA	ELEMENTOS ORTOPÉDICOS	50 % por reintegro (3)
ORTESIS	ELEMENTOS ORTÉSICOS	60 % por reintegro (3)
PRÓTESIS		Por provisión según cobertura específica (3) (4)
TRASPLANTES E IMPLANTES	PÁNCREAS RIÑÓN CORAZÓN CÓRNEA MÉDULA HÍGADO COCLEAR HUESO	Según reglamentación específica (1)(4)
ODONTOLOGÍA	GENERAL (SIN COBERTURA PARA ORTODONCIAS)	50 % de coseguro según reglamentación específica con tope anual por grupo familiar (1) (4) (6)
DISCAPACIDAD	MÓDULO DE ATENCIÓN ESPECIAL	Según reglamentación específica con presentación de carpeta anual Sujeto a autorización de Auditoría Médica (3) (4)
SEPELIO	SERVICIO DE SEPELIO	100 % en empresas de servicio de sepelio en convenio con ES
NUTRICIÓN	PROGRAMA NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE	Comprende consulta inicial, plan nutricional y hasta 12 controles posteriores (1) (6)
REINTEGROS	NO CONTEMPLA MODALIDAD	Solo se reconocerán reintegros en casos expresamente contemplados, por complemento de otra cobertura o casos de fuerza mayor (2) (3) (5)
ASISTENCIA EN VIAJE	EN ARGENTINA Y PAÍSES LÍMITROFES	Según convenios vigentes, reglamentación específica y tope de cobertura.
EMERGENCIAS MÉDICAS	SERVICIO ADICIONAL DE CONTRATACIÓN VOLUNTARIA	Según convenios vigentes con cargo adicional

Referencias

(1) Según Cartilla de Prestadores

(2) Según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas

(3) Valor Económicas Salud

(4) Con autorización previa de la persona afiliada por gestiones online web o app

(5) Coseguros según valor ES

(6) Sistema de autorización online en prestadores habilitados

II) DEFINICIÓN DE LAS PRESTACIONES

A) ASISTENCIA MÉDICA

La asistencia médica se rige por las normas del Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales.

1) CONSULTAS

Comprende las consultas médicas para todas las especialidades incluidas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales.

Mediante la presentación de la credencial correspondiente y su documento de identidad, las personas afiliadas pueden acceder a la consulta con profesionales que mantienen convenio suscripto con ES. De corresponder, el valor del coseguro a cargo de la persona afiliada, se facturará junto con la cuota de servicios sociales.

2) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Se cubren, previa autorización, todos los tipos de exámenes complementarios de diagnóstico y prácticas especializadas de tratamiento que figuran en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales, siempre que sean solicitados por orden médica y no se encuentren especialmente excluidos. Dichos exámenes pueden ser autorizados en forma digital o requerir autorización previa, administrativa y/o de la Auditoría Médica.

3) PRÁCTICAS NO NOMENCLADAS

La cobertura de este tipo de prestaciones se efectuará únicamente con autorización previa de la Auditoría Médica. Cabe destacar que la modalidad de cobertura dispuesta es distinta según el caso y que ES podrá establecer coberturas parciales o fijar valores tope para el reconocimiento de las mismas.

4) MATERNIDAD

a) La cobertura de este rubro comprende los casos de partos naturales o cesáreas, en todo lo concerniente a la atención de la persona gestante y de la persona recién nacida durante el período de post parto.

b) La persona recién nacida recibirá la cobertura de su internación en Neonatología y/o Cuidados Intermedios, en caso de ser necesario, conforme a la cobertura del plan contratado por la persona titular.

5) PLAN MATERNO INFANTIL:

Prestaciones y beneficios:

Para la persona gestante:

Para acceder a este beneficio se debe presentar en ES un certificado médico donde conste tiempo de gestación y fecha probable de parto. El mismo comienza a partir de la presentación de la documentación antes citada (tercer. mes de gestación cumplido), en tanto las personas beneficiarias de la cobertura son las afiliadas a los planes Integral, Familiar y Joven hasta 45 días después del parto.

Consultas

12 órdenes de consulta sin coseguro

Determinaciones de laboratorio

Se bonifican los coseguros de corresponder

Ecografías y monitoreos de control

Obstétrica (1 por trimestre)

Translucencia nuchal (semana 11 a 14) con autorización en prestador convenido.

Morfológica (semana 20 a 24) con autorización en prestador convenido.

Anestesia

Cobertura del 100 % para parto normal o cesárea.

Medicamentos

Dicho programa contempla la cobertura del 100 % en medicamentos incluidos en el listado de ES (excluidos medicamentos de venta libre), siempre que estén relacionados con el embarazo o sean para el o la infante, cuando fueran prescritos por profesionales médicos del área de obstetricia y/o pediatría. Se deben adquirir en farmacia con receta médica.

Psicoprofilaxis para parto

Se reconocerá monto tope establecido por ES por reintegro, según plan de afiliación.

Cobertura de toda patología que se presentara

Se incluye radiografías, laboratorio y toda práctica comprendida en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatorias según plan de afiliación.

Para la persona recién nacida:

Se debe presentar el acta de nacimiento (con N.º DNI) para realizar su afiliación a ES y gozar de la cobertura. El beneficio comienza a partir de la presentación de la documentación antes citada y podrán acceder a la cobertura los hijos de quienes tengan afiliación a los planes Integral, Familiar y

Joven hasta el año de edad.

Durante el primer mes de vida, se podrá atender con la credencial de la persona gestante en caso de que esté afiliada a ES, no obstante, no gozará de los beneficios del plan materno infantil hasta formalizar su solicitud de afiliación.

Servicio de neonatología

En prestadores sanatoriales del plan al cual tenga adhesión.

Consultas

12 órdenes de consulta sin coseguro

Determinaciones de laboratorio

Se bonifican los coseguros

Leche medicamentosa

Se reconocen al 100 % hasta el año de vida, previa evaluación de Auditoría Médica. Se deben adquirir en farmacia o mediante sistema de provisión, una vez presentado el tratamiento prolongado en ES.

Leche maternizada

Por provisión según plan de afiliación:

Plan	Tope máximo
Integral	Hasta 24 envases de 800 gr
Familiar	Hasta 12 envases de 400 gr
Joven	Hasta 12 envases de 400 gr

La selección del tipo y marca de leche queda a criterio de ES.

A pedido de la persona beneficiaria y dentro del período de doce (12) meses se podrá retirar hasta un máximo de cuatro (4) latas o envases por mes hasta el tope máximo del plan de afiliación.

Vacunas del Calendario Nacional

Cobertura del 100 % hasta el año de vida:

En farmacia con receta médica.

En vacunatorios en convenio con autorización previa.

Por reintegro presentando ticket, recibo o factura oficial según normas de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), prescripción y troquel en ES.

Medicamentos

Dicho programa contempla la cobertura del 100 % en medicamentos incluidos en el listado de ES (excluidos medicamentos de venta libre), siempre que estén relacionados con el embarazo o sean para el o la infante, cuando fueran prescritos por profesionales del área de pediatría. Se deben adquirir en farmacia con receta médica.

Cobertura de toda patología que se presentara

Se incluye radiografías, laboratorio y toda práctica comprendida en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales.

Requisitos generales:

Personas beneficiarias: tendrán derecho a esta prestación:

Quienes posean afiliación en carácter de titular o sean cónyuges con adhesión al Plan Integral que tengan por lo menos un (1) año de antigüedad en su afiliación.

Quienes posean afiliación en carácter de titular o sean cónyuges con adhesión al plan Familiar o Joven tendrán derecho a la provisión de la leche, con la limitación que dicho plan de cobertura fijara.

Las personas afiliadas en carácter de titular o cónyuges que posean adhesión al plan Básico tendrán derecho a las prestaciones correspondientes con coseguros que correspondan, con exclusión de la provisión de órdenes sin cargo y de la provisión de leche, conforme a las limitaciones específicas del plan.

Modalidad: ES, según el plan en el que se encuentre la persona beneficiaria, entregará por única vez una chequera con las órdenes de atención de la persona gestante, otra para la atención de la persona recién nacida y un talonario de vales para canjear por la leche, previa presentación de la documentación respectiva. En todos los casos los formularios y órdenes que se utilicen estarán diferenciados con la leyenda "Plan Materno Infantil".

Situaciones no contempladas: todas aquellas situaciones no contempladas, precedentemente, referidas al funcionamiento de este beneficio, quedarán a exclusivo criterio del Directorio de ES quien resolverá previo informe de Auditoría Médica.

6) FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA

De las siguientes prácticas, por prescripción médica y autorización previa, las personas afiliadas podrán acceder al uso de hasta treinta (30) sesiones por patología, por año y por persona afiliada. Comprende indistintamente la realización de:

Fisioterapia (Cód. 25.01.01 Nomenclador Nacional)

Kinesiología (Cód. 25.01.02 Nomenclador Nacional)

Magnetoterapia

Laserterapia

Fisioterapia o kinesiología en domicilio

Hidroterapia con autorización especial de Auditoría Médica

Reeducación postural global con autorización especial de Auditoría Médica

Las sesiones de laserterapia y magnetoterapia se considerarán indistintamente para computar un tope de hasta treinta (30) sesiones por patología, por año, por persona afiliada.

Los topes son acumulativos y se aplican según el tratamiento prescripto a la persona afiliada.

Los pedidos de sesiones que excedan los topes reglamentarios deberán contar con justificación médica y serán analizados por la Auditoría Médica.

Excepcionalmente en casos justificados con autorización especial de Auditoría Médica se reconocerá hidroterapia y reeducación postural global, hasta un máximo de 30 sesiones anuales a valores de ES. La cantidad de sesiones se contabilizará para los topes anuales de los distintos planes.

7) FONOAUDIOLOGÍA

Para los casos de desórdenes de la voz, palabra, lenguaje y audición, las personas afiliadas pueden acceder a la cobertura de este servicio.

Para su respectiva autorización por Auditoría Médica se deberá presentar historia clínica en la que conste diagnóstico, pronóstico, tratamiento y duración estimada. Se establece un tope anual de hasta cuarenta (40) sesiones por año y por persona.

8) SALUD MENTAL

a) PROGRAMA DE SALUD MENTAL

1) Características generales

ES ha establecido un programa que tiene como objetivo la implementación de acciones de prevención, promoción de la salud y asistencia en la enfermedad, basado en una mejor calidad de atención.

Cuenta con un listado de prestadores.

Las prestaciones serán autorizadas por el prestador en sistema online habilitado.

La Auditoría Médica podrá requerir una historia clínica para control de las prestaciones y seguimiento de los tratamientos.

La persona afiliada deberá abonar el importe de coseguro que corresponda según su plan de afiliación, que será debitado en su cuenta corriente de servicios sociales.

No existen topes de sesiones individuales o por grupo familiar atendiéndose dentro del Programa de Salud Mental.

2) Menú prestacional

Psiquiatría

Psicoterapia individual

Psicoterapia de familia

Psicoterapia de pareja

Internación

Interconsultas de pacientes en estado de internación

b) Sistema alternativo de reintegros

Se habilita la modalidad de reintegros de prestaciones para la atención de la salud mental de las personas afiliadas en todos los planes del interior, y en Rosario para quienes opten por este sistema, sujeto a las condiciones del plan de afiliación que contrataron.

Se reconocerán hasta cuatro (4) sesiones mensuales, totalizando un máximo de 25 sesiones por persona por año.

9) PSICOPEDAGOGÍA

La cobertura de este rubro comprende las sesiones de Psicopedagogía necesarias para el tratamiento de patología específica hasta un límite máximo de cuarenta (40). La extensión en la cobertura será autorizada por Auditoría Médica. El reconocimiento de este rubro se efectuará, únicamente, por la vía del reintegro. El importe reconocido para cada sesión de psicopedagogía será fijado por ES.

10) REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR

a) La cobertura de este rubro abarcará los siguientes casos:

Pacientes con post operación cardiovascular

Pacientes con post infarto.

b) El período de cobertura comprenderá hasta seis (6) meses corridos, pudiendo extenderse por otros seis (6) meses más con la debida autorización previa de la Auditoría Médica, quien resolverá sobre la base de la historia clínica de cada paciente.

c) La prestación se reconoce por reintegro para todos los planes según valores establecidos por ES.

11) TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

a) Se reconocerá en prestadores habilitados para cada plan en convenio con ES. La frecuencia de los ciclos será evaluada por Auditoría Médica según protocolo de tratamiento.

b) Comprende:

la pensión

honorarios del personal médico de oncología

cualquier otro gasto derivado de la práctica que se está realizando

c) En todos los casos los medicamentos oncológicos serán provistos mediante los mecanismos en vigencia por ES.

d) Cualquier diferencia originada en causas ajenas al módulo de quimioterapia reconocido, quedará a exclusivo cargo de la persona afiliada.

12) INTERNACIÓN SANATORIAL

a) Las personas afiliadas tendrán acceso a la cobertura de internación (Piso, Unidad de Terapia Intensiva o Intermedia, Unidad Coronaria y Neonatología), en tanto mediara prescripción médica, para el estudio del diagnóstico de su afección y/o tratamiento médico, siempre que ello no fuera posible de ser llevado a cabo en forma ambulatoria.

b) La persona beneficiaria tiene derecho a la internación en habitación compartida (dos camas) con baño privado o habitación privada según el plan al cual tenga adhesión. En este último caso, el servicio de habitación privada estará cubierto únicamente en los prestadores con los que ES tenga convenido esa modalidad y siempre sujeto a disponibilidad del prestador sanatorial.

c) La Auditoría Médica está facultada para efectuar el seguimiento en terreno de las personas afiliadas que se encuentren internadas, controlar la calidad de atención de los prestadores, evaluar la marcha de los tratamientos, presenciar la realización de algunas prácticas, solicitar aclaraciones al cuerpo médico tratante y realizar autorizaciones excepcionales en terreno cuando considere que el caso en particular así lo requiera.

d) Para acceder a la cobertura de internación, las personas afiliadas deberán solicitar previamente a ES la respectiva Orden de Internación.

e) Las internaciones de urgencia requerirán, indefectiblemente para su cobertura, la solicitud de la orden respectiva dentro de las setenta y dos (72) horas hábiles de producida la misma.

f) La modalidad vigente establece coseguros a cargo de la persona afiliada, diferenciados según el tipo de internación y el plan de cobertura contratado, que son fijados por la Cámara II a propuesta de ES.

g) La cobertura de este rubro comprende:

Derechos sanatoriales

Derechos quirúrgicos

Honorarios médicos

Honorarios anestesia

Medicamentos

Material descartable de uso frecuente

Ley provincial

Transfusiones de sangre y sustitutos del plasma (debidamente justificados)

Alimentación enteral o parenteral (debidamente justificada)

Todo ello de acuerdo a las normas establecidas por el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatorias y al plan de la persona afiliada.

h) Queda a cargo exclusivo de la persona afiliada los gastos no incluidos en la cobertura como llamados telefónicos, gastos de comida o bar y otros extras.

i) La cobertura de las internaciones de urgencia, dentro de los períodos de carencia, será evaluada por la Auditoría Médica.

13) INTERNACIÓN EN CENTROS DE REHABILITACIÓN

Solo en casos justificados, previa evaluación de Auditoría Médica se autorizará la internación en centros de rehabilitación en prestadores en convenio con ES, por un período no mayor a 90 días. En caso que no se considere justificada la prestación en internación a criterio de la Auditoría Médica se podrá suspender la cobertura de la misma.

14) ANESTESIA

La cobertura de este rubro comprende los honorarios por anestesia, en prácticas y cirugías, que necesariamente así lo requieran por su naturaleza.

15) TRASPLANTES E IMPLANTES

La cobertura de este rubro comprende los gastos inherentes a estudios previos, gastos de procuración del órgano, la ablación, trasplante, estudios post trasplante y medicamentos.

Se contemplan los siguientes casos:

Riñón

Corazón

Córnea

Médula

Hígado

Cardiopulmonar

Coclear

Pulmonar

Páncreas - riñón y páncreas

hueso

piel

La cobertura se brinda a través de los prestadores en convenio directo con ES.

La medicación post trasplante se brinda por provisión, debiendo presentar prescripción e informe trimestral en ES.

16) MATERIAL DESCARTABLE

Se cubrirá únicamente el material descartable de uso frecuente utilizado en:

Internación y cirugías incluidas en convenios institucionales con prestadores que lo hayan acordado expresamente con ES.

Prestaciones de urgencia realizadas en guardias sanatoriales relacionadas con la atención.

Material descartable utilizado para obtener las determinaciones de laboratorio en prestadores con convenio con el ES.

Material descartable utilizado en la consulta ginecológica, solo en caso que dicho costo se encuentre convenido entre el prestador elegido y el ES.

En el resto de los casos, el material descartable estará a cargo de las personas afiliadas.

17) INTERNACIÓN DOMICILIARIA

El servicio de internación domiciliaria será prestado por las empresas habilitadas contratadas por ES en localidades donde fuera factible articularlo, con autorización previa de Auditoría Médica.

Pacientes recuperables provenientes de internación en sanatorios por cuadros agudos:

En estos casos, las prestaciones autorizadas según evaluación pre-externación de la Auditoría Médica se brindarán de la siguiente manera:

Primeros 30 (treinta) días, al 100 %.

Hasta 60 (sesenta) días más, al 50 %.

En caso de corresponder el importe del coseguro a cargo de la persona afiliada le será debitado en su cuota mensual de servicios médicos.

En pacientes con enfermedad crónica, no recuperables provenientes de internación en sanatorios en los cuales cursaran intercurrentias, o en aquellos casos que requieran el apoyo médico domiciliario organizado de un servicio:

En estos casos se cubrirá, con evaluación previa de auditoría de terreno, de la siguiente manera:

Primeros 30 (treinta) días, al 100 %.

Hasta 60 (sesenta) días más, al 50 %.

Los medicamentos que estén exclusivamente relacionados con la internación se reconocerán al 100 %.

Se reconocerá el material descartable utilizado al 100 %.

La Auditoría Médica evaluará y controlará el consumo de los medicamentos, material descartable utilizado y estado del paciente que justifique la internación domiciliaria, presentando los informes correspondientes.

La persona afiliada titular o familiar a cargo deberá notificarse de la presente normativa, mediante la firma del formulario "Solicitud del servicio de Internación Domiciliaria" provisto por ES a través del cual toma conocimiento de la modalidad de la cobertura y de los eventuales coseguros a su cargo que serán facturados con la cuota mensual de servicios sociales.

18) MEDICAMENTOS

La cobertura de este rubro se regirá por las siguientes normas:

A) MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Cobertura: se realizará a través de todas las farmacias que integran el listado de prestadores, previa autorización en sistema online habilitado por ES. La persona afiliada deberá concurrir a las

mismas con su credencial, presentar la prescripción médica y abonar el porcentaje a su cargo, conforme a su plan de cobertura. Tras realizar la auditoría de medicamentos dispensados por las farmacias, se le facturará el coseguro vigente por cada medicamento adquirido según plan de afiliación.

No se dará curso a pedidos de reintegro de medicamentos, excepto que los mismos se realicen por residir fuera de la II circunscripción de la provincia de Santa Fe o caso de fuerza mayor.

Plan Complementario: quienes posean afiliación al mismo, podrán solicitar reintegro presentando receta y factura de la farmacia que reúnan los requisitos detallados precedentemente. Se reconocerá hasta el veinte por ciento (20 %) del costo de los medicamentos. No se admitirán reintegros directos de medicamentos.

Valores de referencia: la legislación sobre medicamentos genéricos vigente, dispone que profesionales médicos prescriban los medicamentos por su denominación genérica y a la vez, faculta al personal farmacéutico a entregar otro producto similar de menor precio, siempre que el mismo corresponda a igual droga, concentración y forma farmacéutica prescripta. En correspondencia con esta línea de acción, ES podrá establecer valores de referencia para grupos de monodrogas de uso frecuente. Dicho valor de referencia actúa como monto fijo reconocido máximo, sobre el cual deberán aplicarse los porcentajes de cobertura correspondientes a cada plan. Esta modalidad propicia el uso racional de medicamentos con una disminución en el costo tanto para pacientes como para el financiador, cuando el precio del medicamento adquirido sea inferior al valor de referencia.

Disposiciones generales:

I- Tipo de recetario

Todo medicamento deberá ser prescripto en un recetario convencional con membrete impreso que contenga datos del profesional médico (nombre, apellido, N.º de matrícula), del centro de atención, clínica, hospital y/o institución sanatorial. No se aceptan fotocopias de recetas, ni recetarios con publicidades de la industria farmacéutica, ni propaganda de medicamentos, ni en blanco.

Se admiten recetas provistas por medios digitales en tanto sean autorizadas en sistema online de la farmacia.

Los datos escritos por quien consigna la receta deberán presentar la misma tinta, tanto en la prescripción como en la firma.

Deberá existir correspondencia entre los medicamentos recetados según diagnóstico de la prescripción.

En el caso de profesionales del ámbito de la odontología solo pueden recetar medicamentos relacionados con su especialidad.

Deberá también existir correspondencia entre el medicamento recetado y la especialidad cada profesional.

No se aceptarán recetas que no reúnan estas condiciones.

II- Datos de la receta

Denominación de la entidad.

Apellido y nombre a quién se prescribe.

Número de afiliación completo. El personal farmacéutico podrá completar o corregir el número de la persona afiliada en la misma avalándolo con firma y sello.

Diagnóstico principal y secundario si lo hubiere.

Fecha de emisión de la receta.

Detalle de los medicamentos (marca comercial, monodroga y presentación).

Cantidades en números y letras.

Firma y sello legible del personal médico con matrícula y registro de especialidad.

III- Validez de la prescripción

Es de treinta (30) días desde la fecha de emisión.

IV- Cantidad máxima de envases y medicamentos por prescripción

Hasta tres (3) medicamentos por receta, un envase (1) por renglón, admitiéndose un solo envase grande por receta.

Antibióticos inyectables monodosis: hasta 6 (seis) frascos-ampollas por receta. Si el antibiótico se presentara en envases de más de una (1) ampolla, la farmacia entregará exactamente lo prescrito, combinando la menor cantidad de envases posibles.

Antibióticos inyectables multidosis: 1 (uno) por receta.

Antibióticos orales (comprimidos / cápsulas / jarabes): se podrá prescribir, hasta dos (2) envases debiendo especificar el médico la dosis y días de tratamiento.

Radiopacos: hasta dos (2) unidades, sin necesidad de autorización previa.

Evacuante intestinal: sodio, fosfato (Fosfo-Dom y similares) para estudio radiológico y exámenes endoscópicos hasta dos (2) unidades sin necesidad de autorización previa.

La cantidad de envases se expresará en números arábigos y en letras.

Cuando el facultativo no especifique las cantidades, la farmacia suministrará siempre lo recetado en el envase de menor cantidad.

En caso de error en el contenido del medicamento prescrito, la farmacia deberá entregar el tamaño menor al indicado.

Prescripción por genérico: en caso de que se haya recetado por monodroga se deberá dispensar el medicamento de menor precio.

Se acepta el reemplazo de un nombre comercial por otro, solo cuando se trate de un reemplazo por un medicamento de menor precio a pedido y con el consentimiento escrito de la persona afiliada.

No se reconocerá mayor cantidad de medicamentos aún con el agregado de la expresión "Tratamiento Prolongado"

V- Tratamientos prolongados y medicamentos que requieren autorización previa

- **Tratamiento prolongado:** para utilizar esta modalidad, la persona afiliada deberá hacer completar por el médico tratante el formulario respectivo provisto por ES detallando medicamentos prescritos, dosis, monodroga, diagnóstico y duración del tratamiento a los efectos de su evaluación y autorización por Auditoría Médica.

ES autorizará por sistema la monodroga y dosis correspondiente al tratamiento indicado en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles.

La persona afiliada que tenga autorizado un Tratamiento Prolongado deberá concurrir a la farmacia solamente con la credencial de la persona a quien corresponda el Tratamiento Prolongado (solo deberá presentar copia de receta para adquirir medicamentos psicotrópicos con receta archivada), solicitar el medicamento autorizado y abonar el porcentaje a su cargo según plan de afiliación.

Al agotar las dosis autorizadas o al vencer el plazo de duración del tratamiento, deberá presentar un nuevo formulario de tratamiento prolongado a los efectos de su renovación.

Normalmente se reconoce una validez máxima de doce (12) meses a los formularios de tratamiento prolongado autorizados, salvo casos que a criterio de la Auditoría Médica se justifique una frecuencia distinta.

- **Medicamentos con autorización previa:** para adquirir cualquier medicamento que requiera autorización previa, la prescripción médica deberá estar autorizada previamente por Auditoría Médica sin excepción, ya que el sistema en línea valida tal situación.

VI- Medicamentos reconocidos

Medicamentos no excluidos que figuren en Vademecums de Medicamentos de ES, con cobertura según plan de afiliación.

Anticonceptivos orales: 100 % únicamente completando formulario de tratamiento prolongado y con precio de referencia.

Tiras reactivas para autocontrol de diabetes: 100 % por provisión, en cantidad sujeta a evaluación de Auditoría Médica.

Vacunas según la siguiente normativa:

Vacunas del Calendario Nacional hasta 12 años al 50 %.

Vacuna antigripal:

Cobertura en farmacias:

Todos los planes:

0 a 2 años: cobertura 100 % directamente en farmacia con receta, credencial y DNI.

65 años o más: cobertura 100 % directamente en farmacia con credencial y DNI (puede concurrir sin receta).

Grupos de riesgo de 3 a 64 años: cobertura 100 % con credencial, DNI y autorización previa desde las gestiones online de ES, desde la app o web del Consejo, presentando receta e historia clínica.

De 3 a 64 años inclusive: cobertura 50 % para planes Integral, Familiar, Joven y Básico y 40 % para plan Jubilados y Pensionados, directamente en farmacia con receta, credencial y DNI.

Cobertura en vacunatorios en convenio:

Todos los planes:

0 a 2 años y 65 años o más: cobertura 100 % con credencial, DNI y autorización previa desde las gestiones online de ES, desde la app o web del Consejo, presentando receta.

Grupos de riesgo de 3 a 64 años: cobertura 100 % con credencial, DNI y autorización previa desde las gestiones online de ES desde la app o web del Consejo, presentando receta e historia clínica.

De 3 a 64 años inclusive: cobertura 50 % para planes Integral, Familiar, Joven y Básico y 40 % para plan Jubilados y Pensionados, con credencial, DNI y autorización previa desde las gestiones online de ES desde la app o web del Consejo, presentando receta.

Vacuna antineumocócica: se reconoce 50 % a personas afiliadas mayores de 65 años.

Vacuna antitetánica y las gammaglobulinas relacionadas 50 % y no requieren autorización previa.

No se requerirá una nueva prescripción médica para las IIs y siguientes dosis, en caso de corresponder.

No se requerirá la presentación del troquel cuando se haya suministrado dosis hospitalaria o la aplicación haya sido efectuada por alguno de los prestadores contratados en forma directa como centro de vacunación.

En todos los casos, el porcentaje de reconocimiento será de acuerdo al plan de la persona afiliada.

VII- Medicamentos no reconocidos (salvo expresa y excepcional autorización previa de Auditoría Médica):

Medicamentos que no figuren en vademecums de ES vigentes.

Medicamentos y productos de venta libre.

Productos no incluidos en el "Manual Farmacéutico".

Anorexígenos, lipolíticos y otros productos dietéticos.

Anticelulíticos.

Estimulantes sexuales

Fórmulas magistrales.

Herboristería.

Leches, con excepción de las reconocidas en el Plan Materno Infantil.

Medicamentos con aminoácidos.

Productos con ginseng.

Productos homeopáticos.

Productos para celuloterapia.

Medicamentos sin troquel

Presentaciones nuevas, hasta tanto ES apruebe su incorporación

Accesorios médicos, tales como: instrumental quirúrgico, agujas para inyecciones o punciones, jeringas de todo tipo, termómetros, nebulizadores, vaporizadores, inhaladores, atomizadores y otros de similar naturaleza.

Alcohol, agua oxigenada, gasa, algodón, vendas y telas adhesivas (comunes o hipoalergénicas).

Mamaderas, bolsas de agua, frascos, receptáculos y vasijas de diversa naturaleza.

Artículos para limpiar o adherir dentaduras, callicidas, dentífricos, champús, jabones especiales, antisépticos, artículos de tocador y/o belleza, productos para estética.

Toda nueva incorporación al Manual Farmacéutico de productos iguales a los que están excluidos, quedan automáticamente en las mismas condiciones.

Se excluyen las nuevas monodrogas incorporadas al Manual Farmacéutico, aún habiendo sido aprobadas por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) del Gobierno de los Estados Unidos, hasta los 12 meses de su incorporación en el mercado farmacéutico argentino.

VIII- Medicamentos que requieren autorización previa

Medicamentos no excluidos que figuren en Vademecums de Medicamentos con autorización previa de ES, con cobertura según plan de afiliación.

IX- Medicamentos que se encuentran fuera de cobertura a través de farmacias (por provisión)

La persona afiliada deberá cumplimentar la documentación respectiva a los fines de que el ES provea en forma directa la medicación solicitada.

Albúmina humana

Antihemofílicos y factores de coagulación.

Tratamiento contra el SIDA

Eritropoyetina.

Inmunosupresores

Interferon (Alfa, Beta, Gamma, etc.).

Oncológicos y coadyuvantes al tratamiento serán provistos por el ES una vez cumplimentada la documentación médica y administrativa correspondiente, previa autorización de la Auditoría Médica.

Medicamentos para la diabetes y tiras reactivas para autocontrol. Para acceder a una mayor cobertura de “Medicamentos (*) para Diabetes y Tiras Reactivas para determinación de glucosa” se deberá ajustar a lo que seguidamente se detalla:

La cobertura se efectuará únicamente a través del sistema de Provisión.

Para solicitar la provisión de los medicamentos y tiras reactivas para determinación de glucosa necesarias la persona afiliada deberá presentar debidamente completado y firmado por el médico tratante el formulario provisto por el ES en donde conste la correspondiente historia clínica, prescripción médica y plan terapéutico. El mismo procedimiento se deberá seguir en caso de variar las cantidades requeridas.

El formulario referido tendrá una duración de un año. La Auditoría de Medicamentos establecerá la cantidad máxima de medicamentos a proveer dentro de ese período sin que se requiera un nuevo pedido médico.

Se establece un tope de cobertura mensual de 50 tiras reactivas para determinación de glucosa por paciente.

Una vez autorizado dicho formulario por la Auditoría Médica, ES realizará la Provisión correspondiente en forma trimestral, en el domicilio que indique la persona afiliada.

Fertilidad asistida

Medicamentos de alto costo en general.

B) MEDICAMENTOS EN INTERNACIÓN

La cobertura es del ciento por ciento (100 %) a cargo de ES y deberán ser provistos por el prestador sanatorial, salvo en caso de medicamentos de alto costo en los que se acuerde la provisión a cargo de ES siempre que sea posible.

19) ÓPTICA

La cobertura de anteojos recetados que brinda ES comprende los siguientes elementos y se accede conforme a las modalidades y condiciones establecidas para cada plan:

a) Cristales:

Blancos o blancos orgánicos esféricos

Blancos o blancos orgánicos esférico-cilíndricos

Bifocales blancos o blancos orgánicos esféricos Kriptock

Bifocales blancos o blancos orgánicos esféricos Full Vue

Bifocales blancos o blancos orgánicos esféricos cilíndricos Kriptock

Bifocales blancos o blancos orgánicos esféricos cilíndricos Full Vue

Bifocales fotocromáticos esféricos Kriptock

Bifocales fotocromáticos esféricos Full Vue

Bifocales fotocromáticos esféricos cilíndricos Kriptock

Bifocales fotocromáticos esféricos cilíndricos Full Vue

b) Lentes de contacto:

1) Blancas blandas (a partir de -3° de dioptrías)

2) Blancas tóricas (a partir de -3° de dioptrías con -0,50 o más de astigmatismo o cuando la diferencia de graduación entre ambos ojos sea mayor a -2)

c) Adicional por antirreflejo: se reconoce un valor único por par de lentes. Tiene carácter de subsidio y consiste en un importe que se adiciona a la cobertura como complemento.

c) Lentes ocupacionales: se reconoce un valor único por par de lentes cuando sean indicados para presbicia o cuando se presentan dificultades de enfoque en corta o media distancia (ordenador, mesa, móvil, etc.) según pedido médico. El valor reconocido tiene carácter de subsidio.

d) Lentes multifocales: se reconoce un valor único por par de lentes a quienes posean afiliación al

plan Integral. No se adiciona antirreflejo. El valor reconocido tiene carácter de subsidio.

e) Armazones: se reconoce valor único por armazón según convenio con prestadores vigentes.

Coberturas respectivas:

Se requerirá autorización previa de ES para adquirir lo recetado en las respectivas prescripciones oftalmológicas.

Se deberá respetar un período de carencia intermedia para cambiar armazones, cristales y lentes de contacto de veinticuatro (24) meses, a contar desde el último pedido de autorización.

No registrará este período de carencia para los cristales, en el caso que se prescriba cambio de graduación mayor a 0,50 dioptrías.

Se reconocen cristales orgánicos blancos para visión simple o bifocal en todas las graduaciones. No se reconocen orgánicos fotocromáticos.

Se reconoce en forma conjunta la prestación de lentes aéreos y lentes de contacto (a partir de los 3º de dioptrías), con justificación del personal médico prescriptor y autorización previa de Auditoría Médica.

Lentes bifocales solo se autorizarán cuando, en los veinticuatro (24) meses anteriores no se hayan autorizado cristales para visión "lejana" o visión "próxima"

Los valores que se reconozcan serán los fijados por ES.

Cualquier situación no contemplada en las normas anteriormente detalladas, quedarán a exclusivo criterio del Directorio, fundada en previa opinión de la Auditoría Médica.

20) CIRUGÍAS OFTALMOLÓGICAS

CATARATAS CON LENTE INTRAOCULAR

Se reconocerá la cirugía de cataratas por facoemulsificación con colocación de lente intraocular en prestadores en convenio con ES. La prestación incluye gastos sanatoriales, honorarios médicos y lente de silicona o acrílico plegable y sustancia viscoelástica. Toda otra lente que no sea la incluida en los módulos convenidos con los prestadores en convenio se encuentran fuera de cobertura y su valor será a cargo de la persona afiliada en caso de optar por las mismas.

EXCIMER LASER (Lasik)

Se reconocerá la cirugía de Excimer Láser y sus estudios prequirúrgicos (paquimetría y topografía corneal) en los casos de miopía y astigmatismo con una graduación superior a -3º e hipermetropía con una graduación superior a +1,5º siempre con autorización previa de la Auditoría Médica. Quedará a cargo de la persona beneficiaria el pago del coseguro correspondiente fijado por el ES. Necesariamente se deberá presentar el informe del examen oftalmológico completo donde conste

el vicio de refracción, fondo de ojo, paquimetría y topografía corneal.

Cobertura cirugías Excimer Láser

PLAN INTEGRAL 100 %

PLAN FAMILIAR 80 %

PLAN JOVEN 80 %

PLAN BÁSICO sin cobertura

PLAN JUBILADOS sin cobertura

OTRAS CIRUGÍAS OFTALMOLÓGICAS

Con autorización previa de Auditoría Médica en prestadores en convenio con ES.

TRATAMIENTO DE MACULOPATÍA

Se reconocerán hasta tres inyecciones intravítreas con sustancia angiogénica Avastin, con autorización previa de Auditoría Médica.

La indicación de otras drogas se encuentra fuera de cobertura, salvo casos debidamente justificados a criterio de Auditoría Médica. Los mismos tendrán un reconocimiento del 50 % por única vez por provisión o reintegro a valores de ES.

21) TERAPIA FOTODINÁMICA

Se reconocerá por reintegro con autorización previa de Auditoría Médica a valores de ES hasta 3 sesiones por zona a tratar.

22) PROGRAMA DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Comprende consulta inicial, dieta o plan alimentario y hasta 12 controles posteriores, únicamente en prestadores en convenio con ES que integren el Programa de Nutrición y Alimentación Saludable vigente.

23) TRATAMIENTOS PARA OBESIDAD MÓRBIDA

Los tratamientos de obesidad mórbida se reconocerán por reintegro, previa evaluación de Auditoría Médica a valores de ES.

Las cirugías bariátricas debidamente justificadas se reconocerán en prestadores sanatoriales en convenio previa autorización de Auditoría Médica.

24) ORTOPEDIA Y PRÓTESIS

Cobertura de órtesis:

Compra de calzado ortopédico: por reintegro hasta valor fijado por ES

Compra de otros elementos ortopédicos: sujeto a evaluación de auditoría médica, por reintegro hasta valor fijado por el ES

Alquiler de elementos ortopédicos:(muletas, camas, sillas, trípodes, etc.) por reintegro hasta valor fijado por ES

Cobertura de prótesis:

ES solicitará presupuestos para determinar la cobertura de prótesis según criterio y evaluación de Auditoría Médica. La cobertura se fijará hasta el 100 % sobre el menor presupuesto de prótesis de origen nacional. En caso de no existir alternativa de origen nacional, el porcentaje de cobertura se aplicará según se detalla a continuación sobre el valor del menor presupuesto de origen importado, salvo lo dispuesto en forma específica para algunos rubros.

	Plan Integral	Demás Planes
PROTESIS NACIONALES	100%	100%
PROTESIS IMPORTADAS		
Prótesis cardíacas		
Stents coronarios (sin liberación de droga)	100%	100%
Marcapasos convencionales	100%	100%
Stent con liberación de droga	100%	70%
Cardiodesfibriladores	100%	70%
Válvulas cardíacas convencionales	100%	70%
Parches oclusores	70%	50%
Marcapasos no convencionales: Haz de His / sensor de asa cerrada	70%	50%
Válvula TAVI	70%	50%
Dispositivos intravasculares:		
Sistema de aterectomía / litotricia intravascular	70%	50%
Balón coronario con liberación de drogas	70%	50%
Otros stents		

Stent carotídeo / biliar / gástrico / intracreatineano / periférico convencionales	100%	70%
Otros stents no convencionales: coils, divisor/difusor de flujo	70%	50%
Prótesis para neurocirugía	100%	70%
Otros stents no convencionales: coils, divisor/difusor de flujo	70%	50%
Neuroestimuladores	70%	50%
Bomba de infusión intratecal	70%	50%
Prótesis para cirugía de columna	100%	70%
Prótesis mamarias (cirugías reparadoras)	100%	100%
Prótesis oculares (excepto lentes intraoculares no incluidas en módulos convenidos)	100%	70 %
Otras prótesis oculares: Anillos estromales, válvula Ahmed o Baeveltdt.	70%	50%
Prótesis traumatológicas		
Tornillos, arpones, grampas	70%	50%
Cadera	70%	50%
Rodilla	70%	50%
Otras	70%	50%
Otras prótesis importadas	70%	50%
Audífonos	70 % (hasta valor tope fijado por ES)	50 % (hasta el valor tope fijado por ES)

Sistema de provisión

La cobertura se efectuará por provisión. En caso de corresponder, la persona afiliada deberá cancelar la diferencia a su cargo en forma previa a la misma.

Se debe presentar prescripción del cuerpo médico especialista correspondiente a la patología a tratar, historia clínica y estudios previos.

Sistema de reintegros

En el caso de audífonos la prestación se brindará por reintegro hasta valor tope fijado por ES presentando pedido médico, historia clínica y estudios previos.

El reintegro de este y otros tipos de prótesis serán evaluados por Auditoría Médica y quedan sujetos a mismos requisitos y cobertura establecidos en el sistema de provisión.

ES se reserva siempre la facultad de solicitar presupuestos adicionales para determinar la cobertura.

25) ATENCIÓN DOMICILIARIA

- SERVICIO MÉDICO

El servicio de atención médica domiciliaria solo será prestado por los prestadores médicos contratados por ES en localidades donde sea factible articularlo.

La persona afiliada que requiera el servicio deberá presentar la credencial de afiliación y su documento de identidad. El importe del coseguro a cargo en caso de corresponder, le será debitado en su cuota mensual de servicios sociales.

Es de destacar que este servicio no ha sido instituido para atender casos de urgencias o emergencias, ya que las mismas deberán ser canalizadas a través de los sistemas médicos de emergencias específicos, cuya contratación está a cargo de la persona afiliada.

En las localidades donde no se cuente con prestadores directos, la cobertura se brindará por reintegro a valores de ES.

- SERVICIO DE ENFERMERÍA

Este servicio comprende aplicación de inyecciones, nebulizaciones, toma de presión, curaciones, sondas y otras prácticas médicas similares.

En todos los casos será imprescindible la presentación de la correspondiente prescripción médica.

El servicio de enfermería a domicilio será prestado por empresas contratadas por ES en localidades donde sea factible formalizar convenios.

En las localidades donde no se cuente con prestadores directos la cobertura se brindará por reintegro a valores de ES.

26) DISCAPACIDAD

ES brinda esta cobertura a través de un "Módulo de Atención Especial" destinado a financiar los gastos y prestaciones necesarios para una atención acorde a la discapacidad de la persona afiliada.

Este módulo será valorizado en una suma anual tope, cuyo monto y otorgamiento dependerá de la evaluación de la Auditoría Médica sobre los siguientes elementos:

Certificado de discapacidad

Pedido médico

Historia clínica

Plan terapéutico

Presupuesto anual de cada prestación

En base a los elementos indicados, ES resolverá si están cumplidas las condiciones para otorgarlo, calculará monto mensual y plazo durante el cual se otorgará.

Una vez autorizado el módulo correspondiente, los tratamientos específicos se cubrirán a través del sistema de reintegros según valor fijado por ES, con afectación a dicho módulo y no por prestación.

No obstante, ES podrá convenir la facturación directa con los prestadores en los casos que, de acuerdo al plan de tratamiento que efectúen, resulte factible.

La Auditoría Médica se encuentra facultada a evaluar en terreno y controlar las prestaciones autorizadas.

27) FERTILIZACIÓN ASISTIDA

Cobertura vigente para tratamientos de baja y alta complejidad:

Cobertura en prestadores con convenio de facturación directa

TRATAMIENTOS DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE BAJA COMPLEJIDAD

Cobertura: hasta 3 (tres) inseminaciones intrauterinas anuales.

TRATAMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD (FIV/ICSI)

Se reconocerá hasta los 44 años inclusive a la persona afiliada que recibirá el tratamiento, hasta 3 (tres) tratamientos de alta complejidad de por vida.

Si poseen afiliación titular y cónyuge o conviviente: 100 % en todos los planes (Integral, Familiar, Joven, Básico)

Si está afiliada solo la persona que recibirá el tratamiento: 100 % en todos los planes (Integral, Familiar, Joven, Básico)

Si está afiliada solo la persona que no recibirá el tratamiento: hasta el 50 % sólo por reintegro complementario a al monto cubierto por la obra social o sistema médico de la persona que recibirá el tratamiento, presentando factura original y protocolo quirúrgico. Medicamentos fuera de cobertura.

CRIOPRESERVACIÓN DE EMBRIONES: 100 %

DESCONGELADO y TRANSFERENCIA de EMBRIONES: 100 % hasta 3 (tres) transferencias por ICSI/FIV

MANTENIMIENTO DE EMBRIONES CONGELADOS: hasta 1 año por reintegro al 50 % del valor fijado por ES.

TRATAMIENTO FIV/ICSI + OVODONACIÓN

Se reconocerá entre 44 y 51 años a la persona afiliada que recibirá el tratamiento.

Si poseen afiliación titular y cónyuge o conviviente: 100 % en todos los planes (Integral, Familiar, Joven, Básico)

Si está afiliada solo la persona que recibirá el tratamiento: 100 % en todos los planes (Integral, Familiar, Joven, Básico)

Si está afiliada solo la persona que no recibirá el tratamiento: hasta el 50 % sólo por reintegro complementario a al monto cubierto por la obra social o sistema médico de la persona que recibirá el tratamiento, presentando factura original y protocolo quirúrgico. Medicamentos fuera de cobertura.

TRATAMIENTO FIV/ICSI + ESPERMA HETERÓLOGO

Si poseen afiliación titular y cónyuge: 100 % en todos los planes (Integral, Familiar, Joven, Básico)

Si está afiliada sólo la persona que recibirá el tratamiento: 100% espermia heterólogo (Integral, Familiar, Joven, Básico)

Si está afiliada solo la persona que no recibirá el tratamiento: hasta el 50 % sólo por reintegro complementario a al monto cubierto por la obra social o sistema médico de la persona que recibirá el tratamiento, presentando factura original y protocolo quirúrgico. Medicamentos fuera de cobertura.

TRATAMIENTO FIV/ICSI + DONACIÓN ÓVULOS + DONACIÓN ESPERMA

Si poseen afiliación titular y cónyuge: 100 % en todos los planes (Integral, Fliar, Joven, Básico)

Si está afiliada solo la persona que recibirá el tratamiento: 100 % en todos los planes + espermia (Integral, Familiar, Joven, Básico)

Si está afiliada solo la persona que no recibirá el tratamiento: hasta el 50 % sólo por reintegro complementario a al monto cubierto por la obra social o sistema médico de la persona que recibirá el tratamiento, presentando factura original y protocolo quirúrgico. Medicamentos fuera de cobertura.

Medicamentos:

Solo se reconocen a la persona que recibirá el tratamiento.

Por Provisión 100 %, solo en casos excepcionales se realiza autorización previa en ES por sistema de farmacias.

Por reintegro, solo por excepción en casos de fuerza mayor a valores de ES.

Otros procedimientos específicos

Swim up: se autoriza 1(unos) por ICSI

Hatching assisted: sujeto a evaluación de Auditoría Médica, por reintegro a valores de ES.

Cocultivos y cultivo secuencial: sujetos a evaluación de Auditoría Médica, por reintegro a valores de ES.

Otras coberturas específicas de fertilización asistida

Cobertura 100 % para todos los planes (Integral, Familiar, Joven, Básico):

Monitoreo ecográfico folicular

HSN (Histerosonografía) (224002)

HSG (Histerosalpingografía)(220107/340604/340103 + telebrix)

Criopreservación de gametas (óvulos/ espermatozoides)

Solo se reconocerá en casos oncológicos o cirugías y siempre sujeto a evaluación de Auditoría Médica.

Análisis específicos y estudios genéticos

Análisis específicos:

Por autorización: 100 % Integral, Familiar, Joven y Básico.

Por reintegro: 100 % Integral, Familiar, Joven y Básico. A valores de ES.

Espermograma computarizado (con morfología kruguer) (384011)

Fragmentación ADN (384012)

Careotipo por bandeo G Cromosómico a valor NBU código 663430 por autorización a valor de ES.

Estudios genéticos en general: están fuera de cobertura

Panel Mutaciones Gen CFTR (fibrosis quística): excepto con patología preexistente, cobertura 50 % por reintegro. En caso de familiar 1º/2º línea con resultado de fibrosis quística pancreática.

PGD

PGS

Punción de vellosidades coriales

Otros estudios genéticos

Coberturas Múltiples

En caso que la persona afiliada tuviera más de una cobertura médica se deberá presentar constancia de cobertura de la otra cobertura médica a fin de intentar compartir el gasto.

Auditoría Médica

Es facultad de Auditoría Médica evaluar los casos y realizar las autorizaciones correspondientes y resolver situaciones no contempladas debidamente justificadas.

Cobertura mediante sistema de reintegros (para personas afiliadas que realizan tratamientos en prestadores fuera de convenio según plan de afiliación)

TRATAMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD (FIV/ICSI)

Si poseen afiliación titular y cónyuge o conviviente: 100 % del valor tope fijado por ES en todos los planes (Integral, Familiar, Joven, Básico)

Si está afiliada solo la persona que recibirá el tratamiento: 100 % del valor tope fijado por ES presentando comprobante fiscal de gastos abonados y protocolo quirúrgico.

Si está afiliada solo la persona que no recibirá el tratamiento: hasta el 50 % sólo por reintegro complementario a al monto cubierto por la obra social o sistema médico de la persona que recibirá el tratamiento, presentando factura original y protocolo quirúrgico. Medicamentos fuera de cobertura.

TRATAMIENTO FIV/ICSI + OVODONACIÓN

Si poseen afiliación titular y cónyuge o conviviente: 100 % del valor tope fijado por ES en todos los planes (Integral, Familiar, Joven, Básico)

Si está afiliada solo la persona que recibirá el tratamiento: 50 % del valor tope fijado por ES presentando comprobante fiscal de gastos abonados y protocolo quirúrgico.

Si está afiliada solo la persona que no recibirá el tratamiento: hasta el 50 % sólo por reintegro complementario a al monto cubierto por la obra social o sistema médico de la

Auditoría Médica

Es facultad de Auditoría Médica evaluar los casos y realizar las autorizaciones correspondientes y resolver situaciones no contempladas debidamente justificadas.

28) PLASMA RICO EN PLAQUETAS

Se reconocen hasta 3 aplicaciones de plasma rico en plaquetas para tratamiento de afecciones de articulaciones debidamente justificadas con historia clínica y con autorización previa de Auditoría Médica al valor fijado por ES.

29) OTROS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Dispositivos intrauterinos

Se reconocerá la colocación y/o extracción de dispositivos intrauterinos de cobre según valores vigentes en ES. En caso de colocación de dispositivo intrauterino hormonal, se deberá presentar historia clínica y resultado de estudios previos a Auditoría Médica para evaluación y autorización. En caso de corresponder, se reconocerá la colocación y/o extracción según valores vigentes en ES y el dispositivo hormonal por provisión.

Ligadura de tubaria

Se reconocerá la ligadura tubaria según normas del Nomenclador Nacional a valores vigentes en ES.

Vasectomía

Se reconocerá la vasectomía según normas del Nomenclador Nacional a valores vigentes en ES.

30) INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Se reconocerán procedimientos para la interrupción del embarazo según legislación vigente en

prestadores de cartilla a valores de ES.

31) CONSUMO PROBLEMÁTICO

Situación de ingreso por primera vez

Para las personas afiliadas que requieran tratamiento se cubrirá por sistema de reintegro al valor establecido por ES.

La cobertura comprende atención de:

Internación para deshabitación y/o rehabilitación.

Hasta un año de cobertura. Transcurrido los primeros seis meses el afiliado deberá presentar historia clínica para solicitar prórroga de hasta seis meses más.

Tratamiento ambulatorio.

Módulo de 12h.

Módulo de 8h.

Módulo de 4h.

Módulo de Prevención de recaídas

En todos los casos, para autorización de los reintegros se solicitará documentación correspondiente (pedido médico, factura e historia clínica evolutiva cada 6 meses). Siempre sujeto a evaluación de Auditoría Médica quien tiene la facultad para realizar las modificaciones a la cobertura que considere oportunas.

En los casos que autorice la Auditoría Médica la cobertura será 100% durante el primer año de atención en cualquier nivel o modalidad de tratamiento y del 80% durante el segundo año.

Situaciones de recaídas

La cobertura será del 80% en cualquier nivel o modalidad de tratamiento hasta por un año.

B) COBERTURA ODONTOLÓGICA

La cobertura se brinda a través de dos sistemas alternativos a opción de las personas afiliadas según su plan de afiliación.

SISTEMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Prestaciones a efectuar por odontólogos prestadores de ES y que correspondan según plan de afiliación.

Cobertura:

Planes	dentistería	prótesis	ortodoncia	periodoncia	cirugía
Integral	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %
Familiar/Joven	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Básico	70 %	-	-	-	70 %
Jubilados y Pensionados	50 %	50 %	-	50 %	50 %

Procedimiento:

La autorización de las prácticas debe ser previa al inicio del tratamiento con la presentación de la ficha odontológica confeccionada por profesionales del área. La ficha odontológica deberá contener los datos de afiliación, los datos del personal del área, las prestaciones a realizar indicando piezas y caras dentarias.

La Auditoría Odontológica auditará el pedido arancelando el tratamiento a realizar.

La persona afiliada deberá abonar a ES el coseguro a su cargo conforme al plan de afiliación, que será facturado con su cuota de servicios sociales.

Finalizado el tratamiento la persona afiliada conformará con su firma cada práctica en la ficha odontológica.

La persona afiliada solo deberá abonar una suma adicional por el valor del estampillado provincial y del Colegio de Odontólogos y cuando las prestaciones efectuadas NO sean reconocidas por ES.

SISTEMA DE REINTEGRO

Se reconocerá por reintegro prestaciones efectuadas por profesionales no prestadores de ES, para personas afiliadas al plan Integral en Rosario y para personas afiliadas de todos los planes fuera de Rosario, en las prácticas que corresponda su cobertura, según plan de afiliación.

Documentación: la persona afiliada deberá gestionar a través de las gestiones online de la

página web de ES, dentro de los sesenta días de realizada la prestación:

Recibo oficial de pago (conforme a las normas de AFIP).

Ficha odontológica con indicación de las prácticas realizadas, piezas y caras dentarias tratadas, con el estampillado correspondiente establecido por la respectiva legislación fiscal provincial.

Radiografías u otros elementos según requiera la práctica solicitada.

Valor de reintegro: según el plan de afiliación corresponde un porcentaje del importe establecido por ES para las prestaciones reconocidas.

Plan	Reintegro Rosario	Reintegro interior	Cobertura prótesis	Cobertura ortodoncia
Integral	60 %	70 %	SI	SI
Joven/Familiar	NO (solo complemento de otra obra social 40 %)	50 %	SI	SI
Básico	NO (solo complemento de otra obra social 60 %)	70 %	NO	NO
Jubilados y Pensionados	NO (solo complemento de otra obra social 40 %)	50 %	SI	NO
Complementario	30 % solo complemento de otra obra social	30 % solo complemento de otra obra social	SI	NO

La cobertura en los tratamientos de prótesis y ortodoncia con atención fuera de la ciudad de Rosario será por reintegro según plan de afiliación elegido.

DISPOSICIONES VÁLIDAS PARA AMBOS SISTEMAS

Sobre las prestaciones reconocidas:

Consultas: una por año calendario.

Consultas de urgencia: hasta dos por año calendario.

Restauraciones con amalgama y/o composite: carencia de 36 meses.

Endodoncias: una por pieza dentaria por única vez.

Prótesis removibles en acrílico y/o cromo: carencia de 48 meses.

Prótesis fija: carencia de 60 meses. Sin cobertura en prótesis de cerámica y/o porcelana.

Ortodoncia dentición mixta: un tratamiento en personas afiliadas de hasta 15 años de edad y según plan de afiliación.

Ortodoncia dentición permanente: un tratamiento en personas afiliadas de hasta 15 años de edad y según plan de afiliación.

La cobertura se efectuará en tres etapas:

Primera: cuando la persona facultada que haya intervenido en el tratamiento certifique haber colocado y activado la aparatología necesaria para el caso.

II: al promediar el tratamiento que se ha estimado como necesario para realizar la corrección, acompañando certificación de tal circunstancia.

Tercera: con la presentación de la certificación en la que se deje constancia que da por terminada la parte activa del tratamiento.

Se requerirá de quien tiene a su cargo el tratamiento:

Diagnóstico.

Tipo de dentición.

Duración estimada del tratamiento, tipo de aparatología a utilizar y pronóstico.

Presupuesto total del tratamiento.

Certificación de la aparatología instalada en boca.

Conservación de los modelos por eventual Auditoría de parte de personal del área odontológica de ES.

Periodoncia: carencia 24 meses, se autoriza con auditoría de terreno pre tratamiento y según plan de afiliación.

Cirugía en consultorio y Cirugía en quirófano: sujeto a evaluación previa por Auditoría Odontológica y Médica, requiere la presentación de:

historia clínica.

estudios radiológicos.

plan de tratamiento que indique procedimiento a realizar, tipo de anestesia, duración aproximada de la cirugía, horas/días de internación, materiales/instrumental requerido.

honorarios profesionales.

Implantes, emergentes / Relleno óseo, membranas de colágeno y sustitutos óseos: subsidio que se otorga por reintegro para las personas afiliadas a plan Integral, Joven y Familiar. Deberán presentar además de la factura o recibo y ficha odontológica las radiografías pre y post tratamiento y sticker del envase de cada implante, emergente y relleno utilizado.

Se reconoce por única vez por pieza dentaria: Cód. 99.01.01 Implante - Cód. 99.01.02 Elemento Intermediario - Cód.104701 Relleno óseo y Cód.104702 Membrana.

La posterior rehabilitación protésica será cubierta por ES de acuerdo a la reglamentación referente al capítulo "PRÓTESIS" vigente al momento de la prestación. Cabe aclarar que si se trata de profesionales que sean prestadores de ES, estas prácticas post implantes deberán realizarse con autorización previa. La cobertura de implantes y rehabilitación post se reconocerán dentro de las limitaciones del tope odontológico anual de cada persona afiliada.

Carencias por tratamientos: no se reconocerá la repetición de las mismas dentro del plazo citado. ES podrá autorizar lapsos menores siempre que las causales invocadas lo justifiquen.

Tope odontológico: la cobertura de prestaciones odontológicas tiene un tope anual para el consumo del grupo familiar determinado por el Directorio de ES, calculado en función de la categoría en la que reviste la persona afiliada y su grupo familiar.

La imputación de las prestaciones al citado tope se hará por año calendario y se tendrá en cuenta la fecha de presentación de la solicitud de reintegro o del pedido de autorización previa, independientemente de la fecha en que se realizara el tratamiento.

Una vez alcanzado el tope por el grupo familiar, los gastos originados por cualquier integrante del grupo serán a su exclusivo cargo.

Ampliación de tope odontológico: quienes posean afiliación al plan Integral que hubiesen consumido totalmente el tope del año en curso y que requirieran iniciar o continuar tratamiento de ortodoncia, implantes, prótesis y cirugías en el mismo período y que además registren un saldo no consumido del tope odontológico correspondiente en los últimos 10 años; se les otorgará una ampliación del tope odontológico excepcional que se calculará tomando el saldo de los topes odontológicos no utilizados de dicho período, no pudiendo superar el equivalente a una vez y media del tope del año en curso. Los saldos de tope odontológico utilizados mediante esta modalidad no se podrán computar al momento de solicitar una nueva ampliación.

Auditoría de las prestaciones: ES tiene el derecho de verificar, y controlar, a través de su Auditoría Odontológica, las causas determinantes de las prestaciones (auditoría previa), así como también los tratamientos ya realizados (auditoría posterior), los que serán denegados cuando las personas afiliadas u otras personas no permitan ejercitarlo o no aporten la información que se solicita o cuando se detecten abusos en la utilización del servicio. El Directorio podrá, asimismo, disponer que se cumplan los requisitos que estime conveniente para salvaguardar los intereses de ES.

Examen bucal de ingreso: ES podrá disponer que todas las personas que se afilien o reafilien deberán realizar un examen bucal de ingreso o aceptar carencias predeterminadas de ingreso.

En caso que ES implemente un examen bucal de ingreso se aplicarán las siguientes normas:

El examen será realizado únicamente por un equipo de profesionales que a tal efecto designe ES y no se reconocerán gastos por odontología mientras este requisito no se cumpla.

El certificado de equipo de odontología se confeccionará en el formulario especial que provee ES y que obra en poder cada profesional interviniente. En el mismo constará el estado bucal sin excepciones o el detalle de las afecciones existentes, malformaciones, tratamientos a efectuar y

piezas dentarias faltantes no restauradas, las que no serán reconocidas a los fines de la cobertura que posteriormente se solicite.

Prestaciones no reconocidas: si en el informe producido por el equipo de odontología surgieran afecciones a tratar, tratamiento a realizar o piezas dentarias a restaurar, la persona afiliada podrá efectuar si así lo desea, los tratamientos necesarios para poner en condiciones su estado de salud funcional bucodental, a su exclusivo cargo. Una vez realizadas, deberá presentar los comprobantes respectivos para dejar sin excepciones su estado de salud bucodental. Sin este requisito persistirán las excepciones que figuran en la certificación odontológica de ingreso.

Períodos de carencia por preexistencia: las deficiencias que se detecten en el examen bucal de ingreso, caducarán después de transcurridos los siguientes plazos, de acuerdo al tipo de afección y a partir de la fecha del examen:

Dentistería (restauraciones, endodoncias, extracciones, periodoncia)	Sin carencias
Prótesis	6 meses
Ortodoncias e implantes	12 meses

Cuestiones no contempladas: cualquier otra cuestión no contemplada expresamente en este reglamento, previo dictamen de Auditoría Odontológica, será sometida a la consideración del Directorio, cuya resolución será inapelable.

C) COBERTURA ASISTENCIAL

1) SUBSIDIO POR NACIMIENTO O ADOPCIÓN

Por el nacimiento o adopción de cada hijo, la persona afiliada en carácter de titular, tendrá derecho a este subsidio según su plan de afiliación.

En caso de que ambos progenitores posean afiliación a ES, corresponderá el pago de un único subsidio por cada acontecimiento.

Dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores al nacimiento natural o adopción, la persona beneficiaria deberá presentar la pertinente solicitud acompañando copia de la partida de nacimiento o trámite de adopción.

En todos los casos, la afiliación del solicitante deberá ser anterior al hecho que origina el pedido de subsidio.

2) SUBSIDIO POR MATRIMONIO O UNIÓN CONVIVENCIAL

La persona afiliada en carácter de titular que contraiga matrimonio o formalice unión convivencial tendrá derecho a este subsidio según su plan de afiliación.

En caso de que ambos contrayentes posean afiliación a ES, corresponderá el pago de un único subsidio.

Para solicitar el citado subsidio se deberá presentar dentro de los ciento ochenta (180) días del acontecimiento la solicitud respectiva adjuntando copia de la partida de matrimonio o constancia de unión convivencial correspondiente.

En todos los casos la afiliación deberá ser anterior al hecho que origina el pedido de subsidio.

3) SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

Este subsidio será abonado directamente por el ES y cubrirá solamente a las personas afiliadas en carácter de titular de los planes Integral, Familiar y Joven.

El pago de este subsidio se efectuará a las personas herederas legales de la persona fallecida, quienes deberán presentar dentro de los ciento ochenta (180) días de la defunción la solicitud respectiva adjuntando copia legalizada de la partida correspondiente y declaratoria de personas herederas.

4) SUBSIDIO POR ESCOLARIDAD PARA HIJOS DE PERSONAS AFILIADAS FALLECIDAS

Los hijos de hasta dieciocho (18) años de edad de personas afiliadas a ES y en pleno goce de los servicios, tendrán derecho desde el momento del fallecimiento de la persona titular, a solicitar un subsidio de pago mensual siempre que estuvieren cursando regularmente el ciclo primario o secundario, exclusivamente.

El subsidio consiste en un importe mensual establecido según su plan de afiliación.

El pago de dicho importe se efectuará por mes vencido, únicamente desde el 1º de marzo hasta el 30 de noviembre de cada año, y por cada hijo.

Los subsidios se harán efectivos a partir del mes siguiente al de la presentación y aprobación de la solicitud y por los períodos establecidos anteriormente, no teniendo efecto retroactivo.

Para su cobro, las personas beneficiarias deberán acreditar al comienzo y al final de cada año lectivo, que se encuentran cursando regularmente los estudios primarios o secundarios en cualquier establecimiento oficial o privado reconocido por el Estado.

Las solicitudes a nombre de quienes sean menores beneficiarios deberán ser efectuadas por el progenitor sobreviviente, en ejercicio de la patria potestad, o en su defecto por quienes posean su tutela legal.

Toda cuestión no prevista expresamente, será resuelta por el Directorio de ES.

5) SUBSIDIO POR GUARDERÍA INFANTIL

a) Podrán acceder a este subsidio las personas afiliadas en carácter de titular según su plan de afiliación.

b) Serán requisitos necesarios para el goce de este beneficio los siguientes:

Que tengan a su cargo menores con afiliación a ES con una edad comprendida entre los cuarenta y cinco (45) días y los cinco (5) años inclusive, y no se hayan inscripto todavía en el ciclo preescolar.

Que concurren a guarderías o jardines de infantes debidamente autorizados y que cuenten con los requisitos exigibles por la autoridad competente para funcionar como tales y lo acrediten al momento de la solicitud, excepto aquellos dependientes de escuelas públicas o privadas debidamente reconocidas.

El subsidio se liquidará a partir del mes en que se presente la solicitud, en forma mensual durante el período de enero a diciembre de cada año y contra presentación de los recibos oficiales extendidos por la institución prestadora.

La solicitud deberá presentarse dentro del mes o mes siguiente al del período a liquidar.

No se reconocerán subsidios con retroactividad mayor a 180 días.

El monto de este subsidio se fija en el 50% del arancel cobrado por la guardería o jardín de

infantes, con un tope máximo mensual establecido por cada menor concurrente.

6) SUBSIDIO DE SOLIDARIDAD PROFESIONAL

Este beneficio está destinado a ayudar pecuniariamente a profesionales que, por edad avanzada o por haber sufrido una incapacidad que no les permita el ejercicio de la profesión, estén en situación de necesidad económica según los términos de la reglamentación vigente

Se brinda según lo establecido en resolución del Consejo Superior N.º 13/2008 -Subsidio de solidaridad profesional y sus modificatorias.

Se mantendrá este beneficio a quienes lo hayan obtenido con anterioridad a la vigencia de la misma, según términos de la Resolución de Cámara II N.º 10/88 y modificatorias.

7) SERVICIO DE SEPelio

ES brinda este beneficio de acuerdo a las siguientes condiciones:

Se brinda a las personas afiliadas titulares y sus cargas de familia adheridas a ES en cualquiera de sus planes, siempre que se encuentren en pleno goce de los servicios médico-asistenciales correspondientes.

El servicio de sepelio será prestado:

Para personas beneficiarias que residan dentro de la 2da. Circunscripción de la provincia de Santa Fe: el servicio será brindado exclusivamente por las empresas o instituciones contratadas a tal efecto por ES.

A las personas que residan en otro lugar, se les reintegrará una suma de dinero equivalente al costo del servicio contratado para la 2da circunscripción, a los efectos de compensar los gastos que demandó el servicio. En ningún caso este reintegro podrá exceder el gasto efectivamente realizado. Para tener derecho a dicho reintegro la persona titular del grupo familiar, personas herederas o beneficiarias que hayan designado, deberán presentar a ES: Copia autenticada del acta de defunción, factura detallada del servicio utilizado, Habilitación anual del servicio de sepelio, dentro de los treinta (30) días corridos de producido el fallecimiento;

Los gastos de traslado de la persona fallecida fuera del radio urbano de Rosario, o localidad donde se preste el servicio a través de la empresa contratada por ES, estarán a cargo de la persona titular o familiares.

8) CELIAQUÍA

a) Se reconocerá un subsidio mensual a las personas afiliadas que acrediten patología celíaca o celiacuría.

b) Para acceder al beneficio, se deberá presentar por única vez la documentación médica que acredite la patología a requerimiento de la Auditoría Médica.

c) ES establecerá el monto fijo mensual a abonar.

d) No se requiere la presentación de comprobantes, solo la acreditación fehaciente de la patología.

MONTOS DE LOS SUBSIDIOS Y REINTEGROS

Los montos de los subsidios por nacimiento o adopción, matrimonio, fallecimiento, escolaridad de hijos de profesionales que hubieran fallecido, guardería infantil, serán fijados periódicamente por la Cámara II a propuesta del Directorio de ES.

El monto de los subsidios de solidaridad profesional se determina según resolución vigente.

El importe máximo a reintegrar en forma excepcional por servicio de sepelio será el equivalente al costo del servicio convenido por ES con la empresa prestadora en ese momento.

SITUACIONES NO CONTEMPLADAS

Toda situación no prevista expresamente será resuelta por el Directorio de ES.

D) AYUDAS ECONÓMICAS

Las siguientes prestaciones no se encuentran incluidas en la cobertura vigente:

Persona a cargo del cuidado de pacientes

Asistencia domiciliaria

Internación en institución geriátrica o residencial

No obstante en aquellos casos que la persona afiliada padezca patologías que le impidan valerse por sí misma y/o desarrollar actividades de la vida diaria en forma independiente; y además, demuestre un estado de vulnerabilidad (social, económica y familiar) se habilita el siguiente procedimiento para acceder a una ayuda económica:

Requisitos:

Para acceder a una ayuda económica se deberán cumplir los siguientes requisitos en forma concurrente:

Poseer afiliación a ES.

Tener 65 o más años.

Tener domicilio legal en la 2da. circunscripción de la provincia de Santa Fe.

Contar con una antigüedad de 15 o más años de afiliación ininterrumpida en ES.

Demostrar no poseer propiedad o usufructo de inmuebles u otros bienes registrables.

Poseer solo la cobertura médica de ES.

Contar con Certificado Único de Discapacidad (CUD).

La persona beneficiaria, su grupo familiar conviviente y familiares con obligación legal de asistencia (no convivientes) deberán demostrar que no tienen capacidad económica y que no pueden hacerse cargo de sus gastos y/o cuidado.

Que los ingresos de la persona beneficiaria y su conviviente no superen 2 veces el haber básico ordinario de la CSS.

No recibir el beneficio de otro subsidio (cualquiera sea su concepto) de esta institución.

Aceptar una evaluación socio ambiental y económica.

Documentación a presentar:

Nota dirigida a ES detallando los motivos que originan la presentación de la solicitud.

Historia clínica completa y actualizada, con detalle de medicación suministrada y copia de estudios complementarios (según patología).

Certificación médica en formulario de ES a completar por el personal médico tratante.

Libreta de matrimonio, de familia o certificado de unión convivencial de la persona afiliada.

Fotocopia del último recibo de haber previsional u otros ingresos.

Declaración de ingresos del grupo familiar conviviente con documentación probatoria a saber: recibo de haberes para quienes revistan relación de dependencia, declaración jurada de ingresos o certificación por profesional de Ciencias Económicas con matrícula para autónomos, categoría monotributo, etc.

El cumplimiento de los requisitos deberá ser acreditado por la persona solicitante a satisfacción de ES.

Detalle de ingresos y egresos de familiares con obligación legal de asistencia (no convivientes), con fotocopias de los comprobantes respectivos.

Resumen de gastos fijos, con fotocopias de recibos (luz, gas, teléfono, expensas, alquiler, impuestos municipales y provinciales, seguros, TV cable, cobertura médica) del grupo familiar conviviente.

Fotocopia del contrato de locación del inmueble que habitan.

Nota: en caso de presentar fotocopias deberán exhibirse los originales.

Evaluación socio ambiental y económica:

Auditoría Médica evaluará el estado de la persona beneficiaria y podrá realizar una evaluación socio-ambiental y económica en el domicilio de la persona afiliada, pudiendo requerir informes o documentación adicional en razón del caso.

La Auditoría Médica elevará informes correspondientes al Directorio de ES para su evaluación y decisión final.

Monto de las ayudas económicas:

Los montos de las ayudas económicas serán fijados periódicamente por el Directorio de ES.