

Buenos Aires 05 de Noviembre de 2018

MEMORANDUM Nro 31

DE: PRESIDENCIA

A: GERENCIA MEDICA

A: GERENCIA ADMINISTRATIVA
A: DELEGACIONES/ FILIALES

REF: Implementación del Coseguro en las practicas a brindarse a los beneficiarios

Si bien hasta la fecha, este Agente de Seguro de Salud, había adoptado la decisión de no percibir coseguros, se torna necesario un nuevo análisis y decisión a fin de direccionar en forma idónea y eficiente la cobertura asistencial de nuestros afiliados, tal como lo imponen las leyes 23.660 y 23.661.

En dicho marco operativo corresponde rever la política prestacional en materia de coseguros implementando su aplicación en las distintas prestaciones a brindar tanto a los beneficiarios naturales como a los monotributistas adheridos al sistema, estableciendo diferenciadamente los valores a asignar a cada una de dichas categorías.

No es posible prescindir que la aplicación del sistema debe ser enmarcado conforme a la normativa vigente a cado uno de los beneficiarios del sistema.

Siguiendo dichas pautas se debe discriminar entre ambos categorías:

- A) En el caso del beneficiario natural emergen de la ley 23661 y Resoluciones del P.M.O. y Resolución SSS 194/2001 (art 2.4) y modificatorias que así lo habilitan a esta Obra social a percibir los valores que dicha autoridad de aplicación y Ministerio de Salud determinan y que actualizan períodicamente por resolución.
- B) Respecto de los Monotributistas además de las normativas antes citadas, la ley 26.565 establece la implementación del coseguro, en los siguientes términos: Art 42 inc c) último apartado: "La obra social respectiva podrá ofrecer al afiliado la plena cobertura ... mediante el cobro del pertinente coseguro." Y en su inciso d) de dicha norma establece además la obligación del monotributista de encontrándose al día con los aportes al sistema, pudiendo ser desafiliado ante la falta de pago de tres aportes mensuales consecutivos o cinco (5) alternados..."

Av. Boedo 168 CP 1206, CABA

TEL.: 4865-0500 int 212/213/214 legalesospep@gmail.com



Para ambos tipos de beneficiarios del sistema las resoluciones ministeriales de la Superintendencia establecen los aranceles del PMO fijando los valores de los aranceles, siendo la vigente la Nro 58-E 2017 y sucesivas actualizaciones por disposiciones Ministeriales.

Por su parte en los contratos prestacionales celebrados con los efectores se incluyen cláusulas expresas de prohibición de percibir de los beneficiarios un coseguros por parte de éstos; Esto lleva a la implementación por parte de esta Obra Social de percibir en forma directa a los beneficiarios los aranceles legales al momento de autorizar la consulta o práctica, tanto en esta sede social como en las distintas filiales del país, variando su importe según se trate de beneficiarios naturales del sistema o monotributistas.

Para los beneficiarios titulares las practicas y valores de cada una de ellas a percibir al momento de la entrega del bono de consulta o práctica son:

\$ 50 CONSULTAS ADULTOS

\$ 50 CONSULTA PEDIÁTRICA

\$ 30 PRÁCTICAS DE BAJA COMPLEJIDAD

\$ 70 PRÁCTICAS MEDIANA COMPLEJIDAD

\$ 50 PRACTICAS DE LABORATORIO HASTA 6, EXCEDENTES \$20 CADA UNA

FISIOKINESIOLOGIA \$30 POR SESIÓN, \$70 EL EXCEDENTE

PSICOLOGÍA POR SESIÓN \$ 70, EXCEDENTE \$170

FONIATRÍA/FONOAUDIOLOGÍA \$30 POR SESIÓN

PRACTICAS ODONTOLÓGICAS \$70

ABEL NORBERTO FRUTOS



Respecto de los Monotributistas se debe cumplir con el valor establecido en la Resolución 58 E/2017, a saber:



Se publica la tabla actualizada con los valores de coseguros máximos que pueden percibir los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga de conformidad con lo establecido en el artículo 2º de la Resolución Nº 58-E de fecha 12 de enero de 2017 del MINISTERIO DE SALUD

ACTUALIZACION DE COSEGUROS	Valor máximo de Coseguros a Partir del	Valor máximo de Coseguros a Partir del
Consultas:	1º Enero 2018	1° Julio 2018
Médicos de Familia / Generalistas / pediatras/	94	-00
Tocoginecólogo	94	99
Médicos Especialistas	177	186
Programa HIV y Oncología	Exento	Exento
Oncología	Exento	Exento
Discapacidad	Exento	Exento
Plan Materno Infantii (PMI)	Exento	Exento
Psicología		
Sesión Incluída Psicología	118	124
Sesión Excedente Psicología	236	248
Prácticas de laboratorio		
Prácticas de laboratorio básicas		
Hasta 6 determinaciones básicas	59	62
Valor extra por prestación adicional a las 6		
definidas	24	25
Prácticas diagnósticas terapéuticas		
Imágenes de baja complejidad: Incluye RX	59	62
simple y Ecografia simple.		
Prácticas diagnósticas y terapéuticas de mediana	118	124
complejidad .		
Prácticas diagnósticas y terapéuticas de alta	295	310
complejidad TAC, RMN, RIE, laboratorio		
biomolecular, Genético Medicina Nuclear,		
Endoscopía.		
Prácticas kinesio/ fisiatras		
Por sesión	59	62
Por sesión excedente	106	112
Prácticas de enfermería	Exento	Exento
Prácticas de fonoaudiología y foniatría		
Por sesión	59	62
Atención Domiciliaria Consultas		
Diurna (Código verde)	295	310
Nocturna (Código verde)	413	434
Emergencias/Código Rojo	Exento	Exento
Mayores 65 años	118	124
Odontología		
Consultas:	118	124
Consultas: para menores de 15 años y mayores de 65 años	59	62
Prácticas odontológicas	118	124

Por su parte tal como lo prescriben las normas operativas implementados en los últimos contratos prestacionales se fijan los topes de la cantidad de prestaciones en consultas/prácticas de laboratorio, estudios de diagnosticos etc, a saber:

- Orden de consultas: 2 mensuales.
- Odontología: 1 consulta y 2 prácticas mensuales.
- Psicología: 30 sesiones anuales.
- Fisioterapia: 25 sesiones anuales.
- Fonoaudiología: 25 sesiones anuales.
- Control ginecológico: 1 control anual.
- Embarazo: 3 ecografías por embarazo.
- Control hormonal: 1 control anual.
- Control tsh y t4:1 para control anual 2 paciente en tratamiento farmacológico.
- Mamografía: A partir de los 39 años de edad una por año.

Av. Boedo 168 CP 1206, CABA

TEL.: 4865-0500 int 212/213/214 legalesospep@gmail.com

PANADERIAS



Para el caso que un beneficiario requiera por prescripción médica una mayor cantidad de dichas prestaciones, las mismas serán autorizadas previa presentación de la prescripción médica, copia de historia clínica para ser evaluado y autorizado por la auditoría médica de la gerencia de prestaciones.

El sistema, de carácter obligatorio, se implementará a partir de la fecha del presente de la siguiente forma:

- 1) Cada filial contará con las órdenes de prestaciones médicas de consulta, practica y una chequera numeradas como constancia de recibo del pago del coseguro por el afiliado que deberá entregar un cuerpo o ejemplar a éste y el restante para ser presentado por el Sindicato en la rendición mensual de cuentas.
- 2) Los bonos de práctica de mediana complejidad que requieran autorización previa del área de auditoría médica se percibirá el coseguro a abonar por el afiliado conforme valores indicados en el presente y el Sindicato extenderá el recibo del bono de la chequera, uno para el afiliado y el duplicado para la rendición de cuentas.
- 3) Las consultas, prácticas médicas y de baja complejidad que no requieren autorización previa del área de auditoría médica serán entregados directamente por el Sindicato al afiliado previo pago del coseguro entregando como constancia el bono de pago como recibo en las condiciones antes indicadas.

En estos supuestos en el recibo/cupón numerado se indicará en forma precisa el nombre del afiliado, número de documento y firma respectiva.

- 4) Los importes percibidos por cada Sindicato/filial en concepto de coseguro deberán ser "semanalmente" depositados en la cuenta de la O.S.P.E.P. en el Banco de la Nación Argentina con indicación específica de "coseguro".
- 5) "Mensualmente" cada Sindicato/filial deberá presentar en el área contable/administrativa la rendición documentada de todos los ingresos respectivos por coseguro, entregando el original de la boleta de depósito bancaria que efectúan semanalmente y el cupón del bono cobrado al afiliado en las condiciones indicadas en el punto en el punto 3) último párrafo.
- 6) Los Sindicatos/filiales deberán utilizar los recibos de cobro al afiliado en bonos de coseguro en forma correlativa y no alternada y de esta forma ser presentados en la rendición de cuentas que indica el punto anterior.
- 7) Para el supuesto de ser anulado algún un bono/recibo, éste deberá cruzarse y consignarse "anulado" y ser presentado el original con los restantes recibos de cobro, en la rendición de cuentas mensual, no aceptándose en la rendición numeración alternada sino correlativa;

Av. Boedo 168 CP 1206, CABA

TEL.: 4865-0500 int 212/213/214 legalesospep@gmail.com



- 8) Para el supuesto de no haberse entregados a los beneficiarios ningún bono de coseguro, ni recibo de pago, deberá ser consignado por escrito en la rendición de cuentas indicando el número del último número utilizado;
- 9) Se recuerda que en materia de discapacidad cuando se requiera bonos de consulta y/o prácticas de baja complejidad deberán presentar, sin excepción alguna, en el Sindicato/filial el certificado de discapacidad "vigente" y acompañar copia del mismo con la mentada rendición. Para los supuestos de prestaciones oncológicas y HIV se aplica idéntico principio siempre que la práctica fuere inherente a su patología, de acuerdo a la prescripción médica.
- **10)** Se recuerda que todas las prestaciones a brindarse en materia de discapacidad, oncológicas y HIV no corresponde la percepción de coseguro, sin perjuicio del cumplimiento de lo indiciado en el punto 9)

Ante cualquier duda o consulta la misma será evacuada por el área respectiva.

Av. Boedo 168 CP 1206, CABA

TEL.: 4865-0500 int 212/213/214 legalesospep@gmail.com