



Manual de Procedimientos FONDO SOLIDARIO



VERSION DIC. 2017

INDICE

1. Fondo Solidario	6
1.2 Autoridades	8
1.3 Agenda Sedes	9
1.4 Agenda Contactos	9
2 Cobertura Fondo Solidario	10
2.1 Patologías Agudas. Consideración general	10
2.1.1 Consideraciones especiales de cobertura en patologías agudas	10
2.1.1.1 Reconstrucción de mama post mastectomía	10
2.1.1.2 Prótesis de mama	10
2.1.1.3 Intentos de suicidio	10
2.1.1.4 Esfínter urinario artificial por incontinencia de orina en vejiga neurogénica	10
2.1.1.5 Angioplastia	11
2.1.1.6 Estudios coronarios y re angioplastia	11
2.1.1.7 Implante coclear	11
2.1.1.8 Cirugía bariátrica, by pass gástrico y similares	11
2.1.1.9 Cobertura para un mismo paciente con dos patologías sumadas en un mismo mes, inferiores a la base de cobertura cada una.	12
2.2 Patologías consideradas Crónicas	12
2.2.1 Condiciones Generales de cobertura para patologías consideradas crónicas	13
2.2.1.1 Modulo de Tratamiento en Internación por día Adultos: Anorexia y/o Bulimia	13
2.2.1.2 Tratamiento de SIDA	14
2.2.1.3 Adicciones cobertura según normas SUR (sistema único de reintegro)	14
2.2.1.4 Discapacidad	14
2.2.1.5 Esclerosis Múltiple	15
2.2.1.6 Mielomeningocele	15
2.2.1.7 Esclerosis lateral amiotrófica	15
2.2.1.8 Requisitos para la cobertura del riluzole.	15
2.2.1.9 Patologías oncológicas	16
2.2.1.10 Insuficiencia renal crónica. Hemodiálisis	17

2.2.1.11 Transfusiones de sangre.....	17
2.2.1.12 Artritis reumatoidea	17
2.3 Cobertura de Trasplante.....	17
2.3.1 Trasplantes e INCUCAI. Financiamiento	17
2.3.2 Circuito Trasplante	18
2.3.2.1 Comunicación del trasplante del SSS al Fondo Solidario	18
2.3.2.2 Solicitud de nota al SSS	18
2.3.2.3 Verificación en el Fondo Solidario.....	18
2.3.2.4 Gestión del Fondo Solidario	18
2.3.2.5 Ante la baja de un afiliado del padrón	19
2.3.3 Gastos Pre y Post Trasplante	19
2.4 Otras coberturas.....	19
2.4.1 Doble cobertura.....	20
2.4.2 Cobertura de prestaciones con aranceles inferiores a los del FS	20
2.4.3 Cobertura para consumos mayores al Monto Base con financiación del Prestador	20
2.4.4 Internación domiciliaria.....	20
2.4.4.1 Internación domiciliaria de Baja Complejidad.....	20
2.4.4.2 Internación domiciliaria de Alta Complejidad con ARM	21
2.4.5 Cobertura de Traslados en Ambulancia	21
2.4.6 Cobertura en prótesis	22
2.4.6.1 Stents carotideos vs. Endarterectomia	22
2.4.6.2 Prótesis de cadera.....	23
2.4.6.3 Prótesis de rodilla y hombro	23
2.4.6.4 Suturas mecánicas en Cirugía	24
2.4.6.5 Cobertura de Ortesis o Prótesis Externa.	24
2.4.6.6 Cobertura del tratamiento con Green Laser para la vaporización de la HPB.	24
2.4.7 Cobertura de accidentes	24
2.5 Cobertura de Medicamentos	25
2.5.1 Medicamentos no oncológicos o no previstos en SUR	25
2.5.2 Medicamentos de farmacia propia.....	25

2.5.3 Medicamentos importados sin factura	25
2.5.4 Medicamentos de media y baja complejidad	25
2.5.5 Medicamentos de alto costo y baja utilización	25
2.5.6 Algunos medicamentos reconocidos	26
2.5.6.1 Eritropoyetina	26
2.5.6.2 Vitamina D3	26
2.5.6.3 D-nasa humana recombinante	26
2.5.6.4 L-acetil carnitina	26
2.5.6.5 Somatotropina	26
2.5.6.6 Ceredace	26
2.5.6.7 Desmopressina	26
2.5.6.8 Copolímero 1, riluzole e interferón	26
2.6 Cobertura en Terapia Radiante	27
2.6.1 Cobertura con Radiocirugía Estereoataxica	27
2.6.2 Cobertura con Radioterapia Conformada	27
2.7 Prestaciones de urgencia en el extranjero	27
2.8 Cobertura de casos denegados inicialmente	27
2.9 Bajas en el Padrón	28
3 Planes	28
3.1 Normas de afiliación	28
3.2 Plan Médico	28
3.3 Planes afiliados de 60 años en adelante	29
3.4 Plan Convenios de OOSS o Empresas	30
3.5.1 Trazabilidad de Medicamentos	31
3.5.2 SSS con Afiliados en categorías de OOSS con cobertura total y parcial del FS	31
3.5.3 Declaración de un Afiliado Natural como SUR	31
3.5.4 Cobertura de Siniestros a Afiliados de OO.SS.	31
3.5 Plan de cobertura a los afiliados del PAMI	32
3.6 Plan Convenios Grupos Universitarios	32
3.7 Planes Ambulatorios	32

3.7.1 Los planes que se incorporarán a esta cobertura se encuentran en el siguiente espectro	33
3.8 Plan Urgencias y Emergencias para Escuelas Deportivas	33
3.9 Plan Materno Infantil.....	35
3.10 Patologías no Afiliables	35
3.11 Carencias	37
4 Circuito Operativo cobertura Fondo Solidario	38
4.1 Circuito básico de solicitud de cobertura del FS	38
4.2 Formulario de comunicación de casos para previsión de fondos	39
4.3 Planilla de Presentación de Consumos	39
4.4 Planilla sugerida declaración jurada Fondo Solidario	39
4.5 Franquicias	39
5 Auditorias y Consultorías	40
5.1 - Consultoría de tratamientos neurológicos – neuroquirúrgicos	41
5.2 Consultoría de Medicamentos	41
5.3 Auditoría de Tratamientos Oncológicos	42
5.4 Auditoría Patologías Especiales o Nuevas Tecnologías	44
5.5 Gastos de Auditorias RAS	44
6 Circuito Contable Fondo Solidario	45
6.1 Sistema Contable. Generalidades	46
6.2 Mora	48
6.3 Aportes Mensuales	49
6.4. Constitución del fondo inicial.....	49
6.5 Incrementos del Padrón de Afiliados	49
6.6 Forma de Cálculo de la Cápite.....	49
6.7 Fondo de Altísimo Costo.....	50
6.8 Posición del F.S. ante el IVA en las Prestaciones	51
6.9 Otros Temas	52
7 Aranceles Fondo Solidario	54
Ver Intranet	54

7.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires	54
7.2 Córdoba	55
7.3 Rosario	55
7.4 Prestaciones realizadas en el ámbito del SSS de origen	55
7.5 Valores Fondo solidario	55
7.6 Aranceles Nomenclador S.A.M.O.	55
7.7 Prestaciones Neonatológicas	56
7.8 Módulos Oncológicos. Tratamientos Quimioterapéuticos	56
7.9 Hemodiálisis.	56
7.10 Honorarios para Médicos Anestesiólogos	56
8 PRESTADORES	56
9 PREMIOS POR IMAGEN	56
10 Anexos	57
11 Glosario	57

1. Fondo Solidario

El **Fondo Solidario** (FS) es la poderosa herramienta financiera con la que cuentan los **Sistemas Solidarios de Salud** (SSS) que integran la **Red Argentina de Salud**, para su desarrollo económico, la cual configura una de sus grandes ventajas competitivas.

Su principal objetivo es administrar los recursos que permiten afrontar el costo/gasto que genera la cobertura de prestaciones de alto costo de sus beneficiarios, sin limitaciones ni restricciones, permitiendo así cumplir con el marco regulatorio vigente y el acceso a tecnología de última generación y niveles de excelencia en cobertura médica.

- **Orígenes**

El **Fondo Solidario** fue creado en mayo de 1999 por iniciativa y adhesión de doce Sistemas Solidarios de Salud integrantes de la RAS, los que voluntariamente decidieron conformarlo, con 51.193 afiliados/cápitales, con el fin de promover estrategias de desarrollo y fortalecimiento institucional de los SSS.

- **Misión, Visión, Objetivos y Servicios**

El **Fondo Solidario** adhiere en un todo a la Misión, Visión y Objetivos de la Red Argentina de Salud.

Servicios

- Sin límites de gastos y sin tener en cuenta la patología
- Menú prestacional ilimitado
- Incluye cobertura de nuevas patologías no estipuladas
- Libre elección de prestador
- Bajo costo administrativo
- Auditoría Médica, Oncológica, Neurológica, Discapacidad y Medicamentos
- Sencillez y agilidad en el trámite de reintegro

Actualmente el FS se encuentra conformado por quince SSS y como en sus orígenes, la participación de los mismos es optativa. La cobertura se brinda dentro de los límites reglamentarios, a todos aquellos servicios de alto costo y/o alta complejidad, mediante un sistema de reintegros para todas las prestaciones otorgadas que hayan erogado un gasto superior a la base de cobertura, en un plazo promedio de 45 días, así como las patologías consideradas crónicas por el Comité de administración del FS que originen un gasto superior a la base de cobertura, para el lapso de un año.

Todos estos años de experiencia y de crecimiento sostenido, así como la consolidación de nuestro desarrollo, nos permiten asegurar que el **Fondo Solidario** se ha convertido en el arma más poderosa para hacer frente al constante aumento de los costos de la medicina actual.

Favoreciendo el crecimiento y competitividad de las entidades médicos-gremiales ya que permite a los SSS, la posibilidad de generar una oferta comercial de planes de salud de gran diversidad que hacen al crecimiento de la afiliación/ventas sin los riesgos económicos y legales que esto podría suponer y que un SSS, no podría afrontar.

Por todo lo expuesto y con el convencimiento de brindar un servicio de gran utilidad a los SSS, trabajamos aportando al crecimiento y expansión de la **Red Argentina de Salud**, con el respaldo de la **Confederación Médica de la República Argentina**.

1.2 Autoridades

Presidente

Dra. Griselda Aquino de Cabrera

Vicepresidente

Dr. Armando Gurini

Coordinador Médico

Dr. José Bourdin

Coordinador FS-RAS

Dr. Leonardo F. Haenggi

Médico Auditor

Dr. Enrique Trucco

Asesoría Técnica

Dr. Enrique De Michele

Gerente Administrativo

Sr. Alfredo Ornik

Contador

C.P.N. José Luis Almará

Auditor contable

C.P.N. José Vidal

1.3 Agenda Sedes

Sede Central Red Argentina de Salud

Av. Belgrano 1235 - (C1093AAA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel.: (011) 4384 - 0249 / 5511

Fax: (011) 4383 – 8396

redargentinadesalud@rascomra.com.ar

www.rascomra.com.ar

Sede Fondo Solidario

Mendoza 70 – (3100) Paraná - Entre Ríos

Tel.: (0343) 422 - 0091 / 2197

fondo@fsnras.com.ar

1.4 Agenda Contactos

Gerencia: fondo@fsnras.com.ar

Oficina administrativa: fondo@fsnras.com.ar

Oficina de auditoria (documentación y prestaciones): auditoria@fsnras.com.ar

Oficina Contable: contable@fsnras.com.ar

Oficina de procesamiento y control de padrones: fsn@rascomra.com.ar

2 Cobertura Fondo Solidario

El Fondo Solidario brindará, dentro de los límites reglamentarios, cobertura de servicios de alto costo y/o alta complejidad en la atención de los SSS integrantes del Fondo Solidario de la Red Argentina de Salud, mediante sistema de reintegros para todas las prestaciones que eroguen un gasto superior a la base de cobertura en 45 días (Ver [Anexo I Aranceles](#)) y las patologías consideradas crónicas por el Comité de Administración del Fondo que originen un gasto superior a la base de cobertura en un año.

2.1 Patologías Agudas. Consideración general

Son consideradas por el Fondo Solidario como patologías agudas, todas aquellas que en un lapso de 45 días eroguen un gasto superior a la base de cobertura.

2.1.1 Consideraciones especiales de cobertura en patologías agudas

2.1.1.1 Reconstrucción de mama post mastectomía

En casos de reconstrucción plástica de la mama post mastectomía, se aprueba una cobertura de mastoplastia reparadora, incluyendo prótesis.

2.1.1.2 Prótesis de mama

La cobertura de prótesis de mama en pacientes no portadoras de cáncer de mama, en principio y como norma base, no cuenta con cobertura del FS. Los casos excepcionales podrán ser analizados en particular.

2.1.1.3 Intentos de suicidio

Se cubre el episodio agudo, de acuerdo con valores habituales del FS, si el gasto supera la base de cobertura en 45 días corridos.

2.1.1.4 Esfínter urinario artificial por incontinencia de orina en vejiga neurogénica

Informe sobre utilización de esfínter urinario artificial en pacientes con incontinencia de orina por vejiga neurogénica, que establecen las pautas según las cuales se reconocerá la utilización de estos tratamientos en el Fondo. Ver informe IECS.

2.1.1.5 Angioplastia

En el caso de la angioplastia que requiera colocación de stent, se suprime la cobertura si el gasto no supera la base de cobertura.

2.1.1.6 Estudios coronarios y re angioplastia

Aunque no superen la base de cobertura y sucedan después de los 45 días del evento inicial y hubieran recibido el reintegro previamente, se aprueba dar cobertura de acuerdo con la forma contemplada en caso de patologías crónicas.

2.1.1.7 Implante coclear

Su cobertura se rige por las normas SUR (sistema único de reintegro).

2.1.1.8 Cirugía bariátrica, by pass gástrico y similares

El Fondo Solidario cubrirá la cirugía bariátrica, en función de los siguientes criterios:

- a) IMC mayor de 40 con más de 5 años de evolución, o IMC mayor de 35 con comorbilidades importantes.
- b) Al menos 1 año documentado de intentos de descenso de peso, incluyendo dieta, ejercicios y tratamientos farmacológicos.
- c) Resultados de evaluaciones digestivas, respiratorias, cardiovasculares y psicológicas firmadas por los profesionales intervinientes.
- d) Evaluación psicológica de la aptitud del paciente para someterse a un tratamiento de estas características.
- e) Afiliados mayores de 18 años de edad.
- f) Consentimiento informado, incluyendo riesgos iatrógenos, cambios en el estilo de vida, suplementos medicamentosos y nutricionales y porcentajes de ocurrencia.
- g) La cirugía bariátrica deberá realizarse en centros de atención habilitados para tal fin.

IMPORTANTE: Se recomienda la realización/derivación de la cirugía en cuestión en/hacia centros con adecuada infraestructura y experiencia en este tipo de práctica.

2.1.1.9 Cobertura para un mismo paciente con dos patologías sumadas en un mismo mes, inferiores a la base de cobertura cada una.

El FS otorgará cobertura a patologías que no superen individualmente la base de cobertura en los casos de pacientes que en un lapso de 45 días presenten más de una patología y que sumadas, superen dicho monto, siempre y cuando el gasto originado por cada una de ellas supere la mitad de la base de cobertura ninguna de las cuales deben estar cubiertas por el fondo mediante otras normas.

2.2 Patologías consideradas Crónicas

El Fondo Solidario reintegrará todo gasto que supere la base de cobertura en el término de un año de la presentación de la primera factura originada por cualquier prestación que tenga relación directa con alguna de estas patologías preestablecidas.

El reintegro se hará efectivo cuando el SSS presente al cobro el primer consumo que supere la base de cobertura.

Son consideradas patologías crónicas por el Fondo Solidario todas aquellas cuyo listado se incluye a continuación:

- a) Patologías Oncológicas.
- b) SIDA.
- c) Terapia anti fúngica de alto costo en pacientes oncológicos.
- d) Bulimia.
- e) Anorexia.
- f) Insuficiencia renal.
- g) Drogadicción.
- h) Hepatitis.
- i) Mielodisplasia.
- j) Enfermedad fibroquística del páncreas.
- k) Discapacidad.
- l) Mielomeningocele.
- m) Esclerosis lateral amiotrófica.
- n) Esclerosis múltiple.
- o) Artritis reumatoidea, psoriásica y juvenil severa que requieran el uso de etanercept, infliximab, u otras drogas de costo similar o mayor.
- p) Tratamientos pre y post trasplante.
- q) Gastos de mantenimiento de bombas de insulina.
- r) Cirugía reparadora post quemadura.
- s) Trombofilia en embarazo (enoxaparine).
- t) Enfermedades mieloproliferativas.
- u) Tratamiento con Octeotride en el adenoma de hipófisis.
- v) Leucinosis.
- w) Hemocromatosis.

- x) Toda patología que no esté explícitamente detallada pero que pueda ser incorporada dentro de la cobertura por el Comité de Administración del Fondo Solidario.

2.2.1 Condiciones Generales de cobertura para patologías consideradas crónicas

Contempla la totalidad de los gastos requeridos para la atención y tratamiento (medicación, gastos de internación, ambulatorios, etc.).

2.2.1.1 Modulo de Tratamiento en Internación por día Adultos: Anorexia y/o Bulimia

El valor fijado para el módulo es independiente de la cantidad y de la efectiva utilización de prácticas y/o prestaciones detalladas en los alcances del mismo, motivo por lo cual no generará devolución o reintegro de monto alguno cuando los precitados consumos fueran menores.

Podrán facturarse además los excedentes y/o exclusiones, si los hubiere.

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

El Módulo incluye:

- Pensión en habitación compartida o habitación individual.
- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia grupal.
- Psicoterapia familiar y/o vincular, según corresponda.
- Consulta clínico-nutricional diaria, realizada por médico especialista en Nutrición.
- Consultas endócrino-ginecológicas, a cargo de especialistas en el área.
- Rutina de laboratorio: Hemograma, Hepatograma, Urea, Creatinina, Ionograma, Glucemia, Orina Completa.
- Estudios: Electrocardiograma.
- Reuniones semanales con el grupo familiar del paciente internado.
- Actividad coordinada por el médico Nutricionista durante las ingestas para elaborar estrategias de modificación de la conducta alimentaria.
- Grupo de actividad corporal específico: para el abordaje terapéutico del trastorno del esquema corporal.
- Consultas psiquiátricas.

- Consultas psicofarmacológicas.
- Goteo con psicofármacos.
- Terapia ocupacional.
- Musicoterapia.
- Electroshock.
- Reunión del equipo multidisciplinario a cargo del tratamiento, elaborando las estrategias apropiadas a cada caso.

El módulo excluye:

- Estudios radiológicos.
- Análisis de laboratorio, fuera de los incluidos expresamente.
- Consultas no programadas.
- Interconsultas otras especialidades.
- Internación en áreas intensivas.
- Medicamentos.
- Material descartable.
- Honorario Anestesista.
- Toda otra prestación no especificada en las inclusiones.

2.2.1.2 Tratamiento de SIDA

2.2.1.3 Adicciones cobertura según normas SUR (sistema único de reintegro)

2.2.1.4 Discapacidad

La cobertura en el Fondo Solidario se rige por la ley de discapacidad N°22431.
Para mayor información consultar la página del Ministerio de Salud de la Nación
<http://www.msal.gov.ar>

Módulo de Rehabilitación

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

- Acompañante terapéutico.

En caso de prestaciones que requieran neurorehabilitación prolongada no será obligatoria la presentación del certificado de discapacidad y se reconocerá tratamiento de rehabilitación neurológica de acuerdo a aranceles determinados por el Fondo Solidario.

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

2.2.1.5 Esclerosis Múltiple

Contempla la totalidad de los gastos requeridos para la atención y tratamiento (internación, ambulatorios, e internación domiciliaria).

La cobertura de esclerosis múltiple: tendrá lugar al llegar a un gasto superior a la base de cobertura, aunque ello se realice en un plazo mayor de 45 días corridos, incluye medicación específica.

Incluye:

- Cobertura de los episodios de crisis, incluyendo corticoides
- Interferón: una ampolla cada siete días.
- Interferón hasta dos por mes en mantenimiento.
- Internación domiciliaria.
- Kinesiología domiciliaria hasta 2 diarias.
- Enfermería o cuidador domiciliario (hasta 4 enfermeras por día, con jornadas de 6hs cada una).
- Gastrostomías.
- Urostomías.
- Sillas.
- Camas ortopédicas.
- Consultas hasta 5 mensuales.
- La cobertura de drogas para la esclerosis múltiple se reconocerá según banda de porcentaje del FS.

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

2.2.1.6 Mielomeningocele

Toda patología inherente al mielomeningocele es considerada una patología crónica y se le otorgará cobertura como tal.

2.2.1.7 Esclerosis lateral amiotrófica

Cobertura de:

- Rilutex según banda de porcentaje del Fondo Solidario.
- Kinesiología diaria 2 por día.
- Internaciones por interurrencias.
- Internación final.

2.2.1.8 Requisitos para la cobertura del riluzole.

Se reconocerá para el tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica. No se dará curso a los apoyos financieros para otras formas de enfermedad de la neurona motora.

Criterios:

- Capacidad vital forzada mayor al sesenta por ciento 60%.
- Sin traqueotomía.

Información por remitir junto a cada solicitud de subsidio:

- Historia clínica completa.
- Estado evolutivo actual del paciente.
- Informe de capacidad vital forzada.

2.2.1.9 Patologías oncológicas

Cobertura quirúrgica:

Cobertura ambulatoria, con autorización de la Auditoría Oncológica (incluye los tratamientos de quimioterapia, de drogas oncológicas y tratamientos de radioterapia).

La medicación no oncológica, incluida en protocolos, tendrá una cobertura de hasta el 40%.

Radioterapia con acelerador:

La autorización del tratamiento RADIOTERAPIA CON ACELERADOR LINEAL por parte de la Auditoría Oncológica, solamente corresponde a la terapéutica, esto no implica autorización de la cantidad de prestaciones, para cuya cobertura se tomará el monto del módulo referencial del FS, independientemente del número de aplicaciones

Módulos de tratamiento:

En los módulos de pensión diaria se otorgará cobertura a los montos aplicables exclusivamente a internaciones para tratamientos oncológicos seriados y/o radioterapia - cobaltoterapias - acelerador, etc. Este valor de modulo incluye medicamentos habituales (antieméticos convencionales, sueros, guías de suero, analgésicos, corticoides), y excluye complicaciones, otros estudios bioquímicos, ondasetron y medicamentos oncológicos. Para el caso que no se usen medicamentos ni descartables, se debitará este rubro.

Modulo breve:

Internaciones menores a doce horas, con alta precoz, con re internaciones diarias muy breves y cuando se realicen a un mismo paciente seis o más sesiones. Si fueran cinco o menos sesiones, se aplicará lo relativo a los módulos de uno a cinco días.

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

2.2.1.10 Insuficiencia renal crónica. Hemodiálisis

Los valores referenciales correspondientes a este ítem son los de Fresenius Medical Care, los cuales figuran actualizados en la página web de la RAS (www.rascomra.com.ar).

2.2.1.11 Transfusiones de sangre

Se establece el valor referencial del módulo para la preparación y transfusión de sangre.

Tendrán cobertura siempre que ocurran en un evento que supere la base de cobertura y no solas.

(Sugerencia de asesoría técnica: en caso de politransfundidos, debe evaluarse la reducción de costos que significa la innecesaria repetición de análisis en el receptor).

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

2.2.1.12 Artritis reumatoidea

Deberá confeccionarse planilla para el registro de dicha patología según el formulario establecido por el Fondo Solidario (ver [Anexo II](#)).

2.3 Cobertura de Trasplante

2.3.1 Trasplantes e INCUCAI. Financiamiento

Para incluir un paciente en lista de espera para trasplante, es condición del INCUCAI determinar quién es el financiador. A tal efecto, la RAS a través del Fondo Solidario asume estos casos como financiador directo, debiendo los SSS solicitar la tramitación correspondiente ante este Fondo.

2.3.2 Circuito Trasplante

2.3.2.1 Comunicación del trasplante del SSS al Fondo Solidario

2.3.2.2 Solicitud de nota al SSS

El Fondo Solidario solicita nota al SSS para actuar como:

- Financiado
- Auditor
- Contratado

2.3.2.3 Verificación en el Fondo Solidario

El Fondo Solidario verificará el Padrón y auditoria médica a fin de autorizar el trasplante.

2.3.2.4 Gestión del Fondo Solidario

Autorizado el trasplante se realizan todos los trámites ante el INCUCAI a fin de que el paciente sea puesto en lista de espera.

Respecto del prestador que realizará el trasplante el Fondo Solidario constata a través del INCUCAI si se encuentra habilitado a tal fin. Si reúne tal condición ante el INCUCAI y es prestador habitual de la RAS, se verifica que los montos y la forma de pago ya estén pactadas.

Si el prestador elegido por el SSS y/o el paciente no tiene convenio con la RAS se iniciarán las negociaciones.

Del contacto con el prestador surgirá un presupuesto y una financiación, la que será elevada por el Fondo Solidario a la RAS de Sede Central, al SSS de origen y a la RAS Sede Córdoba, si el prestador fuera de esa ciudad.

Realizado el trasplante, el Fondo Solidario emitirá la minuta correspondiente al 100% de lo pactado.

El FS deberá contar con toda la documentación respaldatoria, relacionada al trasplante, dentro de los 60 días de efectuada la práctica, a efectos de poder emitir la orden de pago correspondiente.

Ante el incumplimiento del plazo estipulado, el FS emitirá un Memorando solicitando nuevamente la documentación con un plazo de 30 días. El no cumplimiento de dichos plazos obligará al FS a no emitir órdenes de pago a favor del SSS.

El porcentaje del gasto administrativo, más todas las prestaciones que estén fuera del módulo pactado que previa auditoria médica del Fondo Solidario lo considere dentro de la prestación trasplante, serán abonadas contra la presentación de toda la documentación a fin de ser evaluada. Toda comunicación y autorización que deba realizarse sobre el paciente motivo de esta prestación serán realizadas solo a través del Fondo Solidario sin la necesidad de que el SSS intervenga. Esto evita posibles complicaciones y probables desintelencias. Cabe agregar que el IVA será abonado por el SSS de origen.

2.3.2.5 Ante la baja de un afiliado del padrón

Ante la baja de un afiliado del padrón del SSS, por el cual solicito a la RAS que actúe como financiador, deberá informarlo en el término de 24hs. y por escrito.

2.3.3 Gastos Pre y Post Trasplante

Se reconocen los gastos demandados por el trasplante y los que correspondan al tratamiento pre y post trasplante, dentro de la misma denuncia de cobertura solicitada inicialmente (patología de base), siempre que se trate de la misma patología, reconociéndose de la misma forma que las otras patologías crónicas ya reconocidas.

A estos efectos se considerará la fecha de inicio de cobertura la de la primera prestación reconocida, los montos máximos de franquicia anual y los períodos de corte para volver a acumular el mínimo exigido para solicitar la cobertura.

En caso de medicamentos post trasplante se dará cobertura con doble franquicia.

Tratamiento especial:

- Se incluirá el tratamiento inmunosupresor como en otras patologías ya cubiertas.
- Trombopag: se reconoce a valores SUR para los casos en que la cobertura este compartida con PAMI.

2.4 Otras coberturas

2.4.1 Doble cobertura

Ante una patología de alto costo, cubierta por una obra social primaria, que demanda medicamentos u otras prestaciones no reconocidas por dicha obra social y cuyo monto supere el piso de cobertura, la diferencia o gasto adicional, estará a cargo del F.S.

2.4.2 Cobertura de prestaciones con aranceles inferiores a los del FS

En caso que la solicitud de reintegro elevada al Fondo no alcance el monto de piso de cobertura debido al no cobro de honorarios médicos y contar con efectores propios, descuentos u otras prestaciones efectivamente realizadas por el SSS con planes con aranceles inferiores a los del Manual de Procedimientos (deben comunicarse previamente tales planes y sus aranceles), en todos estos supuestos, se aceptará que a los fines de sumar el piso de cobertura necesario, se realice una facturación simulada a los valores del Manual de Procedimientos del FS para verificar su inclusión, pero el reconocimiento de gastos, se hará sobre la facturación real.

2.4.3 Cobertura para consumos mayores al Monto Base con financiación del Prestador

Se aprueba que, para el caso de consumos mayores al Monto Base, en los que el SSS consiga financiación del prestador, el registro del consumo del SSS será el monto del mismo, dividido por las cuotas en las que fuera financiado.

2.4.4 Internación domiciliaria

2.4.4.1 Internación domiciliaria de Baja Complejidad.

Alcances:

Los afiliados/pacientes que serán tratados con esta modalidad de cobertura serán aquellos que hubieran sufrido una patología aguda y requieran de una lenta recuperación; o bien aquellos que deban recibir antibióticoterapia o algún otro tratamiento en forma prolongada; así como aquellos que presenten una patología terminal o crónica inestable y requieran atención frecuente y cambiante en su domicilio.

Esta cobertura está dirigida al seguimiento de las siguientes patologías: A.C.V; Postrados con escaras; Patología Multiparenquimatosa; Post Operatorios Traumatológicos; Post Operatorio Complicado, etc.

La cobertura incluye:

- Hasta una consulta médica por día.
- Hasta dos visitas de enfermería por día.

Las Prestaciones excluidas de módulo, a facturar según normas, topes y aranceles del Fondo Solidario, son las siguientes:

- Kinesiología: Hasta 2 (dos) sesiones por día.
- Fonoaudiología: 3 (tres) sesiones semanales.
- Psicología: 1 (una) sesión semanal.
- Medicamentos Oncológicos y de alto costo según bandas reconocidas por el FS, resto de medicamentos, valor Kairos.
- Aspirador de secreciones.
- Oxímetro de pulso.
- Respirador volumétrico.
- Oxígeno.
- Nutrición enteral.

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

2.4.4.2 Internación domiciliar de Alta Complejidad con ARM

Incluye:

- Hasta 3 (tres) consultas médicas por día.
- Hasta 4 (cuatro) enfermeras por día con jornadas de 6hs. cada una.

Las Prestaciones excluidas de módulo, a facturar según normas, topes y aranceles del Fondo Solidario, son las siguientes:

- Kinesiología: Hasta 2 (dos) sesiones por día.
- Fonoaudiología: 3 (tres) sesiones semanales.
- Psicología: 1 (una) sesión semanal.
- Medicamentos oncológicos y de alto costo según bandas reconocidas por el FS, resto de medicamentos, valor Kairos.
- Aspirador de secreciones.
- Oxímetro de pulso.
- Respirador volumétrico.
- Oxígeno.
- Nutrición enteral.

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

2.4.5 Cobertura de Traslados en Ambulancia

Se aprueba, por kilómetro recorrido (de ida y vuelta), sólo en las patologías que se encuentran cubiertas por el FS y requieran traslado.

Los traslados terrestres reconocidos, son los siguientes:

- a) Traslado urbano sin médico.
- b) Traslado urbano con médico.
- c) Traslado urbano UTI.
- d) Traslado interurbano sin médico - por km. recorrido.
- e) Traslado interurbano con médico - por km. recorrido.
- f) Traslado interurbano UTI - por km. recorrido.

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

2.4.6 Cobertura en prótesis

El Fondo Solidario cubrirá, acorde a las normas del PMO, solamente prótesis de origen nacional, excepto que los pacientes requieran prótesis de algún tipo que no se fabriquen en el país. A tal efecto, previa auditoria y autorización, el SSS deberá presentar tres presupuestos.

En caso de requerir cobertura de prótesis de hombro, rodilla o cadera, se tomarán como referencia los valores determinados por SUR.

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

2.4.6.1 Stents carotídeos vs. Endarterectomía

Se recuerda la vigencia de recomendaciones del IECS, en cuanto a priorizar los procedimientos de endarterectomía sobre la utilización de stents carotídeos, con excepción de casos bien determinados.

En función de las nuevas evidencias registradas, se cubrirán las angioplastias carotídeas con colocación de stents bajo sistema de protección distal en los siguientes casos:

-Pacientes asintomáticos con una estenosis mayor al 80% por ecodoppler.

-Pacientes sintomáticos con una estenosis mayor al 50% y al menos uno de los siguientes ítems, que los hace pacientes de alto riesgo:

- Pacientes de más de 80 años.
- Presencia de insuficiencia cardíaca.
- EPOC severo.

- Endarterectomía previa con reestenosis.
- Antecedentes de radioterapia cervical o cirugía radical de cuello.
- Diabetes.
- Lesiones localizadas distales (más allá de la mandíbula) o proximales (por debajo del plexo braquial) a la cervical.
- Lesiones contra laterales severas que hagan desaconsejable el clampeo de la arteria a tratar.

En todos aquellos casos en los que no se respete la norma, el Fondo Solidario sólo cubrirá un monto igual al valor de referencia para el módulo de endarterectomía.

2.4.6.2 Prótesis de cadera

Patologías Traumáticas:

- Clavo Placa tipo Richards o Muller

En menores de 60 años: Clavo endomedular GAMMA NAIL o similar. Serán considerados según estudios y justificación médica. La institución debe contar con

- Arco en “C”

Clavo placa bloqueado LCP a medida, según la edad y patología que lo justifique. Prótesis de reemplazo articular según el mismo rango etario que para las patologías degenerativas. (Thompson, Muller, Bipolar sin rango etario).

Patologías No Traumáticas:

- Prótesis Primarias

- 1) En mayores de 70 años: Cementada total de origen nacional.
- 2) Hasta 70 años: Prótesis Híbrida.
- 3) En menores de 60 años: No cementada Total o Híbrida.
- 4) En menores de 50 años: Prótesis cabeza cerámica o cerámica-cerámica.

- Prótesis de Revisión

- 1) Híbridas, Total Cementada o Total no cementada según stock óseo hasta los 70 años.
- 2) Según el implante previo, si hay que reemplazar uno de los componentes, debe ser igual marca o similar.

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

2.4.6.3 Prótesis de rodilla y hombro

- Prótesis Total Insall-Burstein II: Mayores de 75 años.

- Prótesis Modulares Anatómicas: Menores de 75 años.
- Prótesis Uni compartimentales: Menores de 50 años, si no es posible masaico plastia.
- Prótesis de Revisión: Según stock óseo modulares con vástago.
- Prótesis Constreñida Total: Alteraciones graves de eje o con justificación médica por antecedentes y estudios.

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

2.4.6.4 Suturas mecánicas en Cirugía

Tendrán cobertura hasta 2 (dos) kits de suturas por cirugía. El protocolo quirúrgico deberá hacer mención a las características técnicas de la sutura. Tendrán que enviar 3 (tres) presupuestos, de los tres se seleccionará el de menor valor y se comparará con el valor promedio que tenga el FS.

2.4.6.5 Cobertura de Ortesis o Prótesis Externa.

Dado que el PMO establece 50% de cobertura para prótesis externas, según valores de mercado, se aprueba cubrir hasta un 50% del menor precio de plaza del elemento genérico, en prótesis externas u órtesis no biogénicas ni bioeléctricas, para el caso de patologías cubiertas por el F.S.

2.4.6.6 Cobertura del tratamiento con Green Laser para la vaporización de la HPB.

El F.S, previa auditoria, cubrirá hasta un monto de U\$S5.000.- (en concepto de honorarios de cirujano, ayudantes, anestesista e instrumentadora y derecho de uso de tecnología) para la utilización de Láser Green, sólo en las siguientes situaciones:

- Pacientes anticoagulados que no pueden abandonar el tratamiento.
- Pacientes con insuficiencia cardiaca clase funcional IV.
- Pacientes con RTU previa que hubiesen sangrado profusamente durante la misma, con requerimiento transfusional mayor a 2 (dos) unidades.

2.4.7 Cobertura de accidentes

Se aprueba que la cobertura de accidentes, con presunción de la existencia de terceros responsables, tenga un máximo determinado en el Anexo I. Superado ese monto de consumo, el SSS tendrá la obligación de gestionar la subrogación de

derechos, por parte del afiliado accidentado, y depositar la suma recuperada en las cuentas del Fondo Solidario, lo que se reflejará en su historia de aportes y consumos.

El Fondo Solidario ofrecerá asesoramiento letrado y realizará la cogestión del recupero, por la vía legal, de dicho monto.

En la medida que el SSS cumpla con lo antes expuesto, el Fondo Solidario continuará ofreciendo cobertura en los casos que superen el gasto establecido en el Anexo I.

Cuando un SSS inicie una demanda contra terceros responsables, de un accidente de cuya cobertura se haya hecho cargo el Fondo Solidario, este Fondo se hará cargo de los gastos judiciales, honorarios y costas, con la misma modalidad de piso de cobertura y franquicia con la que se cubren los siniestros.

Se aprueba lo solicitado, dejando constancia que el inicio de la demanda deberá ser acordado con el asesor jurídico de la RAS y que para el pago de los honorarios del abogado patrocinante del SSS, se deberá realizar un acuerdo a riesgo con el mismo, para ser abonados sólo en el caso de ganar la demanda. (Aprobado en Acta del 25/06/2010).

2.5 Cobertura de Medicamentos

2.5.1 Medicamentos no oncológicos o no previstos en SUR

Medicamentos no oncológicos o no previstos en SUR, gastados durante el período de prestaciones bajo cobertura del fondo van con el 40 %.

2.5.2 Medicamentos de farmacia propia.

Medicamentos en pre pagos con farmacia propia: la cobertura es la habitual del fondo.

2.5.3 Medicamentos importados sin factura

Para los casos de importación de medicamentos oncológicos sin factura en Argentina ni en el lugar de origen, no se dará cobertura.

En el caso de contar con la correspondiente factura, solo se reconocerán si están autorizados por ANMAT.

2.5.4 Medicamentos de media y baja complejidad

Medicamentos de media y baja complejidad utilizados en internación se reconocerá hasta valores Kairos.

2.5.5 Medicamentos de alto costo y baja utilización

Tendrán cobertura al llegar a un gasto superior al determinado como piso de cobertura, aunque ello se realice en un plazo mayor de 45 días corridos. El valor reconocido por el FS será un valor ponderado.

En el caso que los SSS obtengan mejores precios y éstos no puedan ser igualados o distribuidos al resto del país, el prepago podrá facturar al Fondo solidario a los valores obtenidos.

2.5.6 Algunos medicamentos reconocidos

2.5.6.1 Eritropoyetina

Eritropoyetina: "eprex"; "hemax"; "recormon" fuera de diálisis, que está incluida en otro ítem. Se deberá enviar historia clínica hematológica, protocolos de diálisis, etc.

2.5.6.2 Vitamina D3

Vitamina D3: "calcitriol"; "alpha d3"; "lotravel"; "rexamat": solo se cubrirá en caso de insuficiencia renal crónica.

2.5.6.3 D-nasa humana recombinante

D-nasa Humana Recombinante - "pulmozime" o similares en enfermedad fibroquística del páncreas.

2.5.6.4 L-acetil carnitina

L-acetil carnitina: "nicetle"; "neuroactil" deberá acompañarse historia clínica.

2.5.6.5 Somatotropina

Somatotropina: "biotropin"; "genotropina"; "hht"; "hutrope"; "norditropin"; "saizen".

2.5.6.6 Ceredace

2.5.6.7 Desmopressina

Desmopressina: "desmopressin"; "dpa"; "octostim".

2.5.6.8 Copolímero 1, riluzole e interferón

Copolímero 1, riluzole e interferón (en esclerosis múltiple y lateral amiotrófica) según banda.

2.6 Cobertura en Terapia Radiante

2.6.1 Cobertura con Radiocirugía Estereotaxica

Para este tipo de práctica terapéutica se establece que la historia clínica debe especificar la cantidad de aplicaciones y las dosis utilizadas, así como previa autorización de la Auditoría Oncológica.

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

2.6.2 Cobertura con Radioterapia Conformada

Para este tipo de práctica terapéutica, usada habitualmente en próstata y pulmón, se establecen la obligatoriedad de presentación de la historia clínica, con la especificación de la cantidad de aplicaciones suministradas y las dosis utilizadas, así como previa autorización de la Auditoría Oncológica.

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

2.7 Prestaciones de urgencia en el extranjero

Las prestaciones de urgencia realizadas en el extranjero serán cubiertas hasta los valores de los prestadores argentinos, de referencia.

2.8 Cobertura de casos denegados inicialmente

Tendrán cobertura los casos denegados por la entidad en primera instancia por no estar incluidos en el PMOE, o contrapuestos a las normativas del F.S, o contrapuestos a las evidencias médicas, o tratamientos experimentales, o en el exterior, o prótesis importadas, etc., siempre con resolución judicial a favor del afiliado, en tanto cumpla con el criterio de superar el piso para entrar en la cobertura del Fondo Solidario.

Los acuerdos extrajudiciales serán cubiertos en tanto hayan sido pautados, supervisados y exista dictamen a favor de un acuerdo por el departamento auditoría y legal del propio Fondo.

2.9 Bajas en el Padrón

Cuando un SSS retire más de un 30% de su padrón en un periodo menor a tres meses, tendrá 30 días para presentar consumos de los afiliados dados de baja en su padrón.

3 Planes

Todos los SSS deberán incorporar al Fondo Solidario la totalidad de aquellos planes que contemplen cobertura en internación.

A tal efecto se solicita declaración jurada sobre la inclusión de la totalidad de los afiliados con planes que incluyen internación.

3.1 Normas de afiliación

A efectos de contar con la cobertura del Fondo Solidario de alta complejidad, se deben cumplir, sin excepción, con las normas que a continuación se detallan:

- Ficha de solicitud: Por triplicado, completa en todos sus ítems. Una copia se archiva en la filial local, una segunda se entrega al afiliado y la tercera deberá remitirse al Fondo Solidario.
- Ficha de declaración de preexistencias: Por triplicado, completa en todos sus ítems. Una copia será archivada en la filial local, una segunda se entregará al afiliado y la tercera será remitida al Fondo Solidario.
- Ficha de factores de riesgo no tradicionales: Por duplicado. Una copia se archiva en la filial y otra será remitida al Fondo Solidario.

[Ver valores en Anexo I](#)

3.2 Plan Médico

Para gozar de esta cobertura, los SSS deberán observar la siguiente normativa:

- Enviar una nota de la autoridad de la Institución Médica a la que pertenece, dando fe que se cumplen las condiciones requeridas.
- Estar al día con las capitas del fondo.
- Abonar el aporte mensual requerido.
- Identificar los planes médicos en el padrón de afiliados, y dentro de ellos, los que tienen obra social primaria y los que tienen cobertura sólo por el SSS participante.
- Planes médicos sin cobertura primaria, rigen las condiciones generales del Fondo Solidario

Planes médicos con cobertura primaria:

- Prácticas no cubiertas por la obra social primaria: igual a condiciones generales del Fondo Solidario.
- Prácticas cubiertas por la obra social primaria: cobertura de los coseguros a cargo de los médicos afiliados, a partir del 10% del piso de cobertura, sin franquicia. Deberá presentarse recibo de pago de los coseguros y copia de la historia clínica respectiva.

3.3 Planes afiliados de 60 años en adelante

Las condiciones de afiliación, para solicitantes de más de 59 años, serán las siguientes:

- Se completará la correspondiente ficha de preexistencias, cuya copia remitida al Fondo Solidario, separada del resto del padrón.
- Solo se admitirán afiliaciones de solicitantes de riesgo I y riesgo II (para una escala I - IV (ver estratos de riesgo de afiliación)
- El monto del aporte al FS para este tipo de solicitantes, se evaluará según consumos adicionales a la cuota base y sólo se admitirá el ingreso de afiliados pertenecientes a las categorías: naturales, planes médicos planes de obra social con cobertura parcial y total del Fondo Solidario.
- Se sugiere poner en marcha todos los mecanismos descriptos en el manual de procedimientos, a saber:

- ✓ Planilla de preexistencias habituales, además de la de la RAS.
- ✓ Planilla de factores de riesgo no tradicionales.
- ✓ Selección de la afiliación en reunión compartida con los empleados y promotores.

3.4 Plan Convenios de OOSS o Empresas

Para los SSS que tengan convenios con OOSS (desregulación) que incluyan poblaciones generales (de todo el padrón de la región o por empresas para todos los empleados de las mismas) rige un modelo de actualización cuatrimestral de aportes, similar al sistema de cálculo para afiliados integrales.

A estos fines, los SSS deberán enviar copias de los contratos con las OOSS y/o las empresas, referidos a estos afiliados, así como una expresa solicitud de excluir el menú de prestaciones con cobertura de la SUR, si hicieran uso de esta opción. Deberán enviar mensualmente el padrón de sus afiliados naturales y los incluidos en esta nueva categoría identificados como tales, para así poder analizar los consumos de los afiliados por estos convenios.

La obligatoriedad de permanencia en la categoría es de un lapso mínimo de 1(un) año, con cambio al hacer la ratificación anual de empadronados de Obras Sociales y la aplicación de carencias y franquicias por preexistencia, como si fuera nueva incorporación cuando se cambia de categoría.

IMPORTANTE: Se recomienda no incorporar al padrón de los SSS beneficiarios por afiliaciones espontáneas o individuales, en las políticas de incorporación de afiliados de la seguridad social (OOSS). Se verifica una gran baja del riesgo en la afiliación a través de empresas, aun cuando sean chicas y no menos del 70 % del padrón del personal de las mismas.

Al elevar la Solicitud de Reintegro, es requisito indispensable adjuntar copia de formulario de la Superintendencia de Servicios de Salud (imprimir desde la web de la SSS), donde conste la condición de afiliado al Agente de Seguro de Salud del paciente, al momento de generarse el servicio. Cuando no se cumpla esta condición, se procederá al rechazo de la documentación, sin más trámite.

Igual control se realizará en cada oportunidad que se presenten consumos. Si se detectara en este último caso que el SSS lo mantiene como afiliado a obra social y no reúne ese requisito, no podrá presentar solicitud de reintegro, ni tendrá derecho a reconocimiento de cobertura o cobro alguno.

Cuando un SSS que aporte por la cobertura de afiliados a OOSS con cobertura SUR a cargo del Fondo y decida recuperar los gastos SUR deberá presentar junto con las fotocopias de los comprobantes de gastos e historia clínica, una fotocopia autenticada de la planilla de presentación de recupero en SUR.

En los casos de prestaciones cubiertas por el menú SUR en afiliados a OOSS, las diferencias entre los valores SUR y los de referencia del Fondo Solidario serán afrontados por el Fondo, previa auditoría contable y administrativa de las mismas.

NOTA: Para los afiliados de OOSS en el Fondo Solidario, se considerará válido el actual menú de cobertura del SUR, desde el momento de su creación (Dic/2012), en reemplazo del APE.

3.5.1 Trazabilidad de Medicamentos

El cumplimiento de la resolución 1444/13 es obligatorio para afiliados a OOSS (desregulados) del Fondo Solidario, a partir de junio de 2013.

3.5.2 SSS con Afiliados en categorías de OOSS con cobertura total y parcial del FS

Ante la existencia de SSS con afiliados en ambas categorías, esta situación sólo se acepta cuando hay grupos con convenios con diferentes OOSS.

3.5.3 Declaración de un Afiliado Natural como SUR

Es frecuente el error de declarar afiliados de esta forma, más aún si se trata de monotributistas, que no tienen obligación de inscribir en el sistema a su familia, o sea, puede ser afiliado a la Obra Social el titular, pero no su esposa o hijos, en esta situación se otorgará cobertura proporcional a los aportes realizados.

A modo de ejemplo podría decirse que si el Afiliado es Natural y el prepago aportó \$4,00.- como si fuera de OOSS, cuando el aporte asignado para sus afiliados integrales era de \$10,00.-, se otorgará cobertura proporcional, es decir, el 40% de lo reclamado.

3.5.4 Cobertura de Siniestros a Afiliados de OO.SS.

La cobertura de los siniestros a afiliados de Obras Sociales estará limitada a los montos indicados (ver [Anexo I Valores](#)). Superado ese monto, el SSS tendrá que gestionar el recupero del excedente a través de SUR, informar del avance de las gestiones al FS y depositar el monto recuperado en las cuentas del FS, lo que se reflejará en su historia de aportes y consumos.

El FS asesorará al SSS y realizará la cogestión del recupero económico ante el SUR.

En la medida en que el SSS cumpla con la operatoria detallada precedentemente, el FS continuará ofreciendo cobertura en los casos que se supere el monto límite indicado.

Para mantener la cobertura por encima del límite fijado, el SSS deberá realizar pedido de informe a la Obra Social, por correo electrónico u otro medio fehaciente, y enviar copia a la Gerencia del FS.

En caso de recupero a través del SUR por parte del SSS, el monto a depositar será el equivalente al total del gasto generado, por sobre el techo de cobertura fijado como límite

3.6 Plan de cobertura a los afiliados del PAMI

Se encuentra en análisis la incorporación de nuevos afiliados, a través de la desregulación de afiliados al PAMI, con aportes reducidos. Se los incorporará con las condiciones en vigencia para mayores de 60 años, dicho grupo será evaluado cuatrimestralmente para definir la reducción de aportes, si su comportamiento lo justifica.

3.7 Plan Convenios Grupos Universitarios

Los montos de los aranceles para la cobertura del FS a convenios de SSS con grupos de estudiantes universitarios serán idénticos a los aranceles de afiliados a convenios de OOSS.

3.8 Planes Ambulatorios

Condiciones generales para la adhesión y cobertura del FS:

- a) El SSS deberá remitir el correspondiente padrón y copia del convenio donde se aclare que pertenecen a planes ambulatorios.
- b) Los aranceles de la cuota mensual del FS son los estipulados en [Anexo I](#).
- c) Como es obvio, el FS excluye la cobertura de internación y alta complejidad.
- d) La cobertura de medicamentos incluye solo los genéricos, de uso habitual, tal como figuran en el listado del Ministerio de Salud, excluyéndose expresamente los medicamentos oncológicos, anti - SIDA, medicamentos catástrofes, medicamentos para la esclerosis múltiple y esclerosis en placa, el tratamiento dialítico, las microcirugías cirugías ambulatorias, etc.
- e) Las demás exclusiones son las habituales.

3.8.1 Los planes que se incorporarán a esta cobertura se encuentran en el siguiente espectro

3.8.1.1 En el extremo más bajo: Planes con cobertura 50% de consulta + emergencias + 20-40% medicamentos del listado genéricos (no HIV, oncológicos, etc.) + 100 % coseguros de aranceles de prácticas según escala social habitualmente con una cuota determinada.

3.8.1.2 En el extremo más alto: Planes con cobertura PMO y coseguros - en todo como dice el PMO + emergencias + 40% medicamentos del listado de genéricos, habitualmente con una cuota determinada.

3.8.1.3 No se aceptarán planes con cobertura parcial de internación.

3.8.1.4 La evolución de la cuota se discutirá periódicamente en función de la evolución de los fondos y eventos.

3.8.1.5 Ante eventuales requisitorias de tipo legal, la cobertura será la habitual del FS, con las mismas franquicias. Se resuelve establecer un tope de aportes por cápita en estos afiliados ambulatorios y los aportes excedentes no serán reintegrables. Se recalculará la pertinencia de la suspensión o reinicio de aportes en forma cuatrimestral. Podrá reconsiderarse este tema, de haber consumos de prestaciones en este grupo.

Importante: Aún con aportes suspendidos, se deberá continuar enviando padrones, a los fines de la cobertura.

3.9 Plan Urgencias y Emergencias para Escuelas Deportivas

Condiciones generales para la adhesión y cobertura:

- a) Se debe enviar el padrón, aclarar que pertenecen al plan escuelas deportivas.
- b) Cuota mensual según [Anexo I](#).
- c) La edad a cubrir es 5 a 30 años. Se podrá dar cobertura hasta 50 años, por cuatro meses seguidos como mínimo, presentando padrones por separado, con expresa mención de la vigencia. ([Ver Anexo I](#))
- d) La evolución de los montos de cuota se debatirá periódicamente en función de la evolución de los fondos y eventos.
- e) Enviar una copia del convenio donde debe constar que se trata de deporte amateur y que la afiliación es grupal.
- f) Incluye: Escuelas de fútbol - básquet - hockey -colonias de vacaciones- gimnasios.
- g) Excluye: Deportes considerados peligrosos como: aviación, volovelismo, automovilismo, motociclismo, aladeltismo, esquí en cualquier superficie, buceo, paracaidismo, karting, rugby, etc. Excluye también el período de tránsito de un centro deportivo a otro o desde la casa al centro deportivo (cubiertas por el seguro de transporte).
- h) La cobertura es la habitual del Fondo Solidario con las mismas franquicias.
- i) Se sugieren en los convenios las siguientes prestaciones incluidas

Plan A: (Afiliados c/cobertura de O. Social base): Urgencias y emergencias médicas, que sucedan en el ámbito del establecimiento deportivo y en otros similares a los que se concurre como parte de un cronograma de competencia, y como consecuencia directa de la práctica del deporte.

En tanto los educadores evalúen que se requiere asistencia inmediata, no pudiendo ser diferida su atención hasta que el niño regrese al hogar o lo recojan sus familiares, que incluyen, y a modo de ejemplo no excluyente, heridas, torceduras, fracturas, traumatismos, crisis convulsivas, crisis asmáticas, dolor abdominal agudo, vómitos, hipotensión, pérdida de conocimiento, etc., y en general atención médica del evento agudo, hasta su traslado a un centro asistencial habilitado a estos efectos, para ingresar a la cobertura de su obra social de base o al servicio hospitalario más cercano o adecuado si hubiera dificultades para lograr la cobertura que tiene pautada la familia del niño.

Plan B: (Afiliados sin cobertura de O. Social de base): Se incluye la atención de todo el evento agudo, y toda que pudiera devenir hasta los 90 días del comienzo del evento.

Ambos planes incluyen presencia de ambulancia, ante una emergencia y a solicitud de los directivos, ante un accidente deportivo y si fuera necesario médico para traslado desde el centro deportivo a la unidad de tratamiento definitivo.

El servicio de ambulancias en eventos deportivos con presencia médica activa, se contratará por prestación y se encuentra excluido de la cápita.

3.10 Plan Materno Infantil

La unidad feto-materna es tomada como unidad de riesgo y los costos se sumarán a los efectos de la determinación de la inclusión en el FS. La franquicia será única.

- a) Los SSS deberán realizar comunicación fehaciente del ingreso de embarazadas en todos los planes de afiliación.
- b) Es obligación el envío de la planilla de afiliación y ecografía previa al ingreso, además enviar Declaración especial de preexistencias de embarazadas (ver [Anexo II](#)) con informe escrito de la ecografía de los 70 días de gestación.
- c) Se realizará un aporte único de ingreso por un monto prefijado ([Ver Anexo I](#)) para cubrir el riesgo de eventos de alto costo para las nuevas afiliadas a planes propios de los prepagos.
- d) Para las afiliadas a OOSS que ingresen embarazadas con consumos de alto costo, se aplicará doble franquicia.

El FS excluirá de la cobertura, la cama de acompañante durante la estadía en sectores especiales (UTI-UCI-Nursery) y otras comodidades adicionales (Honorarios particulares, Hab. Privada o con acompañante, salvo casos indicados en el NN), las que se encontrarán a cargo del afiliado.

3.11 Patologías no Afiliables

Son aquellas patologías que presente un aspirante a ingresar al SSS y cuya cobertura NO será reconocida por parte del Fondo Solidario.

Se detallan a continuación las patologías que deben declararse:

- 1) Renales crónicos.

- 2) Diabetes tipo I.
- 3) Asma con corticoide dependiente.
- 4) Insuficiencia respiratoria crónica.
- 5) Colagenopatías.
- 6) A. Reumatoidea - Lupus eritematoso sistémico y similares.
- 7) Enfermedades Desmielinizantes.
- 8) Leucosis -Linfomas.
- 9) Enfermedades infecciosas crónicas.
- 10) Ca Mama, Ca Pulmón y otros Ca.
- 11) Hipertensión severa.
- 12) Cardiopatía isquémica, incluyendo aquellas con colocación de stents o by pass.
- 13) Múltiples factores de riesgo, aún sin enfermedad cardiovascular clínicamente evidente (fumador + HTA + Colesterol + Diabetes).
- 14) Angina de pecho - no estudiada, o con angioplastia u operada-.
- 15) Cardiopatías dilatadas de cualquier origen.
- 16) Valvulopatías con previsión de cirugía.
- 17) Congénitas de corrección quirúrgica futura.
- 18) Colitis ulcerosa.
- 19) Poliposis colónica
- 20) Ulceras complicadas.
- 21) Pancreatitis crónica,
- 22) Cirrosis.
- 23) Parkinson.
- 24) Parálisis cerebral, ACV, esclerosis.
- 25) Trastornos coagulación

- 26) Hemofilias.
- 27) SIDA.
- 28) Adicciones.
- 29) Alcoholismo.
- 30) Toxicomanías.
- 31) Obesidad mórbida.
- 32) Consumidores pertinaces de medicamentos.
- 33) Pacientes en asistencia psiquiátrica, psicóticos.
- 34) Internados en Institutos.
- 35) Pacientes postrados.
- 36) Esterilidad primaria o secundaria.
- 37) Osteoporosis generalizada.
- 38) Artrosis múltiple.
- 39) Paget óseo.
- 40) Trastornos hipofisarios, Addison, hiper-hipotiroidismo sin diagnóstico etiológico.
- 41) Portadores de prótesis de cadera y/o rodilla.
- 42) Discapacidades.

IMPORTANTE: Aquel SSS que declare una enfermedad preexistente, correspondiente a un beneficiario de su padrón, deberá remitir al FS el monto del gasto y detalle de los últimos 6 (seis) meses erogados por dicho afiliado.

3.12 Carencias

Hasta tanto la legislación y el marco regulatorio que rige nuestra actividad no establezcan disposiciones en contrario, se fija como norma que las grillas de prestaciones de los planes NO podrán tener carencias inferiores a:

- **120 días:** Internaciones programadas clínicas y/o quirúrgicas (no urgencias).

- **300 días:** Plan Materno Infantil (con las modificaciones introducidas por el Plan Materno Infantil de la RAS).
- **365 días:** Cardiocirugía - Neurocirugía - Cirugía Vascular Periférica - Procedimientos Angioradiológicos Intervencionistas.
- **720 días:** Cirugía Vertebro Medular Programada - Otoneurocirugía - Trasplantes.
- **Al inicio del sistema:** Para la incorporación del total del padrón de afiliados a planes integrales, se establece una carencia de tres meses de aporte, o en su defecto el importe de tres cápitales depositados al inicio de la cobertura.
- **Permanentes:** Las establecidas por el Manual de Aranceles y auditoría unificado.

Asimismo, el Consejo de Administración podrá modificar estas carencias, los aranceles, topes, etc.

4 Circuito Operativo cobertura Fondo Solidario

4.1 Circuito básico de solicitud de cobertura del FS

En los casos en los que un SSS, adherido al FS, otorgue una prestación que se encuentre cubierta por este último, deberá procederse de acuerdo con la siguiente mecánica operativa:

1. El SSS debe comunicar el evento a la administración del FS (Sede Paraná) a través del Formulario unificado de comunicación, con el objeto de dar lugar a la correspondiente previsión de fondos.
2. El FS procederá a otorgar la “aceptación provisoria” del evento prestacional, siendo indispensable que se cumplan las siguientes condiciones:
 - a. El afiliado/paciente integre en el padrón del SSS y que
 - b. El SSS se encuentre al día con sus obligaciones, contables y administrativas.
3. Una vez realizada la prestación y recibida la factura, ésta deberá ser auditada, liquidada, y abonada al efector, por el SSS de origen.
4. Posteriormente se remitirá la documentación al FS, adjuntándose el correspondiente formulario de comunicación de caso, junto a la Planilla de ayuda memoria (ver [Anexo II](#)) debidamente completada en todos sus ítems, y la documentación clínica - hojas de evolución - enfermería, etc.
5. Una vez recibida por el FS, éste efectuará la correspondiente auditoría médica y contable.

6. De no existir consideraciones en contrario de la auditoria médica del FS, el sector contable recalculará la factura de acuerdo a valores del FS (según lo convenido), y finalmente se emitirá la orden de pago a favor del SSS correspondiente.

4.2 Formulario de comunicación de casos para previsión de fondos

El Formulario de denuncia tiene como objetivo la previsión de los fondos necesarios, por parte del FS, para dar cobertura a la prestación informada, con 60 días de anticipación y se recuerda que es de cumplimiento obligatorio.

Deberá remitirse al FS por fax-con letra legible- o bien, vía mail, a la oficina administrativa de Paraná.

Ver Formulario de Denuncia: [Anexo II](#)

4.3 Planilla de Presentación de Consumos

A estos efectos se deberá encabezar la documentación, enviando la planilla de Presentación de Consumos. Ver [Anexo II](#).

4.4 Planilla sugerida declaración jurada Fondo Solidario

Los SSS que deseen ingresar afiliados al Fondo Solidario para prestaciones de alta complejidad y alto costo de la Red Argentina de Salud, deberá enviar una copia de esta solicitud a la administración del Fondo en Paraná Entre Ríos.

Ver Planilla [Anexo II](#).

4.5 Franquicias

La franquicia es el importe porcentual que se aplica sobre el total liquidado, a fin de que el SSS participe en el monto de la cobertura.

La franquicia simple es del 25 % del costo aceptado por el FS, por cada caso remitido para solicitud de reintegro.

La franquicia simple máxima posible será la fijada según Anexo I por cada denuncia de patología.

Transcurridos 12 meses, desde el inicio de la cobertura, las prestaciones deben acumularse hasta alcanzar el monto del piso vigente, y en la primera liquidación se comenzará a aplicar el 25% de franquicia, hasta llegar nuevamente al monto tope. El procedimiento descrito se repetirá por cada período de doce meses de consumo subsiguientes.

En casos de presentación de expedientes con patologías preexistentes no declaradas al ingreso de un prepago o en período de carencia, previa autorización por el Consejo de Administración del Fondo Solidario, se le aplicará una franquicia del 50% del monto aceptado sin tope anual.

[Ver valores en Anexo I](#)

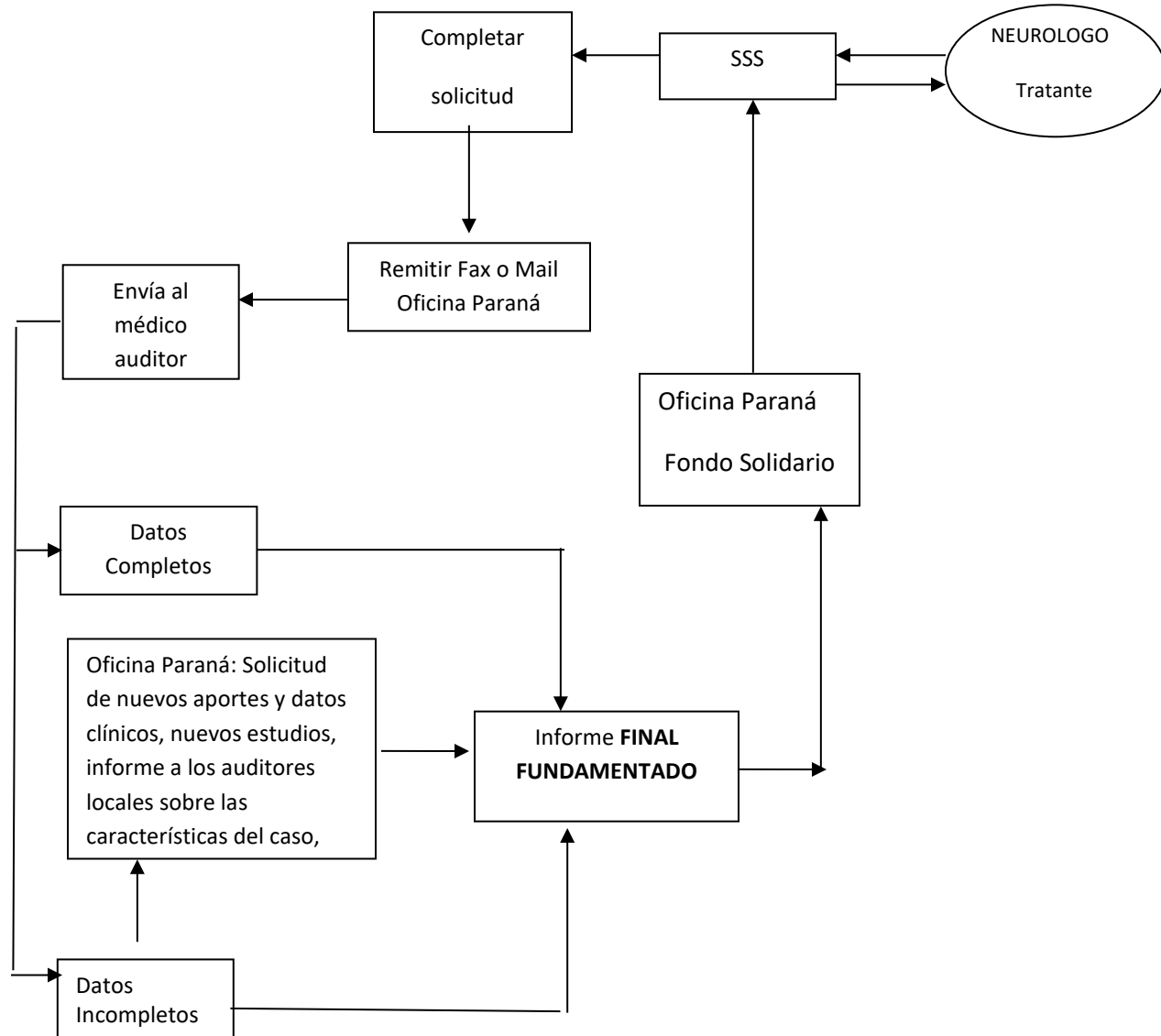
5 Auditorias y Consultorías

La Red Argentina de Salud brinda a sus SSS el servicio de consultoría de auditorías en las especialidades que a continuación se detallan, con la mecánica operativa que se especifica en cada caso.

Los honorarios de dichas consultas serán facturados a la RAS y luego recuperados, a través del FS.

Los sistemas solidarios que requieran consultar sobre el particular, deberán completar el formulario incluido en el [Anexo II](#).

5.1 - Consultoría de tratamientos neurológicos – neuroquirúrgicos



5.2 Consultoría de Medicamentos

5.2.1 Consultas por coberturas del 40%; 70% y 100%

Para iniciar consultas de casos clínicos que requieren al SSS la cobertura de medicamentos y/o tratamientos de excepción o alternativa, destinadas a situaciones de salud eventuales **(40%)** o a patologías crónicas **(70%)** y/o tratamientos incluidos en el PMO y NO incluidos (excepción o alternativa), destinados a planes especiales de cobertura **(100%)**, se deberá proceder del siguiente modo:

Remitir a la Of. Paraná del FS, vía e-mail o bien fax, el Formulario de Consultoría de Medicamentos (Ver [Anexo II](#)), completo en todos sus ítems teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones para el caso consulta:

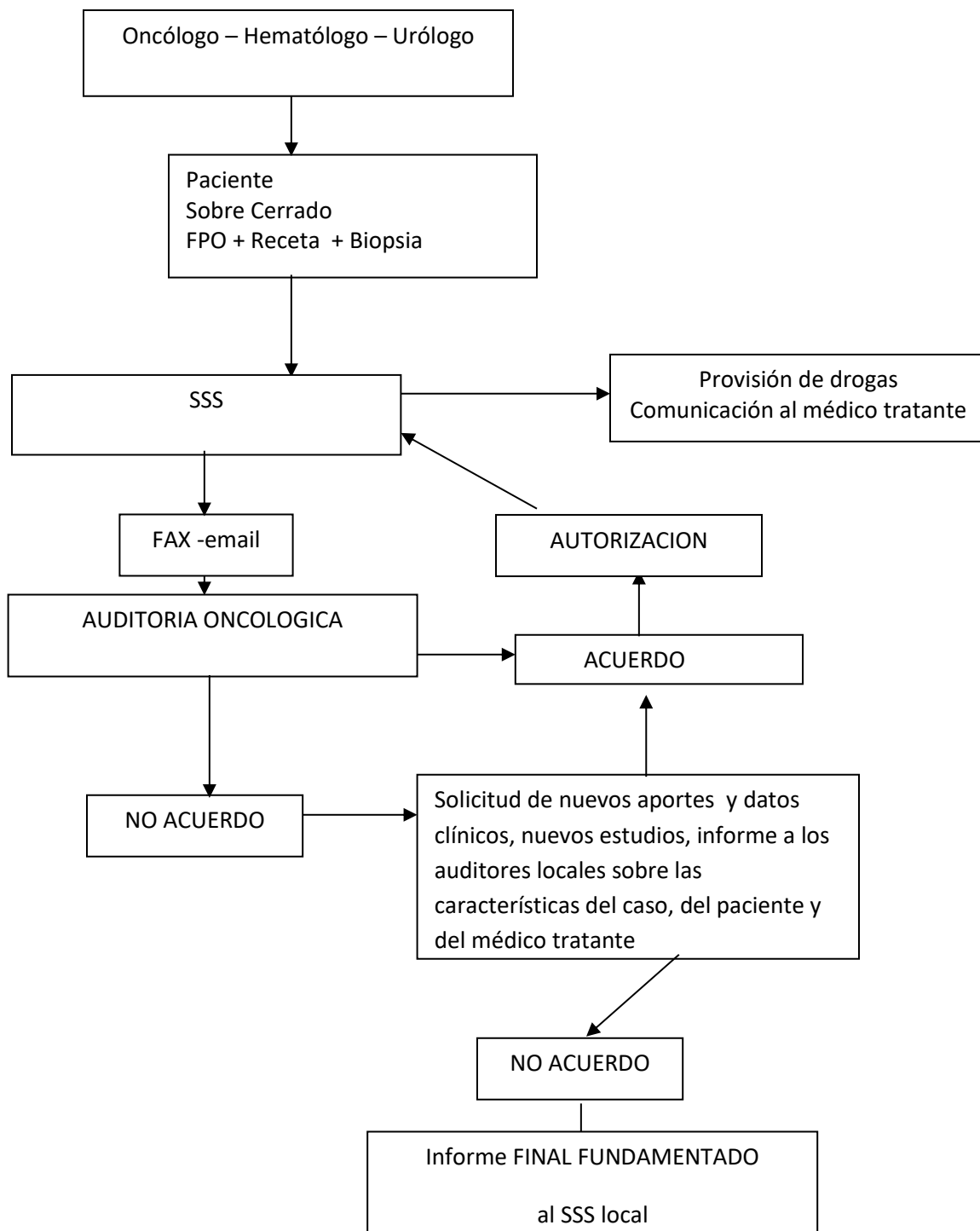
- Nombre y apellido del afiliado/paciente o bien sus iniciales y el número de socio y SSS solicitante.
- Resumen de historia clínica con estos datos relevantes: problema de salud o diagnóstico certero o presuntivo, tratamientos previos recibidos, objetivo terapéutico del tratamiento para el que se tramita cobertura, medicamento/s y esquema completo de tratamiento propuesto. Cuando corresponda deberán constar los datos positivos de análisis bioquímicos, hematológicos, serológicos y demás estudios de diagnóstico y/o tratamiento (imágenes, pruebas funcionales, etc.). Esta información puede ser resumida por el auditor del SSS o remitida en adjunto escaneado del original enviado por el prestador o por vía fax a los consultores.
- Si el SSS cuenta con registros de los consumos de medicación ambulatoria del paciente deberá hacerlos constar o adjuntarlos.
- Identificar al responsable (médico auditor o personal del área), su correo electrónico y número telefónico para que los consultores tomen contacto con él, una vez recibida la consulta, para eventuales datos ampliatorios y relevar el contexto prestacional del caso.

5.2.2 Consultas sobre casos de judicializados, gestión prestacional, etc.

Para iniciar consultas de casos de judicialización de la cobertura de medicamentos y/o tratamientos incluidos en el PMO y no incluidos (EXCEPCION o ALTERNATIVA) es conveniente contactar telefónicamente y/o vía mail a los consultores y remitir documentación, según se convenga, con reenvío a la Of. de Paraná del FS.

5.3 Auditoría de Tratamientos Oncológicos

El FS cuenta (a partir del 1/3/2002), con la supervisión y auditoria de tratamientos oncológicos, base sobre la cual se harán los reconocimientos de gastos del Fondo hacia los SSS. El organigrama de trabajo es el siguiente:



Importante:

Aquellos honorarios, a favor del de la Auditoria Oncológica, originados en errores de los SSS, serán debitados a los mismos ya que se debe a la falta de control de su administración o Auditoría Médica.

Algunos de los errores más habituales:

- Duplicación en el envío de órdenes a autorizar.
- Solicitud de cantidad de medicamentos en exceso. Tener en cuenta que las provisiones se hacen por períodos, de acuerdo a la cantidad que requiera cada tratamiento.

Se recuerda:

- La Auditoria Oncológica solo convalida órdenes de prestación de hasta 90 días de antigüedad de prescripción (no podrá solicitar autorización con mayor plazo).
- La autorización de tratamientos es mensual y no deberá solicitarse por adelantado.
- Solo se autoriza Radioterapia 3D en mama izquierda, Radioterapia 3D en tiroides y Radioterapia 3D en próstata.

5.4 Auditoría Patologías Especiales o Nuevas Tecnologías

El FS cuenta con convenios para análisis y dictamen sobre casos originados en solicitudes de prestaciones para tratamiento de Patologías Especiales y/o la utilización de nuevas tecnologías.

Estas consultas se centralizarán a través del Fondo Solidario y deben ser remitidas a la Auditoria del FS, Of. Paraná.

5.5 Gastos de Auditorias RAS

Los gastos de auditoria RAS que generen pacientes afiliados a SSS que pertenecen al Fondo Solidario serán abonados por el SSS y posteriormente, luego de la presentación al FS, reintegrados por este último al SSS.

5.5.1 Gastos de Auditorias de Terreno

Las Auditorías de Terreno se basa en la necesidad de realizar auditoría “in situ” en casos de internaciones prolongadas o que impliquen costos superiores a los previstos por patologías no moduladas, o bien, inicialmente de bajo costo y que luego se incrementan, en cuanto a su estancia o gasto, por la ocurrencia de complicaciones o imprevistos.

Se propone definir normas de negociación con los prestadores, incluyendo el establecimiento de aranceles bonificados, en los casos de internación prolongada.

Se pone énfasis en el desempeño de una adecuada auditoria local.

Estos casos deberán ser informados a la Auditoría del FS (Of. Paraná), a la brevedad posible y sin excepción, para analizar la posibilidad, si es que la situación lo amerita, de la realización de una segunda auditoría en terreno.

6 Circuito Contable Fondo Solidario

6.1 Sistema Contable. Generalidades

La registración de las operaciones contables del FS es efectuada mediante un sistema de contabilidad que asegura:

- La información que requieran los adherentes al sistema, de manera tal que se pueda conocer y evaluar la situación del FS, respecto a su volumen y consistencia.
- La de cada uno de sus integrantes, con respecto a sus derechos y obligaciones para con el sistema.

A tal fin, la contabilidad respeta los principios contables de aceptación generalizada, mediante registros sistemáticos computarizados, y se organiza de modo tal que posibilite la confección de un estado de situación patrimonial y financiera del Fondo Solidario, con una periodicidad mínima, en principio, de un mes.

El Estado de Situación Mensual del Fondo se complementa con los anexos que se consideren necesarios para pormenorizar, discriminar y aclarar los montos principales consignados, y en especial los siguientes aspectos:

- a) Cuentas corrientes de cada uno de sus integrantes con respecto a Aportes al Fondo y otros conceptos adeudados al sistema, como así también los derechos de éstos a percibir reintegros.
- b) Detalle pormenorizado de los reintegros liquidados en el período, por prepago y por concepto.
- c) Anexo especial donde se determine la participación de cada integrante en el patrimonio neto del FS, teniendo en cuenta que dicha participación puede ser positiva (a favor del adherente) o negativa (en contra del adherente). Solamente los gastos de funcionamiento del sistema se afectarán en forma solidaria en función de los aportes del mes efectuados por cada adherente al sistema.
- d) Planilla de cálculo de los aportes mensuales al sistema, confeccionada en base a la composición del padrón de afiliados que los adherentes obligatoriamente deben suministrar a Contaduría.

El detalle precedente no es taxativo; en consecuencia, puede ser ampliado de acuerdo con lo que requieran los adherentes al sistema, lo que se resolverá en reunión de participantes.

6.1.1 Registración contable

1.-Registración de los aportes mensuales al Sistema

Se calculan en base al padrón y categoría de afiliados que cada SSS envíe al Fondo en los plazos establecidos en el Reglamento. La Planilla de Cálculo y Liquidación de Aportes será el único comprobante emitido por este concepto, la cual será enviada mensualmente a la dirección de correo electrónico declarada por el prepago en cumplimiento del Inc.12 del reglamento.

Se registran en cuentas individuales para cada SSS, por montos globales, que incluyen las cápitas para cobertura de prestaciones de Alta Complejidad y Alto Costo, Altísimo Costo.

La fecha de vencimiento de la obligación de cancelar los aportes será fijada mensualmente por la Gerencia, y comunicada a los adherentes junto a los aportes respectivos.

Los aportes extraordinarios que como “Refuerzo Financiero” al sistema eventualmente se decidan, se registrarán de la misma manera que los aportes ordinarios mensuales, es decir, en cuentas individuales para cada prepago.

2.- Registración de los Gastos de Administración del sistema - Recupero de los mismos.

Se registran en cuentas específicas, lo mismo que los ingresos por “recuperos” que se producen: Multas por mora; compensaciones financieras por pagos diferidos, ingresos diversos, etc.

A los efectos de su absorción por los adherentes, en planilla especial de los Estados de Cuentas se distribuirán mensualmente en función del monto de los respectivos aportes.

3.- Registración de las compensaciones entre saldos deudores y acreedores de un mismo adherente

A efectos de reducir gastos y tiempos administrativos, mensualmente se efectuarán las compensaciones posibles entre saldos de cuentas deudoras y acreedoras de cada adherente (aportes y otras cuentas a cobrar con saldos a favor del prepago por siniestros).

La comunicación de las compensaciones efectuadas cada mes se comunicará vía e-mail.

4.- Registración de las penalidades - Multas - Recupero de gastos

El no cumplimiento de los plazos para depositar aportes originará una multa como compensación financiera a cargo del prepago, consistente en la aplicación de un 5 % mensual del monto adeudado, aplicado en base diaria. A estos efectos los prepagos adherentes deberán efectuar los depósitos en la cuenta bancaria destinada a tal fin y enviar vía fax o correo electrónico -escaneado- el comprobante correspondiente a la oficina de la RAS en CABA (se sugiere enviarlo también a la oficina de administración del FS en Paraná), considerándose la fecha registrada en dicho comprobante como fecha de cancelación de su obligación.

Del mismo modo, en el caso de enviarse cheques a la oficina de CABA, deberá adjuntarse nota especificando el concepto del pago y la fecha de cancelación

coincidirá con la correspondiente al recibo respectivo emitido por la Oficina de Capital Federal.

La cancelación de deudas con cheques posdatados será posible, solo con cheques que cuenten con hasta 60 días de diferimiento. En estos casos se calculará y registrará como gasto recuperado, una compensación financiera por el plazo otorgado consistente en la aplicación de una tasa de descuento del 5% mensual, aplicada en base diaria.

6.2 Mora

1.- Mora - Definición: Se define como estado de mora con el Fondo Solidario aquellos casos en que el SSS no abona al menos un aporte mensual al FS y no cuenta con un crédito a su favor exigible a esa fecha por un monto igual o superior al monto de la cuota adeudada.

2.- Efectos de la mora: La mora en el pago de las obligaciones para con el Fondo genera el deber del deudor moroso de abonar sobre el aporte impago una multa del 0,16% diario (5% mensual) que se aplicará mientras permanezcan saldos de aportes vencidos pendientes de pago.

Si la mora se extiende por más de 2 (dos) capitas mensuales, (deuda total del miembro, dividido el valor de la última cápita), los efectos serán los siguientes:

- En ningún caso se realizarán reintegros por prestaciones con posterioridad a este periodo.

- Si el prepago paga un mes y queda UNO pendiente, el derecho a la cobertura del fondo renace solamente por prestaciones de fecha posterior al pago, siempre que no queden más de DOS meses pendientes. Para que genere efecto la purga de la mora debe existir comunicación fehaciente del pago a la administración de Paraná y de CABA.

- No se cubrirán las prestaciones posteriores a la superación de los DOS meses del estado de mora, cuando la fecha de inicio de las mismas se produzca durante el período de suspensión.

Si el prepago entra en mora luego de percibidos de parte del Fondo reintegros por prestaciones continuas, no estará obligado a reintegrar lo que haya percibido a esa fecha.

3.- Reincorporación después de Mora de cuotas de 2 meses o más

Los SSS que deben 2 (dos) meses quedan fuera del sistema y a los efectos de la reincorporación, cuando se presentara un pedido se consideran SSS nuevos, no adheridos previamente.

Las excepciones y tratamientos especiales serán considerados individualmente por el comité de administración y el comité ejecutivo.

6.3 Aportes Mensuales

[Ver Anexo I Aranceles](#)

6.4. Constitución del fondo inicial

Los SSS que aspiren a ingresar al FS deberán constituir un aporte inicial calculado en función del padrón de afiliados que inicialmente suministren a efectos del ingreso al sistema.

Además, para participar plenamente de los beneficios del FS deberá depositar la cápita correspondiente al mes de inicio de cobertura.

6.5 Incrementos del Padrón de Afiliados

Un incremento mayor del 5% mensual en el padrón de afiliados de un SSS participante del Fondo, se considera como la inclusión de un grupo de afinidad, por lo que se deberá aportar el importe de 1 cápita base por afiliado para su cobertura. (N. de la R.: o la política que oportunamente se fije o esté fijada para la incorporación de grupos o SSS al Fondo) así como una completa declaración de las preexistencias de dicho grupo.

Excepción: Los casos de SSS que muestran crecimiento sostenido, se considerarán como caso particular.

6.6 Forma de Cálculo de la Cápita

El aporte mensual para los afiliados naturales se ajustará cuatrimestralmente y estará compuesto por:

La Cápita base (calculada como el promedio de gastos menos el promedio de aportes por > 60 años).

MENOS 10% de la cuota base si el consumo es menor en un 30% del promedio del cuatrimestre.

MÁS la diferencia entre el consumo del prepago y el promedio del cuatrimestre, si supera el 10% de diferencia +. (VALOR VARIABLE).

MENOS 5% de la cuota base si la cápita de aportes menos consumos es positiva en más del 5% de la cuota base.

O MENOS 10% de la cuota base si la cápita de aportes menos consumos es positiva en más de 10% de la cuota base. (No acumulable con el anterior).

MENOS 10% de la cuota base si el valor absoluto del saldo positivo es mayor al aporte base x 20.000.

O MENOS 10% de la cuota base si el valor absoluto del saldo positivo es mayor al aporte base x 40.000. (No acumulable con el anterior).

MAS 10% de la cuota base si la cápita de aportes menos consumos es negativa.

O MAS 20% de la cuota base si la cápita de aportes menos consumos es negativa en menos del 5% de la cuota base. (No acumulable con el anterior).

MÁS 10% de la cuota base si el índice de aportes mensuales es negativo.

O MÁS 20% de la cuota base si el índice de aportes mensuales es negativo en más de 2 aportes mensuales. (No acumulable con el anterior).

Para los afiliados de OOSS se aprueba un modelo de actualización cuatrimestral de aportes, similar al sistema de cálculo para afiliados integrales.

6.7 Fondo de Altísimo Costo

Se constituye un Fondo para casos de Altísimo Costo, cuyo piso de cobertura será determinado por el Comité de Administración, para el gasto de una misma patología, en un afiliado y en 12 meses.

Tiene vigencia para los consumos presentados a partir del 1° de noviembre de 2009.

El aporte para este Fondo será realizado por afiliado y por mes para Planes Propios, Planes Médicos y Planes Afiliados de OO.SS., a partir del aporte de octubre de 2009.

Este aporte no se incluirá en las cuentas individuales de cada prepago, previstas en la Cláusula XIII de este Reglamento.

Los consumos no impactarán en la historia de aportes y consumos del grupo de afiliados ni del prepago.

Los aportes y consumos se registrarán en una cuenta específica de los Estados de Cuenta del Fondo Solidario de la Red Argentina de Salud Consorcio de Cooperación.

El atraso en el cumplimiento del aporte comprometido estará sometido al mismo régimen de multas previsto en este Reglamento. Lo recaudado por este concepto se contabilizará en la cuenta del Fondo de Alto Costo.

Este fondo cubre prestaciones para casos que llegan a ser de "Altísimo Costo", y es por paciente y por patología.

¿Cómo funciona?

Un paciente demanda servicios en virtud de una determinada patología.

Todas las prestaciones que se le brinden serán cubiertas por el Fondo de Alta Complejidad y Alto Costo, pero si el paciente llegara a consumir por un monto equivalente al piso del Fondo de Altísimo Costo dentro de un año calendario y tomando como fecha de referencia la de emisión de Ordenes de Pago, pasa a tener cobertura por este otro fondo.

Es importante diferenciar que para el **Alto Costo** la fecha de inicio de cobertura, que es la que se toma para el cálculo de franquicia y para la determinación del año de cobertura, es la de la primera prestación otorgada, independientemente de la fecha en que se examinó el expediente en el Fondo Solidario.

En cambio, para el **Altísimo Costo**, se tiene en cuenta lo consumido (lo pagado por el Fondo Solidario) en el último año calendario. Por lo que mes a mes se hace un corte y se calcula el monto de lo abonado por el FS en los últimos 12 meses. Se determina de esta forma cuáles son los casos que comienzan a tener cobertura por este Fondo, así como también la fecha de ingreso y egreso al mismo

Se establece un Techo de Cobertura para el Fondo de Altísimo Costo cuyo monto es de [Ver Anexo I Aranceles](#). Este techo comprende solo los consumos registrados en este Fondo y todo lo consumido en el periodo de un año.

Respecto de los Premios por Imagen ver Pto. 9 del presente.

6.8 Posición del F.S. ante el IVA en las Prestaciones

El FS reconoce los montos que para el SSS adherente significan "gasto". Por lo tanto, según la situación frente al IVA de cada prepago, pueden darse las siguientes situaciones:

6.8.1 SSS Responsables Inscriptos en IVA

Normalmente, si el SSS es Responsable Inscripto en IVA, el crédito fiscal que se encuentra discriminado en facturas a su nombre no es gasto, sino que se aprovecha como crédito en las declaraciones juradas mensuales de IVA.

En los casos de prestaciones reconocidas "por reintegro" correspondiente a gastos solventados por el afiliado en forma directa, recibirá una factura según su situación personal ante el IVA: si el afiliado es responsable inscripto, se procederá de la misma forma que en el punto anterior, reconociendo solamente el monto correspondiente a prestaciones. Si el afiliado tiene condición de consumidor final -como generalmente sucede- recibirá una factura "B", la que incluye el IVA correspondiente, sin discriminar. En este caso se descontará el importe del IVA incluido y se reconocerá el resto.

Casos de facturación mal efectuada; por ejemplo: un prepago RI recibe una factura B que contiene en el monto final el IVA sin discriminar, en estos casos el impuesto se deducirá.

6.8.2 SSS Exentos de IVA

Los SSS pueden estar exentas de IVA por ser entidades reconocidas como "sin fines de lucro", por ejemplo: las Mutuales.

Las facturas a emitir, por parte de los prestadores a nombre de estos SSS, serán facturas "B". En estos casos se considerará "gasto" al monto total de las mismas.

A estos fines se considerará que los valores "tope" de referencia del FS son absolutos, independientemente de la situación frente a IVA, salvo aclaración expresa.

Un SSS RE que se le efectúa una factura B a nombre del afiliado y por la condición de éste en lugar de adicionar un 10,5%, en concepto de este impuesto, se le deberá adicionar el 21%. En estos casos se deducirá la diferencia, hasta llegar al monto equivalente al 10,5%.

Excepción: El Círculo Médico de Quilmes, por las prestaciones brindadas a sus médicos y grupo familiar, adherentes al Plan Médico. Caso explicitado en nota enviada por el SSS, de fecha 14/5/2004, tratada y resuelta por el Consejo de Administración del FS, en reunión de fecha 28/5/2004.

6.9 Otros Temas

6.9.1 Pagos mínimos

Presentación de gastos y emisión de órdenes de pago mínima

El monto mínimo para solicitar reconocimiento de gastos y por ende realizar una orden de pago será de \$2.000.- (pesos dos mil).

- En casos de consumos por patologías agudas, únicamente se recibirán presentaciones posteriores, solo hasta 120 días de la emisión de la primer Orden de Pago.
- Las órdenes cuyo monto sea inferior a la suma de \$2.000.- (pesos dos mil) solo se aceptarán cuando se trate del último consumo de un afiliado, explicitado en nota ad-hoc.

6.9.2 Fecha límite para presentación de consumos:

La recepción de expedientes en la oficina de liquidaciones de Paraná para las liquidaciones de los reintegros se efectuará hasta el día 15 de cada mes calendario, o el primer día hábil siguiente, si el 15 resultare feriado.

6.9.3 Montos máximos de gastos administrativos para prestaciones de alto costo y ágil trámite

El FS reconocerá como gastos administrativos que demanden las prestaciones de alto costo y de ágil trámite, el 5% del monto presentado con un tope por evento de \$3.500.- (pesos tres mil quinientos).

6.9.4 Asistencia financiera inmediata

La asistencia financiera inmediata solo será procedente en el caso de trasplantes y estará sujeta a los siguientes requisitos:

- Denuncia oportuna del caso.
- El SSS se encuentre al día en los aportes obligatorios y no adeude otros conceptos. (Eventualmente, y como alternativa posible, los montos adeudados al sistema se descontarán de la asistencia solicitada).
- Las prestaciones estarán incluidas en el menú de prestaciones del FS.
- El FS se reservará el derecho de no disponer de esta asistencia cuando las disponibilidades y la situación financiera del FS no lo permitan.

En cuanto al Sistema de Asistencia Financiera - Casos especiales (Trasplantes) - Cargos Diferidos: "Las operaciones que se registran en Cargos Diferidos son las que tienen financiación del prestador que se traslada al FS".

Se interpreta que, en los casos de Sistema de Asistencia Financiera para trasplantes, en que se entregaron cheques diferidos que aún no han sido cobrados a la fecha de presentación del balance, éstos deben incluirse como "Gastos diferidos" dado que constituyen una financiación del prestador. En tanto que los cheques que a esa fecha ya han sido cobrados, se pasarán al "consumo" del mes, mediante la emisión de la correspondiente Orden de Pago. De este modo no se tomarán como "Activo" erogaciones que efectivamente ya son "gastos" o "consumos".

6.9.5 Reservas Máximas

Se establece un Monto Máximo de diferencia de aportes y consumos en el historial de cada SSS, lo que se denominará **Reserva Máxima**.

Una vez superada, el SSS abonará solo la mitad de la Cuota Base en su Aporte Mensual de cada categoría, según corresponda.

Para ello se tendrá en cuenta que: a) la reserva debe ser mayor cuando es menor el número de afiliado y b) la reserva debe ser mayor por afiliado cuando mayor sea el gasto mensual por afiliado.

Para el cálculo, se aplicará la siguiente fórmula:

$$\text{Reserva Máxima} = (\text{Gasto Mensual} \times 2) + (\text{Evento Promedio} \times 6)$$

Las variables se calcularán sobre los 2 cuatrimestres inmediatos anteriores al del cuatrimestre en que regirá la cuota disminuida, de la siguiente forma:

- **Gasto Mensual:** Es el total acumulado por el SSS en el período señalado.
- **Evento Promedio (EP):** Es el valor en pesos de los eventos efectivamente abonados en el período, divididos por la cantidad de los mismos, referidos a afiliados **Naturales (N)** y **Obras Sociales(OS//)**, tomados por separado.
- **El Evento Promedio Naturales** se multiplicará por la **cantidad de casos Naturales** dividida por el **número de afiliados Naturales**. A este cálculo se sumará uno idéntico, pero tomando los casos y números de **Obras Sociales**.

La fórmula a utilizar para el cálculo del Evento Promedio es la siguiente:

$$EP = \left(\frac{\text{Total \$ Eventos N}}{\text{Cantidad Evs. N}} \times \frac{\text{Cantidad de Evs. N}}{\text{N° Afiliados N}} \right) + \left(\frac{\text{Total \$ Evs. OS//}}{\text{Cantidad Evs. OS//}} \times \frac{\text{Cantidad de Evs. OS//}}{\text{N° Afiliados OS//}} \right)$$

Se actualizarán los valores referenciales de la **Reserva Máxima** en cada actualización cuatrimestral de aportes.

7 Aranceles Fondo Solidario

Ver Intranet

7.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Prestaciones realizadas en Buenos Aires en Hospitales o Sanatorios del mismo nivel de complejidad que el Hospital Italiano de Buenos Aires se reconocerán hasta los valores del Hospital Italiano Buenos Aires.

Prestaciones realizadas en Buenos Aires con prestadores cuyos aranceles superen a los del Hospital Italiano de Buenos Aires, se reconocerán valores Hospital Italiano de Buenos Aires.

Prestaciones realizadas en prestadores de inferior nivel de complejidad al Hospital Italiano de Buenos Aires, se reconocerá hasta valores Fondo Solidario se deberá llevar los módulos a prestaciones y refacturará valores Fondo Solidario.

Neurocirugías: en honorarios se tomaran los valores de neurocirugías de Entre Ríos y el resto de los gastos a valores del Fondo Solidario.

7.2 Córdoba

Se reconocerán los módulos y/o prestaciones pactados con la RAS, en los distintos centros de Córdoba Capital.

Para los módulos o prestaciones realizadas en otros centros que no tengan convenio con RAS, se reconocerán aranceles del Fondo Solidario.

7.3 Rosario

Para prestaciones o módulos realizados a pacientes derivados del interior, se reconocerán aranceles hasta lo pactado con el Hospital Italiano de Buenos Aires. Se requiere firma de convenio con la RAS.

7.4 Prestaciones realizadas en el ámbito del SSS de origen

Se reconocerán hasta los aranceles del Fondo Solidario. Para prestaciones realizadas en otras localidades, fuera del ámbito del SSS se reconocerán hasta un 20 % más sobre el valor del Fondo Solidario.

IMPORTANTE: En todos los casos, con menos la franquicia correspondiente

7.5 Valores Fondo Solidario

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

7.6 Aranceles Nomenclador S.A.M.O.

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

7.7 Prestaciones Neonatológicas

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

7.8 Módulos Oncológicos. Tratamientos Quimioterapéuticos

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

7.9 Hemodiálisis.

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

7.10 Honorarios para Médicos Anestesiólogos

[Aranceles: Ver Anexo I](#)

8 PRESTADORES

Ver Listado Prestadores en Intranet

9 PREMIOS POR IMAGEN

Las Normas de Gestión e Imagen refieren al cumplimiento de pautas para la gestión de los SSS, referidas a la cantidad de afiliados, la diversidad de planes, la penetración comercial, el crecimiento, la fuerza de ventas, el desarrollo de programas de RSI (Responsabilidad Social Institucional), la capacitación del personal, la situación de la cuenta aporte consumo en el Fondo Solidario y la profesionalización de la conducción.

En cuanto a Imagen e Identidad Institucional se toma en cuenta el diseño del logotipo integrado entre la Red Argentina de Salud y el Sistema Solidario de Salud correspondiente, de acuerdo al Manual de Normativa de Identidad de Marca de la RAS vigente, la aplicación del logotipo en los insumos habituales (Órdenes de Prestación, Carnet de Afiliación, Recetario de Medicamentos, Cartelería Exterior, Autorización de Internación), la existencia de página web, el uso de aplicaciones para móviles y la digitalización de operatorias administrativas.

Ver Manual de Normativa de Identidad de Marca de la Red Argentina de Salud, web RAS

10 Anexos

Anexo I – Aranceles

Anexo II – Formularios

- Planilla ayuda memoria
- Formulario A: Denuncia para Previsión de Fondos
- Formulario B: Presentación de Consumos
- Formulario C: Planilla de Declaración de Preexistencias Plan Materno Infantil
- Formulario D: Declaración Jurada Fondo Solidario
- Formulario E: Formulario para Prescripción Oncológica Inicial
- Formulario F: Formulario para Prescripción Oncológica (2ª Serie y sucesivas)
- Formulario G: Formulario para Auditoría de Patologías Neurológicas
- Formulario H: Formulario de Consultoría de Medicamentos
- Formulario I: Formulario para Auditoría de Patologías Cardiovasculares
- Formulario J: Ficha Registro Artritis Reumatoidea
- Formulario K: Planilla SSS Normas e Imagen y Gestión RAS

11 Glosario

- **RAS:** Red Argentina de Salud
- **S.S.S:** Superintendencia de Servicios de Salud
- **F.S:** Fondo Solidario
- **S.S.S:** Sistemas Solidarios de Salud
- **OO.SS:** Obras Sociales
- **Manual de Procedimientos:** Documento con fines didácticos y de apoyo, donde se especifican entre otros aspectos, las responsabilidades y actividades de las diferentes mecánicas administrativas así como la interacción de los distintos actores. Describe en detalle los procedimientos que han de seguirse en el desarrollo de tales actividades.
- **Norma:** Disposición que tiene por finalidad determinar o dirigir la actuación general de los sujetos obligados a su cumplimiento. Es obligatoria, general y estricta en su aplicación.