

Cobertura

### **a) ASISTENCIA MÉDICA**

Artículo 14: La Asistencia Médica se rige por las normas del Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales.

#### **a.1) Consultas**

Artículo 15: El DSS brinda cobertura por consultas médicas para todas las especialidades incluidas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales.

Mediante la entrega de la orden o el mecanismo que se implemente en el futuro y previa presentación de la "Credencial de Afiliación", los afiliados pueden acceder a la consulta con profesionales que mantienen convenio suscrito con el DSS, en sus respectivos consultorios, sin pago de adicionales de ninguna índole.

Cuando el afiliado requiera los servicios de un mismo profesional más de dos veces dentro de un período de quince (15) días, debe presentar la historia clínica suscrita por el profesional actuante.

#### **a.2) Diagnóstico y tratamiento**

Artículo 16: Se cubren, previa autorización de la Auditoría Médica, todos los tipos de exámenes complementarios de diagnóstico y prácticas especializadas de tratamiento que figuran en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales, siempre que sean solicitados por orden médica y no se encuentren expresamente excluidos.

El DSS está facultado para establecer prácticas que no requieran autorización previa.

#### **a.3) Prácticas no nomencladas**

Artículo 17: La cobertura de las prácticas no nomencladas se efectúa previa autorización de la Auditoría Médica, de acuerdo al "Listado de Prácticas No Nomencladas" vigente en cada plan al momento de su solicitud. La modalidad de cobertura es la considerada aceptable para cada caso, pudiendo el DSS solicitarle al afiliado que aporte los antecedentes y documentación que considere útiles para respaldar el pedido.

##### **a.4) Sistema integral de atención domiciliaria**

Artículo 18: Se brindan servicios de atención médica domiciliaria y de enfermería a domicilio para atender casos de urgencias o emergencias siempre que el afiliado haya efectuado la adhesión voluntaria a los "Servicios de Emergencias Médicas" y de acuerdo a las siguientes condiciones:

a) El servicio de atención médica domiciliaria solo es prestado por los profesionales médicos pertenecientes a los servicios contratados por el DSS. El afiliado que requiere este servicio debe presentar la "Credencial de Afiliación", su documento de identidad y la orden médica o abonar la consulta.

b) El servicio de enfermería a domicilio es prestado por el cuerpo de enfermeros profesionales de las empresas contratadas por el DSS. En todos los casos es imprescindible la presentación de la correspondiente prescripción médica y la "Credencial de Afiliación", sin las cuales no será prestado el servicio.

El servicio de entrega domiciliaria de medicamentos se reconoce para todos los afiliados, estando limitado a aquellas farmacias que ofrezcan esta modalidad de atención a sus clientes. Para el mismo se requiere la prescripción de los medicamentos por escrito manteniendo la modalidad de cobertura vigente.

#### **a.5) Ortopedia y prótesis**

Artículo 19: El DSS brinda cobertura de:

a) Prótesis y órtesis traumatológica de acuerdo al plan.

b) Alquiler de muletas, camas, sillas, trípodes y andadores, hasta el valor fijado por el DSS para cada plan hasta un máximo de noventa (90) días por año.

Los elementos mencionados precedentemente se reconocen sólo por reintegro y con prescripción de un profesional médico.

En el caso de prótesis se requerirá el correspondiente certificado de colocación del implante.

Se deberán presentar dos (2) presupuestos para el reconocimiento de elementos ortopédicos y prótesis y se tomará para la liquidación del reintegro el de menor valor, sin perjuicio que el DSS solicite en forma directa otro alternativo.

#### **a.6) Plan materno infantil**

Artículo 20: La cobertura del plan materno infantil se otorga según las siguientes condiciones y de acuerdo al plan al que se haya adherido el afiliado:

a) Para la atención de la embarazada se debe presentar certificado médico estampillado, indicando fecha probable de parto.

Para la atención del recién nacido se lo debe afiliar al DSS, dentro del plazo previsto por el artículo 6, presentando copia legalizada del certificado de nacido vivo y del acta de nacimiento.

b) La atención de la embarazada se cubre desde la gestación hasta los treinta (30) días después del parto, incluyendo las siguientes prestaciones sin pago de coseguro y de acuerdo al plan:

1. Consultas médicas
2. Ecografía.
3. Internación, conforme a lo previsto en el apartado c) del presente Capítulo sobre asistencia sanatorial.
4. Prácticas de laboratorio relacionadas con el embarazo.

c) La atención del recién nacido se cubre desde el nacimiento hasta los doce (12) meses de vida, incluye las siguientes prestaciones sin pago de coseguro y de acuerdo al plan:

1. Consultas médicas.
2. Leche maternizada o entera a pedido del beneficiario y dentro del período indicado, durante un plazo de tres (3) meses y según los límites que establezca el DSS. En el caso de leches medicamentosas, siempre que medie prescripción médica e Historia Clínica se reconocerá el mismo porcentaje previsto en cada plan para medicamentos ambulatorios.

d) Todas aquellas situaciones no contempladas precedentemente, referidas a la cobertura del plan materno infantil, son resueltas por el DSS previo informe de la Auditoría Médica.

#### **a.7) Fisiokinesioterapia**

Artículo 21: El DSS brinda cobertura de fisiokinesioterapia por las prácticas establecidas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales. Se reconoce, de acuerdo a lo establecido en cada plan, cuando el tratamiento corresponda a enfermedades orgánicas y en todos los casos por orden médica previamente autorizada donde conste el diagnóstico de la afección y el número de sesiones necesarias. En ningún caso se reconocen por cada patología más de treinta (30) sesiones en las condiciones precedentemente estipuladas, dentro de un período de trescientos sesenta y cinco (365) días. Los gastos por sesiones que superen el límite establecido son a cargo exclusivo del afiliado.

#### **a.8) Fonoaudiología y foniatría**

Artículo 22: Para los casos de desórdenes de la voz, palabra, lenguaje y audición, los afiliados pueden acceder a la cobertura de este servicio, previa derivación del médico tratante. Para su respectiva autorización por la Auditoría Médica se debe presentar historia clínica en la que conste diagnóstico, pronóstico, tratamiento y duración estimada. Se reconocen hasta treinta (30) sesiones por año calendario.

#### **a.9) Programa de salud mental**

Artículo 23: El DSS brinda cobertura de salud mental por los servicios y en las condiciones que se indican a continuación:

a) Tratamiento psiquiátrico hasta un máximo de veinte (20) sesiones por año calendario. Para su respectiva autorización se requiere presentación de la historia clínica y plan de tratamiento. Con la conformidad de la Auditoría Médica pueden autorizarse hasta diez (10) sesiones más en el año.

b) Tratamiento de psicoterapia cuando sea indicado como apoyo por el médico psiquiatra y hasta un máximo de veinte (20) sesiones por año calendario. Los gastos por sesiones que superen el límite establecido quedan a cargo exclusivo del afiliado.

c) Tratamiento de psicopedagogía cuando se trate de patología específica y hasta un máximo de veinte (20) sesiones por año calendario. Con presentación de la historia clínica extendida por especialista y conformidad de la Auditoría Médica pueden autorizarse hasta veinte (20) sesiones más en el año.

#### **a.10) Tratamiento quimioterápico**

Artículo 24: El DSS brinda cobertura de tratamiento quimioterápico hasta el importe que periódicamente el mismo determine por cada ciclo, independientemente de la frecuencia de los mismos y por todo concepto. La frecuencia de los ciclos es evaluada por la Auditoría Médica según protocolo de tratamiento. Se entiende por todo concepto:

- a) Pensión mínima.
- b) Honorarios del médico oncólogo.
- c) Cualquier otro gasto derivado de la práctica que se está realizando.

Si se trata de ciclos consecutivos diarios que requieren internación, las diferencias son a cargo exclusivo del afiliado.

En todos los casos, los medicamentos oncológicos serán provistos por el DSS según el procedimiento en vigencia.

Cualquier gasto en exceso del importe fijo cubierto por el DSS queda a cargo exclusivo del afiliado.