

REGLAMENTO ANEXO

COSEGURO DE SALUD

2024

PERMANENCIA EN EL SISTEMA DE COSEGURO: Los afiliados que adhieran al servicio de coseguro deberán permanecer como mínimo 12 meses en el sistema. **(NO SE PODRA RENUNCIAR A DICHO SERVICIO POR 12 MESES)**

El asociado, al incorporarse al Coseguro de Mu.D.A.P. Deberá completar Declaración Jurada.

- En caso de falsedad, o mentir en la información de dicha declaración, dará lugar a no brindarse cobertura e incluso la desafiliación inmediata.-
- A su vez recibirá un ejemplar del presente Reglamento.-

El Coseguro reconoce los porcentajes y valores en dinero que no cubre la **D.O.S.** en cada una de las prestaciones vigentes por Nomenclatura Asistencial, conforme la modalidad que se detalla a continuación. Es condición insalvable que dichas prácticas se realicen en la Provincia de San Juan. **NO** fuera de la provincia. Además el cumplimiento de este servicio asistencial mutual está sujeto, condicionado y limitado al estado financiero de esta entidad mutual. (conforme art. 3° del Estatuto Social Fundacional de Mu.D.A.P.

El asociado adherido estará permanentemente informado por las autoridades y personal administrativo de Mu.D.A.P., en la sede mutual, por medios electrónicos de comunicación (www.mudap.com.ar, Whatsapp 2645450091 Mu.D.A.P Difusión) porque **“Estar informado es un derecho” (ley 22.240).**-

COBERTURAS

Las coberturas serán para cada integrante y/o colateral de cada grupo familiar.

Para la cobertura se debe estar al día con todas las obligaciones para con Mu.D.A.P **(Cuota Social, Cuota Coseguro y Cuota créditos si los tuviera).**

CON EL 1ER DESCUENTO SE HABILITA

Cobertura Básica: “Todo lo que la obra social Considere como Ambulatorio”; Radiografías, Ecografías, Análisis Clínicos, Mamografías, Odontología, Fonoaudiología, Kinesiología, Oftalmología, etc.).

CON EL 3ER DESCUENTO SE HABILITA

Cobertura en internaciones, Operaciones y estudios de alta complejidad, prótesis, descartables, etc.

PRACTICAS POR REINTEGRO

- 1- Prótesis hasta \$200.000 al año
- 2- Descartables hasta \$75.000 al año
- 3- Material de contraste y/o radiactivo hasta \$50.000 al año
- 4- **NOTA:** Los Reintegros se efectuaran dentro de los 90 días de realizada la prestación (prótesis, descartables, etc.).

1)- INTERNACION: Solo en el ámbito provincial. Salvo derivaciones autorizadas por D.O.S

Cobertura del importe que debe abonar el asociado de acuerdo a convenios actuales (80% D.O.S – 20% COSEGURO), en internación en Clínicas y Sanatorios que tienen convenio y/o cobertura con **D.O.S.**

SERVICIO DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA:

Se reconocerá lo que debe pagar el asociado previa autorización de la **D.O.S** Se reconocerán hasta 30 días al año. La prestación es por reintegro, presentando factura

SERVICIO DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA ESPECIAL:

Con resolución especial de D.O.S se reconocerá el 50% de lo que deba abonar el asociado hasta 30 días por año. Solo en el ámbito provincial.-

2)- INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA: Solo en el ámbito provincial

Se reconoce el porcentaje a cargo del afiliado, (80% D.O.S – 20% COSEGURO) previo reconocimiento de la D.O.S Hasta 30 días al año.-

3)- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:

Cobertura del importe que debe abonar el asociado de acuerdo a convenios actuales (80% D.O.S - 20% COSEGURO). Comprende días de internación, honorarios, gastos quirúrgicos y anestesia. Descartables (por reintegro), con un tope máximo no superior al año de \$ 75.000 (Setenta y cinco mil pesos). Sujeto a modificaciones.

4)- TERAPIA INTERMEDIA PEDIÁTRICA III NIVEL:

Resolución 3067 – 100% D.O.S

5)- TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA III NIVEL:

Resolución 3067 – 100% D.O.S

6)- ANESTESIA:

Cobertura del importe a cargo del afiliado, (80% D.O.S – 20% COSEGURO)

Requisitos para presentar orden de internación:

- Orden de internación previamente autorizada por D.O.S.
 - Fotocopia de la foja quirúrgica del anestesista.
- Todos los papeles se deberán presentar después de la fecha del alta de la persona.

7)- ANÁLISIS CLINICOS:

Cobertura del importe que deba abonar el asociado previa autorización de la O.S.P. (80% D.O.S – 20% COSEGURO)

8)- FOTOCOAGULACIÓN CON RAYOS LASER (COD.020602)

Se reconocerá el importe a cargo del afiliado.

9)- RADIOLÓGIA:

Cobertura del importe que debe abonar el asociado de acuerdo a convenios actuales (80% D.O.S – 20% COSEGURO).

10)- PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA FLIAR.

Cobertura del importe que debe abonar el asociado de acuerdo a convenios actuales (80% D.O.S – 20% COSEGURO).

11) – FONOAUDIOLOGÍA:

Cobertura del importe que debe abonar el asociado de acuerdo a convenios actuales (80% D.O.S – 20% COSEGURO). POR REINTEGRO. La presentación para su reintegro deberá ser dentro de los 30 días corridos a partir de la fecha de la factura

12)- PSICOLOGIA:

Se reconoce 2 sesiones por mes de las 4 sesiones que autoriza la D.O.S. mensualmente. La presentación para su reintegro deberá ser dentro de los 30 días corridos a partir de la fecha de la factura.

13)- PSICOPEDAGOGIA:

Se reconoce MTP (Módulo Tratamiento Psicopedagógico) (80% D.O.S – 20% COSEGURO) por sesión. Se reconoce MPP (Módulo Psicodiagnóstico Psicopedagógico) (80% D.O.S – 20% COSEGURO) por sesión. En ambos casos, la cobertura es hasta 30 sesiones anuales. El reintegro deberá ser presentado dentro de los 30 días corridos a partir de la fecha de la factura.

14)- ODONTOLOGÍA

Cobertura del importe que debe abonar el asociado de acuerdo a convenios actuales (80% D.O.S – 20% COSEGURO).

15)- PROTESIS DENTAL:

Se reintegra el 20% sobre la cobertura de D.O.S Una vez al año.

IMPLANTES Y ORTODONCIAS NO TIENEN COBERTURA.

16)- CORSET:

Se reconoce por reintegro el 50 % de lo que abone el afiliado previa autorización de la D.O.S (una vez al año)

17)- FARMACIA:

1- Medicamentos que cubre D.O.S se reconocerá el 30% del importe final que abone el asociado en farmacia, más un 10% de descuento por pago de contado o 5% por pago con debito en farmacia de Nuestra Mutual.

2- Medicamentos que no entren en el vademécum de D.O.S, **NO** tendrán cobertura de Coseguro.

3-Medicamentos comprados en otra farmacia se reconocerá el 20% del importe final abonado por el socio.

Para el reintegro de medicamentos deberán presentar: fotocopia de receta del médico con la factura original con discriminación del medicamento con su respectivo importe.

Para el pago de reintegros de medicamentos deberán ser presentados dentro de los 30 días corridos de la compra.

18)- MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE NO TIENEN COBERTURA DEL COSEGURO.

19)- MATERIAL DESCARTABLE:

Se reconocerá el 100% de jeringas y agujas para insulina del importe abonado por el socio en farmacia, que deberán ser presentados dentro de los 30 días de la compra y que se encuentren discriminados en la factura abonada, para tratamientos de diabéticos insulino dependientes y vacunas mensuales, previa Historia Clínica autorizada.

20)- DESCARTABLE QUIRURGICO:

Abonados en los casos de Internación o Quirúrgicos. Previa presentación de listado con firma autorizada y factura original. **Se reintegrara hasta \$ 75.000 (Setenta y cinco mil pesos) al año como tope máximo.**

21) MEDIOS DE DIAGNOSTICO PARA DIABETICOS (TIRAS REACTIVAS Y SENSORES):

Tendrán el mismo tratamiento que los medicamentos la cobertura será de acuerdo a las validaciones de D.O.S

22)- PLANES ESPECIALES EN MEDICAMENTOS y/o RESOLUCIONES DE D.O.S:

Se reconocerá el 30% del importe final que abone el asociado en la D.O.S. con monto máximo anual \$ 150.000 (ciento cincuenta mil pesos).

NOTA: Los Reintegros se efectuaran hasta los 30 días de la fecha emisión de la factura.

23)- OFTALMOLOGÍA

Se reconocerá \$ 5000.- por par de cristales (cerca o lejos). Dos pares cada 12 meses, por grupo familiar. Para dicho reintegro deberá presentar fotocopia de la receta del médico oculista (con fecha actualizada del año corriente) y la factura original abonada en óptica.

24)- LENTE DE CONTACTO

Se realizan por reintegro, con una cobertura de \$50000 cada 2 años por par de lentes previa autorización de D.O.S. presentando fotocopias y factura original.

25)- ENTREGA DE MARCOS

Hasta 2 armazones por grupo familiar cada 12 meses.

26)- ORTOPEDIA

Plantillas: reconocidas por D.O.S se reintegrará el 30% de lo que abone el socio.

Zapatos Ortopédicos: La cobertura es de un monto de \$ 150.000 una vez por año calendario sobre el monto que el socio abone. Deberán presentar Fotocopia de la indicación médica, presupuesto y la factura original abonada, dentro de los 30 (treinta) días de la compra.

27)- PROTESIS

Autorizadas por la Obra Social, se reintegrará según cobertura D.O.S (Sobre el menor presupuesto). Con un reintegro máximo anual de \$ 200.000 (Doscientos mil pesos).

Requisitos:

- Ultimo Recibo de Sueldo.
- Factura de la Ortopedia, Óptica, etc.
- Resolución de D.O.S

28)- S.P.E.C.T. CON CAMARA GAMMA

Se reconocerá el 100% Resolución 5534-1 de lo que cuesta el estudio. El material radiactivo se reconocerá con un límite anual de \$ 50.000, por reintegro. Destinado a pacientes que padezcan cardiopatías isquémicas graves.

29)- ALIMENTACION CELÍACA

Se otorgará Asistencia Económica destinada exclusivamente a afiliados con Diagnóstico de Enfermedad Celíaca, para la compra de alimentos libres de gluten consistente en \$ 6.000 en forma mensual, previa presentación de estudios médicos.

30)- LITOTRIZIA PERCUTÁNEA O LITOTRIZIA ENDOSCÓPICA:

31)- CIRUGÍA DE CATARATAS CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR Y CIRUGÍA REFRACTIVA OFTÁLMICA.

32)- ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL.

33)- OXIGENO Y CONCENTRADORES, BPAP, CPAP, ETC:

Se reconoce por reintegro el 50 % de lo que abone el afiliado previa autorización de la D.O.S. y factura original.

34)- TOMOGRAFÍAS (T.A.C.)

Cobertura del importe que debe abonar el asociado de acuerdo a convenios actuales (80% D.O.S – 20% COSEGURO). El material de contraste se reconoce con un límite anual máximo de \$50.000 por reintegro.

35)- RESONANCIA MAGNÉTICA

Cobertura del importe que debe abonar el asociado de acuerdo a convenios actuales (80% D.O.S – 20% COSEGURO). El material radiactivo se reconoce con un límite anual máximo de \$ 50.000 por reintegro

PARA DICHOS REINTEGROS DEBERÁN PRESENTAR:

- Fotocopia de indicación médica, autorización D.O.S y factura original
- Fotocopia del Bono de D.O.S
- Factura Original abonada

Deberán presentarse dentro de los 30 días corridos de la fecha de la factura.

36)- TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA CONDUCTA ALIMENTARIA AMBULATORIA:

37)- ENDOSCOPIAS

38)- EN CIRUGIA DE OBESIDAD MORBIDA

Que incluye los módulos de bypass gástricos. Cobertura del importe que debe abonar el asociado de acuerdo a convenios actuales (80% D.O.S – 20% COSEGURO).

39)- CENTELLOGRAMA

Cobertura del importe que debe abonar el asociado de acuerdo a convenios actuales (80% D.O.S – 20% COSEGURO).

La cobertura del material radiactivo será del 50% abonado por el afiliado con un límite máximo anual de \$ 50.000. En la factura deberá estar discriminado lo que corresponde a material radiactivo.

40)- AUDIFONOS

Se reintegrará un tope máximo de \$ 50.000 (Cincuenta mil pesos) cada 3 (tres) años; por audífono reconocido por D.O.S (Para dicha cobertura el afiliado deberá tener un año de antigüedad en el Coseguro)

41)- GERIÁTRICOS RECONOCIDOS POR D.O.S Y Mu.D.A.P

Se reconocerán los Geriátricos que reconozca la D.O.S. Se hará una AYUDA SOLIDARIA del 10% de acuerdo a convenios actuales de D.O.S (Para dicha cobertura el afiliado deberá tener 2 (dos) años de antigüedad en el Coseguro)

- Reconocimiento hasta 60 meses, (Sujeto a disposición económica del Coseguro de Salud).

Dicha cobertura será por reintegro y deberán presentar por mes la factura original abonada y autorización de D.O.S la que debe tener membrete de dicho geriátrico.

42)- SUBSIDIO DE TRANSPORTE POR TRATAMIENTOS MEDICOS DERIVADOS A OTRAS PROVINCIAS POR D.O.S

Se otorgará un subsidio no reintegrable al afiliado que debiera viajar fuera de la provincia (transporte terrestre), al socio con un acompañante ida y vuelta, derivado por la obra social provincia, con toda la documentación debidamente certificada. (una vez al año)

**NO SE RECONOCERÁN PRÁCTICAS, INTERNACIONES,
NI CIRUGÍAS FUERA DE LA PROVINCIA – SIN EXCEPCION**

43)- PLAN MATERNO

Se le entregará la leche a:

- Mujeres embarazadas, (1 caja) que estén incluidas en el grupo familiar de cada afiliado. Desde el tercer mes de gestación, (presentando CERTIFICADO MÉDICO Y RECIBO DE SUELDO DEL TITULAR DE COSEGURO).
- Niños, (2 cajas) hasta cumplir el primer año de vida, (presentando PARTIDA DE NACIMIENTO DEL BEBÉ Y RECIBO DE SUELDO (del mes que nació) DEL TITULAR DE COSEGURO).
- Personas con Discapacidad, (2 cajas) Presentando Certificado de Discapacidad y Recibo de sueldo del titular de Coseguro.

Se entregará, en caso que corresponda, Leche Reducida en Lactosa, Se deberá solicitar mediante nota escrita el cambio por dicha leche.

- Para gozar del beneficio de Plan Materno las personas deben estar incluidas en el Coseguro de Salud.

Nota: Las leches no son acumulativas, y deberán ser retiradas en el transcurso de cada mes.

Todo lo anteriormente expresado está sujeto a futuras modificaciones por la realidad económica reinante y la disponibilidad financiera del coseguro y esta entidad mutual.