

MANUAL DEL VECINO

Guía básica de Derechos

OBRAS SOCIALES

La salud es una prioridad en nuestra vida, por eso queremos acercarte este manual donde puedes encontrar respuesta a las consultas más frecuentes sobre obras sociales: cuál es la prestación mínima que te pueden brindar, qué hacer si no te quieren cubrir, qué pasa si tengo una enfermedad preexistente, cómo son los aumentos, etc.





Ismael Rins

Defensor del Pueblo de Río Cuarto

El contenido de este Manual pretende visibilizar la SALUD como un DERECHO. Es la síntesis de la cada vez más frecuente y problemática situación que vemos a diario. Existe una tendencia a pensar que quienes no CUMPLEN con las prestaciones incumplen leyes administrativas vinculadas a trámites burocráticos.

Intentamos en el trabajo cotidiano desmontar esta visión y hacer una lectura de estos incumplimientos en clave de Derechos Fundamentales. Debemos ser claros la conducta de los actores del sistema de salud que no se ajusta a las normas vulnera de manera flagrante el derecho a la vida, la integridad física y la dignidad humana.

¿CUÁL ES LA DIFERENCIA ENTRE UNA OBRA SOCIAL Y UNA PREPAGA?

ENTIDAD	OBRAS SOCIALES	PREPAGAS
Objetivo	Ambos tienen por objeto la prestación de servicios prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana	
Ley que las regula	Reguladas por la ley 23.660.	Reguladas por la ley 26.682
Tipo de institución	Se vinculan al Estado- direcciones, empresas del Estado, empresas y/o actividades privadas- o asociaciones gremiales.	Empresas, pueden ser personas física o jurídicas.
Beneficiario	Trabajadores en relación de dependencia y su grupo familiar o de monotributistas.	Usuarios que se inscribieron a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de cuotas.
Obligaciones	Ambos agentes como prestadores, están obligados a brindar coberturas de Salud teniendo como piso prestacional el Programa Médico Obligatorio y algunos medicamentos necesarios, ello no obsta que puedan dar otras prestaciones sociales.	

¿QUÉ ES EL PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (PMO)?

El Programa Médico Obligatorio (PMO) es una canasta básica de prestaciones medico asistenciales MÍNIMAS a la cuales los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistencial. No se trata de un listado taxativo de prestaciones, sino que se trata de un piso mínimo de obligaciones

prestacionales.

La medicación, prestaciones, estudios que se encuentran incluidos en él, son normados por Resolución de Superintendencia de Seguros de Salud y se encuentran publicadas en su página oficial. La última resolución que los incluye es la Resolución 310/04.

¿QUÉ ENFERMEDADES ESTAN INCLUIDAS EN EL PMO?

A continuación se detallan ALGUNAS de las prestaciones que están incluidas en el programa, para ver el listado completo ingresa a: www.sssalud.gov.ar.

- ✓ **Plan Materno Infantil:** cobertura completa al embarazo, al parto y al recién nacido durante el primer mes de vida.
- ✓ **Atención Secundaria:** todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria nacional a todos los grupos etarios.
A nivel de internación se asegura el 100% de cobertura hospitalaria o domiciliaria. El plazo de internación y cobertura es ilimitado siempre y cuando exista la indicación médica que lo respalde.
- ✓ **Salud Mental:** hasta 30 visitas por año calendario, 4 mensuales.
- ✓ **Rehabilitación** se incluyen prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas correspondiendo 25 sesiones anuales a excepción de pacientes con Certificado Único de Discapacidad quienes no tienen un límite .
- ✓ **Odontológico:** incluyen consultas programadas y de urgencias (sin turno previo), diagnóstico y plan de tratamiento.
- ✓ Los **medicamentos** de tratamiento ambulatorios deben tener una cobertura de 40%, elevándose a 70% cuando se refiere a enfermedades crónicas. La cobertura alcanza el 100 % cuando se refiere a enfermedades oncológicas y medicación correspondiente a un período de internación.

SOY TRABAJADOR EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA ¿PUEDO ASOCIARME A UNA PREPAGA?

Sí, el empleador y el trabajador realizan aportes derivados a la empresa de medicina prepaga elegida desde el inicio de la relación laboral, debiendo esta prestar los servicios del Programa Médico Obligatorio. Para optar por un plan superador el trabajador puede abonar una cuota extra a la Prepaga.

¿ME PUEDEN SOLICITAR PRESENTAR CERTIFICADOS MEDICOS, ESTUDIOS Y DEMÁS PARA AFILIARME?

En el caso de la Obras Sociales, no pueden exigirte ningún certificado, constancia, declaración jurada al momento de la filiación.

En el caso de las Prepagas el UNICO requisito es completar una declaración jurada sobre enfermedades preexistentes, donde cada titular y su grupo familiar deben consignar TODAS las patologías que conoce al momento de la afiliación.

¿QUÉ HAGO SI LA OBRA SOCIAL O PREPAGA NO CUMPLE CON LAS PRESTACIONES QUE TIENE QUE DARMERME?

Si la Obra Social o Prepaga se niega a darte las prestaciones que debe tener, hacer un reclamo en la Obra Social y Prepaga, que en caso de urgencia debe ser resuelto el mismo día de su presentación, ADEMÁS puedes ingresar un reclamo en Superintendencia de Servicios de Salud vía web. Siempre puedes realizar el reclamo judicial correspondiente teniendo en cuenta que la Salud es un derecho humano fundamental que requiere especial atención.

ENFERMEDAD PREEXISTENTES

Tres aclaraciones fundamentales.

1

NINGUNA PREPAGA PUEDE PROHIBIRME LA ADMISION POR UNA ENFERMEDAD PRE EXISTENTE.

Si lo hicieran estaríamos ante un acto discriminatorio que debe ser denunciado a las instituciones correspondientes. Sí pueden establecer un precio diferenciado.

2

SIEMPRE DEBE DENUNCIAR LA ENFERMEDAD PREEXISTENTE EN LA DECLARACION

Si al firmar no la denunciaste, te pueden acusar de "falsear la declaración jurada" que autoriza a la prestadora rescindir el contrato. (art. 10 de la Ley de Medicina Prepaga).

3

¿QUÉ PASA SI NO CONOCÍA LA ENFERMEDAD CUANDO REALICÉ LA DECLARACION?

Si, la enfermedad existía pero el afiliado la desconocía, no puede ser rescindido el contrato, puesto que no se omitió deliberadamente la inclusión de la enfermedad.

¿CÓMO SÉ CUANTO TENGO QUE PAGAR DE CUOTA?

Según el plan que contrates la empresa de medicina prepaga te va a informar cuanto es el precio del plan. Esos montos deben haber sido autorizados por la Superintendencia de Servicios de salud y los puedes chequear en: www.sssalud.gob.ar

¿CÓMO SÉ CUAL ES LA ESCALA DE AUMENTO DE LAS CUOTAS DE LA EMPRESA DE MEDICINA PREPAGA?

Las empresas de Medicina prepaga establecen un canon mensual por los diferentes planes.

Cada canón tiene un índice progresivo de aumento periódico que se encuentra específicamente autorizado por la Superintendencia de Servicios de Salud, fuera de esos porcentajes no deben existir aumentos.

¿QUÉ PASA SI AUMENTA LA CUOTA MÁS DE LO AUTORIZADO?

NO puede aumentar el canon por encima de lo establecido por S.S.S.N. En el caso de que se produzca un aumento debe detectar que no se haya autorizado un cambio de plan por el afiliado.

Si realizó un cambio de manera unilateral o pretende aumentar, exigiendo un canon mayor al autorizado por el mismo plan, no debe ser permitido.

En cualquier caso es fundamental pedir que se mantenga el plan con los aumentos autorizados, en caso de persistencia por parte de la empresa debe ser realizado el reclamo pertinente al S.S.S.N.

Si sentís que están violando alguno de estos derechos o tenés dudas sobre la cobertura que te están dando, acércate a la Defensoría.

Sobremonte 549 (entrepiso)
Río Cuarto.

 defensoriariocuarto.org.ar

 (0358) 4671211

 +54 9 358 415-5432

 defensoriaRioIV

  defensoria.riocuarto

HORARIO DE ATENCIÓN

DE LUNES A VIERNES DE
7:30 a 13:30 Hs.



DEFENSORÍA
DEL PUEBLO
RÍO CUARTO






TENGO MÁS DE 65 AÑOS, ¿CORRESPONDE QUE PAGUE MÁS?

La Ley de Medicina Prepaga autoriza en el Art. 12 un aumento en el canon para mayores de 65 años, que sean razonables y autorizados por S.S.S.N debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios.

SI HACE MÁS DE 10 AÑOS QUE ESTÁS AFILIADO NO DEBEN AUMENTARTE.



SOY DIABÉTICO ¿CUÁL ES LA COBERTURA QUE ME CORRESPONDE?

-  Las obras sociales y prepagas DEBEN cubrir el 100% de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol de los pacientes con diabetes (Art. 5 de la Ley 23.753, S.S.SN).
-  El acceso a la medicación y reactivos de control es a través de el certificado médico en el que se encuentre el diagnóstico de diabetes.
-  Cuando el medicamento no se encuentre en el listado aprobado por Superintendencia para tu prestadora, con un certificado del médico tratante debe ser suficiente para la autorización.



TENGO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD. ¿QUÉ COBERTURA DEBO TENER?

Las coberturas de una persona con discapacidad, corresponden al 100% (Leyes 23.660, 23.661 y la 24.901), con la presentación del Certificado de Discapacidad y los certificados médicos con el pedido de terapias, prestaciones, estudios o medicación pertinente.

No obsta la posibilidad de que aún cuando el medicamento no se encuentre en el listado aprobado por Superintendencia para tu prestadora, con un certificado del médico tratante debe ser suficiente para la autorización.