TUCUMAN

DECRETO 3336-21/2004
PODER EJECUTIVO PROVINCIAL (P.E.P.)

Obra Social Subsidio de Salud.
Del: 01/10/200; Boletín Oficial: 18/10/2004

VISTO que por las presentes actuaciones las autoridades de conducción del Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán, gestionan la implementación de un Plan Complementario que incluye Practicas de Alta Complejidad cuyo costo resulta elevado, Transplantes, Prótesis, Traslados en Avión Sanitario y Oncológica, y
CONSIDERANDO:
Que dicho Plan esta dirigido al agente estatal o miembro de su grupo familiar que padece la gravedad de determinadas patologías, con el agravante de afrontar costos, ya sea para su tratamiento y/o Estudios complementarios, que colocan en un estado de indefensión extrema y quebranto económico del grupo familiar;
Que a tal situación se agrega que la atención y el tratamiento de algunas de esas patologías se debe realizar fuera de la Provincia;
Que el afiliado accede a estas practicas de Alto Costo asumiendo un compromiso con la Obra Social equivalente a una deuda por largos periodos, y afectándose sus ingresos, en la mayoría de los casos, de por vida;
Que, atendiendo a los principios esenciales de solidaridad y asistencia social, el Instituto de Previsión propone la contención de esta situación por ser la esencia de la Persona Jurídica Publica Estatal;
Que la Obra Social de los agentes Provinciales, que se considera con mayor numero de Afiliados en el Noroeste Argentino, garantiza la cobertura y curso en la practicas consideradas de alto costo, necesarias para el diagnostico y tratamiento de patologías de baja incidencia y alto impacto económico social;
Que estas Prestaciones Médica de Alta Complejidad y de un costo elevado serán solventadas por un sistema que tendrán un descuento adicional por grupo familiar de $11.00 (pesos Once).
Por ello, y atentó al Dictamen Fiscal Nº 3306 del 30/09/04; agregado a fs. 7.
El Gobernador de la Provincia decreta:

Artículo 1º.- Implementase para los Afiliados de la Obra Social Subsidio de Salud, el Plan Complementario que incluye Practicas de Alta Complejidad, Transplantes, Prótesis, Traslados en Avión Sanitario y Oncológica, cuyo detalle se consigna en Anexo Único que pasa a formar parte integrante del presente Instrumento Legal.
Art. 2º.- El Plan Complementario implementado por el Artículo 1º del presente Instrumento Legal, tendrá un costo de $11,00 (Pesos Once), el que será abonado por el Afiliado Titular mediante el sistema de descuento de sus haberes, que comprende a todo el grupo familiar.
Art. 3º.- El presente Decreto tendrá vigencia a partir del 01 de noviembre de 2004, disponiendo el Afiliado Titular de la facultad de renunciar al Plan Complementario cuya implementación se dispone por el Artículo 1º del presente Decreto, dentro de los sesenta (60) días corridos, de acuerdo al mecanismo implementado por el Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán.
Art. 4º.- A partir de la Implementación del Plan Complementario, la Obra Social elimina la financiación de coseguros para las prácticas incluidas en el Anexo Único del presente acto

dispositivo.
Art. 5º.- Dejase establecido que la implementación del Plan Complementario será reglamentada mediante Resolución emitida por la Intervención del Organismo de origen.
Art. 6º.- El presente Decreto será refrendado por el señor Ministro de Salud Pública.
Art. 7º.- Dése al Registro Oficial de Leyes y Decretos, comuníquese, publíquese y archívese.

ANEXO UNICO
HEMODINAMIA -CARDIOLOGICAS Y VASCULARES
Cirugías centrales con o sin Bomba.
Cirugía central valvular (1 cada 5 años).
Estudios Hemodinámicos diagnósticos.
Colocación de Marcapasos (VVI por única vez) (VVI R por única vez).
Angioplastias con y sin Stent (máximo dos).
Estudios Electrofisiológico.
Ablación por radiofrecuencia (por única vez).
Arteriografías selectivas de todos los sectores vasculares, renales, Esplacnicas abdominales y toráxicos.
Angioplastias periféricas renales y/o esplacnicas
Cirugía vascular periférica.
Stent vascular periférico (máximo dos)
NEUROCIRUGIA
GRUPO A: Cráneoplastias (excepto base de cráneo y orbita).
Desplaquetamientos. Fractura-Hundimientos. Tumores cefálicos de partes blandas. Tumores de calota craneana. Derivaciones ventriculares convencionales. Retoque de derivaciones. Cirugía sobre nervios periféricos: Túnel carpiano, transposición de cubital, neurotomía periférica, Cirugía sobre ciático-poplíteos. Neurolisis por cualquier medio. Tracción cefálica, compás o aro tractor.
GRUPO B: Tumores óseos de base, orbita y senos paranasales. Tumores orbitarios por vía extracraneana. Descompresiva de orbita. Derivaciones internas de L.C.R (ventrículo - arterial o peritoneal). Fístulas de L.C.R. por via intracraneana o transepto esfenoidal. Hematomas subdurales crónico e higromas subdurales. Laminectomia descompresiva. Disectomia lumbar. Colecciones extradurales de raquis. Tumores extradurales de raquis. Anastomosis de nervios perifericos con o sin injerto.
GRUPO C: Lobectomías. Hematomas extras y subdurales agudos. Hematomas intracerebrales. Colecciones Infratentoriales. Abscesos cerebrales. Tumores primitivos o secundarios del encéfalo. Descompresivas neurovasculares. Anastomosis vasculares intra-extracraneanas. Anastomosis de nervios craneales. Patologías de la charnela. Disectomia cervical por vía anterior. Disectomia cervical por vía lateral. Colecciones intradurales del raquis. Tumores intradurales extramedulares-Derivaciones ventriculares complejas con compromiso infectologico- Tumores de orbita por vía intracraneana.
GRUPO D: Aneurisma arteriales encefálicos-Malformaciones arteriovenosas encefálicas-Tumores del angulo pontocerebeloso- Tumores troncales y peritroncales. Tumores extraaxiales supra e infratentoriales. Tumores de línea media supratentoriales. Tumores intraventriculares. Tumores de las regiones optoquiasmática por vía intracraneana. Tumores de la base del cráneo. Operaciones comando craneofaciales. Tumores o colecciones intramedulares. Tumores de cola de caballo. Malformaciones arteriovenosas medulares. Coporectomías vertebrales con o sin fijación. Operaciones sobre raquis con ortesis o injertos.
GRUPO E: Hipófisis por vía transseptoesfenoidal
TRANSPLANTES
HEPATICO (pre y post trasplante por única vez)
CARDIACO (pre y post trasplante)
DE CORNEA (uni o bilateral - exclusivamente por única vez).

RENAL (pre y post trasplante por única vez)
DE MEDULA OSEA (pre y post transplante)
PULMONAR O CARDIOPULMONAR (pre y post transplante - por única vez)
LITOTRICIA
MODULO I
MODULO II
MODULO ENDOUROLOGIA
PROTESIS
CADERA (1 cada tres años)
Reemplazo parcial Hasta $ 1.600,00
Reemplazo total segmentado Hasta $ 2.700,00
RODILLA (1 cada cinco años) Hasta $ 5.000,00
COLUMNA (en función de cantidad de niveles) Hasta $14.500,00
PIERNA ORTOPEDICA Hasta $ 5.800,00
BRAZO ORTOPEDICO Hasta $ 8.400,00
TUTOR EXTERNO (para miembro superior) Hasta $ 4.300,00 (máximo dos)
PROTESIS PARA OSTEOSINTESIS SIMPLE Hasta $ 1.000,00 (1 cada dos años)
PROTESIS PARA OSTEOSINTESIS COMPLEJA Hasta $ 2.200.00
TRASLADOS EN AVION SANITARIO
Exclusivamente en casos comprobados de real urgencia.
Cuando el caso de emergencia no tenga resolución en el Área Local.
El traslado deberá realizar al servicio de mayor complejidad cuyos precios sean por Cotejo (los de menor valor).
Se excluyen los Traslados de regreso a la Provincia si es que el estado del paciente lo permite.
Se excluye el Traslado en caso de fallecimiento.
Es requisito fundamental la autorización del Medico de Cabecera a través del Historial Clínico firmado y sellado por el profesional que realiza la derivación.
La aceptación del Servicio a derivar debe ser procurado por el Medico de Cabecera del paciente o en su defecto por la Institución Sanatorial Publica o Privada que realice la derivación.
ONCOLOGIA
MODULO DE ACELERADOR LINEAL: CODIGO 35.02.04, incluye: todas las consultas durante el tratamiento - todas las aplicaciones que sean necesarias según Patología- Planificación del Tratamiento- Disimetría computarizada- Simulación.
MODULO DE BRAQUITERAPIA: CODIGO 35.02.05; incluye: Internación- Material Radioactivo- Material Descartable - Planificación- Dosimetria computarizada- Radiografía de control- todas las consultas necesarias.
TELECOBALTO TERAPIA SUPERFICIAL Y PROFUNDA: CODIGO 35.01.01- 35.01.02. Se facturara por aplicación realizada de acuerdo a la Patología.

LEGISALUD ARGENTINA

Copyright © BIREME Contáctenos