

- Productos farmacéuticos excluidos en ambulatorio y en internación para ambos planes:
  - \*accesorios; activador metabólico celular; activador metabólico cerebral; activador metabólico muscular; activador muscular; adelgazante; agente despertador no anfetamínico; alimento dietético; alimento funcional; anorexígeno; anorexígeno lipilítico; anovulatorio; antiactínico; antiarrugas; antiasténico; anticaspa; anticaspa antiseborreico; anticelulítico; antifatigante; antioxidante fotoprotector; antioxidante protector dérmico; antiseborreico; antiseborreico astringente; antisépticos de superficie; antitabáquico; bioenergizante; bioestimulante; biorregulador cutáneo; bronceador, callicidas; citotóxico; corrector signos de envejecimiento; crema íntima masculina; desodorante; edulcorante; energizante masculino, femenino, suplementos dietéticos; energizante psico-físico; fármaco antiobesidad no sistémica; filtro solar; fórmulas magistrales; freno a las calorías; herboristería; hidratante; hidratante dérmico; hidratante nutriente dérmico; hidratante protector solar; higiene de la piel; higiene de párpados; higiene facial; higiene vaginal; humectante facial con protector solar; humectante; humectante de párpados; humectante vaginal; humectante astringente; jabones medicinales; leches simples y compuestas; lociones capilares; lubricante; lubricante vaginal; lubricante suavizante; material descartable en ambulatorio; mejorador calidad de la piel; micronutrientes oligoelementos; nutriente dérmico; pantalla solar; pastas dentales; productos dietéticos; productos de venta libre; productos homeopáticos; protector dérmico; protector de la mucosa; protector labial; protector rayos U.V.; protector solar; reactivos; reconstituyente dérmico; reductor de grasas / tonificador muscular; reductor; reductor anticelulítico; refrescante de la piel; revitalizante antiasténico; sales dietéticas; saliva artificial; shampoo medicinales; sistema de hidratación facial; suplemento dietético para hombres, reductor de grasas; suplemento dietario; suplemento nutricional; suplemento nutricional para cuidado de la piel; termodetector de celulitis; tonificante muscular; tratamiento de la obesidad; tratamiento disfunción sexual masculina; vasorregulador antioxidante.
- Prácticas médicas no cubiertas según la normativa vigente, excepto las contempladas en el plan.
- Prestaciones como consecuencia de prácticas en deportes de alto riesgo, ya sea como profesionales y/o en representación de instituciones o en forma amateur.
- Prestaciones provenientes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y sus secuelas; de acuerdo a lo contemplado en la Ley de Riesgos de Trabajo.
- Traslados en ambulancia que no resulten justificados por la Auditoría Médica de la Caja, para internaciones, externaciones o para la realización de prácticas durante la internación.
- Tratamientos de homeopatía, acupuntura, quiropraxia.
- Tratamientos de lesiones provocadas voluntariamente por el asociado y las que sean consecuencia de tentativas de suicidio o participación en riñas, revoluciones, subversión, tumultos populares, conflictos laborales, guerra declarada o no, crímenes otros delitos.
- Tratamiento de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento, internación por ayuno prolongado, cámara hiperbárica, internaciones geriátricas, baños termales.
- Tratamientos para fertilización asistida, en todas sus modalidades.
- Tratamientos por toxicomanías e intoxicaciones autoprovocadas. Lesiones que sobrevengan en estado de enajenación mental, ebriedad, o bajo la influencia de drogas o alcoholismo con sus alteraciones agudas o secuelas orgánicas.
- Tratamientos u operaciones que se encuentren en etapa experimental y/o en etapa de investigación, es decir, no reconocidos por instituciones Oficiales y Científicas.

Nº Afiliado: .....

Nombre y Apellido: .....

Firma: .....



CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS PROFESIONALES DE LA INGENIERÍA  
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE - 1º CIRCUNSCRIPCIÓN  
RÉGIMEN ASISTENCIAL - PRESTACIONES SEGÚN PLANES

## PLAN ALFA

PRESTACIÓN	COBERTURA	OBSERVACIONES	DÍAS DE ESPERA
CONSULTA MÉDICA	Con Costo de Orden	<b>Consultorio/ Domicilio</b> - 3 Consultas por afiliado por mes por Profesional	—
CONSULTA ESPECIALIZADA	Monto Fijo	<b>En Consultorio.</b> Por reintegro - (6) seis al año Especialistas NO contratados	180
MEDICAMENTOS	60%	Incluidos en vademecum Caja	60
	35%	Fuera de vademecum Caja	60
MEDICAMENTOS		<b>AFILIADOS CON DOBLE COBERTURA CONSULTAR</b>	—
ENFERMERÍA	100%	<b>En consultorio</b> en Enf. Contratada o por reintegro a valores convenio. <b>Inyecciones - Toma de Presión</b>	60
	Con costo de orden	<b>En domicilio</b> con Enf. Contratada o por reintegro a valores convenio - <b>Inyecciones</b>	60
PRÁCTICAS BIOQUÍMICAS	80%	<b>Nomencladas - Baja Complejidad</b> / Autorización Previa o por Reintegro	60
	80%	<b>Nomencladas - Alta Complejidad - RIE/</b> Autorización Previa o por Reintegro	180
	50%	<b>No Nomencladas - Alta / Baja Frecuencia</b> / Por Reintegro según auditoría médica	180
RADIOLOGÍA	75%	<b>Simple</b> - Autorización Previa o por Reintegro	60
	70%	<b>Contrastada</b> - Autorización Previa o por Reintegro	180
COSEGUROS OTRAS OBRAS SOCIALES	% según plan	Prácticas reconocidas por diferencia de Obra Social Por reintegro contra presentación de comprobantes	Carencia s/ prestación
ALERGIA	Monto Fijo	<b>Tratamiento - Vacuna Alergia mensual</b> - Por Reintegro Valores Caja Ingeniería	90
	70%	<b>Tratamiento Testificación Total</b> - Autorización Previa - 1 por año	90
SERV. de EMERGENCIA	Con costo de orden	<b>Atención Médica domiciliaria - con servicios contratados</b>	—
AMBULANCIA/ TRASLADOS	90%	<b>Urbanos</b> - Monto Fijo y con indicación Médica	60
	90%	<b>Interurbanos</b> - Monto Fijo por KM y con indicación Médica	90
DIAGNÓSTICO y TRATAMIENTO BAJA COMPLEJIDAD	80%	<b>Anatomía patológica / Cardiología / Ginecología / Urología</b> Con Autorización Previa	60
	85%	<b>Ecografías - Ecocardiograma</b> con Autorización Previa	90
	70%	<b>Rehabilitación cardíaca</b> - Con Autorización Previa - Con cupo anual	90
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ALTA COMPLEJIDAD	80%	<b>Gastroenterología</b> - Autorización previa (Cod. 20.01.01 al 20.01.36)	60
	80%	<b>Tomografía Axial Computada</b> - Autorización con estudios previos - en Centros contratados	180
	70%	<b>Cámara Gamma</b> - Autorización previa (Cod. 26.01.01 al 26.02.25)	180
	70%	<b>Video endoscopias</b> - Autoriz. previa - Valores Caja Ingeniería	180
	70%	<b>Holter y Ergometría</b> - Autorización previa	180
	70%	<b>Eco - Doppler</b> - Autorización previa	180
FISIO - KINESIOLOGÍA	50%	<b>Densitometría Osea</b> - Por reintegro - Valores Caja Ingeniería	180
	50%	<b>Resonancia Magnética Nuclear</b> - Autorización con estudios previos En Centros contratados	360
FONOAUDIOLOGÍA	50%	Según diagnóstico y tratamiento - Tope: 30 sesiones anuales	90
GENÉTICA HUMANA	80%	Según diagnóstico y tratamiento - Tope: 30 sesiones anuales	90
		Autorización Previa - Presentación de historia clínica	180

PRESTACIÓN	COBERTURA	OBSERVACIONES	DÍAS DE ESPERA
INTERNACIONES Generales en Centros contratados por la Caja	100%	<b>Clínicas</b> - Valores Santa Fe - Con Autorización	180
	100%	<b>Quirúrgicas Nomencladas</b> - Valores Santa Fe - c/Autorización Previa	180
	100%	<b>Psiquiátricas</b> - Según MÓDULOS pactados - Tope 30 días al año Sólo casos agudos	360
INTERNACIONES Alta Complejidad en Centros contratados por la Caja	90%	<b>Quirúrgicas NO NOMENCLADAS</b> - Valores Santa Fe con Autorización previa	360
	90%	<b>Hemodinamia</b> - Valores Santa Fe - Con Autorización previa	547
	90%	<b>Neurológicas</b> - Valores Santa Fe - Con Autorización previa	547
	90%	<b>Traumatológicas</b> - Valores Santa Fe - Con Autorización previa	360
	90%	<b>Urológicas</b> - Valores Santa Fe - Con Autorización previa	360
	70%	<b>Oftalmológicas</b> - Valores convenidos - Con Autorización previa	360
INTERNACIONES SECTOR CRÍTICO	100%	<b>UTI Coronaria</b>	360
	100%	<b>Cuidados especiales</b>	360
	100%	<b>Neonatología</b> - % decreciente de cobertura luego de 15 días	360
MEDICINA NUCLEAR	70%	Honorarios y gastos - En centros contratados - Con Autorización Previa	180
	70%	Material radiactivo - Por reintegro	180
NEFROLOGÍA	80%	Autorización Previa o por reintegro a valor Caja Ingeniería	60
NEUMONOLOGÍA	80%	Autorización Previa o por reintegro a valor Caja Ingeniería	60
NEUROLOGÍA	80%	Autorización Previa o por reintegro a valor Caja Ingeniería	60
NUTRICIÓN	Con costo de orden	<b>Consulta</b> – hasta 12 por año o por reintegro a valor Caja Ingeniería	180
	Monto Fijo	<b>Plan alimentario</b> – 1 por año	180
ODONTOLOGÍA	70%	<b>Consulta - Extracción</b>	—
	70%	<b>Operat. Dental</b>	90
	70%	<b>Endodoncia - Peridoncia</b>	180
	70%	<b>Cirugía Prevención</b>	180
	50%	<b>Prótesis</b>	730
	Monto Fijo	<b>Ortodoncia:</b> Por reintegro - Fija / Removable Con presentación de comprobantes	730
OFTALMOLOGÍA	Con costo de orden	<b>Consulta</b> - Con costo de orden o por reintegro - a valor Caja Ingeniería	—
	80%	<b>Baja complejidad</b> - Códigos desde PE 01 al PE 18 - Con Autorización Previa	60
	70%	<b>Alta complejidad</b> - Con Autorización Previa	180
ÓPTICA Según Valores convenio Cámara de Ópticas	Monto Fijo	<b>Armazones</b> - c/Autorización Previa - Hasta 2 pares (cerca y lejos) cada 2 años	180
	100%	<b>Cristales Blancos / Bifocales Blancos</b> Hasta 2 pares (cerca y lejos) Cada 2 años	180
	80%	<b>Orgánicos Blancos</b> - (Dioptría: mayor a 4 para lejos) Cada 2 años	180
	80%	<b>Orgánicos Bifocales</b> - (Dioptría: mayor a 3 para lejos) Cada 2 años	360
	80%	<b>Flint - line</b> - (Dioptría: mayor a 6 para lejos) Cada 2 años	360
	70%	<b>Multifocales</b> - (Dioptría: a partir de 2 para lejos) Cada 2 años	360
	70%	<b>Bandas Flexibles</b> - Dioptría: a partir de 4 - Cada 3 años	360
CONTACTOLOGÍA	70%	<b>Tóricas Blandas</b> - Renovables cada 3 años	360
	70%	<b>Gas Permeable</b> - Cada 3 años	360
	70%	<b>Gas Permeable</b> - Cada 3 años	360
PLAN MATERNO INFANTIL (PMI)	100%	<b>Madre:</b> Cobertura durante embarazo y 30 días posteriores al parto	360
	100%	<b>Recién nacido:</b> Hasta el año de edad Ver cobertura PMI	360
PODOLOGÍA	Monto Fijo	1 por mes - Con costo de orden o por reintegro	60

PRESTACIÓN	COBERTURA	OBSERVACIONES	DÍAS DE ESPERA
SALUD MENTAL	50%	<b>Sesión Psicología / Psicopedagogía / Psiquiatría:</b> Las tres tipos de sesiones se computan al cupo anual - Tope 30 sesiones anuales	90
	Monto Fijo	<b>Consulta Psiquiatría</b> : Por reintegro - 1 por mes	180
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO (Enfermedades crónicas) Prácticas ambulatorias con coseguro del Plan	100%	<b>Internaciones Oncológicas</b>	360
	100%	<b>Tratamientos quirúrgicos</b> - Autorización Previa Valores Convenidos Santa Fe	360
	100%	<b>Terapia Radiante:</b> Autorización previa - Con presupuesto	360
	100%	<b>Medicamentos</b> : Con provisión de Drogas Oncológicas	360
PRÓTESIS  Y  ÓRTESIS	50%	<b>Zapatos ortopédicos:</b> (Dos pares por año) Por reintegro. Hasta 12 años y mayores de 65 años	180
	50%	<b>Plantillas y soporte:</b> (Un par por año)- Por Reintegro Hasta 12 años y mayores de 65 años	180
	70%	<b>Corset - Espalderas - Fajas - Férulas</b>	360
	70%	<b>Marcapasos , Implante quirúrgico:</b> Con evaluación de dos presupuestos nacionales - Con tope de cobertura	360
	70%	<b>Audífonos:</b> (1 Cada tres años) - Por Reintegro - Con presentación de dos presupuestos e indicación médica	360
	90%	<b>Alquiler de bastones, camas ortopédicas, etc.</b>	180

## PLAN DE SALUD

Describe alcances y limitaciones de la cobertura médico asistencial, brindando un servicio de carácter REGIONAL. Una vez cumplidos los periodos de carencias estipulados y estando al día con las obligaciones de pago (tanto del régimen Asistencial como Jubilatorio y Matrícula Anual), los afiliados accederán a la atención arriba detallada. Los coseguros detallados son para internaciones realizadas en Santa Fe - 1º circunscripción. Para internaciones fuera de Santa Fe 1º circunscripción (Rosario / Bs. As.) a estos coseguros se debe agregar las diferencias de aranceles de las prestaciones. Toda práctica médica o bioquímica realizada en forma particular será reconocida por modalidad de REINTEGRO según dictamen de auditoría médica y hasta los aranceles pactados con nuestros prestadores. Trasplantes de órganos cubierto por subsidio a través de la Federación Argentina de Entidades Profesionales para el Fondo Solidario de Salud. Con reconocimiento de Pre y Post transplante en Córnea, Riñón, Corazón, Hígado, Médula, Cardiopulmonar y Coclear.

## EXCLUSIONES - LIMITACIONES ABSOLUTAS

- Prestaciones por afecciones anteriores al ingreso, excepto las declaradas al ingresar que hayan sido aceptadas por la Caja.
- Anestesia General y peridural para Partos Normales. Abortos provocados no terapéuticos y las afecciones que sobrevengan de los mismos.
- Aprovechamiento de elementos ortopédicos tales como: sillas de rueda, bastones, muletas, camas ortopédicas, trípodes, etc.
- Atención de accidentes de tránsito, cuando el accidentado sea conductor del vehículo y no esté habilitado para ello.
- Accidentes con responsabilidad de terceros, excepto que el accidentado subrogue sus derechos de reclamo a la Caja de Ingeniería.
- Cirugía cosmética o estética.
- Gastos y honorarios extras, dentro o fuera de la internación (acompañante, enfermería especializada, etc.), excepto que fueran indicados por el profesional tratante y autorizados por la Auditoría Médica correspondiente.