

CÓRDOBA, 06 NOV 2024

VISTO: El expediente N° 0088-092960/2011 de esta Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS), Resolución N° 0031/13, y

CONSIDERANDO:

Que mediante la citada Resolución esta Administración estableció la cobertura por sistema de reintegro para los Afiliados celíacos y con intolerancias alimenticias permanentes, en el marco de la Ley N° 26.588, sus normas complementarias y modificatorias, Ley Provincial N° 9142, Decreto Reglamentario N° 628/11.

Que mediante Resolución N° 0125/15 se otorgó un incremento al arancel de los gastos ocasionados por la compra de productos sin TACC y atento al tiempo transcurrido, se considera necesario su actualización.

Que en esta instancia toma intervención la Dirección General de Prestaciones Asistenciales y Control de Gestión propiciando el procedimiento y requisitos para la tramitación que se trata, conforme Anexo Único que acompaña.

Que, por lo expuesto corresponde incrementar dicho arancel, abonado a través del sistema de reintegro de gastos ocasionados por la compra de productos alimenticios sin TACC, para Afiliados con diagnóstico de enfermedad celíaca en la suma de pesos veinte mil (\$20.000) por mes, con vigencia desde noviembre de 2024, siendo su actualización la resultante del análisis de los ingresos, costos y valores actuales, en los términos de lo informado por el área técnica.

Por ello, la normativa citada, lo dispuesto en el artículo 26° inciso u) de la Ley N° 9277;

**EL DIRECTORIO DE LA ADMINISTRACION PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD
RESUELVE:**

Artículo 1°.- INCREMENTASE en pesos veinte mil (\$20.000) por mes, el importe a reintegrar en concepto de gastos por alimentos libres de gluten destinado a los beneficiarios empadronados en Aprox con enfermedad celíaca, a partir de noviembre de 2024, en virtud de los considerandos expuestos precedentemente.-

Artículo 2°.- APRUEBASE el "Procedimiento y Requisitos para la Registración y Reintegro por Enfermedad Celíaca" el que como Anexo Único forma parte integrante de la presente Resolución.-

Artículo 3°.- INSTRUYASE a las Direcciones Generales de Coordinación Operativa y de Prestaciones Asistenciales y Control de Gestión y a la Dirección de Administración a los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente Resolución.-

Artículo 4°.- PROTOCOLICESE, comuníquese, notifíquese, publíquese y Archívese.-

A.PRO.S.S.
DIV. DESPACHO
Redactó
Confeccionó
Controló

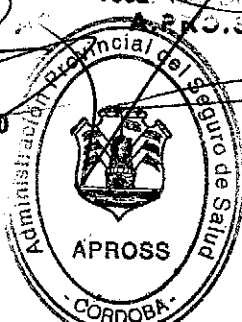
RESOLUCIÓN

N°

0258/24

Dr. Sebastián García Petri
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.

Dr. Lucila Fernanda Pautasso
VICEPRESIDENTA DEL DIRECTORIO
A.PRO.S.S.



Dr. Walter Villanreal
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.

Dr. Pablo Venturuzzi
Presidente del Directorio
A.PRO.S.S.

Dr. Sebastián García Petri
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.

ANEXO UNICO

**PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA LA REGISTRACION Y
REINTEGRO POR ENFERMEDAD CELIACA**

1. SOLICITUD DE REGISTRACION PARA REINTEGRO DE ENFERMEDAD CELIACA

Los afiliados deberán realizar la solicitud mediante un correo electrónico adjuntando nota de solicitud y toda la documentación de los requisitos médicos, a la dirección: seccionotrasprestaciones@apross.gov.ar. Esta solicitud de registro se realiza una única vez, no requiere de actualización por tratarse de una enfermedad crónica.

2. AUDITORIA

La Auditoria de la Sección Otras Prestaciones analizará la documentación enviada y determina el efectivo cumplimiento de los requisitos técnicos a fin de que el afiliado sea registrado y susceptible de recibir el reintegro solicitado.

Posteriormente deberá emitir el informe técnico pertinente, y elevarlo a la Dirección General de Prestaciones Asistenciales. Con la autorización de la superioridad corresponderá iniciarse las actuaciones administrativas digitales.

3. REGISTRACION:

Las actuaciones deberán ser remitidas a la Sección Control de Facturación Discapacidad y Planes Especiales que, atento a la autorización de la Dirección de Prestaciones Asistenciales, realizan el registro del afiliado para

Dr. Pablo Venturuzzi
Presidente del Directorio
A.Pro.S.S.

Marcelo T. de Alvear 758,
Barrio Olimes, Córdoba.

0-800-888-2776
www.apross.gov.ar

Fernando Barrabino
Dir. Gral. de Prestación Asistencial
y Control de Gestión
APROSS

WALTER VILLARREAL
Vocal del Directorio
A.Pro.S.S.

Prof. Graciela E. Fontanesi
Vocal del Directorio
A.Pro.S.S.

DR. LUCILA FERNANDA PAUTASSO
VICEPRESIDENTA DEL DIRECTORIO
A.Pro.S.S.

Dr. Sebastián García Petrucci
Vocal del Directorio
A.Pro.S.S.

0258 / 24

los futuros reintegros en la base de datos del AS400 o el que en futuro lo reemplace.

En esta instancia se remiten las actuaciones a la Sección Notificaciones para informar formalmente al afiliado lo resuelto y, requerirle documentación necesaria para cumplimentar los requisitos administrativos.

El expediente vuelve a Sección Control de Facturación Discapacidad y Planes Especiales a fin de su custodia y guarda.

4. LIQUIDACION Y PAGO MENSUAL

Dentro de los días 20 al 30 de cada mes los afiliados deberán presentar por correo electrónico: controlceliacos@apross.gov.ar el Formulario de Celiacos- Reintegro escaneado y en formato pdf, con los comprobantes de pago.

El reintegro correspondiente se liquidará y se abonará por transferencia a la cuenta bancaria declarada.

La Resolución 179/16 y sus modificatorias, establecen un plazo de hasta 90 días corridos para presentar toda la documentación para el reintegro, superado ese tiempo no se liquidarán por estar presentadas fuera de termino.

REQUISITOS:

1. Requisitos médicos:

- Resumen de Historia Clínica expedida por un médico especialista gastroenterólogo.
- Informe Anatomía Patológica (endoscopia duodeno)

Marcelo T. de Alvear 758.
Barrio Güemes, Córdoba.

0-800-888-2776
www.apross.gov.ar

Dr. Pablo Venturuzzi
Presidente del Directorio
APro.S.S.

WALTER VILLAFRANCA
Vocal del D.
APro.S.S.

Facundo Barrabino
Intendente de Prestación Asistencial
Control de Gestión
AProSS

Prof. Gabriela E. Fontanesi
Vocal del Directorio
APro.S.S.

DRA. LUCILA FERNANDA PAUTASSO
VICEPRESIDENTA DEL DIRECTORIO
APro.S.S.

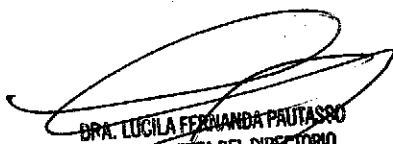
Dr. Sebastián García Petri
Vocal del Directorio
APro.S.S.

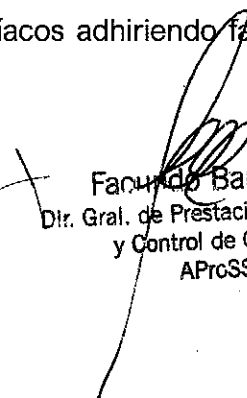
0258 / 24

- Laboratorio; Ac. Antitransglutaminasa Ig A, AC. Antiendo Ac. Antigliadina IG. A.

2. Requisitos Administrativos:

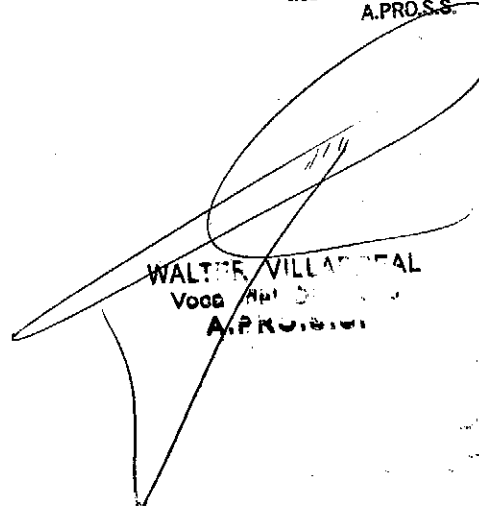
- Formulario F2 e Instructivo del mismo con firma del titular (autorización de acreditación en cuenta bancaria completado y sellado por la entidad bancaria).
- CBU (original firmado y sellado por la entidad bancaria que lo emite, perteneciente al titular de APROSS).
- Presentar el Formulario de Celíacos adhiriendo facturas y/o tickets (uno por cada mes).


DRA. LUCILA FERNANDA PAUTASSO
VICEPRESIDENTA DEL DIRECTORIO
A.PRO.S.S.


Fernando Barrabino
Dir. Gral. de Prestación Asistencial
y Control de Gestión
AProSS


Dr. Pablo Venturuzzi
Presidente del Directorio
A.Pro.S.S.


Dr. Sebastián García Peirini
Vocal del Directorio
A.Pro.S.S.


WALTER VILLANREAL
Vocal del Directorio
A.Pro.S.S.


Prof. Graciela E. Fontanesi
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.

0258/24