

ANEXO ÚNICO

- Modificar en parte la resolución 288/10;
- Eliminar los códigos 460501 y 460502 del Nomenclador Apross.
- Reformular la cobertura, con las siguientes normas y aranceles:

INTERNACIONES PARA REHABILITACION**NORMAS Y ARANCELES**

1. **Código 6508013 INTERNACION PARA REHABILITACION INTENSIVA – ARANCEL MENSUAL** –Pesos veintidós (**\$22.000**) Para pacientes agudos
2. **Código 6508012 INTERNACION PARA REHABILITACION INTENSIVA – ARANCEL DIARIO** –Pesos setecientos (**\$700**) Para pacientes agudos
3. **Código 6508014 INTERNACION PARA REHABILITACION DE PACIENTES CRONICOS –** Pesos doce mil (**\$12.000**) Para pacientes con secuelas neurológicas crónicas

NORMAS DE COBERTURA

- Documentación a presentar por el **afiliado**:
 - Certificado de Discapacidad (o turno para obtener el mismo).
 - Copia de Historia Clínica, Epicrisis, etc. donde estuvo internado el afiliado y que en la misma se certifique la patología que afectó al mismo.
 - Informe Neurológico y/o Fisiátrico, con diagnóstico, evolución y solicitud de tratamiento y modalidad de la misma a realizar.
 - Si el Afiliado no cuenta con Certificado de Discapacidad- la cobertura de APROSS será del ochenta por ciento (80%) de los aranceles propuestos y abonará el veinte por ciento (20%) en concepto de coseguro


0290/12



- Documentación a presentar por el **Centro de Rehabilitación:**
 - Adjuntar en el inicio del trámite, la documentación solicitada al afiliado, detallada ut-supra.
 - Informe donde conste el diagnóstico, plan de tratamiento, objetivos, pronóstico, enfermedades concomitantes, etc.
 - Adjuntar; **Índice de Barthel y FIM** (Medida de Independencia Funcional) al inicio del tratamiento. Ellas contribuirán a valorar la evolución y pronóstico del afiliado. Las mismas, deberán adjuntarse en caso de prórroga de cobertura.
- **Coseguro:** 20%.-. Apress abonará al prestador, el 80% del arancel estipulado . (Para pacientes sin discapacidad certificada).
- Afiliados con Certificado de **Discapacidad:** Cobertura 100%
- **Tope de cobertura:**
 - **Código 6508013:** 90 días corridos (Por única vez), siempre que la demanda sea antes de los 90 días del Alta Clínica de la Internación. Pasado este plazo, solamente se autorizará rehabilitación en la modalidad ambulatoria.
 - **Código 6508014:** 180 días corridos (Por única vez)
- Las Instituciones prestadoras, una vez autorizada la solicitud por Auditoría Médica de Apress, deberán **validar** por SVI el código correspondiente, dentro de las 24 horas de ingresado el paciente. Del mismo modo deberán notificar el alta.
- Para los Códigos **6508014**, los períodos **menores a un mes**, se deben facturar proporcionalmente al valor del arancel mensual.

CRITERIOS DE COBERTURA

1. Edad: entre los 14 a los 75 años o en su defecto, la acreditación del cuadro de salud previo que justifique la internación
2. Patología de curso agudo y que desde el alta clínica no supere mas de 3 meses de producido el determinado evento.
3. Patología neurológica que no presenten control de tronco.

0290/12



Se excluyen:

- a. Afiliados que pudieran asistir a su rehabilitación trasladados en silla de ruedas, y por ende, ser tributarios de rehabilitación ambulatoria (Módulo Integral Simple, Módulo Integral Intensivo, Módulo de rehabilitación Psicofísica motora, Hospital de Día, etc.).
- b. Con Deterioro Cognitivo moderado a severo
- c. Con diagnóstico de Demencia de cualquier tipo y/o etiología
- d. Con patología secuelar con déficit motor previo
- e. Con Hogarización geriátrica crónica

MODALIDAD DE ARANCELAMIENTO

Arancel Integral

Incluye:

- a. **Descartables básicos:** guantes, cánulas, tubuladuras, perfus, abocatt, manoplas, llaves de 3 vías, materiales para curación de escaras, heridas quirúrgicas, etc.
- b. **Laboratorio de baja complejidad** (hemograma, glucemia, uremia, creatininemia, orina completa, ionograma, coagulograma, etc.).
- c. **Honorarios y gastos de los Tratamientos de rehabilitación** fisiokinésicos, fonaudiológicos, psicológicos, etc., propios de la patología.
- d. **Honorarios por Interconsultas** con médicos especialistas, acorde a patología de base (Fisiatras, Neurólogos, Cardiólogos, Ortopedista, Urólogos, etc.)
- e. **Radiografías directas, ecografías**
- f. **Medicamentos básicos** (como por ej. Antipiréticos, analgésicos, antibióticos, etc.).
- g. **Oxigenoterapia básica** institucional (nebulizaciones, aspiraciones, etc.).

Excluye:

- a. Laboratorio de mediana y alta complejidad.
- b. Rx Contrastadas, TAC, RNM, Ecografías complejas, Ecodoppler.
- c. Medicamentos catástrofes (Ver listado nomencado)
- d. Alimentación enteral
- e. Traslados.
- f. Resto de las prestaciones diagnósticas y terapéuticas

0290/12