

ANEXO PASIVOS

- 1º) **COLECTIVO AMPARADO:** El presente Anexo regula las coberturas de salud a ser otorgadas a los jubilados amparados por el Sistema de Seguridad Social que administra el BPS, conforme a lo dispuesto por los artículos 186 y 187 de la Ley N° 16.713 de 3 de septiembre de 1995, en la redacción dada por la Ley N° 16.759 de 4 de julio de 1996.
- 2º) **ALCANCE DE LAS PRESTACIONES:** La entidad asistencial prestará al colectivo a que refiere el numeral precedente, las prestaciones de salud establecidas por el Ministerio de Salud Pública para dicha población. Dichas coberturas serán de carácter obligatorio, al igual que los requisitos y servicios adicionales vinculados a las mismas definidos por el BPS, que se estipulan en el presente documento y en el texto del contrato del cual forma parte.
- 3º) **AFILIACIÓN:** El BPS realizará los controles requeridos a fin de habilitar o no la afiliación del beneficiario ante el Efector de Salud, a partir de la información de beneficios que surja de los sistemas de gestión del BPS.
- 4º) **LIBERTAD DE ELECCIÓN:** Los beneficiarios comprendidos en el colectivo a que refiere el numeral 1º de este Anexo, tendrán libertad para elegir el Efector de Salud al cual habrán de afiliarse, estando limitado el ejercicio de este derecho, exclusivamente por las disposiciones o criterios técnicos que establezcan las autoridades competentes en la materia y las previsiones establecidas en el contrato.
- 5º) **TIEMPOS DE ACCESO A LAS COBERTURAS:** En lo que refiere a tiempos de atención, el Efector de Salud estará obligado a asegurar los niveles de servicio que a tal efecto defina el MSP, sin perjuicio de lo establecido en la Cláusula Tercera del contrato.
- 6º) **HORARIO MÍNIMO PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:** El horario de disponibilidad de la consulta de medicina general, ginecología y de los servicios de paraclínica, será de 8.00 a 20.00 de lunes a viernes y de 8.00 a 14.00 en días sábado.
- 7º) **FACILIDAD DE COORDINACIÓN:** El Efector de Salud deberá ofrecer al afiliado, la posibilidad de coordinar telefónicamente la concurrencia a consultorio en todas las especialidades. Esta facilidad deberá estar disponible como mínimo en los mismos horarios que se definen para el Primer Nivel de Atención. La entidad asistencial podrá ofrecer otros canales de comunicación adicionales para esta facilidad, pero ello no la libera de la facilidad mediante el servicio telefónico. Los tiempos de respuesta en la modalidad de atención telefónica deberán ser comparables con los estándares exigibles en los servicios de centros de llamadas.

- 8º) PRECIO DE LAS CUOTAS DEL COLECTIVO:** El BPS pagará por cada afiliado comprendido en el presente Anexo, la cápita definida por el Poder Ejecutivo y las partidas asociadas al cumplimiento de objetivos y metas específicas en materia de salud, que defina y comunique el MSP. Asimismo abonará mensualmente por cada afiliado de este colectivo el equivalente a un ticket de \$ 101,45.
- 9º) AJUSTE DEL VALOR CUOTA:** El valor cuota correspondiente a cada afiliado será ajustado en las siguientes instancias:
- Cuando se disponga el aumento general de cuota para el colectivo al cual pertenece el afiliado, en los términos y modalidades previstos por la normativa en vigencia (FONASA).
 - Cuando el afiliado cambie de franja, en la escala de edades definida para la determinación de la cuota que le sea aplicable.
- En el caso previsto en el literal "b", la nueva cuota entrará en vigencia el día primero del mes siguiente a que se produzca el cambio.
- 10º) TASAS MODERADORAS:** Para los afiliados a que refieren las disposiciones de este Anexo, sólo podrán exigirse pagos por concepto de tasas moderadoras si las mismas eran exigibles para dichos afiliados al 31/12/2006.
- De exigirse pagos a dicha fecha por este concepto, los afiliados de este colectivo tendrán derecho mensualmente a tres órdenes de consultas médicas en forma gratuita, una en consultorio otra a domicilio, y la tercera de urgencia, y dos medios tickets de medicamentos o análisis clínicos. Las órdenes y tickets no utilizados mensualmente quedarán a disposición del afiliado, quien podrá hacer uso de ellos libremente, dentro de los doce meses siguientes al mes en que el mismo fue generado. Sin perjuicio de lo anterior, los afiliados a este colectivo tendrán derecho además, a una rutina básica semestral y a una radiografía anual en forma gratuita. Los valores acordados con el Efecto de Salud, que figuran en la Tabla de Tasas Moderadoras que es parte integrante del contrato, no podrán ser nunca superiores a los importes aplicados a este colectivo al 1 de julio de 2007, ajustándose los mismos en las instancias y cuantías que establezca el Poder Ejecutivo en relación a dichos conceptos. En caso que el Efecto de Salud hubiere concedido beneficios especiales a integrantes de este colectivo, dichos beneficios deberán mantenerse durante la vigencia del presente contrato.
- La información contenida en dicha Tabla y sus posteriores actualizaciones, deberá ser puesta en conocimiento de los afiliados desde el momento de su entrada en vigencia, aplicándose para ello los medios de comunicación y divulgación previstos en el contrato. Asimismo, el BPS y el MSP se reservan el derecho de publicar todos los valores de tasas por los medios que se consideren adecuados, de forma de facilitar las decisiones informadas de los beneficiarios.
- Los valores ajustados o los que eventualmente decida abatir el Efecto de Salud, deberán comunicarse formalmente al MSP, quien los transmitirá posteriormente al BPS.

11º) INFORMACIÓN DE GESTIÓN: El Efector de Salud deberá remitir información discriminada con relación a las personas comprendidas en el presente Anexo, en el marco de la información que con alcance general remita al MSP.

La información deberá enviarse en forma electrónica y de acuerdo al formato de remisión de datos que será coordinado por parte de los servicios técnicos del MSP y el BPS.

Durante el primer año de contrato, la información se remitirá con una frecuencia al menos mensual. Cumplido el primer año de contrato, el BPS en acuerdo con el MSP, podrá requerir plazos menores de remisión de la información, o la comunicación en línea cuando se trate de datos a ser integrados en los procesos de gestión del BPS.

El BPS podrá ofrecer acceso a medios de remisión electrónica de datos en línea, pudiendo el Efector de Salud proponer mecanismos alternativos, siempre que los mismos aseguren idéntica calidad en la información y tiempos de respuesta que los anteriores.

12º) DATOS MÍNIMOS A REMITIR EN EL PRIMER AÑO DEL CONTRATO:

- a) Número de personas pertenecientes al colectivo, atendidas en cada uno de los niveles de atención para el período que se informa, con frecuencia mensual.
- b) Datos de la atención prestada en forma directa por los servicios asistenciales del Efector de Salud contratante y por terceras entidades asistenciales mediante convenio, indicando para estos últimos la localidad y la entidad asistencial prestadora del servicio.

Las partes acordarán un plan de instrumentación del envío de información, siendo el mismo de cumplimiento obligatorio conforme al cronograma contenido en dicho plan.

13º) INFORMACIÓN ANTE SITUACIÓN DE ENFERMEDAD: De cada situación de enfermedad para los afiliados de este colectivo que derive en internación, la entidad asistencial deberá dar cuenta al BPS en forma mensual. Ello se cumplirá enviando electrónicamente la información requerida por el BPS, respetando los datos, formato y modalidad de remisión, que establezcan los servicios técnicos del BPS.

14º) INTERNACIÓN POR AFECCIONES SÍQUICAS: En los casos de afiliados que tengan afecciones síquicas cuya entidad requiera internación a juicio del médico tratante, el Efector de Salud se hará cargo del total de la facturación presentada por la clínica siquiátrica autorizada por el Ministerio de Salud Pública, en los términos que estipula el Decreto 103/986, Art. 9, literal e). Los períodos de internación que sean de cargo del paciente, serán reembolsados por el BPS, por un plazo que no excederá los 6 (seis) meses contados a partir de la fecha del ingreso del paciente a la clínica siquiátrica. A los efectos de la definición de dicha fecha, no se tendrán en consideración los períodos de alta, cuando los mismos sean inferiores a 15 (quince) días calendario.

Estas partidas se facturarán mensualmente y en forma discriminada, debiendo contener la información de control que a tales efectos defina el BPS.