

REGLAMENTO DE LAS COMISIONES DE PRESTACIONES - CAJA NACIONAL DE SALUD



- El Reglamento regula y establece los procedimientos administrativos, emite Resoluciones sobre otorgación, calificación y reconocimiento de prestaciones en dinero o en especie.
- Las Funciones de las Comisiones de Prestaciones son:



- Emite Resolución de Declaratoria de Invalidez de las, los hijos beneficiarios menores de 19 años o menores de 25 años (D.S. 0268) si se encuentran estudiando.
- Emite Resolución de Declaratoria de Invalidez para aquellos hijos (as) beneficiarios mayores de 25 años siempre y cuando se **demuestre que la enfermedad fue adquirida antes de dicha edad.**



- Emite Resolución para la ampliación de Prestaciones - beneficiario de forma temporal o permanente, según Diagnóstico del paciente.
- Emite Resolución Reembolso hasta el límite de Bs.20.000.
- Montos mayores son remitidos de oficio a la Oficina Nacional.



- Emite Resolución Baja Médica Retroactiva.
- La Comisión podrá ampliar las prestaciones médicas – titular de seguro - en caso de no existir recuperación del paciente el médico recomendará inicio de trámite a largo plazo.
- Emite Resolución pago de Transferencia de pacientes asegurados y beneficiarios a centros de salud extra institucional en casos de emergencia.



➤ Plazos - Emisión de Resolución:

Comisión Regional de Prestaciones y Distritales hasta **(60)** días hábiles, a partir de la recepción del trámite con toda la documentación presentada.

Comisión Nacional de Prestaciones hasta **(40)** días hábiles a partir de la recepción del trámite, con la documentación necesaria.

Honorable Directorio de la CNS hasta **(30)** días hábiles a partir de la recepción del trámite con la documentación necesaria



➤ Recursos

En casos de disconformidad con la Resolución, podrán interponer Recurso de Revisión, Reclamación y Apelación según corresponda ante la misma instancia en el plazo de **5 días hábiles** a partir de la notificación.

Las Resol emitidas por las Comisiones de Prestaciones Regionales podrán ser recurridas en grado de **REVISIÓN** ante la Comisión Nacional de Prestaciones

Las Resoluciones Prestaciones podrán ser recurridas en grado de **RECLAMACIÓN** ante el Honorable Directorio

El reembolso por compra de medicamentos que se encuentran en la Lista Nacional de Medicamentos, en caso de inexistencia el costo no debe exceder los Bs.2.000.- el reembolso estará a cargo de la Supervisión de Farmacias y Regentes de Farmacias en las Agencias Distritales, **en el plazo de 3 días hábiles** a sola presentación de la factura original con NIT N° 120125027 de la Caja Nacional de Salud y la receta médica debe consignar SIN EXISTENCIA, sello y firma del Director o Coordinador y sello, fecha y firma de Vigencia de Derechos.





En caso de internación y/o atención médica de EMERGENCIA en establecimientos de salud extra institucional el asegurado y/o familiares por escrito deben comunicar **OBLIGATORIAMENTE a Jefatura Médica Regional o Distrital en término de 3 días hábiles** de ocurrida la emergencia.

En caso de incumplimiento no reconocerá el reembolso.

REQUISITOS TRÁMITES DE REEMBOLSO

Para asegurados o beneficiarios que fueron atendidos en Establecimientos de Salud de la C.N.S., deberán presentar los siguientes documentos a la Trabajadora Social de referido Establecimiento:

• **TOMOGRAFÍAS, RADIOGRAFÍAS, RESONANCIA MAGNÉTICA, GAMMAGRAFÍA, ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS E INSUMOS.**

N°	DOCUMENTOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	Nota de solicitud de reembolso, dirigida a Jefatura Médica (Comisión de Prestaciones).			
2	Fotocopia de Cedula de Identidad del asegurado y/o beneficiario (según corresponda).			
3	Papeleta de pago vigente a la fecha del requerimiento médico (Fotocopia Simple).			
4	<ul style="list-style-type: none"> - Recetarios y/o Formularios oficiales de la Institución, (DM- 303) con sello SIN EXISTENCIA. - Recetarios y/o Formularios oficiales de la Institución, (DM- 148), con certificación de IMPOSIBILIDAD MATERIAL <p>Ambos visados por Vigencia de Derechos, debidamente llenados, sellados y firmados por el médico tratante, o por el personal de farmacia, almacenes o jefe del servicio del establecimiento de salud, según corresponda.</p>			
5	Facturas originales desglosadas, a nombre de la CAJA NACIONAL DE SALUD con número de NIT N° 120125027.			
6	Fotocopia simple del Formulario AVC-04 vigente			
7	<ul style="list-style-type: none"> - Prescripción del reembolso (3 meses), a partir de la emisión de la factura. - En caso de internación la prescripción (3 meses) a partir del alta hospitalaria. 			

REQUISITOS TRAMITES DE REEMBOLSO

Para asegurados o beneficiarios que fueron atendidos en Establecimientos de Salud de la C.N.S., deberán presentar los siguientes documentos a la Trabajadora Social de referido Establecimiento:

• OSTEOSÍNTESIS, PRÓTESIS VITAL, ANGIOPLASTIAS, RADIOTERAPIAS Y OTROS

N°	DOCUMENTOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	Nota de solicitud de reembolso, dirigida a Jefatura Medica (Comisión de Prestaciones).			
2	Fotocopia de Cedula de Identidad del asegurado y/o beneficiario (según corresponda).			
3	Papeleta de pago vigente a la fecha del requerimiento médico (Fotocopia Simple).			
4	<ul style="list-style-type: none">- Recetarios y/o Formularios oficiales de la Institución, (DM- 303) con sello SIN EXISTENCIA.- Recetarios y/o Formularios oficiales de la Institución, (DM- 148), con certificación de IMPOSIBILIDAD MATERIAL Ambos visados por Vigencia de Derechos, debidamente llenados, sellados y firmados por el médico tratante, o por el personal de farmacia, almacenes o jefe del servicio del establecimiento de salud, según corresponda.			
5	Junta Médica			
6	Facturas originales desglosadas, a nombre de la CAJA NACIONAL DE SALUD con número de NIT N° 120125027.			
7	Fotocopia simple Formulario AVC-04 vigente			
8	<ul style="list-style-type: none">- Prescripción del reembolso (3 meses), a partir de la emisión de la factura.- En caso de internación la prescripción (3 meses) a partir del alta hospitalaria.			

REQUISITOS TRAMITES DE REEMBOLSO

Para asegurados o beneficiarios que fueron atendidos en Establecimiento de Salud Extra Institucional, deberán presentar los siguientes documentos a la Jefatura Medica en las Administraciones Regionales y al Agente Distrital en Agencias Distritales, que cuenten con Comisión de Prestaciones

N°	DOCUMENTOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	Nota de solicitud de reembolso.			
2	Copia de la nota mediante la cual el asegurado o beneficiario, puso en conocimiento de la C.N.S. la atención extra Institucional recibida en el plazo establecido de 3 días hábiles, en caso de internación y/o atención médica de emergencia.			
3	Certificado Médico Externo.			
4	Formulario AVC-04 (Fotocopia simple).			
5	Formulario AVC-06, AVC-08 (Fotocopia simple si corresponde).			
6	Papeleta de pago vigente a momento del requerimiento médico (Fotocopia Simple).			
7	Fotocopia de Cedula de Identidad del asegurado y/o beneficiario (según corresponda).			
8	Fotocopia simple del historial clínico (exámenes complementarios hojas de UTI, hojas de Enfermería).			
9	Facturas originales desglosadas, a nombre de la CAJA NACIONAL DE SALUD con número de NIT N° 120125027.			
10	Comprobante de NO ADMISIÓN (Form. DM 118), debidamente llenado y firmado (si corresponde).			
11	Junta médica si corresponde.			

REQUISITOS BAJA MÉDICA RETROACTIVA

Para titular del seguro, deberán presentar los siguientes documentos a la Jefatura Medica en las Administraciones Regionales y al Agente Distrital en Agencias Distritales, que cuenten con Comisión de Prestaciones

Nº	DOCUMENTOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	Carta solicitud de Baja Médica Retroactiva dirigida a la JEFATURA MÉDICA REGIONAL LA PAZ (señalando fecha y tiempo exacto de incapacidad retroactiva que solicita, relación de hecho)			
2	Certificado Médico o Informe Médico original, que señale diagnóstico, fecha de atención, internación (ingreso y egreso) y los días de incapacidad.			
3	Fotocopia nítida del Certificado de Incapacidad Temporal (AVC-09) si hubiera sido extendido por la CNS antes y/o después de la atención médica.			
4	Fotocopia simple nítida del Formulario AVC-04			
5	Papeleta de pago vigente a momento del requerimiento médico (Fotocopia Simple).			
6	Fotocopia de Cedula de Identidad del asegurado.			
7	Croquis de la dirección exacta del Consultorio Médico particular con números de referencia.			
8	Croquis de la dirección exacta y actual más números telefónicos del titular del seguro. En caso de Baja Médica Retroactiva Pre y Pos Natal presentar fotocopia nítida del Certificado de Nacimiento y 4 últimas boletas de pago			
9	Otros documentos (si corresponde): Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo de la Gestora Pública, Informe del Tránsito, Denuncia ante la FELCC y FELCV (por asaltos, agresiones, violencia)			
10	PODER NOTARIAL si corresponde			

➔ PRESCRIPCIÓN DEL REEMBOLSO

El derecho para solicitar el reembolso por cualquiera de las causas señaladas **PRESCRIBE** en el plazo de **3 meses**.





- **conocer los diferentes puntos de vista puede ayudarnos a lidiar con la angustia**