

## INSTRUCTIVO PARA REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS

**De acuerdo a la Ley 24.557, artículo 43, solo se reconocerán prestaciones a partir del momento en que la Aseguradora tome conocimiento de la ocurrencia del accidente.**

Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales deberán ser atendidos siempre en un prestador médico de la red de ART MUTUAL RURAL. Si por algún **motivo excepcional** un trabajador accidentado hubiera recibido asistencia o tratamiento médico fuera de la red de prestadores y éstos fueran **autorizados o reconocidos por ART MUTUAL RURAL**, para solicitar su reintegro se deberá cumplimentar los puntos detallados a continuación:

- Integrar todos los datos requeridos en el formulario de **Solicitud de Reintegro de Gastos Médicos**.
- Se deberá utilizar la versión del formulario vigente publicada en **[www.artmutualrural.org.ar](http://www.artmutualrural.org.ar)**
- Consignar en el apartado de "Domicilio para devolución de esta documentación" el domicilio y el teléfono del solicitante del reintegro donde ART MUTUAL RURAL pueda enviar documentación y/o información en el caso que el trámite sea observado.
- Indicar Tipo de pago solicitado: transferencia bancaria o pago por ventanilla banco (solo persona física no jurídica). De solicitar transferencia, la cuenta bancaria deberá pertenecer al empleado accidentado o a la empresa empleadora.
- En caso que el beneficiario no pueda cobrar y que el pago sea solicitado por alguien del grupo familiar, deberá presentar un poder certificado por escribano en el cual se lo habilite a realizar dicha gestión. Aquellas solicitudes a presentar por un valor menor a **\$3.000**, podrán reemplazar el poder ante escribano por la siguiente documentación:
- Partidas que hagan a la comprobación del vínculo con el titular. Original y fotocopia. Sólo pueden solicitar el reintegro un pariente por consanguinidad (padre, madre, hermano/a, hijo/a, tío/a, sobrino/a, abuelos) o el cónyuge/concubino con certificado oficial.
- DNI (Documento Nacional de Identidad). Original y fotocopia frente y dorso.
- Declaración Jurada (carta, nota simple firmada por el titular) donde se manifieste la conformidad del titular de la percepción de los reintegros por parte de su familiar directo. Si el paciente no se encuentra en condiciones físicas y/o psicológicas de prestarlo, deberá constar certificado médico que lo demuestre.
- Los reintegros por gastos de sepelio podrán ser presentados por los familiares y/o el empleador sin más.
- El importe declarado en la solicitud de reintegro deberá ser igual a la suma de los comprobantes presentados.
- La solicitud deberá estar acompañada de Factura (Tipo B ó C ó Comprobante fiscal) o Recibo de Pago Original o Copia fiel firmada por la entidad emisora que responda a la Resolución General DGI Nro. 3419 y 3434 (AFIP). La misma deberá contener los datos del empleado/accidentado (nombre y apellido, y DNI o CUIL), un detalle discriminado y valorizado individualmente de cada prestación con sus respectivas fechas de realización.

Además, según el tipo de prestación, deberá tener adjunta la siguiente documentación:

- **Honorarios médicos:**
  - Evolución médica y/o protocolo de tratamiento (parte de cirugía, parte de anestesia, parte de monitoreo, etc.) firmado y sellado por el profesional interviniente.
- **Prácticas Odontológicas:**
  - Odontograma completo, indicando la pieza a tratar.
  - RX previo y posterior de la pieza tratada (implante, conducto, Perno y Corona).

● **Exámenes Complementarios:**

- Laboratorio, radiología, prácticas de mediana o alta complejidad, tratamientos de rehabilitación.
- Prescripción médica.
- Informe o protocolo con fechas de realización, resultado y firma de conformidad por parte del siniestrado.

● **Internación:**

- Copia de Historia Clínica que deberá contener como mínimo:
- Informe de Hospitalización.
- Informe de Alta (Epicrisis).
- Hoja de Indicaciones Médicas.
- Hoja de Evolución Médica.
- Anamnesis.
- Hoja de Enfermería. (No excluyente)
- Hoja de Controles y Suministros. (No excluyente)
- Protocolo de Cirugía. (solamente para casos quirúrgicos).
- Protocolo de Anestesia. (solamente para casos quirúrgicos).
- Protocolo de Monitoreo. (solamente para casos quirúrgicos).
- Informes de Prácticas de Diagnóstico. (No excluyente)

● **Medicamentos Ambulatorios:**

- Prescripción médica firmada y sellada por el profesional interviniente con datos filiatorios del accidentado (apellido y nombre, tipo y nro. de documento) y troqueles (que deben coincidir con el / los medicamentos solicitados)

● **Traslados (remis, ambulancia o U.T.I.M.):**

- Indicación del médico tratante que justifique el medio utilizado.
- Voucher con datos del traslado (tipo de traslado, origen y destino del traslado, tiempo de espera, cantidad de kilómetros, etc.) firmado por el accidentado o acompañante.

● **Gastos de Sepelio:**

- Certificado de defunción.
- Factura Original del servicio de Sepelio.
- Comprobante de CBU (La cuenta debe estar a nombre de quien solicita el reintegro).

- La documentación completa deberá ser remitida a San Martín 588, 5° Piso (C1003ABN) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, colocando en el sobre "Solicitud de Reintegro de Gastos Médicos" At: Liquidación de Prestaciones Médicas ART e indicando remitente. También se podrá realizar la presentación en cualquiera de nuestras sucursales distribuidas por todo el país.

El plazo de pago para los reintegros de gastos médicos es de 10 días hábiles a contar desde el momento en que se recibe la documentación detallada (en su totalidad y debidamente conformada) en la Mesa de Entradas de ART MUTUAL RURAL.

- Por seguimiento de estado / situación de reintegro, contactarse con Servicio al Cliente al 0 800 333 2786 / +54 011 3754 6700, o por e-mail a [prestaciones@artmutualrural.org.ar](mailto:prestaciones@artmutualrural.org.ar)