



PLAN INTEGRAL DE SALUD

**FUNDACIÓN “FONDO AUTOADMINISTRADO DE SALUD
PARA EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA
ENERGÍA ELÉCTRICA (FASMEE)”**



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular
para la Energía Eléctrica

CAPITULO I

CONDICIONES GENERALES DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD “FASMEE”

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. OBJETIVO DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD

El presente Plan Integral de Salud, tiene por objeto establecer los lineamientos necesarios para la prestación del servicio médico, atención primaria y medico asistencial, servicio funerario, servicio de laboratorio clínico, servicio de rehabilitación física, servicio odontológico, así como protección en caso de accidentes persales, el pago de indemnización de vida y en general el bienestar físico y mental, para los empleados, trabajadores, obreros, contratados, jubilados, pensionados y familiares beneficiarios del Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica, sus órganos integrados y entes adscritos.

ARTÍCULO 2. DEFINICIONES

En el marco del Plan Integral de Salud, se entiende por:

- 1. Accidente:** suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del titular o beneficiario, que le cause lesiones corporales.
- 2. Atención Ambulatoria:** atención médica suministrada a un beneficiario del Plan Integral de Salud, cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas.
- 3. Atención Médica:** prestación de servicio de salud realizada por profesionales médicos registrados en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- 4. Baremo:** tarifa de precios manejada por la Fundación “Fondo Autoadministrado de Salud Para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica (FASMEE)” a través de la Gerencia de Servicio de Salud de acuerdo con la normativa legal vigente.

5. **Beneficiario del Plan Integral de Salud:** se considera beneficiario del Plan Integral de Salud los empleados, trabajadores, obreros, contratados, jubilados, pensionados y familiar de los mismos, adscritos al Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica, sus órganos integrados y entes adscritos.
6. **Beneficiario de la indemnización de vida:** persona natural designada por el empleado, trabajador, obrero, contratado, jubilado o pensionados adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica, sus órganos integrados y entes adscritos, el cual será acreedor del beneficio de indemnización de vida.
7. **Carta Aval:** documento de compromiso emitido por la Fundación “Fondo Autoadministrado de Salud Para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica (FASMEE)”, mediante el cual se responsabiliza de asumir los gastos médicos generados por una intervención o procedimiento electivo.
8. **Deducible:** Cantidad indicada que deberá asumir el beneficiario en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por este Plan Integral de Salud.
9. **Devolución:** retorno de los documentos a el/la beneficiario/a o proveedor de salud por no cumplir con lo establecido por el Fondo.
10. **Emergencia Médica:** condición que compromete la vida o integridad física del titular o beneficiario, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico debe ser calificada por una Institución Hospitalaria prestadora de los servicios de salud.
11. **Enfermedad:** alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico y/o intervención quirúrgica.
12. **Institución Hospitalaria:** establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas Instituciones Hospitalarias para los efectos de esta Fundación; los lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamientos fármacos dependientes, dipsómanos (alcohólicos), discapacitados mentales o desordenes de conductas, ningún lugar donde se proporcione tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.

- 13. Médico:** Profesional de la medicina titulado por la Republica Bolivariana de Venezuela, e inscrita en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS)
- 14. Monto de Cobertura:** monto autorizado para prestar el servicio objeto de esta Plan Integral de Salud, determinado por el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica
- 15. Orden de Servicio:** documento de compromiso emitido por parte de la Fundación para garantizar a los beneficiarios del Plan Integral de Salud la atención del servicio de: atención médica primaria, servicio de laboratorio clínico, servicio de odontología y oftalmología.
- 16. Recaudos:** conjunto de documentos exigidos por la Gerencia de Servicio de Salud que avalan los procedimientos médicos y/o quirúrgicos, necesarios para el procesamiento de una solicitud.
- 17. Rechazo:** es el proceso mediante el cual se devuelven las solicitudes por no reunir los recaudos establecidos por la Fundación.
- 18. Reembolso:** es el reintegro de los gastos médicos, quirúrgicos, medicamentos generados por una patología.
- 19. Titular:** se entiende por titulares del Plan Integral de Salud los empleados, trabajadores, obreros, contratados, jubilados, pensionados y familiares beneficiarios del Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica, sus órganos integrados y entes adscritos
- 20. Tratamiento Farmacológico:** es la previsión responsable del tratamiento, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida de los beneficiarios.
- 21. Sector Público de Salud:** está compuesto por todas aquellas instituciones que reciben financiamiento de fuentes de origen fiscal o contributivo, cuya capacidad de decisión, en lo que respecta a la prestación de los servicios, está vinculada directamente a las políticas emanadas del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

TITULO II

DE LOS BENEFICIARIOS DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD “FASMEE”

ARTÍCULO 3. AMPARADOS POR EL PLAN INTEGRAL DE SALUD

Se encuentran amparados y gozaran de los beneficios estipulados en este Plan Integral de Salud los empleados, trabajadores, obreros, contratados, jubilados, pensionados y familiares beneficiarios del Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica, sus órganos integrados y entes adscritos, conforme se detalla;

1. **Titulares:** sin límite de edad.
2. **Ascendientes hasta el primer grado de consanguinidad:** Sin límite de edad, debe demostrarse ante el ente u órgano de adscripción la consanguinidad, conforme el ordenamiento jurídico vigente.
3. **Cónyuge:** Sin límite de edad, debe demostrarse ante el ente u órgano de adscripción la afinidad, conforme el ordenamiento jurídico vigente.
4. **Descendientes hasta el primer grado de consanguinidad:** Hijos dependientes económicamente del titular no mayores a 25 años de edad (**24 años y 365 días**).
5. **Descendientes hasta el primer grado de consanguinidad en condiciones especiales, discapacidad o enajenación mental demostrada:** Sin límite de edad, debe demostrarse la condición especial, discapacidad o enajenación mental.
6. **Inclusiones especiales:** Los titulares del Plan Integral de Salud podrán solicitar el ingreso de los menores bajo su dependencia que se encuentren en las siguientes condiciones: **Adopción, Tutela o Responsabilidad de Crianza**, debidamente demostrada de conformidad con lo establecido en la Ley Organiza para la Protección de Niños, Niñas o Adolescentes y el ordenamiento jurídico vigente, la inclusión de los menores incluidos bajo este numeral deberán cumplir con los requisitos expuestos en los numerales precedentes.
7. **Sobrevivientes:** Serán amparados por los beneficios establecidos por este Plan Integral de Salud los sobrevivientes de los funcionarios o servidores públicos, que al

momento del fallecimiento se encuentren incluidos en el Plan, de conformidad con los lineamientos establecidos en las líneas precedentes.

ARTÍCULO 4. CONDICIONES DE INCLUSIÓN EN EL PLAN INTEGRAL DE SALUD

El ente u órgano de adscripción deberá hacer entrega de la Planilla de Inscripción “FASMEE” en un plazo máximo de treinta (30) días hábiles al ingreso del funcionario o funcionaria o servidor o servidora pública, la misma deberá ser remitida a la Fundación “Fondo Autoadministrado de Salud para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica (FASMEE)” la cual deberá ir acompañada de sus respectivos soportes, tales como:

1. Planilla de Inscripción FASMEE, debidamente sellada y firmada por el ente u órgano de adscripción.
2. Fotocopia de la cédula del titular y de sus beneficiarios, en caso de menores de edad; partida de nacimiento.
3. Credenciales vigentes del titular.
4. Acta de matrimonio o certificado de concubinato.
5. En caso de que la inclusión sea solicitada de conformidad con el artículo 3, numeral 5 de éste Plan Integral de Salud, deberá incorporarse a la solicitud de inclusión el soporte médico donde se demuestre la condición especial, discapacidad o enajenación mental.
6. En caso de que la inclusión sea solicitada de conformidad con el artículo 3, numeral 6 de éste Plan Integral de Salud, deberá consignarse la sentencia definitivamente firme emitida por el Tribunal en Materia de Niños, Niñas y Adolescentes.

ARTÍCULO 5. VIGENCIA DE LA INCLUSIÓN EN EL PLAN INTEGRAL DE SALUD.

Una vez realizada la inclusión del titular y su carga familiar en el Plan Integral de Salud estará en plena vigencia hasta el 31 de diciembre de cada año y se renovará automáticamente. En el caso de actualización de datos, el titular deberá notificar al ente u órgano de adscripción para la presentación de los recaudos correspondientes.

ARTÍCULO 6. EXCLUSIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD.

Serán excluidos del Plan Integral de Salud los titulares o beneficiarios en los siguientes supuestos:

1. Producto de la renuncia o despido justificado del funcionario, funcionaria, servidor o servidora pública.
2. Descendientes al superar los veinticinco (25) años de edad, de conformidad con lo establecido en este Plan Integral de Salud.
3. Descendientes: Producto del cese de las condiciones especial, discapacidad o enajenación mental y que hayan cumplido los veinticinco (25) años.
4. Cónyuges o concubinos: producto del divorcio o terminación del concubinato.
5. Los beneficiarios indicados en el artículo 3, numeral 6, al superar los veinticinco (25) años de edad, de conformidad con lo establecido en este Plan Integral de Salud.

TITULO III

DE LAS OBLIGACIONES DEL ENTE U ÓRGANO DE ADSCRIPCIÓN Y LA FUNDACIÓN “FASMEE”

ARTÍCULO 7. OBLIGACIONES DEL ENTE U ORGANO DE ADSCRIPCIÓN.

El Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica, sus órganos y entes adscritos, deberán cumplir con las siguientes disposiciones:

1. Otorgar de manera oportuna la Planilla de Inscripción “FASMEE” a los titulares adscritos al Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica, sus órganos y entes adscritos.
2. Realizar una revisión continua de la data de beneficiarios adscritos al Plan Integral de Salud, la cual deberá ser remitida al FASMEE, a los fines de realizar las inclusiones o exclusiones pertinentes.
3. Realizar los trámites de recolección de los documentos necesarios para la tramitación de reembolsos y cartas avales, las cuales deberán ser remitidos a la Fundación en un lapso no mayor a 3 días continuos, una vez recibidas las solicitudes.

ARTÍCULO 8. OBLIGACIONES DE LA FUNDACION “FASMEE”

- 1.** Recibir y procesar las Planillas de Inscripción “FASMEE” remitidas por el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica, de sus órganos y entes adscritos.
- 2.** Recibir y procesar las solicitudes de reembolsos y cartas avales remitidas por el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica, de sus órganos y entes adscritos.
- 3.** Otorgar las claves de emergencias solicitadas a través del Call Center 24 HORAS.
- 4.** Las demás especificadas en este Plan Integral de Salud.

TITULO IV.

ALCANCE DE LA COBERTURA

La Fundación “Fondo Autoadministrado de Salud Para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica (FASMEE)” garantizará cobertura inmediata de hasta el 100% de la aprobada por el órgano de adscripción, a los titulares y beneficiarios amparados por el Plan Integral de Salud, por las enfermedades y/o accidentes, la cual deberá ajustarse a las condiciones establecidas por el Plan, ajustándose a costos razonables.

Están Cubiertos los gastos generados por tratamientos médicos, intervenciones quirúrgicas (incluyendo tratamientos postoperatorios), servicios hospitalarios, procedimientos médicos, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales médicamente necesarios para la atención de las alteraciones a la salud del beneficiario amparadas por este Plan Integral de Salud. Queda entendido que:

- 1.** Los gastos por concepto de pago de honorarios médicos están limitados a un (1) cirujano principal, un (1) ayudante y un (1) anesthesiólogo. El Fondo reconocerá los honorarios ocasionados por un (1) segundo y un (1) tercer ayudante, siempre que la participación de estos en la intervención quirúrgica esté justificada de acuerdo al baremo y las normativas legales vigentes. Los gastos cubiertos por honorarios médicos correspondientes al primer ayudante y el anesthesiólogo, serán como máximo el cuarenta por ciento (40%) de los del cirujano principal, para cada uno. En el caso, de ser necesario la participación de un segundo ayudante, los honorarios serán como

máximo el treinta por ciento (30%) de los honorarios del cirujano principal y en el supuesto de un tercer ayudante los honorarios serán como máximo el veinte por ciento (20%).

2. Los medicamentos deben haber sido indicados bajo prescripción médica específica.
3. El material médico quirúrgico y los suministros, serán indemnizados contra prestación del desglose de su consumo y costo facturado por parte de la Institución Hospitalaria, siempre y cuando el titular o beneficiario cuente con cobertura en el Plan Integral de Salud.

ARTÍCULO 9. PATOLOGÍAS AMPARADAS.

1. Tratamientos de Fisioterapias y Rehabilitación, en caso de accidentes y enfermedades amparadas por el Plan Integral, la cobertura será hasta un máximo de veinte (20) sesiones al año por persona, hasta el límite de la cobertura.
2. Aplicación de plasma rico en plaquetas solo para casos de traumatología.
3. Traumatismos o politraumatismos, (incluyendo la intervención de la columna, cadera y prótesis fijas de ser requerido), hasta el límite máximo de la cobertura.
4. Cobertura para el tratamiento médico de la osteoporosis y medicamentos para el tratamiento de esta afección.
5. Cirugías o tratamientos para enfermedades ortopédicas, hasta por el límite máximo de la cobertura básica.
6. Se cubre la colocación y/o uso de prótesis y equipos justificados, como consecuencia de accidentes o enfermedad cubierto por el Plan Integral de Salud, hasta el máximo de la cobertura suscrita. Incluyendo las prótesis auditivas una (1) cada tres (3) años, siempre y cuando sean de uso permanente.
7. Cobertura para un (01) marcapaso por año, hasta el máximo de la cobertura.
8. Se amparan deformidades auriculares con fines funcionales, hasta el límite máximo de la cobertura.
9. Cirugía plástica y reconstructiva de Tratamientos Odontológicos y reposición de piezas dentales (prótesis) a consecuencia de accidentes o enfermedades cubiertas por el Plan Integral de Salud, hasta por el límite máximo de la cobertura.

10. Cobertura para trasplantes de: pulmón, páncreas, riñón, córnea, huesos, piel, hígado, médula ósea autóloga o alogénita, entre otros, para el donante y receptor de órganos amparados por el Plan, hasta el máximo de la cobertura.
11. Tratamientos de Quimioterapias y Radioterapias, hasta el límite máximo de la cobertura.
12. Tratamientos médicos o quirúrgicos para varices y venas varicosas tipo II y III. 12. Tratamientos de Diálisis hasta el límite máximo de la cobertura.
13. Un (1) chequeo anual de ginecología para la mujer. Incluirá; una (1) primera consulta, citología, exámenes paraclínicos (mamografía, ecosonograma mamario, ecosonograma transvaginal, exámenes de laboratorio, según sea el caso) y una (1) consulta sucesiva para evaluación de resultados.
14. Cobertura de las enfermedades ginecológicas que requieran de atención médica, intervención quirúrgica o tratamientos médicos, como: endometriosis, fibromas y miomas uterinos, quiste de ovario torcido, absceso tubo-ovárico roto, patologías del cuello uterino y embarazo ectópico.
15. Se amparan tratamientos médicos y quirúrgicos para las enfermedades de las mamas, así como patologías tumorales, mamas supernumerarias, gigantomastia que produzcan problemas ortopédicos y cervicolumbares; hasta por el límite máximo de la cobertura básica, previamente avalada y comprobada medicamente.
16. Un (1) chequeo anual de urología para el hombre.
17. Cobertura para el tratamiento de asma bronquial de cualquier etiología y otras alergias que requieran ser tratadas médicamente.
18. Cobertura de parasitosis comprobada por examen de heces (helmintos, giardias, amebas, oxiuro, etc.).
19. Se otorga cobertura ante las epidemias decretadas oficialmente y sus tratamientos.
20. Exposición accidental por contacto con tóxicos ambientales para fumigar.
21. Se amparan tratamientos, intervenciones o exámenes para enfermedades críticas como la diabetes y otras enfermedades relacionadas, enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes cerebro vasculares (A.C.V), insuficiencia renal crónica, enfermedades de la próstata. Incluyendo omega (3) para este tipo de patología.

22. Cobertura para exámenes, tratamientos y vitaminas en caso de enfermedades degenerativas o que sean propias de la tercera edad y referidos por el médico, incluyendo el mal de Parkinson y mal de Alzheimer, previa comprobación de la misma, mediante exámenes que justifiquen la patología, tales como: informes médicos, densitometrías óseas, laboratorios, estudios especializados, etc.
23. Se otorga complejo vitamínico B12 para patologías de traumatología y neurología.
24. Cobertura para patologías psiquiátricas (demencias por: Alzheimer, patología vascular, Parkinson, Pick, esquizofrenia, Huntington y SIDA), trastornos mentales debidos a disfunción cerebral, lesión cerebral o enfermedad somática, retraso mental, trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje; Trastornos generalizados del desarrollo: Autismo y Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger. Deberá demostrarse la preexistencia de las patológicas mencionadas en el presente numeral.
25. Están cubiertos los gastos por Servicios de Analgesia Post Operatoria, siempre que sea requerido por una enfermedad o accidente cubierto por el Fondo y el médico tratante lo considere necesario.
26. Enfermedades y tratamientos de disfonías maxilofaciales.
27. Intervención quirúrgica por obesidad mórbida, basada en el índice de masa corporal (IMC) superior a 40 kg./m², previo cumplimiento del protocolo de dos (2) evaluaciones de un nutricionista, con una diferencia de al menos de treinta (30) días continuos entre cada evaluación; una (1) evaluación de un endocrinólogo; una (1) evaluación de un neumonólogo; una (1) evaluación de un psicólogo, una (1) evaluación de un psiquiatra: una (1) evaluación de un médico internista que incluya un informe de chequeo cardiovascular. Queda entendido que el protocolo debe tener una vigencia no mayor a noventa (90) días. Para titulares y beneficiarios mediante solicitud de carta aval. Cualquier otra evaluación médica o exámenes complementarios requeridos de acuerdo a la clínica del paciente.
28. Cualquier otra patología que afecte la salud física o mental de los beneficiarios, previa revisión médica por parte de los especialistas de salud adscritos a la Fundación "FASMEE".

ARTÍCULO 10. EXCLUSIONES

1. Aplicación de vacunas otorgadas por el Instituto Venezolano de Seguros Sociales (IVSS).
2. Cirugías Plásticas, cosméticas o reconstructivas, no originadas por un proceso maligno del órgano afectado (cáncer) o aquella que no sea debido a una lesión corporal a consecuencia de un accidente amparado por el Plan.
3. Tratamientos por infertilidad /esterilización e impotencia.
4. Tratamientos con anticonceptivos excepto enfermedades de trastornos hormonales.
5. Consultas o tratamientos no autorizados por la Federación Médica Venezolana.
6. Medicinas sin prescripción facultativa o no relacionadas con la enfermedad.
7. Dermatología cosmética.
8. Suplementos alimenticios, siempre y cuando la patología preexistente no se encuentre contemplada en el artículo 9 de este Plan Integral de Salud, en caso contrario, no se aplicara este numeral.
9. Cualquier servicio que no se preste dentro de la República Bolivariana de Venezuela.

TITULO V

SERVICIOS PRESTADOS POR EL PLAN INTEGRAL DE SALUD “FASMEE”

ARTICULO 11. BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD

La Fundación “Fondo Autoadministrado de Salud Para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica (FASMEE)” ofrece a sus beneficiarios la prestación del servicio médico, atención primaria y medico asistencial, servicio funerario, servicio de laboratorio clínico, servicio de rehabilitación física, servicio odontológico, así como protección en caso de accidentes personales, el pago de indemnización de vida y en general el bienestar físico y mental.

CAPITULO II

MODALIDADES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD (HCM)

TITULO VI

CARTAS AVALES

ARTÍCULO 12. ALCANCE DE LA SOLICITUD DE CARTAS AVALES

Las cartas avales serán aplicables en caso de tratamientos médicos o cirugías electivas, la cual amparará los estudios con diagnósticos y procedimientos quirúrgicos, que puedan ser tramitados en forma programada siempre y cuando no se ponga en peligro la condición del paciente, asimismo, garantiza al centro de salud el pago de los gastos generados por el beneficiario acreedor de la Carta Aval emitida.

ARTÍCULO 13. RECAUDOS

El Titular o beneficiario del Plan Integral de Salud deberá presentar ante Bienestar Social de su ente u órgano de adscripción, los siguientes recaudos:

1. Presupuesto vigente de la clínica sugerida (quince (15) días continuos anteriores a su vencimiento).
2. Informe médico amplio y detallado que especifique diagnóstico, procedimiento, conducta o tratamiento, suscrito con firma, nombre y número de matrícula (MSDS y CM) del médico tratante en sello húmedo. Debe presentarse documento en **ORIGINAL Y SIN ENMENDADURAS.**
3. En caso intervenciones quirúrgicas deberán anexarse los resultados de laboratorios, estudios y exámenes practicados con sus informes que confirmen el diagnóstico preoperatorio, los cuales deben tener una vigencia mayor a treinta (30) días.
4. En caso de la programación de cesárea deberá anexarse a la solicitud el ultimo ecosonograma realizado y los demás requisitos establecidos en líneas precedentes.
5. Cualquier otro solicitado por la Gerencia de Servicio de Salud de la Fundación, caso en el cual el beneficiario tendrá un lapso de cinco (5) días continuos, contados a partir de la fecha de solicitud del recaudo, para consignar la documentación, de no hacerlo, la misma se considerará incompleta y no se procesará.

En caso de ser necesario el beneficiario podrá ser llamado por la Gerencia de Servicio de Salud para ser evaluado por la Coordinación Médica o ser solicitada una segunda opinión médica. Las siguientes intervenciones quirúrgicas serán sometidas a segunda opinión médica

según sea el caso: cirugía de nariz y senos paranasales, cirugía de mama, cirugía proctológica, cirugías bariátrica, cirugías a nivel del abdomen, cirugías ginecológicas y cualquier otra cirugía que considere la Fundación.

ARTICULO 14. PLAZOS PARA LA EMISIÓN DE CARAS AVALES

La Gerencia de Servicio de Salud efectuará la emisión de la carta aval dentro de los 2 días hábiles siguientes a la recepción de los recaudos indicados en el artículo 13, siempre que se cumpla con lo establecido en las leyes que regulan el tema.

ARTICULO 15. VIGENCIA

Una vez realizada la emisión de la Carta Aval por parte de la Gerencia de Servicios de Salud, tendrá una vigencia de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha de emisión.

ARTICULO 16. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Fundación “Fondo Autoadministrado de Salud Para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica (FASMEE)”, quedara exonerada de responsabilidad en los siguientes supuestos:

1. Si los recaudos no cumplen con la normativa, se realizará una evaluación más exhaustiva del caso, la cual extenderá el plazo de entrega.
2. El Fondo se reserva el derecho de emitir o no la carta aval solicitada de acuerdo a la veracidad de la información suministrada por el beneficiario.
3. Si la misma es utilizada para fines distintos a los originales planteados, esta quedará anulada automáticamente, quedando libre de responsabilidad ante el proveedor de salud.

ARTÍCULO 17. CAUSAS DE RECHAZO

La Fundación “Fondo Autoadministrado de Salud Para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica (FASMEE)”, podrá rechazar la solicitud de Carta Aval en los siguientes casos:

1. Presupuesto incompleto o sin desglose y que no esté a nombre de FASMEE
2. Informe y exámenes médicos que no corrobore la patología.
3. Cobertura agotada.
4. Presentación de recaudos extemporáneos.
5. Culminación de relación laboral del trabajador con el MPPEE
6. Incumplimiento injustificado a la cita médica de segunda opinión pautada por la Gerencia de Servicio.
7. Evidencia de información falsa o irregularidades médicas o administrativas.

TITULO VII

UNIDAD DE EMERGENCIA

ARTÍCULO 18. ATENCIÓN DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA

La Fundación “Fondo Autoadministrado de Salud Para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica (FASMEE)” cuenta a través de la Gerencia de Servicios de Salud con la Unidad de Emergencias las 24 Horas del día, los 365 días del año, la cual otorgara previa solicitud de los centros médicos afiliados a la Fundación de las claves de emergencia para el ingreso de los beneficiarios o beneficiarias del Plan Integral de Salud.

ARTÍCULO 19. REQUISITOS PARA EL INGRESO

Los Beneficiarios o Beneficiarias del Plan Integral de Salud “FASMEE” deberán consignar ante los centros de salud afiliados a la Fundación en caso de emergencia; Cédula de Identidad del titular y del beneficiario según sea el caso, en caso de hijos menores de edad, partida de nacimiento y credenciales vigentes del titular del Plan.

ARTÍCULO 20. INGRESO DE EMERGENCIA A INTERVENCIONES QUIRURGICAS

En caso de intervenciones quirúrgicas el centro de salud deberá contar con la autorización por parte de la Unidad de Emergencia para proceder con la misma, todo ello a los fines de validar la disponibilidad de cobertura a otorgar, asimismo, el centro de salud deberá hacer llegar a la Unidad de Emergencia, vía correo electrónico, fax, o cualquier otro medio autorizado los siguientes recaudos:

1. Identificación del beneficiario o beneficiaria
2. Soportes médicos amplios y detallados que justifiquen la intervención quirúrgica; presupuesto, desglose del material médico quirúrgico, estudios de laboratorio e imagenología y cualquier otro necesario para justificar el procedimiento a realizar.

ARTÍCULO 21. RECHAZO DE CLAVE PARA INGRESO DE EMERGENCIA

La Fundación “Fondo Autoadministrado de Salud Para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica (FASMEE)” no otorgará clave de emergencia a los centros de salud, en los siguientes supuestos:

1. Cuando el titular o beneficiario no se encuentra incluido en el Plan Integral de Salud “FASMEE”.
2. Cuando el titular o beneficiario haya agotado la cobertura anual otorgada.
3. Cuando el diagnóstico no califique como emergencia.

ARTÍCULO 22. EGRESO

La Unidad de Emergencia será la encargada de gestionar la revisión y el análisis de los siniestros enviados por los centros de salud, caso en el cual, según sea solicitado procederá al egreso de los beneficiarios, una vez sean remitidos los siguientes recaudos:

1. Identificación del beneficiario o beneficiaria
2. Soportes médicos amplios y detallados que justifiquen la estadía, tratamiento y/o estudios realizados, en caso de intervenciones quirúrgicas: estudios de laboratorio

e imagenología y cualquier otro necesario para justificar el procedimiento a realizado

3. Factura generada
4. Una vez comprobados y analizado el siniestro se procederá a generar el compromiso de pago por parte de “FASMEE” al centro de salud.

TITULO VIII

MATERNIDAD Y OBSTETRIA

ARTÍCULO 23. BENEFICIARIOS

Solo gozarán del beneficio de la cobertura por concepto de maternidad:

1. Titulares afiliados en el Plan Integral Salud “FASMEE”
2. Cónyuges o concubinos de los titulares afiliados al Plan Integral de Salud “FASMEE”

ARTÍCULO 24. ALCANCE DEL BENEFICIO

Será amparado por este Plan Integral de Salud el parto normal, la cesárea, el aborto no provocado, el aborto terapéutico y legrado uterino, hasta el 100% de la cobertura aprobada por el órgano de adscripción (MPPEE).

ARTÍCULO 25. COBERTURA

1. La cobertura de Maternidad estará desprendida de la cobertura de hospitalización y cirugía (HC).
2. El embarazo ectópico se indemnizará por la cobertura de maternidad.
3. En caso de parto múltiple o gemelar se otorgará hasta un máximo del 60% de cobertura del segundo neonato.

ARTÍCULO 26. EXCEPCIONES

Los gastos Pre y Postnatal, correrán por cuenta de la cobertura de Hospitalización y Cirugía (HC), según se detalla.

1. Una (1) consulta obstétrica al mes, hasta un máximo de diez (10) consultas, amniocentesis, ecosonogramas, examen de orina, laboratorios y vitaminas o medicamentos indicados durante el embarazo,

ARTÍCULO 27. PROTECCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

La Fundación “Fondo Autoadministrado de Salud Para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica (FASMEE)” otorgará cobertura inmediata al recién nacido en caso de una emergencia al nacer, esto dependerá de las condiciones contratadas por el Ente; en tal caso el titular deberá presentar la partida de nacimiento expedida por la autoridad competente en un plazo no mayor a treinta (30) días continuos al nacimiento para formalizar su inclusión al Plan Integral de Salud; el cual debe estar acompañado del certificado de nacimiento por la autoridad competente.

ARTÍCULO 28. TRAMITE

El presente servicio deberá ser solicitado por el beneficiario del Plan Integral de Salud en estado de Gravidez, quince (15) días antes de la programación del hecho, mediante Carta Aval y deberá cumplir con los requisitos establecidos por este Plan para la solicitud de esta.

ARTÍCULO 29. EXCLUSIONES

1. Abortos provocados sin fines terapéuticos.
2. Gastos médicos por investigación, por clonación de células humanas o madres.
3. Estudios genéticos de verificación de paternidad.
4. Gestación desarrollada en otro útero diferente de la beneficiaria

CAPITULO III

ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DE SALUD

TITULO IX

ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA (APS)

ARTÍCULO 30. ALCANCE DE LA SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA

El Servicio de asistencia médica primaria amparará: consultas médicas, laboratorio, servicios de imágenes, rehabilitación, entre otros, los cuales se canalizan a través de los Centros Asistenciales FASMEE para la emisión de la Orden de Atención Médica Primaria, la cual tendrá una vigencia de diez (10) días continuos a partir de la fecha de la cita médica confirmada.

ARTÍCULO 31. REQUISITOS PARA LA TRAMITACION DE LAS ORDENES DE APS

1. Fotocopia cédula de identidad del titular
2. Fotocopia de la cédula del beneficiario, en caso de menores de edad, deberá presentarse la partida de nacimiento
3. Fotocopia de la credencial del titular.
4. Informe médico amplio y detallado en caso de especialidades, donde indique el diagnóstico, conducta o tratamiento suscrito con firma, nombre y número de matrícula (MSDS y CM) del médico tratante en sello húmedo. Debe presentarse documento en ORIGINAL Y SIN ENMENDADURAS.
5. Orden(es) médica(s) para examen de laboratorio y/o estudio, suscrito con firma, nombre y número de matrícula (MSDS y CM) del médico tratante en sello húmedo. Debe presentarse documento en ORIGINAL Y SIN ENMENDADURAS, en las condiciones exigidas por la legislación venezolana vigente que regula la materia

TITULO X

REEMBOLSOS

ARTÍCULO 32. ALCANCE DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSOS

El titular podrá gestionar el pago por reembolso de gastos por consultas médicas, laboratorios, estudios, exámenes médicos, hospitalización con o sin cirugía, servicios ambulatorios, honorarios profesionales, farmacia, servicios de oftalmología y odontológico, en cualquiera de los casos el reembolso debe estar apegado a las patologías aprobadas por el Plan Integral de Salud, hasta por el límite de cobertura otorgadas, siempre y cuando las facturas estén bajo la normativa legal y sus respectivos soportes sean entregadas en el Fondo

a través del Ente de adscripción en un plazo no mayor a 60 días continuos, contados a partir de la fecha del gasto.

ARTÍCULO 33. REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE REEMBOLSOS

Las solicitudes de reembolsos por gastos médicos deberán ser solicitadas única y exclusivamente por los titulares afiliados al Plan Integral de Salud “FASMEE” y deberán cumplir con los siguientes recaudos:

1. Informe médico amplio y detallado que especifique diagnóstico conducta y/o tratamiento. Resultados de laboratorios, estudios y exámenes practicados. Récepes especificando principios activos e indicaciones. Suscrito con firma, nombre y número de matrícula (MSDS y CM) del médico tratante, en sello húmedo y SIN ENMENDADURAS. Facturas por gastos y tratamiento (a nombre del beneficiario afectado).
2. En caso de hospitalización, cirugía, maternidad y emergencias canceladas deberán presentar la factura, informe médico amplio y detallado pre y post operatorio del siniestro, con el detalle de los gastos de medicamentos e insumos aplicados al afectado y cualquier otra documentación que sustente el siniestro, en las condiciones y términos antes señalados.
3. La Gerencia de Servicio de Salud podrá solicitar recaudos adicionales a los inicialmente presentados. El beneficiario tendrá un lapso de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha de solicitud de recaudo, para consignar la documentación, de no hacerlo, la misma se considerará incompleta y no se liquidará. La nueva fecha de recepción válida será a partir del momento en que ha sido recibido el requerimiento completo por la Gerencia de Servicio.
4. En caso de reembolso de medicamentos crónicos el informe médico deberá tener una vigencia de seis (6) meses.
5. En caso de reembolso de medicamentos agudos el informe médico deberá tener una vigencia de siete (7) días.

TITULO XII

SERVICIO ODONTOLOGICO

ARTÍCULO 34. ALCANCE DEL SERVICIO ODONTOLÓGICO

La Fundación “Fondo Autoadministrado de Salud Para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica (FASMEE)” otorgará cobertura por concepto de servicios odontológicos de hasta el 100% de la aprobada por el órgano de adscripción (MPPEE), única y exclusivamente para:

1. **Diagnóstico:** examen e historia clínica y plan de tratamiento.
2. **Periodoncia:** tartrectomía simple y profilaxis.
3. **Prevención:** aplicación tópica de flúor.
4. Sellantes de fosas y fisuras.
5. **Emergencias:** endodónticas, protésicas y periodontales.
6. **Restauraciones:** amalgamas.
7. **Exodoncias:** extracciones simples y quirúrgicas.
8. Endodoncias monorradiculares y multirradiculares..

ARTICULO 35. EXCLUSIONES

Quedan excluidos del alcance del plan los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

1. Tratamientos no contemplados específicamente en la cobertura de servicios.
2. Anestesia general o sedación en adultos.
3. Ortodoncia.
4. Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
5. Servicios odontológicos realizados fuera de la República Bolivariana de Venezuela

TITULO XIII

SERVICIO OFTALMOLÓGICO

ARTÍCULO 36. ALCANCE DEL SERVICIO OFTALMOLÓGICO

La Fundación “Fondo Autoadministrado de Salud Para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica (FASMEE)” otorgará cobertura por concepto de servicios oftalmológicos de hasta el 100% de la aprobada por el órgano de adscripción (MPPEE), para la realización de los siguientes estudios:

1. Examen e historia clínica.
2. Examen auto refracto computarizado
3. Estudio de agudeza visual.
4. Balance de movimientos oculares.
5. Discriminación de colores.
6. Toma de presión intraocular.
7. Biomicroscopía.
8. Gonioscopia.
9. Fondo de ojo.

De igual manera, quedarán cubiertos los vicios de refracción por métodos quirúrgicos cuando supere los 3.5 grados de Dioptría (ambos ojos) necesarios para corregir defectos de refracción visual, tales como: miopía, presbicia, hipermetropía, astigmatismo, queratoplastias, queratotomía radial y queratomileusis, tanto al titular como a sus beneficiarios, así como tendrán cobertura para la adquisición de lentes intraocular bifocal y multifocal y corrección quirúrgica del estrabismo.

CAPITULO IV

SERVICIO FUNERARIO

ARTÍCULO 37. ALCANCE DEL SERVICIO FUNERARIO

La Fundación “Fondo Autoadministrado de Salud Para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica (FASMEE)” garantizará la prestación del servicio funerario a nivel nacional a los titulares y beneficiarios afiliados en el Plan Integral de Salud.

ARTÍCULO 38. REQUISITOS PARA LA ACTIVACIÓN DEL SERVICIO

Para la activación del servicio funerario los familiares del fallecido deberán comunicarse directamente con el Unidad de Emergencia de la Fundación, donde se le solicitarán los siguientes datos: nombre, apellido, cédula de identidad del fallecido titular y/o beneficiario, lugar y causa del fallecimiento, de esta manera se le dará cobertura inmediata a través de la red proveedores convenida a nivel Nacional.

ARTÍCULO 439. ALCANCE DE LA COBERTURA

La Fundación “Fondo Autoadministrado de Salud Para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica (FASMEE)” otorgará hasta el 100% de la cobertura aprobada por el órgano de adscripción (MPPEE) para dicho servicio, los gastos y servicios amparados son:

1. Funerarias a Nivel Nacional.
2. Traslados a Nivel Nacional.
3. Traslado desde el lugar de fallecimiento a la capilla velatoria.
4. Preparación regular o especial del fallecido.
5. Cofre
6. Servicio de inhumación o cremación (con velación) y cofre para las cenizas (cuando no existan limitaciones legales).

CAPITULO V

INDEMNIZACIÓN DE VIDA

ARTÍCULO 43. ALCANCEL DEL BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN DE VIDA

El objetivo de este Plan Integral de Salud es indemnizar a los beneficiarios de los empleados, trabajadores, obreros, contratados, jubilados y pensionados adscritos al Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica, sus órganos integrados y entes adscritos.

ARTÍCULO 44. BENEFICIARIOS

Serán beneficiarios en caso de fallecimiento del funcionario los designados por el titular en la “Planilla de Inscripción del FASMEE” debidamente avalada por el ente u órgano de

adscripción y bajo los porcentajes indicados en esta; en su defecto se aplicarán las disposiciones legales en materia sucesoral.

ARTÍCULO 45. REQUISITOS

1. Planilla de Inscripción “FASMEE” debidamente validada por el Bienestar Social del ente u órgano de adscripción.
2. Cédula de identidad del fallecido
3. Cédula de identidad de los beneficiarios indicados en la Planilla de Inscripción “FASMEE”
4. En caso de beneficiarios menores de edad, deberá ser consignada la autorización judicial de cobro de menores emitida por el Tribunal en materia de Niños, Niñas y Adolescentes.
5. Cuando el titular no posea Planilla de Inscripción “FASMEE”, los beneficiarios deberán consignar copia certificada de la Declaración de Únicos y Universales Herederos, emitida por el tribunal competente.
6. Notificación por parte del o los beneficiarios del fallecimiento del titular, la cual deberá ser suscrita en un plazo no mayor a treinta (30) días continuos a la ocurrencia el hecho.

La Fundación, podrá solicitar los recaudos que considere necesarios para la culminación del proceso, asimismo, el o los beneficiarios tendrán un lapso de **doscientos (200)** días continuos contados a partir de la notificación de los recaudos faltantes, lapso en el cual deberán consignar los documentos faltantes de ser el caso, salvo causas extrañas no imputable al beneficiario. De lo contrario no será tramitada la debida indemnización.