

ÓPTICA IPAUSS TELÉFONO 430580 – 9HS A 16HS A PARTIR DEL 1° DE JULIO.

PRESENTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN

- **Realizada por médico oftalmólogo.**
- **Nombre y Apellido del afiliado IPAUSS**
- **N° de afiliado beneficiario**
- **Descripción de los elementos a proveer consignando **CRISTALES** y características especiales**
- **Para Lentes de Contacto se deberá indicar prueba y adaptación.**

LA OMISIÓN DE ALGÚN DATO DE LA PRESCRIPCIÓN PRODUCIRÁ EL RECHAZO DE LA MISMA A LOS EFECTOS DE QUE SE REMITA A LOS SERVICIOS DE ÓPTICA CON TODOS LOS DATOS CORRECTAMENTE CONSIGNADOS.

MODALIDAD PRESTACIONAL

- **Armazones inyectados (tipo plástico)**
- **Cristales blancos (únicamente minerales)**
- **Lentes de Contacto blandos y flexibles (no descartables)**

ÓPTICA IPAUSS TELÉFONO 430580 – 9HS A 16HS A PARTIR DEL 1° DE JULIO.

MODALIDAD DE COBERTURA	EXCLUSIONES – SIN COBERTURA	REQUISITOS	GENERALIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ LENTES AÉREAS: 100% (según modalidad prestacional). Un antejo o dos cuando sea necesario corregir la visión cada 12 meses, contados a partir del momento de la entrega. ✓ Todo trabajo fuera de lo establecido en la modalidad prestacional, se realizará la prestación a valores acomodados a través de listados de precios que se encuentran a disposición del afiliado. ✓ En los casos de rotura o pérdidas producidas dentro del año de los elementos provistos a cobertura 100% por el IPAUSS, los mismos podrán ser repuestos a través de listas de precios actualizada. ✓ Lentes de Contacto, la cobertura será del 100% según la prescripción médica, en sus modalidades Blandas, Flexibles y de Gas Permeable cada 12 meses contados a partir del momento de su entrega. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No se proveerá de nuevos elementos con cobertura del 100% ,en los casos que no se hallan cumplidos con los 12 meses de entrega, ante los cambios producidos por la presentación de una nueva prescripción médica. ✓ Cristales de Laboratorio, fotocromáticos, orgánicos, poli carbonatos, bifocales, multifocales, tratamiento color, antirreflejos, metalizados, y demás que no sean los que indica la modalidad prestacional. ✓ Si el afiliado quisiera acceder a las exclusiones podrá hacerlo abonando los valores que surjan de la lista de precio actualizada. ✓ La cobertura del 100% las lentes de contacto cosméticas y graduadas, descartables y de uso programado en todos sus tipos, bifocales y multifocales, las cuales podrán ser provistas a determinados valores según listas de precios actualizadas. 	<p>Se van a solicitar cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Las lentes aéreas no tengan indicación. ✓ Miopías e Hipermetropías a partir del +/- 5,00 dioptrías. ✓ Astigmatismos a partir del +/- 3,00 dioptrías. ✓ Ametropías combinadas cuyos valores esféricos partan del +/- 5,00 dioptrías. 	<p>Los servicios de Óptica del IPAUSS no se hará responsable de errores en las prescripciones médicas que demanden la realización de un nuevo antejo o un par de lentes de contacto, debiendo el afiliado en este caso dirigirse por NOTA a los jefes de servicios los cuales informarán a la autoridad competente a los fines de su conocimiento y determinación.</p>

ÓPTICA IPAUSS TELÉFONO 430580 – 9HS A 16HS A PARTIR DEL 1° DE JULIO.

PROVISIÓN DE ANTEOJOS Y LENTES DE CONTACTO EN DELEGACIONES QUE NO TENGAN SERVICIOS DE ÓPTICA PROPIA O EN EXTRAÑA JURISDICCIÓN

EN ESTAS SITUACIONES, LAS PRESTACIONES SE REALIZARÁN A TRAVÉS DEL BENEFICIO DE REINTEGRO LOS VALORES APROXIMADOS VAN DESDE \$150 A \$350

- ✓ **ANTEOJOS RECETADOS**, este beneficio se renovará cada 12 meses.
- ✓ **LENTE DE CONTACTO**, miopías e hipermetropías a partir del +/- 5 dioptrías, astigmatismos a partir del +/- 3 dioptrías y ametropías combinadas cuyos valores esféricos partan del +/- 5 dioptrías.
- ✓ **EL IPAUSS** no reconocerá el beneficio de reintegro en los casos de dioptrías menores a las indicadas, ni para los casos de lentes cosméticas.
- ✓ **LOS SERVICIOS DE ÓPTICAS** realizarán las auditorías pertinentes en las solicitudes de reintegro a los fines de corresponder el beneficio de reintegro, verificando el transcurso de los 12 meses entre beneficio y beneficio como así también si posee entrega de anteojos o lentes de contacto en servicios propios la cual deberá superar los 12 meses para poder realizarse el beneficio de reintegro.