

PRESTACIONES DEL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL

Procedimientos y Metodología para los Proyectos de Prevención y Promoción

Partiendo del concepto que la Promoción de la Salud, es una estrategia que involucra a toda la población con o sin riesgo de enfermar y pone su foco en la Salud, la Prevención está orientada fundamentalmente a grupos de riesgo y pone su foco en la enfermedad.

Teniendo en cuenta lo expuesto, la Obra Social desarrolla las siguientes actividades:

Procedimientos y Metodología

-Estrategias para identificar las causas

En la base de datos se carga la información cualicuantitativa por tipo de patología y mediante estos datos se realizan las acciones de Prevención y Protección de la Salud de nuestra población

-Selección de enfermedades de atención prioritaria

La prioridad se establece por la frecuencia, el impacto social y la gravedad de la patología.

-Selección de Subpoblaciones

Se determinan por la declaración de la enfermedad por parte del afiliado para conseguir los beneficios de la cobertura

Dentro de las subpoblaciones identificadas con necesidades, se establecen indicadores que nos permiten estratificar el riesgo y realizar acciones específicas para cada subgrupo de riesgo.

Estrategias para actividades de prevención.

-Se efectúan acciones de seguimiento adecuadas al riesgo y complejidad de los pacientes.

-Seguimiento en internación

-Internación y apoyo domiciliario

-Externación planificada y seguimiento con apoyo domiciliario posterior para pacientes mayores de 65 años con criterios de fragilidad.

-Seguimiento domiciliario para pacientes incapaces de realizar consultas ambulatorias

-Manejos de casos para pacientes de alta complejidad.

-Intervención del Asistente Social con trabajo interdisciplinario con los demás profesionales de la Obra Social.

Estrategias para combatir las principales causas de morbimortalidad.

Prevención Primaria para toda la población

-Folletería, cartelería y página web sobre temas prevalentes

-Consultas directas al call center on line

-Eventos de difusión, charlas, talleres, cursos.

-Reuniones con el equipo de médicos y efectores para consolidar el modelo prestacional

Prevención Secundaria

-Programa de manejo de enfermedades crónicas.

-Programa de manejo de pacientes de alta complejidad.

-Internación domiciliaria y seguimiento.

-Difusión masiva por los medios citados anteriormente.

Prevención Terciaria

-Manejo de casos.

-Actividades de educación médica continua

-Evaluación y calificación anual de nuestros prestadores.

1º Atención Primaria:

1.1 Características Básicas:

Se desarrolla a través de los distintos centros y prestadores, ya sean privados o públicos, con educación continuada y adhesión a los distintos programas generales de promoción y prevención de la salud, coincidentemente con los implementados por la autoridad de aplicación jurisdiccional, ya sean municipales, provinciales o nacionales, proveyendo Asistencia Médica Fundamental al alcance de todos los beneficiarios con especial énfasis en la prevención, promoción y educación para la salud, sin olvidar el tratamiento oportuno y eficiente de la enfermedad, colocando como objetivo a la salud y no a la enfermedad.

1.2 Operatoria:

OSTVLA implementara en forma progresiva según región y cantidad de beneficiarios un modelo que incorpore:

A Médico Referente:

Que sea el responsable de la Atención Programada del Paciente, realice el seguimiento de la atención debiendo efectuar acciones de prevención y promoción, garantizando un diagrama, horario de atención en consultorio, realizar la atención en domicilio y control de internado y ser la puerta de entrada al sistema de atención programada y realizar el encuadre general del paciente, organizar el proceso de estudio y tratamiento, solicitar la interconsulta especializada, recibir la opinión del especialista consultado y dar continuidad a la atención.

B Un equipo base de atención primaria (E.B.A.M.P.)

Integrado por el Médico Referente, un Pediatra y un Ginecólogo y Oftalmólogo de acceso directo, como base organizada y funcional de la atención primaria de la salud, privilegiando la preservación de la salud antes que las acciones curativas.

2º Programa de Prevención Primaria y Secundaria

2.1 Plan Materno Infantil

Este plan abarca la cobertura del embarazo y del parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento.

Atención del recién nacido hasta cumplir el año de edad. Esta cobertura comprende tanto en interacción como en ambulatorio:

- Cobertura del 100% de la atención integral del embarazo, parto y recién nacido
- Cobertura del 100% en medicamentos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio para la madre y del 60% en medicamentos no relacionados.
- Cobertura del 100% en medicamentos para el niño hasta el Año de vida, siempre que figuren en el listado de medicamentos esenciales.

2.1.1 Atención al Embarazo:

En embarazos normales se realizará un control mensual hasta la semana 35 a la 38 y semanal desde la 38 hasta el parto.

En embarazos de riesgo, se deberán contemplar controles, sin restricciones, con la cobertura de los estudios que cada patología requiera.

2.1.2 Primer Control Primer trimestre:

Anamnesis y confección de historia clínica.

Determinación de la edad gestacional y fecha probable del parto.

Examen gineco-obstétrico y mamario.

Examen clínico general.

Exámenes de laboratorio: grupo y factor RH, hemograma, glucemia, uremia, orina completa, VDRL, serología para Chagas, toxoplasmosis, HIV y HVSAG.

Estudio bacteriológico de orina en pacientes con antecedentes de infección urinaria.

En madres RH negativas realizar la prueba de COMBS indirecta, si fuera positiva repetir en la semana 32, realizar grupo y factor al padre del niño.

Colposcopia y Papanicolau.

Ecografía obstétrica.

Evaluación cardiológica y odontológica.

Educación alimentaria.

2.1.3 Segundo Trimestre:

Ecografía obstétrica.

Exámenes de laboratorio: hemograma, recuento de plaquetas, uremia, uricemia, glucemia y orina entre la semana 24 y 28.

Glucemia postprandial o curva de tolerancia a la glucosa en caso de necesidad.

Aplicación vacuna Triple bacteriana acelular.

2.1.4 Tercer Trimestre:

Hemograma, eritrosedimentación, glucemia, orina, coagulograma, VDRL, uricemia.

Electrocardiograma y riesgo quirúrgico.

Ecografía.

Curso psicoprofilaxis obstétrica.

Monitoreo semanal a partir de la semana 36.

2.1.5 Atención al parto y puerperio inmediato:

Internación será como mínimo de:

48 hs. para un parto vaginal

72 hs. para una cesárea.

En madres RH (-) no sensibilizadas con hijos (+) se dará cobertura con gammaglobulina anti RH, dentro de las 72 horas de ocurrido el parto y durante la internación.

En madres RH (-) cuyos embarazos terminan en abortos se dará cobertura de gammaglobulina Anti RH.

Consejos para lactancia materna, puericultura y procreación responsable.

2.1.6 Cobertura:

Brindar cobertura de internación de 48 horas con control adecuado por profesional a todos los recién nacidos.

En caso de recién nacidos patológicos brindar cobertura de internación, medicamentos y métodos de diagnósticos sin límite de tiempo.

2.1.7 Características de la Atención y Controles:

Promover el contacto inmediato del recién nacido con la madre.

Estudios con cobertura del 100% en el recién nacido, Ley 26279, Res.Nº: 755/2006 – SSS y 232/2007 – MS (1.13,1.14 y 1.15), para detección de fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, enfermedad fibroquística, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinas, retinopatía del prematuro, chagas y sífilis .

Cobertura Ley Nº: 25415, para la detección temprana y atención de la hipoacusia.

Búsqueda semiológica de signos de luxación congénita de cadera (Maniobra de Ortolani). Se solicitará ecografía de cadera en los nacimientos en podálica con semiología positiva o dudosa y en niñas con antecedentes familiares.

Determinación del grupo y factor RH, aplicación de Vitamina K 1mg. Intramuscular.

Aplicación de la vacuna BCG al recién nacido antes del alta.

Aplicación de la vacuna Antihepatitis B, de acuerdo con la resolución Nº 940/2000-MS, 1ra. dosis al recién nacido, 2da. a los dos meses y 3ra. a los seis meses de vida.

Provisión de libreta sanitaria infantil donde se consignara: Peso, Talla, Apgar, características del parto y patologías Obstétrico-neonatales.

Consultas de seguimiento y control post-alta, al 10º día de nacimiento y luego con frecuencia mensual.

Inmunizaciones del período.

Con el objeto de estimular la lactancia materna no se cubrirán leches maternizadas. Cobertura integral de leches medicamentosas sin límite de edad Ley 27305. Presentar la correspondiente prescripción del médico especialista que así lo indique..

A partir del segundo semestre, en los niños que no reciban leche materna se recomienda la leche de vaca fortificada con hierro, zinc y ácido ascórbico, en consonancia con el Programa Materno Infantil Público, para la prevención de la anemia por deficiencia de hierro.

En los niños mayores de 4 meses que no reciban leche fortificada con hierro, se deberá cubrir la suplementación medicamentosa con hierro oral hasta los 18 meses.

2.1.8 Detección Clínica de las deficiencias sensoriales:

Al segundo día de vida el neonatología, verificará prioritariamente:

Audición (movimiento de defensa ante ruidos)
Sensibilidad ante estímulos táctiles.
Reflejos.

2.1.9 A la semana de vida se efectuará:

Control de Audición por ruido y movimiento del tronco y ojos siguiendo la mirada de la madre.
Control de visión con el seguimiento de objetos.
Evaluación de la toma de objetos.
Dichos controles deberán asentarse en la ficha médica del neonato.

2.1.10 Recomendaciones ante la detección de deficiencias sensoriales:

En caso de duda se derivará a taller de estimulación temprana con la madre (primer mes).
Comprende a niños de hasta 2 años de edad con déficit neurosensorial. Si se realiza durante el primer año de vida, está contemplada dentro del Plan Materno Infantil y no paga coseguro.
De persistir baja reactividad a los estímulos sensoriales deberán realizarse potenciales evocados auditivos y visuales.
En las deficiencias sensoriales de niños distróficos se dará tratamiento prioritario de la distrofia.
Descartar la otitis media del lactante por otomicroscopía.
Detectada la hipoacusia:
Diagnóstico de la Hipoacusia con potenciales evocados hasta los dos años.
Taller de estimulación del niño hipoacúsico.
Comenzar la rehabilitación fonoaudiológica en forma temprana.

2.2 Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino:

El cáncer de cuello uterino es una de las causas de mayor morbimortalidad evitable de la patología oncológica de la mujer. La detección precoz es la manera de disminuir la morbimortalidad de esta patología, para ello es imprescindible realizar:

Papanicolau inicial a toda mujer desde los 18 años o desde el inicio de las relaciones sexuales sin límite superior de edad, con control de PAP anual .
En caso de que el PAP de control fuera anormal, se debe realizar Colposcopia y cepillado endocervical. Si estos controles fueran normales, el PAP se debe repetir 2 veces en un año y si estos fueran normales, continúa con un PAP anual.
De registrarse Colposcopia patológica o anormal, se debe realizar biopsia dirigida colposcópica, si esta verificará patología pasa al tratamiento de la misma. De ser la biopsia negativa se realizará un control anual con PAP y colposcopia. Si estos estudios fueran normales continúa con el control de PAP anual.

2.3 Programa de Prevención del Cáncer de Mama:

La única manera de prevención hasta el momento es la detección precoz.
Incluye enseñanza de Autoexamen y detección Mamográfica según P.M.O.

2.3.1 Autoexamen:

La Obra Social pretende estimular el autoexamen con planes de educación, folletos, y/o cualquier otra forma de comunicación. Para las mujeres premenopáusicas debe realizarse en la semana posterior a su menstruación e incluye la palpación de axila.

2.3.2 Detección Mamográfica

Las mujeres de 35 años sin límite superior de edad se recomienda efectuar una mamografía anual incluyendo en el estudio a la población de riesgo estándar.

Con resultado mamográfico anormal se realizará biopsia. En caso de resultado positivo pasa a tratamiento. Si en cambio fuera negativa, continúa con el control anual.

2.4 Programa de Prevención del Dengue:

El Dengue es una enfermedad causada por un virus, transmitida de persona a persona a través de un mosquito, que es vector de la enfermedad. En la mayoría de los casos, este es el *Aedes Aegypti*, mosquito de hábitos domiciliarios, por lo que la enfermedad es predominantemente urbana. Toda persona que es picada por un mosquito infectado puede desarrollar la enfermedad.

Las estrategias de control deben estar dirigidas a:

- Reducir la población de mosquitos.
- Protegerse de las picaduras de los mismos.
- Detectar y tratar precoz y adecuadamente los casos de enfermedad.

2.5 Programa de Prevención del Chagas

El Mal de Chagas-Mazza es una de las principales enfermedades parasitarias que afecta a toda América y es producida por un parásito (*Tripanosoma Cruzi*). La dolencia no tratada a tiempo ataca a los órganos vitales del cuerpo infectado y provoca lesiones invalidantes y un lento deterioro que conduce a la muerte. Es transmitida en la mayoría de los casos por la vinchuca. Este insecto habita en lugares precarios, donde vive gente de pocos recursos, en poblaciones muchas veces aisladas a las que se hace difícil llegar.

La prevención es la batalla más importante en la lucha contra el Mal de Chagas. Las medidas están orientadas a la higiene de la vivienda del hombre y de los animales, lugares donde habitualmente se desarrolla la vinchuca.

2.6 Programa de Prevención de la Diabetes.

En la Argentina aproximadamente 2 millones de personas padecen la enfermedad. El 30 al 50% de los pacientes la desconocen, ya que su instalación precede en años al diagnóstico clínico. La Diabetes es una falla del metabolismo

La Diabetes tipo I que también se llama insulino dependiente, se diagnostica generalmente durante la infancia. Afecta en mayor medida a las mujeres, su inicio es lento, la masa corporal es generalmente normal y su tratamiento es con insulina.

La Diabetes tipo II aparece en la edad adulta, después de los 30 años. Afecta en mayor medida a los varones su inicio es brusco, la masa corporal está aumentada y se puede controlar mediante la dieta. En algunos casos se necesita utilizar medicamento orales o insulina.

2.7 Programa de Prevención de la Hipertensión Arterial

La Hipertensión Arterial es el aumento de los valores de la presión en relación, Principalmente con la edad. La presión arterial normal en un adulto alcanza un valor de máxima de 140 milímetros de mercurio y de mínima no mayor de 90. Por encima de estos valores hay hipertensión.

La incidencia se da en relación con:

Edad y sexo: Es mas común en los hombres y en la gente mayor.

Herencia: tienen mayor predisposición quienes tienen antecedentes familiares de alta presión

Stress.

Sobrepeso (obesidad).

Tratamiento y prevención: La mejor forma de prevenir esta enfermedad es

Realizarse un control periódico, no abusar de las comidas con sal, caminar trotar, evitar el cigarrillo y el café. Es decir modificar el estilo de vida.

2.8 Odontología Preventiva:

Destinado a la totalidad de la población con especial énfasis en embarazadas y menores de 18 años.

Campos de prevención, fluoración, y campañas de educación para la salud bucal en concordancia con organismos públicos.

2.9 Programa de Control de la Persona Sana:

Mediante el programa de control de la persona sana, prevé la realización de exámenes periódicos de salud a su población beneficiaria, con un esquema más selectivo en prevención y detección de los problemas de salud, tomando como guía general la edad de los pacientes para definir las conductas a adoptar.

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 20 A LOS 35 AÑOS

Examen clínico anual

Control de tensión arterial

Control de talla y peso

Papanicolau anual, Ver programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino

Un control de colesterol y HDI

Serología para rubéola en las mujeres mayores de 12 años

Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 35 A 45 AÑOS

Examen clínico anual
Control de tensión arterial
Control de talla y peso
Papanicolau anual. Ver programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino
Mamografía Anual
Colesterol con periodicidad según resultado obtenido
Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 45 A 55 AÑOS

Examen clínico anual
Control de tensión arterial
Control de talla y peso
Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata en varones a partir de los 50 años
Papanicolau anual. Ver programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino
Glucemia cada 3 años en caso de ser normal
TSH en mujeres mayores de 50 años con periodicidad según el resultado obtenido.
Mamografía anual. Ver programa de detección de Cáncer de Mama
Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 55 A 65 AÑOS

Examen clínico anual.
Control de tensión arterial.
Control de talla y peso.
Papanicolau anual. Ver programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino.
Mamografía anual. Ver Programa de Prevención del Cáncer de Mama.
Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata.
Sangre oculta en materia fecal anual.
Colesterol.
Glucemia cada 3 años.
Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.

EXAMEN DE SALUD PARA MAYORES DE 65 AÑOS

Examen clínico anual
Control de tensión arterial
Control de talla y peso
Sangre oculta en materia fecal anual.
Papanicolau. Ver programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero.
Mamografía anual.
Prevención del cáncer de mama.
Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata.
Screening de compromiso auditivo por interrogatorio periódico de los pacientes, no es necesario realizar audiometría.
Examen de agudeza visual.
Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.

3º Atención Secundaria:

3.1 Asistencia Ambulatoria:

3.1.1 Consultas Médicas:

Tendrán cobertura las consultas con todas las especialidades médicas reconocidas por la autoridad Sanitaria. Quedan comprendidas las consultas de urgencia y las programadas en consultorio y a domicilio.

Se dividen, según su modalidad de acceso, en directas e indirectas, siendo las de acceso directo aquellas que brinda el Equipo Base de Atención Médica Primaria, el Oftalmólogo y los servicios de urgencia.

Al resto de las especialidades se accede indirectamente, por indicación taxativa del Médico Referente o del Pediatra del EBAMP. El paciente, en su tránsito por los distintos niveles y servicios, es tutelado por estos. Estas indicaciones de consulta especializada se efectuarán bajo el estilo de interconsulta, implicando por tanto un informe de devolución del especialista consultado. Al efecto de no entorpecer el acceso, el consultante del EBAMP, especificará la cantidad o dejará abierto el número de consultas a realizar por especialista.

Los turnos de consulta para las especialidades de acceso indirecto se otorgarán como máximo a los cinco días hábiles de la solicitud.

3.1.2 Especialidades:

Anatomía patológica	Anestesiología
Cardiología y Ecografía	Cirugía Cardiovascular
Cirugía de Cabeza y Cuello	Cirugía de Tórax
Cirugía General	Cirugía Infantil
Cirugía Plástica Reparadora	Clínica Médica
Dermatología	Diagnóstico por imágenes
Endocrinología	Fisiatría
Gastroenterología	Geriatría
Ginecología	Hematología
Hemoterapia	Infectología
Medicina familiar y general	Medicina Nuclear
Nefrología	Neonatología
Neumonología	Neurología
Nutrición	Obstetricia
Oftalmología	Oncología
Ortopedia y traumatología	Otorrinolaringología
Pediatría	Psiquiatría
Reumatología	Terapia Intensiva
Urología	

3.1.3 Prácticas y estudios Complementarios Ambulatorios diagnósticos y Terapéuticos:

Se incluyen con cobertura del 100% todas las prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el P.M.O.E., incluyendo descartables, radioactivos, sustancias de contrastes, medicamentos o cualquier otro elemento necesario para realizarlo.

3.1.4 Internación:

Contempla con el 100% de cobertura la internación clínico-Quirúrgica, especializada, de Alta Complejidad y Domiciliaria, sin coseguros, ni límite de tiempo.

Incluye todas las prestaciones y prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el P.M.O..

Tiene el 100% de cobertura de gastos, derechos, honorarios, material de contraste o radioactivo, medicamentos, elementos e instrumentales necesarios, descartables o no.

A las modalidades del Hospital de día y Cirugía Ambulatoria les corresponde una cobertura idéntica a la de internación.

Las cirugías programadas no podrán tener una espera mayor de 30 días a partir de su indicación.

Acompañante sin coseguro para internaciones de menores de 15 años inclusive.

4^a Salud Mental:

4.1 Cobertura de las prestaciones comprendidas en la Ley de Salud Mental N°: 26657 y Decreto Reglamentario N°: 603/2013.

Prevención en Salud Mental

Se incluyen todas aquellas actividades de fortalecimiento y desarrollo de comportamientos y hábitos de vida saludables como forma de promoción de la salud en general y la salud mental en particular.

Actividades específicas que tienden a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestar psíquico en temas específicos como la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil y otros.

Se proporcionaran las prácticas de la promoción de la salud Mental mediante el desarrollo de actividades grupales y la modalidad de talleres que tiendan a la participación, el apoyo mutuo y los comportamientos solidarios.

4.2 Atención Ambulatoria:

Sin límites en las prestaciones

Incluye las Siguietes modalidades:

Entrevista Psiquiátrica
Entrevista psicológica
Entrevista y tratamiento psicopedagógico
Psicoterapia individual
Psicoterapia grupal
Psicoterapia de familia y de pareja
Psicodiagnóstico

4.3 Internación:

En casos de patologías agudas, en las modalidades Institucional u Hospital de día, sin límites en las prestaciones.

5º Rehabilitación

Se incluyen todas las prácticas Kinesiológicas y Fonoaudiológicas que se detallan en el P.M.O. Anexo II

Se dará cobertura al 100% en los casos de necesidad de rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial. Con el siguiente alcance:

Kinesioterapia:

Hasta 25 sesiones por afiliado por año calendario.

Fonoaudiología:

Hasta 25 sesiones por afiliado año calendario.

Accidente Cerebrovascular:

Hasta 3 meses, prorrogable por la Auditoría mientras se Documente progreso objetivo en la evolución.

Post-Operatorio de Traumatología:

Hasta 30 días, prorrogable por la Auditoría mientras se documente progreso objetivo de la evolución.

Grandes Accidentados:

Hasta 6 meses, prorrogable por la Auditoría mientras se documente progreso objetivo en la evolución.

Estimulación Temprana

En niños de hasta 2 años de edad, con déficit neurosensorial. Si se realiza durante el primer año de vida, está contemplada dentro del Plan Materno Infantil y no paga coseguro.

6º Odontología:

6.1 Se asegura la cobertura por parte de los agentes del Seguro de Salud, de las siguientes prácticas:

6.1.1 Consulta Diagnóstico. Fichado y plan de Tratamiento.

01.04 Consulta de Urgencia

02.01 Obturación Amalgama. Cavidad simple

02.02 Obturación Amalgama. Cavidad Compuesta o Compleja.

02.04 Obturación con tornillo en conducto.

Comprende el tratamiento de los tejidos del diente para resolver los daños provocados por las caries dental cuando la destrucción coronaria sea mayor que los dos tercios de la distancia intercuspidea. La obturación definitiva debe incluir, en menores de 18 años, el sellado de todas las superficies no tratadas. Será reconocida una única vez por pieza tratada.

02.05 Obturación resina auto curado. Cavidad simple.

02.06 Obturación resina auto curado. Cavidad Compuesta o Compleja.

02.08 Obturación resina foto curado Sector anterior

02.09 Reconstrucción de ángulo de dientes anteriores

03.01 Tratamiento endodóntico en unirradiculares

03.02 tratamiento endocrino en multirradiculares

03.05 Biopulpecto parcial

03.06 Necropulpectomía parcial o momificación

En piezas que por causa técnicamente justificada no se pueda realizar el tratamiento endodóntico convencional.

05.01 Tartrectomía y cepillado mecánico.

05.02 Consulta preventiva. Terapias fluoradas.

05.04 Consulta preventiva. Detección control de placa bacteriana y enseñanza de técnicas de higiene bucal.

05.05 Selladores de surcos, fosas y fisuras.

07.01 Consultas de Motivación

Se cubrirá hasta los 15 años de edad e incluye la consulta diagnóstica, examen y plan de tratamiento. Comprende hasta tres visitas al consultorio.

07.03 Reducción de luxación con inmovilización

07.04 Tratamiento de Dientes temporarios con Formocresol.

Cuando el diente tratado no este próximo a su expoliación. También se cubrirá en piezas permanentes con gran destrucción coronaria.

07.06 Reimplante Dentario e inmovilización por Luxación Total

08.01 Consulta de Estudio, Sondaje, Fichado, Diagnóstico y Pronóstico.

08.02 Tratamiento de Gingivitis.

Comprende tartrectomía, raspaje y alisado, detección y control de placa, tonificación con flúor y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Se cubrirá anualmente.

08.03 Tratamiento de enfermedad periodontal.

Comprende todos los cuadros periodontales e incluye raspaje y alisado radicular. Se cubrirá cada dos años.

08.04 Desgaste selectivo o armonización oclusal.

09.01 Radiología Periapical. Técnica de Cono Corto o Largo. Radiografía Bite-Wing.

09.02 Radiografía Oclusal.

09.03 Radiografía Dental Media Central: de 5 a 7 películas.

- 09.04 Radiografía Dental Seriada: de 8 a 14 películas.
- 09.06 Estudio cefalométrico
- 10.01 Extracción dentaria
- 10.02 Plástica de Comunicación buco-sinusal
- 10.03 Biopsia por punción, aspiración o escisión.
- 10.04 Alveolectomía estabilizadora
- 10.05 Reimplante Dentario Inmediato al Traumatismo con inmovilización
- 10.06 Incisión y drenaje de Abscesos
- 10.08 Extracción dentaria en retención mucosa
- 10.09 Extracción de dientes con retención ósea.
- 10.10 Germectomía
- 10.11 Liberación de dientes retenidos.
- 10.13 Tratamiento de la osteomielitis
- 10.14 Extracción de cuerpo extraño
- 10.15 Alveolectomía correctiva
- 10.16 Frenectomía

Medicamentos:**Ambulatorio**

La cobertura será del 40% en medicamentos ambulatorios de uso habitual, que figuran en el Anexo III de la Res. 310/04 M.S. y el 70% para los medicamentos destinados a patologías crónicas, conforme se publica en el Anexo IV, con aplicación de la ley 25649 y Dto. 967/03 de promoción de medicamentos por su nombre genérico, formulario P.M.O. y precios de referencia.

Cobertura de medicamentos de alternativa terapéutica: incluye medicamentos con eficacia clínica y seguridad demostradas según evidencia científica convencional y que por su relación beneficio/riesgo y beneficio/costo conforman Tratamientos Farmacológicos de Alternativa ante:

- Patologías o Problemas de Salud no Prevalentes y por ende no cubiertos por los medicamentos esenciales incluidos en el Formulario Terapéutico del PMO
- Falla de Tratamiento, Intolerancia o Problemas de Conveniencia(interacciones, contraindicaciones o particularidades farmacocinéticas de cada caso) de los medicamentos incluidos en el PMO.
- Cobertura al 100% de los medicamentos incluidos en la Resolución N°: 400/2016 SSSalud – SUR..
- Cobertura al 100% de los medicamentos destinados a los pacientes comprendidos en leyes de protección de grupos vulnerables.

Internación:

La cobertura es del 100%.-

Tendrán cobertura del 100%:

Eritropoyetina en el tratamiento de la Anemia por insuficiencia Renal Crónica.

Medicamentos oncológicos. La medicación oncológica debe solicitarse a través del recetario de medicación oncológica que contempla el diagnóstico, anatomía patológica, edad, peso corporal, y protocolo con drogas de elección alternativas, dosis y tiempo aprobados por autoridad de aplicación.

La medicación no oncológica de uso en protocolos oncológicos tendrá la misma cobertura que la medicación ambulatoria, a excepción del Ondasetron en el tratamiento de los vómitos inducidos por drogas altamente emetizantes.

Cobertura del 100% de medicación analgésica destinada al manejo del dolor de pacientes oncológicos, según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.

Tendrán cobertura del 100% con apoyo financiero del Fondo Solidario de Redistribución según Res. N°: 400/2016 SSSALUD – SUR

Interferón según P.M.O

Copolímetro según P.M.O

Gestrinoma y Danzol según P.M.O.

Teicoplanina según P.M.O.

Factores estimulantes de colonias Granulocíticas, según P.M.O

Dnasa según P.M.O

Riluzole según P.M.O

Factor VIII y Antihemofílico según P.M.O
Somatotropina según P.M.O
Octeotride según P.M.O
Cerezyme según P.M.O
Medicación anti HIV y anti Sida según P.M.O
Inmunosupresores según P.M.O

Para acceder a la provisión de los medicamentos nombrados (que no podrán ser dispensados en forma directa) el beneficiario deberá presentar:

- Historia clínica
- Protocolo de tratamiento (incluyendo dosis diaria y tiempo estimado del mismo)

Cobertura de medicamentos para la Diabetes Ley 26.914 .Resolución 764/2018 MSyDS
Cobertura de insulina (100%)

Antidiabéticos orales (100%) insumos y reactivos de diagnóstico para el autocontrol (100%) en cantidades necesarias según lo prescriba su médico. De acuerdo al Artículo 2 de la Ley 26914 y Resolución 764/2018-MSyDS.

Cobertura del 100% del Mestinon 60 Mg. para tratamiento de Miastenia Gravis.

Los prestadores deberán recetar medicamentos por su nombre genérico con aplicación de mecanismo de sustitución y precios de referencia

8° Otras Coberturas:

8.1 Cuidados Paliativos:

El cuidado paliativo es la asistencia activa y total de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo. El área asistencial de los cuidados paliativos incluye pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicas, SIDA, enfermedades metabólicas y genéticas potencialmente letales a corto o mediano plazo, que no responden a tratamientos disponibles en la actualidad con finalidad curativa y la expectativa de la vida del paciente no supere el lapso de 6 meses. Estos cuidados tienen entre sus objetivos controlar los síntomas, entender y aliviar el sufrimiento por el cual pasan indefectiblemente los pacientes y sus familias. El tratamiento del dolor u otros síntomas angustiantes tendrán cobertura del 100%.

8.2 Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal continua Ambulatoria

La cobertura será del 100% siendo requisito indispensable la inscripción de los pacientes en el INCUCAI dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento.

8.3 Cobertura en Otoamplifonos:

Se cubrirá el 100% en patologías neurosensoriales o perceptivas en niños hasta 15 años a fin de garantizar adecuado nivel de audición que permita obtener una educación que maximice las potencialidades personales.

Normas:

Hasta la escolaridad pre-primaria se otorga el equipamiento bilateral según el P.M.O.E.

En todos los casos es obligatoria la cobertura con audífonos convencionales. Cobertura de transposidores de frecuencia conforme sean indicados para pacientes con certificado de discapacidad.

8.4 Óptica:

La OSTVLA proveerá sin cargo, previa Auditoria Médica, anteojos estándar al 100% sólo a menores de 15 años. El beneficiario con la prescripción médica de un profesional de la cartilla deberá comunicarse con la Obra Social o con sus respectivas prestadoras, donde se le asesorará sobre las ópticas contratadas en su zona y se le entregará vía fax, una vez aprobada por la Auditoria Médica, la orden de provisión para la óptica elegida.

Las prótesis oculares de reemplazo y lentes intraoculares, será provistas según lo detallado para prótesis quirúrgicas.

8.5 Prótesis y Órtesis:

La cobertura será del 100% en prótesis de colocación interna permanente y del 50% en órtesis y prótesis externas,. El monto máximo a erogar por la Obra Social será de la menor cotización de plaza.

Las indicaciones médicas se efectuaran por nombre genérico sin sugerencia de marca o proveedor, la Obra Social no recibirá ni tramitará aquella que no cumpla estrictamente con estos requisitos. Se proveerán las prótesis nacionales según indicación. Sólo se admitirán prótesis importadas según indicación cuando no exista similar nacional.

8.6 Traslados:

Para beneficiarios que no puedan trasladarse por sus propios medios desde, hasta o entre establecimientos de salud, con o sin internación y que sea necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología.

La elección del medio de traslado y las características del móvil quedan supeditadas al estado clínico del paciente documentado por indicación médica.

8.7 Prácticas con Financiamiento por el Fondo Solidario de Redistribución:

- Injerto de miembros con microcirugía.
- Transplantes de médula ósea para casos de: Aplasia medular idiopática o adquirida no secundaria a invasión neoplásica
- Tumores hemáticos (linfomas, leucemias)
Para casos de tumores sólidos.
Mieloma múltiple, con informe previo de la Sociedad Científica.
- Transplantes renales.
- Transplantes cardíacos.
- Transplantes cardiopulmonares.
- Transplantes pulmonares.
- Transplantes hepáticos.
- Transplantes intestinales.
- Transplantes de páncreas.
- Transplante masivo de hueso para casos de: Cirugía de tumores óseos. Malformaciones óseas Congénitas.
- Embolización selectiva de grandes vasos.
- Radio neurocirugía cerebral.
- Tratamientos de grandes quemados.

Prótesis de Ortopedia y Traumatología

- Totales y parciales de caderas cementadas.
- Totales y parciales de rodillas cementadas.
- Materiales de estabilización de columna.
- Prótesis no cementadas.
- Prótesis mioeléctricas o bioeléctricas, de acuerdo a lo contemplado en la Res. 400/2016 SSS.

El afiliado deberá solicitar autorización previa de la Auditoría de la Obra Social, la cual evaluará y solicitará la documentación requerida para cada caso.

8.8 Otras Coberturas

Res: 1991/05 M.S.:

1. Sistema de derivación ventrículo peritoneal
2. Implantes cocleares.
3. Prótesis cardíacas – Parches cardíacos
4. Prótesis arterial. Stent.
5. Angioplastia coronaria con stents liberadores de fármacos.
6. Prótesis de Ortopedia y Traumatología:
7. Totales y parciales de cadera cementadas y no cementadas.
8. Totales y parciales de rodilla cementada y no cementadas.

9. Espaciadores articulares de rodilla y cadera con gentamicina.
10. Materiales de estabilización de columna.
11. Materiales de osteosíntesis.
12. Vertebroplastia percutanea con cemento acrílico.
13. Radioterapia Tridimensional, Conformada para el tratamiento del Ca. de Próstata.
14. Antivirales de uso Sistémico.
15. Factores Estimulantes de Colonias.
16. Factores de Coagulación Sanguínea.
17. Ley de Contracepción 26/30: Contempla la cobertura de ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía.
18. Cobertura al 100% de medicación analgésica destinada al manejo del dolor de pacientes oncológicos, según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.
19. Ley 26396 y Res: 742/09 M.S. Cobertura de Obesidad de pacientes adultos con índice de Masa Corporal Igual o Mayor a 30 y según condicionamientos establecidos en la Normativa.
20. Enfermedad Celíaca Ley 26588. M.S y su modificación por la Ley 27196. Cobertura de Estudios para la Detección Temprana, Diagnóstico, Seguimiento y Tratamiento de la Enfermedad Celíaca. Provisión de alimentos libres de gluten RES.775/19 APN-SGS-MSYDS monto mensual a cubrir \$900.90.
21. Se brinda la atención necesaria en enfermedades profesionales, accidentes de trabajo y accidentes in itinere.
22. Prestaciones de la Res. 1747/05 M.S. Contempla la cobertura de la droga Efalizumab para el tratamiento de la Psoriasis en Placa grado moderado o severo en mayores de 18 años y prestaciones incluidas en el anexo I de la Res.
23. Droga Dapsona para el tratamiento de la Lepra
24. Drogas para el tratamiento de la Tuberculosis
25. Practicas contempladas en la Resolución N°: 400/2016 SSSALUD - SUR
26. Eritropoyetina. Cobertura del 100% (tratamiento IRC) a cargo del Agente del Seguro.
27. Reproducción Medicamente Asistida, de acuerdo a las especificaciones
 Previstas en la Ley 26862 , Decreto Reglamentario N°: 956/2013 y Decreto N°:931/16
 Programa Nacional de Reproducción Medicamente Asistida.
- 28 Ley de Identidad de Género N°: 26743. Rectificación registral del sexo el cambio de nombre de pila e imagen. Resolución 3159/19 Hormonización, cobertura del 100% de: Acetato de Ciproterona, Testoterona gel, Estradiol gel, Valerato de Estradiol, Espironolactona, Undecanoato de Testoterona y Triptorelina, para los pacientes con

Tratamientos Hormonales Integrales, que tienen por finalidad cambiar los caracteres secundarios que responden al sexo gonadal.

29) Cobertura del 100% de inmunoglobulina antihepatitis B según lo establecido en el anexo III de la Res: N°: 310/2004 M.S.

1) Profilaxis de transmisión vertical en recién nacidos de madres portadoras crónicas de virus de hepatitis B. 2) Profilaxis post exposición a virus de hepatitis B por inoculación transdermica o mucosa dentro de los 2 días de contacto.

30) Ley 26872 Cobertura de la cirugía reconstructiva post mastectomía por patología mamaria. Provisión de las prótesis necesarias.

31) Ley 27071. Cobertura pacientes ostomizados. Cobertura total de los dispositivos o bolsas para las ostomias y los elementos accesorios necesarios para la optimización de la tolerancia de la bolsa para aquellas personas sometidas a una ostomia temporal o definitiva.

32) Vacuna VPH. A todos los niños desde los 11 años 1ra dosis. 2da dosis a los 6 meses de la 1ra.

33) Ley 27306 Trastornos del Aprendizaje, La obra social brindara las prestaciones necesarias para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de las dificultades específicas del Aprendizaje.(DEA). Presentar la documentación en el sector Discapacidad de la O.S.

34) Ley 27305 Leches medicamentosas. Cobertura integral de leches medicamentosas. sin límite de edad a los que padecen alergia a las proteínas de la leche vacuna como así también de aquellos que padecen enfermedades o trastornos gastro intestinales y enfermedades metabólicas. Para la cobertura se debe presentar la correspondiente prescripción del médico especialista que así lo indique.

35) Ley 25673 Resolución 2922/2019 Implante Subdérmico Método Anticonceptivo, cobertura cien por ciento 100%, incluyendo todas las presentaciones . Uso, colocación y extracción incluidas en PMO



36) Resolución 1452/2019 Cobertura del principio SPINRAZA y nombre genérico NUSINERSEN para el tratamiento de la Atrofia Muscular Espinal tipo I, II y III a.

37) Resolución 2894/19 del Ministerio de Salud de la Nación cobertura al 100%, medicamentos y productos médicos destinados al tratamiento de la Fibrosis Quística

38) Sistema Único de Reintegro, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 46/17 SUR actualización de los medicamento, insumos y prestaciones contempladas por el SUR, la Obra Social dará cumplimiento a lo determinado en la Resolución 46/17 SUR.

9.1 Coseguros:

Normas Generales:

Coseguros

Los valores que se detallan a continuación, para cada prestación o tipo de prestaciones, se denominan Coseguros y están a cargo del afiliado en los planes que así lo indican. Estos Coseguros no superan en ningún caso lo establecido por el Ministerio de Salud en sus Resoluciones sobre el Programa Médico Obligatorio. En función de ello pueden sufrir modificaciones. Consulte al **0800-288-7963** en caso de duda. Ud. debe abonar los Coseguros directamente al prestador: profesional, Sanatorio o Institución de su cartilla, en el momento de hacer uso de la prestación correspondiente. El Prestador no está autorizado a cobrarle ningún otro importe por los servicios incluidos en el Plan de Salud. Siempre deberá emitirle el correspondiente Recibo o Factura según normas impositivas vigentes.

*Coseguro a cargo del afiliado**

PRESTACIONES	
Pediatría, Ginecología, Obstetricia y Oftalmología	\$ 118
Consultas con Médicos Especialistas	\$ 221
Atención Domiciliaria Consultas	
Visita a Domicilio Diurna (Código verde)	\$ 369
Visita a Domicilio Nocturna (Código verde)	\$ 517
Visita a Domicilio Emergencias/Código Rojo	Sin cargo
Visita a Domicilio Mayores 65 años (cod verde noct./diurn)	\$ 148
Prácticas diagnósticas terapéuticas	
Imágenes de baja complejidad: Incluye RX simple y Ecografía simple.	\$ 74 (por estudio)
Prácticas diagnósticas y terapéuticas de mediana complejidad .	\$ 148 (por estudio)
Prácticas diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad (TAC, RMN, Lab. Biomolecular, Genético, Medicina Nuclear, Endoscopia).	\$ 369 (por estudio)
Estudios y Practicas en Internacion.	Sin cargo
Enfermería	
Prácticas de Enfermeria	Sin cargo
Prácticas Kinesio-Fisiátricas / RPG	
Prácticas kinesiológicas/fisiátricas	\$ 74 (por sesión hasta 30 sesiones por año)
	Por sesión excedente \$ 131 c/u
Prácticas de Fonoaudiología y Foniatría	
Prácticas de Fonoaudiología y Foniatría	74 (por sesión)
Odontología	
Consulta Odontológica	\$ 148
Consultas Odontológica para menores de 15 años y mayores de 65 años	\$ 74
Prácticas Odontológicas	\$ 148 (cada practica)
Prácticas Odontológicas para menores de 15 años y mayores de 65 años	\$ 148

Particularmente, están exceptuados del pago de coseguos:

La mujer embarazada desde el diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio.

El recién nacido hasta cumplir un año de edad.

Los pacientes que padezcan enfermedades oncológicas, para todas las prestaciones relacionadas con el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de su enfermedad de base a una vez diagnosticada.

Las personas con discapacidad de acuerdo a lo estipulado en la Ley 24901 y su Decreto Reglamentario.

Las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y las que padecen del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, para el seguimiento del padecimiento de base y el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades intercurrentes.

Los programas preventivos.

9.2 Normas Particulares:

En cada bono/orden de baja complejidad podrán incluirse hasta cinco prácticas especializadas o cinco análisis clínicos, en radiología hasta dos exposiciones de la misma área se consideran una práctica. En cada bono/orden de alta complejidad podrán incluirse hasta una práctica.

En el Anexo II Catálogo de prestaciones del P.M.O. se detalla en cada práctica ambulatoria su condición de alta o baja complejidad. Los códigos 15.01.06 Citología Exfoliativa oncológica y 34.06.01 Mamografía Senográfica, estarán exentos de coseguro cuando fueran indicados en el marco de los Programas de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino y del Cáncer de Mama.

10° Programa de salud sexual y procreación responsable – Ley 25673-

Se enmarca dentro del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad, considerándose primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (ley 23849)

Serán los objetos:

- Alcanzar para la población cubierta el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.
 - Disminuir la morbimortalidad materno-infantil
 - Prevenir embarazos no deseados
 - Promover la salud sexual de los adolescentes
 - Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, e HIV/SIDA y patologías genitales y mamarias.
 - Garantizar a toda la población cubierta el acceso a la información, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.
 - Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

OSTVLA implementó la transformación del modelo de atención buscando reforzar la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas adecuadas sobre salud sexual y procreación responsable, estableciendo, de acuerdo con las normas que surjan de la ley, un sistema de control de salud para la detección temprana de enfermedades de transmisión sexual, HIV/SIDA y cáncer genital y mamario, realizando su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, seguimiento y evaluación. A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribirá y suministrará los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la A.N.M.A.T.

Se efectuarán controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido. Este programa se halla incorporado a las coberturas en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones. Se realiza difusión periódica del programa.

11° Otros Sub-Programas Especiales.

Cobertura para:

SIDA-según Resolución N° 625/97

DROGADICCIÓN- según Resolución N° 362/97

DISCAPACITADOS- según Resolución N° 400/99

DISCAPACIDAD

Serán cubiertas por **OSTVLA** las prestaciones previstas en la Ley 24901 para la atención de personas con discapacidad, según las normas reglamentarias establecidas por el Ministerio de Salud, a través de su red de prestadores o aquella que presente el beneficiario, que por excepción sea aprobada y que cuenten con la acreditación e inscripción en los registros habilitados a tal efecto por el Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad y la Superintendencia de Servicios de Salud. En tal sentido, se dará prioridad a Instituciones educativas de carácter oficial.

RECUERDE QUE: a los efectos de tener conocimiento de los trámites a seguir para el acceso a la cobertura, es indispensable obtener el instructivo completo que debe solicitarse vía mail a – obrasocial@tecnicosdevuelo.org.ar – o retirarlo personalmente por nuestras oficinas de Casa Central.

IMPORTANTE: No se dará curso a legajos que no contengan la totalidad de la documentación detallada a continuación.

Presentación al iniciar cada período de tratamiento:

De acuerdo a la última modificación publicada con fecha 26/11/2012 por la S.S.S., en su Resolución 1511/2012, deben realizarse 2 presentaciones anuales, según semestre calendario.

Del Beneficiario

1. Copia del certificado de discapacidad vigente para el período de cobertura solicitado.
2. Copia del DNI y de la constancia de Cuil del paciente.
3. Formulario de Resumen de Historia Clínica, según resolución 1511/2012.
4. Indicación médica en original (con nombre y apellido del paciente y N° de DNI), especificando la disciplina, frecuencia semanal, y período solicitado (por semestre calendario). No se aceptarán órdenes médicas que indiquen un prestador específico o que le falte alguno de los datos aquí solicitados.
5. Consentimiento individual por el plan de tratamiento, suscripto por el beneficiario o su representante y por el profesional actuante.

De los Profesionales o Instituciones, propuestos para el tratamiento:

1. Fotocopia de la Disposición de Inscripción (completa) y del Certificado de Inscripción del Prestador en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de rehabilitación ambulatoria y demás prestaciones Institucionales vigentes; y para el resto de las prestaciones educativas, la fotocopia de la Constancia de Inclusión en el Registro Nacional de Prestadores de Discapacidad del Servicio Nacional de Rehabilitación, según el decreto N° 1193/98, con indicación de la razón social, el domicilio del establecimiento, la prestación y la categoría. **NO SE ACEPTARAN PROPUESTAS TERAPÉUTICAS DE PROFESIONALES QUE NO CUMPLAN CON ESTE REQUISITO.**

2. Para los profesionales independientes, deberán presentar copia del título habilitante y de la matrícula profesional.
3. Copia de la inscripción en AFIP de todos los profesionales, instituciones y/o proveedores que intervengan en el tratamiento del paciente.
4. Al inicio de cada período, todos los prestadores intervinientes deberán confeccionar un informe de evaluación del paciente y plan de trabajo para el semestre en curso.
5. Presupuesto original, por cada especialidad, prestador y/o proveedor al inicio de cada período, con N° de CUIT/CUIL del emisor, datos de contacto, firma y fecha, detallando la prestación de que se trata, frecuencia semanal, costo por sesión y período presupuestado (semestre calendario).
6. Para la prestación de Integración Escolar, deberá presentar el Acta Acuerdo del Plan Curricular adaptado, firmado por la Institución Educativa a la que concurra, la profesional o equipo integrador, y la familia del afiliado.
7. Al finalizar el período autorizado, todos los prestadores intervinientes deberán confeccionar un informe circunstanciado de la evolución y estado actual del beneficiario

Nota: los valores a reconocer por esta Obra Social son los que surjan de las diferentes resoluciones emitidas por el Ministerio de Salud de la Nación, para las prestaciones contempladas en el Nomenclador de Discapacidad. **No se autorizarán presupuestos por coordinación, supervisión y/o evaluación.**

Documentación Contable:

En forma mensual los prestadores autorizados previamente por el Sector de Discapacidad, deberán presentar:

- Factura original por paciente a nombre de OSTVLA (tipo A, C o M únicamente). En la misma deberá constar: nombre y apellido del beneficiario, la prestación y modalidad brindada y el período al que se refiere la prestación. Si estuviera autorizado el Plus por dependencia, deberá detallarse en la factura. En el caso de transporte, adicionalmente se deberá especificar: cantidad de viajes, punto de partida y destino, cantidad de kilómetros recorridos.

Constancia de la asistencia brindada en la modalidad que corresponda, efectuada por la Institución o Profesional que dio la prestación y firmada por padre, madre o representante del beneficiario. Para la prestación de Integración Escolar o Maestra de Apoyo, deberá adjuntar la constancia de alumno regular del período facturado

12º Exclusiones del Programa Médico Asistencial de OSTVLA:

- Acupuntura.
- Celuloterapia.
- Homeopatía.
- Quiropraxia.
- Medicina Alternativa
- Cirugía Plástica y estética no reparadora.
- Curas de reposo, rejuvenecimiento, hidroterapia o similares.
- Chequeos para exámenes pre-ocupacionales de ingreso a actividades laborales. Excepciones según criterio de Auditoría Médica Central.
- Diferencia de Honorarios por elección de Profesionales, servicios extras.
- Internaciones o intervenciones penadas por la Ley.
- Prácticas o Intervenciones experimentales..
- Reintegros, salvo que medien circunstancias debidamente justificadas.
- Internaciones para exámenes complementarios, análisis, estudios, tratamientos de clínica o cirugía que puedan efectuarse en forma ambulatoria. Excepciones según criterio de la Auditoría Médica Central.
- Consultas paramédicas.
- Productos de farmacia de venta libre.

La Obra Social garantiza a través de los prestadores propios o contratados la cobertura y acceso a todas las prestaciones incluidas en el Anexo II del Catalogo de Prestaciones del P.M.O. y definidas en la Resolución N° 939/00-MS que fueron aprobadas por el equipo de evaluación de tecnología sanitaria en base a la Medicina Basada en la Evidencia y acatando la actualización continua que se normatice en cumplimiento con el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y el Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (Vigía) según Decreto N° 865/00 a fin de garantizar la salud de la población y controlar los grupos vulnerables.

13º Aclaraciones y recomendaciones:

Como se podrá apreciar el SERVICIO MÉDICO INTEGRAL que brinda la Obra Social, cubre todas las modalidades de recuperación de la Salud comprendidas en el PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO, con una distribución de CENTROS ASISTENCIALES de forma tal que cubra la mayoría de las zonas en las cuales se encuentran los establecimientos adheridos y por ende los beneficiarios. En consecuencia, se aconseja no concurrir a CLÍNICAS, CENTROS ASISTENCIALES que no estén autorizados ni adheridos a esta OBRA SOCIAL, ni efectuar gastos que NO LE SERÁN RECONOCIDOS. Ante cualquier dificultad, Usted deberá consultar previamente en nuestra Obra Social, la cual estará siempre dispuesta a contemplar con anterioridad dichas dificultades siempre que las mismas sean consecuencia de razones justas y lógicas y no obedezcan a razones de comodidad o preferencias asistenciales. EL MÉDICO AUDITOR será el único responsable para autorizar estudios, análisis, etc., no comprendidos en los contratos médicos, en los días y horarios establecidos para tal efecto.

CONTROL Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO MÉDICO

El control y funcionamiento del SERVICIO MÉDICO es responsabilidad del MÉDICO AUDITOR, éste también será el encargado de atender y resolver cualquier reclamo o queja sobre el SERVICIO MÉDICO que presenten los beneficiarios, siempre que las mismas se formalicen por escrito y con la firma responsable del denunciante, como prevé la resolución N° 075/98 S.S.S. Además, todas las prestaciones que se soliciten y que no estén comprendidas en el PROGRAMA MÉDICO ASISTENCIAL, serán evaluadas y autorizadas en caso de que correspondan.