



Cartilla Medica

**GUÍA DEL
BENEFICIARIO**

Anexo II

Sr./Sra. Afiliado/a:

Queremos agradecer su confianza al permitir que nos ocupemos de cuidar su salud y la de su familia.

La propuesta de atención médica del PLAN DE SALUD es básicamente salubrista. No solo atendemos enfermedades, sino que ayudamos a mantener la salud. Ese es nuestro objetivo. Mediremos la calidad de nuestros profesionales e instituciones asistenciales en función del estado de salud de nuestra población beneficiaria, antes que en la cantidad de enfermedades que han sido capaces de atender.

Proponemos una responsabilidad compartida: PLAN DE SALUD le brindará un equipo de profesionales que serán custodios de su salud, apoyados en los elementos científicos más modernos para el diagnóstico y tratamiento, así como un conjunto de programas de medicina preventiva; y a usted le pedimos que realice los controles periódicos y citas periódicas que le propondremos a través de los profesionales de la cartilla y nuestro centro de atención al beneficiario, quienes le indicaran oportunamente los pasos a seguir.

Nuestro sistema debe responder al desafío de asegurar un excelente nivel de prestaciones con un costo accesible. Para ello, es fundamental el compromiso de los afiliados en el uso cuidadoso de los servicios, así como de los elementos que se le otorgan para su acreditación, sean credenciales u órdenes.

Esperamos tenerlo como afiliado por muchos años y que su satisfacción haga que nos recomiende.

Ante cualquier inconveniente o consulta, por favor, no dude en llamarnos. Estamos a su servicio.

La Dirección Médica

COORDINACIÓN Y ATENCIÓN AL BENEFICIARIO-

4635-9003 | 2100-0660

Estos números están a su disposición de lunes a viernes de 9 a 17 hs para:

- Información y asesoramiento sobre el sistema de cobertura médico asistencial.
- Atención Médica Primaria de acceso directo.
- Información actualizada sobre médicos especialistas, clínicas y servicios complementarios.
- Información sobre el procedimiento de afiliación e incorporación del grupo familiar.
- Averiguación y regularización de pagos de cuotas.
- Solicitud de reemplazo de sus credenciales, por pérdida o rotura.
- Autorización de prestaciones que requieren Auditoría Médica previa.
- Presentación de sugerencias, reclamos o quejas.

Atención personal

Lunes a viernes de 9 a 17 hs. con turno previo. Solicitalo a través de nuestra app o sitio web

<https://www.tecnicosdevuelo.org.ar/>

Sede Central

Victor Hugo 369, CP: C1407BWE, C.A.B.A

AURORIZACIONES

En cuanto a las practicas que requieren autorización previa, es el medico que realiza la prescripción quien informará al beneficiario que deberá, por los diferentes medios que abajo se describen solicitar la misma a la Obra social. En el caso de que la prescripción no la realice un médico de la Obra social, el operador que tome la solicitud del turno para realizar la prestación, será el que informe que la misma requiere o no autorización previa.

4635-9003 | 2100-0660

Sitio web: www.tecnicosdevuelo.org.ar

SUCURSALES

CABA Y GBA

MICROCENTRO
RECONQUISTA 458 2º
Piso, SAN NICOLAS, CABA
(011) 5288-5600
LOMAS DE ZAMORA
Gorriti 172 (1832)
(011) 4392-3953/3954/3955

LA PLATA
Diagonal 74 N° 1473 (1900)
(0221) 534-8602
MORÓN
25 de Mayo 360 (1708)
(011) 5288-0900
(Interno 5305/5306)

SAN MARTÍN
Moreno 3504/06 (1650)
(011) 4753-5599/8782
MARTÍNEZ
Av. Santa Fe 1580 (1640)
(011) 4105-5900

Anexo II

BUENOS AIRES INTERIOR MAR DEL PLATA

Av. Colón 3073 (7600)
(0223) 491-5350 / 4916
(0223) 491-8414 / 1734

NORDESTE

POSADAS

Ayacucho 1551 (3300)
(0376) 443-0233/3322/2486

OBERÁ

9 de Julio 934 (3360)
(03755) 45-1641

NOROESTE

SALTA

Calle 20 de Febrero 83 (4400)
(0387) 416-0300/0304

TUCUMÁN

Bernardo de Monteagudo 274 P.B. (0381) 231-3210

JUJUY

Canónigo Gorriti N° 370
(0388) 423-8511/8484/8515

Hipólito Irigoyen N° 596

(0388) 423-8511/8484/8515

LITORAL

SANTA FE

Eva Perón 2948 (3000)
(0342) 412-2322

ROSARIO

San Lorenzo 1135 (2000)

CENTRO

CATAMARCA

Sarmiento 413 (4700)
(03834) 45-7711/7722/7733

CÓRDOBA

Mariano Fragueiro 172 (5000)
(0351) 425-4096 / 2021 (0351)
422-7649 / 1233

LA RIOJA

J. B. Alberdi 149, local 1 (5300)
(0380) 484-6001 / 6171
(0380) 448-5756

CUYO

MENDOZA

Av. Colón 163 (5500)
(0261) 423-3550/1961

SAN RAFAEL

Entre Ríos 114 (5600)
(0260) 443-9097/442-0185

SAN JUAN

Calle 9 de Julio Oeste 347 (5402)
(0264) 420-0874 (0264) 421-9974
(0264) 422-0332



Anexo II

COMAHUE NEUQUÉN

Tucumán 466, local 2 (8300)
(0299) 443-9149/9150/9155/9165

BARILOCHE

Otto Goedecke 180, local 1 (8400)
(0294) 442-9845/9290

SUR RÍO GALLEGOS

9 de Julio 32 (9400)
(02966) 43-8493/420998

A nexo II

CREDENCIALES

Toda vez que se haya completado su trámite de afiliación, aprobando el ingreso por la administración del PLAN DE SALUD, usted recibirá por correo una credencial de afiliación que lo acredita como tal, para cada miembro del grupo familiar inscripto.

Dicha credencial es personal e intransferible y le servirá para acceder a los servicios de su cartilla.

- Verifique que los datos impresos sean correctos.
- En caso de pérdida avise inmediatamente a su sucursal más cercana o al 4635-9010
- Preséntela junto con su documento de identidad cuando deba atenderse en alguno de los servicios incluidos en su cartilla.

Proceso de emisión y entrega de credenciales

- Las altas efectuadas en el día, ya sea por medios manuales o electrónicos, generan un proceso de emisión.
- Una vez realizado el alta del plan, el afiliado podrá descargar la aplicación y de esa forma acceder a su credencial virtual.
- De requerir, el afiliado podrá concurrir personalmente a cualquier sucursal y podrá solicitar la emisión de su credencial y de corresponder la de su grupo familiar en el momento.
- La Obra Social cuenta con una casilla especial para los eventuales reclamos de credenciales:
obrasocial@tecnicosdevuelo.org.ar

Anexo II

COSEGUROS

Los valores que se detallan a continuación, para cada prestación o tipo de prestaciones, se denominan cosegueros y están a cargo del afiliado.

ACTUALIZACION DE COSEGUROS AMBA - Vigencia 01/04/2025		
Practicas	Coseguro	
CONSULTAS		
Medicos referentes: Medico Clínico, Pediatra, Ginecologo, Obstetricia y Oftalmologo -		\$ 13200,00
Acceso directo		
Médicos Especialistas		
Médicos / Licenciados Nutricion 1° consulta		\$ 13200,00
Médicos / Licenciados Nutricion seguimiento		\$ 9900,00
Virtual -		\$ 6300,00
Ley 27.611: "Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia - Ley 1000 días"		EXENTO
Ley 27.675: "Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Tuberculosis (TBC)"		EXENTO
Ley 26.928: "Creación del Sistema de Protección Integral para Personas Trasplantadas"		EXENTO
Ley 27.447: "Ley de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células"		EXENTO
Programas Preventivos		EXENTO
Programa HIV y Oncología (A)		EXENTO
Oncología (B)		EXENTO
Discapacidad (C)		EXENTO
Plan materno infantil (D)		EXENTO
1.1.1. Plan Materno Infantil: Se dará cobertura durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento.		
1.1.2. Atención del recién nacido hasta cumplir 3 años de edad. Todo con cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio y exceptuado del pago de todo tipo de cosegueros para las atenciones y medicaciones específicas. Esta cobertura comprende: a) Embarazo y parto: consultas, estudios de diagnóstico exclusivamente relacionados con el embarazo, el parto y puerperio, ya que otro tipo de estudios tendrá la cobertura que rige el resto del PMO, Psicoprofilaxis Obstétrica, medicamentos únicamente relacionados con el embarazo y el parto, Cobertura 100%. b) Infantil: Será obligatoria la realización perinatalógica de los estudios para detección de la fenilcetonuria, del hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística en el recién nacido. Consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, cobertura del 100% de la medicación requerida para el primer año de vida siempre que ésta figure en el listado de medicamentos esenciales) a fin de estimular la lactancia materna no se cubrirán las leches maternizadas o de otro tipo, salvo expresa indicación médica, con evaluación de la auditoría médica.		
SALUD MENTAL		
Sesion Psicologia - incluidas (hasta 30 sesiones anuales).	Por sesion	\$ 11800,00
Consulta de Admision - Consulta Psiquiatrica		\$ 16800,00
PRACTICAS DE LABORATORIO		
Prácticas de laboratorio :	Por cada determinacion	\$ 1600,00
Acto Profesional bioquímico APB	Ambulatorio y guardia	A cargo del afiliado
PRACTICAS DIAGNOSTICAS TERAPEUTICAS *		
Imágenes de baja complejidad: Incluye RX simple y Ecografía simple.	Por estudio	\$ 6900,00
Prácticas diagnósticas y terapéuticas de mediana complejidad	Por practica	\$ 12700,00
Prácticas diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad TAC, RMN, laboratorio biomolecular, genético, Medicina Nuclear, Endoscopia.	Por práctica	\$ 21000,00
ENFERMERIA		
Practicas de enfermeria		EXENTO
PRACTICAS KINESIO/FISIATRAS/RPG		
Prácticas kinesiológicas/fisiátricas	Por sesión hasta 30 sesiones por año	\$ 8400,00
	Por sesión, las excedentes. Tope máximo de 60 sesiones	\$ 11200,00
Prácticas kinesiológicas/fisiátricas	A DOMICILIO	\$ 11200,00
PRACTICAS DE FONOAUDIOLOGIA/FONIATRIA		

Anexo II

Prácticas de Fonoaudiología y Foniatría	Por sesión	\$ 8400,00
ODONTOLOGIA		
Consultas		\$ 11500,00
Consultas para menores de 15 años y mayores de 65 años		\$ 5200,00
Prácticas Odontológicas	Por practica	\$ 10300,00
Prácticas Odontológicas para menores de 15 años y mayores de 65 años		\$ 5200,00
ATENCION DOMICILIARIA - CONSULTAS		
Diurna (Código verde)	(EXENTO A,B,C,D)	\$ 1500,00
Nocturna (Código verde)	(EXENTO A,B,C,D)	\$ 16500,00
Emergencias/Código Rojo	EXENTO	sin coseguro
(*) Las practicas que no se encuentren incluidas ni exceptuadas expresamente, tendran un coseguro de \$ 8400 por practica.		
SANATORIOS - DEMANDA ESPONTANEA		
Consulta de demanda espontanea en Sanatorio (pacientes atendidos con diagnosticos que no justifiquen la atencion en dicho servicio)		\$ 10500,00

Anexo II

- Están exceptuados del pago de todo tipo de coseguros:
- La mujer embarazada desde el momento del diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado del embarazo, parto y puerperio, de acuerdo a lo que establece la normativa vigente.
- Las complicaciones y enfermedades derivadas del embarazo parto y puerperio hasta su resolución.
- El niño hasta cumplidos los 3 (tres) años de edad, de acuerdo a lo establecido por la normativa vigente.
- Los pacientes oncológicos, de acuerdo a lo establecido por la normativa vigente.
- Los programas preventivos.
- HIV.

ACTUALIZACIONES

ACTUALIZACIÓN DE DATOS Para una mejor comunicación y atención al afiliado, es muy importante contar con la actualización de los datos de contacto del afiliado/a ya que la Obra Social, a través de sus redes sociales y el envío de mails masivos estará continuamente informando masiva o segmentadamente sobre cambios, actualizaciones e información de intereses. Cada vez que un/a afiliado/a cambie de domicilio/ teléfono o mail, le recomendamos que lo comunique a la Obra Social para no discontinuar la comunicación **ACTUALIZACIÓN DE CARTILLA** Estimado/a Beneficiario/a:

Recuerde consultar periódicamente nuestros prestadores de cartilla de manera online ingresando al buscador de nuestra página web www.tecnicosdevuelo.org.ar

Es en la versión digital de nuestra cartilla de prestadores, donde se ven reflejadas más rápidamente las bajas/ altas y modificaciones de datos que se actualizan en un rango de 30 a 40 días .

Toda la información acerca de los cambios en procedimientos y altas y bajas de prestadores será comunicada al afiliado/a través de mails masivos, redes sociales, pagina web y otros canales de comunicación vigentes, según la segmentación (grupo etario, género, estación del año, etc.) Por lo que le recordamos tener sus datos de contacto actualizados.

BENEFICIOS

Prestaciones cubiertas

Los Planes cubren todas las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio, Resolución 1991/05 M.S. y sus complementarias y ampliatorias, más las prestaciones adicionales detalladas en el apartado correspondiente.

Si Ud. es un nuevo monotributista se rige bajo las normas de la Ley 25865 Decreto 806/04 y tiene un acceso progresivo a la cobertura de salud, el que se transcribe a continuación:

Anexo II

ACCESO PROGRESIVO A LA COBERTURA DE SALUD (SOLO PARA NUEVOS MONOTRIBUTISTAS)

El titular y su grupo familiar, si estuviera inscripto, tendrán la cobertura prevista en el Programa Médico Obligatorio aprobado por Resolución 201 de fecha 9 de abril de 2002 del Ministerio de Salud, prorrogada por el Decreto 1210 de fecha 10 de diciembre de 2003 en la que en lo sucesivo la modifique o reemplace dividida por niveles, conforme se detalla a continuación.

IMPORTANTE

Sr. Monotributista: Para poder ser asistido Ud. debe tener el pago de todos sus aportes como Monotributista al día.

De acuerdo a las Normativas y Legislación vigente para el Régimen de Monotributista, la OBRA SOCIAL está autorizada a:

- Requerir al pequeño contribuyente el comprobante de pago (art.81 Decreto N° 806/2004). En caso de falta de pago la Obra Social estará facultada para suspender el servicio.
- Exigir al pequeño contribuyente estar al día con los aportes para poder brindarle cualquier servicio (art.43 Ley N° 25865).
- Dar de baja al monotributista y a su grupo familiar primario ante la falta de pago de 3 cuotas consecutivas o 5 alternadas.

a) Cobertura desde el inicio de su inscripción al régimen

I. Nivel Ambulatorio

1. Consulta: en consultorio, de urgencia y emergencia en domicilio. Consulta programada en domicilio a mayores de sesenta y cinco (65) años que no puedan movilizarse.
2. Atención ambulatoria de todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria competente.
3. Prácticas y estudios complementarios ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos, detalladas en el Anexo II del Programa Médico Obligatorio (PMO) o el que lo reemplace, incluyendo el material de diagnóstico y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza.
4. Salud Mental: incluye las modalidades: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, psicoterapia grupal, individual, familiar, de pareja y psicodiagnóstico.
5. Rehabilitación ambulatoria: kinesiología hasta VEINICINCO (25) sesiones año calendario por beneficiario.
6. Los traslados que correspondan a pacientes en ambulatorio, únicamente con orden médica.
7. Odontología: conforme el Programa Médico Obligatorio (PMO) Resolución 201/02 o el que lo reemplace.
8. Medicamentos: se asegura la cobertura de medicamentos en tratamiento ambulatorio que figuran en el Anexo III del Programa Médico Ambulatorio (PMO) o el que lo reemplace, con un CUARENTA POR CIENTO (40%) de cobertura, conforme al precio de referencia que se explicita en el Anexo IV y en las formas farmacéuticas allí indicadas. La prescripción se hará por nombre genérico.
9. Cobertura al CIEN POR CIENTO (100%) de anteojos con lentes estándar en niños hasta los 15 años.

Otras Coberturas Ambulatorias

10. Plan Materno infantil (prestaciones ambulatorias).
11. Programas de prevención de cánceres femeninos, en especial de cuello de útero y mama.
12. Cobertura de pacientes diabéticos (según lo establecido en la Ley de Diabetes N°: 26914 y de acuerdo a lo que determina su reglamentación).
13. Cobertura del CIEN POR CIENTO (100%) de Piridostigmina 60 mg. para el tratamiento de la Miastenia Gravis (resolución 791 de fecha 6 de octubre de 1999 del ex Ministerio de Salud y Acción Social).

Anexo II

b) Cobertura a los TRES (3) meses:

Se agrega toda la prevista en el nivel internación y la que se detalla a continuación:

I. Nivel Internación

1. Se asegura el CIEN POR CIENTO (100%) de cobertura en cualquiera de sus modalidades. Todas las prácticas y coberturas del Anexo II del Programa Médico Obligatorio (PMO) o el que lo reemplace, se encuentran incluidas dentro de la cobertura. La cobertura se extiende sin límite de tiempo.
Salud Mental: en patologías agudas, en la modalidad institucional u hospital de día, sin límite de tiempo.
3. Medicamentos: la cobertura será de un CIEN POR CIENTO (100%) en internados.
4. Los traslados que correspondan a pacientes internados.
 5. Prótesis e implantes de colocación interna al CIEN POR CIENTO (100%) de cobertura, con las especificaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) o el que lo reemplace.
6. Medicamentos Oncológicos según protocolos nacionales aprobados al CIEN POR CIENTO (100%). Los medicamentos no oncológicos tendrán la cobertura del 40% a excepción del ondansetrón en el tratamiento de vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes.
7. Los cuidados paliativos, con cobertura al CIEN POR CIENTO (100%).
8. Hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria con cobertura al CIEN POR CIENTO (100%).
9. Eritropoyetina al CIEN POR CIENTO (100%) en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica.
10. Plan Materno Infantil (prestaciones en internación).
11. Cobertura de otoamplifonos al CIEN POR CIENTO (100%) en niños hasta los 15 años.

c) Cobertura a los SEIS (6) meses:

Se incorporan las prestaciones subsidiadas por la Administración de Programas Especiales, conforme sus Resoluciones nros. 500 del 27 de enero de 2004, y a partir del 1ero. de junio de 2014 las prestaciones incluidas en las Res. N°: 1561/12 y N°: 1048//14 SSSalud SUR y 2048 del 30 de abril de 2003, 1276 del 16 de agosto de 2002, 6080 del 17 de septiembre de 2003, 475 del 27 de mayo de 2002 y 5600 del 29 de agosto de 2003, y las que las sustituyeran o complementaren, de cobertura obligatoria por parte de los agentes del seguro y por las que estos puedan gestionar el cobro a través del Fondo Solidario de Redistribución.

I. Coseguros

En todos los casos se adaptarán a lo dispuesto en el Programa Médico Obligatorio (PMO) o el que lo reemplace. Res. N°: 58 E/17.

II. Grupo familiar

A partir de su inscripción, igual para el titular.

Anexo II

PRESTACIONES CUBIERTAS

El Plan de Salud cubre todas las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio, Resolución 201/2002, del Ministerio de Salud, incorporada al Decreto 2724/2002 y sus complementarias y ampliatorias, más las prestaciones adicionales detalladas en el apartado correspondiente.

1. Programa de Atención Médica Primaria
 - 1.1. Médicos de acceso directo.
2. Programas de Prevención (Programa Nacional Ley 25.673 Res. 76/98)
 - 2.1. Plan Materno Infantil.
 - 2.2. Prevención del Cáncer de Cuello Uterino.
 - 2.3. Prevención del Cáncer de Mama.
 - 2.4. Control de la Persona Sana.
 - 2.5. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.
 - 2.6. Prevención del Cáncer de Próstata.
 - 2.7. Prevención Odontológica.
 - 2.8. Kinesioterapia: hasta 25 sesiones por persona por año calendario.
 - 2.9. Fonoaudiología: hasta 25 sesiones por persona por año calendario.
 - 2.10. Estimulación temprana: niños de hasta 2 años con déficit neurosensorial.
3. Atención Secundaria
 - 3.1. Ambulatoria.
 - 3.1.1. Consultas médicas especializadas.
 - 3.1.2. Prácticas y estudios complementarios diagnósticos y terapéuticos.
 - 3.2. Internación.
 - 3.2.1. Clínica.
 - 3.2.2. Quirúrgica.
 - 3.2.3. Especializada.
 - 3.2.4. De alta complejidad.
 - 3.2.5. Domiciliaria.
 - 3.2.6. Prácticas diagnósticas y terapéuticas.
 - 3.2.7. Medicamentos, materiales descartables, de contraste y radiactivos (100%).
4. Salud Mental
 - 4.1. Prevención: talleres, grupos de autoayuda.
 - 4.2. Internación: incluye la modalidad Hospital de Día.
 - 4.3. Atención ambulatoria.
5. Rehabilitación
6. Odontología Básica, Especializada y Compleja (según Plan Médico Obligatorio)
7. Medicamentos
 - 7.1. Ambulatorios: 40% según Vademécum.
 - 7.2. En internación: 100%.
 - 7.3. Oncológicos: 100%.
 - 7.4. Medicamentos de alto costo y baja incidencia: 100%.
 - 7.5. Anti HIV y Anti Sida: 100% (según normativa vigente).
 - 7.6. Cobertura al 70% del valor de referencia para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes de acuerdo a los montos actualizados en la SSS, mientras se hayan empadronado en la Obra Social como paciente crónico, entregando su receta confeccionada por su médico tratante.
 - 7.7. Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico (Ley 25.649).
 - 7.8. Programa de Cobertura de Factores de la Coagulación (Res. 232/2007 MS).

A nexos II

- 7.9. Anticonceptivos hormonales, intrauterinos, condones (Anexo III y IV) además del Levonorgestrel (Res. 232/07 MS).
8. Otras Coberturas
- 8.1. Cuidados paliativos.
 - 8.2. Hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria.
 - 8.3. Otoamplifonos: niños hasta 15 años 100%.
 - 8.4. Óptica: cobertura del 100% en anteojos con lentes estándar a niños menores de 15 años (uno por año calendario).
 - 8.5. Prótesis y órtesis (según normativa vigente).
 - 8.6. Prótesis e implantes internos: 100%.
 - 8.7. Órtesis y prótesis externas: 50%.
 - 8.8. Traslados solicitados únicamente con orden médica.
 - 8.9. Otras prestaciones de alta complejidad: trasplantes, injertos, radioneurocirugía, etc. (según normativa vigente).
 - 8.10. Ligadura de trompas de falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía (Ley de Contracepción 26130).
9. Sist. Único de Reintegro De acuerdo a lo establecido en la Res.46/17 SUR, la actualización de los medicamentos, insumos y prestaciones contemplados del SUR, la Obra Social dará cumplimiento a lo determinado en la Res.46/17 SUR.

COMO UTILIZAR NUESTROS SERVICIOS

1.1 Consultas Médicas

- Las consultas con médicos del EBAMP: clínicos o pediatras en los consultorios indicados en la cartilla de su zona son de acceso directo. Solo debe solicitar turno con anticipación. Los turnos se otorgarán dentro de los siete días de solicitados, concurrir el día y hora acordado, con la credencial, pagos al día, y el documento de identidad. Si el pago no se encontrase al día, su número de afiliado figurará en una nómina de suspensión temporaria o permanente de los servicios y el profesional no podrá atenderlo. Tenga presente que el vencimiento es por mes adelantado.
- Si requiere atención de médicos especialistas: cardiólogos, gastroenterólogos, dermatólogos, urólogos, etc., esta le será indicada por el médico generalista. En esta chequera se encuentran las órdenes de prácticas de medicamentos que puede necesitar el médico especialista, así como un informe de su médico referente dirigido al mismo.
- Solicite el turno al especialista convenido y concurra con su credencial y documento de identidad.
- Los médicos especialistas le entregarán, al final del tratamiento, o cuando lo requiera, nuevas chequeras para estudios y prácticas, una nota debidamente firmada y sellada, en sobre cerrado, con su informe dirigido al médico referente, para ser incorporado a su historia clínica.
- Las consultas con ginecólogos y oftalmólogos también son de acceso directo, no requieren derivación del médico referente.
- Los Hospitales Públicos y de Gestión Descentralizada son prestadores naturales del sistema de atención. Los estudios, prácticas e internaciones prescriptas por los profesionales de estos hospitales deben contar con la autorización del Área de Auditoría Médica de la Obra Social.
- Abone al profesional el coseguro respectivo para especialistas, de corresponder.

1.2 Medicamentos Ambulatorios

- Para obtener el descuento correspondiente a su plan (40%, 70%, 100%) se requiere la prescripción de un médico referente o especialista de la cartilla en el formulario especialmente previsto para ello. Este formulario está en poder del médico referente y le será entregado dentro de la chequera de referencia cuando sea derivado a un especialista.

A n e x o II

- La cobertura de los Planes de Salud comprende una amplia gama de medicamentos y son todas las drogas reconocidas como de Cobertura Obligatoria por la Res. 310/04 M.S. y su ampliatoria. Recuerde que las recetas tienen una validez máxima de 30 días desde su fecha de emisión.

1.3 Análisis, Radiografías, Estudios, Prácticas Médicas y Autorizaciones

- Deben ser prescriptos por médicos referentes o especialistas de su cartilla, quienes emitirán la orden correspondiente en el formulario previsto a tal efecto.
- Con esa orden Ud. deberá dirigirse a alguno de los centros de diagnóstico de la cartilla, consultando con el profesional cuáles son los indicados para los estudios que deba realizar.
- Los estudios y prácticas de baja complejidad no requieren autorización previa, salvo en los casos en los que se superen las cantidades de uso promedio.
- Los estudios y prácticas de alta complejidad requieren una autorización previa de Auditoría Médica. Por ejemplo: resonancia magnética nuclear, tomografía computada, radioterapia.
- En ese caso el médico referente o el especialista, los indicará en una orden especial para alta complejidad. El sistema está previsto para que no haya que autorizar prácticas de rutina.
- La autorización deberá ser solicitada directamente por el afiliado, en forma personal, por correo electrónico a autorizaciones@osdepym.com.ar o a través de la aplicación móvil y tendrá una respuesta de 72 hs.
- Comuníquese con el laboratorio, sanatorio o centro de diagnóstico indicado para su estudio, para requerir turno y detalles de preparación previa cuando sea necesario. Presente la credencial, el documento y la orden médica, con autorización si corresponde. Abone el coseguro previsto para su estudio o práctica si su plan así lo indica, siempre dentro de los valores que figuran en la parte de COSEGUROS de esta guía.

ATENCIÓN SR. AFILIADO

TODAS LAS PRESCRIPCIONES DEBEN ESTAR SOLICITADAS
EN LAS CHEQUERAS CON DIAGNOSTICO PRESUNTIVO. LA OMISIÓN
SERÁ MOTIVO DE RECHAZO DE LAS PRESTACIONES.

1.4 Atención Médica a Domicilio y de Urgencia

- Tanto para la atención domiciliaria como para la guardia de alguno de los sanatorios o clínicas habilitados, Ud. cuenta con una chequera de urgencias. Esta chequera contiene las órdenes de prácticas y formularios de medicamentos que pueden necesitarse en el momento. Las chequeras de urgencia son con cargo hasta un tope que está relacionado con la cantidad de personas que tiene el grupo familiar y los causales del uso elevado de las mismas. Son provistas en nuestra Sede Microcentro (Reconquista 458, piso 2do. CABA) o si vive en el interior del país en la sucursal que le corresponda.
- En los casos en los que el paciente requiera la atención médica de urgencia o emergencia o se encuentre impedido a concurrir a un Centro Asistencial de su red y que figure en su cartilla, podrá solicitar este servicio. El mismo se brinda las 24 hs. del día, los 365 días del año y se cubre, para las urgencias, dentro de un lapso de dos horas y en el caso de las emergencias en el menor lapso posible de tiempo, supeditados ellos a todas las dificultades que nos son comunes en el devenir cotidiano, como ser la grave congestión de tráfico, sobre todo en horas pico, las inclemencias del clima, las manifestaciones, los cortes de calles o accesos, las epidemias o los accidentes de tránsito, etc. Para este servicio contamos con un Centro de Atención de Urgencias, con una disponibilidad de 20 líneas rotativas atendidas por recepcionistas y despachadores especialmente entrenados. El teléfono al que Ud. debe llamar es el 0800-288-8000 (Cap. Fed., Gran Bs. As. e Interior del País). Tenga a mano su credencial y póngase a disposición de quien lo atienda para aportar los datos que le soliciten, los que van a determinar con la mayor precisión y brevedad el servicio que corresponda.
- Los valores a abonar de los coseguros detallados en ésta cartilla son los informados en el capítulo de coseguros.

TENGA EN CUENTA QUE UN PEDIDO DE MÁS, SIGNIFICA QUIZÁ
LA POSIBILIDAD QUE OTRO NO PUEDA ACCEDER A ESTE RECURSO.
POR MÁS URGENTE QUE SEA, ESE PODRÍA SER USTED.

A nexos II

El servicio de urgencias o emergencias se verá afectado por la posibilidad de los siguientes eventos adversos no previsible en el momento que pudiesen surgir:

1. Epidemias estacionales o demandas desmesuradas del servicio, lo que ocasiona colapso en el sistema y sus posibilidades de cobertura. Note que cuando esto sucede, los recursos de todas las empresas que realizan este trabajo están igualmente desbordados y con demoras muy grandes, lejos de los plazos con los que habitualmente asisten.
2. Grandes congestiones de tránsito, cortes de calles o accesos. Ellos impiden el normal desenvolvimiento del trabajo de las dotaciones, detalle que hace que los tiempos sean diferentes, al menos, de los que normalmente tendríamos.
3. Cuando la seguridad de las dotaciones se vea amenazada, ya sea por tumultos, manifestaciones, o escenarios peligrosos como incendios, derrumbes, etc., donde de otra manera quienes deberían prestar auxilio pueden pasar a ser nuevas víctimas. En estos casos, las dotaciones estarán a una distancia prudencial y reglamentaria para esos eventos.
4. Cuando las inclemencias del tiempo impidan la llegada pronta de la atención médica, como ser niebla cerrada, lluvia torrencial, zonas inundadas, granizo, humo, etc.
5. El trauma vial. Si la dotación pasa por un lugar donde hay víctimas de trauma vial, generalmente serán requeridos como prioridad y no puedan seguir, lo que obliga a reprogramar el pedido para otra dotación.

Tenga en cuenta que hay muchas otras variables que afectan a este tipo de servicios, y solo como mención, los vehículos fallan, las dotaciones se enferman, fallan las comunicaciones, los mismos pueden sufrir colisiones de tránsito en el trayecto a su domicilio, etc.

Los beneficiarios mayores de 65 años que no puedan movilizarse y soliciten una consulta domiciliaria deberán abonar un coseguro al profesional que los atienda en la consulta; no requerirá del mencionado coseguro cuando el paciente necesite ser internado en una institución luego de dicha atención.

Otro detalle no menos importante es que el servicio no contempla la emisión de certificados médicos por ausentismos laborales, lo que debe ser resuelto por la ART correspondiente.

En el caso de haber solicitado un servicio y recurra a otra forma de solución o decida suspenderlo, no se olvide de llamar para anularlo, ello significa responsabilidad y solidaridad dentro del sistema.

SU RESPONSABILIDAD ES USAR EL SISTEMA SOLAMENTE ANTE UNA URGENCIA O EMERGENCIA.

1.5 Internación

- Las internaciones, sean programadas o de urgencia, deben ser indicadas por un médico de la cartilla y requieren autorización de Auditoría Médica. Esta autorización debe ser solicitada por la institución en la cual se realiza la internación. El afiliado no debe efectuar ningún trámite ni abonar ningún coseguro. La cobertura de Planes de Salud es del 100%, incluyendo medicamentos, materiales descartables, estudios y prácticas, consultas y honorarios de los profesionales intervinientes.
Estarán a cargo del afiliado: extras, acompañante, excepto para menores de 15 años, y diferencias de categoría de habitación si el afiliado así lo solicitase. La categoría cubierta es habitación compartida.
- Las internaciones psiquiátricas se cubren en instituciones de cartilla, cuando así lo prescriba el profesional de salud mental de la cartilla.
Están cubiertos, sin coseguro, los traslados en ambulancia, del domicilio del afiliado o de un centro asistencial a otro, cuando sean indicados y justificados por el médico interviniente o el servicio de urgencias, siempre autorizados por el Área de Auditoría Médica. Los traslados no urgentes deberán solicitarse por correo electrónico a: autorizaciones@osdepym.com.ar

1.6 Odontología

- Para nuestro Plan de Salud, la atención odontológica es parte de la prevención.
- Múltiples enfermedades digestivas son causadas por mala digestión, y ésta comienza en la boca, por eso le otorgamos vital importancia a la cobertura odontológica.
- Ante una urgencia Ud. puede comunicarse al 0810 - 220 - 2110.
Consulte en el capítulo de "coseguros" el importe a abonar según su plan para las distintas prestaciones odontológicas.

A nexos

- Si el odontólogo debe recetarle algún medicamento lo hará en uno de los formularios que tiene su chequera de urgencias para ese fin.
- Las prótesis odontológicas y la ortodoncia son a cargo del afiliado. PLAN DE SALUD ofrece aranceles especiales convenidos con los odontólogos de la cartilla.

1.7 Salud Mental

Cobertura de las prestaciones comprendidas en la Ley Salud Mental N° 26657.

El Sistema de Salud Mental de Planes de Salud está orientado también al objetivo de prevención y preservación de la salud. Como tal, se haya vinculado al Equipo Base de Atención Médica Primaria, cuyos integrantes cuentan con la colaboración de un profesional psicólogo consejero para efectuar interconsultas y planificar el mejor tratamiento de los beneficiarios a su cargo.

- El afiliado, con la orden del médico referente, debe ponerse en contacto con el Centro de Admisión y Coordinación General, cuyos datos figuran en la cartilla. Este centro contestará todas las preguntas y aclarará las dudas que pueda tener el afiliado, otorgándole asimismo un turno para el profesional que realizará la admisión, diagnóstico y derivación según la zona de residencia.
- El servicio se brinda con los profesionales que integran la red contratada.
- Prestaciones cubiertas:
 - Admisión.
 - Consultas.
 - Atención de urgencia en consultorio.
 - Control psicofarmacológico.
 - Psicodiagnóstico.
 - Psicopedagogía.
 - Psicoterapia de pareja, familia, individual, de niños, adolescentes y adultos.
 - Psicoterapia grupal.
 - Orientación a padres.
 - Está prevista la realización de talleres de prevención y grupos de autoayuda. El Centro de Coordinación le informará al respecto.
 - Las internaciones psiquiátricas requieren autorización del Centro Coordinador y se harán en las instituciones de la cartilla, incluida la modalidad Hospital de Día, de acuerdo a la Ley de Salud Mental N° 26657.
 - Consulte en el capítulo de "coseguros" el importe a abonar según su plan para las distintas prestaciones de Salud Mental.

1.8 Rehabilitación, Kinesioterapia y Fonoaudiología

- Requiere orden del médico referente y autorización previa de Auditoría Médica a través del correo electrónico autorizaciones@osdepym.com.ar
- Las sesiones están sujetas a topes anuales por beneficiario, según lo indicado en el capítulo de beneficios.
- Consulte en el capítulo de coseguros el importe a abonar según su plan para las distintas prestaciones de kinesioterapia y fonoaudiología.

1.9 Plan Materno Infantil

- El médico ginecólogo/obstetra o pediatra proveerá las respectivas órdenes de medicamentos, estudios y prácticas, con la inscripción "Plan Materno Infantil" para brindar cobertura del 100%, sin coseguros, a la madre, desde diagnóstico de embarazo hasta 30 días posteriores al parto; al recién nacido, hasta los 3 años de vida. Los medicamentos incluidos en éste párrafo son únicamente aquellos que estén directamente relacionados con el Programa Materno Infantil y no aplica a los demás tratamientos posibles, para estos rige las generales del plan.
 - Cobertura de leches medicamentosas hasta los 3 años de edad, por estar comprendidas en el Plan Materno Infantil.
- Durante la vigencia del Plan se deberán cumplir todas las actividades y requerimientos previstos en dicho programa de prevención y ejecutadas por el profesional médico referente, ya sea clínico, ginecólogo o pediatra.

Anexo II

2. Otras Coberturas

Son provistos directamente por el PLAN DE SALUD, en el domicilio o sanatorio de cartilla que sea necesario, los siguientes elementos:

- Prótesis quirúrgicas: se cubren al 100%, según especificaciones médicas, sin indicación de marca o sugerencia de proveedor, y conforme a las normas establecidas por la Superintendencia de Servicios de Salud. El afiliado debe enviar la prescripción realizada por un profesional de cartilla, por correo electrónico a autorizaciones@osdepym.com.ar, con la mayor antelación posible de la fecha programada para la intervención quirúrgica, junto a la justificación, resultados de estudios complementarios y tratamientos realizados con anterioridad. Órtesis: se cubre el 50% de la menor cotización en plaza, con autorización de la Auditoría Médica.
- Medicamentos oncológicos, Anti HIV y otros de alto costo y baja incidencia: se cubre el 100% con prescripción del médico especialista que corresponda en cada caso. Deben ser solicitados por correo electrónico a autorizaciones@osdepym.com.ar.
- Óptica: la institución proveerá sin cargo, previa Auditoría Médica, a través de la red de ópticas contratadas, anteojos estándar al 100% a menores de 15 años. El beneficiario, con la prescripción médica efectuada por un profesional de la cartilla, deberá comunicarse al 0800-288-7963, donde se le asesorará sobre las ópticas contratadas en su zona.

- Posteriormente, deberá enviar la orden por correo electrónico a autorizaciones@osdepym.com.ar, indicando la óptica elegida, para ser aprobada por Auditoría Médica.

Las prótesis oculares de reemplazo y lentes intraoculares serán provistas según el procedimiento detallado para prótesis quirúrgicas, al comienzo de éste capítulo.

Audífonos: serán provistos sin cargo por el PLAN DE SALUD, previa aprobación de Auditoría Médica, solo a menores de 15 años. Se requiere presentar historia clínica y prescripción médica de un profesional de la cartilla. El beneficiario será informado sobre el proveedor seleccionado, para coordinar los pasos necesarios hasta la entrega a su entera satisfacción. Cobertura Ley N°: 25415 Detección Temprana de la Hipoacusia.

- Ley N°: 26588 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.
- Ley N° 26588. y sus modificaciones por la Ley N° 27196. Cobertura de estudios para la detección temprana, diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la Enfermedad Celíaca. Provisión de alimentos libres de gluten.
- Ley N° 27071. Cobertura de Pacientes ostomizados. Cobertura total de los dispositivos o bolsas por ostomías y los elementos accesorios necesarios para la optimización de la tolerancia de la bolsa, para aquellas personas sometidas a una ostomización temporal definitiva.
- Reproducción médicamente asistida, de acuerdo a las especificaciones previstas en la Ley 26862 y Decreto Reglamentario N°: 956/2013.
- Ley de Salud Mental N°: 26657 y Decreto Reglamentario N°: 603//2013.
- Ley de Identidad de Género N°: 26743.
- Ley 26743 (Identidad de Género) 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.
- Ley N°: 26279. Cobertura 100% Fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinas, retinopatía del prematuro, Chagas, sífilis.
- Ley 25673 Resolución 2922 Implante Sudérmico Método Anticonceptivo, cobertura cien por ciento 100%, incluyendo todas las presentaciones. Uso, colocación y extracción incluidas en PMO.
- 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.
- Resolución 2894/19 del Ministerio de Salud de la Nación cobertura al 100%, medicamentos y productos médicos destinados al tratamiento de la Fibrosis Quística.

Anexo II

COBERTURA FUERA DE SU LUGAR DE RESIDENCIA

PLAN DE SALUD cubre únicamente atención de urgencia, en caso de viaje dentro del territorio nacional y, bajo la modalidad del Programa Médico Obligatorio, el beneficiario deberá abonar los coseguros del PMO vigente cuando se traslada fuera de su lugar de residencia.

Consulte al [0810-345-SCIS \(7247\)](tel:0810-345-SCIS) antes del viaje para obtener información actualizada sobre la zona de su interés. No está cubierta la atención médica en el exterior.

URGENCIAS MÉDICAS

Urgencias y emergencias médicas a domicilio las 24 hs, todos los días.

Coordinación médica telefónica las 24hs.

0800 288 8000

Tenga a mano su credencial o concurra a la guardia médica del sanatorio habilitado para su zona, con su credencial.

PRESTACIONES MÉDICAS ASISTENCIALES

PROCEDIMIENTOS Y METODOLOGÍA PARA LOS PROYECTOS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

Partiendo del concepto de 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 cuali-cuantitativa 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 morbilidad

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 y 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.

Anexo II

Prevención Terciaria

- Manejo de casos.
- Actividades de educación médica continua.
- Evaluación y calificación anual de nuestros prestadores.

OSTVLA da cumplimiento a lo establecido en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica del M. de S. en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones, como así también con el Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (Decreto 865/2000 M. de S).

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

La Obra Social brinda Programas de Prevención de la Salud. Los médicos especialistas y odontólogos que figuran en la cartilla de servicios, tienen a su cargo las actividades de prevención. Los afiliados deben concurrir solicitando el turno con 3 días de anticipación, unidos de la credencial y el documento de identidad. La atención y los estudios son sin ningún tipo de coseguro.

Los programas cubiertos son los descriptos en el ANEXO I de esta Cartilla mas,

Programa de Prevención Cardiovascular El mismo contempla la Detección del Riesgo y la Prevención Primaria de Enfermedades Cardiovasculares a beneficiarias mujeres de entre 40 y 59 años y varones de 30 a 49 años de edad, sin diagnóstico previo de enfermedad, que no se encuentren en tratamiento por hipertensión arterial u otra afección cardiovascular.

Programa de Prevención del Cáncer de Próstata Dirigido al grupo etario comprendido entre los 50 y 75 años de edad. Independientemente del factor edad, a aquellos pacientes que presenten en la consulta habitual estudios con resultados patológicos, se los incluirá dentro de los programas de prevención.

La cartilla médica se actualiza en forma mensual a través de la página web, donde se comunica a los afiliados sobre altas y bajas de profesionales, servicios y farmacias y notas de interés general.

PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. Este programa provee la asistencia médica mediante la implementación del Equipo Base de Atención Médica Primaria (E.B.A.M.P.) integrado por el médico referente (cumpliendo el rol de médico de familia), médico pediatra y médico ginecólogo.

2. Programas 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

Anexo II

hasta el primer mes luego del nacimiento.

Atención del recién nacido hasta los 3 años de acuerdo a lo previsto en la Ley 27611. Esta cobertura comprende tanto en internación como en ambulatorio:

1. Cobertura del 100% en la atención integral del embarazo, parto y recién nacido.
2. Cobertura del 100% en medicamentos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio para la madre y del 40% en medicamentos no relacionados.
3. Cobertura del 100% en medicamentos para el niño hasta los 3 años 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 COOMBS indirecta, si fuera positiva repetir en la semana 32, realizar grupo y factor al padre del niño.
- Colposcopia y Papanicolaou.
- 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.
- Vacuna triple bacteriana acelular en el quinto mes.

2.1.4 Tercer Trimestre

- Hemograma, eritrosedimentación, glucemia, orina, coagulograma, VDRL, uricemia.
- Electrocardiograma y riesgo quirúrgico.
- Ecografía.
- Curso de 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.

Anexo II

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. También se incluyen otras anomalías metabólicas genéticas y/o congénitas inaparentes al momento del nacimiento, si la necesidad de la pesquisa es científicamente justificada y existen razones de política sanitaria. 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 N° 940/2000-MS, 1ra. dosis al recién nacido, 2da. a los dos meses y 3ra. a los seis meses de vida.

Cobertura según lo establecido en la Ley N°: 25415 para la detección temprana y atención de la hipoacusia. Provisión de libreta sanitaria infantil donde se consignará: peso, talla, apgar, características del parto y patologías obstétriconeonatales. Consultas de seguimiento y control post-alta, al 10° día de nacimiento y luego con frecuencia mensual.

Inmunizaciones del período

Con el objeto de estimular la lactancia materna no se cubrirán leches maternizadas. Para la cobertura de leches medicamentosas se cubrirán los kilos por mes según criterio del médico tratante hasta el año de edad. La indicación médica se acompañará de un resumen de historia clínica que la justifique. 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 la 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).

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 morbilidad evitable de la patología

Anexo II

oncológica de la mujer. La detección precoz es la manera de disminuir la morbimortalidad de esta patología, para ello es imprescindible realizar:

Papanicolaou 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 y colposcopia 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 y colposcopia se debe repetir 2 veces en un año y si estos fueran normales, continúa con un Pap y colposcopia anual. De registrarse colposcopia patológica o anormal, se debe realizar biopsia dirigida colposcópica, si esta verificara 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 y colposcopia anual.

La consulta ginecológica anual y las prácticas de pesquisa temprana en métodos de screening están cubiertas en un 100%.

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.

La consulta anual y las prácticas de pesquisa temprana en métodos de screening están cubiertas en un 100%.

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 (Trypanosoma 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

Anexo II

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 y 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 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 la edad y el sexo: Es más común en los hombres y en la gente mayor. Tienen mayor predisposición quienes tienen antecedentes familiares de alta presión, stress y 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 COVID-19

La enfermedad producida por el virus COVID-19 es una enfermedad infecciosa que apareció en China, difundiéndose rápidamente al continente europeo y posteriormente al americano, causando miles de contagios y fallecimientos, y generando una pandemia mundial.

El virus se transmite a través de las gotitas que se producen al hablar, toser y estornudar, de ahí la importancia de usar el barbijo en forma permanente, y también al tocar superficies infectadas y llevarse las manos a la cara, lo que obliga al lavado en forma reiterada.

Las personas de edad avanzada son más sensibles al contagio y en menor medida los de menor edad.

El infectado debe aislarse con control médico e iniciar los estudios de laboratorio para el diagnóstico.

En el caso de dificultad respiratoria, deberá internarse. Los síntomas más frecuentes son: fiebre elevada, dolores musculares, pérdida del olfato y sabor.

Los estudios que se realizan para la detección del COVID-19 son hisopado de fauces, test rápido de detección de anticuerpos y serología de anticuerpos.

La vacuna de reciente uso y fabricación es fundamental para prevenir el contagio y evitar la enfermedad. Por eso es necesario vacunar a la mayor cantidad de personas.

2.9 Odontología Preventiva

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

2.10 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

1. Examen clínico anual.
2. Control de tensión arterial.
3. Control de talla y peso.
4. Papanicolaou y colposcopia anual. Ver Programa de Detección Precoz del Cáncer de
5. Cuello Uterino.
6. Control de colesterol y HDL.
7. 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

8. Examen clínico anual.
9. Control de tensión arterial.

Anexo II

10. Control de talla y peso.
11. Papanicolaou y colposcopia anual. Ver Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino.
12. Mamografía anual a toda mujer a partir de los 35 años, independientemente del resultado de la misma.
13. Colesterol con periodicidad según resultado obtenido.
14. Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 45 A 55 AÑOS

15. Examen clínico anual.
16. Control de tensión arterial.
17. Control de talla y peso.
18. Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata en varones a partir de los 50 años.
19. Papanicolaou y colposcopia anual. Ver Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino.
20. Glucemia cada 3 años en caso de ser normal.
21. TSH en mujeres mayores de 50 años con periodicidad según el resultado obtenido.
22. Mamografía anual. Ver Programa de Detección del Cáncer de Mama.
23. Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 55 A 65 AÑOS

24. Examen clínico anual.
25. Control de tensión arterial.
26. Control de talla y peso.
27. Papanicolaou y colposcopia anual. Ver Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino.
28. Mamografía anual. Ver Programa de Prevención del Cáncer de Mama.
29. Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata.
30. Sangre oculta en materia fecal anual.
31. Colesterol.
32. Glucemia cada 3 años.
33. Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.

EXAMEN DE SALUD PARA MAYORES DE 65 AÑOS

34. Examen clínico anual.
35. Control de tensión arterial.
36. Control de talla y peso.
37. Sangre oculta en materia fecal anual.
38. Papanicolaou y colposcopia anual. Ver Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino.
39. Mamografía anual.
40. Prevención del cáncer de mama.
41. Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata.
42. Screening de compromiso auditivo por interrogatorio periódico de los pacientes, no es necesario realizar audiometría.
43. Examen de agudeza visual.
44. Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.

3. ATENCIÓN SECUNDARIA

3.1 Especialidades

Anatomía patológica – anestesiología - cardiología - cirugía cardiovascular - cirugía de cabeza y cuello - cirugía general - cirugía infantil - cirugía plástica reparadora - cirugía de tórax - clínica médica - diagnóstico por imágenes (radiología, tomografía computada, resonancia magnética y ecografía) - endocrinología - infectología - fisiatría (medicina física y rehabilitación) - gastroenterología – geriatría - ginecología – dermatología –hemoterapia - medicina familiar y general - medicina nuclear (diagnóstico y tratamiento) - nefrología – neonatología - neumonología - neurología - nutrición - obstetricia - hematología - oftalmología - oncología - ortopedia y traumatología - otorrinolaringología - pediatría – psiquiatría – reumatología - terapia intensiva - urología.

Anexo II

PLAN MEDICO ASISTENCIAL

OSTVLA cubre a sus beneficiarios la totalidad de las prestaciones de salud establecidas en el Programa Médico Obligatorio Resolución N° 201/02 del Ministerio de Salud y sus modificatorias y ampliatorias especialmente la Resolución 310/04 y la Resolución 758/04. y Res. 1991/05 MSA.

- a) Consultas Médicas

Se asegura la consulta en consultorio e internación. Se asegura la consulta de urgencia y emergencia en domicilio.

En los mayores de 65 años y pacientes que no puedan movilizarse, se asegura la consulta programada en domicilio con un coseguro.

En otro grupo etario donde el paciente este imposibilitado de desplazarse, quedara a discreción de la auditoria la provisión de atención programada a domicilio.

Se incorpora la modalidad de consultas remotas mediante el uso de plataformas de tele asistencia y/o interconsultas, siempre que se asegure la misma calidad de atención médica integral, según lo dispuesto por la Res.292 /2020 del MdeS.
- b) Prácticas y Estudios Complementarios Ambulatorios Diagnóstico y Terapéutico

Cobertura del 100% de todas las prácticas diagnósticas y terapéutica detallada en el Nomenclador Anexo II de la Res. 201/2002 - PMO, en las condiciones y con las restricciones que se establecen en los respectivos códigos, con los materiales descartables, radioactivos, de contraste, medicamentos o cualquier otro elemento necesario para realizarlas.

Cuando, por razones contractuales, se excluyen de las prestaciones que brinda la red prestacional los materiales mencionados son cubiertos directamente por Planes de Salud.

Se incorpora la emisión de órdenes para prácticas y estudios a través de textos de aplicación en mensajería vía web, mail, de acuerdo con lo dispuesto por Ley 27553 y Res.282/2020 M de S.

3.2 Internación

Contempla con el 100% de cobertura la internación clínico - quirúrgica, especializada, de alta complejidad y domiciliaria, sin coseguros, ni límite de tiempo.

Incluye las prestaciones y prácticas diagnósticas y terapéuticas nombradas para el Programa Médico Obligatorio, Anexo II de la Res. 201/2002, del Ministerio de Salud.

Cobertura del 100% en gastos, derechos, honorarios, material de contraste o radioactivo, medicamentos, elementos e instrumentales necesarios, descartables o no.

Cobertura del 100% para la modalidad del Hospital de Día y Domiciliaria. Cobertura del 100% para la modalidad de cirugía ambulatoria.

Acompañante para internaciones de menores de 15 años inclusive.

4. SALUD MENTAL

4.1 Prevención en Salud Mental

- a) 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.
- b) Aplicación y desarrollo de técnicas de taller y grupos de autoayuda.

4.2 Prestaciones cubiertas

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

- c) Atención ambulatoria incluye las siguientes modalidades: entrevista psiquiátrica, psicológica, entrevista y tratamiento psicopedagógico, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psicodiagnóstico.
- d) Internación, sin límite de tiempo Institucional Hospital de Día. Sin límite de tiempo.

5. REHABILITACIÓN

Se incluyen las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas que se detallan en el Anexo II de la Res.

Anexo II

201/2002 PMO. Cobertura del 100% en los casos de rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial. Kinesioterapia: hasta 25 sesiones por afiliado por año calendario. Fonoaudiología: hasta 25 sesiones por afiliado por año calendario. Estimulación temprana: en niños de hasta dos años con déficit neurosensorial. Si se realiza durante el primer año de vida está contemplada dentro del Plan Materno Infantil y no paga coseguro. Grandes accidentados y otras patologías graves crónicas hasta 6 meses, pudiendo ser prorrogado este plazo por autorización de Auditoría Médica y/o la Coordinación Prestacional mientras se documente un progreso objetivo de la evolución y por plazos no mayores de un mes por vez.

6. ODONTOLOGÍA

Para nuestro Plan de Salud, la atención odontológica es parte de la prevención. Múltiples enfermedades digestivas son causadas por mala digestión, y ésta comienza en la boca, por eso le otorgamos vital importancia a la cobertura odontológica.

El afiliado debe seleccionar de la cartilla un odontólogo para que sea quien lo cuide en forma permanente. Están cubiertas todas las prestaciones incluidas en el nomenclador del Anexo 1 de la Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud.

El monto máximo de coseguros a pagar será de hasta \$340 para niños de hasta 15 años y para mayores de 65 años. Coseguro de hasta \$485 para aquellos beneficiarios que tienen entre 16 y 64 años.

No se contempla dentro de esa consulta la realización de prácticas no cubiertas a excepción del cementado de puentes y coronas que no requieran de restauración protésica.

Cobertura de las prácticas detalladas en Re. 201/2002 del MdeS.

7. ORTOPEDIA, se informa que nuestra obra social da cumplimiento a lo establecido en la Ley 23.660 en cuanto a "... que todos los beneficiarios de la Obra Social deben tener aseguradas las prestaciones que componen el Programa Médico Obligatorio (PMO), a través de PRESTADORES PROPIOS O CONTRATADOS, evitando la vía del reintegro donde el beneficiario se vea involucrado, lo que garantiza un acceso equitativo y en condiciones equivalentes, debiendo los Agentes del Seguro arbitrar los medios necesarios a fin de proveer toda prestación de salud en forma igualitaria e integral, de tal modo "que garanticen a todos los afiliados la obtención del mismo tipo y nivel de servicios, eliminando toda forma de discriminación...". Por lo antes expuesto y al igual que en la totalidad de especialidades médicas el afiliado recibe la prestación requerida, ingresando al sistema de salud por las diferentes modalidades según su necesidad, A través de

- la consulta por guardia y/o emergencia
- la solicitud de turno y consulta ambulatoria programada
- la derivación por especialista o médico de cabecera

Una vez realizada la consulta y realizado el diagnóstico de la dolencia que padece, se indica el tratamiento adecuado el cual se realiza en los centros especializados para los mismos, en los tiempos y formas que los protocolos y las buenas prácticas así lo establecen. En los casos de requerir algún tipo de tratamiento extra y/o no convencional, se eleva el caso a la auditoría médica de la institución quien luego de realizar el análisis de cada caso en particular emite dictamen y se procede a informarlo al beneficiario y al médico tratante.

8. MEDICAMENTOS

a) Medicamentos ambulatorios

Se asegura la cobertura del 40% como mínimo, de los medicamentos en ambulatorio que figuran en el Formulario Terapéutico actualizado Anexo 111 de la Res 201/2002, conforme al precio de referencia que se explicita en el mismo Anexo IV, y en las formas farmacéuticas allí indicadas.

Cobertura al 70% para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieran de su empleo de modo permanente o recurrente. Res.310/04 M.S y Res.758/04.

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.
- Fallo de tratamiento, intolerancia o problemas de conveniencia (interacciones, contraindicaciones y particularidades farmacocinéticas de cada caso) de los medicamentos incluidos en el PMO.

Anexo II

- Cobertura al 100% de los medicamentos incluidos en las Resoluciones N°:1561/12 y 1048/14 - SSSalud- Sur aplicado a aquellas prestaciones realizadas a partir del 1ero de junio de 2014. Cobertura al 100% de los medicamentos destinados a los pacientes comprendidos en leyes de protección de grupos vulnerables.

b) Medicamentos en internación: cobertura del 100%.

c) Medicamentos especiales: cobertura del 100% de Eritropoyetina en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

Medicamentos oncológicos según protocolos nacionales aprobados por la autoridad de aplicación. La medicación no oncológica, de uso en protocolos oncológicos, tendrá la misma cobertura que la medicación ambulatoria, a excepción del ondansetrón en el tratamiento de vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes (cisplatino, carboplatino, ciclofosfamida, ifosfamida, dactinomicina D, decarbazina doxorubicina, idarrubicina, epirubicina, estreptoizotocina, citarabina).

Cobertura de la Ley de Diabetes N° 26914/13. Insulina 100% (Res 301/99 MS AS, antidiabéticos orales, tiras reactivas, insumos (100%) en cantidades necesarias según lo que prescriba su médico, de acuerdo al artículo 2 de la Ley 26914 y Res. 764/2018 MS y DS).

Cobertura del 100% del mestinón 60 mg. para el tratamiento de la Miastenia Gravis. Res. 791/99 del MS. y A.S.

Promoción de la utilización de medicamentos genéricos por su nombre (Según Ley 25.649).

Cobertura de factores de Anticoncepción Hormonal (Res. 232/2007). Anticonceptivos hormonales, intrauterinos, condones con o sin espermicidas, además de Levonorgestrel (Res. 232/07) 100% a cargo del Agente del Seguro de Salud.

Dapsona (tratamiento de la Lepra). Inmunoglobulina antihepatitis B.

Drogas para el tratamiento de la Tuberculosis.

Res. 1747/05 M.S. Contempla la cobertura de la droga Efalizumab para el tratamiento de la psoriasis en placa de grado moderado o severo en mayores de 18 años y prestaciones comprendidas en el anexo I de la Res.

Cobertura del 100%:

- 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).

En el caso de consultas remotas a través de plataformas de teleconsultas se autoriza la prescripción de remedios en recetas por vías de mensajes de textos o de aplicaciones de mensajería vía web, mail Ley 27553.

9. OTRAS COBERTURAS

1. Cuidados paliativos: el cuidado paliativo es la asistencia activa y total de los pacientes por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa de vida del paciente no supera el lapso de 6 meses, por no responder al tratamiento curativo que le fue impuesto. Los objetivos aquí serán aliviar el dolor, los síntomas y el abordaje psicosocial del paciente. Se asegura cobertura del 100% de las prestaciones mencionadas en los Anexos II y III de la Resolución 201/2002, PMO.
2. Hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria: la cobertura será del 100% siendo requisito

Anexo II

- indispensable la inscripción de los pacientes en el INCUCA1 dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento. La Auditoría Médica establecerá la modalidad a ser cubierta según la necesidad individual de cada beneficiario.
3. Otoamplifonos: cobertura del 100% en niños de hasta 15 años a fin de garantizar un adecuado nivel de audición que les permita sostener una educación que maximice las potencialidades personales de cada beneficiario.
 4. Anteojos: con igual criterio que el anterior se asegura la cobertura de anteojos con lentes estándar en un 100% a niños de hasta 15 años.
 5. Prótesis y órtesis: la cobertura será del 100% de acuerdo a la Res. Nacional 500/04 en prótesis e implantes de colocación interna permanente y del 50% en órtesis y prótesis externas. El monto máximo a erogar por la Obra Social será el de la menor cotización en plaza. Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto. El Plan de Salud proveerá las prótesis nacionales según indicación. Solo se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional. La responsabilidad del Plan de Salud se extingue al momento de la provisión de la prótesis nacional. La Obra Social brinda cobertura de prótesis miogénicas o bioeléctricas, mientras se respeten las especificaciones previstas en la Res: 1561/12 SSSalud.
 6. Traslados: son parte de la prestación que se realiza. La Auditoría Médica podrá autorizar otros traslados de acuerdo con las necesidades de los pacientes.
 7. Otras Coberturas de Alta Complejidad: previa evaluación y autorización de Auditoría Médica, por ejemplo:
 - Trasplantes: de pulmón; corazón-pulmón; corazón; hígado; páncreas; riñón; córnea;
 - médula ósea y oído interno o coclear, intestinales, de huesos.
 - Injertos de miembros con microcirugía.
 - Embolización selectiva de grandes vasos.
 - Radioneurocirugía cerebral.
 - Tratamiento de grandes quemados.
 - Res. 1991/05 M.S.
 - Sistema de Derivación Ventrículo Peritoneal.
 - Implantes cocleares.
 - Prótesis Cardíacas – Parches Cardíacos
 - Potesis Arterial- Stent.
 - Angioplastia coronaria con stents liberadores de fármacos.
 - Prótesis de Ortopedia y Traumatología:
 - Totales y parciales de cadera cementadas y no cementadas.
 - Totales y parciales de rodilla cementada y no cementadas.
 - Espaciadores articulares de rodilla y cadera con gentamicina.
 - Materiales de estabilización de columna.
 - Materiales de osteosíntesis.
 - Vertebroplastía percutánea con cemento acrílico.
 - Radioterapia Tridimensional Conformada para el tratamiento del Ca. de Próstata.
 - Antivirales de uso Sistémico.
 - Factores Estimulantes de Colonias.
 - Factores de Coagulación Sanguínea.
 8. Ley de Contracepción 26/30: Contempla la cobertura de ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía.
 9. Cobertura al 100% de medicación analgésica destinada al manejo del dolor de pacientes oncológicos, según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación. Cobertura del 100% de la medicación de soporte clínico de la quimioterapia, destinada a la prevención y tratamiento de los vómitos inducidos por agentes antineoplásicos, según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.
 10. 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.
Tratamiento quirúrgico para pacientes con índice mayor a 40 (banda gástrica bypass).
 11. Ley 27071. Cobertura de Pacientes ostomizados. Cobertura total de los dispositivos o bolsas por ostomías y los elementos accesorios necesarios para la optimización de la tolerancia de la bolsa, para aquellas personas sometidas a una ostomía temporal definitiva.
 12. Se brinda la atención necesaria en enfermedades profesionales, accidentes de trabajo y accidentes in itinere.

Anexo II

13. La Obra Social brinda cobertura de prótesis miogénicas o bioeléctricas, mientras se respeten las especificaciones previstas en la Resolución 1561/2012 SSSalud.
14. Reproducción médicamente asistida, de acuerdo con las especificaciones previstas en la Ley 26862 y Decreto Reglamentario N°: 956/2013.
15. Profilaxis de transmisión vertical en recién nacidos de madres portadoras crónicas de virus hepatitis B. Profilaxis post exposición virus de hepatitis B por inoculación transdérmica o mucosa dentro de los 2 días de contacto.
16. Inmunoglobulina antihepatitis B según lo establecido en el anexo III Res. 310/2004 MS.
17. Ley 26872 Cobertura de la cirugía reconstructiva post mastectomía por patología mamaria.
Provisión de las prótesis necesarias.
18. Ley N° 26588 y sus modificaciones por la Ley N° 27196. Cobertura de estudios para la detección temprana, diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la Enfermedad Celíaca. Provisión de alimentos libres de gluten. Se incorpora marcador sérico IGA para detección de la enfermedad.
19. Ley 26743 (Identidad de Género) 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. Identidad de género, cobertura a tratamiento hormonal o quirúrgico.
20. Ley 25673 Resolución 2922 Implante Sudérmico Método Anticonceptivo, cobertura cien por ciento 100%, incluyendo todas las presentaciones. Uso, colocación y extracción incluidas en PMO.
21. 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.
22. Resolución 2894/19 del Ministerio de Salud de la Nación cobertura al 100%, medicamentos y productos médicos destinados al tratamiento de la Fibrosis Quística.
23. En el marco de la Ley 27610 cobertura Integral a personas Gestantes a fin de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo.

10. COSEGUROS

Están exceptuados del pago de todo tipo de coseguros:

- 10.1 La mujer embarazada desde el momento del diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado del embarazo, parto y puerperio de acuerdo a normativa.
- 10.2 Las complicaciones y enfermedades derivadas del embarazo, parto y puerperio hasta su resolución. El niño hasta cumplido los 3 años de edad de acuerdo a normativa.
- 10.3 Los pacientes oncológicos de acuerdo a normativa, en todo lo inherente a su enfermedad de base.
- 10.4 Los pacientes enpadronados previamente en programas preventivos.
- 10.5 Los pacientes internados no abonarán coseguros.

DISCAPACIDAD

Serán cubiertas por OSVTLA 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 discapacidad@osdepym.com.ar o retirarlo personalmente por nuestras oficinas de Casa Central o MICROCENTRO.

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 ACEPTARÁN 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.

Anexo II

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 OSVTLA (tipo B o C 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, cantidad de kilómetros recorridos, punto de partida y de destino.
- 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.

11. EXCLUSIONES

Los tratamientos prácticos o cirugías enunciados a continuación no son de cobertura obligatoria, salvo que fueren incluidos en las coberturas y/o planes por parte de los Agentes del Seguro de salud o entidades Medicina Prepaga.

- Medicamentos de venta libre y recetas magistrales.
- Terapias alternativas para cualquier enfermedad, incluidas las oncológicas o malignas.
- Métodos de diagnóstico o tratamiento no incluidos en el Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de Salud y/o no convencionales y/o en vía experimental y/o de los que se carezca de suficiente experiencia que acredite sus resultados y/o no avalados por entidades científicas representativas.
- Estudios, prácticas y/o tratamientos ambulatorios o en internación realizados fuera del país.
- Medicamentos, estudios, prácticas y/o tratamientos ambulatorios o en internación, prescriptos y/o realizados por profesionales y/o instituciones que no integren la cartilla, con excepción de los Hospitales Públicos (agentes naturales del sistema).
- Citostáticos: en ningún caso se cubrirán medicamentos no aprobados y/o en vía de experimentación y/o esquemas terapéuticos que estén aún en experimentación o fase de prueba, no aprobados por autoridad competente o avalados por entidad científica representativa.
- Prótesis u órtesis en las que se requiera determinada marca registrada, o suministrada por determinado proveedor, o importadas cuando existan del mismo tipo o similares de origen nacional.
- Cirugías y tratamientos con fines estéticos no reparadores.
- Tratamientos adelgazantes con fines estéticos.
- Curas de reposo.
- Acompañante durante la internación, salvo en menores de 15 años inclusive.
- No avaladas científicamente.
- En etapa experimental.
- Que se opongan legales vigentes.
- Que se contraponga al proceso natural de cada vida del individuo según los atendidos por las ART.
- Extras Sanatoriales.
- Ambulancia Aérea.
- Podología, cosmiatría, hidroterapia, terapias o curas de revitalización, o requerimiento de medicina alternativa.
- Tratamiento y operaciones no reconocidas por Sociedades Científicas y/o Instituciones Oficiales.

Anexo II

- Antiseborreicos y/o tratamientos capilares, champús salvo para pediculosis.
- Tratamientos desensibilizantes de alergia/vacunas que no figuran en el Manual Farmacéutico.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS

Sr. Beneficiario: usted cuenta con un procedimiento de formulación y reclamos por hechos que afecten su normal cobertura médico asistencial Resolución 075/98 SSSalud.

Para presentar su reclamo puede:

Dirigirse a la Sede Central o a la Delegación de su Obra Social y cumplimentar el Formulario B – Resolución 075/98 – SSSalud. o presentarse en la SSSalud y solicitar el Formulario B- Resolución 075/98 SSSalud. Centro de Atención Personal: Av. Roque Sáenz Peña 530 PB, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Horario de atención de lunes a viernes de 10:00 a 16:00 hs. Centro de atención telefónica de lunes a viernes de 9:00 a 19.00 hs asesoramiento gratuito: 0800-222-72583 SSSalud.