

CARTILLA MEDICA OSCE 

DIRECTORIO OSCE

**MOREYRA, DOMINGO**

ADMINISTRADOR

**DE FRANCHI, HUGO**

SUB-ADMINISTRADOR

**GALLO, RAUL**

TESORERO

**VARELA, CARLOS**

**DIAZ, VICTOR HUGO**

SUPLENTES

**FRANCO, JOSE LUIS**

REVISOS DE CUENTAS

**SANCHEZ, JORGE ALBERTO**

SUPLENTE

**MOREYRA, JUAN JOSE**

COORDINADOR OSCE

**DR. VILCHES, ALEJANDRO**

DIRECCION MÉDICA

**DRA. MORANDO, LILIANA**

AUDITORIA PRESTACIONAL

**DR. BARBOZA VERA, HAROLDO**

AUDITORIA PRESTACIONAL

**DRA. MARCOFF, ROXANA**

ÁREA SISTEMA UNICO REINTEGRO

Esta cartilla es una guía de orientación para informar al afiliado sobre los servicios

con que cuenta y la manera de acceder a cada uno de ellos.

Para una fácil comprensión de la misma se han ordenado las prestaciones por urgencias,

Centros de Diagnósticos, Clínicas y Sanatorios. Prestaciones Odontológicas y Farmacias.

**OSCE pone a disposición de sus beneficiarios todos los recursos existentes para la**

**atención de la salud, cumpliendo con todas las prestaciones que establece el Programa**

**Médico Obligatorio (P.M.O) haciendo especial hincapié en la Promoción de la**

**Salud y Prevención de la Enfermedad.**

Ante cualquier duda o sugerencia, acérquese a nuestra sede en la calle Doblas 629, CABA o

Comuníquese a los siguientes teléfonos:

Centro de Atención Lunes a Viernes de 09:00 – 18:00 hs. (011) 4921-0906/4922-6752

O.S.C.E ATENCION E INFORMES 24 HS (0800-222-6723)

|  |
| --- |
| Superintendencia Servicios de Salud |
| Servicio Gratuito: 0800-222-SALUD-(72583) L a V de 10:00 a 16:00 hs |
| [**www.sssalud.gob.ar**](http://www.sssalud.gob.ar/) |



Obra Social de Ceramistas

R-nos N°1-0410-8

## **CARTILLA MÉDICA ASISTENCIAL**

# **AÑO: 2016 – 2017**

**INDICE**

**CAPITULO I – Normas generales y operativas**

1. Cobertura
2. Actualización de la Cartilla
3. Acceso a las prestaciones – Documentación básica
4. Aranceles - Coseguros
5. Normas sobre las ordenes médicas

**CAPITULO II – Programa Asistencial**

1. **ATENCION MEDICA**
   1. Urgencias y traslados

Atención ambulatoria programada-Consultas y practicas medicas

Control de embarazo-Control del Recién Nacido

* 1. Especialidades
  2. Prestaciones ambulatorias con limite según PMO

**b.1** Rehabilitación

**b.2** Salud Mental

**b.3** Restantes prestaciones

**1.2.2.** Estudios diagnósticos

* 1. **1.3** Internación
  2. **1.3.1** Cobertura intervenciones quirúrgicas contraconcepción
  3. **1.4** Cobertura especiales
     1. **1.4.1** Discapacidad
     2. **1.4.2** Drogadependencia y adicciones
     3. **1.4.3** Diálisis renal crónica y peritoneal continua DPCA
     4. **1.4.**4 HIV/ SIDA
     5. **1.4.5** Transplantes de órganos
     6. **1.4.6** Cuidados paliativos
     7. **1.4.7** Grandes quemados

1. **MEDICAMENTOS**
   1. **2.1** Medicación ambulatoria
   2. **2.2** Medicación especial
   3. **2.**3 Medicación e internaciones
   4. 2.4 Limites y exclusiones en medicación

**3. PRÓTESIS Y ORTESIS**

**3.1** Prótesis y ortesis

**3.2** Otoamplifonos

**3.3** Óptica

**3.4** Otros

**4. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

1. **TRASLADOS**
2. **FACTURACIONES Y REINTEGROS**

**7. PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MÉDICA**

**8. PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES (Vigía)**

**9. EXCLUSIONES**

**10. PROGRAMAS PREVENTIVOS**

**CAPITULO I**

**Cartilla Médica Prestacional**

La presente Cartilla, se confecciona con el propósito de llegar a todos los beneficiarios, a fin de darles a conocer sus derechos, las prestaciones que se le brindan y el modo de acceso a las mismas.

La pretensión es velar por el mejoramiento de los servicios y la atención de todas las necesidades emergentes del mantenimiento de la salud.

**NORMAS GENERALES Y OPERATIVAS**

1. **COBERTURA**
   * La Obra Social brinda las prestaciones médicas según el PMO (Programa Médico Obligatorio) siendo éste la base prestacional que la Obra Social ofrece a sus beneficiarios, quedando a cargo de Auditoria Medica la ampliación de las prestaciones en atención a las necesidades individuales de los beneficiarios u otras normas que pudieran reemplazarlo o mejorarlo.
   * Las prestaciones asistenciales se brindan a través de prestadores contratados y se contempla que los Hospitales de Gestión Descentralizada son prestadores naturales del Sistema Nacional del Seguro de Salud y los estudios, prácticas e internaciones prescriptas por sus profesionales serán reconocidas de igual forma a las realizadas por los profesionales contratados por la Obra Social, con una cobertura del 100%.
   * La cobertura en la modalidad Hospital de Día es del 100%.

**2.- ACTUALIZACION Y DIFUSION DE LA CARTILLA**

* Semestralmente será actualizada la presente Cartilla, con todas las modificaciones que pudieran operarse en domicilios, teléfonos, prestadores y/o modalidades operativas.
* A los beneficiarios se les entregarán las modificaciones de Cartilla en el momento de actualizar el cupón de la credencial.
* **Consulta por correo electrónico**: la cartilla Médica con sus Prestadores y Prestaciones pueden ser consultadas por vía email a:

**3.- ACCESO A LAS PRESTACIONES**

**DOCUMENTACIÓN BÁSICA**

Para acceder a las prestaciones los beneficiarios deberán figurar en el Padrón actualizado de Beneficiarios de la Obra Social y de la Superintendencia de Servicios de Salud debiendo presentar además la siguiente documentación básica:

* Credencial actualizada de la Obra Social
* Documento de identidad
* Indicación médica para práctica, estudios y medicamentos.
* Orden de Prestación de la Obra Social cuando corresponda
* Prestaciones que requieren documentación adicional: se describen en el ítem Adicionales del rubro correspondiente.

**4.- Aranceles – Coseguros . Por Resolución 58 - E/2017**

Todas las prestaciones cubiertas se brindan con co-seguros (bonos) según la prescribe el PMO

* + Médico referente o especialista: (en consultas programadas para mayores de 65 años de edad)
  + Estudios de Diagnóstico:

**ANEXO I**

|  |  |
| --- | --- |
| **ACTUALIZACION DE COSEGUROS** | **Modalidad de actualización: Automática. Anclado al incremento del Salario Mínimo Vital y Móvil** |
| **Consultas:** | **Valor Máximo de Coseguros** |
| Médicos de Familia / Generalistas / Pediatras/ Tocoginecólogo | Hasta $ 80,00 |
| Médicos Especialistas | Hasta $ 150,00 |
| **Programa HIV y Oncología** | EXENTO |
| **Oncología** | EXENTO |
| **Discapacidad** | EXENTO |
| **Plan materno infantil 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 un año de edad. Todo con cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio y exceptuado del pago de todo tipo de coseguros 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 perinatológica 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. |
| Psicología |  |
| Psicología Incluidas en el art 4.1 PMO | Hasta $ 100,00 |
| Sesiones Excedentes | Hasta $ 200,00 |
| **Prácticas de laboratorio** |  |
| Prácticas de laboratorio básicas | Hasta $ 50,00 por 6 determinaciones de laboratorio básicas: Hemograma con formula, Glucemia, Uremia, VES, Ionograma, Creatininemia, Hemoglobina Glicosilada, Orina Completa, Microalbuminuria, Hepatograma. Se cobrará hasta $ 20,00 por cada determinación extra. |
| **Prácticas diagnósticas terapéuticas** |  |
| Imágenes de baja complejidad: Incluye RX simple y Ecografía simple. | Hasta $ 50,00 por estudio |
| Prácticas diagnósticas y terapéuticas de mediana complejidad | Hasta $ 100,00 por práctica |
| Prácticas diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad TAC, RMN, RIE, laboratorio biomolecular, genético Medicina Nuclear, Endoscopia. | Hasta $ 250,00 por práctica |
| Prácticas Kinesio-Fisiátricas |  |
| Prácticas kinesiológicas/fisiátricas | Hasta $ 50,00 por sesión hasta 30 sesiones por año y Hasta $ 90,00 por sesión, las excedentes. Tope máximo de 60 sesiones |
| Prácticas de enfermería | EXENTO |
| Prácticas de Fonoaudiología y Foniatría |  |
| Prácticas de Fonoaudiología y Foniatría | Hasta $50,00 por sesión |
| Atención Domiciliaria Consultas |  |
| Diurna (Código verde) | Hasta $ 250,00 (Incluye a los beneficiarios del PMI) |
| Nocturna (Código verde) | Hasta $ 350,00 (Incluye a los beneficiarios de PMI) |
| Emergencias/Código Rojo | EXENTO |
| Mayores 65 años | Hasta $ 100,00 |
| **Odontología** |  |
| **Consultas:** | Hasta $ 100,00 |
| Consultas: para menores de 15 años y mayores de 65 años | Hasta $ 50,00 |
| Prácticas Odontológicas | Hasta $ 100,00 cada práctica |

**APLICACIÓN DEL CO-SEGURO**

1. **SIN CO-SEGUROS**
   * Programas y prácticas de promoción y prevención de la salud
   * Plan Materno Infantil
   * Oncología internación hemodiálisis
   * Discapacidad
   * Programa HIV y Oncología
   * Emergencia Código Rojo
2. **CON CO-SEGURO:**

* Consultas Médicas
* Consultas Especializadas
* Consultas a domicilio
* Prácticas de Diagnóstico de Baja Complejidad, Laboratorio, Imágenes, etc.
* Odontologia

**CAPITULO II**

**PROGRAMA ASISTENCIAL**

**1.- ATENCIÓN MÉDICA**

**1.1 EMERGENCIA, URGENCIAS Y TRASLADOS**

**EMERGENCIA DOMICILIARIA**: Es importante tener en cuenta que una EMERGENCIA supone una situación repentina que implica riesgo de vida y requiere atención médica inmediata (pérdida de conocimiento prologado, pérdida de sangre abundante, dolor prolongado en el pecho).

* **Urgencia domiciliaria.**

Urgencia es una situación que no implica riesgo de vida y que puede ser atendida en el término de dos a tres horas (dolores abdominales agudos, vómitos que no cesan, etc.)

* **Visitas médicas domiciliarias**: son aquellas afecciones que impiden el traslado del paciente al consultorio y que no requiere urgencia en su atención).
* **Traslados**: para pacientes impedidos (para estudio o tratamiento): con órdenes médicas de TRASLADO atendiendo sus necesidades. llamar a los teléfonos de la Delegación próxima a su domicilio.

**Para tener en cuenta:** solicitar médico de la manera más clara posible: al llamar el operador le solicitara lo siguiente: número de teléfono desde el cual realiza la llamada, nombre del paciente, nombre de la Obra Social, el número de afiliado, dirección y entrecalles, sintomatología.

* 1. **ATENCION AMBULATORIA PROGRAMADA**

**CALL CENTER DE 9 A 18 hs., en Capital, Conurbano e Interior:**

**Para conocer los Centros de Guardia y /o derivaciones: 0800-222-6723**

* En Consultorios de los Médicos Referentes y en cualquiera de los Centros contratados.(Ver Cartilla detallada) consultaosce@fibertel.com.ar
  + 1. **CONSULTAS Y PRACTICAS MÉDICAS**

Todas las especialidades y prácticas médicas reconocidas por PMO.

**Cobertura del Plan Materno Infantil**

La cobertura del Plan Materno Infantil en cuanto a la atención del embarazo es al 100% paras las beneficiarias desde el momento del diagnóstico del embarazo, el parto y el primer mes posterior al mismo.

Para completar su atención, esta Obra Social ha desarrollado sus servicios especiales para:

**CONTROL DE EMBARAZO**

* Consultas.
* Examen ginecológico, Papanicolaou y Colposcopia.
* Examen de Laboratorio de rutina, con serología para la detección de sífilis y Chagas.
* Grupo sanguíneo y Factor RH.
* Análisis de orina completo.
* Certificación Medica de Vacunación: Tétanos y Sabin.
* Estudios: Mínimo de 2 (dos) ecografías obstétricas.
* Medicamentos relacionados con el embarazo y el parto con cobertura al 100%.

**CONTROL DEL RECIEN NACIDO**

**Atención del Recién Nacido:**

Hasta cumplir un año de edad todo con cobertura del 100%, tanto en internación como en ambulatorio, exceptuando del pago de todo tipo de coseguros para las atenciones y medicaciones específicas.

1. – **Estudios para la detección y tratamiento de:**

**(Ley 26279 Control del Recién Nacido)**

* Fenilcetonurias
* Hipotiroidismo congénito
* Enfermedad fibroquistica
* Galactosemia
* Hiperplasia suprasenal congenita
* Deficiencia de biotinidasa
* Retinopatía del prematuro
* Chagas
* Sífilis

2.- Control de vacunación de B.C.G. y Hepatitis B

3.- Se cubrirán las consultas de seguimiento y control; inmunizaciones del periodo; cobertura al 100% de la medicación requerida (siempre que ésta figure en el listado de medicamentos esenciales) quedando exceptuado del pago de todo tipo de coseguro, hasta cumplido el año de edad de acuerdo a la normativa vigente.

4- Rehabilitación con Estimulación Temprana, (sin coseguros), cobertura del 100% dentro del PMI, según Resolución Nº 201/2002 M.S, hasta los 2 años de edad.

**Cobertura de Leche:**

* Con el objetivo de impulsar la lactancia MATERNA NO se brindara cobertura para la adquisición de leches maternizadas o de otro tipo, con excepción de casos en los que el médico lo indique, sujeto a evaluación de la Auditoria Medica, hasta el año de vida de acuerdo al **PMI.**
* Esta Obra Social está dispuesta a adherirse a los planes que establezca el Seguro Nacional Materno Infantil a fin de cumplimentarlo en toda su extensión.
* **Especialidades Médicas:**

Anatomía patología Neurología

Anestesiología Nutrición

Cardiología Obstetricia

Cirugía Cardiovascular Oftalmología

Cirugía Cabeza y cuello Oncología

Cirugía General Ortopedia y Traumatología

Cirugía Infantil Otorrinolaringología

Cirugía Plástica reparadora Pediatría

Cirugía de Tórax Psiquiatría

Clínica Médica Reproducción Medicamente Asistida Ley 26.862

Dermatología Reumatología

Diagnóstico por imágenes Terapia Intensiva

(Rx–TAC–RNM y Ecografía) Urología

Endocrinología

Fisiatría (medicina física y rehabilitación)

Gastroenterología

Geriatría

Ginecología

Hematología

Hemoterapia

Infectología

Medicina familiar

Medicina nuclear: Radioterapia

Nefrología

Neonatología

Neumonología

**b. PRESTACIONES AMBULATORIAS CON LÍMITES PREVISTOS EN EL PMO**

**b.1. REHABILITACIÓN**

* Atención Kinésica, fisiatría y foniátrica: hasta 25 sesiones afiliado / año cada una

**b.2. SALUD MENTAL**

* **Atención ambulatoria**: de acuerdo a la Ley 26.657 y decreto reglamentario 603/2013
* **Internación**: de acuerdo a la Ley 26.657 y decreto reglamentario 603/2013
  1. **RESTANTES PRESTACIONES:**

Sin límites prefijados, según indicación médica y autorización en Auditoria Médica

* 1. Prevención y Control de Trastornos Alimentarios

Encontrándose incorporados al Programa Médico Obligatorio (PMO) la cobertura del tratamiento integral de los trastornos alimentarios, conforme a lo establecido en la Ley 26396 incluirá los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los nutricionales, psicólogos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las practicas medicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de las enfermedades.

En caso de requerir tratamiento prolongado prevé incorporar al beneficiario al Plan DIETA CLUB, con el que se ha formalizado un convenio general para el tratamiento individual de los pacientes.

La Obra Social, llevara un Registro Estadístico de pacientes con trastornos alimentarios y de las enfermedades crónicas relacionadas. Asimismo asentara los tratamientos otorgados y datos de interés para el seguimiento del enfermo en tanto su patología.

Acorde con lo establecido en la Resolución Nº742/09 SSSalud (ANEXOI) se dará cobertura al ….conjunto de las prestaciones básicas esenciales para el tratamiento de la obesidad.

* 1. **COBERTURA DE LA OBESIDAD EN PACIENTES:**

Cobertura de pacientes adultos con índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a treinta (30) con al menos una comorbilidad.

Comorbilidades:

. Diabetes

. Hipertensión Arterial

. Dislipemia

. Insuficiencia respiratoria

. Cáncer de mama post – menopáusica

**COBERTURA AMBULATORIA**

Consulta diagnostica realizada por médicos de primer nivel de atención.

Interconsulta con licenciado en nutrición o médico especialista en nutrición.

Interconsulta con medico con experiencia en obesidad.

**COBERTURA DEL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO**:

Tres (3) meses con cobertura del control y seguimiento

2.2 Ampliación por tres (3) meses más en la MEDICA que se haya asegurado que el paciente esté bajando de peso a un ritmo de no menos de UNO COMA CINCO POR CIENTO (1,5%) de su peso al menos por mes.

Una (1) consulta mensual a partir del descenso de al menos de DIEZ POR CIENTO (10%) de su peso de inicio el paciente para el plan mantenimiento.

**TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**

Estará cubierto con el SETENTA POR CIENTO (70%) de descuento:

* + ORLISTAT inhibidor de la absorción de grasas
  + SIBUTRAMINA – Anorexigeno

**TRATAMIENTO QUIRURGICOS PARA INDICE DE MASA CORPORAL IGUAL O MAYOR A CUARENTA (40) KG/M2**

Podrán acceder al tratamiento quirúrgico los pacientes que cumplan los siguientes: Criterios de inclusión.

1. Edad de veintiuno (21) a sesenta y cinco (65) años

1. Índice de Masa Corporal mayor a cuarenta (40) kg/m2
2. Más de cinco (5) años de padecimiento de obesidad no reductible demostrado mediante resumen de Historia Clínica de Centros donde haya sido evaluado en los últimos cinco (5) años.
3. Riesgo quirúrgico aceptable, es decir tener controlada las comorbilidades antes de la cirugía según escala ASA (American Society of Anesthesiologistas Physical Status Scale).
4. Haberse intentado otros métodos quirúrgicos para control de la obesidad bajo supervisión médica, por lo menos por veinticuatro (24) meses, sin éxito o con éxito inicial, pero volviendo a recuperar el peso perdido, estableciéndose como tratamiento a contactos de al menos UNA (1) vez por mes con equipo multidisciplinario durante los dos años previos en forma ininterrumpida.
5. Aceptación y deseo del procedimiento, con compromiso de los requerimientos del mismo.
6. No adicción a DROGAS ni alcohol evaluado por equipo multidisciplinario.
7. Estabilidad psicológica
8. Consentimiento informado

Procedimientos Quirúrgicos con cobertura

Banda gástrica ajustable (BGA)

By – pass gástrico

Contraindicaciones para la cirugía

* + Adicciones a DROGAS o alcoholismo
  + Pacientes embarazadas, en lactancia
  + Insuficiencias de órganos o sistemas incompatibles con el riesgo anestesiológicos descrito con anterioridad.
  + Depresión severa, patología psiquiátrica con comportamiento autodestructivo.
  + Obesidad secundaria a otra patología ejemplo SME de Cushing, acromegaglia, hipogonadismo, enfermedad hipotalámica.
  + Riesgo quirúrgico elevado
  + No entender o no estar dispuesto a seguir correctamente el tratamiento.
  + No aceptar firmar el consentimiento escrito de la cirugía.
  1. **Cumplimentándose la Ley 26588** – Resolución 407/12 en relación a la patología denominada **Enfermedad Celiaca**, se detalla la documentación necesaria para su cobertura (diagnóstico, tratamiento y alimentación especial) una vez realizado el diagnóstico de certeza y él envió de la documentación que así lo respalda.
  + Resumen de Historia Clínica, con inclusión de datos antro métricos: talla, peso, BMI
  + Detalle del Plan Dietoterapico
  + Solicitud de alimentos libres de gluten que debe incluirse/mes, firmado por médico tratante y/o Licenciado en nutrición.
  1. Las prestaciones medico asistenciales contempladas en la Resolución 1200/2012 y 1048/14 SUR tendrá una cobertura al 100%, quedando a cargo de la Obra Social la gestión de subsidio correspondiente ante SUR.
  2. Se otorga cobertura total a todas las prestaciones contempladas en la Resolución Nº1991/05 – MS y Resolución Nº1747/05 – MS.
  3. **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.
  4. Se realiza la cobertura para la detección temprana y la **atención de la Hipoacusia** prevista en la Ley 25.415 y normas relacionadas.
  5. Se realiza la cobertura para las prestaciones comprendidas en la Ley de identidad de Género Nº 26.743 y normas relacionadas.
     1. **ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS:**
        1. Cobertura: Estudios de laboratorio, imágenes y registros reconocidos en el PMO. Descartables, radioactivos y substancias de contrates necesarios
        2. Límites: Según indicación médica y autorización de auditoria Medica
        3. Requisitos adicionales: Resumen de Historia Clínica en Alta Complejidad
  6. **INTERNACION:**

1. Cobertura al 100%. Se accede por derivación de Medico Clínico o Especialista.
   * Prestadores de Cartilla
   * Tipo de internaciones: Clínicas, Quirúrgicas, Obstétricas, pediátricas, intensivas, institucional, y domiciliaria
   * Prestaciones: consultas, estudios y tratamientos reconocidos por el PMO, medicaciones, substancias de contraste y Descartables.
   * Pensión: Habitaciones de dos camas, con baño incluido. Acompañante para menores de 15 años.
     1. **COBERTURA DE INTERVENCION : “LIGADURA DE TROMPAS”**

Se accede por derivación de Médico Especialista.

Cobertura al 100% de intervenciones de contracepción quirúrgica (Ley 26130- año 2007 y la Resolución N° 755/06 SSSalud).

Las beneficiarias capaces y mayores de edad podrán acceder a las practicas denominadas “Ligaduras de trompas de Falopio” y Ligadura de conductos deferentes o vasectomía” previo consentimiento informado, después de haber recepcionado información acerca de:

a) Naturaleza e implicancias de la práctica a realizar

b) Características del procedimiento quirúrgico: riesgos y consecuencias.

c) Alternativas de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos de utilización automatizada. Igual cobertura de Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) de acuerdo a Resolución N° 232/07- MS.

**1.4 COBERTURAS ESPECIALES – PRESTACIONES QUE SE TRAMITAN EN LA OBRA SOCIAL**

* + 1. **1.4.1 DISCAPACIDAD**

1. Cobertura: prestaciones contempladas en Ley 24901 (Discapacidad) incluidas en el PMO, (Res 1200/2012– SUR – y otras resoluciones vigentes), sin cargo.
2. Requisitos adicionales:
   * Certificado oficial de discapacidad
   * Resumen Historia Clínica – psicológica
   * Prestaciones educativas: Informe del Distrito Escolar indicando la posibilidad de brindarlas.
   * Efector: A elección del beneficiario, inscripto en registro de Prestadores de la SSSalud cobertura con autorización de Auditoria Médica

**c.** Recursos económicos: serán afectados el 80% de los ingresos de la Obra Social, a la cobertura de las prestaciones médicas explicitadas en el presente Programa Medico, incluyendo los Planes de Medicina Preventiva.

**1.4.2 DROGADEPENDENCIA Y ADICCIONES**

1. Cobertura al 100%: dentro de las indicaciones, límites y aranceles del PMO y Resoluciones vigente (ley 24455 y Resoluciones conjuntas Nº362/97 y 154/97 del MS y As y Sedronar
2. Requisitos :

* Resumen de Historia Clínica y orden médica con Plan de tratamiento; luego Control de asistencia.
* Deberán registrar la solicitud de la prestación en la Delegación de su Jurisdicción o en Sede Central. Evalúa Auditoria Medica y autoriza.

**1.43 HEMODIALISIS, DIALISIS CRÓNICA Y DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA DPCA**

Se accede por derivación de Médico Especialista

1. Cobertura: Según PMO vigente, sin cargo , incluye la provisión de eritropoyetina
2. Límites: Sin limites
3. Requisitos adicionales: Orden Médica, Resumen de Historia Clínica, estudios confirmatorios de patología y recetas médicas. Inscripción en INCUCAI en el primer mes.

**1.4.4 HIV / SIDA**

1. Cobertura: Según PMO vigente, consultas estudios y medicación especifica sin cargo (Ley 24455 – art 1º inc a)
2. Requisitos adicionales: Orden Médica, Resumen de Historia Clínica y Plan de tratamiento, estudios confirmatorios de patología y receta médica.
3. Deberán registrar la denuncia de su patología en Auditoria Medica a través de la Delegación o en Sede Central.

**1.4.5 TRANSPLANTES**

1. Cobertura al 100%: Según PMO vigente
2. Requisitos adicionales Orden Clínica: Historia Clínica, Plan de Tratamiento y estudios confirmatorios de enfermedad.
3. Deberán registrar la solicitud en la Delegación de su jurisdicción o en Sede Central (CABA).

**1.4.6 CUIDADOS PALIATIVOS**

Se accede a través de la solicitud del médico tratante.

1. Cobertura: Prestaciones incluidas en PMO destinadas a alivio sintomático y contención familiar para pacientes terminales. A cargo del equipo multidisciplinario.
2. Límites: enfermo con expectativa de vida menor a 6 (seis) meses.
3. Requisitos adicionales: H.C., Plan de Tratamiento y estudio confirmatorio de enfermedad.
   * 1. **GRAN QUEMADO**
4. Cobertura: Prestaciones incluidas en PMO y Res Nº 1200/2012 Sur
5. Requisitos adicionales: H.C., Plan de Tratamiento e informe sobre grado y extensión de la quemadura.
   * 1. **ACCESO INTEGRAL A LOS PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS MEDICO – ASISTENCIALES DE REPRODUCCION MEDICAMENTE ASISTIDA**.
6. Cobertura: Prestación incluida en PMO y Ley 26.862.
7. Requisitos: deberá cumplimentarse de acuerdo a la ley y a su reglamentación vigente.

**1.4.9** **LEY 26872**: Se cubren al 100% a cargo de OSCE las prestaciones necesarias para cumplir con lo normatizado de la ley de referencia.

1. **MEDICAMENTOS**

**2.1. MEDICACIÓN AMBULATORIA**

* + - 1. Cobertura: Aprobadas por la SSSalud y recetadas según las normas sobre genéricos. Se adquieren en las farmacias de la Red, contratada, con recetas médicas.
      2. Cobertura de medicamentos de alternativa terapéutica, según las recomendaciones de uso establecidas en el ANEXO V (7.1.)

**COBERTURA – DESCUENTOS Y RECETAS VALIDA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TIPO O PROGRAMA | Dto | COBERTURA-REFERENCIAS Y NORMA | RECETA VALIDA |
| MEDICACIÓN GENERAL | 40% | Manual Farmacéutico excepto excluidas Punto 2.4 | General |
| DIABETES – INSULINAS | 100% | Manual Farmacéutico | General |
| DIABETES – ADB ORALES | 100 | Manual Farmacéutico | General |
| P.M.I. | 100% | Todos los productos cubiertos por Obra Social | General autorizada o con credencial PMI |
| CRONICIDAD | 70% | Incluidas en Resoluciones oficiales (310 y 331/04) | CRONICIDAD |
| Vacunas | 40% | Incluidas en Resoluciones oficiales | General |
| VACUNA HB | 100% | En PMI entre 11-25 años. Restantes caso 50% | General |
| INMUNOGLOBULINA ANTIHEPATITIS B | 100% | En PMI y ante contagio presunto menor de 48Hs | General |
| DROGAS ANTITUBERCULOSAS\* | 100% | Incluidas en protocolos oficiales | General |
| ONCOLÓGICOS \* | 100% | Incluidas en Prot. Ofic. antieméticos y analgésicos | General |
| HIV / SIDA\* | 100% | Incluidos en protocolos oficiales | General |
| DAPSONA\* | 100% | Lepra | General |
| PIRIDOSTIGMINA\* | 100% | Miastenia gravis | General |
| ERITROPOYETINA\* | 100% | Insuficiencia renal crónica | General |
| ANTICONCEPTIVOS HORMONALES | 100% | Manual Farmacéuticos excepto excluidos Punto 2.4 | General |
| DIU – CONDONES – DIAFRAGMA | 100% | Aprobados por autoridad oficial | General |
| ORLISTAT | 70% | Inhibidor Absoluto de Grasas | General |
| SIBUTRAMINA | 70% | ANOREXIGENO (LEY 26396) | General |

**\*Se tramitan en la Obra Social con presentación de HC firmada por especialista y copia de estudios confirmatorios de patología. Deberá ser renovada anualmente y actualizados los estudios.**

* + - 1. Cobertura de Anticoncepción Hormonal de Emerg (AHE) de acuerdo a la Resolución Nº232/07 M.S.
      2. Productos de alternativas terapéutica y/o con recomendaciones de uso incluidos en las normas oficiales, se hallan cubiertos en su totalidad.
      3. Normas para recetas médicas:
         * Prescripción: por nombre genérico
         * Cantidad: hasta tres productos por receta en envases chicos y colocando la leyenda Tratamiento Prolongado. Hasta dos envases grandes por producto. (Este límite se refiere al contenido de cada receta, no existiendo límite en el número de las mismas.
         * Psicofármacos: deben extenderse ordenes medicas por duplicado-
         * PMI: Son válidas las recetas comunes con credencial PMI adjunta, o en su defecto= autorizada por la Obra Social.
         * Cronicidad Es válida únicamente la receta de Cronicidad de la Obra Social.
         * Restantes medicamentos: Receta común.
         * Cobertura al 100% con constancia de pertenencia a Programas de Protección de grupos vulnerables (HIV; Adicciones; y población incluida en Programas de Medicina Preventiva).
         * Cobertura del 100% para diabetes, en medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol autorizado, de acuerdo a Res. Nº 1156/04 y Decreto Nº 23.753 y sus modificaciones

**2.2 MEDICAMENTOS ESPECIALES**

1. Cobertura: incluidas en PMO vigente, Sin cargo, se tramitan ante la Obra Social.

Comprende:

|  |  |
| --- | --- |
| Inmunosupresores – Mestinón 60 Mg. en Miastenia gravis | Ceredase en Enf. Gaucher |
| Interferón en esclerosis múltiple con 2 o mas brotes en 2 años o hepatitis Crónica B o C | Tratamiento de Hemofilia |
| Teicolamina en estafilococos meticilinorresistentes | Copolímero en esclerosis múltiples |
| Factores estimulantes de colonias granulociticas en neutropenias severa ­mayor a 1000 | Riluzole en esclerosis lateral amiotrofica |
| Tobramicina aerosolizada en enf. Fibroquisticas con infección respiratoria por Pseudomona |  |
| Somatotropina en S.Turner e hipopituitarismo con trastornos del crecimiento |  |
| Octreotide en S. Carcinoide y tumores hipofisarios acromegálicos |  |

1. Requisitos adicionales:
   * Orden Médica, Resumen de H.C. y Plan de Tratamiento
   * Copia de estudio confirmatorio de patología
   * Receta médica

**2.3 MEDICACIONES EN INTERNACIONES**

Cobertura: 100% en medicamentos, descartables, anestésicos, radioactivos y sustancias de contraste, sin cargo, provista por el Prestador. (Con orden médica)

* 1. **LIMITES Y EXCLUSIONES EN MEDICACIONES**
* Productos de venta libre
* Accesorios de farmacias: fajas, apósitos, vendas, algodón, gasas, etc.
* Productos de perfumería, tocador, cosmética
* Aparatos: termómetros, tensiómetros, nebulizadores, etc.
* Cantidades superiores a dos envases chicos o uno grande por producto. (Límite referido al contenido de cada receta, no existiendo límite en el número de las mismas)
* Fertilización asistida homeopática.

1. **PROTESIS Y ORTESIS**

Se tramitan ante la Obra Social. Cobertura y descuentos:

**3.1. PRÓTESIS E IMPLANTES**

Se gestionan con orden médica, en la Delegación o Sede Central.

Prótesis en implantes internas y permanentes....................100%

Implantes.......................................................................100%

Prótesis externas y ortesis..................................................50%

Implante coclear Res. Nº 1276/02 - SUR entre 1 y 60 años al 100%

Calzados ortopédicos y plantillas: 50% un par por año, hasta los 18 años Requisitos adicionales para todas las prestaciones de PRÓTESIS:

* Resumen de H.C.
* Copia de estudios confirmatorios

Prescripción médica

**3.2 OTOAMPLIFONOS**

Se requiere orden médica.

1. Cobertura: Audífonos convencionales, sin cargo con límites: hasta los 15 años, salvo que el paciente sea mayor de esa edad y tenga certificado de discapacidad.

**3.3 OPTICA**

Se requiere orden médica

Prótesis de reemplazo.......................100%

Lente intraocular..............................100%

Anteojos con lentes estándar............100% hasta los 15 años, uno por año

**Normas generales**

* Los pedidos de medicamentos deben efectuarse por nombre genérico en todos los casos
* Elección del mejor presupuesto de tres presentados
* Exclusivamente, productos de industria nacional, excepto inexistencia de un producto o un similar, se aceptará uno importado.

**4 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

1.01 Consulta diagnostico Plan de Tratamiento

1.04 Urgencias, Institucionales y domiciliarias

2.01 Obturación de amalgama. Cavidad Simple

2.02 Obturación de amalgama. Cavidad compuesta o compleja

2.04 Obturación de tornillo de conducto. Comprende el tratamiento de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por l 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.

2.05 Obturación resina autocurado. Cavidad simple

2.06 Obturación resina autocurado: Cavidad compuesta o compleja

2.08 Obturación resina fotocurado sector anterior. Comprende la restauración de las piezas anteriores y vestibular de primeros premolares.

2.09 Reconstrucción de ángulo en dientes anteriores.

3.01 Tratamiento endodóntico en uniradiculares.

3.02 Tratamiento endodóntico en multiradiculares

3.05 Biopulpectomía parcial

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

5.01 Tartrectomía y cepillado mecánico. Esta práctica no incluye el blanqueamiento de piezas dentarias. En pacientes mayores de 18 años se cubrirá una vez por año.

5.02 Consulta preventiva. Terapias fluoradas incluye tartrectomia y cepillado mecánico detección y control de la placa bacteriana enseñanza de técnicas de higiene. Se cubrirá hasta los 18 años y hasta dos veces por año. Comprende aplicación de fluor barniz y colutorios.

5.04 Consulta preventiva Detección control de placa bacteriana y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Comprende enseñanza de técnica de cepillado uso de elementos de higiene interdentarios asesoramiento dietético y revelado de palca. Incluye monitoreo anual.

5.05 Selladores de surcos fosas y fisuras. Esta práctica se reconoce hasta los 15 años en premolares y molares permanentes.

5.06 Aplicación de cariostatícos en piezas dentarias permanentes.

7.01 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.

7.02 Mantenedor de espacio. Comprende mantenedores de espacios fijos o removibles. Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 8 años de edad inclusive. Se incluye corona o banda y ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión.

7.03 Reducción de luxación con inmovilización dentaria.

7.04 Tratamientos en dientes temporarios con Formacresol. Cuando el diente tratado no esté próximo a su exfoliación. También se cubrirá en piezas permanentes con gran destrucción coronaria.

* 1. Corona de acero provisoria por destrucción coronaria. Se cubrirá en piezas temporarias con tratamiento de formacresol ó gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre dentro del período de exfoliación. En primeros molares permanentes hasta los 15 años de edad.
  2. Reimplante dentario e inmovilización por luxación total.

7.07 Protección pulpar directa

8.01 Consulta de estudio. Sondaje fichado, diagnóstico y pronóstico.

* 1. Tratamiento de gingivitis. Comprende tartrectomía raspaje y alisado, detección y control de placa, topicación con flúor y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Se cubrirá anualmente
  2. Tratamiento de enfermedad periodontal. Comprende todos los cuadros periodontales e incluye raspaje alisado radicular. Se cubrirá cada dos años.
  3. Desgaste selectivo o armonización oclusal.
  4. Radiografías periapical. Técnica de cono corto ó largo. Radiografía Bte –Wing
  5. Radiografías oclusal
  6. Radiografías dentales media seriadas: 5 a 7 películas
  7. Radiografías dentales seriada: de 8 a 14 películas
  8. Pantomografia o radiografía panorámica
  9. Estudio cefalométrico

10.01 Extracción dentaria

10.02 Plástica de comunicación buco –sinusal

10.03 Biopsia por punción o aspiración ó 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

* 1. frenectomía

**5. TRASLADOS**

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

Requisitos:

* Indicación escrita del médico tratante con las características del móvil que requiera el estado del paciente.
* Documentación individual y afiliación.

**6. FACTURACIONES Y REINTEGROS**

**Facturaciones de prestaciones:** Se reconocerán las autorizadas por la Obra Social ó incluidas en Convenios. Los prestadores deberán presentar la factura original acompañada por Resumen ó fotocopias de H.C. donde consten todas las prácticas facturadas con el conforme del Beneficiario.

* **Pedido de Reintegros:** Solo se podrán solicitar en los casos previstos en el presente **PMO por urgencias comprobables ó por inaccesibilidad ocasional del servicio**. Deberá presentarse receta ú orden médica junto a la factura tickets ó recibo original de curso legal y el reintegro se efectuará a los valores autorizados por la Obra social.
* **Vigencias:** Se reconocerán las facturaciones y reintegros presentados dentro de los 30 días de efectuada la práctica y los pagos se efectuarán dentro de los 30 días de presentada la documentación respaldatoria.

**7** **PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

Los prestadores deberán cumplir con todas las normas de Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Siendo esta Obra Social, quien garantizará su cumplimento.

**8 PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES (VIGIA)**

La Obra Social cumplirá con todos los programas elaborados por el Ministerio de Salud en los términos del Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (VIGIA) según Decreto 865/2000.-

**9 EXCLUSIONES**

**LA OBRA SOCIAL NO CUBRE:**

* **Medicina alternativa, homeopática, estética, cosmética.**
* **Prestaciones brindadas por efectores privados ajenos a la Obra Social sin autorización previa, ó no inscriptos en el registro de Prestadores de la SSSalud, excepto situaciones de urgencia debidamente acreditadas.**
* **Medicamentos ó protocolos terapéuticos no aprobados por el MS y/o SSSalud**
* **Prótesis de fabricación extranjera cuando en el país existan similares.**
* **Acompañantes en internación en mayores de 15 años**
* **Internación geriátrica y/o crónica.** Solamente se posibilitará cuando se trate de un discapacitado.
* Exámenes laborales, jubilatorios pre-ingreso.

1. **PROCEDIMIENTO Y METODOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD**

**Normas operativas**

* + Talleres de promoción y prevención

Se realizarán en forma programada y por Delegación, con una frecuencia semanal, con planilla de asistencia a los mismos. Estarán dictados por Profesionales afines con la enfermedad que se desarrolle o vinculados al Área de Prevención.

* + Procedimiento

El beneficiario se inscribe en la Delegación Zonal y con ello se informa de las ventajas de pasar a pertenecer al Programa.

El administrativo procede al REGISTRO del beneficiario, y llena la Planilla de Registro de Incorporación al Programa. De este modo, se le asigna una fecha de citación cuando se requieren estudios (mama o útero) o directamente para su concurrencia y participación en talleres.

La finalidad es constatar la misma con la planilla de realización de estudios y de esta manera hacer un seguimiento de inclusión de la afiliada (en caso de estas dos patologías).

Se le entregan además folletos explicativos sobre los Beneficios de la Prevención en Salud, lugar de realización, disponibilidad de turnos horarios de atención teléfonos alternativos.

Contenidos de los Programas

Se ven reflejados en el desarrollo de a) b) c) d) e) f) g) H) **Sr beneficiario,** le reiteramos que puede acceder gratuitamente inscribiéndose en la Delegación próxima a su domicilio y concurriendo a las reuniones programadas.

a- **PROGRAMA MATERNO INFANTIL**

Destinado a madres y niños menores de un año a los que la Obra Social controla embarazo y asiste a madres y niños con todo tipo de prestaciones, cobertura al 100%.

b- **PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CANCER DE CUELLO UTERINO** Tiene en sus objetos disminuir la mortalidad por C.A. de cuello uterino.

Como meta se pretende la captación e implementación de prácticas preventivas en la población femenina (desde los 18 años) y sin tope máximo de edad a través de la participación de las mismas en los Programas y reuniones preparados al efecto. Adhesión y Controles gratuitos; en este sentidos se ha previsto la cobertura anual de mínimo un PAP anual por beneficiaria. Charlas informativas con profesionales, en las Delegaciones de cada Provincia. Infórmese.

Se procederá a la vacunación de las niñas nacidas en el 2011 (11 años) para la prevención del virus HPV.

c- **PROGRAMA DE PREVENCION DE CANCER DE MAMA**

Tiene por objeto atender la aparición temprana del Cáncer de mama. Concientizar sobre la necesidad del control de la enfermedad y disminuir la mortalidad por dicha enfermedad. Para lograr la meta, se pretende la captación e implementación de prácticas preventivas en la población femenina (desde los 35 años y sin límite de edad) a través de la participación de las mismas en los Programas y reuniones preparados al efecto. Adhesión y controles gratuitos; especialmente de mamografías anuales al 100% Charlas informativas con Profesionales en las Delegaciones de cada Provincia. Asistencia y atención médica gratuita.

d- **PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE Y SIDA**

Educar y promover la planificación familiar; informar y prevenir enfermedades de transmisión sexual HIV, SIDA y otras; promover el autocuidado y conocimiento sobre salud sexual en los adolescentes; disminuir los embarazos no deseados.

Para ello se programan reuniones grupales sobre educación sexual; además de educación individual sobre anticoncepción en la consulta con el especialista; asegurando el acceso adecuado a los diferentes métodos anticonceptivos (DIU; anticonceptivos orales, etc). Entrega y colocación gratuita.

Además de realizar inmunización con vacunas para Hepatitis B en 100% de los jóvenes que lo soliciten.

Puede concurrir a las reuniones programadas a desarrollarse en las Delegaciones de la Obra Social.

Está destinado a varones y mujeres de desde el comienzo de la edad fértil.

e- **PROGRAMA DE PREVENCIÓN ODONTOLÓGICA**

Educación sobre el cuidado de la salud bucal del niño (de 3 a 6 años); estimulando la consulta preventiva a partir de los 7 años y de la mujer embarazada.

El Programa de Prevención en Odontología está destinado a la totalidad de la población beneficiaria.

Ingrese al Programa Consultas gratuitas – Reuniones en Sede Central y en Delegaciones del interior del país.

f- **PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CUIDADO DEL ENFERMO DIABÉTICO**

Información y asistencia para el desarrollo de hábitos de vida saludable.

Actividades de Conserjería, difusión y captación del paciente diabético para su incorporación al Programa. Diagnóstico, seguimiento y materiales. Cobertura al 100%. Infórmese en Sede Central o Delegaciones del interior. Participación en reuniones programadas, destinadas a enfermos diabéticos, familiares.

g- **PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Detección de factores de Riesgo

Propósito: reconocer tempranamente la población con hipertensión arterial; para la cual se invita especialmente a varones y mujeres de 40 a 70 años a participar del Programa. Atención gratuita inscribiéndose en las Delegaciones o Sede Central. El Programa de Prevención prevé insistir sobre cambio de hábitos alimentarios, ejercicios físicos, etc. Consultas y seguimiento con cobertura al 100%. Adhiérase al Programa. Inscripción en Sede Central a Delegaciones del interior del país. Preste su adhesión concurriendo a las reuniones programadas. Asistencia gratuita, atenciones médicas y provisión de material.

h- **PROGRAMAS DE “EDUCACION PARA LA SALUD”**

\_DENGUE

\_CHAGAS.

**ANEXO I**

**OBRA SOCIAL DE CERAMISTA RNOS Nº1-0410-8**

**DELEGACIONES DE CAPITAL FEDERAL Y PROVINCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JURISDICCION** | **DOMICILIO** | **TELEFONO** | **RESPONSABLE** |
| **CAPITAL FEDERAL** | **Agase 245** | **4911-7883** | **Sr. Sánchez Jorge** |
| **AVELLANEDA** | **Pergamino 798 Lanús Este** | **011-152433-4713** | **Sr Ramundo José** |
| **VILLA ADELINA** | **El Indio 2228 Villa Adelina** | **011-4763-3981** | **Sr. Carlos Varela** |
| **CHIVILCOY** | **Dorrego 465** | **02324-427931** | **Sr José Luis Franco** |
| **AZUL** | **Mitre 671** | **02281-431633** | **Sr. Hugo Cesar de Franchi** |
| **OLAVARRIA** | **Cnel. Suarez 2228** | **02284-422061** | **Sr. Pedro Agustín Garay** |
| **CATAMARCA** | **Av. Felipe Varela 4707** | **03834-442271** | **Sr. Justo Díaz** |
| **CORDOBA** | **Villa Corta y Ocaña 2929** | **0351-4511954** | **Sr. Víctor Hugo SAnchez** |
| **LITORAL** | **Corrientes 1430** | **03722-464143** | **Sr. Jose Saucedo** |
| **CHUBUT** | **Estevariz 436** | **02804-457096** | **Sr. Armando Moyano** |
| **MENDOZA** | **Costa Rica 469** | **0261-4374423** | **Sr. Roque Gauna** |
| **NEUQUEN** | **Las Heras 194** | **0299-4434065** | **Sra. Fabiana Carrasco** |
| **RIO NEGRO** | **Belisiario Roldan 172** | **02984-452664/5** | **Sra. Fabiana Carrasco** |
| **SALTA** | **San Felipe y Santiago 1255** | **0387-4231682** | **Sr. Miguel Gerez** |
| **SAN LUIS** | **Las Heras 1330** | **02657-428488** | **Sr. Arias Ariel Eduardo** |
| **SAN JUAN** | **Sgo. Estéreo 331** | **0264-4204078** | **Sr. Enrique Miranda** |
| **SANTA FE** | **San Lorenzo 1079** | **0341-4912460** | **Sr. Juan Domingo Moreyra** |
| **SANTIAGO DEL ESTERO** | **Gallo 48** | **03854-314334** | **Sr. Herrera Hugo** |
| **TUCUMAN** | **Pasaje Casero 1031** | **0381-156203244** | **Sr. Víctor Hugo Díaz** |

**ANEXO II**

* + 1. **PROCEDIMIENTOS**
  1. Centros de Orientación y Coordinación de Servicios

Esta tarea la desarrolla el personal de Planta destacado en las Delegaciones. La ubicación de las mismas, domicilio y responsable figura en el ANEXO I de esta Cartilla.

* 1. Credenciales
  + Emisión y entrega: Otorgada el alta de afiliación, la credencial debe ser retirada en la Delegación correspondiente, para poder hacer uso de las prestaciones. Una vez entregada la misma el beneficiario deberá controlar los datos impresos, a fin de firmar su conformidad. Las credenciales son de carácter personal e intransferible. Su uso indebido por terceros o por afiliados inhabilitados será penado por ley. En caso de robo o extravió deberá dirigirse a la Delegación de origen. Para solicitar una nueva emisión a tal fin deberá presentar: DNI del titular, último recibo de sueldo
  + Utilización: Toda las prestaciones se realizarán previa presentación de la credencial vigente.
  + Régimen de autorizaciones: Las practicas de mediana y alta complejidad requieren autorización de la Auditoria Medica de Sede Central. Las mismas, se pueden diligenciar personalmente o por FAX en su Delegación. Para ello deberá presentar:
  + El carnet
  + Ultimo recibo de sueldo
  + Historia clínica
  + Solicitud del médico tratante
    1. Centros habilitados para diligenciar las autorizaciones: la Sede de todas las Delegaciones y Sede Central- su jurisdicción, domicilio, teléfono y FAX, junto al nombre del Responsable, figuran en el presente ANEXO I.
    2. Actos prestacionales que requieren aplicación de bono: Recetarios u órdenes de práctica, se entregan en las Delegaciones y en Sede Central.
  1. Régimen de turnos

Libre elección del Prestador en tanto el mismo figure en Cartilla, y por ende, pertenezca al sistema-

Se solicita turno telefónico en los Establecimientos o consultorios particulares que figuren en cartilla. Los mismos, tendrán una respuesta acorde con la urgencia.

* 1. Centros de atención de Urgencia y Emergencia médicas y odontológicas: podrán recibir las solicitudes de servicio; las guardias de toda las Clínicas de Cartilla tanto en Capital Federal, Conurbano o interior del País.