

COBERTURA DE LA OBRA SOCIAL



Obra Social de Personal de Dirección



Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social





osim
Obra Social de Personal de Dirección

1	Cobertura de la Obra Social	5
1.1	Servicios de Emergencias, Urgencias y Visita Médica a Domicilio	5
	1.1.1 Emergencia Médica	5
	1.1.2 Urgencia Médica	5
	1.1.3 Médico a domicilio	6
1.2	Traslados en ambulancia	6
1.3	Normas de utilización de los servicios ambulatorios	6
1.4	Gestión de turnos	8
1.5	Credenciales	8
1.6	Coseguros	9
1.7	Prestaciones que requieren autorización	9
1.8	Especialidades y modalidad de atención secundaria	9
1.9	Medicamentos	11
	1.9.1 Medicamentos de uso ambulatorio y Resolución 310	11
	1.9.2 Plan Materno Infantil	12
	1.9.3 Diabetes	13
	1.9.4 Discapacidad	13
	1.9.5 Oncología	13
	1.9.6 HIV	13
	1.9.7 Alto costo y baja incidencia	13
	Resolución 13.453 - APE, 1.561/12 - SSSalud, 1.408/14 - SSSalud y modificatorias	
1.10	Plan Materno Infantil	14
	1.10.1 Medicamentos	14
	1.10.2 Leches medicamentosas	14
	1.10.3 Vacunas	14
	1.10.4 Requisitos para solicitar la cobertura del PMI	14
1.11	Diabetes	15
1.12	Celiaquía	15
1.13	Anticoncepción hormonal de emergencia	15
1.14	Material radioactivo y de contraste	16
1.15	Prótesis y órtesis externas	16
1.16	Ortopedia	16
1.17	Implante coclear	16
1.18	Audífonos	17
1.19	Salud Mental	17
1.20	Adicciones	18
1.21	Tratamiento Integral trastorno de la alimentación	18
1.22	Prestaciones correspondientes a Identidad de género	18
1.23	Discapacidad	18

1.24	Cuidados paliativos	19
1.25	Screening neonatal	20
1.26	Detección temprana y atención de la hipoacusia	20
1.27	Fertilización asistida	20
1.28	Estudios pre trasplantes, trasplantes y post-trasplantes	21
1.29	Hemodiálisis y DPCA	21
1.30	Ligaduras de trompas y vasectomía	21
1.31	Obesidad Mórbida	21
1.32	Odontología	22
1.33	Óptica	24
1.34	Prestaciones excluidas	24

1 COBERTURA DE LA OBRA SOCIAL

Las coberturas y prestaciones incluidas en la presente cartilla son las establecidas por la normativa legal vigente y pueden variar en la medida que se dicten leyes o resoluciones que las afecten en el futuro.

Según la modalidad de cobertura las mismas pueden ser brindadas en forma directa a través de **OSIM** o por la red prestacional correspondiente al plan que el afiliado haya adherido.

La documentación requerida para cada prestación se actualiza en forma permanente. Recuerde que es aconsejable al momento de solicitar una cobertura, consultar los requisitos en:

www.osim.com.ar (Sección Afiliados - Cobertura Médica)
0810-777-6746
Sucursales OSIM

1.1 Servicios de Emergencias, Urgencias y Visita Médica a Domicilio

Para acceder al servicio de Emergencias y Urgencias a domicilio, el afiliado deberá comunicarse a los teléfonos informados en su credencial y/o cartilla médica.

1.1.1 Emergencia Médica

- Es aquella situación en que hay una amenaza inmediata para la vida de una persona y cuya asistencia no puede ser demorada.
- El paciente está crítico, con riesgo inminente de vida. Requiere estabilización y/o maniobras de RCP, seguidas de traslado.
- Son ejemplos de emergencia médica la pérdida de conocimiento de cualquier origen, el paro cardiorespiratorio, los accidentes graves que causan traumatismos con hemorragias severas, los episodios convulsivos, la electrocución, el dolor de pecho en población de riesgo o con antecedentes cardíacos, las complicaciones severas de las distintas etapas de la gestación, las caídas de altura, las hemorragias, las heridas de arma blanca o de fuego, los politraumatismos y quemaduras graves, etc.

1.1.2 Urgencia Médica

- Son todas aquellas situaciones en las que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención Médica, ya sea para calmar el síntoma o para prevenir complicaciones mayores.
- Son ejemplos los traumatismos menores, quemaduras leves, las palpitaciones, la hipertensión arterial sintomática, la pérdida de conocimiento recuperada, problemas relacionados con la diabetes, taquicardia, traumatismo de cráneo, abdomen y tórax, etc.

Cómo actuar ante una EMERGENCIA o URGENCIA MEDICA

- » Llame de inmediato al teléfono de Emergencias informado en su cartilla o credencial médica e indique el número telefónico desde el que Usted está comunicándose.
- » Proporcione la ubicación exacta del paciente (calle, número, entre calles, localidad) y cualquier otro dato de referencia para su rápida ubicación.
- » Describa los síntomas y responda las preguntas que se le harán en tal sentido.
- » Preste atención a las instrucciones de nuestro operador para ayudar al paciente mientras arriba la unidad.
- » No corte la comunicación hasta tanto se lo indique el operador.
- » En caso que resulte necesario trasladar al paciente sólo una persona podrá acompañarlo. Tenga decidido quién lo hará y la identificación o carnet del paciente.

1.1.3 Médico a domicilio

- En aquellos cuadros clínicos en que no existe un riesgo de vida ni es necesaria una atención médica inmediata, puede solicitar la presencia de un médico en el domicilio.
- En caso que el afiliado se encontrase imposibilitado de deambular o con patologías crónicas semi-invalidantes.
- Un grupo de profesionales altamente capacitados se harán presentes en el transcurso de las 4 horas en su domicilio, de acuerdo a la demanda existente, las 24 horas, los 365 días del año.
- El servicio de Médico a Domicilio no debe ser utilizado como control de evolución de patologías banales, como reemplazo del médico clínico o de cabecera, para certificados laborales ni en situaciones donde los síntomas requieran de exámenes para su diagnóstico.
- Para solicitar el servicio comuníquese a los teléfonos informados en su cartilla o credencial médica.

1.2. Traslados en ambulancia

Los traslados deben ser indicados por el médico tratante y solicitados a los teléfonos de urgencia. La complejidad de las unidades dependerá de cada caso y estará definida por el profesional. Esta prestación será brindada por los servicios de Emergencia detalladas en su cartilla médica y credencial.

1.3 Normas de utilización de los servicios médicos ambulatorios

La modalidad operativa describe el procedimiento a seguir para acceder a la cobertura

ra en los prestadores indicados en la cartilla médica que le corresponde según el plan contratado. El afiliado podrá elegir libremente entre los prestadores, quienes son los únicos autorizados para realizar las prestaciones que los afiliados necesiten. Su conocimiento permitirá una máxima y eficaz utilización de los servicios que ha convenido.

Es requisito fundamental para obtener los beneficios de la prestación, que la cobertura se encuentre contemplada en el plan, encontrarse dentro del radio de cobertura de su cartilla y presentar la credencial de afiliado.

La cobertura es la siguiente:

► **Consultas Médicas**

El afiliado debe solicitar turno con el profesional elegido de la cartilla que tiene asignada. En la consulta deberá presentar su credencial personal vigente y firmará la prestación recibida en el documento que le presente el profesional. No necesita órdenes.

► **Análisis Clínicos, Diagnóstico por Imágenes y Estudios**

Se cubren todas las prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el anexo II del Plan Médico Obligatorio vigente, considerando el material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza.

El afiliado se comunicará con el centro de diagnóstico elegido de su cartilla para reservar turno. Deberá concurrir con la orden de prescripción del médico tratante, que incluya diagnóstico presuntivo o de certeza, fecha de emisión, firma y sello del profesional, y su credencial de afiliado.

La cobertura de estudios especiales que no se encuentren incluidos en el Plan Médico Obligatorio requerirá, indefectiblemente, autorización previa por parte de la Auditoría Médica de la red prestacional.

Para solicitar la autorización es requisito presentar la orden de prescripción del médico tratante en la que conste, que incluya diagnóstico presuntivo o de certeza, fecha de emisión, firma y sello del profesional.

► **Internaciones**

Se asegura el 100% de cobertura en internación sanatorial programada o de urgencia, para las prestaciones y prácticas que se encuentran incluidas y que se detallan en el anexo II del Plan Médico Obligatorio vigente. Las mismas condiciones corresponden en el caso de internación domiciliaria

Para internaciones programadas el afiliado deberá gestionar en la Red Prestacional correspondiente la autorización previa al ingreso. Las órdenes de internación se extenderán cumpliendo con los requisitos establecidos por la red prestacional.

Para las internaciones urgentes debe solicitarse la autorización correspondiente dentro de las 24 horas siguientes a la internación.

► **Rehabilitación, Kinesiología y Fonoaudiología**

A través de las redes contratadas se da cobertura a todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas que se detallan en el Anexo II del Plan Médico Obligatorio vigente, dando cobertura ambulatoria para rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial.

Kinesioterapia: hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario.

Fonoaudiología: hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario.

Para los tratamientos de Rehabilitación, Kinesiología y Fonoaudiología el afiliado deberá presentar la autorización previa, y firmar cada una de las sesiones validando la prestación recibida.

1.4 Gestión de turnos

Los turnos deben ser solicitados por los afiliados directamente a los teléfonos indicados en la cartilla de prestadores, tanto en Sanatorios, Clínicas, Centros Médicos, Consultorios Médicos y Consultorios Odontológicos. El afiliado toma el turno con la sola presentación de su credencial acompañada con DNI.

1.5 Credenciales

La credencial es emitida de acuerdo a la modalidad que adopte la red prestacional que brinda el plan al que se encuentra adherido el afiliado, y lo habilita para acceder a todas las prestaciones incluidas en su cartilla médica.

Puede ser utilizada sin necesidad de ser activada, a partir del primer día del mes correspondiente al alta del mismo. La correcta utilización de la credencial requiere, en toda la Red de Prestadores, presentarse junto al Documento Nacional de Identidad del afiliado.

Las credenciales son emitidas con un número de afiliado, nombre y apellido completos, plan de cobertura, número de DNI, fecha de ingreso correspondiente al mes de alta, y una fecha de vencimiento. Debido a que las credenciales poseen fecha de vencimiento son renovadas automáticamente.

Para las prestaciones que brinda **OSIM** en forma directa, la credencial es electrónica y estará a disposición en www.osim.com.ar en la sección Afiliados - Servicios On line

1.6 Coseguros

Las prestaciones cubiertas no abonarán ningún tipo de coseguro, por fuera de los autorizados en el Plan Médico Obligatorio. Otras prácticas y prestaciones deben ser consultadas telefónicamente al Centro de Atención que figure en su cartilla.

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 normativa.
- Las complicaciones y enfermedades derivadas del embarazo parto y puerperio hasta su resolución.
- El niño hasta cumplido el año de edad de acuerdo a normativa.
- Los pacientes oncológicos cuando la medicación esté relacionada a su patología.
- Los programas preventivos.

1.7 Prestaciones que requieren autorización

Las prácticas que se detallan a continuación requieren autorización.

- Todas las Internaciones
- Todas las prácticas de alta complejidad
- TAC
- RMN
- Todas las prácticas que tiene cobertura con topes anuales fijadas por PMO
- Hemodiálisis
- Todas las Prácticas no Nomencladas
- Coberturas Especiales

Para acceder a la cobertura el afiliado deberá contactarse previamente con los teléfonos informados en su cartilla médica a fin de confirmar la documentación a presentar en cada caso.

1.8 Especialidades y modalidad de atención secundaria

Los Agentes del Seguro de Salud se encuentran obligados a brindar exclusivamente las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria nacional. Las mismas se encuentran enumeradas a continuación y son brindadas por la red prestacional correspondiente a su plan

Especialidades:

- Anatomía Patológica
- Anestesiología
- Cardiología
- Cirugía cardiovascular
- Cirugía de cabeza y cuello
- Cirugía general
- Cirugía infantil
- Cirugía plástica reparadora
- Cirugía de tórax
- Clínica médica
- Dermatología
- Diagnóstico por imágenes: radiología, tomografía computada, resonancia magnética y ecografía
- Endocrinología
- Infectología
- Fisiatría (medicina física y rehabilitación)
- Gastroenterología
- Geriatría
- Ginecología
- Hematología
- Hemoterapia
- Medicina familiar y General
- Medicina nuclear: diagnóstico y tratamiento
- Nefrología
- Neonatología
- Neumonología
- Neurología
- Nutrición
- Obstetricia
- Oftalmología
- Oncología
- Ortopedia y traumatología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Psiquiatría
- Reumatología
- Terapia intensiva
- Urología

Las prestaciones a brindar son:

- Consulta en consultorio e internación.
- Consulta de urgencia y emergencia en domicilio.
- En los mayores de 65 años que no puedan movilizarse, se asegura la consulta programada en domicilio.
- En todo otro grupo etario donde el paciente este imposibilitado de desplazarse quedará a discreción de la auditoría del Agente del Seguro la provisión de Atención programada en domicilio.
- Prácticas y estudios complementarios ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos.
- Internación, se asegura el 100% de cobertura en la internación en cualquiera de sus modalidades (institucional, hospital de día o domiciliaria). La cobertura se extiende sin límite de tiempo (a excepción de lo contemplado en el capítulo que corresponde a salud mental).

1.9 Medicamentos

1.9.1 Medicamentos Uso Ambulatorio y Resolución 310/2.004 - MS

Todos los profesionales médicos y odontólogos que brinden servicios a los Agentes del Seguro de Salud deberán prescribir los medicamentos por su nombre genérico y se aplicarán en la dispensa los mecanismos establecidos en la normativa vigente.

La cobertura de los medicamentos de uso ambulatorio que figuran en el Anexo III del Plan Médico Obligatorio vigente, tiene un 40% o más de descuento para medicamentos de uso habitual, según el plan contratado y 70% para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieren de modo permanente o recurrente del empleo de fármacos para su tratamiento, conforme al precio de referencia (monto fijo) que se publica en el Anexo IV del Plan Médico Obligatorio y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones de cada medicamento, que allí se individualizan.

El Anexo V del Plan Médico Obligatorio vigente, incluye medicamentos de alternativa terapéutica, cuya cobertura deberá ser resuelta y aprobada por Auditoría Médica según las recomendaciones de uso establecidas en dicho Anexo. La cobertura será del 40% para medicamentos de uso habitual y 70% para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieran de modo permanente o recurrente del empleo de fármacos para su tratamiento.

Para obtener el descuento establecido, el afiliado deberá presentar en las farmacias informadas en su cartilla la prescripción de los médicos o instituciones de la misma, confeccionada en receta original con membrete, en la que deberán constar los siguientes datos:

- Nombre y Apellido
- Denominación de la institución
- N° de Afiliado
- Medicamentos recetados (en letras y números) y/o genérico y/o principio activo
- Hasta tres especialidades medicinales por receta, ó
- Si se trata de tratamiento prolongado hasta tres especialidades medicinales por receta y hasta dos envases de cada uno
- En el caso de psicofármacos se requiere receta original por duplicado
- Fecha
- Firma y sello de tinta del profesional

Las recetas tendrán una validez de treinta días desde la fecha de emisión. Los medicamentos suministrados durante la internación tendrán cobertura del 100%. Los profesionales de la Cartilla Médica no están autorizados a transcribir recetas de otros médicos.

Artículos Excluidos de venta en Red de Farmacias

- 1.1. Productos de venta libre
- 1.2. Productos de uso exclusivo en internación y/o uso hospitalario
- 1.3. Elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, pastas, polvos e hilo dental
- 1.4. Jabones no medicamentosos
- 1.5. Callicidas
- 1.6. Accesorios (material de curación, material descartable, elementos de cirugía, etc.)
- 1.7. Productos de perfumería, cosmética y dermatocosmética
- 1.8. Herboristería y homeopatía
- 1.9. Leches comunes, maternizadas
- 1.10. Productos dietéticos, alimenticios y suplementos nutricionales, edulcorantes, etc.
- 1.11. Pantallas o filtros solares
- 1.12. Antisépticos y desinfectantes
- 1.13. Medios de contraste, tiras reactivas.
- 1.14. Vacunas: antiacnéica, anticatarral, antitífica, antitricomoniásica, contra el cólera, del viajero.
- 1.15. Anestésicos inhalatorios, locales, tópicos, etc.
- 1.16. Antineoplásicos, citostáticos y antileucémicos
- 1.17. Productos para el tratamiento de la obesidad; productos para el tratamiento del alcoholismo
- 1.18. Productos para el tratamiento del Sida
- 1.19. Inductores de la ovulación
- 1.20. Productos para el tratamiento de la esterilidad
- 1.21. Productos para el tratamiento de la disfunción sexual masculino
- 1.22. Inmunomoduladores
- 1.23. Factores estimulantes de colonias
- 1.24. Inmunoglobulinas (Inmunoglobulina anti-rho) y sueros: antilinfocitario y antitimocitario
- 1.25. Productos para el tratamiento de la hepatitis C crónica
- 1.26. Reconstituyentes, revitalizantes, etc.
- 1.27. Antialopécicos, factores estimulantes del crecimiento de faneras
- 1.28. Esclerosantes
- 1.29. Androgenoterapias
- 1.30. Adhesivos hemostáticos, apósitos biológicos, hemostáticos, dispositivos especiales, injertos óseos, implante de colágeno
- 1.31. Productos de alto costo y baja incidencia (Dnasa, eritropoyetina, inmunosupresores, interferones, hormona de crecimiento, factores de coagulación y los siguientes principios activos tobramicina iny, linezolid y riluzol).
- 1.32. Dermatológicos: abrasivos de limpieza, anticelulíticos, astringentes.

1.9.2 Plan Materno Infantil

Cobertura en la provisión de medicamentos, leches medicamentosas y vacunas.
Para mayor información consultar capítulo 3.10 Plan Materno Infantil de la presente cartilla

1.9.3 Diabetes

Cobertura de insulina y antidiabéticos orales, de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente. Para mayor información consultar capítulo 3.11 Diabetes de la presente cartilla.

1.9.4 Discapacidad

Cobertura del 100% de medicamentos relacionados con el diagnóstico indicado en el certificado de discapacidad vigente.

Los medicamentos para enfermedades agudas emergentes estarán cubiertos de acuerdo al Plan Médico Obligatorio al 40% de descuento a través de la red de farmacias informadas en su cartilla, ó al descuento que tenga el plan al que se encuentra adherido.

1.9.5 Oncología

Cobertura del 100% de la medicación oncológica según protocolos nacionales aprobados por el ANMAT, y que estén alcanzados por la normativa vigente, la medicación de soporte clínico de la quimioterapia destinada a la prevención y tratamiento de los vómitos inducidos por la misma y la medicación analgésica destinada al manejo del dolor de estos pacientes según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.

1.9.6 HIV

Cobertura del 100% para los medicamentos retrovirales y los dosajes del laboratorio para control.

Por razones de confidencialidad y en cumplimiento a la normativa vigente, toda documentación referida al paciente debe indicarse con un código de datos disociados que no permitan su identificación.

1.9.7 Medicación de Alto Costo y baja incidencia

Cobertura del 100% de la medicación que esté alcanzada por la normativa vigente.

RESOLUCIÓN N° 13.453 - APE, 1561/12 - SSSALUD, 1408/14 - SSSALUD Y MODIFICATORIAS

Cobertura del 100 % de los medicamentos/monodrogas incluidas en la normativa vigente como así también los programas comprendidos en leyes de protección de grupos vulnerables cuyo financiamiento surgirá del Fondo Solidario de Redistribución los Programas Especiales de la Administración de Programas Especiales (SUR).

- Tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica
Cobertura del 100% de eritropoyetina.

- Tratamiento de la lepra
Cobertura al 100% de dapsona.
- Hepatitis B
Cobertura al 100% de inmunoglobulina anti hepatitis B
- Tuberculosis
Cobertura al 100% de drogas para su tratamiento.
- Salud Sexual responsable
Cobertura al 100% de medicamentos anticonceptivos incluidos en los anexos III y IV del PMO, anticonceptivos intrauterinos (dispositivos de cobre), condones con o sin espermicidas, diafragmas y espermicidas.
- Hemofilia
Cobertura al 100% de factores de coagulación para pacientes con hemofilia.
- Miastenia Gravis
Cobertura al 100% de piridostigmina (Res. 791/99 Ministerio de Salud).

1.10 Plan Materno Infantil

1.10.1 Medicamentos

Cobertura del 100 % de los medicamentos relacionados con el embarazo hasta el primer mes posterior al parto.

Cobertura del 100 % de los medicamentos que necesite el recién nacido hasta el primer año de vida.

La provisión de los medicamentos se realizará en las farmacias incluidas en su cartilla médica.

1.10.2 Leches Medicamentosas:

Cobertura del 100% por provisión, en leches medicamentosas indicadas por el pediatra, durante los primeros tres meses de vida del bebé. En caso de requerir cobertura hasta el año de vida deberá adjuntar pedido y justificativo médico.

1.10.3 Vacunas:

Cobertura al 100 % de vacunas para el recién nacido hasta el primer año de vida que se encuentren incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación de la República Argentina. Los lugares de vacunación se encuentran informados en la cartilla.

1.10.4 Requisitos para solicitar la cobertura en PMI:

- Incorporación de la madre al PMI: presentar el certificado de embarazo con fecha probable de parto en **OSIM** y en la red prestacional.
- Incorporación del recién nacido: presentar el formulario de alta a la Obra Social y a la red prestacional, junto con una copia del certificado de nacimiento y/o del Documento Nacional de Identidad.

1.11 Diabetes

Cobertura al 100% según lo establecido por el Programa Nacional de Diabetes y ley de Diabetes actuales que comprende la atención integral del paciente diabético. A la atención médica se incorpora:

Diabetes Tipo 1 (Insulino-dependiente)

- Medicamentos: Cobertura al 100 % de Insulina.
- Materiales Descartables: Jeringas para Insulina U-100: 100% por año. Agujas para uso subcutáneo: 100%. Lancetas para punción digital 100%. Dígito punzor automático: 100%.
- Tiras reactivas: Para glucosa en sangre: 100%. Para acetona en orina: 100%. Para glucosa en orina: 100%.
- Puede considerarse el uso de tiras combinadas para glucosa y acetona en orina.
- Bomba de insulina: cobertura por provisión sin cargo para aquellos casos que se justifiquen por prescripción de médico especialista y se autoricen por la Auditoría Médica.

Diabetes Tipo 2 (No Insulino-dependiente)

- Medicamentos: Antidiabéticos orales cobertura al 100% según resolución.
- Tiras reactivas: Para glucosa en sangre: 100%. Para glucosa en orina: 100%.
- Reflectómetro (Lector de Tiras Reactivas para Glucosa en sangre).
- Se otorgará exclusivamente a mujeres diabéticas embarazadas o personas con alteraciones visuales de los colores, previa aprobación de la Auditoría Médica.

En ambos casos la cobertura para medicamentos, materiales descartables y tiras reactivas, es por provisión directa.

1.12 Celiaquía

La cobertura incluye:

- detección, diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la misma.
- Cobertura de compra de harinas y pre-mezclas identificados con la sigla TACC, hasta el tope máximo autorizado por la Autoridad competente.

1.13 Anticoncepción Hormonal de Emergencia

Se brinda cobertura del 100% a todas las afiliadas de sexo femenino en edad reproductiva en la provisión de la hormona levonorgestrel. Con la indicación realizada por el profesional tratante la misma es autorizada por Auditoría Médica y con dicha autorización el

afiliado la retira en las Farmacias que integran la red prestacional correspondiente a su plan.

1.14 Materiales Radioactivos y de Contraste

Cobertura del 100% en material radioactivo y de contraste utilizados en prácticas ambulatorias autorizadas por el prestador médico.

1.15 Prótesis y Órtesis Externas

Cobertura sin cargo en prótesis, implantes y elementos quirúrgicos de colocación interna de origen nacional.

Se proveerán materiales importados sólo en los casos en que no existan similares nacionales. En ambos casos se proveerá la de menor valor en el mercado. Si el médico prescriptor indica una prótesis importada, la cobertura será la correspondiente al valor de la nacional equivalente de menor precio, quedando la diferencia excedente a cargo del afiliado.

Las prótesis y órtesis externas (prótesis de pierna, por ejemplo) están cubiertas en un 50%.

Como indica el Programa Médico Obligatorio, las indicaciones médicas deberán efectuarse por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, ni de proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto.

Requisitos para la cobertura:

- Resumen de historia clínica y estudios complementarios que avalen el diagnóstico.
- Las prescripciones médicas deben ser en forma genérica, detallando modelos y especificaciones técnicas.

1.16 Ortopedia

Cobertura del 50% en la adquisición de productos nacionales ortopédicos destinados a la rehabilitación o 70% según el plan contratado, por ejemplo: plantillas, corsets, rodilleras, etc.

Cobertura con descuentos especiales por prescripción médica, con límite de tiempo y previa autorización de Auditoría Médica en el alquiler de camas ortopédicas, andadores, sillas de ruedas, etc.

1.17 Implante Coclear

La cobertura para la Cirugía y el implante coclear es del 100%, previa evaluación y autorización de Auditoría Médica.

1.18 Audífonos

Cobertura a los menores de 15 años de audífonos estándar, de acuerdo a lo estipulado por la normativa vigente.

De acuerdo al plan al que se encuentra adherido el afiliado, **OSIM** reconocerá un audífono por modalidad de reintegro hasta un tope, cada 5 años, sin límite de edad.

1.19 Salud Mental

La cobertura en Salud Mental incluye:

- Atención ambulatoria: hasta 30 visitas por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad de 4 consultas mensuales. Esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja y psicodiagnóstico.
- Para las patologías agudas se cubren las modalidades de internación psiquiátrica y hospital de día, atendidas por los prestadores contratados, hasta 30 días por año calendario, según indicaciones y procedimientos que incluyen la intervención de equipos interdisciplinarios de Salud Mental.

Los dispositivos a través de los cuales se presta la asistencia en salud mental son los siguientes:

- Orientación psicológica
- Equipo de orientadores y consultas de primera vez
- Psicoterapia individual ambulatoria
- Psiquiatría ambulatoria
- Tratamientos ambulatorios intensivos
- Internaciones psiquiátricas para casos agudos
- Hospital de día
- Psicopedagogía
- Atención psiquiátrica a domicilio. Para pacientes con movilidad restringida, por causas médicas
- Emergencias psiquiátricas

En su cartilla médica el afiliado dispondrá de los teléfonos de contacto de profesionales y centros asistenciales para acceder a la cobertura de Salud Mental.

Las prestaciones requieren de un copago, que se abona de forma directa al profesional.

1.20 Tratamiento de Adicciones

Incluye las siguientes prestaciones:

- Hospital de día
- Comunidad terapéutica
- Internación psiquiátrica

Cobertura al 100% de las prestaciones incluidas en el Programa Médico Obligatorio a través de los prestadores especialmente contratados que se encuentran inscritos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.

En caso que recurra a profesionales, centros o instituciones particulares, sólo se reconocerá por vía de reintegro, previa autorización otorgada por Auditoría Médica, hasta el monto establecido en la normativa vigente, quedando a cargo del beneficiario el excedente a dichos topes.

1.21 Tratamiento Integral de Trastornos de la Alimentación

De acuerdo con la Ley 26.396, este programa realiza la cobertura del Tratamiento Integral de Trastornos de la Alimentación (Anorexia Nerviosa, Bulimia, Trastornos de Ingestión de Alimentos).

Las prestaciones incluidas en estos módulos son:

- Consultas Médicas
- Consultas Psicológicas
- Consultas Nutricionales
- Terapia Grupal y Familiar

1.22 Prestaciones Correspondientes a la Identidad de Género

Cobertura a todas las personas mayores de 18 años de edad, a fin de garantizar el goce de su salud integral, podrán acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género auto percibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. Todas las prestaciones de Salud están incluidas en el Plan Médico Obligatorio y se brindarán a través de la red prestacional correspondiente a su plan.

1.23 Discapacidad

La cobertura comprende Prestaciones educativo terapéuticas y de rehabilitación,

para personas con discapacidad (motora, sensorial, mental) que figuran en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Consideraciones especiales

Cobertura al 100% en las prestaciones de la normativa vigente del Ministerio de Salud a través de los prestadores especialmente contratados, que se encuentran inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores para Personas con Discapacidad de la Superintendencia de Servicios de Salud o a través de prestadores que brinden servicios educativos y estén inscriptos en el registro del Sistema Nacional de Rehabilitación o Junta Descentralizada Provincial.

En caso de que el afiliado recurra a profesionales, centros o instituciones particulares se reconocerá, previa autorización de Auditoría Médica, el monto establecido en la normativa vigente por vía de reintegro, quedando a cargo del beneficiario aquellos montos que excedan dichos topes. Cuando los módulos se encuentren integrados por varias prestaciones y tengan un tope global y único para el módulo, éste será prorrateado por la cantidad de sesiones que por cada prestación indique el médico tratante, independientemente del momento en que se solicite.

Los elementos de Ortopedia relacionados directamente con la discapacidad se cubren al 100%. Los demás requerimientos de ortopedia se cubrirán según el plan contratado. Los pedidos médicos deben ser con descripción genérica, no por marca y con las especificaciones técnicas completas del material prescripto por el profesional (Ej: medidas, peso, altura, etc.).

Medicamentos relacionados con el diagnóstico indicado en el certificado de discapacidad.

Requisitos para la cobertura:

- Certificado de discapacidad vigente
- Documentación completa de cada una de las prestaciones requeridas por el afiliado, en cumplimiento a las normativas vigentes

1.24 Cuidados Paliativos

La cobertura estará dada en función del marco general que marca el Programa Médico Obligatorio y son las que se mencionan en los Anexos II y III con un 100 % de cobertura.

1.25 Screening Neonatal

La cobertura se brinda dentro de los tres primeros meses de vida del recién nacido todos los estudios necesarios establecidos por normativa vigente, para la detección de las enfermedades congénitas: fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactocemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinasa, retinopatía del prematuro, chagas, sífilis y otoemisiones acústicas para detectar hipoacusia del recién nacido. Todas estas prácticas se realizan a través de las redes prestacionales correspondientes al plan del afiliado, que cuentan con las especialidades involucradas.

1.26 Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia

Se brinda Cobertura a través de la red prestacional correspondiente a su plan, incluyendo en el recién nacido todos los estudios necesarios destinados a la detección temprana y atención de la hipoacusia.

Provisión de otoamplifonos y prótesis.

1.27 Fertilización Asistida

Cobertura de tratamientos de fertilización asistida para:

- Afiliados de **OSIM** mayores de 18 años.
- Ambos integrantes de la pareja deben ser afiliados de **OSIM**.
En caso que sea afiliado sólo un integrante de la pareja, sólo se le dará cobertura a quien es afiliado de **OSIM**.
- Cuando se pierda la calidad de beneficiario, se perderá el derecho a gozar de estas prestaciones.

Se brindará cobertura a través de los prestadores contratados que se encuentran inscriptos y autorizados en el REFES (Registro Federal de Establecimientos de Salud dependiente del Ministerio de Salud).

Solamente serán reconocidos los reintegros de gastos efectuados que hayan sido previamente autorizados por la Auditoría Médica.

En caso de requerir traslados, los viáticos quedarán a cargo del afiliado.

Tratamientos de Baja Complejidad: hasta un máximo de 4 tratamientos (INSEMINACIÓN ARTIFICIAL) por año, con un intervalo mínimo de 90 días entre cada uno.

Tratamientos de Alta Complejidad: se brindará hasta un máximo de 3 tratamientos (FIV-ICSI), con un intervalo mínimo de 90 días entre cada uno. Para poder acceder a estas técnicas de Alta Complejidad, deberá haber realizado como mínimo tres técnicas de baja

complejidad, a partir de la sanción de la ley, de no mediar indicación médica específica debidamente constatada.

Quien haya realizado intentos de tratamiento bajo la ley de la Provincia de Buenos Aires, a la hora de pedir inclusión en Ley Nacional, se contabilizarán las prestaciones ya brindadas.

Medicación y Donación de Gametos o Embriones, según normativa vigente.

Para asesoramiento personalizado, el afiliado debe contactarse con el Centro de Atención Personalizada de **OSIM**.

1.28 Estudios Pre-trasplantes, Trasplantes y Post trasplantes

La Cobertura para estudios pre-trasplantes y trasplantes es del 100%. Las prácticas e intervenciones se realizan a través de los prestadores contratados, habilitados por el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), previa evaluación y autorización de la Auditoría Médica. Las prestaciones son canalizadas de conformidad con las normas y condiciones fijadas por el INCUCAI y SUR (Sistema Único de Reintegros), organismo dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

1.29 Hemodiálisis y DPCA

Requisitos para cobertura: Junto con la prescripción e historia clínica, es indispensable que dentro de los 30 días se presente la inscripción del paciente en el Registro de Pacientes en Diálisis de INCUCAI, que gestiona el médico tratante.

1.30 Ligaduras de Trompas y Vasectomía

El profesional tratante en decisión conjunta con el afiliado acuerdan las realizaciones de las prestaciones y se obtiene previa autorización del prestador. El consentimiento por escrito es efectuado en la Institución que procede al acto quirúrgico y queda adjunto a la historia clínica. La cobertura se brinda a través de la red prestacional correspondiente a su plan.

1.31 Obesidad Mórbida

Para acceder a la cobertura el afiliado debe cumplir con los criterios de inclusión, indicados por la normativa vigente.

- Edad de veintiuno (21) a sesenta y cinco (65) años
- Índice de Masa Corporal mayor de cuarenta (40) kg/m²
- 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.
- Riesgo quirúrgico aceptable, es decir tener controlada las comorbilidades antes de la cirugía según escala ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale).
- Haber intentado otros métodos no quirúrgicos para control de la obesidad bajo su 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.
- Aceptación y deseo del procedimiento, con compromiso de los requerimientos del mismo evaluado por el equipo multidisciplinario que valorará las expectativas que coloca el paciente en la intervención y evaluará el compromiso del paciente para sostener los cambios de estilo de vida asociados.
 - No adicción a drogas ni alcohol evaluado por equipo multidisciplinario.
 - Estabilidad psicológica.
 - Comprensión clara del tratamiento y visión positiva del mismo.
 - Consentimiento informado.
 - Disposición completa para seguir las instrucciones del grupo multidisciplinario tratante.

La cobertura se brinda a través de la red prestacional correspondiente a su plan.

1.32 Odontología

Cobertura de las prácticas incluidas en el Plan Médico Obligatorio, La red de prestadores se encuentra informada en su cartilla médica.

Las prestaciones a brindar son las siguientes:

- Consultas, examen y diagnóstico. Fichado y Plan de tratamiento
- Consulta de urgencia (*)
- Obturación de amalgama: Cavidad simple
- Obturación de amalgama: Cavidad compuesta o compleja
- Obturación con tornillo en conducto
- Obturación resina autocurado. Cavidad simple
- Obturación resina autocurado. Cavidad compuesta o compleja
- Obturación resina fotocurado sector anterior en dientes permanentes
- Reconstrucción de ángulo en dientes ante-

riores

- Tratamiento endodóntico de unirradiculares
- Tratamiento endodóntico en multirradiculares
- Biopulpectomía parcial
- Necropulpectomía parcial o momificación
- Tartrectomía y cepillado mecánico. Esta práctica no incluye el blanqueamiento de piezas dentarias. En pacientes mayores de 13 se cubrirá una vez por año.
- Consulta preventiva periódica. Terapias fluoradas. Se cubrirá hasta los 13 años y hasta dos veces por año
- Consulta preventiva. Detección, control de placa bacteriana y enseñanza de técnicas de higiene bucal
- Selladores de surcos, fosas y fisuras. Esta práctica se reconoce hasta los 15 años en premolares y molares permanentes
- Aplicación de carioestáticos en piezas dentarias permanentes
- Consulta 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
- Mantenedor de espacio. Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 8 años inclusive
- Reducción de Luxación con inmovilización dentaria
- Tratamientos de dientes temporarios con formocresol
- Coronas de acero provisoria por destrucción coronaria. Se cubrirá en piezas temporarias con tratamiento de formocresol o gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentra dentro del período de exfoliación.

En primeros molares permanentes hasta los 15 años de edad

- Reimplante dentario e inmovilización por luxación total
- Protección pulpar directa
- Consulta de estudio. Sondaje, fichado, diagnóstico y pronóstico
- Tratamiento de gingivitis
- Tratamiento de enfermedad periodontal
- Desgaste selectivo o armonización oclusal
- Radiografías Periapical. Técnicas de cono corto o cono largo. Radiografía Bite-Wing
- Radiografía oclusal
- Radiografía dental media seriada de 5 a 7 películas
- Radiografía dental seriada: de 8 a 14 películas
- Pantomografía (*)
- Teleradiografía (*)
- Estudio Cefalométrico (*)
- Extracción dentaria
- Plástica de comunicación buco-sinusal
- Biopsia por punción o aspiración o escisión
- Alveolectomía estabilizadora
- Reimplante dentario inmediato al traumatismo con inmovilización
- Incisión y drenaje de abscesos
- Extracción dentaria en retención Mucosa
- Extracción de dientes con retención ósea
- Germectomía
- Liberación de dientes retenidos
- Tratamiento de la osteomielitis
- Extracción de cuerpo extraño
- Alveolectomía correctiva - por zona - 6 zonas
- Frenectomía

De acuerdo al plan de la red prestacional al que se encuentre adherido el afiliado podrá acceder a cobertura por prótesis y ortodoncia.

(*) sólo para prestaciones incluidas en el Plan Médico Obligatorio.

1.33 Óptica

Cobertura de un par de anteojos mono focales para los niños menores de 15 años.

Existen planes que proveen cobertura adicional para óptica, razón por la cual el afiliado deberá consultar en la Obra Social y/o red prestacional correspondiente al plan seleccionado el alcance del mismo.

1.34 Prestaciones Excluidas

Prácticas no reconocidas por el Ministerio de Salud, prácticas terapéuticas que no hayan superado la etapa experimental o no se encuentren avaladas internacionalmente.

- Cirugía plástica no reparadora y todo tratamiento con fines exclusivamente estéticos.
- Gastos de acompañante, salvo que el internado sea menor de 12 años, diferencias de confort y extras durante la internación.
- Ropería del bebé, pañales para adultos.
- Autopsias, salvo aceptación expresa.
- Exámenes preocupacionales y/o periódicos.
- Productos de venta libre, estén o no incluidos en el Manual Farmacéutico.
- Accidentes de Trabajo, accidentes itinere y enfermedades profesionales en caso de que se encuentre vigente la póliza de Riesgos de Trabajo (Ley 24.557).
- Internaciones geriátricas.
- Curas de reposo, adelgazamiento y tratamientos de rejuvenecimiento. Terapias alternativas, Cosmetología.
- Porcentaje no cubierto por el descuento de medicamentos en ambulatorio según cada plan y patología.
- Cobertura médica en el exterior: atención médica, prácticas y tratamientos medicamentosos.
- Métodos anticonceptivos abortivos e irreversibles.
- Toda prestación no incluida en el Programa Médico Obligatorio vigente.
- Medicamentos no aprobados por ANMAT.

