

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

Alcance de la Cobertura Prestacional

Sr. Afiliado:

La Obra Social realiza su oferta prestacional en los tres niveles de atención a través de efectores individuales y redes de efectores contratados, no contando con efectores propios. La red de prestadores abarca toda la geografía nacional. El sistema en el I Nivel (atención primaria y de especialidades en forma ambulatoria) es por libre elección del prestador, debiendo concurrir el afiliado en forma directa con la credencial, su documento de identidad y último recibo de sueldo. Ésta modalidad favorece la accesibilidad a los servicios de salud de la Obra Social, y respeta, en lo que se refiere a co-seguros, las pautas establecidas en el Programa Médico Obligatorio Resolución 201/02 MS, Anexo I, acápite 9. En el II Nivel (internación) y para las prestaciones del III Nivel (alta complejidad diagnóstica o terapéutica) la asistencia se realiza por derivación de paciente por parte de los profesionales del I y II Nivel de Atención.

La cobertura básica que Ud. debe recibir está constituida por programas de atención primaria y secundaria, los cuales se expresan dentro de los planes que se detallan a continuación:

PLAN MATERNO INFANTIL (P.M.I.)

- Este plan abarca la cobertura del embarazo y del parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento y la atención del recién nacido hasta cumplir los tres (3) años de vida.
- La atención del recién nacido hasta cumplir tres (3) años de edad tendrá una cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio. Toda esta atención quedará exceptuada del pago de todo tipo de coseguros. Se cubrirán consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, así como también se incluye cobertura del 100% de la medicación requerida para los tres (3) primeros años de vida, siempre que esta figure en el listado de medicamentos esenciales.
- **Comprende:**
- Cobertura del 100% de la atención integral del embarazo, parto y del recién nacido.
- Cobertura del 100% en medicamentos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio para la madre y del 40% para medicamentos ambulatorios no relacionados.
- Cobertura 100% en medicamentos para el niño hasta los tres (3) años de vida.

ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y PARTO

- Consultas: En embarazos normales se realizará un control mensual hasta la semana 35, quincenal de la 35 a la 38 y semanal desde la 38 hasta el parto. En los mismos se determinará edad gestacional y fecha probable de parto, efectuándose:
- Estudios exclusivamente relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio.

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

Internación: Será como mínimo, de 48 hs. para un parto vaginal y de 72 hs. para una cesárea.

En madres Rh (-) no sensibilizadas con hijos (+) se dará cobertura con gammaglobulina anti Rh. Dentro de las 72 hs. de ocurrido el parto y durante la internación. En madres Rh (-) cuyos embarazos terminan en abortos se dará cobertura con gammaglobulina anti Rh.

Consejos para lactancia materna, puericultura y procreación responsable.

ATENCION DEL RECIEN NACIDO

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

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

Estudios para detección de fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, retinopatía del prematuro, chagas y sífilis. Establecido según Ley (Ley 26279).

Según lo establecido en la Ley 25.415 tendrá cobertura del 100% la detección temprana y atención de la hipoacusia.

Consultas de seguimiento y control e inmunizaciones del período, incluyendo la vacunación contra el virus de la hepatitis B.

Con el objeto de promover la lactancia materna no se cubrirán leches maternizadas o de otro tipo, salvo expresa indicación médica, con evaluación de la Auditoría Médica. La cobertura de leches medicamentosas será según Ley 27.305.

PROGRAMA DE PREVENCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO

Se debe realizar diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones malignas del cuello uterino.

Se garantiza la consulta ginecológica anual y el acceso oportuno con cobertura del 100% a las prácticas de pesquisa temprana/métodos de screening.

La citología (Papanicolaou - PAP) debe realizarse en forma anual y a toda mujer desde los 18 años o menos que haya iniciado relaciones sexuales, sin límite de edad superior.

En caso que el PAP de control fuera anormal se debe realizar colposcopia y cepillado endocervical. Si estos controles fueran normales, el PAP se debe repetir anualmente.

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 anual.

PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER DE MAMA

• Población en riesgo estándar

Este programa se orienta a mujeres desde los 35 años y sin límite de edad superior. Para mujeres con riesgo aumentado, se intensificará el control a edades más tempranas.

Se propone reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con esta enfermedad, con la misión de promover y asegurar la calidad y equidad del cuidado de las mujeres de riesgo, con sospecha o confirmación de cáncer de mama.

Se garantiza la consulta ginecológica anual y el acceso oportuno con cobertura del 100% a las prácticas de pesquisa temprana/métodos de screening.

Se le debe realizar una mamografía a las beneficiarias a partir de los 35 años. Con resultado mamográfico anormal se realizará biopsia. En caso de resultado positivo pasa a tratamiento. Si en cambio fuera negativa, regresa a control anual.

Se excluye de la cobertura todo tipo de tratamientos y/o protocolos de carácter experimental o en fase de prueba.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON

Este programa se orienta a pacientes mayores de 50 años de edad o aquellos con factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecerlo. El diagnóstico precoz en cáncer de colon modifica los desenlaces de mortalidad, morbilidad y calidad de vida de los pacientes. Se promueven los controles periódicos a través de rastreos con estrategia de sangre oculta en materia fecal y/o colonoscopia.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE (LEY NACIONAL 25.673)

Este programa se orienta a la población sexualmente activa, independientemente de la edad.

Objetivos

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

Osmmedt le brinda los métodos adecuados para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario, realizando diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a los beneficiarios de sexo femenino y masculino.

A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, se prescribirán y suministrarán los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT, efectuándose controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

Tendrá cobertura al 100% el implante subdérmico, sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel (SIU/DIU-LNG), Dispositivo Intrauterino (DIU-Cu), su colocación y extracción, como métodos anticonceptivos, de conformidad con la Ley 25.673 y la Resolución 2922/2019-MSyDS.

Anticoncepción Quirúrgica (Ley Nacional 26130)

La obra social garantiza el acceso a las prácticas denominadas «ligadura de trompas de Falopio» y «ligadura de conductos deferentes o vasectomía», a todas las personas capaces y mayores de 21 años, con una cobertura de las mismas del 100%. Ley Nacional 26130.

Anticoncepción Hormonal de Emergencia - AHE (Resolución 232/2007 MS)

Se establece cobertura al CIENTO POR CIENTO (100%) de los siguientes principios activos, formas farmacéuticas y presentaciones que a continuación se detallan: LEVONORGESTREL, Comprimidos, 1,5 mg., envase por UN (1) comprimido. LEVONORGESTREL, Comprimidos 0,75 mg. envase por dos (2) comprimidos.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Este Programa tiene como objetivo:

- Contribuir a reducir la morbimortalidad cardiovascular en la población de pacientes afiliados a la Obra Social.
- Detectar precoz y oportunamente la HTA en la población beneficiaria de OSMMEDt.
- Conseguir un adecuado control de la HTA en las personas ya diagnosticadas

Población beneficiaria cubierta: toda la población mayor de 35 años de edad.

En las delegaciones de OSMMEDt se brinda información escrita acerca del Programa a todos los afiliados. En la página Web de la Obra Social se encontrará un link destinado a este Programa de Prevención con contenidos relacionados, que incluyen recomendaciones para los controles, metodología de obtención de turnos, consejos acerca de estilos de vida saludables (nutrición y ejercicio físico); el sitio además solicitará información de contacto con el afiliado a fin de establecer un vínculo para poder enviar material relacionado con la prevención y obtener datos de salud de los afiliados.

Los profesionales y centros contratados (que el afiliado encontrará dentro de esta cartilla de prestadores), reciben material informativo acerca del Programa y de las acciones del mismo.

Si Ud. ha sido incorporado al Programa de Prevención de la HTA la Obra Social realizará un control y seguimiento consistente en:

- Verificación trimestral de consultas médicas con actualización de datos clínicos básicos;
- Registro de consumo de medicamentos y autorización para retirar de farmacias adheridas con el 70% de descuento los productos prescritos por el profesional que lo asiste (Prevención Secundaria);
- Comunicaciones periódicas con recomendaciones vinculadas al plan de alimentación, actividad física y hábitos saludables.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LAS DISLIPEMIAS

Este Programa tiene como objetivos:

- Contribuir a reducir la mortalidad por enfermedades relacionadas con las dislipemias en la población de pacientes afiliados a la Obra Social.
- Detectar precoz y oportunamente las dislipemias en la población beneficiaria de OSMMEDt.
- Conseguir un adecuado control de las dislipemias en las personas ya diagnosticadas
- Mejorar la calidad de vida de las personas con dislipemias y sobre todo, en aquellas que ya han padecido eventos cardiovasculares tales como Infarto de Miocardio, Accidente Cerebrovascular, etc.

Población beneficiaria cubierta: toda la población mayor de 35 años de edad.

En las delegaciones de OSMMEDt se brinda información escrita acerca del Programa a todos los afiliados. En la página Web de la Obra Social se encontrará un link destinado a este Programa de Prevención con contenidos relacionados, que incluyen recomendaciones para los controles, metodología de obtención de turnos, consejos acerca de estilos de vida saludables (nutrición y ejercicio físico); el sitio además solicitará información de contacto con el afiliado a fin de establecer un vínculo para poder enviar material relacionado con la prevención y obtener datos de salud de los afiliados.

Los profesionales y centros contratados (que el afiliado encontrará dentro de esta cartilla de prestadores), reciben material informativo acerca del Programa y de las acciones del mismo.

Si Ud. ha sido incorporado al Programa de Prevención de las dislipemias la Obra Social realizará un control y seguimiento consistente en:

- Verificación trimestral de consultas médicas con actualización de datos clínicos básicos;
- Registro de consumo de medicamentos y autorización para retirar de farmacias adheridas con el 70% de descuento los productos prescritos por el profesional que lo asiste (Prevención Secundaria);
- Comunicaciones periódicas con recomendaciones vinculadas al plan de alimentación, actividad física y hábitos saludables.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS

Este Programa tiene como objetivos:

- Disminuir la mortalidad por enfermedades relacionadas con la Diabetes Mellitus.
- Disminuir la incidencia de complicaciones crónicas relacionadas con la Diabetes Mellitus (Retinopatía, Nefropatía y patología vascular).
- Disminuir las internaciones por complicaciones agudas de la Diabetes Mellitus.
- Contribuir a reducir la morbimortalidad cardiovascular en la población de pacientes afiliados a la Obra Social.
- Detectar precoz y oportunamente la Diabetes Mellitus en la población beneficiaria.
- Conseguir un adecuado control de la Diabetes Mellitus en las personas ya diagnosticadas.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus y sobre todo, en aquellas que ya han padecido eventos cardiovasculares tales como Infarto de Miocardio, Accidente Cerebrovascular, etc.
- Población beneficiaria cubierta: toda la población mayor de 35 años de edad.

En las delegaciones de OSMMEDT se brinda información escrita acerca del Programa a todos los afiliados. En la página Web de la Obra Social se encontrará un link destinado a este Programa de Prevención con contenidos relacionados, que incluyen recomendaciones para los controles, metodología de obtención de turnos, consejos acerca de estilos de vida saludables (nutrición y ejercicio físico); el sitio además solicitará información de contacto con el afiliado a fin de establecer un vínculo para poder enviar material relacionado con la prevención y obtener datos de salud de los afiliados.

Los profesionales y centros contratados (que el afiliado encontrará dentro de esta cartilla de prestadores), reciben material informativo acerca del Programa y de las acciones del mismo.

Si Ud. ha sido incorporado al Programa de Prevención de la Diabetes Mellitus, la Obra Social realizará un control y seguimiento consistente en:

- Verificación trimestral de consultas médicas con actualización de datos clínicos básicos;
- Registro de consumo de medicamentos y autorización para retirar de farmacias adheridas con el 100% de descuento los productos prescritos por el profesional que lo asiste acorde a la Ley N° 26.914 y con los topes definidos en la resolución N° 1156/2014 del Ministerio de Salud (Prevención Secundaria);
- Comunicaciones periódicas con recomendaciones vinculadas al plan de alimentación, actividad física y hábitos saludables.

DIABETES MELLITUS

Se dará cobertura, según Ley N° 26.914 y Resolución 764/2018-MSyDS 100% en medicamentos y reactivos de autocontrol para pacientes diabéticos (cualquier tipo), como así también en cantidades necesarias, según lo prescriba su médico. Cobertura del 100% en insulina, jeringas y agujas; tiras reactivas e hipoglucemiantes orales. Para pacientes diabéticos insulino dependientes lábiles participantes en programas específicos de prevención secundaria se seguirán los lineamientos del tratamiento intensificado, según la resolución vigente.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD

Este Programa tiene como objetivos:

- Disminuir la mortalidad por enfermedades relacionadas con la Obesidad.
- Contribuir a reducir la morbimortalidad cardiovascular en la población de pacientes afiliados a la Obra Social.
- Detectar precoz y oportunamente la obesidad en la población beneficiaria.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con Obesidad y sobre todo, en aquellas que ya padecen enfermedades relacionadas tales como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedad coronaria, dislipemias, etc.

Población beneficiaria cubierta: toda la población de la Obra Social.

En las delegaciones de OSMMEDT se brinda información escrita acerca del Programa a todos los afiliados.

En la página Web de la Obra Social se encontrará un link destinado a este Programa de Prevención con contenidos relacionados, que incluyen recomendaciones para los controles, metodología de obtención de turnos, consejos acerca de estilos de vida saludables (nutrición y ejercicio físico); el sitio además solicitará información de contacto con el afiliado a fin de establecer un vínculo para poder enviar material relacionado con la prevención y obtener datos de salud de los afiliados.

Los profesionales y centros contratados (que el afiliado encontrará dentro de esta cartilla de prestadores), reciben material informativo acerca del Programa y de las acciones del mismo.

Si Ud. ha sido incorporado al Programa de Prevención de la Obesidad, la Obra Social realizará un control y seguimiento consistente en:

- Verificación trimestral de consultas médicas con actualización de datos clínicos básicos;
- Registro de consumo de medicamentos y autorización para retirar de farmacias adheridas con el 70% de descuento los productos prescritos por el profesional que lo asiste (Prevención Secundaria);
- Comunicaciones periódicas con recomendaciones vinculadas al plan de alimentación, actividad física y hábitos saludables.

OBESIDAD

La cobertura se ajustará al conjunto de prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad en un todo de acuerdo a la Ley Nº 26.396 (Anexo I de la Resolución 742/2009 del Ministerio de Salud).

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

- a) cobertura ambulatoria
- b) cobertura de seguimiento del tratamiento
- c) tratamiento farmacológico: estarán cubiertos con el setenta por ciento (70%) de descuento: Orlistat - inhibidor de la absorción de grasas
- d) tratamientos quirúrgicos para índice de masa corporal igual o mayor a cuarenta (40) kg/m²

Procedimientos quirúrgicos con cobertura

- Banda gástrica ajustable (BGA)
- By-pass gástrico

PROGRAMA DE PREVENCIÓN ODONTOLÓGICA

Este programa se orienta a la totalidad de la población beneficiaria, en especial a embarazadas y menores de 18 años. Toda práctica incluida en el programa tendrá una cobertura del 100% a cargo de la Obra Social.

Los beneficiarios de la Obra Social podrán acceder libremente a consultas preventivas y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Cobertura 100% sin coseguro.

Prestaciones comprendidas:

- Enseñanza de técnica de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético.
- Detención y control de placas bacterianas.
- Tartrectomía
- Aplicación de flúor tópico
- Sellados de surcos, fosas y fisuras por pieza dental.
- Inactivación de caries.

DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

Dado que la Enfermedad Celíaca es una condición permanente de intolerancia al gluten, esta obra social brinda cobertura a las personas con celiaquía y ha incorporado las prácticas y estudios destinados a su efectiva detección y diagnóstico temprano de la enfermedad a efectos de evitar complicaciones secundarias de esta patología (Análisis con el Anticuerpo IgA Transglutaminasa tisular humana y la biopsia endoscópica del duodeno proximal) en un todo de acuerdo con la Resolución 102/11 del Ministerio de Salud y la Ley 26588.

PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD

El Programa Médico Asistencial de la obra social cumple con las requisitorias del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES

El Programa Médico Asistencial de esta obra social cumplirá con el Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (VIGIA) en el ámbito de la Seguridad Social (según marca el Decreto 865/2000) a fin de garantizar la salud de la población en especial en emergencias sociales en donde el número de personas vulnerables a enfermedades transmisibles y no transmisibles puede aumentar.

PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA SECUNDARIA

La Obra Social cubre todas las modalidades de recuperación de la salud, tanto para el paciente ambulatorio como internado en todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria nacional.

ESPECIALIDADES CUBIERTAS

- 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

Se asegura la consulta en consultorio e internación.

Se asegura la consulta de urgencia y emergencia en domicilio.

En los mayores de 65 años que no puedan movilizarse, se asegura la consulta programada en domicilio con un coseguro, según lo previsto por la Resolución N°58/2017 del Ministerio de Salud de la Nación o la norma que a sustituya.

En todo otro grupo etario donde el paciente esté imposibilitado de desplazarse, quedará a discreción de la auditoría del Agente del Seguro la provisión de atención programada en domicilio.

Se incorpora la modalidad de consultas remotas mediante el uso de plataformas de teleasistencia y/o teleconsultas, siempre que se asegure la misma calidad de atención médica integral, según lo dispuesto por la Resolución N° 282/2020 del Ministerio de Salud de la Nación.

PRÁCTICAS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AMBULATORIOS

Las prestaciones a brindar son:

ASISTENCIA AMBULATORIA

Consultas médicas:

Tendrán cobertura las consultas en todas las especialidades médicas reconocidas por la autoridad sanitaria, con una modalidad de acceso directo. Quedan comprendidas las consultas de urgencia y las programadas en consultorio y a domicilio.

Prácticas y estudios complementarios de diagnóstico:

Se incluyen con cobertura del 100% todas las prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el Anexo II de la Resolución 201/2002., considerando el material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza.

Se incorpora la emisión de órdenes para prácticas y estudios a través de mensajes de texto o de aplicaciones de mensajería vía web, mail, de acuerdo con lo dispuesto por la Ley 27.553 y Resolución 282/2020 del Ministerio de Salud de la Nación.

Sistema de atención domiciliaria:

Se incluye la atención de beneficiarios en su domicilio, bajo la modalidad de consulta médica programada y de urgencia, en aquellos pacientes que no puedan trasladarse.

INTERNACION

Está contemplada con el 100% de cobertura, la internación en cualquiera de sus modalidades (institucional, hospital de día o domiciliaria) clínico-quirúrgica, especializada, de alta complejidad, sin coseguros ni límite de tiempo.

Todas las prestaciones y prácticas que se detallan en el Anexo II de la Resolución N° 201/2002 MSAL, se encuentran incluidas dentro de la cobertura.

Comprende la internación clínico-quirúrgica general y especializada, programada y de urgencia, de baja, mediana y alta complejidad y cirugía ambulatoria e incluye todas las prestaciones y prácticas diagnósticas y terapéuticas, gastos, derechos, honorarios, material de contraste o radioactivo, medicamentos, elementos e instrumentales necesarios descartables o no.

A las modalidades de Hospital de día y cirugía ambulatoria les corresponde una cobertura idéntica a la de internación.

SALUD MENTAL

Se asegura la cobertura prevista en la Ley N° 26.657 y en el decreto reglamentario N° 603/2013, sin limitaciones en cuanto al número de sesiones ni los días de internación.

Esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psicodiagnóstico.

En la internación se cubrirán patologías agudas en las modalidades institucional u hospital de día.

PRESTACIONES CUBIERTAS

- Entrevista Psiquiátrica
- Entrevista Psicológica
- Entrevista y tratamiento Psicopedagógico
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia grupal
- Psicoterapia de familia y de pareja
- Psicodiagnóstico

INTERNACIÓN

Se cubrirá los diferentes modelos de internación de los pacientes de acuerdo a los enunciados de la Ley 26.657, Decreto 603/2013.

REHABILITACION

Se incluyen todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas que se detallan en el Anexo II de la Resolución N° 201/2002 M.S.

Se dará el 100% de cobertura ambulatoria para rehabilitación motriz, psicomotriz, fonoaudiología, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial

- Kinesioterapia: hasta sesiones por beneficiario por año calendario
- Fonoaudiología: hasta sesiones por beneficiario por año calendario
- Estimulación temprana: en los términos que se define en el Anexo II de la Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud de la Nación.
- Grandes accidentados y otras patologías graves crónicas: hasta 6 meses, pudiendo ser prorrogado este plazo por autorización de la Auditoría Médica de Prestaciones y/o la Coordinación Prestacional mientras se documente un progreso objetivo en la evolución y por plazos no mayores de un mes por vez.

ODONTOLOGÍA

Se establece un sistema de atención odontológica estructurado en tres niveles de atención, de acuerdo a la complejidad y segmentado por edades, conforme con el actual P.M.O.

• Primer Nivel: Odontología Básica

Comprende:

Consulta. Diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento.

Se considera como primera consulta y comprende la confección de la ficha odontológica.

Consulta de Urgencia.

Se considera consulta de urgencia a toda consulta sin turno previo, que resuelve la demanda espontánea.

Operatoria Dental

Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por caries dental. 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.

Se incluyen los distintos tipos de obturaciones.

Reconstrucción de ángulo en dientes anteriores.

Odontología Preventiva

- Tartrectomía y cepillado mecánico. Esta práctica no incluye el blanqueamiento de piezas dentarias. En pacientes mayores de 18 años cubrirá una vez al año.
- Consulta preventiva. Terapias fluoradas. Incluye tartrectomía y cepillado mecánico, detección y control de placa bacteriana, enseñanza de técnicas de higiene. Se cubrirá hasta los 18 años y hasta dos veces por año.
- Consulta preventiva. Detección control de placa bacteriana y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Comprende enseñanza de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. Incluye monitoreo anual.
- 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

Radiología

- Radiología periapical
- Radiografía Oclusal
- Radiografías Dentales Media Seriado
- Radiografías Dentales Seriado

Cirugía

- Extracción dentaria
- Reimplante dentario inmediato al traumatismo
- Incisión y drenaje de abscesos

• Segundo Nivel: Odontología Especializada

Endodoncia

- Tratamiento de conducto en unirradiculares
- Tratamiento endodóntico en multirradiculares
- Biopulpectomía parcial
- Necropulpectomía o momificación. En piezas que por causa técnicamente justificada no se puederealizar el tratamiento endodóntico convencional.

Odontopediatría

- Consultas de motivación
- Se cubrirá hasta los 15 años de edad e incluye la consulta diagnóstica, examen y plan detratamiento. Comprende hasta tres visitas al consultorio.
- Tratamiento en dientes temporarios con Formocresol. Cuando el diente tratado no esté próximo asu exfoliación. También se cubrirá en piezas permanentes con gran destrucción coronaria.
- Reducción de luxación con inmovilización dentaria
- Reimplante dentario e inmovilización por luxación total.

Periodoncia

- Consulta de estudio, sondaje, fichado, diagnóstico y pronóstico
- Tratamiento de la gingivitis. Comprende tartrectomía, raspaje y alisado supragingival, detección y control de placa, topicación con flúor y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Se cubrirá anualmente.

Cirugía

- Plástica de comunicación buco-sinusal
- Biopsia por punción o aspiración o escisión
- Alveolectomía estabilizadora
- Extracción dentaria en retención mucosa
- Extracción de dientes con retención ósea
- Germectomía
- Liberación de dientes retenidos
- Tratamiento osteomielitis
- Extracción de cuerpo extraño
- Alveolectomía correctiva
- Frenectomía

Estomatología

- Consulta especializada para el tratamiento de lesiones propias de la mucosa bucal

• Tercer Nivel: Odontología Compleja

Comprende:

Consulta a domicilio: Para pacientes impedidos de trasladarse al consultorio del prestador, con derivación del médico tratante. Se cubrirán obligatoriamente los pacientes mayores de 65 años. En otros grupos etarios, quedará a criterio de la auditoría médica.

Operatoria Dental

- Obturación con tornillo en conducto. Cuando como resultado del daño provocado por caries, la destrucción coronaria sea mayor a los dos tercios de la distancia intercuspidéa, la obturación definitiva debe incluir, en menores de 18 años, el sellado de todas las superficies no tratadas. Será reconocida por única vez por pieza dentaria.

Endodoncia

- Tratamiento de conducto en multirradiculares

Odontopediatría

- Mantenedor de espacio. Comprende mantenedores de espacio fijo o removible. Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 8 años inclusive. Se incluye corona o banda y ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión.
- Corona de acero provisoria por destrucción coronaria. Se cubrirá en piezas temporarias contratamiento de formocresol o gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre dentro del periodo de exfoliación En primeros molares permanentes hasta 15 años de edad.

Periodoncia

- Tratamiento de la enfermedad periodontal. Comprende los cuadros periodontales e incluye raspaje y alisado radicular. Se cubrirá cada dos años.
- Desgaste selectivo o armonización oclusal.

Radiología

- Radiografía periapical
- Radiografía semiseriada
- Radiografía Seriada Completa
- Pantomografía o Radiografía Panorámica
- Estudio Cefalométrico

MEDICAMENTOS

La Obra Social de Mandos Medios asegura la cobertura de los medicamentos, tal como lo establece la Resolución 310/04-MS:

- a) El 40% en los medicamentos de uso habitual y de aquellos medicamentos de alternativa terapéutica.
- b) El 70% en los medicamentos de uso ambulatorio destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieran de modo permanente o recurrente del empleo de fármacos para su tratamiento.
- c) El 100% en los medicamentos suministrados para el P.M.I., y en internación y los que establece la citada norma.
- d) OSMMEDT otorgará cobertura del 100 % para los beneficiarios y apoyo financiero del FSR, a cargo de la Superintendencia de Servicios de Salud, a los medicamentos incluidos en las resoluciones SUR Resolución 400/2016 de MS AS y sus modificatorias:

- a) Eritropoyetina destinada al tratamiento de la insuficiencia renal crónica
- b) Dapsona destinada al tratamiento de lepra en cualquiera de sus formas clínicas
- c) Medicamentos para uso oncológico, según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación nacional, y todo medicamento antiemético correspondiente.
- d) Drogas para el tratamiento de la tuberculosis
- e) Interferón para tratamientos de esclerosis múltiple, Hepatitis crónica, comprobada por laboratorio y anatomía patológica. f) Inmunoglobulina antihepatitis B.
- g) Teicoplanina en tratamiento ambulatorio de infecciones documentadas por estafilococos meticilinoresistentes
- h) Factores estimulantes de colonias granulocíticas: En neutropenias severas (menos de 1000 neutrófilos por milímetro cúbico)
- i) Tobramicina aerosolizada en la enfermedad fibroquística con la infección bronquial por pseudomona areuginosa documentada
- j) Riluzole en tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica
- k) Factor 8 y antihemofílicos
- l) Somatropina en síndrome de Turner e hipopituitarismo con trastornos del crecimiento hasta el cierre de los cartílagos del crecimiento
- m) Octeroide en síndrome de Carcinoide y tumores hipofisarios del tipo de la acromegalia
- n) Cerezyme en tratamiento de la enfermedad de Gaucher
- o) Medicación anti HIV y anti SIDA
- p) Inmunosupresores
- q) Res. 791/99 MS y AS: Cobertura del 100% del mestinon (60 mg) para el tratamiento de miastenia gravis r) Piridostigmina.
- s) Medicamentos anticonceptivos y anticonceptivos intrauterino.
- t) Medicación analgésica para el tratamiento del dolor en pacientes oncológicos.
- u) Medicación de soporte clínico de la quimioterapia destinada a la prevención y tratamiento de los vómitos inducidos por los agentes neoplásicos, según protocolos aprobados por la autoridad de aplicación
- v) Cobertura 100 % de los Medicamentos a los pacientes comprendidos en leyes de protección de grupos vulnerables.
- w) Toda otra Medicación de alto costo y baja incidencia como así la cubierta por la Administración de Programas Especiales (APE) según Res. 475/02, 500/04, 5600/03, 2048/03 y sus modificaciones.
- x) Medicamentos destinados a los pacientes comprendidos en leyes de protección de grupos vulnerables.

e) OSMMEDT otorgará cobertura del 100 %: para medicamentos de uso anticonceptivo (Ley 25.673 de Salud sexual y Procreación Responsable), anticonceptivos intrauterinos, dispositivos de cobre, condones con o sin espermicidas, diafragmas y espermicidas. Análogos de la gonadotropina: Leuprolida Acetato (también conocido como Leuprolide

acetato o Acetato de leuprolida), Triptorelina y Triptorelina pamoato, para tratamiento de la Pubertad Precoz Central, de conformidad con la Resolución N° 3437/2021-MS.

Estará a cargo de la Obra Social la cobertura de medicamentos establecidos en las siguientes resoluciones:

- Res. 301/99 MS y AS y Res. 1156/14 MS y AS: Insulina al 100%. Antidiabéticos orales al 100% y tirillas reactivas y descartables acorde a la Ley N° 26.914 y con los topes definidos en la resolución N° 1156/2014 del Ministerio de Salud y Acción Social.
- Res. 791/99 MS y AS. Cobertura del 100%: Mestinón de 60 mg., para el tratamiento de la Miastenia Gravis.

Todos los profesionales deberán prescribir medicamentos por su nombre genérico o denominación internacional, conforme con las reglamentaciones vigentes. (Ley 25.649 y Decreto 987/03)

En el caso de consultas remotas a través de plataformas de teleconsulta, se autoriza la prescripción de medicamentos en recetas por vía de mensajes de texto o de aplicaciones de mensajería vía web, mail. Ley 27.553, Resolución N° 281/2020 MSAL y N° 696/2020 MSAL

ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES Y SISTEMA UNICO DE REINTEGRO

Se garantiza el acceso con el 100% de cobertura a los medicamentos, insumos y prestaciones incluidos en el Sistema Único de Reintegro, sobre la base de lo dispuesto por la Resolución N° 465/2021-SSSALUD y sus normas complementarias, para los beneficiarios de Agentes del Seguro de Salud.

DISCAPACIDAD

Se garantiza el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley N° 24.901 y su Decreto reglamentario, en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad según lo establecido por resolución N° 428/99 MSAL y normas complementarias.

REGIMEN DE CUIDADOS PALIATIVOS

Se entiende por Cuidados Paliativos a la asistencia activa y total de los pacientes por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa de vida no supera los 6 meses por no responder al tratamiento curativo que le fue impuesto.

Estos cuidados tienen entre sus objetivos aliviar el dolor, los síntomas y el abordaje psicosocial del paciente, para lo cual se brindarán las prestaciones establecidas en los Anexos II y III en el marco general que marca el PMO con una cobertura del 100%.

HEMODIALISIS Y DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA

Cobertura 100 % a cargo de la Obra Social de honorarios, gastos, medicamentos y material descartable necesarios para el tratamiento sustitutivo renal. Los pacientes deben ser inscriptos en el INCUCAI dentro de los primeros treinta días de iniciado el tratamiento. La auditoría Médica establecerá la modalidad a ser cubierta según la necesidad individual de cada beneficiario.

Tendrá cobertura de Eritropoyetina al 100%

ENFERMEDAD CELÍACA

Se dará cobertura, según Ley N° 26.588 y su modificatoria Ley N° 27.196 y Decreto Reglamentario N° 528/2011 – PEN y su modificatoria Decreto N° 754/2015- PEN. Se brindará la cobertura en concepto de harinas y premezclas libres de gluten acorde al monto establecido en la RESOL-2019-775-APN-SGS#MSYDS.

Conforme a la Resolución N° 102/2011 MSAL, se incorpora la pesquisa a través del marcador sérico IgA para la detección de la enfermedad celíaca.

Se garantiza el acceso a las determinaciones incluidas en la Resolución N° 1408/2017 MSAL a fin de acreditar la condición de paciente celíaco mediante la “constancia médica de Enfermedad Celiaca

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

La Obra social brindará las prestaciones necesarias para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de las Dificultades Específicas del Aprendizaje (DEA), acorde a lo dispuesto en la Ley 27.306

RECONSTRUCCION MAMARIA

Ley 26.872 - La obra social brindará cobertura a la cirugía reconstructiva como consecuencia de una mastectomía por patología mamaria, así como la provisión de las prótesis necesarias.

ABORDAJE INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Se dará cobertura según Ley Nº 27.043.

ABORDAJE INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIO DE LOS SUJETOS QUE PRESENTAN DIFICULTADES ESPECÍFICAS DEL APRENDIZAJE

Se dará cobertura según Ley Nº 27.306.

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS MÉDICO-ASISTENCIALES DE REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA

Se dará cobertura, según Ley Nº 26.862 y decreto reglamentario 956/2013.

Tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida.

Se entiende por reproducción médicamente asistida a los procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo. Quedan comprendidas las técnicas de baja y alta complejidad que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones.

Podrán incluirse nuevos procedimientos y técnicas desarrollados mediante avances técnico- científicos, cuando sean autorizados por la autoridad de aplicación.

Se brinda al 100% la cobertura integral interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo y los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida (Ley Nº 26.862 Decreto 956/2013 MS y AS).

La obra social brindará cobertura a un máximo de CUATRO (4) tratamientos anuales con técnicas de reproducción médicamente asistida de baja complejidad, y hasta TRES (3) tratamientos de reproducción médicamente asistida con técnicas de alta complejidad, con intervalos mínimos de TRES (3) meses entre cada uno de ellos.

Se deberá comenzar con técnicas de baja complejidad como requisito previo al uso de las técnicas de mayor complejidad. A efectos de realizar las técnicas de mayor complejidad deberán cumplirse como mínimo TRES (3) intentos previos con técnicas de baja complejidad, salvo que causas médicas debidamente documentadas justifiquen la utilización directa de técnicas de mayor complejidad.

Quedan incluidos en la cobertura los procedimientos y las técnicas de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo para la reproducción médicamente asistida.

IDENTIDAD DE GÉNERO

Se dará cobertura, según lo establecido en la Ley Nº 26.743, a tratamientos hormonales como quirúrgicos de reasignación genital total o parcial y según Resolución Nº 3159/2019-MSyDS a los tratamientos de Hormonización.

PACIENTES OSTOMIZADOS

La O. S dará cobertura 100% de los dispositivos o bolsa para ostomías y los elementos accesorios necesarios para la optimización de la tolerancia de la bolsa, para aquellas personas que han sido sometidas a una ostomización temporal o definitiva padeciendo desórdenes, enfermedades o trastornos en distintos órganos.

COBERTURA DE LECHE MEDICAMENTOSA

Acorde a Ley 27305/16, la O. S dará cobertura 100% de leche medicamentosa para consumo de quienes padecen alergia a la proteína de la leche vacuna (APLV), así como también de aquellos que padecen desórdenes, enfermedades o trastornos gastrointestinales y enfermedades metabólicas. Será beneficiario de esta prestación cualquier paciente, sin límite de edad, que presente la correspondiente prescripción del médico especialista que así lo indique.

COBERTURA DE OTOAMPLIFONOS

La Obra Social asegura la provisión de otoamplifonos al 100% en niños de hasta 15 (quince) años. Las normas para la provisión de estos elementos son las establecidas en la Resolución N°201/02-MS. En todos los casos la cobertura se brindará con audífonos convencionales, no reconociéndose la cobertura de transpositores de frecuencia.

ELEMENTOS DE OPTICA

La Obra Social reconoce la provisión de anteojos con lentes estándar al 100% sin límite de edad. Lentes de Contacto al 100% hasta los 18 años y 50% a mayores de 18 años.

PROTESIS Y ORTESIS

La Obra Social brinda cobertura del 100% en las prótesis e implantes de colocación interna y permanente y de fabricación nacional.

Las ortesis y prótesis externas tienen una cobertura del 50%, quedando el 50% restante a cargo del afilado. Se reconocerán prótesis mioeléctricas o bioeléctricas de acuerdo a especificaciones previstas por Resolución 400/2016 de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Las indicaciones médicas deberán efectuarse por nombre genérico, sin mención o sugerencia de marca, proveedor o especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto. Las prótesis u ortesis en las que se requiera determinada marca registrada o suministrada por el proveedor o importadas cuando existan del mismo tipo o similares de origen nacional, únicamente serán autorizadas por Auditoría Médica en base a particularidades del caso.

El monto máximo a erogar por la OS será el de la menor cotización en plaza.

TRASLADOS EN AMBULANCIA

Los traslados son parte de la prestación que se realiza.

La Obra Social brinda este beneficio con cobertura del 100% a todo afiliado que impedido de deambular deba trasladarse desde, hasta o entre establecimientos de salud; con o sin internación y que sea necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología, previa solicitud del facultativo.

PROTECCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS TRASPLANTADAS (LEYES N° 26.928 y 27.447)

Garantizar a las personas trasplantadas y las que se encuentren en lista de espera la cobertura del ciento por ciento (100%) en la provisión de medicamentos, estudios diagnósticos y prácticas de atención de su estado de salud de todas aquellas patologías que estén, directa o indirectamente, relacionadas con el trasplante.

FIBROSIS QUÍSTICA

Según la Ley 27.552 y la Resolución 2894/2019 MSAL, se dará cobertura al 100 % de los medicamentos y productos médicos destinados al tratamiento de la Fibrosis Quística incorporada al apartado 7.3 del Anexo I de la Resolución N° 201/02 MSAL.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

En el marco de la Ley 27.610, se dará cobertura integral y oportuna a las personas gestantes a fin de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto. Art. 4º- Interrupción voluntaria del embarazo. Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional Art. 5º- Derechos en la atención de la salud. Toda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo en los servicios del sistema de salud o con su asistencia, en un plazo máximo de diez (10) días corridos desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y en las leyes 26.485, 26.529 y concordantes. Información disponible en página web institucional y <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/acceso-la-interrupcion-del-embarazo-ive-ile>

HIV - ADICCIONES – ALCOHOLISMO

Se dará cobertura según Ley N° 24.455.

Cobertura el 100% de los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos.

Los beneficiarios contarán con una atención ambulatoria y de internación tanto para desintoxicación como de internación en comunidades a través de los siguientes servicios: Consulta y Orientación, Hospital de Día, Hospital de Noche, Internación Psiquiátrica para desintoxicación con terapéutica y medicación específica, Internación en “comunidades terapéuticas” autorizadas.

CUADRO DE BENEFICIOS CON VALOR DE LOS COSEGUROS

Los valores de los coseguos que rigen para los afiliados pertenecientes a la OSMMEDT (en caso de aplicarse), son los establecidos en la Resolución N° 201/02-MS.

CUADRO DE BENEFICIOS		
CARTILLA MÉDICA		
INTERNACIÓN		
Habitación	Compartida*	
Honorarios Clínicos	S/C S/T S/L	
Honorarios Quirúrgicos	S/C S/T S/L	
Pensión Sanatorial	S/C S/T S/L	
Pensión de acompañante	Solo internaciones pediátricas hasta los 15 años	
Maternidad	S/C S/T S/L	
Medicamentos	S/C S/T S/L	
Material Descartable	S/C S/T S/L	
Trasplantes	100% según PMO	
Prótesis Quirúrgica	100% según PMO	
Terapia Intensiva	S/C S/T S/L	
Unidad Coronaria	S/C S/T S/L	
Internación Psiquiátrica	S/C S/T	
AMBULATORIO		
Consulta En Consultorio	S/C S/T S/L	
Consulta En Domicilio	S/T S/L C/COSEGURO	
Emergencias	S/C S/T S/L	
Exámenes de rutina	S/C S/T S/L	
Exámenes de alta complejidad	S/C S/T S/L	
Mamografía con Técnica de Eklund	100% por prestadores contratados	
Kinesiología	S/C S/T S/L	Hasta 25 sesiones
Kinesiología a domicilio	C/COPAGO	Hasta 25 sesiones
Fonoaudiología	S/C S/T S/L	Hasta 25 sesiones
Fonoaudiología a domicilio	C/COSEGURO	Hasta 25 sesiones
Radio y Cobaltoterapia	S/C S/T S/L	
Alergia	Consulta CC - 1 Testificación según PMO	
Medicamentos - Descuentos en Farmacias	40%/70% (cronicidad)	
Medicamentos Plan Materno Infantil	100% según PMO	
Cirugía Refractiva (en mayores de 24 años y menores de 60)	CC \$180,-por ojo Miopía mayor a 4 dioptrías y Astig- a partir de las 3 dioptrías, por ojo. Carencia 12 meses	
Drogas Oncológicas	100% según PMO	
Psicología - Terapia Individual	C/COSEGURO	
Odontología General	S/C S/T S/L	
Ortodoncia Interceptiva	100% de 5 a 8 años inclusive	
Ortodoncia y Ortopedia Funcional	100% de 9 a 17 años inclusive **	
Anticonceptivos		13 cajas
Profilácticos		ST/SL/SC
Curso Psicoprof. Parto		S/C
Honorarios Partera		S/C
DIU		S/C
Óptica	Armazón (100% hasta los 18 años - 50% mayores de 65 años) ¹	
	Lentes de Contacto (100% hasta 18 años -50% mayores de 18 años) ³	Mayores de 18 años: Reintegro del 50% restante
Gastos por Fallecimiento del Titular	Reintegro de \$1.250.-	

Referencias

Los topes son por año y por persona.

S/C: Sin desembolso de dinero al momento de la prestación. S/T: Sin tope anual en pesos. S/L: Sin límite de días, sesiones o consultas al año.

* La prestación incluye habitación compartida excepto en los casos en que médicamente esté indicado el uso de habitación individual.

** Previamente consultar- Por única vez \$ 1318-

¹ Dos (2) armazones tipo estándar (Inyectado o Metal) en caso de prescripción de cristales de visión lejana y cercana cada dos años.

² Un (1) par de cristales minerales u orgánicos para visión cercana y un (1) par de cristales minerales u orgánicos para visión lejana o un par de cristales minerales u orgánicos bifocales por año.

³ Un (1) par de lentes de contacto blandas cada dos años, limitado a aquellas patologías de córneas y vicios de reflexión no corregibles con lentes aéreos, QUERATOCONO, QUERATOPATIA BULLOSA, ANISOMETROPIA, de más de tres (3) dioptrías en un ojo.

Otros Beneficios

Asistencia al viajero nacional en cualquier punto del país los 365 días del año a través de un servicio telefónico comunicándose al 0810-333-4253

Cirugía Refractiva - Excímer Láser: En caso de Miopía o Astigmatismo se ofrece una tarifa preferencial de \$180 por ojo en AMBA y \$360 en el resto del País (Según normas de admisión: Miopía > a -4 y < a -12 diopt; Astigm. > a -3 diopt). Carencia 12 meses.

Atención Médica Nacional Programada para turnos programados fuera de su área de residencia.

EXCEPCIONES

Están exceptuados del pago de Coseguro en todos los rubros:

- La mujer embarazada desde el diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio, o hasta la solución de sus complicaciones.
- El recién nacido hasta cumplir el año de edad.
- Los pacientes que padezcan enfermedades oncológicas, para todas las prestaciones relacionada con el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de su enfermedad de base una vez diagnosticada.
- Las personas infectadas por alguno de los retrovirus humanos y las que padezcan el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, para el seguimiento del padecimiento de base y el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades intercurrentes.
- Los afiliados con discapacidad de acuerdo a lo estipulado en la ley 24.901, su Decreto Reglamentario y demás normas complementarias. Será requisito indispensable para el usufructo de este beneficio la presentación del Certificado de Discapacidad otorgado por organismo oficial.
- Los programas preventivos

EXCLUSIONES

- Medicamentos de venta libre recetas magistrales.
- Terapias alternativas para cualquier enfermedad incluidas las oncológicas o malignas.
- Método de diagnóstico o tratamiento no incluido en el Programa Nacional 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 carezca de suficiente experiencia que acredite sus resultados y/o no avalados por entidades científicas representativas.
- Citostáticos: no se cubrirán medicamentos no aprobados y/o en vía de experimentación y/o esquemas terapéuticos que estén en experimentación o en fase de prueba, no aprobado por la autoridad competente o avalado por entidad científica representativa.
- Internaciones geriátricas. (Únicamente se cubren hogares sustitutos según Ley 24901).
- Acompañantes en pacientes mayores de 15 años.
- Prácticas de cirugía plástica y/o estética no reparadoras
- Gastos sanatoriales imputados como extras. (televisión, teléfono, acompañante en pacientes mayores de 15 años, estacionamiento, etc.)
- Cobertura médica, estudios, prácticas y/o tratamientos ambulatorios o en internación realizados en el exterior.

Los tratamientos, prácticas o cirugías enunciados a continuación no son de cobertura obligatoria:

- No avalados científicamente
- En etapa experimental
- Que se opongan a normas legales vigentes
- Que se contrapongan al proceso natural de vida del individuo
- Supuestos atendidos por las ART
- Extras sanatoriales
- Ambulancia aérea
- Podología, cosmiatría, hidroterapia.
- Terapias o curas de revitalización o Rejuvenecimiento, anti-stress
- Medicina alternativa
- Tratamientos y operaciones no reconocidas por Sociedades Científicas y/o Instituciones Oficiales
- Antiseborreicos, bio-organoterápicos capilares, champús (salvo para pediculosis)
- Tratamientos desensibilizantes de alergias/vacunas que no figuren en el Manual Farmacéutico.

OPCIÓN DE CAMBIO

OSMMEDt es la Obra Social de Mandos Medios de las Telecomunicaciones en la República Argentina y el MERCOSUR cuya misión es brindar a sus beneficiarios excelencia para la salud de su familia todo de acuerdo a las leyes y reglamentaciones vigentes.

Usted puede optar por OSMMEDt desde el primer día que comienza a trabajar.

Deberá conocer la Obra Social de la cual proviene, la misma deberá ser sindical.

Si aún no tiene su primer recibo de sueldo podrá presentar certificado de servicios, gozará de la cobertura el primer día hábil del tercer mes, cuando se haya probado el traspaso por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Mientras tanto su Obra Social será la que le ofrece su empleador por la actividad que realiza.

Para realizar la afiliación deberá presentar:

1. Recibo de sueldo, 2 copias
2. En caso de ser extranjero y no tener documentación argentina deberá presentar la residencia precaria actualizada o la documentación pertinente firmada y sellada por cancillería
3. DNI (2 Copias)
4. Constancia de Obra social – CODEM (el mismo se obtiene de la página de ANSES anses.gov.ar)

NOTA: La opción de cambio puede realizarse una vez al año. Recuerde traer 2 juegos de fotocopias.

¿A QUIÉN PUEDO INCORPORAR A LA OBRA SOCIAL?

Grupo familiar primario integrado por:

- El cónyuge o concubino/a.
- Los hijos solteros hasta los 21 años.
- Los hijos mayores de 21 años hasta los 25 inclusive que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares, oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente.
- Los discapacitados sin límite de edad.
- Los menores cuya guarda o tutela haya sido acordada por la autoridad judicial o administrativa.

Personas a cargo:

Pueden incluirse los ascendientes y descendientes (padres o nietos) que se encuentren a cargo del beneficiario titular, fijándose un aporte adicional del 1,5% por cada persona que incluya.

- En todos los casos deben acreditar el vínculo.
- El beneficiario incorporado como familiar a cargo no puede ser titular en algunas de las Obras Sociales del Sistema.
- Cuando se trate de mayores deben tener 60 o más años de edad, no ser ni jubilados ni pensionados o encontrarse incapacitados para trabajar

Qué debo presentar para la incorporación de un familiar:

- **Cónyuge o concubino/a:** DNI, LC, LE, CI del MERCOSUR, Certificado o Libreta de matrimonio o certificado de convivencia. Certificación negativa de ANSES. En caso de unificar aportes deberá presentar la misma documentación que el titular.
- **Hijos solteros hasta los 21 años:** DNI y Partida de nacimiento (excluyente). CUIL.
- **Hijos mayores de 21 años:** DNI, Partida de nacimiento y certificado de Estudios oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente. CODEM, o certificación negativa donde figure que no está aportando como trabajador en actividad.

- **Hijos discapacitados sin límite de edad:** DNI, Partida de Nacimiento, Certificado de Discapacidad. CUIL
- **Los menores en guarda o tutela:** DNI, Partida de Nacimiento (excluyente) Guarda o Tutela acordada por la autoridad judicial o administrativa.
- **Padres:** DNI, LC, LE, CI del Mercosur, CODEM (Código de empadronamiento para verificar que no goce de ningún beneficio social), nota del empleador donde conste que realizara el aporte adicional del 1,5 % de su sueldo bruto.
- **Nietos:** DNI, Partida de Nacimiento, Certificado de un Juez de Paz, nota del empleador donde conste que realizara el aporte adicional del 1,5 % de su sueldo bruto, sólo en caso que los padres sean mayores de edad y se encuentren sin trabajo. Si el nieto es hijo de un menor a cargo y el mismo no está emancipado con certificado de un Juez de Paz lo podrá tener a cargo sin tener que aportar el 1.5%.

NOTA: La documentación a presentar para la incorporación del grupo familiar rige tanto para un titular nuevo o ya existente recuerde traer 2 juegos de fotocopias.

CUANDO CAMBIA MI CONDICIÓN LABORAL ¿CAMBIA MI CARÁCTER DE BENEFICIARIO?

- Extinción de trabajo: Mantengo calidad de beneficiario durante 3 meses contados desde su distracto (renuncia, despido) sin obligación de efectuar aportes. Se extiende si cobro fondo de desempleo durante el período de pago.
- Interrupción de trabajo por accidente o enfermedad inculpable: Mantengo calidad de beneficiario durante el plazo de conservación del empleo sin percepción de remuneración sin obligación de efectuar aportes.
- Suspensión del trabajador sin goce de sueldo: Mantengo calidad de beneficiario durante un período de 3 meses, sin efectuar aportes.
- Licencia sin goce de sueldo: Mantengo la calidad de beneficiario cumpliendo con las obligaciones del aporte y contribución.
- Cambio de empleador: Mantengo la calidad de beneficiario entregando en la Obra Social la desvinculación del empleador anterior y el recibo de sueldo o certificación de servicio de mi nuevo trabajo.

En el momento de efectuarse la afiliación se hace entrega de la cartilla, en tanto las credenciales serán enviadas al domicilio del titular.

PROCEDIMIENTOS

PARA LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS

Ud. podrá consultar sobre cualquier tipo de duda sobre el sistema de acceso a prestaciones, direcciones, coseguros, tipos de cobertura, etc. en la Sede Central de la Obra Social.

Horario de Atención
Lunes a viernes de 09.00 a 17.00 hs.

Teléfonos (011) 4899-3200 (líneas rotativas)
0810-777-6767

Página Web
osmmedt.org.ar

Por cualquier consulta o derivación, fuera del horario de atención debe comunicarse con nuestra Central Operativa:

Teléfono 0810 999 7828
4321-4100 (desde Capital Federal y Gran Buenos Aires)

CONSULTAS MÉDICAS

Usted podrá realizar consultas con cualquiera de los médicos detallados en su Cartilla Médica solicitando directamente el turno al profesional elegido. Recuerde tener su credencial vigente y su documento de identidad para la consulta.

Al concurrir al consultorio, el profesional le presentará la planilla o ticket que deberá firmar como constancia. Algunas prestaciones incluyen coseguro (ver capítulo anterior).

REHABILITACIÓN MÉDICA

Si su médico le indicó algún tratamiento de rehabilitación o estudios, llame directamente al profesional de su elección detallado en su Cartilla Médica y confirme si es necesario solicitar autorización.

Para autorizar las prácticas que así lo requieran, usted podrá comunicarse al (011) 4321-4115 o concurrir personalmente a cualquiera de las sucursales de Servicios al Cliente de la red contratada al efecto, de lunes a viernes de 9 a 18 hs.

En la orden del médico tratante deberá constar de puño y letra del mismo; nombre y número de Socio, diagnóstico y tratamiento.

Recuerde tener su credencial vigente y la orden extendida por el médico solicitante al asistir al consultorio.

ANÁLISIS, ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS

Régimen de Turnos

Si su médico le indicó algún análisis, estudio o tratamiento, llame directamente al profesional de su elección detallado en su Cartilla Médica y confirme si es necesario solicitar autorización.

Para autorizar las prácticas que así lo requieran, RSM – TAC – Medicina Nuclear - usted podrá comunicarse al (011) 4321-4115 o concurrir personalmente a cualquiera de las sucursales de Servicios al Cliente de nuestro prestador, de Lunes a Viernes de 9 a 18 hs.

A efectos de agilizar la respuesta, en la orden médica debe constar de puño y letra del profesional:

- Nombre, Apellido y número de Socio
- Práctica a efectuarse
- Diagnóstico presuntivo y tratamiento.
- Firma y sello del profesional solicitante.
- Fecha de emisión.
- N° de teléfono al cual le remitimos la devolución del fax.

Con la orden del médico tratante autorizada (en caso de ser necesario), concurra a los institutos o profesionales que figuran en su cartilla, previa solicitud del turno por vía telefónica.

Recuerde tener su credencial vigente y la orden expedida por el médico solicitante al asistir al consultorio.

INTERNACIONES PROGRAMADAS

Para toda internación programada o cirugía usted deberá autorizar previamente la orden emitida por un profesional de nuestra cartilla u hospital público.

La orden debe incluir:

- Nombre, Apellido y número de Socio
- Práctica a efectuarse
- Diagnóstico presuntivo y tratamiento.
- Firma y sello del profesional solicitante.
- Fecha de emisión.
- N° de teléfono al cual le remitimos la devolución del fax.

En los casos de internaciones por maternidad o cirugía programada es necesario que se comunique al (011) 4321-4115 de lunes a viernes de 8 a 20 hs. Para gestionar la correspondiente orden con un mínimo de 5 días hábiles de anticipación a la fecha de internación de acuerdo a los alcances y condiciones estipuladas en su plan.

Cumplimentar el trámite de autorización es condición indispensable para realizar la admisión en la institución sanatorial.

Recuerde tener consigo su credencial vigente al momento de internarse.

El capítulo «Sanatorios y Clínicas» de su Cartilla Médica consigna las instituciones sanatoriales y sus distintos niveles de acceso. Estos últimos podrán ser modificados por la Dirección Médica.

INTERNACIONES DE URGENCIA

Para los casos de internaciones de urgencia deberán comunicarse con la Central de Urgencias y Emergencias al **4321-4111** las 24 hs.

CENTRAL DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Ante una Emergencia con riesgo de vida, una Urgencia Médica, o la solicitud de Médico a domicilio o traslado, comuníquese al teléfono:

4321-4111

Fuera de su área de cobertura (más de 100 Km desde su lugar de residencia y en todo el país)

0-810-333-4253

Ante una emergencia comunicarse telefónicamente con la Central de Urgencia y Emergencias las 24 hs. los 365 días del año al número antes indicado, donde se requerirán los siguientes datos de la persona afectada:

- Nombre del beneficiario.
- Dirección y número de teléfono donde se encuentra
- Número de credencial.
- Motivo del pedido de atención, síntomas y situación en la que se encuentra.

Recuerde tener consigo su credencial ya que le facilitará la obtención rápida de la información requerida.

Nuestros operadores colaborarán con usted en la identificación del mejor servicio a proveerle y le informarán acerca de qué acción tomar frente a la situación planteada.

Recuerde que en caso que un médico de urgencias deba concurrir a su domicilio deberá abonar el Coseguros vigente para esta prestación directamente al profesional que asistió.

CONCEPTOS A TENER EN CUENTA

Emergencias con riesgo de vida

Situación de salud que se presenta repentinamente y requiere inmediato tratamiento o atención Ejemplos de posibles casos: dolores en el pecho, convulsiones, hemorragias, obstrucción de las vías aéreas, pérdida de conocimiento, electrocución, accidentes de tránsito, caída desde alturas, asfixia por inmersión.

Urgencia

Situación de salud que también se presenta repentinamente que necesita asistencia médica adecuada y razonablemente rápida, sin presentar riesgo de vida inminente.

Asistencia médica domiciliaria

Situación que no compromete la vida del paciente, pero le impide concurrir a un establecimiento asistencial o consultorio.

Traslado

Disposición de una ambulancia en los casos de necesidad de traslado con cuidados especiales exclusivamente ordenadas por profesionales.

IMPORTANTE: La categorización en alguna de las situaciones mencionadas anteriormente estará a cargo de los operadores de la Central de Urgencias y Emergencias de acuerdo a la información por usted aportada.

FARMACIAS

OSMMEDT pone a su disposición una extensa red de farmacias adheridas donde usted podrá adquirir su medicamento recetado con el descuento correspondiente según consuma medicamentos de uso habitual (40% de descuento), medicamentos para patologías crónicas prevalentes (70% de descuento) o para planes especiales (Ej. PMI 100% de descuento). En ocasión de concurrir a la farmacia deberá presentar su credencial, la prescripción médica y su documento de identidad.

Las recetas de medicamentos deberán ser confeccionadas en los recetarios con membrete impreso de las instituciones o de los propios profesionales médicos que consten en su Cartilla Médica. Deben contener de puño y letra del profesional sin tachaduras ni enmiendas:

- Nº de socio, nombre y apellido completo.
- Denominación del plan
- Detalle de los medicamentos (nombre genérico o denominación común internacional; forma farmacéutica, concentración)
- Cantidad de envases de medicamentos en números y letras
- Firma y sello del profesional con matrícula legible del mismo
- Fecha de emisión de la receta

Para adquirir los medicamentos prescriptos con el descuento acordado en cada Plan (40, 70 y 100%), las recetas deberán ser presentadas en las farmacias dentro de los 30 días de la fecha de extendida, acompañándose la credencial personal correspondiente.

Cantidad de medicamentos por receta: El médico podrá prescribir hasta tres medicamentos por receta, indicando además el tamaño del envase requerido. En caso contrario, la farmacia expenderá el de menor cantidad. Si se trata de tratamiento prolongado el médico deberá indicarlo y sólo podrá recetar hasta un máximo de dos unidades de cada medicamento por receta.

Las recetas por las cuales se prescriben medicamentos psicotrópicos o psicofármacos deberán extenderse por duplicado.

Las farmacias adheridas que se describen en esta Cartilla harán el descuento correspondiente en todos los medicamentos incluidos en el Manual Farmacéutico, exceptuando aquellos de Venta Libre, los de envase hospitalario, los medicamentos con fines estéticos y/o cosméticos, productos alimenticios y/o dietéticos, preparados magistrales u homeopáticos, antitabáquicos.

TRATAMIENTO O MEDICACIÓN ESPECIAL

Para aquellos casos en que Usted requiera un tratamiento especial sobre patologías explícitamente indicadas en esta condición en el PMO, La OSMMEDT pone a su disposición un Programa de Tratamientos y Medicamentos Especiales a fin de proveerle directamente los medicamentos por usted requeridos.

Para tal fin solicitamos se acerque personalmente, de lunes a viernes de 9 a 18 hs., a cualquiera de las sucursales de servicios al cliente de nuestro prestador donde le entregarán la solicitud de Tratamiento o Medicación Especial que deberá ser completada por el médico tratante. Asimismo, deberá acompañar la planilla con la documentación respaldatoria allí solicitada.

Dichos tratamientos o medicamentos incluyen: Análogos de LF-RH, drogas antineoplásicas, antirretrovirales, obesidad, y accesorios tales como: bolsas de colostomía, bolsas de urostomías, aerocámaras, aplicadores, punzadores y accesorios o elementos para cirugía o curaciones.

ENTREGA DE MEDICAMENTOS

Medicación especial: La documentación es verificada por auditoría de la O.S. y si el medicamento corresponde y está cubierto se coordina el retiro en la farmacia indicada por la Obra Social. Medicamentos crónicos: Se retiran en las farmacias indicadas por la Obra Social.

TRATAMIENTOS DE PACIENTES DIABÉTICOS

El Programa de Prevención Secundaria para pacientes diabéticos de la Obra Social contempla una acción conjunta con nuestro prestador destinada al tratamiento de los pacientes diabéticos con el objetivo de mejorar su calidad de vida a través de asistencia médica efectiva y un seguimiento evolutivo de la enfermedad. Asimismo, busca lograr regularidad en las consultas y prácticas, proveer los insumos básicos y prevenir el desarrollo de las complicaciones crónicas.

Para acceder a este programa solicitamos se acerque personalmente, de lunes a viernes de 9 a 18 hs, a cualquiera de las sucursales de servicios al cliente de nuestro prestador donde le entregarán una Ficha de Relevamiento de Datos y Recetario de Prescripción que deberá ser completada por su médico tratante. Si no tiene a mano la dirección de las sucursales puede llamar a los teléfonos 0810-666-9010 o (011) 4776-6847 / 4776-6795 / 4774-2675 y nuestras operadoras le indicarán el lugar más cercano a su domicilio donde puede realizar el trámite.

La medicación se retirará directamente a través de la Red de farmacias adheridas al programa.

PLAN MATERNO INFANTIL

OSMMEDT cubre los medicamentos inherentes al embarazo y del recién nacido hasta el primer año de vida, al 100%.

Para gozar del beneficio deberá presentar por única vez el certificado de embarazo extendido por su ginecólogo u obstetra que acredite embarazo, fecha de última menstruación y fecha probable de parto. Una vez que el trámite haya sido gestionado y autorizado se le entregará una credencial especial para que pueda acceder a este beneficio directamente en cualquiera de las farmacias de su cartilla.

DISCAPACIDAD

Para acceder a este programa, el afiliado deberá presentar:

- Certificado de discapacidad emitido por la autoridad Municipal o Provincial correspondiente
- Certificado con el diagnóstico y tratamiento propuesto por el Médico tratante.

Todas las prestaciones deben ser evaluadas para su autorización y supervisadas por la Auditoría Médica de la O.S. que, además, evaluará en forma periódica el cumplimiento de los objetivos de la Rehabilitación.

Las prestaciones se realizarán en Instituciones Especializadas, en todos aquellos casos en los que el paciente pueda trasladarse.

En aquellos pacientes con discapacidad motora, que no puedan utilizar transporte público, se les otorgará el servicio de transporte hasta el Centro de Rehabilitación y su regreso al domicilio.

Los reintegros se realizan con el tope en el valor de la prestación establecido por el Ministerio de Salud y Acción Social.

INCORPORACIÓN A PROGRAMAS PREVENTIVOS

Si Ud. Sr. /a. afiliado/a tiene interés en incorporarse a alguno de los Programas Preventivos enunciados, debe comunicarse con nuestros agentes en la Sede Central de la Obra Social de lunes a viernes de 9 a 17 hs. a través de los siguientes teléfonos

(011) 4899-3200 (líneas rotativas)

0810-777-6767

Atención Sr. Afiliado:

Ud. recibirá trimestralmente las actualizaciones de esta Cartilla