



MODALIDAD OPERATIVA

ALCANCE DE COBERTURA

Los contenidos de la presente cartilla señalan la cobertura prestacional prevista que garantiza el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio en vigencia (PMO Res. 201/02 MS), Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica y el Programa de Vigilancia de Salud (VIGIA).

Asimismo, asegura las prestaciones de prevención, diagnóstico, tratamiento médico y odontológico, urgencias, traslados, atención domiciliaria, medicamentos, Plan Materno Infantil (PMI) y otras prestaciones.

MODALIDAD OPERATIVA

A continuación ponemos a su disposición la modalidad de acceso a la cobertura médica correspondiente a su Plan, rogamos respetar la misma para facilitar el acceso al servicio y evitar demoras administrativas.

Para recibir atención médica asistencial Ud. deberá presentar su documento de identidad y su credencial vigente a la fecha de la prestación.

Credencial

La credencial constituye la llave de acceso a todos nuestros servicios y asegura su atención. En el momento de la afiliación, se emite y se entrega una credencial provisoria. La credencial definitiva se envía por correo a la delegación de cada zona y las renovaciones se realizan una vez por año.

La credencial es personal e intransferible y válida durante el tiempo que se indica en el frente de la misma. Debe presentarse junto con el documento de identidad y el recibo de sueldo, cada vez que sea requerida por algún prestador o realice algún trámite en la Obra Social.

En caso de pérdida, sustracción, etc. deberá formular la denuncia respectiva ante las autoridades competentes y solicitar un duplicado en la Obra Social, presentando una fotocopia de dicha denuncia. El duplicado de la credencial deberá ser solicitado por su titular si es mayor de edad, en caso contrario, por sus representantes legales. Le recordamos que el uso indebido de la credencial para obtener un beneficio para sí o para terceros en perjuicio de los intereses de la Obra Social está penado por la ley.

- **La Obra Social no cubrirá ninguna práctica efectuada por médicos o instituciones fuera de cartilla con excepción de los hospitales públicos y los profesionales que en ellos se desempeñan.**

RÉGIMEN DE AUTORIZACIONES

En caso que la prestación requiera autorización Ud. podrá gestionarla. Ver Detalle de Prácticas – Autorizaciones.

Personalmente en las diferentes delegaciones de nuestra Obra Social ó

Vía fax: (011) -4901-0705

Tenga presente enviar la orden con los datos en forma clara. Las autorizaciones serán enviadas a la delegación correspondiente a la zona de residencia en un lapso máximo de 48 hs. hábiles.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Corresponde a aquellas acciones que se desarrollan en nuestro sistema de manera de garantizar el estado de salud de nuestros beneficiarios. Se basa en acciones sanitarias impartidas antes que el evento de enfermedad se presente. Promueve acciones para que un ser psicobiosocial pueda mantener el estado de salud.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

OSPIF desarrolla anualmente Campañas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Para cumplir con este objetivo se han desarrollado cronogramas de charlas y jornadas referidas a diferentes temas de prevención, como ser:

Plan Materno Infantil, Enfermedades Oncoginecológicas, Cardiovasculares, Odontología Preventiva, Accidentes Domésticos, Accidentes Viales, entre otros. Las actividades se llevan a cabo en las distintas delegaciones distribuidas en todo el país, y están dirigidas a nuestros beneficiarios y abiertas a la



comunidad en general. El acceso a las mismas es totalmente gratuito. Los días y horarios de las mencionadas actividades serán publicadas en las carteleras de las distintas delegaciones y en los diarios o radios de la localidad.

PLAN MATERNO INFANTIL - PMI

Todos los planes de OSPIF incluyen las prestaciones correspondientes al Plan Materno Infantil, que comprende cobertura para la embarazada hasta el primer mes después del nacimiento y al bebé hasta cumplir un año de edad. La Obra Social cubre sin cargo con cobertura al 100 % los estudios para la detección de la fenilcetonuria, hipotiroidismo Neonatal, enfermedad fibroquística, galactocemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, retinopatía del prematuro, chagas y sífilis, **Detección temprana y atención de la hipoacusia, según Ley N° 25.415**. Para acceder al Plan Materno Infantil Usted deberá seguir los siguientes pasos:

1) Presentar Certificado de Embarazo que contenga:

- Fecha de emisión
- Nombre y apellido de la beneficiaria
- Número de beneficiario
- Plan al que pertenece
- Fecha de última menstruación
- Fecha probable de parto
- Firma y sello del profesional (ginecólogo-obstetra)

2) Se le entregará nuestro formulario de datos de embarazo y un tríptico para la atención y cuidados necesarios referidos al período de embarazo, momentos del parto y la llegada del bebé. El mismo contiene instrucciones a cumplimentar de acuerdo a las normativas vigentes emanadas por la autoridad competente.

3) La credencial correspondiente a este plan será remitida por la Central de OSPIF a la delegación de su zona.

Dicha credencial cubrirá a la madre durante el embarazo y el primer mes posterior al parto y al recién nacido durante el primer mes de vida.

Antes del mes de vida del recién nacido, el titular de la Obra Social deberá presentarse en la Delegación más cercana, con el certificado de nacimiento y el documento de identidad del recién nacido para darle de alta como nuevo beneficiario, firmando la solicitud de afiliación y entregando el cuadernillo completo y así poder gozar de los beneficios del PMI hasta el año de vida.

De esta manera, recibirá 100% de cobertura sin coseguros en:

- Embarazo y parto
- 1er. año de vida del bebé: Atención y medicamentos (Según regulación en vigencia)
- Medicamentos para la madre (según regulación en vigencia)
- Leches Medicamentosas, se brindaran bajo presentación de Historia Clínica emitida por el Pediatra y sujeta a Auditoría Médica, su cobertura se realizará según la Ley 27.305

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

OSPIF promueve la detección precoz de las enfermedades del cuello uterino, dirigido a la población femenina mayor de 18 años, o que haya iniciado su vida sexual, independientemente de la edad, sin límite máximo, para ello, realiza acciones de promoción, cuenta con material gráfico disponible para sus beneficiarios, educa mediante la realización de seminarios anuales y difunde información relevante para un hábito saludable. Asimismo, facilita el libre acceso a las prestaciones de consulta, diagnóstico y tratamiento, para realización de PAP anual.

Todas las delegaciones cuentan con material gráfico de información puestas a disposición del público.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es la patología oncológica más frecuente en las mujeres, es por ello que, la Obra Social dirige las acciones de prevención a la población femenina a partir de los 35 años, enfatiza la importancia del auto examen mamario, el estudio mamográfico de la población vulnerable en forma anual. Apelamos para ello a: difusión de información relevante, material gráfico, talleres, promoción de controles periódicos, etc.



PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Esta dirigido a los beneficiarios de ambos sexos a partir de la pubertad. Dando cumplimiento a la Ley 25.673, la Obra Social ofrece el servicio de consultas individuales y de parejas para lograr un asesoramiento en la planificación familiar así como las patologías relacionadas. Tendrán cobertura al 100% por parte del agente del seguro los medicamentos anticonceptivos incluidos en los anexos III y IV de la res. N° 310/04, los contraceptivos intrauterinos (dispositivos de cobre), así como diafragmas, preservativo con o sin espermicidas, levonorgestrel (Res 232/07) e implante subdermico (Res 2922/2019). Bajo este programa se enrolan las actividades mencionadas en la Res. 755/06 (Ligadura de trompas y vasectomía). **La Obra Social garantiza el cumplimiento de las normas establecidas en la Ley 26.862 y el Dto. Reg. N° 956/2013 (Reproducción Medicamente Asistida).**

PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

La población objeto de este programa está constituida por el conjunto de beneficiarios de la Obra Social con especial énfasis en los menores de quince años y las mujeres embarazadas.

El Objetivo es lograr que los beneficiarios de la Obra Social adquieran hábitos de higiene y cuidado de la dentadura a través de prácticas de prevención y promoción de la salud bucal. La Obra Social a través de este programa promueve el libre acceso a los profesionales odontólogos y destaca la importancia de la salud bucal.

CONSULTAS MÉDICAS

Para acceder a la consulta médica, Ud. deberá presentar su credencial vigente, su documento de identidad, su recibo de sueldo y bono de consulta que deberá obtener en la delegación de su zona.

Solicite el turno de atención en forma telefónica con los profesionales o en las Instituciones que figuran en cuerpo médico y cuentan con atención ambulatoria contratada.

Se asegura la consulta en consultorio y en internacion.

Se asegura consulta en 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 de \$100 por cada visita.

ATENCIÓN SECUNDARIA DE LA SALUD

La Obra Social brindará atención en las siguientes especialidades médicas:

Anatomía patológica, anestesiología, cardiología y ecocardiografía, cirugía de cabeza y cuello, cirugía cardiovascular, cirugía general, cirugía infantil, cirugía plástica reparadora, cirugía de tórax, clínica médica, dermatología, diagnóstico por imágenes (radiología, tomografía computada, resonancia magnética), endocrinología, fisiatría (medicina física y rehabilitación), gastroenterología, geriatría, ginecología, hematología, hemoterapia, medicina familiar y general, medicina nuclear (diagnóstico y tratamiento), nefrología, neumonología, neurología, nutrición, obstetricia, oftalmología, oncología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría, reumatología, terapia intensiva y urología. **Cirugía de Reconstrucción mamaria. (Según Ley 26.872), cobertura para pacientes ostomizados según Ley 27.071.**

EQUIPOS MÉDICOS

En aquellas especialidades en las que figuren equipos médicos, el beneficiario no podrá elegir entre los integrantes del equipo ya que esto determinaría una atención personalizada y podría solicitarse un arancel diferencial. El Jefe del Equipo, Director o responsable, sólo actuará en forma personal según las normativas internas de cada equipo, a pedido del resto de los médicos o cuando las características del caso lo hagan necesario.

COBERTURA EN PRÁCTICAS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AMBULATORIOS, DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS

La Cartilla cuenta con laboratorios y centros de diagnóstico de primer nivel, donde Ud. podrá realizarse los estudios de baja, mediana y alta complejidad que su médico le indique.

Recuerde:

- Carecen de validez las órdenes de profesionales no pertenecientes a la Cartilla.
- No debe abonar importe alguno por material descartable, contrastes o material radioactivo.



Laboratorio, radiología y prácticas de baja complejidad que NO REQUIEREN autorización

El profesional extenderá la orden en el bono de práctica que el beneficiario deberá adquirir en la delegación de su zona, en caso de no contar con el bono, el profesional podrá extender la orden en su propio recetario indicando: los datos del beneficiario, fecha, diagnóstico, firma y sello, no eximiendo al beneficiario de retirar el bono de practica en la delegación de su zona

Podrá realizarlas en un prestador dentro de la Nómina de Cartilla. Deberá presentar el bono de práctica (prescripción médica), la credencial al día, el documento de identidad y el recibo de sueldo.

La validez de la orden es de 1 (uno) mes, desde la fecha de prescripción.

Estas prestaciones no requieren autorización médica previa por parte de la Obra Social.

Las prácticas que no requieren autorización son: laboratorio de rutina, radiografía simple, material de contraste, electrocardiograma, doppler cardíaco, ecocardiograma, ergometría simple, holter de dos canales, ecografías, monitoreo fetal, retinografía, retinofluoresceinografía, audiometría y electroencefalograma.

El PMO establece el pago de un coseguro para este tipo de prácticas, estos importes son detallados en tabla del título **COSEGUROS**

Prácticas de mediana y alta complejidad que REQUIEREN autorización previa

Se trata de un conjunto de prestaciones que incorporan tecnologías complejas como por ejemplo:

- Cardiología no invasiva y/o intervencionista (angiografías digitales, arteriografías, cinecoronariografías, ecodoppler)
- Neuroradiología no invasiva y/o intervencionista (polisomnografías, potenciales evocados, embolizaciones)
- Hemodiálisis renal, peritoneal, aguda y crónica
- Estudios de genética (histocompatibilidad)
- Fotocoagulación (rayos láser)
- Medicina nuclear (Spect, perfusiones, centellogramas)
- Diagnóstico por imágenes (resonancia magnética nuclear, tomografía axial computada)
- Todas las prácticas de alta complejidad incluidas en las Resoluciones del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, y sus modificatorias: trasplantes (de médula ósea, renales, cardíacos, pulmonares, cardio-pulmonares, hepáticos, intestinales, de páncreas, masivo de hueso), embolización selectiva de grandes vasos, trata-miento de grandes quemados, prótesis, traumatología y neurocirugía, material descartable de cirugía cardiovascular, cardiodesfibrilador, implante coclear, trata-miento para HIV-Sida. Este listado NO es taxativo. Estas prácticas NO son reintegrables. El profesional extenderá la orden en su propio recetario indicando, los datos del beneficiario, fecha, diagnóstico, firma y sello. Requieren ser autorizadas previamente vía fax o personalmente, y serán derivadas, para su realización hacia el prestador que la Obra Social determine. **La orden debe ser emitida por un profesional de cartilla**, con datos del afiliado, diagnóstico presuntivo y resumen de historia clínica si así lo requiriese la Auditoria Médica de OSPIF. La validez de la orden es de 1 (uno) mes, desde la fecha de prescripción.

- **La Obra Social no cubrirá ninguna práctica efectuada por médicos o instituciones fuera de cartilla con excepción de los hospitales públicos y los profesionales que en ellos se desempeñan.**

INTERNACIONES

Se asegura el 100% de cobertura en internacion en cualquiera de sus modalidades (institucional, domiciliaria u hospital de día). La cobertura se extiende sin límite de tiempo, excepto lo especificado para salud mental.

Si el médico de cartilla o del plantel de una institución contratada solicita una internación se requerirá la autorización previa de la Obra Social. La autorización será canalizada hacia las instituciones contratadas que figuren dentro de la nómina de cartilla en vigencia y de acuerdo al pedido médico.

Las internaciones son en habitación compartida sin cargo alguno para el beneficiario.

A cargo del beneficiario estarán los gastos extras* y por acompañantes**.

La orden médica debe contener:

- Nombre y apellido del paciente
- Número de afiliado



- Nombre de la entidad: OSPIF
- Diagnóstico
- Fecha de internación
- Prácticas o intervenciones que se prevén realizar durante la internación
- Días probables de estadía

Internación de Urgencia

Si se produce una internación a través de los servicios de emergencia, la autorización deberá ser gestionada por la Institución, vía fax o personalmente por un familiar en la Obra Social, dentro de las 24 hs. del día hábil posterior a la internación. Será necesario para gestionar la autorización, concurrir con la credencial y la orden médica dónde se indique motivo de la internación.

Internación Programada

La autorización deberá gestionarse con 72 hs. de anticipación a la fecha de internación. Podrá ser gestionada vía fax, y también personalmente.

Internación con material protésico

En aquellos casos que la internación requiera material protésico, la autorización del mismo, deberá gestionarse con 7 (siete) días de antelación.

Instituciones que atienden a través de su cuerpo profesional

Las Instituciones contratadas con su cuerpo profesional brindan su atención a través del servicio de la especialidad requerida. La Obra Social no contrata aranceles diferenciales con los profesionales de cartilla.

(*) Extras

Televisión, Habitación Individual, Servicio de Acompañante y extras no vinculadas con la atención médica

(*) Acompañantes

La Obra Social cubre acompañante para afiliados menores de 15 años. Es conveniente solicitar información a la Institución Sanatorial sobre el monto a abonar respecto al derecho de acompañante para casos no cubiertos.

ACCESO A MEDICAMENTOS

Medicamentos Ambulatorios

La Obra Social asegura, la cobertura de los medicamentos de uso ambulatorio que figuran en el Anexo III con 40% a su cargo para medicamentos de uso habitual, y 70% a su cargo 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 y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones de cada medicamento, que allí se individualizan.

El Anexo V incluye medicamentos de alternativa terapéutica, cuya cobertura por parte del Agente del Seguro de Salud deberá ser resuelta por su 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. Todo ello, a cargo del Agente del Seguro de Salud y conforme al precio de referencia —monto fijo— que se publica en el referido Anexo y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones de cada medicamento

Para acceder a este descuento, el profesional médico deberá completar el Formulario de Patologías Crónicas (formulario que deberá ser solicitado a la Obra Social).

Se expenderán ante la presentación de la receta emitida por el profesional de cartilla, debidamente conformada y de la credencial del beneficiario al día (acompañada de su documento de identidad) para que se le reconozca el beneficio.

Además, la Obra Social brinda cobertura del 100 % de medicación incluida en el Formulario Terapéutico, según detalle:

- PMI (Plan Materno Infantil)
- Eritropoyetina destinada al tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica.



- Medicación para tratamiento de Tuberculosis
- Dapsona
- Insulina (según Res. 301/99-PRONADIA)
- Inmunoglobulina antihepatitis B
- Piridostigmina (Res. 791/99 MS y AS)
- Drogas antieméticas utilizadas como consecuencia de quimioterapia

La cobertura de medicación de soporte clínico de la quimioterapia destinada a la prevención y tratamiento de los vómitos inducidos por los agentes antineoplásicos según los protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación, será del 100% para los beneficiarios y estará a cargo del Agente del Seguro de Salud.

La cobertura de medicación analgésica destinada al manejo del dolor de pacientes oncológicos, según los protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación, será del 100% para los beneficiarios y estará a cargo del Agente del Seguro de Salud.

Tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios en los términos del decreto P.E.N. 53/98 los medicamentos incluidos en las Resoluciones Nros. 400/16-sss salud.

Las prescripciones del médico tienen 1 (uno) mes de validez a partir del día de la fecha de emisión de la receta.

La farmacia deberá completar detrás de la receta y en presencia del beneficiario, el precio de la venta al público, el valor a pagar por el beneficiario y por la Obra Social, firma y sello de la misma, fecha del expendio. El beneficiario prestará conformidad al pie de la misma, aclarando firma y agregando número de documento.

Los profesionales médicos podrán prescribir hasta tres medicamentos por su nombre genérico por receta y hasta dos unidades de cada uno, con las siguientes condiciones:

- Cuando el profesional no especifique cantidades, la farmacia siempre expenderá el tamaño menor.
- Si en la receta se indica envase grande se expenderá el que sigue al tamaño menor.

Tratamientos Prolongados

Cuando el médico prescriba más de un envase de un genérico específico, deberá agregar la leyenda "Tratamiento Prolongado". En tal caso se entregarán hasta 2 (dos) envases por medicamento, debiendo indicarse además el contenido de cada uno, por lo que de omitirse, sólo se entregará un envase de la menor cantidad disponible. En caso de recetarse envases grandes se entregará el que sigue al tamaño menor.

Medicamentos en Internación

La cobertura de los medicamentos durante una internación es del 100 % a cargo de la Obra Social.

COSEGUROS

Todas las coberturas mencionadas se considerarán del 100%, salvo en aquellos casos en los que puntualmente se especifican otros porcentajes.

En las prestaciones cubiertas al 100% los beneficiarios de los Agentes del Seguro no abonarán ningún tipo de coseguro por fuera de los descriptos en este capítulo.

En todos los casos serán abonados al prestador y en el momento de recibir la prestación.

Todos los programas de prevención, promoción de la salud, Plan Materno Infantil, Oncología, Hemodiálisis y toda práctica total o parcialmente subsidiada por la ANSSAL, no podrán ser pasibles de ningún tipo de coseguro.

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



Régimen de Coseguros

➤ CONSULTA MEDICA

Médicos de Familia / Generalistas / Pediatras /Tocoginecólogo: hasta \$ 167.00

Médicos Especialistas: hasta \$ 314.00

Programa HIV y Oncología: EXENTO

Oncología: EXENTO

Discapacidad: EXENTO

Plan Materno Infantil: EXENTO - Esta cobertura comprende: a) Embarazo y parto: consultas,

Estudios de diagnóstico exclusivamente relacionados con el embarazo, el parto y

Puerperio, ya que otro tipo de estudios tendrá la cobertura que rige el resto del PMO.

Psicoprofilaxis Obstétrica, medicamentos únicamente relacionados con el embarazo y el

Parto. Cobertura 100%.

Psicología

Psicología incluida en el art. 4.1 PMO: hasta \$ 209.00.

Sesiones Excedentes: hasta \$ 419,00.

Prácticas de laboratorio básicas

Hasta \$ 105,00 por 6 determinaciones de laboratorio básicas: Hemograma con fórmula,

Glucemia, Uremia, VES, Ionograma, Creatininemia, Hemoglobina, Glicosilada, Orina completa,

Microalbuminuria, Hepatograma: Hasta \$ 42,00 por cada determinación extra.

Prácticas diagnósticas terapéuticas

- Imágenes de baja complejidad: incluye RX simple y Ecografía simple: hasta \$ 105,00 por estudio.

- Prácticas diagnósticas y terapéuticas de mediana complejidad: hasta \$ 209,00 por práctica.

Prácticas diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad TAC, RMN, RIE, laboratorio biomolecular, genético Medicina Nuclear, Endoscopia: hasta \$ 523,00 por práctica.

Prácticas Kinesio-Fisiátricas

Prácticas Kinesiológicas / fisiátricas: hasta \$ 105,00 por sesión hasta 30 sesiones por año y hasta \$ 188,00 por sesión, las excedentes. Tope máximo de 60 sesiones.

Prácticas de enfermería

EXENTO

Prácticas de Fonoaudiología y Foniatría

Hasta \$ 105,00 por sesión

Atención Domiciliaria Consultas

Diurna (Código Verde): hasta \$ 523,00 (incluye a los beneficiarios del PMI)

Nocturna (Código Verde): hasta \$ 733,00 (incluye a los beneficiarios del PMI)

Emergencias / Código Rojo: EXENTO

Mayores 65 años: hasta \$ 209,00

Odontología

Consultas: hasta \$ 209,00

Consultas para menores de 15 años y mayores de 65 años: hasta 105,00

Prácticas odontológicas: hasta \$ 100,00 cada práctica.

OTRAS COBERTURAS

SISTEMA UNICO DE REINTEGRO-SUR EX - APE

Se brinda la Cobertura de las prestaciones medico asistenciales contempladas en la Resolución Nº 400/16-SSSalud y sus modificatorias según lo establecido en la resolución 46/2017-SUR

Cuidados Paliativos

Se denomina cuidados paliativos a la asistencia activa y total del paciente que no responde al tratamiento curativo que le fue impuesto. Actúa en estas causas un equipo multidisciplinario cuyo objetivo será calmar el dolor, los síntomas y el abordaje psicosocial del paciente. Cobertura al 100 % según Auditoria Médica y brindará sus servicios a través de la red prestadora.

Crónicos, HIV/Sida, Discapacidad y Drogadicción

La Obra Social cuenta con Programas Especiales de cobertura para las mencionadas patologías. Para mayor información comuníquese con el 0810-3333721 de Programas de Discapacidad al (011) 4903-7599.

Diabetes (Res. 301/99 PRONADIA)

La Obra Social brinda a sus beneficiarios atención médica integral para el tratamiento de la diabetes



según la norma establecida en la referencia y cuyos alcances a continuación se detallan:

Medicamentos	Cobertura (*)	Cantidad(**)
1. Comprende pacientes diabéticos tipo 1 (ID)		
▪ Insulina Concentración U-100 Tipos: Lispro, Corriente, NPH, Lenta, Ultralenta. Origen: Bovino, Porcino, Humano, Análogos	100%	Según prescripción
▪ Jeringas descartables para insulina U-100	100%	Según prescripción
▪ Agujas descartables p/uso subcutáneo	100%	Según prescripción
▪ Lancetas descartables para punción digital	100%	Según prescripción
▪ Digitopunsor automático	100%	Según prescripción
▪ Tiras reactivas para glucosa en sangre	100%	Según prescripción
▪ Tiras reactivas para acetona en orina	100%	Según prescripción
▪ Tiras reactivas para glucosa en orina Puede considerarse el uso de tiras combinadas para glucosa y acetona en orina	100%	
▪ Bomba de infusión continua para insulina	(***)	(***)
1. Comprende pacientes diabéticos tipo 2 (NID)	100%	
▪ Antidiabéticos orales		Según prescripción
▪ Tiras reactivas para glucosa en sangre	100%	Según prescripción
▪ Tiras reactivas para glucosa en orina	100%	Según prescripción
1. Reflectómetro para la lectura de las tiras reactivas para glucosas en sangre se otorgarán a mujeres diabéticas embarazadas o personas con alteraciones visuales de los colores. Previa autorización de la Auditoría Médica correspondiente		

(*) Porcentaje establecido en el Decreto 1.271/98. Cuando se especifica porcentaje inferior al 100 % se entiende que se trata de cobertura mínima inicial a incrementarse progresivamente de acuerdo a los recursos con que se cuente en cada jurisdicción.

(**) Dación mínima por pacientes diabéticos.

(***) Ante indicación expresa y fundamentada de profesional especializado. Su otorgamiento deberá ser evaluado y aprobado por la auditoría de la institución que corresponda, teniéndose en cuenta las normas que al respecto ha establecido la Sociedad Argentina de Diabetes y que formarán parte del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.

Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Crónica y Aguda

Cobertura al 100 % con prestadores contratados siendo requisito indispensable la inscripción del paciente en el INCUCAI dentro de los primeros 30 (treinta) días de iniciado el tratamiento. La Auditoría Médica de la Obra Social establecerá la modalidad de cobertura según la necesidad de cada beneficiario. Esta prestación requiere autorización previa.

Fibrosis Quística

Cobertura del 100% en medicamentos y productos médicos destinados al tratamiento de la patología según Resolución 2894/2019, incorporada al apartado 7.3 del Anexo I de la Resolución 201/02 del Ministerio de Salud de la Nación.

Odontología

Se asegura la cobertura odontológica integral, con coseguro, de acuerdo a la regulación vigente, edad, topes y complejidad según detalle:

- ✓ Consulta. 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
- ✓ Reconstrucción de ángulo en dientes anteriores
- ✓ Tratamiento endodóntico en unirradiculares
- ✓ Tratamiento endodóntico en multiradicales
- ✓ Biopulpectomía parcial
- ✓ Necropulpectomía parcial o momificación
- ✓ Tartrectomía y cepillado mecánico
- ✓ Consulta preventiva. Terapias fluoradas
- ✓ Consulta preventiva. Detección control de placa bacteriana, y de enseñanza de técnicas de higiene bucal
- ✓ Selladores de surcos, fosas y fisuras
- ✓ Aplicación de carioestáticos en piezas dentarias permanentes.
- ✓ Consultas de motivación
- ✓ Mantenedor de espacio
- ✓ Reducción de luxación con inmovilización dentaria
- ✓ Tratamientos en dientes temporarios con Formocresol
- ✓ Corona de acero provisoria por destrucción coronaria
- ✓ 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 armonizaciónoclusal
- ✓ Radiografía periapical. Técnica de cono corto o largo. Radiografía Bte-Wing
- ✓ Radiografía oclusal
- ✓ Radiografías dentales media seriada: de 5 a 7 películas
- ✓ Radiografías dentales seriada: de 8 a 14 películas
- ✓ Pantomografía o radiografía panorámica
- ✓ 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
- ✓ Frenectomía
- ✓ Odontología preventiva y fluoración (Campaña de Educación para la Salud Bucal)
- ✓ Ortodoncia, cobertura brindada a niños entre 5 y 13 años por única vez, con autorización por parte de la Auditoría Odontológica

Usted deberá solicitar turno a los profesionales y/o centros odontológicos de cartilla.

Ante cualquier duda sobre el servicio odontológico o en caso de urgencia usted deberá comunicarse a **S.O.P.** Proveedor del servicio odontológico al teléfono 0800-3330087.

Oncología

Se brindan prestaciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y medicación. Tendrá cobertura al 100 % por parte de la Obra Social los medicamentos oncológicos según protocolos nacionales aprobados por la autoridad de aplicación. La cobertura de medicación no oncológica, de uso en protocolos oncológicos tendrá la misma cobertura que la medicación ambulatoria. El tratamiento de esta patología es por derivación exclusiva de la Obra Social.

Obesidad

De acuerdo a la Ley Nro. 26.396, la Obra Social brinda asistencia integral y rehabilitación, a la población que padece esta enfermedad. Comprendemos que la obesidad es un trastorno alimentario, y que tiene una etiología compleja que es necesario tratar como así también todo trastorno alimenticio. Incluimos los tratamientos médicos necesarios, nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención interdisciplinaria integral de esta patología. Y Resol. 742/09.

Enfermedad celíaca

Se brindará cobertura de estudios para su detección, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la misma, incluyendo las harinas y premezclas libre de gluten, cuya cobertura determinará la autoridad de aplicación. Según la ley 27196.

Óptica

La Obra Social le brinda cobertura en la provisión de cristales con graduación correctora blanco y armazones (lentes estándar), en un 100% en niños hasta 15 años. Todas las prestaciones de óptica requieren autorización previa. El requisito para este beneficio es la orden médica extendida por el profesional, con los datos del beneficiario, graduación y diagnóstico. Las órdenes tienen una validez de 1 (uno) mes. La renovación, antes del año, por pérdida, robo o rotura están a cargo del beneficiario.

Órtesis

La Obra Social el 50% de las órtesis y/o prótesis externas. Para obtener este servicio deberá autorizar la orden prescripta por nombre genérico, sin marcas comerciales, ni especificaciones técnicas que orienten la prescripción a determinada marca registrada. Deberá ser prescripta por un médico de la cartilla de la Obra Social para la adquisición o alquiler del material. La Obra Social designará la ortopedia que brinde la cobertura solicitada. La Obra Social da estricto cumplimiento a la totalidad de las prestaciones Sociales establecidas en la Resolución 1561/12.

Otoamplifonos

100 % en la cobertura de otoamplifonos en niños de hasta 15 años, previa evaluación de Auditoría Médica.

Prótesis: La cobertura será del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente y reconociéndose las prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas. El monto máximo a erogar por el Agente del Seguro será el de la menor cotización en plaza. Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto. El Agente del Seguro deberá proveer las prótesis nacionales según indicación, solo se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional. Esta prestación esta sujeta a la evaluación de Auditoría Médica. La Obra Social brindará cobertura en prótesis



e implantes (no odontológicos) de colocación interna y externa. La Obra Social da estricto cumplimiento a la totalidad de las prestaciones Sociales establecidas en la Resolución 1561/12.

Para obtener este servicio deberá autorizar la orden prescripta por un médico de la cartilla de la Obra Social para la adquisición o alquiler del material. El sistema opera por provisión directa.

Rehabilitación

La Obra Social dará cobertura obligatoria para rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica, sensorial y del cardíopata. Además el beneficiario podrá acceder a los servicios de rehabilitación en las instituciones y/o profesionales que figuran contratados para tal fin, con orden médica y la correspondiente autorización, en:

- Kinesiología: Hasta 30 sesiones por año calendario. Con coseguro.
- Fonoaudiología: Hasta 30 sesiones por año calendario. Con coseguro.
- Trastornos del Aprendizaje, según Ley 27.306

Traslados en Ambulancia

La Obra Social le brinda una cobertura del 100 % en el traslado del paciente. Para acceder a este servicio deberá contar con la solicitud médica correspondiente a tal fin y comunicarse con la delegación de su zona.

Identidad de Género

Cobertura de prestaciones comprendidas en la Ley de Identidad de Género N° 26743 y hormonización de acuerdo a resolución 3159/2019

SALUD MENTAL

Para acceder al servicio deberá solicitar turno con un Médico Psiquiatra de Cartilla. En caso de requerir tratamiento será derivado a un integrante del equipo según la característica del caso y la especialización requerida.

Atención ambulatoria

La Obra Social cubre las entrevistas diagnósticas según lo establecido en la Ley 26.657.

Internaciones:

El Programa Nac. De salud mental en la Ley N° 26.657, especifica; que queda prohibida la creación de nuevos Manicomios, Neorosiátricos, o Instituciones de internaciones monovalentes, públicas o privadas.

En el caso de Establecimientos ya existentes, se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos hasta su sustitución definitiva. Por lo cual, no se deberán internar ningún paciente en Instituciones monovalentes.

Internaciones en patologías agudas

La Obra Social cubre las internaciones según lo establecido en la Ley 26.657.

BONOS Y ÓRDENES

La Obra Social posee bonos de consultas, odontología, órdenes de prácticas y recetarios de distintos colores que identifican el plan de descuento en medicamentos, estos son adquiridos en las Seccionales. El beneficiario se presenta con la documentación que acredite su condición en el prestador de cartilla, donde abonará el coseguro correspondiente.

DETALLE DE PRÁCTICAS - AUTORIZACIONES

La Obra Social realiza las autorizaciones en las Seccionales de todo el país, donde los beneficiarios deben dirigirse con las órdenes emitidas por los profesionales pertenecientes a la cartilla prestadora.

A continuación se detallan las prácticas que requieren autorización y las que no requieren autorización previa a su realización por parte de OSPIF



	SIN AUTORIZACIÓN PREVIA	CON AUTORIZACIÓN PREVIA
	AMBULATORIO	AMBULATORIO
CONSULTA	Todas las consultas	
LABORATORIO	Laboratorio Nomenclado con menos de 5 (cinco) pedidos por solicitud; a excepción de aquellas determinaciones por método de RIE y códigos mayores al 66.10.01 Colesterol HDL	Laboratorio No Nomenclado Laboratorio Nomenclado con técnicas de RIE. Laboratorio Nomenclado mayor 66.10.01 Mas de 5 (cinco) pedidos por vez a un mismo paciente
RADIOLOGÍA	Radiología simple hasta 2 (dos) pedidos por orden.	Radiología contrastada. Radiología simple con más de 2 (dos) pedidos por solicitud. Marcación mamaria (34.11.01) Densitometría (34.12.01)
ECOGRAFÍA	Abdomen (18.01.12) Hepatobiliar o Tórax (18.01.13) Aorta Abdominal (18.01.17)	Ecocardiograma (18.01.01) Ginecológica (18.01.04) Mamaria (18.01.06) Cerebral (18.01.07) Oftalmológica (18.01.09) Tiroides (18.01.10) Testicular (18.01.11) Vesicoprostática (18.01.14) Renal (18.01.16) Pancreática (18.01.18) Ecodoppler (18.02.01 al 18.05.03) Partes blandas (18.60.01)
TOMOGRFÍA		Tomografía computada con y sin contraste (34.10.01 al 34.10.13)
RESONANCIA		Todas la RMN (34.20.01 a 34.20.12)
ALERGIA		Todas las testificaciones y tratamientos de alergia (14.01.01 al 14.01.04)
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Todas las prestaciones (15.01.01 al 15.01.11)	



CARDIOLOGÍA	Electrocardiograma (17.01.06/08/10/12/15/16) Otras	Monitoraje intraoperatorio (17.01.09) Ergometría (17.01.11) Rehabilitación (17.01.17) Holter (17.01.18) Otros (17.01.03/05) Presurometría (17.01.20) Electrofisiología (17.02.01-03)
NUTRICIÓN		Preparación dieta (19.01.02)
GASTROENTEROLOGÍA	Sondas (20.01.01 al 20.01.05) Reflujo, lavado gástrico y colocación de balón (20.01.12 al 20.01.15)	Sondeo con estimulación pancreática (20.01.07) Manometría (20.01.11) Biopsias (20.01.16) Endoscopios (20.01.20 al 20.01.26) Otros (20.01.28 al 20.06.01)
GENÉTICA HUMANA		Todas las prestaciones (21.01.01 al 21.02.07)
GINECOLOGÍA	Prestaciones ginecológicas (22.01.01 al 22.01.08)	
OBSTETRICIA	Amnioscopia (22.02.01) Monitoreo fetal (22.02.02)	Otras (22.02.03 al 22.04.01)
HEPATOLOGÍA – INMUNOLÓGICA	23.01.01 al 23.02.32 (NN viejo)	
HEMOTERAPIA		Todas las prácticas (24.01.01 al 24.12.03)
REHABILITACIÓN MEDICA		Todas las prácticas (25.01.01 al 25.01.06)
MEDICINA NUCLEAR		Todas las prácticas (26.01.01 al 26.05.32)
NEFROLOGÍA		Todas las prácticas (27.01.01 al 27.02.02)
NEUMOLOGÍA	Espirometrías (28.01.01 al 03) Curva FV (28.01.07)	Endoscopías (28.01.04 al 06) Otras (28.01.08 a 28.04.01)
NEUROLOGÍA	EEG (29.01.02)	Todas las restantes (29.01.03 a 29.02.03)
OFTALMOLOGÍA	Oftalmodiametría y campo visual (30.01.01/02) Otras (30.01.08 al 30.01.10 y (30.01.16 al 30.01.22)	Tonometría (30.01.06) y todas las restantes (30.01.11 al 30.01.13 y 30.02.01 al 30.02.05)



OTORRINOLARINGOLOGÍA		Todas las prácticas (31.01.01 al 31.01.25)
PSIQUIATRÍA		Todas las prácticas (33.01.01 al 33.01.12)
TERAPIA RADIANTE		Todas las prácticas (35.01.01 al 35.02.03)
UROLOGÍA		Todas las prácticas (36.01.01 al 36.01.07)
CURACIONES	43.02.01 Curaciones	(43.02.02) Quemados
VARIOS		Prácticas No Nomencladas Prácticas de Alta Complejidad



EXCLUSIONES GENERALES DE COBERTURA

- Prácticas no reconocidas por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
- Prácticas terapéuticas que no hayan superado la etapa experimental o no se encuentren avaladas internacionalmente
- Internaciones por patologías que puedan resolverse ambulatoriamente
- Ropería del bebé
- Curas de adelgazamiento, rejuvenecimiento, reposo, tratamientos termales, hidroterapia, celuloterapia, acupuntura, digito puntura, quiropraxia, homeopatía y prácticas no reconocidas por la Superintendencia de Servicios de Salud
- Genética humana fuera de Programa Médico Obligatorio
- Autopsias
- Prácticas, medicamentos e internaciones con fines experimentales
- Reintegros (*)
- Productos de venta libre, odontológicos: pastas, polvos o líquidos dentífricos; recetas magistrales o artículos para limpiar dentaduras, jabones, artículos de tocador y/o belleza; productos para la estética, extractos de órganos y tejidos, edulcorantes y sustitutos de la sal, adhesivos, antisépticos de uso externo: alcohol, agua oxigenada, etc., productos alimenticios, purgantes, anabólicos, leches en polvo que no sea Medicamentosa, antitabáquicos y antietílicos
- Provisión de donantes de sangre.
- Necropsia, a excepción del neonato o lactante, según el acápite N° 150108 del Programa Médico Obligatorio.

(*) La O.S.P.I.F. cuenta con un **sistema de cartilla cerrada**, por tal motivo no se reconoce ni autoriza la atención fuera de la red prestacional ni se reconocerán por sistema de reintegros.

Solo se autorizarán por vía de excepción reintegros cuando no existan en cartilla prestadores de la especialidad requerida e indefectiblemente deberán contar con previa autorización por parte de la Dirección Médica de O.S.P.I.F. Central, según normativa vigente.

- Recuerde: Las Seccionales de O.S.P.I.F. no podrán recibir facturas para su reintegro que no lleven adjunta la autorización antes mencionada, no comprometa al personal.