

Cobertura en Internación

OSPIM le asegura en internación:

- Cobertura del 100% en cualquier modalidad (institucional, hospital de día o domiciliaria) sin coseguros o límite de tiempos, a excepción de lo contemplado en salud mental y rehabilitación
- Derechos y gastos sanatoriales, honorarios médicos, insumos, medicación o cualquier otro elemento necesario como parte integrante de la internación
- Todas las prácticas y prestaciones comprendidas en el Plan Médico Obligatorio Res.201/202 y modificatorias.

Prácticas y Estudios Complementarios de diagnóstico y tratamiento

Se incluyen con cobertura del 100% todas las prácticas diagnosticadas y terapéuticas detalladas en el PMO, anexo II; considerando el material descartable, radioactivo y los medios de contraste, medicamentos o cualquier otro elemento necesario como parte de la prestación a realizar. Todas las prácticas derivadas de la atención médica deberán ser autorizadas por la Central de Autorizaciones de acuerdo a la Delegación que pertenezca para luego ser derivado al prestador correspondiente.

Consultas Medicas

Tendrán cobertura todas las consultas con todas las especialidades médicas reconocidas por la autoridad sanitaria. Quedan comprendidas las consultas de urgencia, emergencias y las programadas en consultorios y a domicilio. En la presente cartilla Ud. puede encontrar los diferentes prestadores. Para la obtención de turnos podrá comunicarse telefónicamente al número que figura en cada uno de ellos.

Especialidades

- * Anatomía
- * Anestesiología
- * Cardiología
- * Cirugía
- * Cirugía cardiovascular
- * Cirugía de cabeza y cuello
- * Cirugía general
- * Cirugía infantil
- * Cirugía plástica reparadora
- * Cirugía de tórax
- * Clínica Médica
- * Dermatología
- * Diagnóstico por imágenes; radiología, tomografía computada, resonancia magnética y ecografía. Endocrinología
- * Fisiatría (medicina física y rehabilitación)
- * Gastroenterología
- * Geriatría
- * Ginecología
- * Hematología
- * Hemoterapia
- * Infectología
- * Medicina familiar y general
- * Medicina nuclear; diagnóstico y tratamiento
- * Nefrología
- * Neonatología
- * Neumonología
- * Nutrición
- * Obstetricia
- * Oftalmología
- * Odontología
- * Urología

Odontología

Se asegura la cobertura en odontología con cualquiera de los odontólogos citados en esta cartilla, solicitando turno previamente. La Obra Social ha implementado un programa de prevención odontológica que se detalla en las siguientes páginas.

Se asegura la cobertura de las siguientes prácticas:

- Consulta. Diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento, e incluye examen, diagnóstico y plan de tratamiento.
- Consulta de urgencia.
- Obturación de amalgama. Cavidad simple.
- Obturación de amalgama. Cavidad compuesta o compleja.
- Obturación con tornillo en conducto. 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.
- Obturación resina autocurado. Cavidad simple.
- Obturación resina autocurado. Cavidad compuesta o compleja.
- Obturación resina fotocurado sector anterior. Comprende la restauración de las piezas anteriores y vestibular de primeros premolares.
- Reconstrucción de ángulo en dientes anteriores.
- Tratamiento endodóntico en unirradiculares.
- Tratamiento endodóntico en multiradicales.
- Biopulpectomía parcial.
- Necropulpectomía parcial o momificación. En piezas que por causa técnicamente justificada no se pueda realizar el tratamiento endodóntico convencional.
- Tartrectomía y cepillado mecánico. Está práctica no incluye el blanqueamiento de piezas dentarias. En pacientes mayores de 18 se cubrirá una vez por año.
- Consulta preventiva. Terapias fluoradas. Incluye Tartrectomía y cepillado mecánico, detección y control de la placa bacteriana, enseñanza de técnicas de higiene. Se cubrirá hasta los 18 años y hasta dos veces por año. Comprende aplicación de flúor tópico, barniz y colutorios.
- Consulta preventiva. Detección control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Comprende enseñanza de técnicas 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.
- Consultas de motivación. Se cubrirá hasta los 15 años de edad e incluye la consulta diagnóstica, examen y plan de tratamiento. Comprende hasta tres visitas al consultorio.
- Mantenedor de espacio. Comprende mantenedores de espacios fijos o removibles. Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de

hasta 8 años inclusive. Se incluye corona o banda y ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión.

- Reducción de luxación con inmovilización dentaria.
- Tratamientos en dientes temporarios con Formocresol. Cuando el diente tratado no este próximo a su exfoliación. También se cubrirá en piezas permanentes con gran destrucción coronaria.
- Corona de acero provisoria por destrucción coronaria. Se cubrirá en piezas temporarias con tratamiento de formocresol o gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre dentro del período de exfoliación. En primeros molares permanentes hasta los 15 años de edad.
- Reimplante dentario e inmovilización por luxación total.
- Protección pulpar directa.
- Consulta de estudio. Sondaje, fichado, diagnóstico y pronóstico.
- Tratamiento de gingivitis.
- Comprende tartrectomía, raspaje y alisado, detección y control de placa, topicación
- Con flúor y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Se cubrirá anualmente.
- Tratamiento de enfermedad periodontal. Comprende todos los cuadros periodontales e incluye raspaje y alisado radicular. Se cubrirá cada dos años.
- Desgaste selectivo o armonización aclusal.
- 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.

Salud Mental

Se incluyen todas aquellas actividades de fortalecimiento y desarrollo de comportamientos y hábitos de vida saludables como forma de promoción de la salud en general y la salud mental en particular. Actividades específicas que tienden a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestar psíquico en temas específicos como la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil y otros.

Se proporcionarán las prácticas de promoción de la salud mental mediante el desarrollo de actividades grupales y la modalidad de talleres que tiendan a la participación, el apoyo mutuo y los comportamientos solidarios.

En atención ambulatoria se cubren hasta 30 (treinta) visitas por año calendario por beneficiario, no pudiendo exceder la cantidad de 4 (cuatro) consultas mensuales, salvo requerimientos de necesidad y/o urgencia. Incluye las modalidades de entrevista psicológica, entrevista y tratamiento psicopedagógico, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y pareja, psicodiagnóstico.

En internación la cobertura reconocida en casos agudos es hasta 30 (treinta) días cada 12 meses y en hospital de día hasta 30 (treinta) días cada 12 meses.

Rehabilitación

Se incluyen todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas detalladas en el PMO, anexo II.

Se dará cobertura al 100% en los casos de necesidad de rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial con el siguiente alcance:

- * Kinesioterapia: Hasta 25 (veinticinco) sesiones por afiliado cada 12 meses
- * Fonoaudiología: Hasta 25 (veinticinco) sesiones por afiliado cada 12 meses
- * Estimulación temprana: Según lo definido en el anexo II del PMO
- * Accidente cerebro vascular: Hasta 3 (tres) meses, prorrogable por la Auditoría mientras se documente progreso objetivo en la evolución
- * Post operatorio de traumatología: hasta 30 (treinta) días, prorrogable por la Auditoría mientras se documente progreso objetivo en la evolución

- * Grandes accidentados: Hasta 6 (seis) meses que pueden ser prorrogable por la Auditoría mientras se documente progreso objetivo en la evolución. En cada filial de la OSPIM podrá obtener indicaciones para acceder a estas coberturas.

Medicamentos

La OSPIM contempla la cobertura de los medicamentos por principio activo o droga genérica con un 40% de descuento del valor de referencia y un 70 % de descuento para las patologías crónicas prevalentes conforme al precio de referencia en ambulatorio. También están incluidos los fármacos con cobertura del 100% para el Plan Materno Infantil.

La OSPIM ha iniciado desde el momento que se promulga la Ley 25649/2002 y Decreto 967/03 una campaña de concientización tendiente a que los profesionales tanto médicos como odontólogos ya sea en los centros propios de atención así como también en todos los efectores contratados, deberán prescribir los medicamentos por su nombre genérico o denominación común internacional seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad con detalle del grado de concentración en el recetario destinado para tal fin. Es por esto que en cumplimiento con la Ley de Promoción de utilización de medicamentos por su nombre genérico este mecanismo es necesario para que el afiliado acceda a los descuentos mencionados.

Los medicamentos suministrados durante una internación tendrán cobertura del 100% por parte de la Obra Social.

Asimismo se contemplan aquellos medicamentos de alternativa terapéutica cuya cobertura por parte de la OSPIM deberá ser resuelta por la Auditoría Médica según recomendaciones de uso. La cobertura será del 40% para medicamentos ambulatorios de uso habitual y del 70% para los medicamentos destinados a tratar las patologías crónicas prevalentes que requieran de modo permanente o de modo recurrente el empleo de fármacos para su tratamiento, conforme al precio de referencia (monto fijo) publicado, y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones que de cada medicamento se individualizan en el apartado 7 del Anexo I de la Res. N° 201/02 modificado por el Art. 2 de la Res. N° 310/04.

Tendrán cobertura del 100% la medicación oncológica como asimismo el Ondasetrón en el tratamiento de los vómitos agudos inducidos por drogas oncológicas altamente emetizantes. También la medicación analgésica destinada al tratamiento del dolor en este tipo de pacientes.

La cobertura de medicación para TBC, Diabetes (según los estipulado por el

PRO.NA.DIA) y la Ley Nacional de Diabetes 26914, VIH, drogodependencia, para la atención de discapacitados y toda aquella contemplada en las Res. 1511/12 SSSalud, 1561/12 SSSalud y 1048/14 SSSalud será brindada sin cargo a sus beneficiarios por parte de la OSPIM. Como asimismo la Dapsona para el tratamiento de la Lepra, la eritropoyetina en la Insuficiencia Renal Crónica, la piridostigmina en el caso de la Miastenia Gravis entre otras que estén contempladas en el P.M.O vigente y aquellas contempladas en las resoluciones N° 1511/12 SSSalud ,1561/12 SSSalud y 1048/14 SSSalud.

La Obra Social también ofrece una cobertura del 100% para aquella medicación considerada como de alto costo y baja incidencia (hormona de crecimiento, interferón, tratamientos para reemplazo enzimático, inmunosupresores y otras)

Tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios los medicamentos de uso anticonceptivo incluidos en los Anexos III y IV y que se encuentran explícitamente comprendidos en la norma de aplicación emergente de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, anticonceptivos intrauterinos, dispositivos de cobre, condones con o sin espermicidas, diafragmas y espermicidas y Levonorgestrel

En cada filial de la OSPIM se informa acerca de la documentación a presentar para acceder a estos tipos de medicación.

- Cobertura 100% en insulinas; cobertura al 100 % en hipoglucemiantes orales; insumos descartables para control y aplicación según cantidades estipuladas por el PRO.NA.DIA y por la Ley Nacional de Diabetes Nro. 26914.

Cuidados paliativos

El cuidado paliativo es la asistencia activa y total de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo.

El área asistencial de los cuidados paliativos incluye pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicas, SIDA, enfermedades metabólicas y genéticas potencialmente letales a corto o mediano plazo, que no responden a tratamientos disponibles en la actualidad con finalidad curativa. Estos cuidados tienen entre sus objetivos controlar los síntomas, entender y aliviar el sufrimiento por el cual pasan indefectiblemente los pacientes y sus familias.

El tratamiento del dolor u otros síntomas angustiantes tendrán cobertura del 100%, de acuerdo al PMO vigente.

Hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria

La cobertura será del 100% siendo requisito indispensable la inscripción de los pacientes en el INCUCAI dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento.

Diabetes

Para acceder a la cobertura determinada en el Plan Nacional de Diabetes su médico deberá completar el formulario correspondiente que Usted puede obtener en su filial. Como ya se ha descrito se cubrirá el 100% en insulinas, el 100 % en hipoglucemiantes orales y los insumos descartables para control y aplicación según cantidades estipuladas por el PRO.NA.DIA y la Ley Nacional de Diabetes Nro. 26914.

Discapacidad

Se brinda cobertura total de acuerdo a los términos de la Ley 24.901 y PMO vigente, con financiación del Sistema Único de Reintegro (S.U.R.) En cada filial de la OSPIM se informa acerca de la documentación a presentar para acceder a estos beneficios.

Adicciones

Se cubren tratamientos de desintoxicación para drogodependientes según los términos de la Ley 24.455 y PMO vigente, con financiación del Sistema Único de Reintegro (S.U.R.) En cada filial de la OSPIM se informa acerca de la documentación a presentar para acceder a estos beneficios y de las modalidades a cubrir.

Oncología

La cobertura del tratamiento oncológico es del 100% según normas del PMO, así como la provisión de medicación oncológica, ondansetrón y medicación analgésica destinada al manejo del dolor. En cada filial de la OSPIM encontrará las indicaciones para acceder a esta cobertura.

Atención HIV SIDA

La Obra Social brinda cobertura a esta patología y a la medicación correspondiente según los términos de la Ley 24.455, el PMO y la financiación del Sistema Único de Reintegro (S.U.R.)

Cobertura de otoamplifonos

Se asegura la cobertura de otoamplifonos al 100% en patologías neurosensoriales, perceptibles o de conducción en niños hasta 15 años, a fin de garantizar un adecuado nivel de audición que permita sostener una educación que maximice las potencialidades personales del beneficiario.

A partir de los 15 años o fin de la enseñanza obligatoria se cubrirá la provisión de un otoamplifono retroauricular con moldes para intercambio bilateral y recambio cada 5 años o cambio de prescripción. También se contempla la cobertura de traspositores de frecuencia.

Óptica

Se asegura la cobertura de anteojos con lentes estándar, en un 100% en niños hasta 15 años, renovación de cambio con graduación o reposición de los 12 meses y en iguales períodos sucesivos, 100% de cobertura en prótesis oculares de reemplazo y lentes intraoculares.

Prótesis y Ortesis

La cobertura será del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente y del 50% en ortesis y prótesis externas.

La Obra Social cubre prótesis miogénicas o bioeléctricas con las especificaciones previstas según resolución 1561/2012 SSSalud y 1048/14 SSSalud:

**Prótesis para amputación de miembro superior bajo codo con mano mioeléctrica:* Amputación o pérdida del miembro a nivel de la muñeca o más arriba; imposibilidad de utilizar la prótesis estándar o insuficiencia de ésta para satisfacer las necesidades funcionales del paciente en la realización de actividades de la vida diaria; preservación, en el muñón, de un umbral de microvoltios suficiente para permitir el correcto funcionamiento de la

prótesis; función neurológica, miocutánea y cognitiva suficiente para manejar el dispositivo; ausencia de comorbilidades que podrían interferir con el mantenimiento de la función de la prótesis; desempeño de actividades en un entorno que no inhiba la función de la prótesis (por ejemplo, un ambiente húmedo o descargas eléctricas puedan afectar el aparato); superación de una prueba de control para ser considerado candidato.

**Prótesis para amputación de miembro superior sobre codo con codo y mano mioeléctrica:* Amputación o pérdida del miembro con imposibilidad de utilizar la prótesis estándar o insuficiencia de ésta para satisfacer las necesidades funcionales del paciente en la realización de actividades de la vida diaria.

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

Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin sugerencia de marca o proveedor. La Obra Social no recibirá ni tramitará aquella que no cumpla estrictamente con estos requisitos. Se proveerán prótesis nacionales según indicación médica y sólo se admitirán importadas cuando no exista similar nacional. La responsabilidad se extingue al momento de la provisión nacional.

Ortopedia

Para la provisión de elementos de ortopedia se deberá solicitar instrucciones en su filial a fin de efectuar el trámite correspondiente e informarse sobre las ortopedias y el monto a abonar en el caso que corresponda.

Obesidad

La OSPIM contempla la cobertura ambulatoria, seguimiento del tratamiento, tratamiento farmacológico y tratamiento quirúrgico para pacientes con obesidad según lo detallado en la Resolución N° 742/09 MS.

Trasplante de órganos

La cobertura se realiza acorde a lo pautado por el PMO y la financiación del Sistema Único de Reintegro (S.U.R.)

Traslados en ambulancia

Para beneficiarios que no puedan trasladarse por sus propios medios desde, hasta o entre establecimientos de salud, con o sin internación y que sea necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología. La elección del medio de traslado y las características del móvil quedan supeditadas al estado clínico del paciente documentado por indicación médica.

En CABA deberá comunicarse al Centro Coordinador al 4383-3835 y en Gran Buenos Aires al 0810-2222-462. En el interior del país a través de la Filial correspondiente. En la página 30 podrá encontrar los datos de las mismas. En todos los casos se deberá presentar resumen de Historia Clínica justificando el pedido del traslado y el tipo de móvil que se requiere además de los datos filiatorios del paciente.

Enfermedad Celíaca

La OSPIM brinda cobertura asistencial a las personas con celiaquía que comprende la detección, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la misma las harinas y pre mezclas libre de gluten. También se cubre como estudios de detección de la enfermedad la pesquisa a través del marcador sérico IgA Anticuerpos anti transglutaminasa tisular humana y la biopsia del duodeno proximal para el diagnóstico de la enfermedad celíaca. En cada filial de la OSPIM se informa acerca de la documentación a presentar para acceder a estos beneficios.

Reproducción Médicamente Asistida

La cobertura será al 100% según lo indicado en la Ley 26.862, en prestadores habilitados por el Ministerio de Salud de la Nación.

En cada filial de la OSPIM se informa acerca de la documentación a presentar para acceder a estos beneficios.

Prácticas con financiamiento del Fondo Solidario de Redistribución Serán

Cubiertas y tramitadas ante el Sistema Único de Reintegro (S.U.R.) todas las prácticas contempladas en las Res 1511/12 SSSalud, 1561/12 SSSalud y SSSalud 1048/14.

Coseguros

Todas las coberturas incluidas en el Plan Médico Obligatorio se considerarán al 100% salvo en aquellos casos en los que puntualmente se especifiquen otros porcentajes. En las prestaciones cubiertas al 100% los beneficiarios no abonarán ningún tipo de coseguro por fuera de los descritos en la Res. 201/02 SSSalud.

En todos los casos serán abonados al prestador y en el momento de recibir la prestación. Están exceptuados del pago de coseguros en todos los rubros:

- * La mujer embarazada desde el diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado del embarazo, parto o puerperio y sus complicaciones y enfermedades derivadas de ese estado hasta su resolución.
- * El recién nacido hasta cumplir el año de edad
- * Los pacientes que padezcan enfermedades oncológicas, para todas las prestaciones relacionadas con el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de su enfermedad de base una vez diagnosticada
- * Las personas con discapacidad de acuerdo a lo estipulado en la Ley 24.901 y su decreto reglamentario
- * 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
- * Los Programas Preventivos

Consultas Médicas

Se establece un monto de hasta \$4 en concepto de coseguro para consultas médicas en ambulatorio. En emergencias el coseguro es de \$7 por afiliado.

Prácticas y estudios complementarios ambulatorios

Se unifican en un solo valor de hasta \$5 los montos para estudios de alta y baja complejidad. Los coseguros se explicitan por bono u orden de baja o alta complejidad.

Odontología

Para niños de hasta 15 años y mayores de 65 años un coseguro de \$4 y para beneficiarios de 16 a 64 años \$7.