



CARTILLA MÉDICA

Assistencial
SALUD

www.AssistencialSalud.com.ar

CARTILLA MEDICA

NORMAS (ANEXO 1)

Programas preventivos

1. **La cobertura del Plan Materno Infantil en cuanto a la atención del Embarazo, Recién Nacido y del Niño hasta el año de vida se realiza según lo establecido por el P.M.O.**

A través de los efectores presentes en la cartilla y sin coseguro alguno para la madre desde el diagnóstico del embarazo y hasta un mes después del parto y para el recién nacido hasta el año de vida. La cobertura comprende la atención necesaria durante el embarazo y parto, curso psicoprofiláctico, estudios de laboratorio, ecográficos, evaluación cardiológica, vacuna antitetánica y las indicadas por el Plan Nacional del Ministerio de Salud de la Nación, monitoreos fetales, internación y material descartable. Para el recién nacido y hasta el primer año de vida la cobertura al 100% de internación, medicamentos, métodos de diagnóstico, estudios de detección de fenilcetonuria, hipotiroidismo, enfermedad fibroquística, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, retinopatía del prematuro, chagas y sífilis, consultas de seguimiento y control y todas las inmunizaciones del período indicado por el Ministerio de Salud de la Nación. Se cubrirá el 100% del gasto de medicamentos para la mujer embarazada y hasta un mes después del parto y del 40% para medicamentos ambulatorios no relacionados.

Para este beneficio se debe presentar el certificado de embarazo extendido por el profesional tratante donde conste fecha de última menstruación y fecha probable de parto.

A fin de estimular la lactancia materna se cubrirán las leches maternizadas con expresa indicación médica, resumen de historia clínica y evaluación de la auditoría médica. Las leches medicamentosas se cubrirán en los términos de la Ley 27.305.

El bebé tendrá acceso a la cobertura del Plan a partir de su afiliación a la Obra Social. Los primeros treinta días podrá atenderse con el carnet de la madre, luego sin excepción deberá concurrir a la sede central para el alta y entrega del carnet correspondiente. Deberá presentar:

- *Partida de nacimiento.
- * DNI, del recién nacido.
- *Constancia de CUIL del recién nacido.

2. Programa de Salud sexual y procreación responsable Ley 25.673 y Ley 26. 730

- Este Programa apunta a dar cumplimiento a la Ley 25.673 y Decreto 1282/03, orientando y acompañando a los progenitores en el ejercicio de la patria potestad.

Los objetivos son:

- a) Alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda la población 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, detección precoz y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida, patologías genitales y mamarias, así como también la prevención del aborto.
 - 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.
- Población de referencia: beneficiarios mayores de 14 años (la salud sexual no tiene límites de edad por eso se considera a toda la población a partir de la pubertad).
Se contemplan las consultas especializadas:
- g) 1) Para las mujeres: un examen ginecológico, papani- colaou, colposcopía, al menos una vez al año y/o las veces necesarias y análisis de laboratorio (para detección de enfermedades de transmisión sexual que incluye el VIH/sida, detección precoz de cáncer, etc.).

g) 2) Para los hombres: Un examen físico, penoscopia y análisis de laboratorio (para detección de enfermedades de transmisión sexual que incluye el VIH/sida, detección precoz de cáncer, etc.).

- Se garantiza la cobertura del 100% a cargo del Agente de Seguro de Salud.

g) 3) Los medicamentos anticonceptivos incluidos en los Anexos III y IV de la Res. 310/04 MS y la 232/07 (anticoncepción hormonal de emergencia) y que se encuentran explícitamente comprendidos en la Ley 25.673.

g) 4) Anticonceptivos intrauterinos, dispositivos de cobre.

g) 5) Condones con o sin espermicidas, diafragmas y espermicidas.

Ley N° 26.730: Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica:

Se cubrirá al 100% a toda persona mayor de edad la realización de las prácticas denominadas "ligaduras de trompa de Falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía".

3. Programa de prevención del cáncer de cuello uterino

- El cáncer de cuello uterino es una de las causas de mayor morbimortalidad evitable de la patología oncológica de la mujer, la detección precoz es la manera de disminuir dicha patología y permitir su curación.

- El programa está destinado a la población femenina mayor de 14 años, con la finalidad de incrementar el número de pacientes en estudio a fin de diagnosticar las displasias

cervicales precancerosas y disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino en la población beneficiaria.

Se realizarán acciones con el objeto de:

- Captar en forma oportuna y adecuada a las beneficiarias para su control periódico a partir del inicio de las relaciones sexuales.

- Realizar examen ginecológico y toma de muestra de papanicolaou y colposcopia según guías de práctica clínica, al menos una vez al año y/o las veces necesarias. Realizar tratamiento oportuno de las lesiones detectadas en el examen periódico. Las Beneficiarias podrán acudir en forma libre a los efectores contratados por la Obra Social, que se encuentran en cartilla aprobada por la Superintendencia de Servicios de Salud para realizar los exámenes y las prácticas relacionados con el Programa.

4. Programa de prevención del cáncer de mama

El cáncer de mama en la actualidad, es una de las patologías que produce el mayor número de muertes por cáncer en la población femenina, la única manera de prevenirlo es la detección precoz por lo cual la obra social desarrolla el presente programa, el mismo se encuentra destinado a la población beneficiaria femenina mayor de 30 años, sin límite de edad.

El objetivo general es disminuir la mortalidad por cáncer de mama en la población beneficiaria.

Para lo cual se determinó:

Identificar a las mujeres de nuestra población con mayor riesgo que el estándar para cáncer mamario y antecedentes de cáncer mamario en núcleo familiar primario.

Realizar examen mamario y mamografía en forma anual a las beneficiarias a partir de los 3 años, sin límite de edad.

Realizar tratamiento oportuno a las lesiones detectadas en el examen periódico.

Las Beneficiarias podrán acudir en forma libre a los efectores contratados por la Obra Social, que se encuentran en cartilla aprobada por la Superintendencia de Servicios de Salud para realizar los exámenes y las prácticas relacionados con el Programa.

La cobertura del papanicolaou corresponde a partir de los 18 años en forma anual y una mamografía a partir de los 30 años una vez por año salvo otra indicación médica.

5. Programa de odontología preventiva

El programa tiene por objeto lograr que los beneficiarios de la obra social, todos, pero con mayor énfasis los niños menores de 15 años y mujeres embarazadas, adquieran hábitos de higiene y cuidado de la dentadura a través de prácticas de prevención y promoción de la salud bucal.

Las acciones planificadas son:

Realizar al menos una consulta preventiva odontológica de la embarazada.

Impartir educación acerca del cuidado de la salud bucal de 1 niño.

Promover la primera consulta odontológica preventiva en el niño a partir de los 3 años de edad.

Capacitar a los beneficiarios sobre técnicas de cepillado y fluoración.

Estimularla consulta odontológica periódica a partir de los 6 años de edad.

Los beneficiarios podrán ingresar al presente programa a través del personal perteneciente a la red de odontólogos, contratados por la Obra Social, que se encuentran en cartilla aprobada por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Se realizan todas las prestaciones del PMO.

6. Programa de detección temprana de hipoacusia. Ley 25.415 y Res. 939/00 del M.S.

Incluyen: estudios y prácticas a todo Recién Nacido hasta el tercer mes de vida. Provisión de audífonos, prótesis auditivas y rehabilitación foniátrica. Inmunización contra la rubéola y enfermedades inmunoprevenibles.

7. Programa de prevención y control de diabetes: Ley 26.914

Incluyen: La cobertura de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol será del 100% y en las cantidades necesarios según la prescripción médica.

El paciente deberá acreditar pro certificación médica de una institución sanitaria pública, su condición de paciente diabético y seguirá vigente mientras el paciente revista el carácter de

enfermo crónico.

Programa de Identificación de factores de riesgo y prevención primaria de enfermedades cardiovasculares. Visto que los factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares están suficientemente identificados, se ejecutarán acciones orientadas a identificar tales factores en la población beneficiaria, para implementar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Dirigido a hombres mayores de 45 años y mujeres menopáusicas o mayores de 55 años.

Se promoverá la consulta preventiva en población sana a partir de los 20 años.

Factores de riesgo:

- Edad
- Hipertensión Arterial
- Tabaquismo
- Dislipidemias
- Diabetes
- Antecedentes heredo familiares de enfermedades cardiovascular
- Sedentarismo
- Sobrepeso y/u obesidad
- Stress

Actividad de promoción y difusión relacionadas con otras temáticas.

La Obra Social pondrá a disposición de los prestadores y de los beneficiarios, material informativo a través de diversas vías, página web, folletería, cartilla, desarrollando también actividades de difusión.

- Salud Mental
- Prevención de HIV - SIDA
- Tabaquismo y alcoholismo
- Obesidad
- Dengue
- Enfermedad de chagas
- Prevención de enfermedades colónicas a través de videocolonoscopia

Identidad de Género de las Personas: Ley 26.743: Se garantiza su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o Tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad judicial o administrativa, salvo los menores de 18 años que deberán efectuarlo a través de sus representantes legales y con expresa conformidad del menor.

Ley 26.657 y Decr. Regl. 603/13 del PEN: 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 de la salud mental en particular. Así también actividades específicas que tienden a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestares psíquicos en temas específicos como la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil.

La obra social propiciará las prácticas de promoción de salud mental mediante el desarrollo de actividades acordes a las modalidades que consideren pertinentes para su población beneficiaria.

Prestaciones cubiertas: la atención ambulatoria necesarias por año calendario. Esto incluye

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

Internación: se cubrirán patologías agudas en las modalidades institucionales u hospital de día. Internaciones sin limitaciones por año calendario.

ATENCIÓN SECUNDARIA

Las especialidades para la atención secundaria son las reconocidas por la autoridad sanitaria nacional y según lo establecido en el P.M.O. Consultas en consultorio y en internación, Consultas en urgencia y emergencia domiciliaria, Consultas programada en domicilio, Prácticas y estudios complementarios ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos (se cubren todas las prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el PMO, como así también las contempladas en la Resolución 1048, Programa de Cobertura de Alta Complejidad y sus modificaciones, considerando el material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza. Toda práctica que no figure en el catálogo del PMO - Res. 2001/02 y sus modificatorias requiere autorización previa quedando a consideración de la Auditoría Médica según aplicación de los criterios de la Medicina Basada en la Evidencia).

Se brinda el 100% de cobertura en la internación en cualquiera de sus modalidades (institucional, hospital de día o domiciliaria). Todas las prestaciones y prácticas detalladas en el PMO vigente se encuentran incluidas dentro de la cobertura. Las mismas se extienden sin límite de tiempo a excepción de lo contemplado en el ítem Salud Mental.

La modalidad es de libre acceso a través de los prestadores y efectores enunciados en cartilla.

Especialidades:

- Anatomía Patológica
- Anestesiología
- Cardiología
- Cirugía cardiovascular
- Cirugía de cabeza y cuello
- Cirugía general
- Cirugía infantil
- Cirugía plástica reparadora
- Cirugía de tórax
- Clínica médica
- Dermatología
- Diagnóstico por imágenes: Radiología, tomografía computada, resonancia magnética y ecografía.
- Endocrinología
- infectología
- Fisiatría (medicina física y rehabilitación)
- Gastroenterología
- Geriatria
- Ginecología
- Hematología
- Hemoterapia

- Medicina familiar y General
- Medicina nuclear: diagnóstico y tratamiento
- Nefrología
- Neonatología
- Neurología
- Nutrición
- Obstetricia
- Oftalmología
- Oncología
- Ortopedia y traumatología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Psiquiatría
- Reumatología
- Terapia intensiva
- Urología

REHABILITACIÓN MÉDICA

Las prácticas que brinda la obra social son las estipuladas en el P.M.O. con los alcances y coseguros presentes en las resoluciones vigentes, el beneficiario podrá acceder a la misma como se estipula en la presente cartilla y con los prestadores estipulados.

Kinesioterapia: hasta 25 sesiones por beneficiario por año.
Fonoaudiología: hasta 25 sesiones por beneficiario por año.

Estimulación Temprana.

MEDICAMENTOS

Todos los prestadores y efectores de la Obra Social, propios y/o contratados deberán recetar medicamentos por su nombre genérico, y se aplicarán los mecanismos de sustitución y precios de referencia para establecer la cobertura a cargo del agente del Seguro (Ley 25649 y Decreto 987 /03) Res 310/07 y alternativas terapéuticas, Res 1991/05 (anexo II) y 1747/05.

Medicamentos en ambulatorios 40% Medicamentos en internación 100%.

Medicamentos con cobertura del 70%: según Resolución 310/04 M.S., para las patologías crónicas prevalentes que requieran de modo permanente o recurrente del empleo de fármacos para su tratamiento, las mismas se podrán consultar en la página de la Superintendencia de Servicios de Salud www.sssalud.gov.ar.

Entre otras patologías: arritmias cardíacas, artritis reumatoidea; asma bronquial, dislipemias, enfermedad coronaria, de Parkinson, epilepsia, glaucoma, hipertensión arterial, hipo e hipertiroidismo, insuficiencia Cardíaca.

Para ser beneficiarios de este Programa de tratamiento crónico deberán: obtener resumen de historia clínica del médico tratante para presentar al Médico Auditor para su aprobación. Tendrán cobertura del 100 % los siguientes medicamentos:

- Eritropoyetina en el tratamiento de la anemia por Insuficiencia Renal Crónica.
- Dapsona (tratamiento de la lepra).

- Inmunoglobulina antihepatitis B (según recomendaciones de uso Anexo III Res.310/04).
- Drogas para el tratamiento de tuberculosis.
- Piridostigmina (Res. 719/99MS y AS).
- Medicamentos anticonceptivos incluidos en los Anexos 111 y IV, anticonceptivos intrauterinos (dispositivos de cobre), condones con o sin espermicida, diafragmas y espermicidas.
- Insulina (Res.301/99 MS y AS).
- Medicamentos antidiabéticos orales 100%.
- Medicamentos oncológicos y medicación de soporte clínico de la quimioterapia destinada a la prevención y tratamiento de los vómitos inducidos por agentes antineoplásicos según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.
- Medicación analgésica destinada al manejo del dolor de pacientes oncológicos, según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.
- Antihemofílicos.
- Mestinon 60 mg para el tratamiento de la Miastenia Gravis. Resolución 791/99 MSy AS.

Tendrán cobertura del 100% por la obra social con apoyo financiero del Fondo Solidario de Redistribución, según las normas que dicte la Administración de Programas Especiales los siguientes medicamentos como también los programas comprendidos en leyes de protección de grupos vulnerables y aquellos que se agreguen según normativa:

- Interferón en el tratamiento de: Esclerosis Múltiple para pacientes con dos o más brotes en los últimos dos años.

- La Hepatitis crónica por virus B o C comprobada por laboratorio y/o anatomía patológica.
- Copolímero: en la Esclerosis Múltiple, con iguales indicaciones que el interferón.
- Teicoplanina: en tratamiento ambulatorio de infecciones documentadas por estafilococos meticilino resistentes.
- Factores estimulantes de Colonias granulocíticas: en neutropenias severas (menos de 1000 neutrófilos por mm³).
- Tobramicina aerosolizada: en la Enfermedad Fibroquística con infección bronquial por Pseudomona aeruginosa documentada.
- Riluzole: en el tratamiento de la Esclerosis Lateral Amiotrófica.
- Factor VIII y Antihemofílicos.
- Somatotropina: en síndrome de Tumor hipopituitarismo con trastornos de crecimiento, hasta el cierre de los cartílagos de crecimiento.
- Octreotide: en síndrome carcinoide y tumores hipofisarios del tipo de la acromegalia.
- Cerezyme: tratamiento de la Enfermedad de Gaucher.
- Medicación anti HIV y anti SIDA.
- Inmunosupresores.

PRESTACIONES ESPECIALES

De acuerdo a la Res. 1048/14, podrán realizarse: injertos de miembros, trasplantes, cirugías de tumores óseos, malformaciones, embolizaciones de vasos, radioneurocirugía cerebral, tratamientos de grandes quemados, prótesis, ortesis, material de TyO, cardiocirugía, neurocirugía, cardiodesfibriladores, etc.

Obesidad: (RES 742/09) Cobertura Ambulatoria, y seguimiento del tratamiento, farmacológico

y quirúrgico al 100 %.

E. Celfaca: (Ley 26.588), su reglamentación, decreto 528/11, res. 102/11) Cobertura del 70% del costo de los productos libres de glúten, de acuerdo al listado de la CON AL, y prácticas de detección y diagnóstico temprano: anticuerpo IgA antitransglutaminasa tisular humana y la biopsia.

Reproducción médicamente asistida. (Ley 26862) Cobertura al 100%.

Otras Prestaciones: Res. 1991/05. Sist. Derivación Ventrículo-Peritoneal.

Implantes cocleares.

Materiales descartables para cirugías cardiovasculares.

Prótesis de ortopedia y traumatología.

Injertos de miembros con microcirugía.

Trasplantes de Médula Ósea.

Genotipificación virus Hepatitis C en Pac. HIV +.

Vertebroplastia percutánea.

Radioterapia Tridimensional Conformada para pacientes con cáncer de próstata.

Angioplastia Coronaria con Stent liberadores de fármacos.

Antivirales de uso sistémico: 100%.

Acción antiviral directa: atazanavir, fosamprenavir, delavirdina, entecavir, otros antivirales, enfuvirtide.

Factores estimulantes de las colonias: Filgrastim (100%), Molgramostin (100 %).

Factores de coagulación sanguínea.

Res.1747/05:

Psoriasis moderada a severa en mayores de 18 años con 10% o más de la superficie corporal afectada, cubierto al 100%, el medicamento Efalizumab (Sistema de Tutelaje).

Hipercolesterolemia con riesgo cardiovascular y con al menos dos comorbilidades (+de 240 mg/dl): Ezetimibe (70%).

Enf. de Parkinson con pac. refractarios a la L-Dopa: Piribedil (70%).

Onicomycosis y otras enfermedades: Uso sistémico de: itraconazol (40%).

Asma: en niños y ancianos, inhalatorio, Budesonide, solo o con Formoterol (70%).

Infecciones Urinarias resistentes: Cefadroxilo (40%). Diabetes: con riesgo de hipoglucemias.

Glucagón: según prescripción médica.

HEMODIALISIS Y DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA

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

OTOAMPLIFONOS

Cobertura 100% a niños de hasta 15 años.

ANTEOJOS CON LENTES ESTANDAR

Cobertura 100% a niños de: hasta 15 años.

PROTESIS Y ORTESIS

La cobertura será del 100%, en prótesis e implantes interna permanente y del 50% en ortesis y prótesis externas, se reconocen las prótesis bioeléctricas, miogénicas y otras de acuerdo a la res. 1561/2012.

El monto máximo a erogar por el agente de salud será el de la menor cotización en plaza. Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico; sin aceptar sugerencias de marcas proveedor u especificaciones que orienten a determinado producto. El agente de Salud deberá proveer las prótesis nacionales, solo se admitirá prótesis importada cuando no exista similar nacional.

- Resolución 27071 de los dispositivos bolsas Ostomía.

Cobertura al 100% para todas las personas ostomizadas.

- Resolución 26872.

Cobertura del 100% de la cirugía reconstructiva como consecuencia de una Mastectomía por patología mamaria, como así la provisión de la prótesis necesaria.

CALZADO ORTOPEDICO

Menores de 18 años, 1 par por año calendario en cobertura 50 %.

Plantillas: Menores de 15 años, 1 par por año calendario en cobertura 100 %.

REGIMEN DE CUIDADOS PALIATIVOS

Esta destinado a aquellos pacientes con enfermedades crónicas invalidantes, oncológicas cuyo tratamiento necesita la contención del enfermo y su grupo familiar, ejemplo enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicas, SIDA, enfermedades

metabólicas y genéticas.

Esta obra social cuenta con la atención domiciliaria de médico, enfermería, fisioterapeuta y cobertura de medicamentos al 100 %. Atención psicológica del grupo familiar.

En caso de necesidad y/o pedido familiar de internación, se evaluará la derivación a centros asistenciales acordes a cada situación en particular.

ANALISIS, RADIOGRAFIAS Y ESTUDIOS ESPECIALIZADOS

El beneficiario podrá hacer, uso de los laboratorios, centros de diagnóstico o servicios especializados que figuren en la cartilla, presentando ante los mismos su credencial, documento de identidad, y la orden del médico tratante.

COSEGUROS (VALOR MAXIMO DE COSEGUROS)

Consultas:

Médicos de Familia: Hasta \$ 80,00.

Generalistas / Pediatras/ Tocoginecólogo/ Médicos.

Especialistas: Hasta \$ 150,00.

Programa HIV y EXENTO.

Oncología EXENTO.

Discapacidad EXENTO.

Plan Materno Infantil:

Se dará cobertura durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y

hasta el primer mes luego del nacimiento.

Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad:

Todo con cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio y exceptuado del pago de todo tipo de coseguros para las atenciones y medicaciones específicas. Esta cobertura comprende: a) embarazo y parto: consultas, estudios de diagnóstico exclusivamente relacionados con el embarazo, el parto y puerperio, ya que otro tipo de estudios tendrá la cobertura que rige el resto del PMO. Psicoprofilaxis Obstétrica, medicamentos únicamente relacionados con el embarazo y el parto, Cobertura 100%. b) Infantil: Será obligatoria la realización perinatólogica de los estudios para detección de la fenilcetonuria, del hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística en el recién nacido. Consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, cobertura del 100% de la medicación requerida para el primer año de vida siempre que ésta figure en el listado de medicamentos esenciales) a fin de estimular la lactancia materna no se cubrirán las leches maternizadas o de otro tipo, salvo expresa indicación médica, con evaluación de la auditoría médica.

Psicología

Psicología Incluidas en el art 4.1 PMO hasta \$ 100,00 Sesiones Excedentes hasta \$ 200,00.

Prácticas de laboratorio

Prácticas de laboratorio Hasta \$ 50,00 por 6 determinaciones de laboratorio básicas: Hemograma con fórmula, Glucemia, básicas Uremia, VES, ionograma, Creatininemia,

Hemoglobina Glicosilada, rina Completa, Microalbuminuria, Hepatograma. Se cobrará hasta \$ 20,00 por cada determinación extra.

Prácticas diagnósticas terapéuticas

Imágenes de baja Hasta \$ 50,00 por estudio complejidad: Incluye RX simple y Ecografía simple.

Prácticas diagnósticas y Hasta \$ 100,00 por práctica terapéuticas de mediana complejidad. Prácticas diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad TAC, RMN, RIE, laboratorio biomolecular, genético, Medicina Nuclear, Endoscopia. Hasta \$ 250,00 por práctica.

Prácticas KinesioFisiátricas

Prácticas kinesiológicas/fisiátricas hasta \$ 50,00 por sesión hasta 30 sesiones por año y hasta \$ 90,00 por sesión, las excedentes. Tope máximo de 60 sesiones.

Prácticas de enfermería EXENTO

Prácticas de Fonoaudiología y Foniatría. Prácticas de Fonoaudiología y Foniatría hasta \$50,00 por sesión.

Atención Domiciliaria

Consultas Diurna (Código verde) Hasta \$ 200,00 (Incluye a los beneficiarios del PMI).

Nocturna (Código verde) hasta \$ 300,00 (Incluye a los beneficiarios de PMI).
Emergencias/Código Rojo EXENTO.
Mayores 65 años hasta \$ 100,00.

Odontología

Consultas: hasta \$ 100,00.
Consultas: para menores de 15 años y mayores de 65 años hasta \$ 50,00.
Prácticas Odontológicas hasta \$ 100,00 (cada práctica).

No abonan coseguros:

- Mujer embarazada: desde el diagnóstico hasta 30 días después del parto solo en prestaciones inherentes al embarazo, parto y puerperio. Complicaciones y enfermedades derivadas del embarazo, parto y puerperio.
- Niños de hasta un año de edad.
- Pacientes oncológicos.
- Programas preventivos.

EXCLUSIONES

No se cubrirán todos aquellos tratamientos, prácticas, cirugías y medicamentos enunciados a continuación:

- Se encuentren en etapa experimental.
- Se opongan a normativas legales vigentes.

- Se contrapongan al proceso natural de la vida del individuo.
- Cosmetología.
- Cirugías estéticas no reparadoras.
- Medicamentos por recetas magistrales.
- Tratamientos de rejuvenecimiento.
- Tratamientos de adelgazamiento no fundamentados en la MBE.
- Consultas, tratamientos, estudios, prácticas e intervenciones realizadas con profesionales o instituciones que no figuren en la cartilla prestacional.
- Cualquier otro tratamiento sin evidencia científica.

CARTILLA

Los beneficiarios cuentan con una cartilla impresa y una virtual que se actualiza periódicamente la cual se encuentra en nuestro sitio web: www.assistencialsalud.com.ar.

CREENCIALES

Tanto la credencial como el documento de identidad son indispensables para acceder a las prestaciones, su uso es personal e intransferible. La renovación de la credencial es anual y la reciben los beneficiarios en sus domicilios, al mes de su vencimiento; también pueden ser retiradas en las delegaciones correspondientes.

TRASLADOS AMBULANCIA

Será para aquellos pacientes que no puedan movilizarse por sus propios medios desde, hasta

o entre establecimientos de salud, con o sin internación, para diagnósticos o tratamientos de su enfermedad; Cobertura al 100%.

La solicitud de ambulancias para traslados entre Instituciones o por altas al domicilio son solicitadas por las clínicas o sanatorios. En caso de traslados programados solicitados por el médico actuante el paciente deberá enviar vía mail o por fax a la Obra Social la solicitud con 48 hs. hábiles a realizarse el traslado con la fecha, el horario y dirección del turno firmada por dicho profesional.

INDICACIONES PREVENTIVAS

Ud. ha sido informado en esta cartilla y en las guías enviadas a su casa (hombres, mujeres y adolescentes) de los programas de prevención autorizados por la S.S.S. En cada uno de los programas: Cáncer de cuello uterino; Cáncer de mama, Procreación responsable, Plan Materno Infantil y Odontología, se indican las consultas y practicas medicas aconsejables realizar, para arribar a un diagnóstico y/o tratamiento temprano de las enfermedades de esos programas.

Los mismos se entregan a través de folletos y comunicaciones vía mail directamente al trabajador en su lugar de trabajo o en la Obra Social.

La Obra Social le comunicará las novedades y/o actualizaciones sobre los programas preventivos a través de mails, fax's, cartas personales, teléfonos, etc., desde nuestras agencias, elegaciones o sindicatos del país, Ej: Cobertura de Vacuna anti HPV al 100%.

Utilización y Acceso a los Servicios Servicios al Beneficiario.

En nuestra Sucursal de Servicios al Beneficiario nuestro personal lo asesorará en consultas relacionadas con:

- Servicios.
- Prestadores, farmacias, ópticas, etc.
- Alcance de su cobertura médica.
- Copagos de su plan.
- Reintegros.
- Solicitud de credenciales.
- Modificación de sus datos personales.
- Facturación, modalidades de pago.
- Gestión de autorizaciones y órdenes de internación.
- Sugerencias y reclamos.

Autorizaciones

En nuestras Sucursales de Servicios al Beneficiario usted podrá solicitar la autorización de cirugías programadas e internacionales o de prestaciones indicadas por los profesionales o instituciones para la realización de estudios de diagnósticos y tratamiento de mediana o alta complejidad.

Los estudios de baja complejidad se realizan sin autorización previa en los consultorios de los profesionales y/o centros detallados en su Cartilla Médica, la cual puede ver en nuestro sitio web: www.assistencialsalud.com.ar/cartilladigital.

Puede comunicarse a los teléfonos: (011) 2150-5990, 2150- 5991, 2150- 5992, 2150- 5993,

2150- 5994 de lunes a viernes de 8 a 17 hs.
Por email: autorizaciones@assistencialsalud.com.ar

Modalidad de utilización de los servicios

En esta sección ponemos a su disposición información sobre el acceso a los distintos servicios que comprenden su cobertura asistencial.

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 el ticket o recetario de consulta que deberá firmar como constancia.

Se abonará un coseguro estipulado por Resolución 58-6/2017, que se encuentra en la Cartilla en Anexo 1.

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 se requieran, usted podrá comunicarse a los teléfonos:

(011) 2150-5990, 2150- 5991, 2150- 5992, 2150- 5993, 2150- 5994 de lunes a viernes de 8 a 17 hs., también por email: autorizaciones@assistencialsalud.com.ar o concurrir personalmente a cualquiera de nuestras Sucursales de Servicios al Beneficiario, de lunes a viernes de 8 a 17 hs. En la orden del médico tratante deberá constar de puño y letra del mismo, apellido y nombre, número de Socio, diagnóstico y tratamiento indicado.

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

Superintendencia de Servicios de Salud Gerencia de Servicios al Usuario 0-800-222-SALUD (7583).

Análisis, Estudios y Tratamientos

Si su médico le indicó algún análisis, estudio o tratamiento, llame directamente al profesional o centro médico 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 a los siguientes teléfonos: (011) 2150-5990, 2150- 5991, 2150- 5992, 2150- 5993, 2150- 5994 de lunes a viernes de 8 a 17 hs., o también por email: autorizaciones@assistencialsalud.com.ar.

A efectos de agilizar nuestra respuesta en la orden médica debe constar de puño y letra del profesional los siguientes datos:

- N° de socio, Apellido y Nombre.
- Práctica a efectuarse.
- Diagnóstico presuntivo y tratamiento.
- Firma y sello del profesional solicitante.
- Fecha de emisión.

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.

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

Psicología y Psiquiatría

Para acceder a sesiones de psicología o psiquiatría usted deberá autorizar previamente la orden emitida por un profesional de nuestra cartilla.

A efectos de agilizar nuestra respuesta en la orden médica debe constar de puño y letra del profesional los siguientes datos:

- N° de socio, Apellido y Nombre
- Diagnóstico presuntivo y tratamiento
- Cantidad de sesiones
- Firma y sello del profesional solicitante
- Fecha de emisión

Con la orden usted podrá comunicarse a lo siguientes teléfonos: (011) 2150-5990, 2150-5991, 2150- 5992, 2150- 5993, 2150- 5994 de lunes a viernes de 8 a 17 hs., o también por email: autorizaciones@assistencialsalud.com.ar.

Odontología

Se asegura la cobertura al 100% de odontología, tanto para Pediatría como adultos

(consulta preventiva/ educacional y asistencial, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento) tanto programado como de urgencia incluyendo tratamiento, obturaciones, tratamientos endodónticos y extracciones.

El blanqueamiento de piezas dentarias 1 vez por añoa mayores de 18 años al 100% como así también topicación con flúor 2 veces por año.

En menores hasta 15 años se cubrirá al 100%, sellados de surcos, fosas y fisuras, consultas de motivación.

En pacientes menores de 8 años tiene cobertura al 100% de los mantenedores de espacios, coronas o bandas.

El afiliado debe realizarla consulta a odontólogo de cartilla para su plan y tratamiento.

Internaciones Programadas

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

Las ordenes deberán incluir:

- N° de socio, Apellido y Nombre.
- Diagnóstico presuntivo o certeza.
- Procedimiento quirúrgico a realizar.
- Fecha de internación y duración aproximada de la internación
- Firma y sello profesional.

En los casos internación por maternidad o cirugía programada es necesario que se comunique a los teléfonos: (011) 2150-5990, 2150- 5991, 2150- 5992, 2150- 5993, 2150- 5994 de lunes a viernes de 8 a 17 hs., o también por email: autorizaciones@assistencialsalud.com.ar para

gestionar la correspondiente orden con un mínimo de 5 días hábiles de anticipación a la fecha de internación.

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 Clínica” 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 internación de URGENCIA deberá comunicarse al 0810-220-6060. Si por el contrario usted se dirige a una institución sanatorial de cartilla, desde la institución se contactarán con nosotros para darnos aviso de su internación. No obstante, le agradeceremos que algún familiar se acerque a nuestras oficinas para cumplimentar el trámite de internación tan pronto sea posible.

Recuerde tener consigo su documento de identidad y su credencial vigente al momento de internarse Superintendencia de Servicios de Salud Gerencia de Servicios al Usuario 0-800-222-SALUD (7583).

Servicios de Guardia e Internación de Urgencia 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: 0810-220-6060.

Fuera de su área de cobertura (más de 100 km desde su lugar de residencia y en todo el país): 0810-220-6060.

Ante una emergencia comunicarse telefónicamente con la Central de Urgencias y Emergencias las 24 hs. los 365 días del año al número antes indicado, donde se le requerirán los siguientes datos respecto 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 siempre a mano la 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 que acción deberá tomar frente a la situación planteada.

En caso que el médico deba concurrir a su domicilio no deberá realizar ningún pago ante una Urgencia o Emergencia.

Superintendencia de Servicios de Salud Gerencia de Servicios al Usuario 0-800-222-SALUD (7583).

PAUTAS GENERALES PARA LA MEJOR RESOLUCION DE LOS PROBLEMAS

AGUDOS DE SALUD

Es importante diferenciar 3 conceptos:

- **Emergencia con riesgo de vida:** Situación de salud que se presenta repentinamente, requiere inmediato tratamiento o atención y puede significar riesgo de vida. Ejemplos de posibles casos: asfixia, pérdida de conocimiento, pérdida de sangre abundante, dificultad respiratoria, dolor intenso en la zona del pecho, convulsiones, electrocución, asfixia por inmersión, caídas desde alturas, accidentes de tránsito, reacciones alérgicas.
- **Urgencias:** situación de salud que también se presenta repentinamente que necesita asistencia médica adecuada y razonablemente rápida, sin presentar riesgo de vida inminente.
- **Consulta Médica a Domicilio:** Atención Médica que no reviste urgencia, pero requerida en casos de imposibilidad de movilización o traslado del paciente a un establecimiento asistencial o consultorio.
- **Traslados:** 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.

Si usted es trasladado a otra institución sanatorial, y a los efectos de asegurar su mejor tratamiento comuníquelo o hágalo comunicar de inmediato a nuestra Sucursal de Servicios al Beneficiario a los siguientes números telefónicos: (011) 2150-5990, 2150- 5991, 2150- 5992, 2150- 5993, 2150- 5994 de lunes a viernes de 8 a 17 hs. para ser visitado a la brevedad por un médico de nuestro equipo.

Tratamiento o Medicación especial

Para aquellos casos en que Usted requiera un tratamiento especial sobre patologías explícitamente indicadas en esta condición en el PMO, ponemos a su disposición un Programa de Tratamientos y Medicamentos Especiales a fin de proveerlo directamente los medicamentos por usted requeridos. Para tal fin solicitamos se acerque personalmente, de lunes a viernes de 8 a 17 hs, a cualquiera de nuestras oficinas 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. Una vez aprobada la solicitud por parte de nuestra Auditoría Médica, se indicará en que farmacia retirarla.

Tratamiento Pacientes Diabéticos

Hemos implementado un Programa de Prestaciones Médicas destinado al tratamiento de 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 8 a 17 hs., a cualquier de nuestras oficinas donde le entregarán una Ficha de Relevamiento de Datos y Recetario de Prescripción que deberá ser completada por su médico tratante.

La medicación se retirará directamente a través de la Red de farmacias adheridas al Programa y la cobertura es del 100%.

Plan Materno Infantil

Se cubre los medicamentos inherentes al embarazo, puerperio hasta 30 días después de parto o cesárea 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 si 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.

Es derecho de todo beneficiario presentar reclamos ante la Obra Social o la Superintendencia de Servicio de Salud. En ambas entidades debe ser debidamente asesorado acerca de la Resolución N° 075/98 - S.S. Salud.

Línea gratuita de la Superintendencia de Servicio de Salud: 0-800-2227583, Av. Pte. Roque Sáenz Peña 530 - G.C.B.A.

GESTIONES ADMINISTRATIVAS

Ud. podrá consultar sobre:

- Afiliaciones y Credenciales.
- Actualizaciones de domicilio y teléfonos.
- Altas, Bajas o modificaciones de afiliación de su grupo familiar.
- Desregulación de obras sociales.
- Cualquier trámite o información.

En los siguientes teléfonos: (011) 2150-5990, 2150- 5991, 2150- 5992, 2150- 5993, 2150- 5994 de lunes a viernes de 8 a 17 h.

En nuestra oficina ubicada en Reconquista 954, Piso 4 - C.A.B.A.

En nuestro sitio web: www.asistencialsalud.com.ar.

Vía E-mail: info@assistencialsalud.com.ar

Señor Beneficiario de las Obras Sociales y Otros Agentes del Seguro de Salud

Ud. cuenta con un procedimiento de formulación y solución de reclamos frente a hechos que afecten su normal cobertura Médico-Asistencial.

Resolución 075/98-S.S. Salud Superintendencia de Servicios de Salud Gerencia de Servicios al Usuario 0-800-222-7583.



www.AssistencialSalud.com.ar