



Sr Afiliado

En esta cartilla Usted encontrara la cobertura básica que le brinda OSEN tanto en Atención Primaria como en Secundaria e Internacion.

También podrá encontrar cobertura de prestaciones , de Salud Mental, Rehabilitación, Odontología, Medicamentos y otra coberturas.

COBERTURA OBLIGATORIA (PMO)

1 – ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Se brinda una cobertura integral, es decir un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud. Se asegura un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria. Se provee de cuidados continuos a los beneficiarios, privilegiando su atención a partir de un médico de familia que sea el responsable de sus cuidados, y donde los beneficiarios referidos tengan el derecho a conocer el nombre de su médico, así como los de los demás proveedores de servicios, quienes están obligados a conocer y acompañar en forma integral a los pacientes en el cuidado de su salud, en su recuperación y en su rehabilitación.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

PRIMARIA 1.1 – PLAN MATERNO-INFANTIL

Este programa comprende a las embarazadas y a los niños hasta los tres (3) años de edad.

Comprende:

Cobertura del 100% de la atención integral del embarazo, parto y del recién nacido hasta los tres (3) años de edad, de conformidad con lo previsto en la Ley N° 27.611.

Cobertura del 100% en medicamentos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio para madre y el niño y del 40% para medicamentos ambulatorios no relacionados de modo directo con el embarazo y posterior nacimiento del niño.

Cobertura del 100% en medicamentos para el niño hasta los tres (3) años de vida.

Atención del embarazo

En embarazos normales se realizará un control mensual hasta la semana 35, quincenal de la 35 a la 38 y semanal desde la 38 hasta el parto. En embarazos de riesgo, se deberán contemplar controles sin restricciones, con la cobertura de los estudios que cada patología requiera.

Atención del recién nacido hasta los tres (3) años de vida

La atención del recién nacido hasta cumplir tres (3) años de edad debe tener una cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio. Toda esta atención debe quedar exceptuada del pago de todo tipo de coseguros. Se cubrirán consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, cobertura del 100% de la medicación requerida para los tres (3) primeros años de vida, siempre que ésta figure en el listado de medicamentos esenciales.

Prestaciones incluidas en la Ley N° 26.279 con cobertura al 100%: fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinas, retinopatía del prematuro, chagas y sífilis.

A fin de estimular la lactancia materna, no se cubrirán las leches maternizadas, salvo expresa indicación médica, con evaluación de la auditoría médica. Se dará cobertura de leches medicamentosas, según Ley 27.305.

Se dará cobertura a las prestaciones contempladas en la ley 25.415, Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia.

1.2 – PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Este programa se orienta a mujeres desde los 18 años y sin límite de edad superior.

Tiene como objetivo principal contribuir a la reducción de la incidencia y mortalidad por esta enfermedad.

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

1.3 – PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

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

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

El diagnóstico precoz del cáncer de mama es el instrumento más importante en el pronóstico de la enfermedad y la supervivencia de la paciente.

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

1.4 – PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON

Este programa se orienta a pacientes mayores de 50 años de edad o aquellos con factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecerlo.

El diagnóstico precoz en cáncer de colon modifica los desenlaces de mortalidad, morbilidad y calidad de vida de los pacientes.

Se garantiza la cobertura de los controles periódicos a través de rastreos con estrategia de sangre oculta en materia fecal y/o colonoscopia.

1.5 – PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

Este programa se orienta a la totalidad de la población beneficiaria, en especial a embarazadas y menores de 18 años.

Toda práctica incluida en el Programa Medico Obligatorio tendrá una cobertura del 100% a cargo de la Obra Social.

Acciones:

- Promover acciones de prevención a través de la educación para la salud (limpieza y pulido de las superficies y topicación con flúor, selladores de fosas y fisuras, enseñanza de técnicas de higiene bucal, consulta periódica)
- Desarrollar una campaña por medio de trípticos o cualquier otro tipo de información en beneficio de la salud bucal.
- Se llevarán a cabo consultas que contemplen las siguientes actividades:
 - o Examen del niño sano para la detección de caries.
 - o Topicaciones con flúor y enseñanza del cepillado dental.
 - o Orientación nutricional con el objeto de racionalizar el consumo de productos causantes de caries.

1.6 – PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

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

Con la finalidad de prevenir embarazos no deseados, permitir adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia, disminuir la morbimortalidad materno infantil, promover la detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, garantizar el acceso a la información y orientación temas referidos a la salud sexual y procreación responsable potenciando la participación femenina en la toma de decisiones respecto de estos temas, se brinda la siguiente cobertura.

Cobertura

- **A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, se podrán prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán**

Cobertura

- A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, se podrán prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT
- Cobertura al 100% de ligadura de trompas y vasectomía, según lo establece la Ley 26.130.
- Cobertura de Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE), de acuerdo con lo establecido por la Resolución N° 232/07 del Ministerio de Salud de la Nación.
- Cobertura al 100% de implante subdérmico, sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel (SIU/DIU-LNG), Dispositivo Intrauterino (DIU-Cu), su colocación y extracción, como métodos anticonceptivos, de conformidad con la Ley 25.673 y la Resolución 2922/2019-MSyDS.

2 - ATENCIÓN SECUNDARIA

Todas las especialidades de cobertura obligatoria

ESPECIALIDADES

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

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

- ✓ Se asegura la consulta en consultorio e internación.
- ✓ Se asegura la consulta de urgencia y emergencia en domicilio.
- ✓ En los mayores de 65 años que no puedan movilizarse, se asegura la consulta programada en domicilio con un coseguro, según lo previsto por la Resolución N° 58/2017 del Ministerio de Salud de la Nación o la norma que a sustituya.
- ✓ En todo otro grupo etario donde el paciente esté imposibilitado de desplazarse, quedará a discreción de la auditoría del Agente del Seguro la provisión de atención programada en domicilio
- ✓ Se incorpora la modalidad de consultas remotas mediante el uso de plataformas de teleasistencia y/o teleconsultas, siempre que se asegure la misma calidad de atención médica integral, según lo dispuesto por la Resolución N° 282/2020 del Ministerio de Salud de la Nación.

PRÁCTICAS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AMBULATORIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS.

- Se dará cobertura a todas las prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el Anexo II del Plan Médico Obligatorio (Resolución MSAL 201/2002 PMO), considerando el material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza.

- Se incorpora la emisión de órdenes para prácticas y estudios a través de mensajes de texto o de aplicaciones de mensajería vía web, mail y recetas electrónicas de acuerdo con lo dispuesto por la Ley 27.553 y Resolución 282/2020 del Ministerio de Salud de la Nación, así como receta electrónica a partir del 1/7/24 según resoluciones vigentes.

3 - INTERNACIÓN

Se asegura el 100% de la cobertura en la internación en cualquiera de sus modalidades (**institucional, hospital de día o domiciliaria**). Todas las prestaciones y prácticas que se detallan en el Anexo II de la Resolución N° 201/2002 MSAL, se encuentran incluidas dentro de la cobertura.

Comprende la internación clínico-quirúrgica general y especializada, programada y de urgencia, de baja, mediana y alta complejidad y cirugía ambulatoria.

4 - SALUD MENTAL

Se asegura la cobertura prevista en la Ley N° 24.455 al 100% de los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos.

Los beneficiarios contarán con una atención ambulatoria y de internación tanto para desintoxicación, como de internación en comunidades terapéuticas a través de los siguientes servicios: consulta y orientación, Hospital de día y Hospital de noche, Internación psiquiátrica para desintoxicación con terapéutica y medicación específica, Internación en Comunidades Terapéuticas autorizadas.

Así mismo, se garantiza la cobertura prevista en la Ley 26.657 y en el decreto reglamentario N° 603/2013, sin limitaciones en cuanto al número de sesiones ni los días de internación. Esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psicodiagnóstico.

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

5 – REHABILITACIÓN

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

- Kinesioterapia: hasta 20 sesiones por beneficiario por año calendario
- Fonoaudiología: hasta 20 sesiones por beneficiario por año calendario
- Estimulación temprana: en los términos que se define en el Anexo II de la Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud de la Nación.
- Grandes accidentados y otras patologías graves crónicas: hasta 6 meses, pudiendo ser prorrogado este plazo por autorización de la Auditoría Médica de Prestaciones y/o la Coordinación Prestacional mientras se documente un progreso objetivo en la evolución y por plazos no mayores de un mes por vez.

6 – ODONTOLOGÍA

- Consulta. Diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento. incluye examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Se considera como primera consulta y comprende la confección de la ficha odontológica.
- Consulta de urgencia Se considera consulta de urgencia a toda consulta sin turno previo, que resuelva la demanda espontánea. El beneficiario, una vez resuelta la urgencia, podrá consultar a su odontólogo general para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecte. No se contempla dentro de esa consulta la realización de prácticas no cubiertas, a excepción del cementado de puentes y coronas que no requieran de restauración protética.
- Cobertura de las prácticas detalladas en Resolución N° 201/2002 del Ministerio de Salud de la Nación.

7 – MEDICAMENTOS

Ley N° 25.649 y Decreto N° 987/2003, de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su nombre genérico.

Conforme lo establece el art. 2° de la Resolución N° 310/2004 del Ministerio de Salud de la Nación, modificatoria de la Resolución N° 201/2002 MSAL, contemplando:

- Cobertura del 40% de los medicamentos ambulatorios de uso habitual que figuran en el Anexo III

Cobertura del 70% para medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, conforme el 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 (7.1), a fin de propiciar el cumplimiento de los tratamientos evitando las complicaciones propias del abandono de los tratamientos referidos. Constituye una medida sanitaria que mejora la accesibilidad económica de los beneficiarios y que también evita los gastos generados por el incumplimiento terapéutico.

Actualización mensual Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación.

Seguimiento de precios de Medicamentos:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/seguimiento-precios/2022>

Resolución 27/2022 Ministerio de Salud de la Nación

- Los medicamentos utilizados durante la internación tienen cobertura del 100%.

• **Cobertura del 100%**

- Eritropoyetina destinada al tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica.
- Dapsona, destinada al tratamiento de lepra en cualquiera de sus formas clínicas.
- Medicamentos de uso oncológico según protocolos aprobados por la autoridad de aplicación.
- Inmunoglobulina antihepatitis B según recomendaciones de uso del Anexo III de la Resolución N° 310/04 MSAL.
- Cobertura de la piridostigmina (comp.60mg.) destinado al tratamiento de la Miastenia Gravis de acuerdo a la Resolución N° 791/99 MSyAS.
- Cobertura del 100% de los medicamentos de uso anticonceptivo incluidos en los Anexos III y IV de la Resolución 310/04 y que se encuentran explícitamente comprendidos en la norma de aplicación emergente de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable. Cobertura del 100% de:
 - Anticonceptivos intrauterinos, dispositivos de cobre. Condomes con o sin espermicidas, diafragmas y espermicidas, comprendidos en el Programa de Salud sexual y Procreación Responsable.
 - Cobertura del 100% de la 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.
 - Cobertura del 100% de la medicación analgésica destinada al manejo del dolor de pacientes oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.
 - Cobertura al 100% de los medicamentos destinados a los pacientes comprendidos en leyes de protección de grupos vulnerables.
 - Cobertura de medicamentos de alternativa terapéutica, según las recomendaciones de uso establecidas en el Anexo V (7.1).

- En el caso de consultas remotas a través de plataformas de teleconsulta, se autoriza la prescripción de medicamentos en recetas por vía de mensajes de texto o de aplicaciones de mensajería vía web, mail. Ley 27.553, Resolución N° 281/2020 MSAL y N° 696/2020 MSAL
- Análogos de la gonadotropina: Leuprolida Acetato (también conocido como Leuprolide acetato o Acetato de leuprolida), Triptorelina y Triptorelina pamoato, para tratamiento de la Pubertad Precoz Central, de conformidad con la Resolución N° 3437/2021-

8 - OTRAS COBERTURAS

CUIDADOS PALIATIVOS

El cuidado paliativo es la asistencia activa y total de los pacientes por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa de vida del paciente no supera el lapso de 6 meses, por no responder al tratamiento curativo que le fue impuesto. Los objetivos aquí serán aliviar el dolor, los síntomas y el abordaje psicosocial del paciente. La cobertura estará dada en función del marco general que marca el PMO, brindando las prestaciones que se mencionan en los Anexos II y III con un 100% de cobertura.

HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL CONTÍNUA AMBULATORIA

La cobertura será del 100%. Constituye requisito indispensable la inscripción de los pacientes en el INCUCAI dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento. La auditoría Médica establecerá la modalidad a ser cubierta según la necesidad individual de cada beneficiario.

Tendrá cobertura de Eritropoyetina al 100%

COBERTURA EN ÓPTICA

Se asegura la cobertura de anteojos con lentes estándar, en un 100% a niños de hasta 15 años, salvo cambio de graduación.

PRÓTESIS Y ÓRTESIS

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

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. Sólo se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional.

TRASLADOS EN AMBULANCIA

Se da cobertura al 100% a aquellos afiliados que no puedan trasladarse desde, hasta o entre establecimientos de salud y cuyo traslado sea necesario para el diagnóstico y/o tratamiento de su patología.

La Auditoría Médica podrá autorizar otros traslados de acuerdo a la necesidad de los beneficiarios.

9 – COBERTURA ESPECÍFICA

DISCAPACIDAD

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

HIV – HEPATITIS VIRALES* OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL- ITS Y TUBERCULOSIS-TBC- Ley N 27.675 y DCTO-2022-APN-PTE

Respuesta integral e intersectorial basada en atención primaria de la salud-APS-garantizando la prevención, diagnóstico, tratamiento, cura, asistencia interdisciplinaria y reducción de riesgos y daños.

Comprende cuidados paliativos y rehabilitación de estas patologías, incluyendo las asociadas, derivadas y concomitantes, así como los efectos adversos derivados.

OBESIDAD

Se dará cobertura, según Ley N° 26.396 RESOL-2022-1420-APN-MS
Cobertura de pacientes adultos con índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a treinta (30)

1- COBERTURA AMBULATORIA

- Consulta en el primer nivel de atención
- Consultas con licenciados en nutrición y/o médico especialista en nutrición
- Interconsultas con médicos especialistas en obesidad

- Consultas con psicología o psiquiatría
- Consultas con equipo interdisciplinario (licenciados en nutrición y/o medico especialista en nutrición, médicos especialistas en obesidad y psicólogos y psiquiatras)

2- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Estarán cubiertos con el SETENTA POR CIENTO (70%) de descuento:

- ORLISTAT inhibidor de la absorción de grasas

3- TRATAMIENTOS

Podrán acceder al tratamiento quirúrgico las personas que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- EDAD dieciocho (18) a setenta (70) años de edad.
- INDICE DE MASA CORPORAL mayor a cuarenta (40) con o sin morbilidades o mayor de treinta y cinco (35)kg/m² con alguna de las siguientes comorbilidades (los IMC corresponden a los previos al descenso de la preparación preoperatoria)

DIABETES MELITUS TII

HIPERTENSION ARTERIAL

HAPNEA / HIPOPNEA OBSTRUCTIVA (SAHOS) ENFERMEDAD ARTICULAR CON GRAN LIMITACION FUNCIONAL

- RIESGO QUIRURGICO ACEPTABLE o sea tener controladas las comorbilidades según la escala ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale)

- Haber iniciado otros métodos no quirúrgicos para control de la obesidad bajo supervisión medica por lo menos por DOCE (12) meses, sin éxito o con éxito inicial pero volviendo a recuperar el peso perdido , estableciéndose como tratamiento a contactos de al menos UNA(1) vez por mes con equipo interdisciplinario o en forma individual a alguno de sus integrantes en forma ininterrumpida

- CONSENTIMIENTO INFORMADO

- ESTABILIDAD PSICOLOGICA

- Toda la información recabada en los criterios de inclusión debe ser volvada en un resumen de historia clínica que avale la aptitud para efectura la cirugía y que especifique la falta de criterios de exclusión. Este resumen debe ser suscripto por:

1. Cirujano especializado en cirugía bariátrica

2. Medico que realiza el tratamiento integral con experiencia y capacitación en obesidad.

3. Licenciado en nutrición y/o medico nutricionista

4. Especialista en salud mental

- En caso de tener alguna comorbilidad endocrina o psiquiátrica, el especialista debe firmar junto al equipo , confirmando la estabilidad del paciente

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CON COBERTURA

- Banda gástrica ajustable (BGA)
- By-pass gástrico en sus dos modalidades: Clásico en Y de Roux y una (1) Anastomosis BAGUA

COBERTURA DEL SEGUIMIENTO POST QUIRURGICO

- Control mensual post operatorio durante un (1) año con Licenciado en nutrición y/o medico nutricionista
- Control mensual post operatorio durante un (1) año con medico psiquiatra y/o psicologo
- Control mensual post operatorio durante un (1) año con medico cirujano
- Control mensual post operatorio durante un (1) año con el equipo interdisciplinario

CELIAQUÍA

Se dará cobertura, según Ley N° 26.588 y su modificatoria Ley N° 27.196 y Decreto Reglamentario N° 218.023-PEN

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

Según lo indicado en el artículo 9, se garantiza una cobertura dineraria equivalente al 27.5% del valor de la Canasta básica Alimentaria para una persona adulta de entre 30 y 60 años.

ENFERMEDADES POCO FRECUENTES – Ley 26689-Res.641/2021 MSAL

Se realizara la cobertura según Resoluciones vigentes y sus actualizaciones informadas por el Ministerio de Salud.

IDENTIDAD DE GÉNERO

Se dará cobertura, según lo establecido en la Ley N° 26.743, a tratamientos hormonales como quirúrgicos de reasignación genital total o parcial y según Resolución N° 3159/2019-MSyDS a los tratamientos de Hormonización.

DIABETES MELLITUS

Se dará cobertura, según Ley N° 26.914 y RESOL-2022-2820-APN*MS cuyo Anexo I prevee la cobertura al 100% en medicamentos y reactivos de autocontrol para pacientes Diabéticos, como así también en cantidades necesarias según lo prescriba el medico.

Cobertura del 100% en insulinas, jeringas y agujas, tiras reactivas e hipoglucemiantes orales.

En su Anexo II se establece el nuevo certificado que estará vigente mientras el paciente sea crónico y en el Anexo III establece la creación del Programa de Educación Diabetologica para el automanejo (EDAM).

REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA

Se dará cobertura, según Ley N° 26.862 y su DTO reglamentario 956/2013.

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

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

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

Se brinda al 100% la cobertura integral interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo y los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida.

CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

Se dará cobertura, según **Ley N° 26.872**, a las cirugías reconstructivas como consecuencia de una mastectomía por patología mamaria, así como la provisión de las prótesis necesarias.

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

Se dará cobertura según Ley N 27.043

COBERTURA A PACIENTES OSTEOMIZADOS

Se dará cobertura según Ley N° 27.043. PACIENTES OSTOMIZADOS

Se dará cobertura total de los dispositivos y elementos accesorios para las personas ostomizadas según lo establece la **Ley N° 27.071**.

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

Se dará cobertura según Ley N 27.043

LECHES MEDICAMENTOSAS

Se dará cobertura según Ley N° 27.305 que establece la obligatoriedad de la cobertura integral de leche medicamentosa para consumo de quienes padecen alergia a la proteína de la leche vacuna (APLV), así como también de aquellos que padecen desórdenes, enfermedades o trastornos gastrointestinales y enfermedades metabólicas, las que quedan incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), sin límite de edad para esta cobertura. Requiere prescripción médica que justifique la indicación.

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

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

FIBROSIS QUÍSTICA

Según la Ley 27.552 y la Resolución 2894/2019 MSAL, se dará cobertura al 100 % de los medicamentos y productos médicos destinados al tratamiento de la Fibrosis Quística incorporada al apartado 7.3 del Anexo I de la Resolución N° 201/02 MSAL. Cobertura total del 100% de las prestaciones que sean indicadas por los médicos profesionales y que necesiten las personas con fibrosis quística de páncreas o mucoviscidosis, debiendo otorgar cobertura integral de medicamentos, suplementos dietarios y nutricionales, equipos médicos, kit e tratamientos, terapias

de rehabilitación y todas las prestaciones que sean indicadas por los profesionales médicos. La Disposición 2/2022 especifica la Canasta de Medicamentos.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Según la Ley 27.610 se regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo de todas las personas con capacidad de gestar.

Tienen derecho a interrumpir su embarazo:

- Hasta la semana catorce (14) inclusive sin tener que explicar los motivos de su decisión

- Cuando el embarazo es resultado de una violación o si está en peligro su vida o su salud

Tendrá cobertura del 100% de las prestaciones que se requieran para la Interrupción voluntaria del embarazo y a la atención post aborto en los prestadores contratados a tal fin o en los Hospitales públicos.

Información disponible en página web institucional y <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/acceso-la-interrupcion-del-embarazo-ive-ile>

Ley 27.611 de 1000 días : garantiza el 100% de cobertura de todas las prestaciones alcanzadas por el Modelo de Atención y Cuidado integral que fije la Autoridad de Aplicación.

En su art 20 del Anexo I: todo fármaco designado como medicamento esencial dentro del listado de la OMS, destinado al embarazo, parto, posparto y durante los primeros tres (3) años de vida de toda persona.

Se garantiza la provisión de toda leche fortificada y/o otras fórmulas alimentarias requeridas por niños y niñas que no acceden a la lactancia por razones justificadas y cuenten con prescripción del médico tratante, así como también de todas las vacunas del Calendario Oficial .

LEY N 27.674 DE REGIMEN DE PROTECCION INTEGRAL DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE CON CANCER – Dto 68/2023

Se brindará una cobertura del 100% en las prestaciones previstas en la presente ley, para las prácticas de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y todas aquellas tecnologías que pudieran estar directa o indirectamente relacionadas con el diagnóstico oncológico según lo establecido en el decreto reglamentario y normas complementarias.

LEY N 27696 DE ABORDAJE INTEGRAL DE PERSONAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO

Art 1: se ofrecen todas las terapias medicas, psicológicas, psiquiátricas, farmacológicas y toda otra atención que resulte necesaria para el abordaje integral de personas victimas de violencia de genero.

9 – EXCLUSIONES DE COBERTURA

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

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

ACCESO A LAS PRESTACIONES

Para tener acceso a cualquier prestación brindada por esta Obra Social, los afiliados deberán presentar:

- ✓ Carnet de afiliado
- ✓ DNI
- ✓ Último recibo de haberes o su copia con una antigüedad de 90 días.

Las consultas médicas en consultorios así como atención de urgencia en sanatorios no requieren autorización previa. En caso de requerirse la internación, la institución solicitará la autorización directamente a la Obra Social.

MODALIDAD DE AUTORIZACIÓN

Las prestaciones de baja y mediana complejidad no requieren autorización. Para la autorización de las prestaciones de Alta complejidad les sugerimos realizarlas con la suficiente antelación antes de solicitar el turno para la realización y acompañar un mail o contacto telefónico.

Deberá presentar la indicación médica ya sea en forma personal en su delegación, en la oficina de COORDINACIÓN MÉDICA central, telefónicamente al 011 4371-4449 (líneas rotativas), por cualquiera de los medios digitales ya sea a través de Info@osensalud.com.ar o por whats app.

En todos los casos, en las indicaciones médicas deberá constar:

- ✓ Apellido y nombre del afiliado
- ✓ DNI o número de afiliado
- ✓ Indicación específica de la práctica a realizar
- ✓ Diagnóstico presuntivo
- ✓ Firma y sello del profesional médico tratante
- ✓ Fecha

Una vez evaluado por AUDITORIA MÉDICA se le remitirá la orden autorizada.

GESTIÓN DE TURNOS

La solicitud de turnos podrá realizarse personalmente, telefónicamente o por cualquiera de los medios digitales con que cuenta el CENTRO de Salud donde realizara la consulta médica o estudio.

Recuerde tener a mano los datos que podrán ser solicitados, DNI, teléfono o mail de contacto.

MODALIDAD DE AUTORIZACIÓN

Diálisis peritoneal continua y cuidados paliativos

Para dar curso a la autorización deberá presentar:

- ✓ Pedido medico con todos los datos antes mencionados
- ✓ Historia clínica con protocolo de tratamiento
- ✓ Documentación respaldatoria del caso
- ✓ Teléfono o mail de contacto

OTOAMPLIFONOS

Para su autorización deberá presentar:

- ✓ Pedido medico con todos los datos antes mencionados
- ✓ Solicitud específica del material solicitado según características técnicas
- ✓ Documentación respaldatoria del caso (audiometría, logo audiometría, timpanometria, selección de otoamplifonos)

ÓPTICA

Para su autorización deberá presentar:

- ✓ Pedido medico con todos los datos antes mencionados
- ✓ Indicación específica de lo solicitado
- ✓ Documentación respaldatoria del caso
- ✓ Teléfono o mail de contacto

PROTESIS Y ORTESIS

Para su autorización deberá presentar a la Obra Social ya sea en forma presencial, por mail o Whatsapp

- ✓ Pedido medico donde debe constar
 - ✓ Apellido y nombre del afiliado
 - ✓ DNI o numero de afiliado
 - ✓ Material solicitado según características técnicas, sin marca comercial ni ortopedia.
 - ✓ Diagnostico
 - ✓ Firma y sello del médico tratante y fecha
- También deberá acompañar la siguiente información
- ✓ Historia clínica con protocolos de tratamiento
 - ✓ En caso de paciente internados, informar donde se encuentre el paciente, fecha quirúrgica y medico que realizara la intervención.
 - ✓ Teléfono o mail de contacto

AUDITORIA MÉDICA realizara la autorización correspondiente, solicita los presupuestos y le informara la entrega del mismo.

OTRAS AMPLIACIONES DE COBERTURA

DISCAPACIDAD: toda la normativa se encuentra en el Anexo IV

HIV-ADICCIONES: para acceder a esta cobertura deberá comunicarse con Info@osensalud.com.ar o a los teléfonos de la COORDINACIÓN MÉDICA 011 4371-4449 (líneas rotativas) o en forma presencial en su DELEGACION o en nuestra Central Uruguay 469 4ºA, a fin que se le informe los pasos a seguir.

Se solicita dejar un teléfono o mail de contacto para enviar la información correspondiente y los formularios que deberán complementar el profesional que lo atienda.

FERTILIZACION MEDICAMENTE ASISTIDA

Para la cobertura de esta prestación deberá presentar la indicación médica ya sea en forma personal en su DELEGACION, en la oficina de COORDINACIÓN MÉDICA Central, telefónicamente al 011 4371-4449 (líneas rotativas) o por cualquiera de los medios digitales ya sea a través de Info@osensalud.com.ar o por Whats app.

En todos los casos, en las indicaciones médicas deberá constar:

- ✓ Apellido y nombre del afiliado
- ✓ DNI o numero de afiliado
- ✓ Indicación específica del médico ginecólogo de la practica a realizar (fertilización medicamente asistida de alta o baja complejidad)
- ✓ Historia clínica con antecedentes, diagnostico y estudios complementarios realizados que justifiquen la practica solicitada
- ✓ Firma y sello del profesional médico tratante
- ✓ Fecha
- ✓ Adjuntar un teléfono o mail de contacto

AUDITORIA MÉDICA central, evaluara el caso de acuerdo a resoluciones vigentes, una vez autorizado, informara respecto de los CENTROS prestadores contratados entre los cuales podrá elegir y dirigirse para la realización del tratamiento.

A posteriori el CENTRO enviara a la Obra Social el protocolo del tratamiento a realizar el cual será autorizado directamente por AUDITORIA MÉDICA al centro.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

OSEN realizara programas de prevención, los cuales son informados en nuestra página web (nuevaweb.osensalud.com.ar) así como en nuestra revista Embarcados.

También se publicitan en forma presencial con promotores que asisten a las empresas cuyo personal se encuentra afiliado a OSEN y también en Universidades. El ingreso a los planes de prevención es un mecanismo voluntario que se ofrece al terminar la exposición del caso y que podrá solicitarse en el momento a los representantes de OSEN en el lugar, en forma personal en su DELEGACIÓN, en la oficina de COORDINACIÓN MÉDICA Central, telefónicamente al 011 4371-4449 (líneas rotativas) o por cualquiera de los medios digitales ya sea a través de Info@osensalud.com.ar o por Whats app.

PLAN MATERNO INFANTIL

Para acceder al Plan Materno Infantil (PMI) la mujer embarazada deberá presentar a OSEN constancia emitida por su médico Obstetra donde figure la fecha probable de parto (FPP), la misma podrá ser enviada por cualquiera de nuestros medios digitales. A posteriori se le emitirá la credencial correspondiente.

SALUD MENTAL - REHABILITACION

La solicitud de turnos podrá realizarse personal, telefónicamente o por cualquiera de los medios digitales con que cuente el centro de salud o consultorios donde realizara la presentación.

Para rehabilitación (kinesiología, fonoaudiología) deberá acompañar el pedido medico y la autorización correspondiente.

MEDICAMENTOS

Para la solicitud de medicamentos el afiliado deberá presentar en la farmacia elegida de cartilla la receta médica. En ella deberá constar:

- ✓ Apellido y nombre del afiliado
- ✓ DNI o número de afiliado
- ✓ Medicación por nombre genérico
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Firma y sello del médico tratante
- ✓ Fecha

Para medicamentos con cobertura del 70% y 100% deberá presentar a la Obra Social ya sea de manera presencial, por mail o Whats app:

- ✓ Receta médica con todos los datos antes mencionados
- ✓ Historia clínica con protocolo de tratamiento
- ✓ En casos de patologías especiales se presentara la documentación respaldatoria del caso y el formulario completado por el médico (HIV, DIABETES, ENFERMEDADES ESPECIALES) el cual podrá ser solicitado a Info@osensalud.com.ar
- ✓ Teléfono o mail de contacto

AUDITORIA MÉDICA realizara la autorización correspondiente, solicita los presupuestos y le informara en que farmacia cercana a su domicilio podrá ser retirada.

En caso de medicación psiquiátrica la renovación de la misma no es automática y deberá ser solicitada por médico psiquiatra o neurólogo tratante.

- ✓ En caso del Plan Materno Infantil la cobertura será exclusivamente para medicamentos relacionados con el embarazo, parto y puerperio de la madre, en la receta médica debe figurar PMI. Debe dar de alta al bebé en la Obra Social para tener acceso a los beneficios para el mismo. Una vez que se presente en la farmacia deberá presentar el carnet donde figura el PMI.

TRASLADOS PROGRAMADOS

Para su autorización deberá presentar:

- ✓ Pedido medico con todos los datos antes mencionados
 - ✓ Solicitud específica de la finalidad del traslado, indicando origen y destino del mismo
 - ✓ Diagnostico
 - ✓ Teléfono o mail de contacto
- Modificación de la cartilla
Semestralmente estará a disposición del afiliado la cartilla actualizado en nuestra web (www.osensalud.com.ar).

INFORMACION DE GESTION DE CREDENCIALES

Credenciales: Emisión, entrega y utilización de credenciales. Opción de credencial digital y metodología para obtenerla.

Para obtener la credencial física, el afiliado/a deberá solicitarla por mail o telefónicamente para que se la haga llegar por correo a su domicilio particular, o bien podrá retirarla en las oficinas de la Obra Social.

Otra opción que se le da al afiliado/a, es obtener la credencial digital. Los pasos que debe seguir son los siguientes:

- 1- Descargar la app desde Play Store de su celular la cual aparecerá con el nombre Credencial.
- 2- Para registrarse deberá colocar su DNI y para validar los datos, le llegara un código por sms o por correo electrónico.
- 3- Al recibir el código, deberá ingresarlo en el campo solicitado. El sistema le pedirá una contraseña para ingresar.
- 4- Luego de crear la contraseña podrá ingresar a la app

Una vez que ingresa a la app podrá:

- Visualizar la credencial del titular y del grupo familiar.
- Acceder a los canales de contacto de las distintas áreas.
- Compartir la credencial con alguien de su entorno para adquirir medicación o para enviársela a algún prestador y así validar su consulta.

CENTROS DE ATENCION POR URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS

En casos de extrema urgencia, el afiliado podrá atenderse directamente en el Centro Asistencial más cercano.

URGENCIAS Y EMERGENCIAS CONURBANO Y PROVINCIA DE BS AS

Todas las clínicas de la cartilla de prestaciones, tienen servicio de urgencia.

INTERIOR DEL PAIS

Todas las clínicas de la cartilla de prestaciones, tienen servicio de urgencia

EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS C.A.B.A. Y CONURBANO

MB ODONTOLOGIA

AV DE LOS CONSTITUYENTES 4510
TE: 4573-2733/3846/1939
V.URQUIZA C.A.B.A

CTRO SOCDUS

AV BELGRANO 1683 3ER PISO
TE: 4382-5768
BALVANERA CABA

INST.ODONTOLOGICO INTEGRAL

H.IRIGOYEN 276
TE: 4290-7455/
MONTE GRANDE

ODONTOHELP

ARISTOBULO DEL VALLE 1557
TE: 4796-2639
VTE LOPEZ

EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS REGIONALES

Borra M Eugenia

Colon 832
TE: (0266)442-8763
SAN LUIS

CTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

BELGRANO 100 PISO 2 A
TE: (0294)4522500
BARILOCHE (RIO NEGRO)

AGUILERA JUAN SEBASTIAN

MINISTRO GONZALEZ 71
TE: (0299)442-3725
NEUQUEN

RED SALUD

9 DE JULIO 1935
TE: (0261)425-9927
MENDOZA

PRODENTAL

LISANDRO DE LA TORRE 704
TE: (02954)436-777
STA ROSA (LA PAMPA)

CONSULMED RED ODONTOLÓGICA

TE: 0810-345-4400
Provincia de Bs As

- Córdoba
- Catamarca
- Corrientes
- Chaco
- Chubut
- Entre Ríos
- Formosa
- Jujuy
- Mendoza
- Misiones
- Neuquén
- La Pampa
- Río Negro
- San Luis
- S.del Estero
- Santa Fe
- San Juan
- Salta
- Sta. Cruz
- Tucumán
- T.del Fuego

SE ATIENDE EN CLÍNICAS Y SANATORIOS QUE FIGURAN EN LA CARTILLA DURANTE LAS 24 HORAS.

LOS TRASLADOS DE URGENCIA SE EFECTÚAN CON AMBULANCIA PROPIA Y/O CONTRATADA A TODOS AQUELLOS BENEFICIARIOS QUE POR LA NATURALEZA AGUDA DEL CUADRO ASI LO DECIDA EL MEDICO QUE LO ESTA ATENDIENDO EN ESE MOMENTO.

Procedimiento para las urgencias – emergencias y medico a domicilio

Si lo hace telefónicamente/ vía whats app de emergencia:

- 1.-Llame al servicio Médico sea para domicilio, emergencia u odontología. Aclare que pertenece a nuestra obra social.
- 2.-Brinde su nombre y apellido o el del paciente y su Nro de afiliado
- 3.-Informe cuales son los síntomas más relevantes En que domicilio se encuentra en ese momento Un numero telefonico de contacto. Debe tener a mano el carnet de la obra social y el DNI del paciente

Si lo hace personalmente en Instituciones:

Diríjase a los establecimientos contratados para este servicio, con: La credencial identificatoria y el DNI del paciente deberá luego de atendido refrendar las prestaciones recibidas

Que es una visita médica domiciliaria

Cuando el afiliado considere que existe una situación de alteración de la salud que justifica la asistencia médica en su domicilio.

No se debe llamar para solicitar la emisión de licencias médicas, repetición de recetas, certificados u otras situaciones que no ameriten la presencia de un Profesional Médico en su domicilio.

ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA, es el servicio médico a domicilio, que concurrirá en el transcurso de 2 horas aproximadamente, después de recibido su pedido.

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA, es aquella destinada a tratar patologías en las situaciones críticas (Ej.: hemorragias, pérdida de conocimiento, convulsiones, traumatismos graves, etc.), que será realizada con la inmediatez que la situación requiera, y el recurso médico y/o de ambulancias necesario.

Para acceder a estos beneficios el beneficiario deberá solicitarlos, indicando en todos los casos:

- Apellido y Nombre
- Domicilio donde se encuentra el paciente
- Entre calles
- Número de Teléfono
- Edad
- Síntomas (lo que el paciente siente)

El servicio cubre las 24 horas durante los 365 días del año

COSEGUROS

Los montos no podrán superar los valores que figuran en la Resolución Nro. 58/2017 – MS. Los valores de coseguros, actualizados podrán consultarse en:

<https://www.argentina.gob.ar/sss salud/obra-sociales/valores-copagos>.

Están exceptuados del pago de todo tipo de coseguros:

- ✓ Las complicaciones y enfermedades derivadas del embarazo parto y puerperio hasta su resolución.
- ✓ El niño hasta cumplidos los (tres) años, de acuerdo con lo establecido por la normativa vigente.
- ✓ El niño hasta cumplido los 3 (tres) años, de acuerdo con lo establecido por la normativa vigente.
- ✓ Los programas preventivos.



**CARTILLA MÉDICA
LA PAMPA**

CENTROS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

CLINICA ARGENTINA S.R.L.

Av. San Martin 740 - La Pampa
02302-221780
info@clinicaargentina.com.ar

CENTRO INTEGRAL PARA LA SALUD

Calle 7 876 - La Pampa
02302-423969
centromedicointegral@gmail.com

ESTABLECIMIENTO CON INTERNACIÓN

CLINICA ARGENTINA S.R.L.

Av. San Martin 740 - La Pampa
02302-221780
info@clinicaargentina.com.ar

FARMACIA

FARMACIA ROZAS

Av. España 130 - La Pampa
02334-489154
farmaciározas@gmail.com

CENTRO DE ORIENTACION Y/O COORDINACION DEL SERVICIO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Dirección: Uruguay 469 4to A CABA

Teléfono: 4371-4896

Discapacidad@osensalud.com.ar

Info@osensalud.com.ar

INSTRUCTIVO DE PROCEDIMIENTO DE ACCESO AL SERVICIO Y ORIENTACION Y/O COORDINACION DE SERVICIOS

El afiliado que requiera prestaciones para Personas con Discapacidad, deberá comunicarse con nuestra Obra Social ya sea por mail a discapacidad@osensalud.com.ar o al teléfono al 11 6004-8002 a fin que un personal capacitado en el tema pueda asesorarlo respecto de su consulta.

En nuestra página web (www.osensalud.com.ar) podrá acceder a información correspondiente a través de la solapa de Discapacidad.

También podrá consultar en nuestra Central Uruguay 469 4ªA y en las Delegaciones correspondientes a su localidad.

ACCESO AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

En caso de considerar necesario, nuestra Auditoria de discapacidad realizara una consulta con los profesionales que se requieran para cada caso.

El procedimiento para solicitar la evaluación del Equipo Interdisciplinario será el siguiente:

1. La obra Social enviara un mail solicitando la evaluación con:

- Nombre del paciente
- DNI
- Teléfono de contacto
- Documentación de las prestaciones solicitadas

2. La Obra Social le informa al afiliado o a la familia la solicitud de la evaluación y le acerca los medios de contacto para que solicite el turno respectivo.
3. Se realiza la evaluación.
4. El equipo interdisciplinario informa a OSEN el resultado de la evaluación.
5. OSEN informa a el afiliado o familia el resultado del mismo.

PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIONES

Para autorizar prestaciones para afiliados con Discapacidad, Usted deberá presentar siempre la siguiente documentación:

- DNI
- CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD (CUD) VIGENTE
- PEDIDO MEDICO firmado y sellado por el médico tratante
- Teléfono o mail de contacto

Para prestaciones de Rehabilitación, Educativas y Transporte se le hará llegar las planillas correspondientes así como la documentación a presentar para las prácticas solicitadas, las cuales deberán estar debidamente cumplimentadas por el responsable o el médico tratante según corresponda.

En nuestra página web, encontrara en la solapa Discapacidad la documentación a presentar para las prestaciones requeridas.
Las modificaciones de la cartilla serán informadas semestralmente en nuestra página web.

Ante cualquier consulta podrá dirigirse a discapacidad@osensalud.com.ar o a auditoriamedica@osensalud.com.ar o telefónicamente a nuestra Coordinación Medica a los teléfonos 011 4371-4449 (Líneas rotativas) así como dejar un mensaje en info@osensalud.com.ar.

Descripción del modo y periodicidad de la comunicación de toda modificación que signifique un cambio en la cartilla, ya sea en cuanto a su contenido u operatividad, se notificara altas y bajas de prestadores semestralmente.

Anualmente se informan las normas para renovación de prestaciones, las cuales se envían vía mail a nuestro afiliados. De existir novedades serán informadas en la página web (www.osensalud.com.ar)

La Obra Social reconoce las patologías previstas en la clasificación internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías – OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al sistema único de Prestaciones Básicas.

Prestación institucional

- Clínicas o sanatorios de rehabilitación
- Hospitales con servicios de rehabilitación
- Consultorios de rehabilitación de hospitales
- Clínicas o Sanatorios polivalentes
- Centros de rehabilitación
- Consultorios particular

Modalidad de cobertura

Todos aquellos que figuren en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

A. Modulo de tratamiento integral intensivo: comprende semana completa (5 días).

B. Modulo por tratamiento integral simple: incluye periodicidades menores a 5 días semanales.

Comprende los siguientes tipos de atención:

- Fisioterapia – Kinesiología
- Terapia ocupacional
- Psicología
- Fonoaudiología
- Psicopedagogía
- Y otros tipos de atención reconocidos por autoridad competente.

La atención ambulatoria debe estar indicada y supervisada por un profesional médico, preferentemente especialista según corresponda.

Cuando el beneficiario solicite más de un tipo de prestación, las mismas deberán ser coordinadas entre los profesionales intervinientes.

EL DIRECTOR EJECUTIVO DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD RESUELVE:

ART 2: Extiéndase, por el termino de UN (1) año a partir de su vencimiento, las prorrogas dispuestas por los artículos 1 de las Resoluciones ANDIS N 1919/21 y N 806/22, de acuerdo con los considerandos de la presente.

RESOLUCION 2484/23 GESTION DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En relación a lo indicado en el Dto. 2484/23 se realizaran los procedimientos necesarios para el registro y seguimiento de las prestaciones brindadas a las personas con discapacidad a través de una APP destinada a tal fin por la cual tanto pacientes como prestadores se identificaran y cruzaran sus datos en el momento de efectuar la prestación.