

# **SISTEMA DE PROTECCION MEDICA**

## **ATENCION MEDICA PREVENTIVA**

**Odontología Preventiva**  
**SIDA y Enfermedades de**  
**Transmisión Sexual**  
**Drogadicción**  
**Alcoholismo**  
**Tabaquismo**

## **COBERTURA MEDICO ASISTENCIAL**

**Ambulatorio Internación**  
**Medios de Diagnostico**  
**Atención Medica Domiciliaria**  
**Traslados en Ambulancia**  
**Prótesis Quirúrgicas**  
**Salud Mental**  
**Medicamentos**

## RÉGIMEN DE ATENCIÓN MÉDICA BÁSICA

### PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO RES.247/97 M.S.y A.

Entiéndase por tal la suma de las prestaciones de diagnóstico y tratamiento médico y odontológico, con alcance a nivel nacional, conducente a conservar o restablecer el pleno goce del derecho a la salud, bajo los principios de la solidaridad, eficiencia y libertad de elección.

La cobertura de las prestaciones que se detallan en este Programa implica que el 100% de los costos estarán a cargo de la Obra Social Conductores Camioneros y PTAC quedando, tanto las instituciones como los profesionales, individualmente inhabilitados de percibir pago alguno directamente de los beneficiarios; salvo en determinados ámbitos geográficos, donde, por particulares características zonales, la Obra Social específicamente establezca lo contrario.

### ATENCIÓN MÉDICA BÁSICA

#### Comprende:

#### 1-Asistencia Médica Preventiva

Engloba todas las modalidades de prevención y promoción de la salud, dirigida a la población general o grupos de riesgo en particular.

##### 1.1 La Obra Social se ha implementado el PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

Cada DELEGACION PROVINCIAL esta trabajando en los EQUIPOS BASE DE ATENCION MEDICA PRIMARIA (EBAMP) considerando como base de trabajo los consultorios médicos que en diversas delegaciones posee la Obra Social.

##### 1.2.PROGRAMA - PREVENCIÓN CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer de cuello uterino es una de las causas de mayor morbimortalidad evitable de la patología oncológica se la mujer. La detección precoz es la manera de disminuir la morbimortalidad de esta patología.

Se debe realizar:

Papanicolau (PAP) inicial a toda mujer mayor de 25 años que haya iniciado su vida sexual. Si fuera normal, el mismo se repetirá a los tres años del anterior, manteniendo esta periodicidad hasta los 70 años se efectuara cada cinco años.

En caso que el PAP de control fuera anormal (incluyendo entre los anormales el A.S.C.U.S. de la clasificación de Bethesda) se debe realizar colposcopia y cepillado endocervical. Si estos controles normales, el PAP se debe repetir dos veces en un año y si estos fueran normales continua con un PAP anual por tres Años y de repetir y de persistir normales vuelve al control por tres años.

De registrarse colposcopia patológica o anormal, se debe realizar biopsia dirigida colposcópica, si ésta verificara patología pasa al tratamiento de la misma.

De ser la biopsia negativa se realizará un control anual con PAP y colposcopia. Si estos estudios fueran normales continua el control trienal.

### 1.3 PROGRAMA - PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente y que produce el mayor número de muertes por cáncer en la población femenina.

La única manera de prevención hasta el momento es la detección precoz.

#### Autoexamen

Se debe estimular el autoexamen mamario con planes de educación, folletos ilustrativos u otras estrategias de comunicación. Para las mujeres premenopáusicas debe realizarse en la semana posterior a su menstruación e incluye la palpación de la axila.

#### Detención mamografía

##### ■ Población en riesgo aumentado

Las mujeres por debajo de 40 años, con una fuerte historia familiar de cáncer de mama, deben entrar en planes diferenciados de prevención. En esta situación se recomienda una mamografía a los 36 años y mamografía anual a partir de los 40.

##### ■ Población en riesgo estándar

Se le debe realizar una mamografía a los 50 años. Si fuera negativa se debe continuar con una mamografía cada 2 años hasta los 69 años. Con resultado mamográfico anormal se realiza biopsia. En caso de resultado positivo pasa a tratamiento. Si en cambio fuera negativa, realizar una mamografía al año y con el resultado normal regresa a los controles bienales.

### 1.4 PROGRAMA DE CONTROL DE LA PERSONA SANA

En este sentido se ha normalizado, según edades, el Control de la Persona Sana, en base a las evidencias de la utilidad de los esquemas y a la comprobación de impacto sanitario de los mismos

#### EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 20 Y 35 AÑOS

- Examen clínico anual
- Control de tensión arterial
- Control de talla y peso
- Papanicolau cada 3 años ( Ver Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino)
- Un control de colesterol
- Serología para rubéola en las mujeres mayores de 12 años
- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones

#### EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 35 Y 45 AÑOS

- Examen clínico anual
- Control de tensión arterial
- Control de talla y peso
- Papanicolau cada 3 años ( Ver Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino)
- Colesterol Con Periodicidad Según Resultado Obtenido (Ver normas particulares)
- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones

#### EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 45 Y 55 AÑOS

- Examen clínico anual
- Control de tensión arterial
- Control de talla y peso
- Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstatas en varones a partir de los 50 años.

- Papanicolao cada tres años ( Ver Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino)
- Glucemia cada tres años en caso de ser normal
- TSH en mujeres mayores de 50 años con periodicidad según el resultado obtenido
- Mamografía cada 2 años en mujeres desde los 50 años (Ver Programa de prevención del Cáncer de Mama)
- Detención de problemas de alcoholismo y otras adicciones

#### EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 55 Y 65 AÑOS

- Examen clínico anual
- Control de tensión arterial
- Control de talla y peso
- Papanicolau cada 3 años ( Ver Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino)
- Mamografía cada 2 años (Ver Programa de prevención del Cáncer de Mama)
- Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata
- Sangre oculta en materia fecal anual
- Colesterol
- Glucemia cada 3 años
- Detención de problemas de alcoholismo y otras adicciones

#### EXAMEN DE SALUD PARA MAYORES DE 65 AÑOS

- Examen clínico anual
- Control de tensión arterial
- Control de talla y peso
- Sangre oculta en materia fecal anual.
- Papanicolau ( Ver Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino)
- Mamografía cada 2 años hasta los 70 años ( Ver Programa de prevención del Cáncer de Mama)
- Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata
- Screening de compromiso auditivo por interrogatorio periódico de los pacientes. No es necesario realizar audiometría.
- Examen de agudeza visual
- Detención de problemas de alcoholismo y otras adicciones

#### 1.5 ODONTOLOGÍA PREVENTIVA.

Consultas de prevención, fluoración y campañas de educación para la Salud Bucal.

#### 1.6 SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Campañas de prevención en grupos de riesgo (homosexuales, drogadictos, endovenosos etc.)  
Provisión de medicación al 100% de cobertura a cargo de la Obra Social.

#### 1.7 DROGADICCIÓN, ALCOHOLISMO Y TABAQUISMO.

Campañas de prevención en coordinación con instituciones de autoayuda sin fines de lucro.  
Cobertura al 100% a cargo de esta Obra Social.

## **2.-COBERTURA MÉDICO ASISTENCIAL**

### **2.1 AMBULATORIO**

#### **2.1.1 CONSULTA MÉDICA GENERAL.**

#### **2.1.2 CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA.**

Alergia, cardiología, dermatología, nutrición, gastroenterología, genética humana, ginecología y obstetricia, hematología, hemoterapia, inmunología, rehabilitación, nefrología, neumonología, neurología, oftalmología, oncología, oncohematología, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría, terapia radiante, urología.

#### **2.1.3 ATENCIÓN DOMICILIARIA.**

Clínica, Pedriatría y Cardiológica.

#### **2.1.4 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.**

Consulta (fichado y urgencia) , operatoria dental, endodoncia, odontopediatría, periodoncia, radiología dental y cirugía bucal.

#### **2.1.5 MEDICAMENTOS.**

El porcentaje de cobertura es del 40% del precio de venta al público. En internación la cobertura es a cargo de la Obra Social el 100%.

#### **2.2.1. INTERNACIÓN.**

Se asegura el 100% de cobertura en la internación en cualquiera de sus modalidades ( Institucional, hospital de día o domiciliaria). Incluye todas las prácticas, diagnosticas y/o terapéuticas de la atención médica. La cobertura se extiende sin limite de tiempo, a excepción de lo contemplado en el capítulo que corresponde a salud mental.

#### **2.2 2 GENERAL.**

Clínica médica y clínica quirúrgica.

#### **2.2.3 ESPECIALIZADA.**

Cardiovascular, psiquiátrica, tocoginecológica, pediátrica, neonatología; unidad terapia intensiva, unidad coronaria.

#### **2.2.4 MEDICAMENTOS.**

La cobertura es el 100%.

#### **2.2.5 MATERIAL DESCARTABLE.**

La cobertura es el 100%.

#### **2.2.6 DIÁLISIS.**

En los casos agudos y crónicas .(Con la correspondiente inscripción en INCUCAI o la Entidad de la provincia que la represente, la inscripción se realiza según la edad y la patología de base del afiliado)-

La cobertura es del 100%.

### **2.3 MEDIOS DE DIAGNOSTICO, (EN AMBULATORIO Y/O INTERNACIÓN).**

Se incluyen con cobertura del 100% todas las practicas diagnosticas y terapeutas, con los materiales descartables, radioactivas , de contraste, medicamentos o cualquier otro elemento necesario para realizarlas.

### **2.3.1 LABORATORIO.**

General, hematología, endocrinología, bacteriología, medicina nuclear, radioinmunoensayo, parasitología, virología, enzimología, serología, inmunología, oncología, etc.

### **2.3.2**

#### **RADIOLOGÍA:**

Simplees contratados, ecografías , TAC, cámara gamma toda practica que se requiera la patología para su diagnostico previa auditoria medica

### **2.4 TRASLADOS EN AMBULANCIA.**

Destinado a pacientes que no puedan trasladarse por sus propios medios desde, hacia o entre establecimientos de salud con o sin internación, y que sea necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología. La Obra Social cuenta con ambulancias contratadas y propias en algunas delegaciones del interior del país. En los casos de alojamiento en Bs. As. los gastos son a cargo de esta Obra Social.

### **2.5 PRÓTESIS QUIRÚRGICA.**

Ortopédicas, marcapasos, válvulas cardíacas e implantes vasculares, lentes intraoculares, otorrinolaringológicas, neurológicas. Sómatoprótesis (pacientes con malformaciones congénitas, paladar fisurado, etc.). Solamente elementos de fabricación nacional.

Aquellos elementos no implantables y que puedan ser utilizados en más de una oportunidad, serán entregados a los beneficiarios por sistema comodato.

Esta Obra Social cubre el 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente.

### **2.6 SALUD MENTAL.**

Atención ambulatoria, (hospital de día e internación) con programas que contemplan todas las técnicas terapéuticas científicas en vigencia, sin exclusiones de ninguna naturaleza.

En esta disciplina se priorizan aquellos programas que tienen por objetivo la prevención dirigida a los grupos de riesgo. Teniéndose aquí especial énfasis en esta Obra Social, dada la idiosincrasia de los beneficiarios integrantes como así también las características laborales y regionales de la misma.

Incluye la atención en ambulatorio hasta un máximo de 30 sesiones por afiliado y por año. En internación se cubrirán patologías agudas y hasta 30 días por afiliado y por año.

## **PLAN DE PRESTACIONES ESPECIALES**

### **PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO**

#### **PLAN MATERNO INFANTIL**

PROVISION DE DROGAS

ATENCIÓN MEDICA

PRACTICAS NO NOMENCLADAS

#### **PROTECCIÓN INTEGRAL DEL DISCAPACITADO**

### **B: PLAN DE PRESTACIONES ESPECIALES.**

#### **3.1 PLAN MATERNO INFANTIL.**

Cobertura del embarazo y lactancia, a partir del momento del diagnóstico hasta el tercer mes posterior al nacimiento del niño hasta cumplir 1 (un) año de edad. La Obra Social determinara la obligatoriedad, de informar a los afiliados bajo este Plan.

#### **ESTA COBERTURA COMPRENDE:**

**a) Embarazo y parto:** consultas, estudios de diagnóstico relacionados con el embarazo y el parto (estudios de laboratorio, ecografías, monitores fetales, etc.); cursos de parto sin temor, grupos de reflexión y autoayuda, internación para el parto o cesárea medicamentos relacionados con el embarazo y sus interurrencias, al 100%. En los casos de embarazadas Rh negativas no sensibilizada, de aborto o de parto de recién nacido Rh positivo, se incluye la provisión de vacuna anti Rh, al 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, leche maternizadas en casos de ausencia de lactación, leches medicamentadas en intolerancia a la leche materna, inmunizaciones del período, medicamentos (dirigidos al tratamiento de cualquier patología acaecida durante el primer año de vida), internaciones clínicas y/o quirúrgicas que fueran necesarias durante el período, al 100% y leches medicamentadas. (Todas las solicitudes por médico pediatra y/o neonatólogo) Se contempla también la administración de la vacuna Antiepatitis B según resolución N° 940/2000.

### 3.2 PROVISIÓN DE DROGAS.

Los pertenecientes a los siguientes Grupos Terapéuticos alcanzarán el beneficio del 100% de cobertura.

- a) **Citostáticos** (exclusivamente para tratamiento de enfermedades neoplásicas o linfoproliferativas).
- b) **Factores Antihemofílicos:** (es exclusivamente para el tratamiento preventivo o curativo de las manifestaciones de la Hemofilia en sus diversas formas clínicas).
- c) **Inmunosupresoras:** (exclusivamente para el tratamiento de enfermedades primarias inmunológicas que los reconozcan como indicación primaria). En los casos en que estos grupos sean utilizados para el tratamiento de patologías distintas a las indicadas, corresponderá cobertura del 50%..
- d) **Pacientes H. I. V. Positivos RES. 01/98 APE-S.S.S.)** Hay beneficiarios actualmente, se los cubre al 100%
- e) **Pacientes Insulina Dependientes.** Idem anterior

### 3.3 PRÁCTICAS NO NOMENCLADAS.

Contempla un presupuesto diferenciado tendiente a asegurar a éstos su atención médica, su educación y seguridad social, como así también la máxima accesibilidad a los tratamientos de rehabilitación.

## **C: SERVICIOS COMPLEMENTARIOS ESPECIALES.**

### **4.1 OFTALMOLOGÍA:**

#### **Se reconoce:**

Anteojos con lentes estándar y lentes de contacto. Cobertura 100% hasta los 18 años y del 50% a partir de los 19 años, con intervención de la Auditoría de la Obra Social. Renovación por cambio de graduación o reposición a partir de los 12 meses y en iguales periodos sucesivos. Prótesis oculares de reemplazo y lentes intraoculares. Cobertura 100%

### **4.2 ORTOPEDIA:**

#### **Se reconoce:**

a) Un par de zapatos ortopédicos y un par de plantillas por año aniversario y por afiliado. La cobertura es del 70% (con tope).

b) Ortesis y todos aquellos aparatos empleados para reemplazar funciones articulares o estabilizar un miembro. Cobertura del 50% (con tope).

### **4.3 AUDIOLOGÍA.**

Se cubrirá el 100% en patología neurosensorial o perceptiva.

Se cubrirá el 50% en patología de conducción.

## **NORMAS**

Hasta la escolaridad pre-primaria se otorga el equipamiento bilateral con audífonos retroauriculares para el estímulo de la vía neurosensorial.

Durante la escolaridad y hasta los 18 años se otorgan equipos intraauriculares (bilaterales).

A partir de los 18 años o fin de la enseñanza obligatoria, provisión de un otoamplifono retroauricular con moldes para intercambio bilateral y recambio cada 5 años o cambio de prescripción.

En todos los casos es obligatoria la cobertura con audífonos convencionales.

No es obligatoria la cobertura de traspositores de frecuencia.

### **4.4 PATOLOGÍA MAMARIA:**

Cobertura de prótesis externas del 50% (con tope).

2

### **4.5 OSTOMÍA.**

Se reconoce el 100% de las bolsas (con tope).

### **4.6 VACUNAS.**

En los casos de prescripción antialérgica se reconoce el 50%.

### **4.7 CUIDADOS PALIATIVOS**

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

La Obra Social establece programas que incluyen a todos los pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicas, SIDA enfermedades metabólicas y genéticas, potencialmente letales a corto o mediano plazos, que no responden a tratamientos disponibles en la actualidad con finalidad curativa que contempla:

- Area asistencial: integrada por un equipo multiprofesional que tienen entre sus objetivos controlar los síntomas, entender y aliviar el sufrimiento por el cual pasan indefectiblemente los pacientes y sus familias.
- Incluye atención en centros que privilegian los cuidados, el confort y la contención del paciente y familia
- Se contempla cobertura al 100% de los tratamientos del dolor u otros síntomas angustiantes.

#### 4.8 PRACTICAS CON FINANCIAMIENTO POR EL FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN

Sin perjuicio de lo establecido en esta Resolución, todas las prácticas contempladas en la Res. 001/98 de la Administración de Programas Especiales continúan con su modalidad de financiamiento vigente a través del Fondo Solidario de Redistribución.

#### 4.9 REHABILITACIÓN

Se incluyen todas las prácticas Kinesiológicas y Fonoaudiológicas que se detallan en el Anexo II de la presente Resolución.

La Obra Social dará cobertura al 100% en los casos de necesidad de rehabilitación sensorial. Con el siguiente alcance:

Kinesioterapia : hasta 25 sesiones por afiliado cada 12 meses.

Fonoaudiología : hasta 25 sesiones por afiliado cada 12 meses.

Accidente Cerebrovascular: hasta tres meses, prorrogable por la Auditoría de la Obra Social mientras se documente progreso objetivo en la evolución.

Post-operatorio de Traumatología: hasta 30 días, prorrogable por la Auditoría de la Obra Social mientras se documente progreso objetivo en la evolución.

Grandes Accidentados: hasta seis meses, prorrogable por la Auditoría de la Obra Social mientras se documente progreso objetivo en la evolución.

#### 4.10 Para acceder a la cobertura enunciada en el rubro C.

Los afiliados de la Obra Social deberán completar, sin excepción, los siguientes requisitos:

- a. En todos los casos la receta deberá estar avalada por los profesionales especializados pertenecientes a la Obra Social.
- b. El beneficiario deberá concurrir a la sede central de la Obra Social, o a sus correspondientes delegación, con la prescripción médica, donde autorizará su derivación a los proveedores contratados.

La Obra Social cubre los porcentajes y elementos detallados en el rubro C de acuerdo a los topes determinados por la Obra Social, que surgen de las cotizaciones de plaza obtenidas por el mismo.

## **NORMAS GENERALES PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS MÉDICOS.**

En todos los casos los afiliados deberán presentar su credencial de identificación personal para utilizar cualquier servicio de la Obra Social, como así también cumplimentar las disposiciones que rigen para cada rubro.

Los beneficiarios gozarán de absoluta libertad para elegir el consultorio de cualquiera de los profesionales o servicios contratados o propios, dentro de su horario de atención, debiendo previamente solicitar el correspondiente turno.

### **COSEGUROS:**

#### **NORMAS GENERALES:**

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

En las prestaciones cubiertas al 100% los beneficiarios de la Obra Social no abonarán ningún tipo de coseguro por fuera de los descriptos en este capítulo.

Están exceptuados del pago de coseguro en todos los rubros:

- La mujer embarazada desde el diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado del embarazo, parto y puerperio.
- 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 con 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.

### **REGIMEN DE COSEGUROS:**

Se establece un monto de hasta \$4 en concepto de coseguro para todo tipo de consultas médicas en ambulatorio, siendo facultad del Agente del Seguro el cobro del mismo y la modalidad operativa para su percepción .

Se unifican en un solo valor de hasta \$ 5 los montos para estudios de alta y baja complejidad.

### **ATENCIÓN MEDICA AMBULATORIA.**

La Obra Social sugiere a sus afiliados que en los casos en que inicie su atención y deba concurrir al médico lo haga en primer término consultando al médico clínico, quien, si lo estima necesario, lo derivará al especialista correspondiente.

En todos los casos deberá consultar a los profesionales que integran el plantel médico de los sanatorios y clínicas contratadas o de los consultorios propios, solicitando previamente turno. Los afiliados podrán requerir los servicios de un profesional en su domicilio en los casos de urgencia en que su dolencia le impida la deambulación. Para esta cobertura se le provee de una cartilla médica a cada grupo familiar, que se anexa por Delegación.

### **INTERNACIONES**

Los afiliados tendrán el libre derecho a la prestación de internaciones clínico-quirúrgicas en los sanatorios contratados a la O.S. sujeto a las siguientes especificaciones:

La Orden de Internación deberá ser librada exclusivamente por los médicos de las instituciones pertenecientes a la Obra Social de Conductores Camioneros.

Para todos los casos en que el afiliado elija ser atendido por profesionales particulares ( en zonas donde esté implementado el servicio propio) el total de los honorarios y los correspondientes gastos de internación si los hubiere serán abonados por el afiliado.

En este caso la Obra Social Conductores Camioneros y P.T.A.C no reintegrará suma alguna. En caso de acompañante la Obra Social sólo se hará cargo en niños menores de 15 años, del 100% de la pensión.

Cuando el afiliado opte por habitación individual, la diferencia será abonada por el mismo.

## **SERVICIO DE AMBULANCIA**

Destinado al traslado de pacientes incapacitados para movilizarse por propios medios desde su domicilio hasta el establecimiento asistencial que preste la atención requerida. Este servicio es sin cargo, debiéndose gestionar previamente su autorización en la Delegación de la Obra Social correspondiente a la Provincia, o en sede Central de la Obra Social.

Para la utilización del servicio para afiliados que requieran tratamiento ambulatorios, se exigirá al afiliado titular la presentación de un comprobante expedido por autoridad responsable del sanatorio donde concurra, en el cual deberá constar los siguientes datos:

- Nombre del sanatorio o clínica.
- Datos personales del paciente y nro. de afiliado
- Fecha y hora del inicio y finalización del traslado.
- Domicilio de origen y destino.
- Firma del beneficiario.
- Notificación expresa a la sede Central de la Obra Social.

El incumplimiento de la norma anterior hará posible la suspensión de la prestación hasta que el afiliado cumpla con lo solicitado.

## **PRÓTESIS QUIRÚRGICAS Y ORTESIS**

La cobertura será del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente y del 50% en órtesis y prótesis externas, no reconociéndose las prótesis denominadas miogénicas o bioléctricas. El monto máximo a erogar por la Obra Social será el de la menor cotización de plaza.

Las indicaciones médicas se efectuaran por nombre genérico, sin mención sugerencia de marca o proveedor, la Obra Social no recibirá ni tramitará aquellas que no cumplan estrictamente con estos requisitos.

## **CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**

- Prótesis cardiaca mecánicas
- Parches cardíacos, bioprótesis para corregir defectos congénitos.
- Prótesis arteriales (rectas, bifurcadas,) biológicas y sintéticas.
- Marcapasos cardíacos definitivos.

## **OFTALMOLOGÍA**

Lentes intraoculares.

## **OTORRINOLARINGOLOGÍA.**

Prótesis para estribo, yunque, martillo y diábolos.

## **TRAUMATOLOGÍA:**

- \* Prótesis para fracturas mediales.
- \* Prótesis para reemplazo total y parcial de cadera cementada.
- \* Prótesis para reemplazo total y parcial de rodilla cementada.
- \* Material de estabilización de columna.

## **NEUROCIRUGÍA:**

- \* Sustancias para plástica de cráneo.
- \* Calota de Polistan.
- \* Sistema de derivación ventrículo peritoneal con reservorio, (drenaje lumbo-peritoneal drenaje externo)
- \* Clips para aneurismas.

La Obra Social reconocerá un monto fijo del costo de la prótesis u ortesis en un todo de acuerdo con le **PMO** y con la **RES 01/98 APE S.S.S.**

La solicitud de las mismas deberán ser avaladas por médicos especialistas de la Obra Social y autorizadas por la Auditoría Medica de la Obra Social y/o Autoridad de la Obra Social sede Central.

## **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

La Obra Social cubre sin límite y sin cargo alguno todas las consultas, odontología preventiva, operatoria dental, endodoncia, odontopediatría, periodoncia, radiología dental y cirugía bucal. Para hacer uso del Sistema Odontológico, el afiliado de la Obra Social o su grupo familiar podrán optar por el odontólogo del listado que le resulte mas conveniente de acuerdo a su lugar de trabajo o domicilio particular o en los servicios que posea la Delegación.

No necesariamente el odontólogo que atienda al titular deberá ser el mismo que cubra la atención de la salud bucal de los restantes miembros del grupo familiar.

Previamente a la atención, se debe solicitar el correspondiente turno. Para asistir a la consulta solo es necesario presentar el recibo de sueldo, D.N.I. y carnet personal emitido por la Obra Social.

## **DESCUENTOS EN MEDICAMENTOS.**

Pueden prescribir los profesionales (médicos y odontólogos) que se encuentren vinculados contractualmente a la Obra Social o sean de los servicios propios.

Que estará acorde al Decreto 486/02 facultando al Ministerio de Salud de la Nación a implementar precios de referencia para los medicamentos y determinar la normativa para su aplicación en el Sistema Nacional de Seguros de Salud, se adjuntara a este Programa Medico el listado de Drogas y serán cubiertos mientras este en vigencia la Emergencia Sanitaria.

Las prescripciones deberán ser extendidas en los formularios oficiales de la Obra Social (que los emitirá y proveerá a sus beneficiarios), debiendo ser confeccionadas, firmadas y selladas por el profesional interviniente.

Los medicamentos serán entregados por la farmacia contratada contra el pago de 60% de su valor por el afiliado (cubriendo el 40% como refiere el PMO).

Se reconocerán los medicamentos que figuren en el Manual Farmacéutico o en el Formulario Terapéutico de la Obra Social.

La entrega de los medicamentos SIN CARGO se realizará cuando el afiliado se encuentre encuadrado dentro de las patologías o Grupos Terapéuticos definidos en el Plan de Prestaciones Especiales.

Tendrán cobertura del 100% por la Obra Social, según las normas que dicte la Administración de Programas Especiales o el organismo que en el futuro lo administre, los siguientes medicamentos: Eritropoyetina en el tratamiento de la anemia por insuficiencia Renal Crónica

## Medicamentos Oncológicos

La medicación no oncológica, de uso en protocolos oncológicos, tendrá la misma cobertura que la medicación ambulatoria, a excepción del ondasetrón en el tratamiento de los vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes (cisplatino, carboplatino, ciclofosfamida ifosfamida, dactinomicina D, dacarbazina, doxorubicina, epirubicina, estreptoizotocina, citarabina).

- Interferon.: en el tratamiento de:
  - La 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 anatomía patológica.
  - Copolímero: en la Esclerosis múltiple, con iguales indicaciones que el Interferón
  - Teicoplanina . en tratamiento ambulatorio de infecciones documentadas por estafilococos meticilinoresistentes
  - Factores estimulantes de colonias granulocíticas: en neutropenias severas (menos de 1.000 neutrófilos por mm<sup>3</sup>).
  - Tobramicina aerosolizada: en la Enfermedad Fibroquística con infección bronquial por Pseudomonas aeruginosa documentada.
  - Riluzole: en el tratamiento de la Esclerosis Lateral Amiotrófica.
  - Factor VIII y Antihemofílicos .
  - Somatotropina: en síndrome de Turner e hipopituitarismo con trastornos del 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.
  - La cobertura de los medicamentos de uso ambulatorio que figuran en el Anexo III con 40% a su cargo para medicamentos de uso habitual , y 70% a su cargo para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieren de modo permanente o recurrente el empleo de fármacos para su tratamiento, conforme al precio de referencia (monto fijo) que se publica en el Anexo IV y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones de cada medicamento, que allí se individualizan.
  
- A modo de referencia las Enfermedades Crónicas son:
  - a) Enfermedades Cardiovasculares y Tratamientos de Prevención primaria o secundaria.
    - Hipertensión Arterial Esencial
    - Hipertensión Arterial Secundaria
    - Insuficiencia Cardíaca
    - Arritmias
    - Terapéutica Antiagregante
    - Prevención Primaria de la Cardiopatía Isquémica
  
  - b) Enfermedades Respiratorias
    - Asma Bronquial
    - Fibrosis Pulmonar
  
  - c) Enfermedades Neurológicas
    - Enfermedad de Parkinson
    - Epilepsia
  
  - d) Enfermedades Inflamatorias Crónica y Enfermedades Reumáticas.
    - Gota Crónica
    - Colitis Ulcerosa

e) Enfermedades Oftalmologica

- Glaucoma
- Hipertensión Ocular

f) Enfermedades Endócrinas

- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Dislipemias

■ El Anexo V incluye medicamentos de alternativa terapéutica, cuya cobertura por parte de la Obra Social deberá ser resuelta por su auditoria medica según las recomendaciones de uso establecidas en dicho anexo.

■ Inmunoglobulina antihepatitis B según recomendaciones de uso del Anexo III rectificadas por la Auditoria del Agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

■ Drogas para el tratamiento de la tuberculosis.

Tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios, a cargo de la Obra Social los medicamentos incluidos en los Anexos III Y IV y que se encuentran explícitamente comprendidos. En la Res.310/04 S.S.S. Salud

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

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

Para acceder a la provisión de los medicamentos nombrados (que no podrán ser dispensados en farmacias en forma directa) el beneficiario deberá presentar Historia Clínica, protocolo de tratamiento incluyendo dosis diaria y tiempo estimado del mismo.

Sin perjuicio de las normas establecidas en esta Resolución sobre la cobertura en medicamentos, las mismas no podrán introducir limitaciones sobre tratamientos en curso al momento de su puesta en vigencia.

Se mantiene a cargo de la Obra Social la cobertura de medicamentos establecida en otras normativas vigentes:

Res. 301/99 MS y AS. Cobertura de insulina (100%) antidiabéticos orales (70%) y tirillas reactivas (400 anuales)

Para pacientes diabéticos insulino dependientes lábiles participantes en programas específicos de prevención secundaria se duplicará la provisión de tirillas para medición de glucemia (autocontrol).

Res 791/99 MS y AS. Cobertura del 100% del Mestinón 60 mg. Para el tratamiento de la Miastenia Gravis.

**Recetario:**

Deberá contener los siguientes datos de puño y letra del profesional actuante; la prescripción de medicamentos será por su nombre genérico o denominación común Internacional Ley 25649 como lo establece las Resoluciones 326/02 y 163/02:

- a)Nombre y apellido.
- b)Número de afiliado (categoría y edad).
- c)Fecha de prescripción.
- d)Productos recetados y cantidad de cada uno.
- e)Firma y sello del profesional con Nro. de matrícula legible.
- f)Recetario propio de la Obra Social.

## **CANTIDAD DE MEDICAMENTOS**

Hasta dos (2) medicamentos por receta de distinta presentación farmacéutico o de igual presentación pero con diferente acción terapéutica.

## **CANTIDAD DE ENVASES POR MEDICAMENTOS**

Hasta un (1) envase por medicamento y/o producto. Para dos (2) envases por medicamento y/o producto se deberá indicar la leyenda «TRATAMIENTO PROLONGADO» de puño y letra del profesional.

Cuando el profesional no indique contenido se le expenderá el de menor tamaño. Si en la receta se indica «GRANDE» se entregará la presentación siguiente a la menor. Si el profesional equivocara el contenido se entregara el inmediato inferior.

Antibiótico inyectables monodosis, hasta cinco (5) frascos ampollas por receta.

Antibiótico inyectables multidosis uno grande por receta.

## **DROGAS ANTIHEMOFILICAS**

- a) Todo afiliado hemofílico o el representante de la Delegación elevará a la Auditoria Medica Central de la Obra Social, la Historia Clínica de la afección expedida por el Servicio de Hematología de la Institución Pública donde se asiste.

En dicha historia clínica deberá constar:

- Apellido y nombre.
- Constancia de Afiliación.
- Diagnóstico.
- Tipo de Hemofilia.
- Déficit de factor.
- Nro. de historia clínica.

- b) Toda vez que el afiliado requiera la Obra Social la provisión de drogas antihemofílicas, presentará un resumen de historia clínica donde se consigne el motivo por el cual se solicita la medicación.

Asimismo se deberá adjuntar la indicación donde consten la cantidad y dosificación de las mismas.

- c) El tratante asentará cada uno de los accidentes hemorrágicos sufridos, consignando fecha y localización de la hemorragia.
- d) La atención médica de los pacientes podrá ser efectuada por los médicos especialistas de la Obra Social o bien en los centros especializados reconocidos por la (Fundación de la Hemofilia, Fundación Mariano Castex, Servicio de Hematología de Hospitales Nacionales, Provinciales o Municipales). Para ello todo afiliado que requiera dicha atención deberá presentarse en la Auditoria Médica Central a través de su Delegación lo pedido.
- e) Las presentes normas son carácter obligatorio para tener acceso a los beneficios que se detallan, de conformidad a la Resolución Nro. 01/98 APE (Cobertura de Drogas Antihemofílicas)
- f) En caso de urgencia plenamente justificado en que el afiliado tuviera que recurrir a la compra directa de la droga antihemofílica, podrá solicitar el reintegro correspondiente, cumpliendo con los requisitos establecidos en los puntos B) y C).
- g) La Auditoria Medica de la Obra Social se halla facultada para realizar los controles con sus profesionales especialista. Los afiliados deberán concurrir a la consulta cada vez que sean citados por la Auditoria de la sede Central o la Auditoria de la Delegación.-
- h) La Auditoria Médica de la O.S, notificará a cada afiliado hemofílico las presentes normas.

## **PLAN MATERNO INFANTIL**

### **Leches**

Se entregarán SIN CARGO hasta el primer año de vida, 2 kilos de leche en polvo maternizada por mes, siendo sólo obligación de la Obra Social las leches medicamentosas.

En la receta deberá figurar la fecha de nacimiento, Nro. de documento del titular, nombre y apellido del niño, fecha de finalización de la protección asistencial, firma y sello del pediatra, firma, sello y nro. del legajo del afiliado de la Obra Social en orden del **PLAN MATERNO INFANTIL**.

En todos los casos el afiliado deberá certificar su condición exhibiendo carnet de afiliación y documento de identidad con el cual se verificará si los datos son los indicados en el correspondiente recetario.

### **Leches Especiales:**

Que por su composición puedan sustituir en los casos de intolerancia parcial o total a la leche maternizada, para lo cual el médico tratante deberá justificar su prescripción y ésta ser avalada por la Auditoría Médica de la Obra Social.

## **SUBSIDIO PARA AYUDA SOCIAL DE ATENCIÓN DEL DISCAPACITADO**

Se otorgará un subsidio mensual que lo soliciten para posibilitar el mantenimiento de la recuperación. El subsidio se otorgará por el término a estipular de acuerdo a dictamen de la Comisión de Salud, de la Obra Social creada a ese efecto.

Los afiliados presentarán la historia clínica completa donde conste: antecedentes familiares y personales, certificado de discapacidad, estado anual, diagnóstico, pronóstico y evaluación. Encuesta socio-económica con visita domiciliaria (renovada periódicamente). Producido el dictamen de la Auditoría Médica y de la Comisión Salud y una vez acordado el monto del subsidio, el afiliado presentará los comprobantes de pago por las prestaciones recibidas.

El subsidio se podrá prorrogar anualmente mediante resolución expresa de la Superioridad de la Obra Social, previa presentación escrita del responsable, a la que deberá agregarse certificado de supervivencia del paciente y los requisitos mencionados en el punto 1.

SE CONTEMPLA EN ACUERDO CON LA RES. 400/99 M.S

## **PACIENTES DERIVADOS DEL INTERIOR ALTA COMPLEJIDAD**

Se atenderá la derivación de pacientes cuando la localidad de residencia no posea la infraestructura adecuada o carezca de profesionales especializados para la atención de los mismos. Referido a casos de alta complejidad.

La autorización de derivación deberá contar con la aprobación de la delegación correspondiente. En aquellas zonas y/o regiones que no contaren con ella, la solicitud deberá ser acompañada por certificado del profesional actuante, elevando la misma al Departamento del Interior quien dará intervención a la AUDITORIA MEDICA. No siendo la Capital Federal el ÚNICO centro de derivación, la autoridad de la Obra Social podrá sugerir Centros Alternativos más cercanos.

En los casos en que por la patología que presentase el paciente, la derivación debiera efectuarse en forma urgente, la solicitud se podrá hacer en forma telefónica y/o vía fax.

Se reconocerá la presencia de un acompañante cuando se trate de pacientes menores de edad o cuando el cuadro clínico del mismo así lo justifique.

A los pacientes derivados se les reconocerá:

- El 100% de los gastos de traslado por el medio de transporte que sea menester emplear, priorizándose la forma terrestre, y sí correspondiera el pasaje del acompañante.
  - De ser necesario un monto fijo en calidad de viático, a los valores que para el mismo tiene estipulados la Obra Social.
- Los pacientes AUTODERIVADOS, no podrán requerir reconocimiento de traslado ni de viáticos.

## **SERVICIOS EXCLUIDOS DE COBERTURA**

Tratamientos adelgazantes con fines estéticos.

- Acupuntura.
- Tratamientos y medicamentos homeopáticos .
- Asistencia recibida en el exterior del país.
- Cirugía plástica estética no reparadora
- Extras y acompañantes.

## **RÉGIMEN DE REINTEGRO**

El sistema tendrá carácter de excepción y no deberá ser un hecho rutinario.

El afiliado no podrá acceder al mismo, cuando requiera atención médica fuera del sistema, en aquellas zonas en las cuales la OBRA SOCIAL tenga implementado servicios propios y/o contratados.

Tendrá por finalidad paliar parcialmente el gasto monetario en que incurriera el afiliado.

Cuando éste recibiera atención por parte de prestadores ajenos a los propios o contratados por la Obra Social en zonas donde los mismos estén implementados, solo serán considerados, ante carencia de servicio médico temporal o definitiva.

La autoridad de aplicación deberá examinar y estimar las razones que impidan el recurrir a los servicios propios careciendo de validez:

Argumentaciones de ignorancia.

Subestimación de la calidad.

Razones de carácter subjetivo basados en argumentos de tipo emocional.

Razones de urgencia.

No son causales de reintegros de gastos:

Las prestaciones no reconocidas por autoridad Nacional competente.

Los medicamentos y tratamientos que se hallen en etapa experimental y no avalados por entidades científicas oficiales, ni las prestaciones recibidas fuera de los límites de nuestro país.

Las solicitudes de reintegro de gastos podrán ser presentadas por afiliado y/o persona legalmente autorizada (en caso de fallecimiento) o por familiares o terceras personas debidamente autorizadas por el titular.

## **REQUISITOS A CUMPLIMENTAR:**

- Nota del afiliado requiriendo el reintegro.
- Detalles de las causas y motivos del pedido.
- Orden o receta médica que avale el pedido de internación, traslado, análisis, radiografías comunes o especializadas o indicaciones de productos farmacéutico.
- Historia Clínica firmada por el profesional tratante.
- Factura de los servicios prestados, firmada por el beneficiario en señal de conformidad.
- Comprobante de pago oficiales.

Todas las constancias exigidas serán presentadas en original sin tachaduras, raspaduras o enmiendas las mismas deberán haber sido salvadas por el firmante de la constancia.

Las solicitudes de pedidos de reintegros serán presentadas por los interesados en un plazo máximo de 30 (treinta) días de producido el gasto.

Los valores a reintegrar serán los determinados por el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas, Odontológicas y Bioquímicas y para el rubro de medicamentos por el Manual Farmacéutico, de 100% o del 40, según se trate de pacientes internados o ambulatorios respectivamente. (En todos los casos estos reintegros estarán sujetos a las normas preestablecidas sobre firmas, cantidad de productos de receta, provisión de troqueles farmacológicas, etc.).

## **PLAN DE VACUNACIÓN**

Se implementará un Plan de Vacunación antigripal en forma gratuita y en periodo anual a todos nuestros afiliados. Dicho programa se llevara a cabo a través de las delegaciones representantes ubicadas en los diferentes puntos del País y por intermedio de las mismas, se promocionarán difundirán y proveerán dicho plan.

## **PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE - LEY 25.673 Y LS RESOLUCION 310/04 S.S.SALUD**

Este programa se aplicara de acuerdo a la Ley 25673, alcanzando a toda la Población de la Obra Social.

Serán los objetivos del mismo:

- a) Disminuir la morbimortalidad materno infantil
- b) Prevenir embarazos no deseados
- c) Promover la salud sexual de los adolescentes
- d) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual.
- e) Garantizar a toda la población el acceso a la información orientación métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.
- f) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones
- g) Los medicamentos de uso anticonceptivos incluidos en los Anexos III y IV y que se encuentran explícitamente comprendidos en la norma de aplicación emergente de la Ley 25673.de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- h) Anticonceptivos intrauterinos , dispositivos de cobre .La cobertura estará a cargo de la Obra Social al 100%.
- i) Condones con o sin espermicidas, diafragmas y espermicidas La cobertura estará a cargo de la Obra Social al 100%.

## **RESOLUCIONES DE LA SUPERINTENDENCIA SERVICIOS DE SALUD**

### **RES. 75/98:**

Mediante la cual se establecen los procedimientos administrativos a seguir que garanticen un rápida solución .a los reclamos planteados por los beneficiarios. Las políticas implementadas se han difundido en todas las Delegaciones de la Obra Social.

### **RES. 939/00 y RES. 201/02 M.S.:** Mediante la cual se adecua el **NUEVO PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO.**

**DECRETO 865/2000:** Relacionado con el PNG y el **PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD,** implementado en la Obra Social.

**RES. 310/2004 M.S.** Modificaciones al Programa Medico Obligatorio en su parte pertinente a efectos de basarse en el nuevo «**FORMULARIO TERAPEUTICO NACIONAL**», implementado en la Obra Social.