

Las Personas que acceden a los beneficios de la Obra Social mediante el aporte que fija la Ley, ingresan en forma directa al Plan Básico que contempla todas las prestaciones y el modelo Asistencial del PMO.

Como se dejó establecido en los fundamentos del Programa Médico Asistencial, las prestaciones que se brindan, más allá de lo establecido en el Programa Médico Obligatorio – Decreto 1991/2005- y sus modificaciones, se consideraran las requeridas por el afiliado, aunque no estén detalladas en el PMO, una vez que la indicación haya sido evaluada por Auditoria Medica, ya **que se asume al mismo, (PMO) como lo mínimo e indispensable a reconocer** y podrá ampliar los límites de cobertura de acuerdo de las necesidades individuales de los beneficiarios. Por lo que la auditoria medica de la obra social, conjuntamente con los médicos tratantes serán los que determinen la cobertura a brindar conforme al estado evolutivo de la enfermedad y el modelo de la Medicina Basada en la Evidencia.

Además de ello **OSVARA** promueve el cuidado integral de la salud de las personas con Enfermedades Poco Frecuentes. Según lo establece la Ley 26.689 y su decreto reglamentario 794/2015 donde las personas afectadas con EPF recibirán una cobertura médica asistencial como mínimo lo incluido en el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución de la Autoridad de Aplicación y, en caso de discapacidad, el Sistema de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad previsto en la Ley N° 24.901 y sus modificatorias. Como así también toda otra prestación incluida en el decreto del 2012 resolución N° 1305 del año 2015 del Ministerio de salud, resoluciones N° 621 del año 2006, N° 1200 del año 2012- **Sistema Único de Reintegro**, 1048 del año 2014, Resolución Conjunta 1710/2015 y 406/2015, resolución 400/2016, **Resolución: 500/04 APE** todas de la Superintendencia de Servicios de Salud u otras modificaciones o complementaciones que se emitan en el futuro.

**Ley 27.553**, que establece la prescripción de recetas electrónicas o digitales, y habilita la modalidad de tele asistencia para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración, en el actual contexto de Pandemia Covid-19.

## **FUNDAMENTOS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN**

El Sistema de atención ha sido concebido con el fin de cuidar su salud y la de su grupo familiar, determinando su eje principal en la atención personalizada y la medicina preventiva como base para la atención primaria de su salud.

Entendemos que las necesidades de atención de las enfermedades deben llegar en forma oportuna y eficaz, eliminando en todo lo posible los mecanismos burocráticos que obstaculizan el acceso a los diferentes servicios asistenciales en especial a los de mediana y alta complejidad.

OSVARA no cobra coaseguros o copagos, ni obliga a sus beneficiarios a vehiculizar sus necesidades a través de médicos referentes que muchas veces dilatan las atenciones asistenciales necesarias.

Si bien OSVARA no cuenta con centros de atención propios, con el objetivo de llevar adelante una atención personalizada con seguimiento de cada situación, se ha desarrollado una estrategia de atención que se basa esencialmente en la LIBRE ELECCION de los prestadores establecidos en la Cartilla por parte de los afiliados de la Obra Social.

## **NORMAS DE ATENCION**

Deberá tener su credencial Vigente,  
En forma digital o física en actual contexto de Pandemia Covid-19,  
Ultimo recibo de sueldo o pago de monotributo según corresponda  
Sin excepción

## **AREA DE AUTORIZACIONES**

ENVIANDO SOLICITUD POR EMAIL : [osvarasalud@gmail.com](mailto:osvarasalud@gmail.com)

- ADJUNTANDO ORDEN MEDICA LEGIBLE
- CREDENCIAL Y DNI

HORARIO DE ATENCIÓN: LUNES A VIERNES DE 10.00 A 17.00HS.

TELEFONOS/ FAX: 4866-5478/5482 - 0800-333-3038

(Las autorizaciones se realizan en un plazo de hasta 48 hs. hábiles).

## **AREA AFILIACION Y RENOVACION DE CREDENCIALES**

ENVIANDO SOLICITUD POR EMAIL : [credencialesosvara@gmail.com](mailto:credencialesosvara@gmail.com)

- ADJUNTANDO DOCUMENTACION CORRESPONDIENTE

HORARIO DE ATENCIÓN: LUNES A VIERNES DE 10.00 A 17.00HS.

TELEFONOS/ FAX: 4866-5478/5482 - 0800-333-3038-

(Se emiten las credenciales Digitales dentro de las 48 hs Hábiles).

## **AREA DISCAPACIDAD Y SALUD MENTAL**

EMAIL : [areadiscapacidad.osvara@gmail.com](mailto:areadiscapacidad.osvara@gmail.com)

HORARIO DE ATENCIÓN: LUNES A VIERNES DE 10.00 A 17.00HS.

TELEFONOS/ FAX: 4866-5478/5482 - 0800-333-3038-

## **AREA DE AUDITORIA MEDICA**

EMAIL : [auditoriamedica@gmail.com](mailto:auditoriamedica@gmail.com)

HORARIO DE ATENCIÓN: LUNES A VIERNES DE 10.00 A 17.00HS.

TELEFONOS/ FAX: 4866-5478/5482 - 0800-333-3038-

# **DELEGACIONES**

Las Delegaciones funcionan como Centros de Coordinación y Orientación.

## **SEDE CENTRAL**

Dirección: Gallo 443 Capital Federal  
48665478/48665482 ///0800-333-3038  
osvarasalud@gmail.com  
Atención: Lunes a Viernes 10 a 17 hs.-

## **LA PLATA**

Dirección: Calle 12 N° 746 Piso 5  
Oficina 11 Entre 46 y 47 (La Plata)  
Tel: (0221) 15579883  
Osvarasalud1900laplata@gmail.com  
Lunes a Viernes 10 a 16 hs

## **MISIONES**

Dirección: Hipólito Irigoyen 2684  
Tel: (0376)4518975  
osvarasaludmisiones@gmail.com  
Lunes a Viernes 10 a 17 hs

## **ROSARIO (SANTA FE)**

Dirección: Buenos Aires 2128  
Tel: (0341)2242477  
osvarasaludrosario@gmail.com  
Lunes a Viernes 09 a 15 hs

## **CORDOBA**

Dirección: Av. Colon 1864  
Tel: (0351) 7295949  
auditoria@imperiosalud.com  
Lunes a Viernes 09 a 17 hs

## **TUCUMAN**

Dirección: Maipú 688 (Tucumán)  
auditoria@imperiosalud.com  
WhatsApp 3516959922  
Lunes a Viernes 09 a 17 hs

## **MENDOZA**

Dirección: San Juan 973 (Mendoza)  
Tel: 0810-666-2747  
Lunes a Viernes 09 a 18 hs  
auditoria@ampes.net

# **SISTEMA DE SALUD**

Una de las particularidades de la cobertura de los Planes de Salud de la Obra Social es la cuidada selección de los profesionales, centros de atención y diagnóstico que conforman el “Listado de Prestadores”.

Se basa esencialmente en la LIBRE ELECCION de los prestadores establecidos en la Cartilla por parte de los afiliados de la Obra Social.

Es este uno de los aspectos básicos de la calidad de atención que nos esmeramos en ofrecerle.

Esta es la razón por la cual UD. no debe atenderse con ningún efector que no figure en el “Listado de Prestadores”. Nuestra Cartilla se renueva Anualmente

## **OBTENCIÓN DE CREDENCIAL DIGITAL**

Para obtener la credencial en el actual contexto de Pandemia Covid-19 correspondiente al Plan Medico, Usted podrá Realizarlo en forma on- line al email: **credencialesosvara@gmail.com** y acompañar la siguiente documentación:

### **EMPLEADOS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA:**

**Titular y cada integrante del grupo familiar a cargo.**

- DNI. del beneficiario titular
- Fotocopia de la 1º hoja del DNI.
- Fotocopia de la hoja de su DNI donde figure su domicilio actual o certificado de domicilio expedido por autoridad competente, si es que su domicilio actual no coincide con el que figura en su DNI.
- Último recibo de Sueldo.
- Formulario 931 de la AFIP.

**Documentación del grupo familiar:** DNI • Partidas de Nacimiento de hijos • Certificado de Matrimonio o Concubinato actualizado • Comprobante de Empadronamiento (ANSES CODEM) • Para hijos de 21 a 25 años inclusive, presentar anualmente certificado de alumno regular

### **MONOTRIBUTISTAS:**

**Titular y cada integrante del grupo familiar a cargo.**

Formulario de Inscripción en el Monotributo.

- Fotocopia de la 1º hoja del DNI.
- Fotocopia de la hoja de su DNI donde figure su domicilio actual o certificado de domicilio expedido por autoridad competente, si es que su domicilio actual no coincide con el domicilio que figura en su DNI.
- Fotocopia de los comprobantes de pago del Monotributo

**Documentación del grupo familiar:** • DNI • Partidas de Nacimiento de hijos • Certificado de Matrimonio o Concubinato actualizado • Formulario F184.F adhesión Grupo Familiar (AFIP) • Para hijos de 21 a 25 años inclusive, presentar anualmente certificado de alumno regular • Comprobante de Empadronamiento (ANSES CODEM)

### **COOPERATIVAS**

**Titular y cada integrante del grupo familiar a cargo.**

**Documentación del grupo familiar:** DNI • Partidas de Nacimiento de hijos • Certificado de Matrimonio o Concubinato actualizado • Comprobante de Empadronamiento (ANSES CODEM) • Para hijos de 21 a 25 años inclusive, presentar anualmente certificado de alumno regular

## **CARENCIAS Y PREEXISTENCIAS PARA LA ATENCIÓN**

---

- Monotributistas: según lo determinado por la resolución 667/04 del MS y su complementaria.
- Empleados en relación de dependencia por opción: de acuerdo a la reglamentación vigente.

## **NORMAS OPERATIVAS**

---

La cobertura enunciada en el presente manual cumple con el PMO, Dto.1991/2005, Res SSS, N° 1200/2012 - **Sistema Único de Reintegro**, con el Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica y Control de Enfermedades (VIGIA), en el ámbito de la Seguridad Social (S/dto. 865/2000), Res MS 791/99, RES MS 301/99, Res MS 310/04, RES MS 939/00Resol; Resolución Conjunta 1710/2015 y 406/2015, 400/16 SSS y las que las sustituyeran o complementaren y sean de cobertura obligatoria por parte de los Agentes del Seguro. **Ley 27.553**, que establece la prescripción de recetas electrónicas o digitales, y habilita la modalidad de teleasistencia para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración, en el actual contexto de Pandemia Covid-19.

## **ACCESO A LOS SERVICIOS**

---

Para acceder a los servicios de atención a la salud, ante el prestador de la cartilla de prestaciones médicas que usted escoja deberá presentar la siguiente documentación

### **EMPLEADOS EN RELACION DE DEPENDENCIA**

1. La credencial. Física o Digital
2. Documento de Identidad
3. Fotocopia del último recibo de sueldo

### **MONOTRIBUTO GENERAL DE AFIP**

1. La credencial. Física o Digital
2. Documento de Identidad
3. Fotocopia de los últimos 3 comprobantes de pago del Monotributo

### **MONOTRIBUTO SOCIAL**

1. La credencial. Física o Digital
2. Documento de Identidad

# CONSULTAS MÉDICAS

*Debe realizar el pedido de turno vía email o whatsApp al prestador correspondiente teniendo en cuenta el actual contexto de pandemia , debiendo respetar las especificaciones por Covi-19*

---

## ***LAS ESPECIALIDADES EN LAS QUE SE BRINDAN COBERTURA SON:***

- ANATOMÍA PATOLÓGICA
- ANESTESIOLOGÍA
- CARDIOLOGÍA
- CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
- CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
- CIRUGÍA GENERAL
- CIRUGÍA INFANTIL
- CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA
- CIRUGÍA DE TÓRAX
- DERMATOLOGÍA
- DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
- ENDOCRINOLOGÍA
- INFECTOLOGÍA
- FISIATRÍA
- GASTROENTEROLOGÍA
- GERIATRÍA
- REUMATOLOGÍA
- UROLOGÍA
- GINECOLOGÍA
- HEMATOLOGÍA
- HEMOTERAPIA
- MEDICINA FAMILIAR
- MEDICINA NUCLEAR
- NEFROLOGÍA
- NEONATOLOGÍA
- NEUMONOLOGÍA
- NEUROLOGÍA
- NUTRICIÓN
- OBSTETRICIA
- OFTALMOLOGÍA
- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
- OTORRINOLARINGOLOGÍA
- PEDIATRÍA
- PSIQUIATRÍA
- TERAPIA INTENSIVA

# URGENCIAS MÉDICAS

*Los afiliados tienen como cobertura de salud todos estos servicios abarcando las prestaciones y normativas comprendidas en el PMO.*

---

## **CONSULTAS GENERALES ATENCION PERMANENTE OSVARA SALUD**

**0800-333-3038** Para todo el País.  
GUARDIAS ACTIVAS

## **SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS**

### **MEDIZIN DE SERVICIOS**

brinda atención de urgencias, emergencias y atención domiciliaria las 24 horas llamando al  
**0810-999-4631**

## **URGENCIAS PSIQUIATRICAS**

Si usted necesitara Atención Psiquiátrica de Urgencia su Teléfono es  
4242-2227/2364/7389  
1528485664

### **CLINICA PRIVADA BANFIELD GUARDIA – PSIQUIATRIA 24HS**

**SEDE CENTRAL:** AZARA 1780 – Banfield - TEL: 4242-2364  
(Internación Psiquiátrica, Hospital de día, Consultorios Externos,  
Consultas de Psicología – Psiquiatria ).

**SEDE CAPITAL FEDERAL:** AV. CORRIENTES 2014 2ºPISO-

TEL: 4953-3033/2606 / 4954-3331 Horario de Lunes a Viernes de 08 a 18hs

Hospital de día, Consultorios Externos

Consultas de Psicología – Psiquiatria

## **SERVICIO DE URGENCIAS ODONTOLÓGICAS**

### **RED ODONTOLOGICA MOVIDENT**

**Odontología General/ Ortopedia y Ortodoncia, Odontopediatria,**  
**SEDE CENTRAL:** Direccion: Cerrito 866 7ª Piso **Urgencias las 24hs**  
Turnos: 4816-7676 Consultas Whatsapp: 1527814948

# **INTERNACIONES**

---

El tipo de habitación, para el Plan Básico será en habitación compartida con baño privado.

La cobertura será del 100% en internación en cualquiera de sus modalidades: institucional, domiciliaria, hospital de día, siempre que sean prescritas por profesionales del “Listado de Prestadores “de la cartilla médica. Esto incluye: pensión, derechos sanatoriales, estudios, medicamentos, material descartable, terapia intensiva, unidad coronaria, atención del recién nacido normal y patológico, honorarios profesionales (incluido anestesiología).

No se reconocerán internaciones ni prestaciones derivadas a establecimientos no autorizados por la Obra Social.

No se reconocerán las internaciones para chequeos o realización de estudios que pudieran realizarse en forma ambulatoria.

En caso de internaciones programadas, se deberá solicitar la autorización de la orden correspondiente en la auditoría médica de la Obra Social, personalmente o por fax, adjuntando la indicación médica y resumen de la historia clínica.

En caso de prolongarse la internación el sanatorio solicitará la prórroga vía fax, email adjuntando la presentación de la indicación médica, antes del vencimiento de la orden anterior.

**Acompañantes en Internación:** Se aclara que se autorizara acompañante en internación en menores de 15 años, a fin de asegurar una adecuada contención por parte de un familiar durante un momento crítico como es la internación,

**Internaciones Psiquiátricas:** Se reafirma el principio de que este PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO está basado en los principios de la Salud Mental:

Se incluyen todas aquellas actividades de fortalecimiento y desarrollo de compartimientos y hábitos de vida saludables como forma de promoción de la salud en general y de la salud mental en particular.

Actividades específicas que tienden a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestares psíquicos en temas específicos como la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil.

Los agentes del seguro propiciarán las prácticas de promoción de salud mental mediante el desarrollo de actividades acordes a las modalidades que consideren pertinentes para su población beneficiaria.

Prestaciones cubiertas: atención ambulatoria hasta 30 visitas por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad de 4 consultas mensuales. Esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psicodiagnóstico.

Internación: se cubrirán patologías agudas en las modalidades institucionales u hospital de día. Hasta 30 días por año calendario.

**Internaciones de Pacientes Crónicos:** Corresponde su cobertura a cargo de la Obra Social en caso de tener indicación, ya sea por poseer certificado de Discapacidad, o por patología crónica que puede requerir internación en cualquiera de sus modalidades.

**Prestaciones quirúrgicas de alta complejidad:** Se consideran como tales a las de cirugías cardiovasculares, neurocirugías, trasplantes, y otras intervenciones que estén contempladas en el PMO y normas complementarias, Resol; 400/16 SSS.

## **MEDICAMENTOS**

*La receta deberá ser extendida por nombre genérico (Ley 25.649 y Dto. 987/03) y por los profesionales del Listado de Prestadores. Los medicamentos deberán ser adquiridos únicamente en las farmacias que conforman el listado de farmacias contratadas.*

---

Cobertura de los medicamentos de alto costo; para el cumplimiento de las obligaciones, contemplados en los Anexos IV.1 y IV.2 de la Resolución N° 1.048 de fecha 13 de junio de 2014 de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, sus eventuales normas modificatorias y/o las que la sustituyan, OSVARA, en cumplimiento de la Resolución Conjunta 1710/2015 y 406/2015, EL MINISTRO DE SALUD Y EL SECRETARIO DE COMERCIO DEL MINISTRO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS, se dará preferencia a los productos de origen nacional disponibles en el mercado, que contengan el mismo principio activo o sean biosimilares de aquellos de origen extranjero en los términos del Artículo 2° de la Ley N° 25.551 y su reglamentación aprobada por el Decreto N° 1.600 de fecha 28 de agosto de 2002

Los medicamentos homeopáticos y recetas magistrales no tienen cobertura.

Las recetas tienen una validez máxima de 30 días desde su fecha de emisión.

**Ley 27.553**, que establece la prescripción de recetas electrónicas o digitales, y habilita la modalidad de teleasistencia para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración, en el actual contexto de Pandemia Covid-19.

### **MEDICAMENTOS AMBULATORIOS:**

La cobertura de medicamentos en tratamientos ambulatorios serán los productos que figuran en la Res. 310/04 y sus anexos y complementarias, con un 50%, de descuento conforme al precio de referencia y en las formas farmacéuticas allí indicadas.

### **MEDICAMENTOS EN INTERNACIÓN:**

La cobertura será del 100%

### **MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS PREVALENTES Y/O CRÓNICAS:**

Los medicamentos detallados en la Resolución 310/04, para el tratamiento de Patologías Prevalentes, cuentan con el 70% de descuento, debiendo presentar ante la Obra Social el Formulario de enfermedades Crónicas solicitándolo a esta y presentarlo junto con el resumen de historia clínica con medicación por monodroga y dosis diaria.

### **MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES:**

La Obra Social cubrirá el total del costo de la medicación 100% y el 100% de las tiras reactivas con un tope de 400 al año. Para acceder a este beneficio, los pacientes deben enrolarse en el programa de diabetes presentando el formulario correspondiente solicitando a la misma, y presentarlo junto al resumen de historia clínica y la medicación indicada por el médico tratante.

## **MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS**

Se cubrirán al 100% solamente los medicamentos aprobados por protocolos nacionales y prescritos por el nombre de la droga, no en cambio aquellos experimentales, aunque estuviesen en su período de prueba ni las denominadas Terapéuticas Alternativas.

La provisión de los medicamentos debe gestionarse por email o personalmente en la Obra Social, para lo cual deberá presentarse la receta emitida por el profesional tratante.

También serán cubiertos por la Obra Social:

- Medicación de soporte clínico de la quimioterapia destinada a la prevención y tratamiento de los vómitos inducidos por agentes antineoplásicos.
- Medicación analgésica destinada al manejo del dolor de pacientes oncológicos.

## **MEDICAMENTOS DE ALTERNATIVA TERAPÉUTICA**

Se cubrirán los medicamentos con eficacia clínica y seguridad demostradas según evidencia científica convencional y que por su relación beneficio/riesgo y beneficio/costo conforman tratamientos farmacológicos de alternativa ante:

- Patologías o problemas de salud no prevalentes y por ende no cubiertos por medicamentos esenciales incluidos en el formulario terapéutico del PMO.
- Fallo de tratamiento, intolerancia o problemas de conveniencia (interacciones, contraindicaciones o particularidades farmacocinéticas de cada caso) de los medicamentos incluidos en el PMO.
- Dicha cobertura será otorgada con autorización de la auditoría médica de la Obra Social según las recomendaciones de uso establecidas en el Anexo V del PMO

## **MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS ESPECIALES:**

Los medicamentos para Patologías Especiales, prevista por la Resolución 310/04 cuentan con el 100% de cobertura, debiendo presentar ante la Obra Social el formulario correspondiente solicitándolo a la misma y presentarlo junto con el resumen de historia clínica con medicación por monodroga y dosis diaria.

También tendrá cobertura al 100%:

- Eritroproyetina (tratamiento de la IRC).
- Dapsona (Tratamiento de la Lepra).
- Inmunoglobulina antihepatitis D (según recomendaciones de uso del Anexo III de la Res. 201/02).
- Drogas para el tratamiento de la Tuberculosis.
- Piridostigmina (para tratamiento de la Miastenia Gravis).
- Anticonceptivos intrauterinos; dispositivos de cobre; condones con o sin espermicidas; diafragmas y espermicidas.
- Medicación incluida en la Resolución 400/16 y sus modificatorias..
- Medicamentos destinados a los pacientes comprendidos en leyes de protección de grupos vulnerables.
- Antivirales de Uso Sistémico incluidos por Resol 1991/2005

## **LECHE MEDICAMENTOSA**

De acuerdo a la ley 27305, será beneficiario de esta cobertura, cualquier paciente, sin límite de edad, que presenta la correspondiente prescripción médica especializada con diagnóstico y resumen de historia clínica.

## ***EXCLUSIONES***

---

### **MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE**

Alimentos y complementos dietarios no incluidos en la Res. 407/2012 para enfermos celíacos.

Productos dermo-cosméticos que no figuren como “Venta bajo receta”.

Lociones y champúes que no figuren como “Venta bajo receta”.

### **PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

Pueden prescribirse solamente especialidades medicinales aprobadas por la autoridad sanitaria nacional como “venta bajo receta”. Cualquier otro producto, aunque figure en la receta, quedará a cargo del afiliado.

Como máximo, se pueden incluir en cada receta:

- 3 productos distintos o de distinta forma farmacéutica.
- 3 envases del menor contenido o 1 de mayor.
- 12 ampollas o frasco-ampolla, si se trata de antibióticos inyectables.
- En caso de ser necesaria una mayor cantidad, el profesional deberá indicar la cantidad necesaria y agregar la leyenda de puño y letra “tratamiento prolongado”.

Ni los profesionales contratados por la Obra Social ni los pertenecientes a las distintas áreas de la misma, están autorizados para transcribir recetas de otros profesionales.

- Formulario “Receta” suministrado por la Obra Social, o talonario de receta del profesional actuante con los datos del profesional (nombre, apellido, especialidad, domicilio, teléfono y número de matrícula), y si correspondiere, de la institución.

Los datos que a continuación se mencionan, deben estar escritos de puño y letra del profesional, con la misma tinta.

- Fecha
- Nombre, apellido, número completo y plan del afiliado, con la mención de la Obra Social.
- Forma farmacéutica, concentración y duración, indicación de dosis, presentación y diagnóstico por región.

Firma y aclaración o sello con nombre, apellido y número de matrícula del profesional actuante.

## ***SALUD MENTAL***

---

### **ATENCIÓN AMBULATORIA**

En lo referente al ámbito de la salud mental, en cuanto se refiere a prácticas ambulatorias e internaciones se enmienda que **OSVARA** suscribe lo establecido a la Ley 26.657, asegurando el derecho a la protección de la salud mental de todos sus beneficiarios

**OSVARA** reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

**OSVARA** considera que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental.

## ***EL DERECHO A LA IDENTIDAD DE GÉNERO DE LAS PERSONAS***

---

**OSVARA** garantiza en forma permanente los derechos que establece la Ley 26.743 y su Decreto reglamentario 903/2015, o el que lo reemplace, conforme lo reglamente la autoridad de aplicación, con respecto a la identidad del género de las personas a fin del goce de su salud integral, y brinda acceso a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa.

## ***REHABILITACIÓN KINESICA Y FONOAUDILOGÍA***

---

Se incluyen todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas que se detallan en el Anexo II del PMO y aquellas contempladas en las prestaciones por discapacidad. Lo que implica dar cobertura ambulatoria para rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial

Se incluyen todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas que se detallan en el anexo II de la presente Resolución.

Los Agentes del seguro de Salud darán cobertura ambulatoria para rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial.

- **Kinesioterapia:** hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario.
- **Fonoaudiología:** hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario.
- **Estimulación temprana:** en los términos que se define en el anexo II de la presente Resolución.

## ***PLAN MATERNO INFANTIL***

---

**OSVARA** en cuanto se refiere al presente plan se adhiere a lo establecido a la Ley 26.279 donde a todo niño/a al nacer se le practicarán las determinaciones para la detección y posterior tratamiento de fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactocemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, retinopatía del prematuro, chagas y sífilis; incluyéndose la detección de otras anomalías metabólicas genéticas y/o congénitas inaparentes al momento del nacimiento, si la necesidad de la pesquisa es científicamente justificada y existen razones de política sanitaria.

Así también **OSVARA** brinda las prestaciones establecidas en Ley 25.415, a fin de que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare, incluyendo la provisión de audífonos y prótesis auditivas así como la rehabilitación fonoaudiológica

**OSVARA** se adhiere al Programa Nacional de Prevención de la Ceguera en la Infancia por Retinopatía del Prematuro. creado por Resolución 1613/2010 y reconoce lo establecido en la Resolución 17/2015 donde se incorpora al PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (PMO) la práctica de foto ablación de la retina periférica mediante Diodo Láser, adaptada al Oftalmoscopio Binocular Indirecto bajo sedo-analgésia o anestesia.

Para obtener los beneficios del Plan Materno Infantil, deberá acreditarse ante la Obra Social, la condición de embarazada e inscribir al recién nacido, en el registro de la misma.

Los formularios de receta, consultas y orden de práctica correspondientes al Plan Materno Infantil deben ser tramitados por la afiliada en la Obra Social o vía electrónica, para poder obtener así la cobertura del 100%.

### **ATENCIÓN DE LA AFILIADA EMBARAZADA**

A partir del momento del diagnóstico (consultas, estudios relacionados con el embarazo, el parto o la cesárea) y hasta el primer mes del nacimiento de su hijo.

La cobertura será del 100% de las prestaciones, incluyendo los medicamentos prescritos en forma ambulatoria.

### **ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

Hasta cumplir un año de edad, gozan también de la cobertura del 100% en consultas de seguimiento y control, vacunas de calendario, internaciones clínicas y quirúrgicas y la medicación por cualquier patología que ocurra durante el primer año de vida.

### **LECHES MATERNIZADAS**

Las leches maternizadas deben estar indicadas por el médico tratante indicando diagnóstico y anexando resumen de historia clínica. Serán autorizadas por revisión de auditoría médica de la Obra Social.

## **ONCOLOGÍA**

---

La cobertura en enfermedades oncológicas será sin cargo para el beneficiario, como así los medicamentos correspondientes a la patología que fueran aprobados por protocolos nacionales. No tendrán cobertura las terapéuticas experimentales aunque estuviesen en su período de prueba ni las denominadas terapéuticas alternativas.

La provisión de los medicamentos debe gestionarse exclusivamente en la Obra Social o vía email, para lo cual deberá presentarse la receta emitida por el profesional tratante según las normas antes mencionada.

## **PRÓTESIS Y ORTESIS**

---

Serán reconocidas las prótesis de origen nacional, indicadas por los profesionales del sistema y autorizadas por la auditoría médica y en caso de que no fuera posible, corresponde la cobertura de prótesis importadas cuando no haya similar Nacional.

Las prescripciones tienen una validez de 30 días para la autorización.

La Obra Social se reserva el derecho de solicitar información y/o documentación adicional que considere necesarias.

La autorización se ajustará exclusivamente a la prescripción médica y a las normas de cobertura. Si no utiliza el servicio, deberá devolver la prótesis a la Obra Social. No se aceptarán reclamos en caso de no cumplir con el requisito de anulación del servicio.

**PRÓTESIS MIOGENICAS / BIOELECTRICAS** con la cobertura Prevista en la Resolución 1200/2012 Sistema Único de Reintegros o su modificaciones y resolución 400/2016 Sssalud.

**PRÓTESIS E IMPLANTES DE COLOCACIÓN INTERNA** La Obra Social brindará el 100% de cobertura en las prótesis e implantes de colocación interna, en forma permanente, dentro del organismo.

**ORTESIS Y PRÓTESIS EXTERNAS** La cobertura de ortesis y prótesis externas, quedarán sujetas al criterio de la auditoría médica para cada caso, con un máximo de hasta 50% de cobertura del menor valor de plaza

## ***DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA.***

---

**OSVARA** a fin de ser diligente con lo establecido en la Ley 26.588 y su modificatoria ley 27196, brinda a sus beneficiarios la cobertura asistencial por celiaquía, que comprende la detección, el diagnóstico, de acuerdo a la Resolución 102/2011, y teniendo en cuenta la Resolución del MSP 561/11, entre otros, la pesquisa a través del marcador sérico IgA para la detección de la enfermedad celíaca. y la biopsia del duodeno proximal para el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la misma, así también, incluyendo las harinas y premezclas libre de gluten, como lo establecido en el artículo 9º del Decreto N° 528/11, reglamentario de la Ley N° 26.588, brindando una cobertura en asistencia dineraria a sus afiliados por la suma que establezca periódicamente la Autoridad de Aplicación, en concepto de harinas, premezclas, sus derivados y/o productos elaborados con las mismas.

## ***OTRAS COBERTURAS***

---

**OTOAMPLÍFONOS:** Cobertura del 100% en niños de hasta 15 años a fin de garantizar un adecuado nivel de audición que les permita sostener una educación que maximice las potencialidades personales de cada beneficiario. Serán provistos sin cargo previa aprobación de auditoría médica. Para ello se requiere presentar historia clínica y prescripción médica de un profesional del “Listado de Prestadores” correspondiente plan elegido.

**TRASLADOS:** Tendrán 100% de cobertura cuando sean solicitados por el profesional tratante como parte de la prestación que realiza y deberán ser autorizados por la auditoría médica de la Obra Social.

**REHABILITACIÓN ACV:** Se cubrirá sin limitación, las prestaciones inherentes a esta patología. La que se llevara un seguimiento del tratamiento a través de la supervisión de la auditoría médica de la Obra Social.

**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. Se asegura cobertura del 100% de las prestaciones mencionadas en los Anexos II y III del PMO.

### **HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA**

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

### **COBERTURA TOTAL DE LOS DISPOSITIVOS Y ELEMENTOS ACCESORIOS PARA LAS PERSONAS OSTOMIZADAS**

La cantidad de dispositivos que se le otorgará mensualmente al paciente dependerá de las necesidades del mismo conforme a la prescripción del profesional médico.

Las características técnicas y de calidad de los dispositivos o bolsas y los elementos accesorios deberán garantizar la tolerancia del organismo de las personas ostomizadas y su calidad de vida

## ***PROVISIÓN DE ANTEOJOS***

---

### **COBERTURA 100% Menores de 15 años – Lentes STANDARD**

Los anteojos serán provistos previa autorización de auditoría médica, a través de las ópticas contratadas y planes convenidos.

### **MAYORES DE 15 AÑOS**

La Obra Social otorgará como beneficio especial, la provisión de anteojos estándar a valores preferenciales.

## ***OTRAS COBERTURAS DE ALTA COMPLEJIDAD***

---

Se cubre la totalidad de las prestaciones previstas en las, Resolución 1200/2012 Sistema Único de Reintegros y su modificaciones y complementos, en las instituciones que designe la Obra Social, previa evaluación y autorización de auditoría médica.

## ***PLANES DE PREVENCIÓN***

---

### **Procedimientos y Metodología para los programas de Prevención y Promoción**

Todos lo relacionado con el tema de la prevención se lleva a cabo a través de la dirección médica y los centros de atención respectivos que se encuentran en la cartilla. La promoción de los programas se realizan a través de la pagina Web [www.osvara.com.ar](http://www.osvara.com.ar) y redes sociales más Folletos y Cartillas que se entregan en OSVARA informado todo lo relacionado a las patologías respectivas.

### **PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.**

La Obra Social brindará, el 100% de cobertura de los controles para la detección precoz del cáncer de cuello uterino, de acuerdo al siguiente esquema:

A partir del inicio de la actividad sexual o en mujeres mayores de 18 años, independientes de los resultados, se realizará una vez por año:

- Consulta ginecológica.
- Papanicolau.

En caso de PAP patológico, se efectuará:

- Colposcopia.
- Cepillado endocervical.

En caso de colposcopia patológica, se realizará:

- Biopsia dirigida colposcópica.

Test de HPV : Se ofrece a mujeres de 30 años y más cada 1 año

Prevención del HPV: Se brindara cobertura de la vacuna contra el HPV a partir de los 11 años

Estas acciones se reforzarán con la entrega de "Folletos Ilustrativos" destinadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

### **PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA.**

OSVARA garantiza el reconocimiento de la mamografía a partir de los 35 años de edad

OSVARA brindará la Cobertura en Cirugía reconstructiva, de acuerdo a la Ley 26.872 como consecuencia de una mastectomía por patología mamaria, así como la provisión de las prótesis necesarias.

La Obra Social brindará, el 100% de cobertura de los controles para la detección precoz del cáncer de mama, de acuerdo al siguiente esquema:

- Auto examen mamario una vez por mes: se capacitará a las pacientes sobre como llevar a cabo esta técnica de control a través folletos ilustrativos.

#### **DETECCIÓN MONOGRÁFICA:**

- Examen clínico y mamografía mediolateral oblicua y craneocaudal, para cada mama, a partir de los 35 años independiente del resultado de las mismas. • Frecuencia: mínimo: bianual – opcional: anual
- En mujeres de alto riesgo, con antecedentes familiares de primer grado, especialmente si se produjo en la pre-menopausia y aquellas que padezcan carcinoma lobulillar “in-situ” o hiperplasias con atipia, se propone el inicio del tamizaje antes de esta edad y evaluación ecográfica

#### **CON MAMOGRAFÍA ANORMAL O PATOLÓGICA SE EFECTUARÁ BIOPSIA:**

Mamografía con hallazgo probablemente benigno (clase 3): seguimiento en un lapso de 6 a 12 meses. De mantenerse estable, se debería realizar mamografía anual.

- Mamografía con hallazgo sospechoso de neoplasia (clase 4): es preciso efectuar algún estudio citohistológico guiado por imágenes, como punción aspiración con aguja fina citológica, punción biopsia histológica o punción biopsia radioquirúrgica (BRQ). • Mamografía con hallazgo sugestivo de malignidad (clase 5): se recomienda BRQ o punción histológica.

### **PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE HIV-SIDA, ALCOHOLISMO Y DROGADEPENDENCIA**

Se desarrollan las siguientes acciones de promoción y prevención para estas patologías:

- Cartillas educativas sobre HIV-SIDA, alcoholismo y drogadependencia.
- Difusión y promoción de conductas preventivas a través de Seminarios, Talleres y Encuentros a tal fin.
- Conformación de grupos de auto ayuda para alcoholismo, tabaquismo y otras adicciones.

### **PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE DIABETES**

OSVARA garantiza el acceso integral a la cobertura de las prestaciones requeridas para el tratamiento de la diabetes, según lo establecido en la Ley N° 23.753 y en su Decreto reglamentario N° 1286/2014 y la ley

modificatoria 26914 garantizando la cobertura del ciento por ciento (100%) de todos aquellos medicamentos y reactivos de diagnósticos para autocontrol de la diabetes. en las cantidades necesarias según prescripción médica.

Para acceder a lo establecido en el párrafo anterior, sólo será necesaria la acreditación, mediante certificación médica, de la condición de paciente diabético. Esta certificación se hará al momento del diagnóstico y seguirá vigente mientras el paciente revista el carácter de enfermo crónico.

Implementación de la consulta preventiva que registre los factores de riesgo para la Diabetes Mellitus, considerando como principales factores, los siguientes

- Individuos mayores de 40 años.
- Obesos.
- Antecedentes de familiares consanguíneos diabéticos.
- Mujeres con historia clínica obstétrica sospechosa de diabetes.
- Hipertensión arterial.
- Sedentarismo.
- Antecedentes de patología cardiovascular en edades tempranas.
- Determinación de glucemia cada tres años a partir de los 40 años de edad, siempre que los sucesivos controles sean normales. La edad de comienzo y frecuencia de la determinación de glucosa en sangre se ajustará a la presencia de factores de riesgo.
- Distribución de "cartillas educativas" sobre detección precoz de la diabetes, dirigidas a la población en general.
- Talleres para educación del paciente diabético insulino dependiente.
- Provisión sin cargo de Insulinas.
- Cobertura del 70 % en tiras reactivas sin cupo.
- Provisión de medicamentos Todo ello en acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 301/99, 201/2002 y Resolución N° 1156/2014 del Ministerio de Salud

Se da cumplimiento a lo establecido en resolución 1711/2014 de la superintendencia de servicios de salud programa para la atención integral de personas con diabetes mellitus.

## ***PROGRAMA DE CONTROL DE LA PERSONA SANA***

---

La Obra Social ha normatizado, 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 los 35 años. Examen clínico anual. Control de la tensión arterial.

*Control de talla y peso.*

*Papanicolau anual. Según esquema de Programa de Prevención de cáncer de cuello uterino. A toda mujer que haya iniciado relaciones sexuales o mayor de 18 años independientemente del resultado del mismo.*

*Un control de colesterol y HDL*

*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 la tensión arterial.*

*Control de talla y peso.*

*Papanicolau anual. Según esquema de Programa de Prevención de cáncer de cuello uterino.*

*Mamografía anual a toda mujer a partir de los 35 años independientemente del resultado de la misma.*

*Test HPV.*

*Colesterol con periodicidad de acuerdo al resultado obtenido.*

*Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.*

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

*Examen clínico anual.*

*Control de la tensión arterial.*

*Control de talla y peso.*

*Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata en varones mayores de 50 años.*

*Papanicolau anual. Según esquema de Programa de Prevención de cáncer de cuello uterino.*

*Test HPV.*

*Colesterol con periodicidad de acuerdo al resultado obtenido.*

*Glucemia cada tres años en caso de ser normal.*

*TSH en mujeres mayores de 50 años con periodicidad según resultado.*

*Mamografía anual en mujeres a partir de los 35 años. Ver Programa de Prevención de cáncer de mama.*

*Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.*

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

*Examen clínico anual.*

*Control de la tensión arterial.*

*Control de talla y peso.*

*Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata en varones mayores de 50 años.*

*Papanicolau. Según esquema de Programa de Prevención de cáncer de cuello uterino.*

*Test HPV*

*Colesterol con periodicidad de acuerdo al resultado obtenido.*

*Glucemia cada tres años en caso de ser normal.*

*TSH en mujeres mayores de 50 años con periodicidad según resultado.*

*Mamografía anual en mujeres a partir de los 35 años. Ver Programa de Prevención de cáncer de mama.*

*Sangre oculta en materia fecal anual.*

*Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.*

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

*Examen clínico anual.*

*Control de la tensión arterial.*

*Control de talla y peso.*

*Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata en varones mayores de 50 años.*

*Papanicolau anual. Según esquema de Programa de Prevención de cáncer de cuello uterino.*

*Examen de agudeza visual.*

*Glucemia cada tres años en caso de ser normal.*

*Screening de compromiso auditivo por interrogatorio periódico de los pacientes, no es necesario realizar audiometría.*

*Mamografía anual en mujeres mayores de 35 años. Ver Programa de Prevención de cáncer de mama.  
Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.*

## **OBESIDAD**

Se brindará cobertura conforme lo establecido en la Ley 26.396 en todo lo concerniente al tratamiento preventivo y control de los trastornos alimenticios, cumpliendo con lo establecido en la Res. 742/2009 del M.S. y anexo.

## ***SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE***

---

La Obra Social pone en ejecución el cumplimiento de la Ley 25673/02 desarrollando los objetivos que señala el artículo 2 en todas sus dimensiones. Asimismo se cumple con el artículo 7 de la ley que prevé la inclusión de todas las prestaciones del programa dentro del Programa Médico Obligatorio. La Obra Social atiende al cumplimiento específico del artículo 4º del Decreto 1282/03 de la referida ley 25673/02 en cuanto a su enfoque preventivo y de riesgo. Se comparte en el programa la utilización de métodos de barrera (preservativos) y aquellos otros métodos necesarios autorizados por los niveles normativos correspondientes. Conforme lo establece el artículo 6º, del decreto señalado, será respetada la libertad del beneficiario en cuanto a método y/o elemento anticonceptivo prescripto bajo consentimiento del interesado de acuerdo a sus convicciones y creencias en ejercicio de disposición del propio cuerpo en las relaciones clínicas. Del mismo modo, la Obra Social cumplimenta lo establecido en los artículos 1º y 2º de la Res. 755/2006 en referencia a la Ley 26.130, la cual establece en el artículo 1º “el derecho de toda persona mayor de edad a acceder a la realización de las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía”

Con el fin de dar cumplimiento a la Resolución 232/2007 del MSP se reconoce la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE), como método anticonceptivo hormonal. con una cobertura del 100% los siguientes principios activos, formas farmacéuticas y presentaciones que a continuación se detallan: - G03AC03 - LEVONORGESTREL, Comprimidos, 1,5 mg., envase por UN (1) comprimido.- G03AC03 - LEVONORGESTREL, Comprimidos, 0,75 mg., envase por DOS (2) comprimidos

### **Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida.**

**OSVARA** a fin de dar cumplimiento a lo establecido en la ley Ley 26.862 brinda la cobertura integral e 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, los cuales incluyen: a la inducción de ovulación; la estimulación ovárica controlada; el desencadenamiento de la ovulación; las técnicas de reproducción asistida (TRA); y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del cónyuge, pareja conviviente o no, o de un donante, según los criterios que establezca la autoridad de aplicación. También quedan comprendidos en la cobertura prevista en este artículo, los servicios de guarda de gametos o tejidos reproductivos, según la mejor tecnología disponible y habilitada a tal fin por la autoridad de aplicación, para aquellas personas, incluso menores de dieciocho (18) años que, aun no queriendo llevar adelante la inmediata consecución de un embarazo, por problemas de salud o por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas puedan ver comprometidas su capacidad de procrear en el futuro.

También asegura lo establecido en el Decreto reglamentario 956/2013 donde contempla que se podrá acceder a un máximo de CUATRO (4) tratamientos anuales con técnicas de reproducción médicamente asistida de baja complejidad, y hasta TRES (3) tratamientos de reproducción médicamente asistida con técnicas de alta complejidad, con intervalos mínimos de TRES (3) meses entre cada uno de ellos.

## **ODONTOLOGÍA PREVENTIVA**

Prioritariamente nuestras normas operativas apuntan a la implementación de prácticas preventivas, adoptando la salud como punto de partida en el marco de un sistema en el que el “cuidado” es el principal componente. Nuestro propósito es considerar al paciente como un ser indiviso, la odontología es una parte de la medicina y nuestro tratamiento debe ser transdisciplinario.

Basamos la prevención en el adecuado uso de fluoruros por ingesta, el control de los momentos del azúcar, la técnica apropiada de cepillado dental, topicaciones de flúor y uso de selladores permitirán reducir a futuro el alto porcentaje de la enfermedad prevalente caries dental y las paradenciopatías. La temprana intervención en la estimulación del desarrollo maxilofacial y la detección de malos hábitos, evitarán la instalación de disgnasias y tratamientos de maloclusiones logrando una ecuación costo eficacia adecuada.

La cobertura que se detalla es sin cargo ni co-seguro

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
01.01	Consulta. Diagnóstico. Fichado y Plan de Tratamiento.
01.04	Consulta de Urgencia.
02.00.	Obturación amalgama. Cavidad Simple, Compuesta o Compleja.
02.08	Obturación resina Fotocurado Sector Anterior.
02.09	Reconstrucción de ángulo Sector anterior
03.01	Tratamiento de Conducto en Unirradiculares. (Incluye hasta 3 Rx)
03.02	Tratamiento de Conducto en Multirradiculares. (Incluye hasta 3 Rx)
03.05	Biopulpectomía Parcial.
03.06	Necropulpectomía Parcial o Momificación.
05.01	Tartrectomía y cepillado mecánico.
05.02	Consulta preventiva. Terapias fluoradas.
05.05	Selladores de surcos, fosas y fisuras.
05.06	Aplicación de cariostáticos en piezas dentarias permanentes.
07.01	Consultas de Motivación.
07.03	Reducción de Luxación con inmovilización dentaria.
07.04	Tratamiento en Dientes Temporarios con Formocresol.
07.06	Reimplante Dentario e Inmovilización por Luxación Total.
07.07	Protección Pulpar Directa.
08.01	Consulta de Estudio. Sondaje, Fichado, Diagnóstico y Pronóstico.

08.02	Tratamiento de la gingivitis.
08.03	Tratamiento de la Enfermedad Periodontal.
08.04	Desgaste selectivo o armonización oclusal.
09.01	Radiografía Periapical. Técnica de Cono Corto o Largo. Radiografía Bite-Wing.
09.02	Radiografía Oclusal.
09.03	Radiografías Dentales Media Seriada: de 5 a 7 películas.
09.04	Radiografías Dentales Seriada: de 8 a 14 películas.
10.01	Extracción dentaria.
10.02	Plástica de Comunicación Buco-Sinusal.
10.03	Biopsia por Punción o Aspiración o Escisión.
10.04	Alveolectomía Estabilizadora.
10.09	Extracción de dientes con retención ósea. (Incluye 2 radiografías)
10.10	Germectomía. (Incluye 2 radiografías)
10.11	Liberación de Dientes Retenidos.
10.13	Tratamiento de la Osteomielitis.
10.14	Extracción de Cuerpo Extraño.
10.16	Frenectomía.
12.01	Consulta de Estomatología (en exceso de PMO)

## ***PROGRAMAS DE PREVENCIÓN TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)***

---

OSVARA a fin de dar cumplimiento a lo establecido en la **Ley 27.043** implementara a través de difundir entre sus afiliados las prestaciones que se brindaran a través de sus centros de psicologías contratados, o llamando al centro de atención de urgencia psiquiátrica ut supra mencionado, que serán destinados a difundir el conocimiento del trastorno con la intención de lograr una detección temprana, diagnóstico y tratamiento.

### **Abordaje integral e interdisciplinario de los sujetos que presentan dificultades específicas del aprendizaje-(DEA)**

Se dará cobertura de acuerdo a lo establecido en la ley 27306 donde se describe el abordaje integral e interdisciplinario de los sujetos que presentan dificultades específicas del aprendizaje-(DEA)

Entendiéndose como sujetos con Dificultades Específicas del Aprendizaje (DEA) a las alteraciones de base neurobiológica, que afectan los procesos cognitivos relacionados con el lenguaje, la lectura, la escritura y/o el cálculo matemático, con implicaciones significativas, leves, moderadas o graves en el ámbito escolar.

Las prestaciones que se otorgaran serán las necesarias para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de las DEA.

# *DESARROLLO DEL PROGRAMA*

---

## EMBARAZADAS:

- Control odontológico inmediato a la detección del embarazo.
- Higiene dental adecuada.
- Dieta balanceada. (una deficiente alimentación trae como consecuencia malformaciones en los dientes del bebe).
- Periodo óptimo para la realización de tratamientos entre el cuarto y el sexto mes.

## NIÑOS DE 4 A 24 MESES:

- Primera visita al odontólogo cuando aparece el primer diente, aproximadamente a los 6 meses.
- Asesoramientos a padres acerca de medidas preventivas para reducir el riesgo de caries.
- Ingesta de flúor.

## NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS:

En esta etapa se completa la dentición primaria.

- Consultas periódicas al odontólogo.
- Instalar hábito de cepillado dental.
- Control de momentos de azúcar.
- Uso de flúor en sus distintas presentaciones.

## NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS:

Erupción del primer molar permanente.

- La higiene debe ser supervisada por los padres.
- Uso de selladores y flúor.
- Prevención de malos hábitos bucales: Succión de dedos, labios, objetos, etc., deglución atípica, respiración bucal, fonoarticulación y actitudes posturales inadecuadas que afectan el buen funcionamiento del órgano bucal.

## NIÑOS DE 8 AÑOS EN ADELANTE:

La dentición es mixta (dientes primarios y permanentes), etapa de mayor riesgo cariogénico.

- Intensificación de los métodos de higiene, selladores y flúor.
- Control de la oclusión, crecimiento y desarrollo maxilofacial.

## ADOLESCENTES:

Dentición permanente exclusivamente.

- Etapa de riesgo, reformulación de hábitos de higiene, alimentaria y social (tabaquismo, alcoholismo, enfermedades infectocontagiosas). Es importante la óptima relación paciente-odontólogo a los efectos de conseguir la colaboración que permita el éxito de los tratamientos.
- Selladores y flúor.
- Control de maloclusiones para evitar enfermedades periodontales.

## ***PROGRAMAS PREVENCIÓN DEL SUICIDIO***

---

OSVARA brindara cobertura asistencial a las personas que hayan sido víctimas de intento de suicidio y a sus familias, así como a las familias de víctimas de suicidio, que comprende la detección, el seguimiento y el tratamiento en los centros de psicologías contratados o llamando al centro de atención de urgencia psiquiátrica arriba mencionado

### **PACIENTES EN TRANSITO**

Si se encuentra en otro lugar distinto al de su residencia habitual y se presenta una patología de urgencia, deberá llamar al centro asistencial de referencia de la jurisdicción o provincia donde se encuentre, para que se le indique dónde dirigirse.

También podrá comunicarse al centro de atención telefónica de la Obra Social o bien si su estadía en el lugar es programada (Ej.: vacaciones) se recomienda comunicarse con la Obra Social para solicitar los prestadores del lugar al cual usted se dirige.

### **ACCIDENTES CON TERCEROS RESPONSABLES**

En los accidentes con terceros responsables, el afiliado deberá subrogar a favor de la Obra Social, los derechos que le competen para el recupero de los gastos médico-asistenciales derivados de dicho siniestro.

Para ello deberá completar el formulario correspondiente que se encuentra disponible en la Obra Social

### **RESPONSABILIDAD**

Dadas las características de los servicios asistenciales brindados por Obra Social, la responsabilidad por estos servicios estará a cargo del médico, y/o centro médico y/o laboratorio actuantes que integren el “Listado de Prestadores” correspondiente a su plan.

En caso de presentarse problemas, deberán notificarse por escrito a la Obra Social, para que una vez analizado el caso por nuestra auditoria, se tomen las medidas correspondientes.

### **EXCEPCIÓN DEL SISTEMA**

Sólo se aceptarán órdenes de profesionales de hospitales públicos, siempre que cumplan con las condiciones establecidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Las órdenes deberán ser autorizadas, en todos los casos, por la auditoria médica de la Obra Social.

## **EXCLUSIONES GENERALES**

- Medicamentos de venta libre y recetas magistrales
- Terapias alternativas para cualquier enfermedad.
- Métodos de diagnóstico o tratamiento no incluidos en el programa de garantía de calidad de atención médica del Ministerio de Salud y/o no convencional y/o en vía experimental y/o de los que se carezca de suficiente experiencia que acredite sus resultados y/o no avalados por entidades científicas representativas.
- Estudios, prácticas y/o tratamientos ambulatorios o en internación realizados fuera del país.
- Medicamentos, estudios, prácticas y/o tratamientos ambulatorios o en internación, prescriptos y/o realizadas por profesionales y/o instituciones que no integran los “Listados de Prestadores” correspondientes a cada plan.
- Medicamentos que no se fabriquen ni se comercialicen en el país a excepción de aquellos que en patologías poco frecuentes puedan contar con las autorizaciones pertinentes del Ministerio de Salud Publica
- Citostáticos; en ningún caso se cubrirán medicamentos no aprobados y/o en vía de experimentación y/o esquemas terapéuticos que estén aún en experimentación o fase de prueba, no aprobados por la autoridad competente o avalados por la entidad científica representativa..
- Cirugías y tratamientos con fines estéticos no reparadores.
- Los accidentes de trabajo (Ley 24.557, decreto reglamentario y normas complementarias y/o modificatorias), así como las enfermedades (Ley 24.557, decreto reglamentario y normas complementarias y/o modificatorias), deberán ser cubiertos por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo contratada por su empleador. Si por algún motivo el afiliado recibiera en estos casos la atención inicial por parte de la Obra Social, éste deberá subrogarle a la Obra Social los derechos para que se pueda gestionar el recupero de los gastos médico-asistenciales ante la Aseguradora de Riesgos del Trabajo/Empleador. En estos casos, la Obra Social se contactará con la Aseguradora de Riesgos del Trabajo o Empleador que corresponda para la continuación de la cobertura a cargo de dicha Aseguradora o Empleador.
- En los accidentes con terceros responsables, el afiliado deberá subrogar a la Obra Social, en todos los casos, los derechos que le competen para el recupero de los gastos médico-asistenciales derivados de dicho siniestro, por prestaciones cubiertas por la Obra Social.
- Cosmetología; cosmiatría
- Curas de adelgazamiento, rejuvenecimiento, reposo o similares, hidroterapia, celuloterapia, acupuntura, quiropraxia, digitopuntura.
- Homeopatía
- Honorarios por arancel diferenciado o por elección de un profesional determinado en los sanatorios contratados con equipo profesional.
- Internaciones: gastos por extras, acompañante por pacientes mayores de 15 años, provisión de donantes de sangre, diferencias por habitación individual, departamentos, suites o habitaciones especiales.
- Internaciones para chequeos o realización de estudios que pueden hacerse en forma ambulatoria.
- Pedicuría
- Prácticas abortivas

## ***DENUNCIAS Y RECLAMOS***

---

En caso de reclamos y/o denuncias por falta o deficiencia en las prestaciones, por cobro de plus no autorizados, los beneficiarios podrán presentar su denuncia por escrito, personalmente, por fax o via email , en la oficina de la Obra Social, situada GALLO 443- CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, T.E.: 4866-5478 – 4866-5482 - 0800-333-3038, y/o en su delegación respectiva.

También puede presentar los reclamos y/o denuncias directamente en la Superintendencia de Servicios de Salud:

Centro de atención personalizada:

Av. Roque S. Peña 530, Planta Baja, Capital Federal. Centro de Atención Telefónica: 0800-222-72583 (de 10 a 16 horas).

## ***TABLA DE BENEFICIOS Y COSEGUROS***

---

### **LOS AFILIADOS DE OSVARA NO ABONAN COSEGUROS NI COPAGOS**

Se asegura la consulta en consultorio e internación.

Se asegura la consulta de urgencia y emergencia en domicilio.

Habilita la modalidad de teleasistencia para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración, en el actual contexto de Pandemia Covid-19.

En todo otro grupo etario donde el paciente esté imposibilitado de desplazarse quedará a discreción de la Auditoria del Agente del seguro la provisión de Atención programada en domicilio.