OSF

FEDECAMARAS

CUIDA TU SALUD

CARTILLA DE PRESTADORES

ZONA | CORDOBA

Listado de Profesionales | Centros de Diagnóstico y Normas Operativas Básicas

AV. RIVADAVIA 5456 | 1° PISO | CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES | TEL.: 0800-345-0770 | WWW.OSFEDECAMARAS.COM.AR
R.N.O.S.: 0-0190-4
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD 0800-222-SALUD (72583) WWW.SSALUD.GOV.AR

FUNDAMENTOS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

La cobertura médica de la Obra Social se implementa mediante la articulación de un Equipo de Médicos de Atención Primaria (conformado por las especialidades de Medicina Familiar, Clínica Médica, Pediatría y Ginecología), asociados a un cuerpo de especialistas seleccionados por su experiencia e idoneidad, apoyados por centros de diagnóstico, tratamiento e internación de reconocido prestigio.

El rol de los profesionales de la Obra Social no es otro que el de encargarse de la atención de su salud, velando por que usted reciba el tratamiento más adecuado.

DERIVACIÓN

Los Médicos Referentes realizaran las derivaciones primarias que consideren necesarias para la mejor atención de su salud, a los especialistas y/o centros de diagnóstico, tratamiento e internación.

SISTEMA DE SALUD CERRADO

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

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

Esta es la razón por la cual usted no debe atenderse con ningún efector que no figure en el “Listado de Prestadores”.

OFICINA

OFICINA CENTRAL: C.A.B.A.

. Atención:

Lunes a viernes de 9 a 16 hs.

. Dirección:

Av. Rivadavia 5456 | 1° Piso | Galería Astro.

SEDE PROVINCIAL

CORDOBA

. Dirección:

Ayacucho 341 3° of B Edificio Cañitas | Capital

OSF FEDECAMARAS CUIDA TU SALUD

Las normas operativas de atención y la cartilla de prestadores tendrán vigencia a partir del 01/01/2023 y serán de renovación anual.

NORMAS DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Para acceder a los servicios de la Obra Social usted deberá acreditar su estado afiliatorio presentando:

a- Su credencial.
b- Talón de Atención (vigente).
c- Documento de Identidad.
d- Autorización de la Obra Social (si corresponde).

IMPORTANTE: Toda solicitud que realice un profesional médico de nuestra cartilla, y que requiera Autorización y/o Derivación, usted debe solicitarla a la Obra Social.
La respuesta la obtendrá dentro de las 72 hs. hábiles.

AUTORIZACIONES

ADMISIÓN DE PEDIDOS DE AUTORIZACIÓN

Para acceder a los servicios, todos los beneficiarios de la Obra Social deberán presentar sin excepción:
. Credencial de la Obra Social.
. Talón de atención mensual.
. Documento Nacional de Identidad (o cualquier otro documento que avale su identidad).

Usted deberá enviar los pedidos de autorización a través de la página web www.osfedecamaras.com.ar.Para poder utilizar este servicio es necesario que cuente con un usuario y contraseña e ingrese a MIOSF.

Atención: Si no cuenta con un usuario y contraseña, puede generar uno ingresando a nuevo usuario.
Queda debidamente notificado que, a partir de este momento, la Obra Social no recibe solicitudes vía e-mail.

Ante cualquier duda puede dirigirse a la Sede Central de la Obra Social, ubicada en Rivadavia 5456 | 1° piso | C.A.B.A, para ser atendido por el Sector Afiliaciones de lunes a viernes en el horario de 9:00 a 16:00 hs.

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 o por fax, en la oficina de la Obra Social.

OSF:
Av. Rivadavia 5456 | 1º Piso | (Galería Astro) | Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Atención Telefónica: 0800-345-0770.

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).

Las normas operativas de atención y la cartilla de prestadores tendrán vigencia a partir del 01/01/2023 y serán de renovación anual.

CREDENCIAL OSF Y TALÓN DE ATENCIÓN

GESTIÓN DEL TALÓN DE ATENCIÓN

Para la impresión del talón de atención, se deberá dirigir a la página web de la Obra Social. www.osfedecamaras.com.ar en donde deberá ingresar en la opción MI OSF.

Para acceder a esta gestión se precisa conocer el Número de Afiliado y la contraseña, la cual le será entregada al afiliado con la impresión de la credencial.

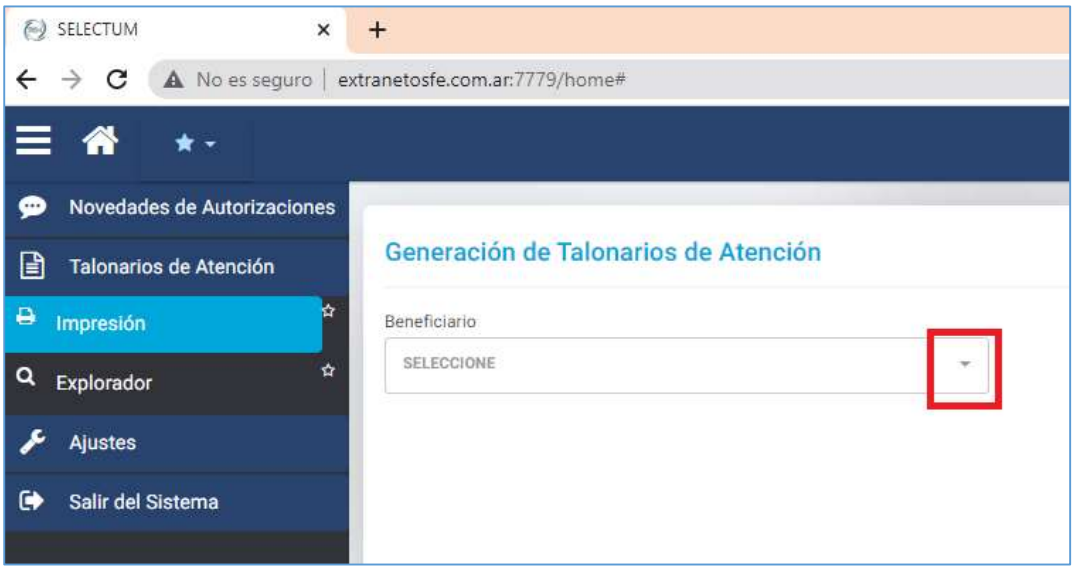
IMPRESIÓN DEL TALÓN DE ATENCIÓN

Una vez ingresado en la opción MI OSF, deberá completar los datos que indica la pantalla.

Apretar el botón Talonarios de Atención, que se encuentra a la izquierda de la pantalla.

Apretar en la opción Impresión y seleccionar la persona de la que desee imprimir el Talón.

Seleccionar el integrante del grupo familiar del cual desea imprimir el Talón de Atención.



Apretar el botón Imprimir

Una vez ingresados los datos, deberá definir para que integrante del grupo familiar desea imprimir el talón de atención.

NORMAS OPERATIVAS

La cobertura enunciada en el presente manual cumple con el PMO (Res 1991/2005 MS), Dto. 2724/02 MS, Res. 40/2016, Res 40/2016, Res. 2048/03, Res. 1276/02, Res 6080/03, Res 475/02, Res 5600/03, Res 1991/05, Res. 1747/05, 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 939/00 y las que las sustituyeran o complementaren y sean de cobertura obligatoria por parte de los Agentes del Seguro.

Alcance de la cobertura

Con el fin de facilitar el acceso a nuestros servicios, a continuación, se describen las modalidades posibles de atención a las cuales puede acceder el afiliado según corresponda:

Emergencias

Es toda situación en la que, de no mediar asistencia médica inmediata, se pone en peligro la vida del paciente.

Médico a domicilio

Se podrá solicitar cuando por las características del síntoma y/o afección, no se requiera una asistencia inmediata, pero el paciente está impedido de trasladarse a un consultorio o centro asistencial.

Urgencias

Es toda situación de aparición generalmente aguda en la que, no habiendo riesgo inminente para la vida y puede deambular, el paciente debe ser asistido en un tiempo relativamente rápido, a fin de evitar un deterioro progresivo y complicaciones graves.

ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA

Consultas médicas

El resto de las atenciones médicas se brindan con turnos médicos previamente acordados.

Solamente se reconocerán las consultas, estudios, prácticas y prestaciones médico-asistenciales ambulatorias y de internación siempre que se efectúen exclusivamente en prestadores de la Cartilla Médica de la Obra Social.

Consultas médicas ambulatorias

. Pueden ser:

. consultas de urgencia / atención médica domiciliaria, con copago.

. consultas de guardia en sanatorios o clínicas, con copago.

. consultas con médicos del EBAMP con copago.

. consultas con médicos de familia sin copago.

. consultas con médicos de Hospitales Públicos.

. Se accede en forma directa (No requiere derivación).

. No requieren autorización.

Las normas operativas de atención y la cartilla de prestadores tendrán vigencia a partir del 01/01/2023 y serán de renovación anual.

ATENCIÓN MÉDICA SECUNDARIA

Especialidades cubiertas:

Anatomía Patológica.
Anestesiología.
Cardiología.
Cirugía Cabeza y Cuello.
Cirugía Cardiovascular.
Cirugía de tórax.
Cirugía General.
Cirugía Infantil.
Cirugía Plástica y Reparadora.
Clínica Médica.
Dermatología.
Diagnóstico por Imágenes.
Endocrinología.
Fisiatría.
Gastroenterología.
Genética.
Geriatría.
Hematología.
Hemoterapia.
Infectología.
Medicina Familiar y General.
Medicina Nuclear.
Nefrología.
Neonatología.
Neumonología.
Neurología.
Nutrición.
Obstetricia.
Oftalmología.
Oncología.
Ortopedia y Traumatología.
Otorrinolaringología.
Psiquiatría.
Reumatología.
Terapia Intensiva.
Toco ginecología.
Urología.

Interconsultas/Derivaciones con profesionales médicos de distintas especialidades

Requieren:

. Autorización de Auditoría Médica de la Obra Social.
. Derivación a los prestadores definidos por la Obra Social.

Siempre y cuando haya sido solicitado por cualquiera de los Médicos Referentes de la Atención Médica Primaria en recetario con logo de:

. Centro de Medicina Familiar.
. Centro de Atención Médica Primaria.
. Recetario particular del Médico Referente.
. Centro de Guardia.

Existen en la Obra Social dos modalidades de Interconsulta / Derivación con especialistas:

. General:

Es válida solamente para dos (2) interconsultas con el Especialista indicado, las que tendrán un Plazo de realización máximo de 60 días corridos contados desde la fecha de solicitud.

. Consultas Obstétricas:

La Obra Social asignará a la paciente una Institución para la atención ambulatoria hasta el momento del parto, incluyendo consultas y estudios de diagnóstico inherentes al embarazo. Las mismas no serán necesarias autorizar.

. Se accede por derivación definida de la Obra Social
. No requieren autorización

. Post quirúrgicas:

Solicitadas por el cirujano luego de la cirugía hasta el alta indicando el motivo de las mismas. Es tramitado por el afiliado. Requiere autorización de la Obra Social.

. Crónicos:

Solicitadas por el médico referente quien indica la cronicidad y deriva al médico especialista para su tratamiento.

Con la presentación del resumen de Historia Clínica, se autoriza consultas por seis meses (una por mes e indicando el mes). Cumplidos los seis meses deberá volver al médico especialista para la renovación. En la autorización del último mes figurará impresa una leyenda de cómo realizar el trámite de renovación.

ESTUDIOS Y PRÁCTICAS

Tendrán cobertura todas las prácticas y estudios complementarios que figuran en el Anexo II de la Res. 201/2002 y sus modificatorias vigentes. Se considerará el material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se brinde.

Se accede a los mismos por derivación de la Obra Social, en los efectores que designe.

La prescripción de estudios deberá ser realizada de puño y letra del profesional tratante sin tachaduras ni enmiendas, las que de existir deben ser salvadas y firmadas por el mismo profesional.

Los estudios y/o prácticas (incluidas en el PMOE) pueden ser de:

Baja complejidad:

No requieren autorización y son:

. Consultas con médicos de cabecera.

. Radiología simple (sin contraste).

. Ecografías (a excepción de las ecografías de partes blandas y/o musculares).

. Mamografías (a excepción de las magnificaciones).

. Pap – Colposcopia.

Estudios de mediana y alta complejidad:

No requieren autorización cuando se efectúen como consecuencia de la resolución de una Urgencia. Están sujetos a auditoría de facturación. Deben ser denunciados a la Obra Social en un lapso de 24 hs. posteriores a la realización.

Requieren:

. Autorización de Auditoría Médica de la Obra Social.

. Derivación a los prestadores definidos por la Obra Social.

Cuando se trate de los siguientes Estudios:

. RNM.

. TAC.

. Medicina Nuclear.

. Punciones.

. Doppler.

. Holter.

. Electrocardiograma (E.C.G.).

. Ecocardiograma bidimensional.

. Ergometría.

. Electroencefalograma (E.E.G).

. Estudios Audiológicos

(Audiometría- Logoaudiometría – Impedanciometría – Timpanometría).

. Espirometría.

. Laboratorio de rutina.

. Densitometría.

Estudios de diagnóstico fuera del PMOE

En todos los casos requiere autorización previa de la Obra Social Fedecamaras, para lo cual, el PROFESIONAL solicitante debe acompañar al pedido:

. Breve resumen de los antecedentes clínicos.

. Examen Físico.

. Estudios efectuados previamente.

. Diagnóstico presuntivo.

. Motivos por los que solicita el estudio.

. Apellido y Nombre del profesional.

. Firma.

. Especialidad.

. Número de matrícula.

Rehabilitación Médica

. F K T.

. Fonoaudiología.

Ambos tratamientos requieren autorización y derivación a los prestadores definidos por la Obra Social. Se debe tener en cuenta en todos los casos la cantidad de sesiones autorizadas al momento de la solicitud. Se cubrirán 25 sesiones anuales por afiliado.

No se reconocerán como válidos los pedidos de rehabilitación realizados por Centros de Guardia o Asistencia Médica domiciliaria.

Odontología

Exclusivamente las prestaciones que figuran en el PMOE solicitadas por los efectores de la red prestacional. No están cubiertas las prácticas de prótesis y ortodoncia.

Demás prestaciones

Deben autorizarse

Usted deberá enviar los pedidos de autorización a través de la página web www.osfedecamaras.com.ar.Para poder utilizar este servicio es necesario que cuente con un usuario y contraseña e ingrese a MIOSF.

Atención: Si no cuenta con un usuario y contraseña, puede generar uno ingresando a nuevo usuario.
Queda debidamente notificado que, a partir de este momento, la Obra Social no recibe solicitudes vía e-mail.

Traslados

. Pueden ser:

Programados: se requiere la presentación del pedido médico de la ambulancia donde figure el motivo por el cual el Afiliado no puede deambular, con 48 hs previas al día del traslado para programarlo.

Urgencia: Por la empresa de emergencia desde el domicilio del paciente.

Por pedido médico de otra institución a causa de falta de cama o de complejidad en este caso se requiere que la institución envíe un resumen de historia clínica indicando el estado actual del paciente, el pedido de derivación a la obra social, el tipo de ambulancia y requerimientos de materiales y/o elementos de comodidad de intervención.

Por pedido de derivación de la Auditoría Médica de la Obra Social por falta de complejidad del lugar de internación para tratar la patología del paciente, en este caso se solicita al lugar de internación el envío de un resumen de historia clínica con el estado actual del paciente para realizar la derivación a otro centro de internación.

En los tres casos la Obra Social busca disponibilidad de cama dentro de la cartilla de prestadores por el criterio de complejidad y de prioridad de derivación en cada zona.

TABLA DE BENEFICIOS Y COSEGUROS

PRESTACION	COBERTURA	COSEGURO
Médicos de Familia / Generalistas / Pediatras / Tocoginecólogos / Oftalmólogos / Clínicos	*ST / SL*	*$1.553.-*
Médicos Especialistas	*ST / SL*	*$2.912.-*
Programa HIV y Oncología (relacionado con la patología)	*SC / ST / SL*	-
Oncología (relacionado con la patología)	*SC / ST / SL*	-
Discapacidad (relacionado con la patología)	*SC / ST / SL*	-
*Plan Materno Infantil (PMI)**	*SC / ST / SL*	-
Psicología		
Psicología por sesión	*30 ses. año por afiliado*	*$1.941.-*
Sesión excedente	*ST / SL*	*$3.883.-*
Estudios y prácticas de diagnóstico		
Hasta 10 determinaciones básicas, incluidas en PMO	*ST / SL*	*$971 por orden*

Determinaciones extra	*T / SL*	*$388.- por determinación*
Prácticas de baja complejidad: incluye Radiología y Ecografía no digitales, ECG, PAP, Colposcopía, Mamografía.	*ST / SL*	*$971.-por orden*
Prácticas diagnósticas y terapéuticas de mediana complejidad	*ST / SL*	*$1.941.-por orden*
Prácticas diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad: TAC, RMN, RIE, laboratorio biomolecular, Genético, Medicina Nuclear, Endoscopía.	*ST / SL*	*$4.854.- por orden*
Rehabilitación		
Kinesiología por sesión	*30 ses. año por afiliado*	*$971.- por sesión*
Sesión excedente	*Tope máximo 60 sesiones*	*$1.747.- por sesión*
Fonoaudiología por sesión	*30 ses. año por afiliado*	*$971.- por sesión*
Atención domiciliaria		
Diurna (código verde)	*ST / SL*	*$4.854.-*
Nocturna (Código verde)	*ST / SL*	*$6.795.-*
Emergencias / Código rojo	*SC / ST / SL*	*-*
Mayores de 65 años	*ST / SL*	*$1.941.-*

Odontología		
Consulta/fichado/urgencia	*ST / SL*	*$1.941.-*
Consultas para menores de 15 años y mayores de 65 años	*ST / SL*	*$971.-*
Prácticas odontológicas	*ST / SL*	*$1.941.-*

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

Abreviaturas:

- **SC:** Sin Cargo.
- **ST:** Sin Tope.
- **SL:** Sin Límite.

INTERNACIONES

El tipo de habitación será compartida con baño privado.

La cobertura es del 100% en cualquiera de sus modalidades: institucional, domiciliaria, hospital de día, siempre que sean prescritas por profesionales del "Listado de Prestadores" correspondiente al plan por Ud. elegido. Esto incluye: pensión, derechos sanatoriales, estudios, medicamentos, material descartable, terapia intensiva, unidad coronaria, atención del recién nacido normal y patológico, honorarios profesionales (incluida 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 Auditoria 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, mediante la presentación de la indicación médica, antes del vencimiento de la orden anterior.

Acompañantes en Internación:

Se brindará cobertura en las internaciones correspondientes a pacientes menores de 15 años, a fin de asegurar una adecuada contención familiar (Res. 201/02 Ministerio de Salud, Anexo II).

Prestaciones quirúrgicas de alta complejidad:

Se consideran como tales a las de cirugías cardiovasculares, neurocirugías, trasplantes, y otras intervenciones que estén contempladas en el PMOE (Res 201/02).

MEDICACIÓN

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 40%, de descuento conforme al precio de referencia y en las formas farmacéuticas allí indicadas.

Se brindará la cobertura al 100% de los medicamentos incluidos en la Res. 1561/12 y 1048/14 SSSalud – SUR aplicado a aquellas prestaciones realizadas a partir del 1º de junio de 2014.

Medicamentos en internación

La cobertura será del 100% a cargo de la Obra Social.

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 resumen de historia clínica con medicación por monodroga y dosis diaria.

En estos casos la Obra Social emitirá un Certificado de Patologías Crónicas, el que deberá ser presentado en las farmacias contratadas para obtener dicho descuento.

Medicamentos para el tratamiento de patologías especiales

Los medicamentos para Patologías Especiales, prevista por la Res 310/04 cuentan con el 100% de cobertura, debiendo presentar ante la Obra Social resumen de historia clínica con medicación por monodroga y dosis diaria.

En estos casos la Obra Social gestionará la provisión de la medicación a través de Droguerías habilitadas a tal efecto.

También tendrá cobertura al 100%:

. Eritroproyetina (tratamiento de la IRC).

. Dapsona (Tratamiento de la Lepra).

. Inmunoglobulina antihepatitis B

. 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.

. Cobertura al 100% de la medicación de soporte clínico de la quimioterapia destinada a la prevención y tratamiento de los vómitos inducidos por agentes antineoplásicos según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.

. Cobertura al 100% de la medicación analgésica destinada al manejo del dolor de pacientes oncológicos, según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.

. Medicación incluida en las Resoluciones 400/2016 SSSalud, 475/02 APE; 40/2016 APE; 5600/03 APE Y 2048/03 APE y sus modificatorias. Res. 1561/12 y 1048/14 SSSalud – SUR

. Medicamentos destinados a los pacientes comprendidos en leyes de protección de grupos vulnerables.

Medicamentos para el tratamiento de la Diabetes

La Obra Social cubrirá el total del costo de la medicación y de las tiras reactivas en las cantidades necesarias según la prescripción médica, tal como lo establece la Ley de Diabetes N.º 26914 y Res. 1156/2014 de SSSALUD. Para acceder a los beneficios sólo será necesaria la acreditación, mediante certificación médica de una institución sanitaria pública, 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.

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 exclusivamente 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 PMOE.

. Fallo de tratamiento, intolerancia o problemas de conveniencia (interacciones, contraindicaciones o particularidades farmacocinéticas de cada caso) de los medicamentos incluidos en el PMOE.

Dicha cobertura será otorgada con autorización de la Auditoria Médica de la Obra Social según las recomendaciones de uso establecidas en el Anexo V del PMOE.

Prescripción de Medicamentos

Se reconocerán exclusivamente las que hayan sido solicitadas por cualquiera de los médicos referentes de la atención médica primaria, Centros de Guardia, empresa de atención domiciliaria y urgencias en recetario con logo de:

. Centro de medicina familiar.

. Centro de atención médica primaria.

. Recetario particular del médico referente.

. Centro de Guardia.

. Empresas de atención domiciliaria y/o urgencias.

. Hospitales públicos.

. Recetario particular del médico especialista.

Las prescripciones deberán ajustarse a la Res. 201/02, Res 310/04 y sus modificatorias

Cobertura de Medicamentos con el 40% de descuento

No requieren autorización previa. Serán suministrados por la red de farmacias de la Obra Social.

Cobertura de Medicamentos con el 70% de descuento

Son medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes que requieran de modo permanente o recurrente el empleo de fármacos para su tratamiento, según formulario terapéutico y Programa Médico Obligatorio (PMO).

Requerimientos de la cobertura:

. El afiliado deberá enviar a Obra Social resumen de historia clínica para la evaluación de la Auditoría Médica.

. Receta profesional solicitando la medicación.

. Serán provistos por la farmacia que indique la Obra Social.

Cobertura de Medicamentos con el 100% de descuento

Son medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes que requieran de modo permanente o recurrente el empleo de fármacos para su tratamiento, según formulario terapéutico y Programa Médico Obligatorio (PMO).

Requerimientos de la cobertura:

. El afiliado deberá presentar a Obra Social: resumen de historia clínico, protocolo de tratamiento en el que se incluya: Dosis diaria y tiempo estimado del mismo, para la evaluación de Auditoría Médica.

. Receta profesional solicitando la medicación.

En estos casos la Obra Social gestionará la provisión de la medicación a través de Droguerías habilitadas a tal efecto.

Requisitos que deben cumplir las recetas médicas

Deben ser completadas por el Médico en su totalidad. Las recetas deben presentar los siguientes datos:

. Apellido y Nombre o codificación según corresponda a la patología.

. Denominación completa de la Obra Social (Obra Social Fedecamaras).

. N.º de afiliado.

. DNI.

. Edad.

. Sexo.

. Indicar si el afiliado es Titular/adherente.

. Prescripción por droga (genérico).

. Diagnóstico.

. Fecha de prescripción.

. Firma y sello del médico tratante.

La receta deberá ser extendida por nombre genérico (Ley 25.649 y Dto. 967/03) y por los profesionales de cartilla de prestadores. Los medicamentos deberán ser adquiridos únicamente en las farmacias que conforman el listado de farmacias contratadas.

Los medicamentos homeopáticos y recetas magistrales no tienen cobertura.

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

Exclusiones:

Medicamentos de venta libre.

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

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

Lociones y champús 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 del 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.

OTRAS COBERTURAS

Discapacidad

Se garantiza el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley Nº 24.901 y su Decreto reglamentario, en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad según lo establecido por resolución N° 428/99 MSAL y normas complementarias.

Plan Materno Infantil

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.

Comprende:

- Cobertura del 100% de la atención integral del embarazo, parto y del recién nacido hasta los tres (3) años de edad, de conformidad con lo previsto en la Ley Nº 27.611.
- Cobertura del 100% en medicamentos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio para la madre y del 40 % para medicamentos ambulatorios no relacionados de modo directo con el embarazo y posterior nacimiento del niño.
- Cobertura del 100% en medicamentos para el niño hasta los tres (3) años de vida.

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, para lo cual deberá presentarse la receta emitida por el profesional tratante según las normas antes mencionadas.

Prótesis Y Ortesis

La cobertura será del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente y del 50% en ortesis y prótesis externas. Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto. Sólo se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional. Se reconocerán exclusivamente las que hayan sido solicitadas según el esquema que se presenta a continuación y con la documentación solicitada:

Prescripción de prótesis e implantes

- Datos del afiliado (nombre, apellido o codificación según corresponda, N.º de afiliado, N.º de documento, edad, sexo y categoría).
- Diagnóstico.
- Tipo de material genérico (sin marca, modelos).
- Fecha de prescripción.
- Firma y sello del médico especialista tratante.

Historia Clínica de prótesis e implantes

- Datos del afiliado (nombre, apellido o codificación según corresponda, N.º de afiliado, N.º de documento, edad, sexo y categoría).
- Diagnóstico.
- Antecedentes de la enfermedad, estado actual, estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades.
- Fundamento diagnóstico: indicar estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Detalle del material solicitado (sin marca, modelos).
- Fundamento terapéutico del material solicitado.
- Firma y sello del médico tratante.
- Fecha y lugar de la cirugía.

Consentimiento informado

Firmado por el paciente o su representante y por el profesional actuante

Estudios complementarios

El afiliado presenta fotocopia de los informes de estudios complementarios con firma y sello del profesional interviniente.

Programa Nacional de Detección temprana y atención de la Hipoacusia

Según lo establece la Ley 25.415 de Detección temprana y atención de la Hipoacusia, todo recién nacido antes del primer mes de vida tiene derecho de ser estudiado para evaluarse su capacidad auditiva y debe realizarse el estudio de Otoemisiones Acústicas, en primera instancia, que forma parte de la pesquisa de enfermedades del recién nacido.

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 afiliado. 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

Se da cobertura al 100% a aquellos afiliados que no puedan trasladarse desde, hasta o entre establecimientos de salud y cuyo traslado sea necesario para el diagnóstico y/o tratamiento de su patología. La Auditoría Médica podrá autorizar otros traslados de acuerdo a la necesidad de los afiliados.

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 de la RESOL-2021-1403-APN-SSS#MS.

Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua

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

Cobertura en Óptica

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

Mayores de 15 años

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

Salud Mental

Se asegura la cobertura prevista en la Ley N° 26.657 y en el decreto reglamentario Nº 603/2013, sin limitaciones en cuanto al número de sesiones ni los días de internación. Esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psicodiagnóstico.

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

Violencia de Género

Se asegura la cobertura prevista por las Leyes 26.485 y 27.696 y los decretos que las reglamentan, en los que se estable un protocolo para el abordaje integral de personas víctimas de violencia de género a través de la cobertura total e integral de las practicas preventivas y terapéuticas.

OTRAS COBERTURAS DE ALTA COMPLEJIDAD

Reproducción medicamente asistida:

Se dará cobertura, según Ley N.º 26.862 y decreto reglamentario 956/2013. Tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida.

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

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

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

Identidad de Género:

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

Obesidad:

Se dará cobertura, según Ley N.º 26.396 (Resolución N° 742/2009-MSAL Anexo I) Cobertura de pacientes adultos con índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a treinta (30) con al menos una comorbilidad.

Comprende:

- Cobertura ambulatoria
- Cobertura de seguimiento del tratamiento
- Tratamiento farmacológico

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

- ORLISTAT - Inhibidor de la absorción de grasas
- SIBUTRAMINA – Anorexígeno

Tratamientos quirúrgicos para índice de masa corporal igual o mayor a cuarenta (40) KG/M2
Procedimientos quirúrgicos con cobertura:

- Banda gástrica ajustable (BGA)
- By-pass gástrico

Celiaquía:

Se dará cobertura, según Ley N.º 26.588 y su modificatoria Ley N.º 27.196 y Decreto Reglamentario N.º 528/2011 –PEN y su modificatoria Decreto N.º 754/2015- PEN. Se brindará la cobertura en concepto de harinas y premezclas libres de gluten acorde al monto establecido en la RESOL-2019-775-APN-SGS#MSYDS. Conforme a la Resolución N° 102/2011 MSAL, se incorpora la pesquisa a través del marcador sérico IgA para la detección de la enfermedad celíaca. Se garantiza el acceso a las determinaciones incluidas en la Resolución N° 1408/2017 MSAL a fin de acreditar la condición de paciente celíaco mediante la “constancia médica de Enfermedad Celiaca”.

HIV – Adicciones – Alcoholismo:

Se dará cobertura según Ley N° 24.455. Cobertura el 100% de los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos. Los beneficiarios contarán con una atención ambulatoria y de internación tanto para desintoxicación como de internación en comunidades a través de los siguientes servicios: Consulta y Orientación, Hospital de Día, Hospital de Noche, Internación Psiquiátrica para desintoxicación con terapéutica y medicación específica, Internación en “comunidades terapéuticas” autorizadas.

Pacientes Osteomizados:

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

Cirugía reconstructiva:

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

Leches medicamentosas:

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

Abordaje integral e interdisciplinario de los sujetos que presentan dificultades especificas del aprendizaje:

Se dará cobertura según Ley N.º 27.306.

Abordaje integral e interdisciplinario de los sujetos que presentan Trastornos del Espectro Autista:

Se dará cobertura según Ley N.º 27.043.

Fibrosis Quística:

Según la Ley 27.552 y la Resolución 2894/2019 MSAL, se dará cobertura al 100 % de los medicamentos y productos médicos destinados al tratamiento de la Fibrosis Quística incorporada al apartado 7.3 del Anexo I de la Resolución N.º 201/02 MSAL. El PMO debe cumplir con el Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (VIGIA) en el ámbito de la Seguridad (según ordena el Decreto 865/2000), a fin de garantizar la salud de la población en especial en emergencias sociales en donde hay que adoptar todas las medidas necesarias para que el número de personas vulnerables a enfermedades transmisibles y no transmisibles no aumente.

Interrupción voluntaria del embarazo:

En el marco de la Ley 27.610, se dará cobertura integral y oportuna a las personas gestantes a fin de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto.

Art. 4º- Interrupción voluntaria del embarazo. Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional

Art. 5º- Derechos en la atención de la salud. Toda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo en los servicios del sistema de salud o con su asistencia, en un plazo máximo de diez (10) días corridos desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y en las leyes 26.485, 26.529 y concordantes.

Diabetes Mellitus:

Se dará cobertura, según Ley N.º 26.914 y Resolución 764/2018-MSyDS 100% en medicamentos y reactivos de autocontrol para pacientes diabéticos (cualquier tipo), como así también en cantidades necesarias, según lo prescriba su médico. Cobertura del 100% en insulina, jeringas y agujas; tiras reactivas e hipoglucemiantes orales para pacientes diabéticos insulinodependientes lábiles participantes en programas específicos de prevención secundaria se seguirán los lineamientos del tratamiento intensificado, según la resolución vigente.

PLANES DE PREVENCIÓN

En todos los casos la Obra Social junto a los especialistas desarrollarán talleres de capacitación y extremarán los recaudos para la detección de los grupos de riesgo, enfatizando los controles sobre los mismos.

Asimismo, debe concientizarse al paciente, para lo cual además del asesoramiento médico se entregarán folletos ilustrativos destinados a la promoción de la salud y prevención de enfermedades y se realizará la publicación de consejos y tips en la página web de la Obra Social.

Monitoreo y evaluación

A fin de ponderar las actividades realizadas y en consecuencia, del cumplimiento de las metas propuestas, se trabajará intensamente con los prestadores para lograr la remisión en los plazos establecidos, de la información estadística que permita:

- Evaluación y seguimiento de los Registros de Pacientes bajo Programas.
- Evaluación y seguimiento de los Registros de Enfermedades Prevalentes.
- Evaluación de las actividades orientadas a consensuar con los prestadores una sistemática de trabajo a efectos de elaborar indicadores.

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

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

Comprende:

- En embarazos normales se realizará un control mensual hasta la semana 35, quincenal de la 35 a la 38 y semanal desde la 38 hasta el parto.
- En embarazos de riesgo, se deberán contemplar controles sin restricciones, con la cobertura de los estudios que cada patología requiera.
- La atención del recién nacido hasta cumplir tres (3) años tendrá cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio.
- La atención del recién nacido hasta cumplir tres (3) años estará exceptuada del pago de todo tipo de coseguros.

Tendrán cobertura:

- Consultas de seguimiento y control.
- Inmunizaciones del período.
- Cobertura del 100% de la medicación requerida para los tres (3) primeros años de vida, siempre que ésta figure en el listado de medicamentos esenciales.
- Las prestaciones incluidas en la Ley Nº 26.279 con cobertura al 100%: Fenilcetonuria, Hipotiroidismo neonatal, Fibrosis Quística, Galactosemia, Hiperplasia Suprarrenal congénita, deficiencia de Biotinasa, Retinopatía del prematuro, Chagas y Sífilis.

- A fin de estimular la lactancia materna, no se cubrirán las leches maternizadas, salvo expresa indicación médica, con evaluación de la Auditoría Médica. Se dará cobertura de leches medicamentosas, según Ley 27.305.
- Se dará cobertura a las prestaciones contempladas en la Ley 25.415, Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia.

Población blanco

La población blanco de este programa está constituida por:

- Afiliadas que cursan un embarazo durante el presente año y hasta 1 mes Postparto.
- Recién Nacidos registrados de 0 a 28 días de vida
- Niños de 29 días de vida hasta los 35 meses y 31 días de vida.

Objetivos específicos

Embarazadas:

- Captar en forma temprana al 100% de las embarazadas a fin de aplicar el conjunto de medidas preventivas recomendadas en este programa.
- Detectar precozmente al 100% de los embarazos de alto riesgo de manera de tratar en forma oportuna los problemas de salud que pudieran derivarse. Entendemos por Embarazos de alto riesgo a los embarazos en los cuales la madre presente las siguientes condiciones o enfermedades detectadas: Embarazo adolescente; Hipertensión Arterial; Diabetes gestacional, anemia y enfermedades infecciosas.
- Desarrollar actividades de consejería y anticipación respecto de embarazo, parto, puerperio y cuidados durante los 3 (tres) primeros años de vida del niño en el 50 % de las mujeres en edad fértil.
- Completar el esquema de vacunación según normativa vigente en el 100% de las mujeres embarazadas.
- Realizar controles suficientes en el 100% de las embarazadas captadas. Se entiende por controles suficientes diez o más controles prenatales antes del parto, en doce meses.
- Registros adecuados en el 100% de las embarazadas captada y controlada. Se entiende por registros adecuados, carnet de la embarazada con datos completos en poder de la paciente y hoja de controles con los datos completos en poder de la Obra Social o el prestador contratado, en doce meses.

Recién nacidos de 0 a 28 días de vida:

- Fomentar la lactancia materna en el 100 % de los recién nacidos en los casos en los que no haya alguna condición que impida la misma.
- Promover la salud integral del niño menor de un año.

Niños de 29 días de vida hasta los 35 meses y 31 días de vida:

- Promover en forma activa y continuada la lactancia materna en el 50 % de los niños menores de 1 año.
- Promover la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida del niño.

- Completar el calendario de vacunación en el 100% de los niños hasta el tercer año de vida.
- Promover la salud integral del niño hasta el tercer año de vida.
- Detectar precozmente problemas relacionados con el crecimiento y desarrollo de los niños hasta el tercer año de vida.
- Captar el 100% de los beneficiarios menores de tres años. Se define detección precoz aquella que se realiza con un control dentro del período de dos semanas posteriores al nacimiento, en doce meses.
- Realizar una cantidad suficiente de controles en el 100% de los niños captados. Se entiende por controles suficientes seis o más controles en el transcurso del primer año de vida del niño sano, en doce meses.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CANCER DE CUELLO DE ÚTERO

Este programa se orienta a mujeres desde los 18 años y sin límite de edad superior. Tiene como objetivo principal contribuir a la reducción de la incidencia y mortalidad por esta enfermedad.

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 mayores de 18 años, se realizará una vez por año:

- Consulta ginecológica.
- Papanicolaou (independientemente del resultado de estos)

En caso de PAP patológico, se efectuará:

- Colposcopia.
- Cepillado endocervical.

En caso de colposcopia patológica, se realizará:

- Biopsia dirigida colposcopia.

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

Objetivos Generales

- Controlar la mortalidad por cáncer de cuello de útero.
- Reducir las complicaciones por esta enfermedad.

Objetivos Específicos

- Llevar adelante una vacunación del 70% o mayor en beneficiarias mayor de 11 años contra el HPV.
- Captar en forma oportuna y adecuada a las afiliadas para su control periódico de salud a partir del inicio de relaciones sexuales.
- Realizar examen ginecológico y toma de muestra de Papanicolaou anual a la población

blanco independientemente del resultado de este y de la edad de la afiliada.

- Realizar examen mamario y mamografía en forma anual a todas las afiliadas a partir de los 35 años independiente del resultado de la práctica y de la edad de esta.
- Realizar tratamiento oportuno a lesiones detectadas en el examen periódico.

Metas

Captación oportuna e implementación de prácticas preventivas, en especial vacunación contra el HPV, en el 100 % de las afiliadas que integran la población blanco. El 40% en el primer semestre y el 60% en el semestre restante.

Recursos humanos

- Profesionales médicos de los consultorios de atención médica familiar
- Personal perteneciente a los efectores contratados por la Obra Social.

Recursos materiales

- Guía de examen ginecológico periódico o guía de examen periódico de salud del adulto que contenga examen ginecológico.
- Instrumental, equipamiento e insumos descartables para realización del examen.
- Material informativo para pacientes.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA.

Este programa se orienta a mujeres desde los 35 años y sin límite de edad superior. Para mujeres con riesgo aumentado, se intensificará el control a edades más tempranas. Se propone reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con esta enfermedad, con la misión de promover y asegurar la calidad y equidad del cuidado de las mujeres de riesgo, con sospecha o confirmación de cáncer de mama. El diagnóstico precoz del cáncer de mama es el instrumento más importante en el pronóstico de la enfermedad y la supervivencia de la paciente.

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 cómo llevar a cabo esta técnica de control a través folletos ilustrativos.

Detección mamográfica:

Se brindará cobertura de una mamografía anual a toda mujer mayor a 35 años, sin límite de edad superior.

Población en riesgo estándar:

- Una mamografía a los 40 años.
- Luego una mamografía anual.

Las mamografías se realizarán anualmente para control debiendo consignar el comienzo de los citados controles; teniendo en cuenta los factores de riesgo.

Con mamografía anormal o patológica se efectuará biopsia:

- Biopsia positiva: tratamiento
- Biopsia negativa: control mamográfico al año.

Población blanco

Afiliadas de la Obra Social Fedecámaras mayores de 35 años.

Objetivos generales

- Controlar la mortalidad por cáncer de mama.

Objetivos específicos

- Realizar examen mamario y mamografía en forma anual a todas las afiliadas a partir de los 35 años independiente del resultado de la práctica y de la edad de esta.
- Realizar tratamiento oportuno a lesiones detectadas en el examen periódico.

Metas

El programa se propone las siguientes metas:

- Captación oportuna e implementación de prácticas preventivas, en el 100 % de las afiliadas que integran la población blanco. El 40% en el primer semestre y el 60% en el semestre restante.

Recursos Humanos

- Profesionales médicos de los consultorios de atención médica familiar.
- Personal perteneciente a los efectores contratados por la Obra Social.

Recursos Materiales

- Guía de examen ginecológico periódico o guía de examen periódico de salud del adulto que contenga examen ginecológico.
- Instrumental, equipamiento e insumos descartables para realización del examen.
- Material informativo para pacientes.

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE

El objetivo general del Programa de Salud Sexual y Reproductiva es garantizar la atención integral de la salud sexual y reproductiva, mediante la prevención y detección precoz de las enfermedades de transmisión sexual y la promoción del autocuidado y la planificación familiar. Facilitar a toda la población sexualmente activa, independientemente de la edad, el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios

referidos a la salud sexual y procreación responsable, para que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones y violencia.

Objetivos

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia
- Disminuir la morbimortalidad materno-infantil
- Prevenir embarazos no deseados
- Promover la salud sexual de los adolescentes
- Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias;
- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable
- Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Cobertura

- A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, se podrán prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT
- Cobertura al 100% de ligadura de trompas y vasectomía, según lo establece la Ley 26.130.
- Cobertura de Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE), de acuerdo con lo establecido por la Resolución N° 232/07 del Ministerio de Salud de la Nación.
- Ley 25.673 incorpora en el punto 7 apartado 3 del anexo I de la Resolución N° 201/02-MSAL el IMPLANTE SUBDÉRMICO (Resolución 2.922/2019-MSyDS), como método anticonceptivo con cobertura al 100%, incluyendo todas las presentaciones existentes en el mercado.

Determinación de la población

La población blanco de este programa está constituida por el conjunto de afiliados a partir del inicio de las relaciones sexuales.

Objetivos generales

Promover el autocuidado y el conocimiento adecuado sobre salud sexual por parte de la población afiliada.

- Promover la planificación familiar.
- Realizar prevención primaria de enfermedades de transmisión sexual.

Objetivos Específicos

- Ofrecer y realizar consejo anticonceptivo a todas las parejas y pacientes individuales en etapa de actividad sexual.
- Realizar actividades de educación para la salud sexual y la procreación responsable, haciéndolas en las consultas individuales así como en abordajes grupales y comunitarios.
- Asegurar el acceso adecuado y oportuno a los métodos anticonceptivos a todos los afiliados que lo requieran.
- Realizar inmunización con vacuna para hepatitis B.
- Conocer el grado de concientización del programa a través de llevar adelante un control de provisión de métodos anticonceptivos

Metas

Realizar acciones de consejería sobre salud sexual y procreación responsable con el 100 % de las/los afiliadas/os que realizan su examen periódico de salud según normas o realizan consultas en forma especial en los centros de atención familiar

- Ofrecer consejo anticonceptivo en forma explícita tanto en consultas individuales como en acciones de comunicación con la población usuaria de los servicios (folletos, volantes, afiches, etc.) a lo largo de los doce meses que dura el Programa.
- Conseguir niveles de acceso inmediato al suministro de preservativos y anticoncepción hormonal oral según normas, durante los 12 meses.
- Conseguir niveles de acceso en tiempos adecuados de programación para la colocación de DIU, técnicas quirúrgicas, en caso de indicación durante los 12 meses.

Recursos humanos

- Profesionales médicos de los consultorios de los Centros de Atención Familiar
- Personal perteneciente a los efectores contratados por la Obra Social

Recursos materiales

- Guía de acciones de salud sexual y reproductiva.
- Preservativos y anticonceptivos hormonales.
- Sistemas de provisión de Dispositivos Intrauterinos.
- Material informativo para pacientes.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN ODONTOLÓGICA

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

El objetivo general del programa es lograr que los afiliados adquieran hábitos de higiene y cuidado para la salud bucal a través de prácticas de prevención y promoción.

Este, como los demás Programas de Promoción de la Salud, se basa en la información, enfatiza en el cambio de hábitos y ciertas pautas culturales de alimentación, etc. En este caso, específicamente, en el cuidado de la salud bucal.

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

Se promoverán acciones de prevención a través de la educación para la salud (limpieza y pulido de las superficies y topicación con flúor, selladores de fosas y fisuras, enseñanza de técnicas de higiene bucal, consulta periódica)

El médico pediatra se observa como figura esencial en la difusión y apoyo de este programa, con la recomendación sobre:

- Examen del niño sano para la detección de caries.
- Topicaciones con flúor y enseñanza del cepillado dental
- Orientación nutricional con el objeto de racionalizar el consumo de productos causantes de caries.

Desarrollo del programa

Embarazadas:

- Control odontológico inmediato a la detección del embarazo.
- Higiene dental adecuada.
- Dieta balanceada. (Para evitar malformaciones en los dientes del bebe).
- Período 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 postulares 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.

Objetivo general

Lograr que los afiliados de la Obra Social adquieran hábitos de higiene y cuidado de la dentadura a través de prácticas de prevención y promoción de la salud bucal.

Objetivos específicos

- Realizar al menos una consulta preventiva odontológica de la embarazada.
- Impartir educación acerca del cuidado de la salud bucal del niño.
- Promover la consulta del niño a la salida del primer diente.
- Promover la consulta anual desde los 3 a los 6 años de vida.
- Capacitar a los afiliados sobre técnica de cepillado y fluoración.
- Estimular la consulta preventiva periódica a partir de los siete años.

Metas

El programa se propone como meta, en este año, que el 50% de la población blanco incorpore conductas odontológicas preventivas e incorpore conductas odontológicas preventivas.

Actividades

a) De abordaje individual:

- Promoción de la consulta Odontológica periódica del afiliados adulto y del niño, como punto de partida hacia el cuidado odontológico a largo plazo.

- Instrucción y promoción de medidas de higiene oral en el adulto y el niño.
- Estimular el seguimiento y control periódico subsiguiente de las condiciones de salud oral
- Propender a la terapia odontológica breve y poco invasiva.

b) De abordaje grupal:

- Desarrollar una campaña por medio de trípticos o cualquier otro tipo de información en beneficio de la salud bucal.
- Difusión de medidas preventivas a través de la página Web, link promoción de la salud.

Recursos humanos

- Personal perteneciente a los centros de atención familiar.

Recursos materiales

- Equipamiento Odontológico Completo. Consultorio Odontológico.
- Guía de actividades odontológicas preventivas.
- Material informativo para pacientes.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DIABETES:

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, 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 insulinodependiente.
- Provisión sin cargo de Insulinas.

- Cobertura del 100 % en tiras reactivas sin cupo.
- Todo ello en acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 301/99 y 201/2002 del Ministerio de Salud.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La población blanco de este programa está constituida por el conjunto de afiliados de ambos sexos, con más de 39 años con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Objetivos generales

- Controlar la morbimortalidad por Hipertensión Arterial y sus complicaciones.

Objetivos específicos

- Captar en forma temprana y adecuada a los pacientes con Hipertensión Arterial detectados.
- Tratar en forma oportuna a los pacientes hipertensos mediante cambio de hábitos y medicación en caso de que fuese necesaria.
- Disminuir la ocurrencia de infarto de miocardio y otras enfermedades que cuentan con la HTA como factor de riesgo aumentado.
- Disminuir la cantidad de internaciones e intervenciones quirúrgicas por patologías cardiovasculares.
- Desarrollar actividades de consejería y anticipación respecto de la enfermedad hipertensiva con educación del paciente y su familia.

El programa se propone las siguientes metas:

- Elaboración de un padrón que contenga, un mínimo del 60 % de los hipertensos teóricos correspondientes a la población de la Obra Social.
- Cambio de al menos un hábito de vida relacionado con hipertensión arterial en el 50% de los pacientes empadronados.

Recursos humanos

- Profesionales médicos de los consultorios de los centros de atención familiar.
- Personal perteneciente a los efectores contratados por la Obra Social Fedecámaras.

Recursos materiales

- Guía de tratamiento y seguimiento del paciente con Hipertensión Arterial.
- Material informativo para pacientes.

Durante la ejecución del programa se evaluarán con una periodicidad semestral los siguientes indicadores de servicios:

- Prevalencia de HTA
- Total de afiliados con diagnóstico de HTA durante el último año / Total de afiliados.
- Egresos hospitalarios y/o Sanatoriales por y/o sus complicaciones

- Total de egresos hospitalarios y/o sanatoriales con diagnóstico de HTA o sus complicaciones durante el último año / Total de egresos hospitalarios y/o sanatoriales durante el último año.
- Promoción de la Salud en Prevención de la Hipertensión Arterial (Talleres, distribución de material gráfico, etc.)
- Total de pacientes que recibieron talleres sobre HTA durante el período/ Total de pacientes HTA durante el período.
- Total de pacientes que recibieron material gráfico sobre HTA durante el período / Total de pacientes HTA durante el período.

PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE H.I.V. - 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.

OTROS

Pacientes en tránsito

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 0800-345-0770, o bien consultar nuestra página web www.obrasocialfedecamaras.com.ar.
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.

Excepción del sistema

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

Exclusiones

- 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 convencionales 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.
- 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 avalada por la entidad científica representativa.
- Prótesis u Ortesis en las que se requiera determinada marca registrada, o suministrada por determinado proveedor, o importadas cuando existan del mismo tipo o similares de origen nacional.
- 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.
- 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.
- Provisión de órganos.
- Tratamientos que se opongan a normas legales vigentes.
- Tratamientos que se contrapongan al proceso natural de vida del individuo.
- Ambulancia aérea.
- Antiseborreicos, bio-organoterápicos capilares, champúes (salvo para pediculosis)
- Tratamientos desensibilizantes de alergias/vacunas que no figuren en el Manual Farmacéutico.

DENUNCIAS Y RECLAMOS

En caso de reclamos y/o denuncias por falta o deficiencia en las prestaciones, por cobro de plus no autorizado, los afiliados podrán presentar su denuncia por escrito, personalmente, en la oficina de la Obra Social, situada en Av. Rivadavia 5456 1º piso (Galería Astro), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, teléfono 0800-345-0770; o vía mail a abeneficiario@osfedecamaras.com.ar

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).

OSF FEDECAMARAS CUIDA TU SALUD

Las normas operativas de atención y la cartilla de prestadores tendrán vigencia a partir del 01/01/2023 y serán de renovación anual.

LISTADO DE PRESTADORES

EMERGENCIAS

RIESGO DE VIDA

Son aquellas situaciones en las cuales el paciente presenta RIESGO DE VIDA y necesita ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA.

En el caso que el médico de emergencia solicite la internación del paciente **no se abona coseguro**, si el paciente queda en el domicilio, se considera que es una atención domiciliaria, por lo que debe abonar coseguro.

0800-999-5355 / 0810-999-8505

URGENCIAS

SIN RIESGO

Es toda situación de aparición generalmente aguda en la que, no habiendo riesgo inminente para la vida, el paciente debe ser asistido relativamente rápido, a fin de evitar un deterioro progresivo y complicaciones graves. **Debe abonar coseguro**

0800-999-5355 / 0810-999-8505

Al solicitar el servicio de Emergencia o Urgencia, deberá informarle al telefonista los siguientes datos:

. Nombre y Apellido del paciente.
. Número de Afiliado.
. Domicilio *(y entre que calles está ubicado).*
. Teléfono.
. Los síntomas que tiene, lo más claro posible.

Usted deberá presentar:

. Credencial.
. Documento de Identidad.
. Talón de Atención *(vigente).*

URGENCIAS

GUARDIAS

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

Sanatorio Córdoba
. Dean Funes 1162 | Córdoba
. 0351-426-971

GUARDIA ODONTOLÓGICA

SOP (Sistema Odontológico Privado)
. 0800-333-0087/0291-456-469

SALUD MENTAL

. 0800-345-0770

GUARDIAS

DE ACCESO DIRECTO
No requiere autorización, ni derivación de la Obra Social.

En HOSPITALES no abona coseguro.

Si usted necesita atención inmediata y puede movilizarse podrá utilizar este servicio las 24 hs. del día, los 365 días del año, concurriendo a los siguientes lugares:

GENERALES

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

Sanatorio Córdoba
. Dean Funes 1162 | Córdoba
. 0351-426-971

GUARDIA ODONTOLÓGICA

SOP (SISTEMA ODONTOLÓGICO PRIVADO)
Teléfono: **0800-333-0087/0291-456-469**

Sr. Afiliado recuerde que: una vez que usted fue atendido por el médico en la Urgencia, Emergencia o Guardia, deberá solicitar una cita con el médico de Atención Primaria de la Obra Social.

OSF FEDECAMARAS CUIDA TU SALUD

Las normas operativas de atención y la cartilla de prestadores tendrán vigencia a partir del 01/01/2023 y serán de renovación anual.

ATENCIÓN MEDICA AMBULATORIA

CONSULTAS MÉDICAS

Solamente se reconocerán las consultas, estudios, prácticas y prestaciones médico-asistenciales ambulatorias y de internación siempre que se efectúen exclusivamente en prestadores de la Cartilla Médica de la Obra Social.

ESPECIALIDADES DE ACCESO DIRECTO

CLÍNICA MÉDICA

Conci Carpinella
. Santa Rosa 748 | Córdoba
. 0351-414-0710

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

Sanatorio Córdoba
. Dean Funes 1162 | Córdoba
. 0351-426-971

GINECOLOGÍA

Conci Carpinella
. Santa Rosa 748 | Córdoba
. 0351-414-0710

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

Sanatorio Córdoba
. Dean Funes 1162 | Córdoba
. 0351-426-971

PEDIATRÍA

Conci Carpinella
. Santa Rosa 748 | Córdoba
. 0351-414-0710

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

Sanatorio Córdoba
. Dean Funes 1162 | Córdoba
. 0351-426-971

OBSTETRICIA

Conci Carpinella
. Santa Rosa 748 | Córdoba
. 0351-414-0710

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

Sanatorio Córdoba
. Dean Funes 1162 | Córdoba
. 0351-426-971

OFTALMOLOGÍA

Conci Carpinella
. Santa Rosa 748 | Córdoba
. 0351-414-0710

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

ATENCIÓN MEDICA SECUNDARIA

ESPECIALIDADES CON DERIVACIÓN

Interconsultas con profesionales médicos de distintas especialidades.

REQUIEREN AUTORIZACIÓN:

. Cirugía.

. Hemodinamia.

. Infectología.

. Neurocirugía.

. Obstetricia.

. Oncología.

. Patología Mamaria.

. Proctología.

. Fertilización.

. Hepatología.

. Genética.

. Electrofisiología.

Siempre y cuando haya sido solicitado por cualquiera de los Médicos Referentes de la Atención Medica Primaria en recetario con logo de:

. Centro de Medicina Familiar.

. Centro de Atención Médica Primaria.

. Recetario particular del Medico Referente.

. Centro de Guardia.

ESPECIALISTAS

Siempre se accede por derivación exclusiva de los médicos de Atención Primaria y requieren autorización de la Obra Social.

Interconsulta:
El medico solicitante deriva al afiliado a un especialista, para requerir de este su opinión respecto del tratamiento a seguir.
Una vez realizadas las mismas, el especialista debe "devolver" al afiliado al profesional derivante junto con un informe que este le haya solicitado. No reconociéndosele más de dos consultas por cada interconsulta.

Consultas Obstétricas:
La Obra Social asignará a la paciente una Institución para la atención ambulatoria hasta el momento del parto, incluyendo consultas y estudios de diagnóstico inherentes al embarazo.

Consultas Post quirúrgicas:
Se reconocerán (2) dos consultas. Deberán ser solicitadas por el cirujano luego de la cirugía hasta el alta, indicando el motivo de estas. Es tramitado por el afiliado. Requiere autorización de la Obra Social.

El **profesional solicitante debe acompañar al pedido:**

- Resumen de Historia Clínica
- Apellido y Nombre del Profesional
- Firma
- Especialidad

Sr/a. Afiliado/a recuerde que:
. No debe retirarse del consultorio sin que el profesional le aclare perfectamente cualquier duda acerca de las indicaciones, tratamiento, estudios, solicitudes y/o derivaciones que él le esté solicitando.
. No debe dejar de consultar en la Oficina Administrativa del consultorio donde se encuentre, pues allí pueden indicarle el lugar más próximo para realizar las consultas, prestaciones y/o estudios que le están solicitando.
. Siempre puede comunicarse con nuestro Centro de Atención Telefónica donde podrán guiarlo y asesorarlo en todo aquello que usted nos requiera.

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA | 0800-345-0770

OSF FEDECAMARAS CUIDA TU SALUD

Las normas operativas de atención y la cartilla de prestadores tendrán vigencia a partir del 01/01/2023 y serán de renovación anual.

ALERGIA E INMUNOLOGÍA

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

Sanatorio Córdoba
. Dean Funes 1162 | Córdoba
. 0351-426-971

CARDIOLOGIA

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

Sanatorio Córdoba
. Dean Funes 1162 | Córdoba
. 0351-426-971

CIRUGIA GENERAL

Conci Carpinella
. Santa Rosa 748 | Córdoba
. 0351-414-0710

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

Sanatorio Córdoba
. Dean Funes 1162 | Córdoba
. 0351-426-971

DERMATOLOGIA

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

Sanatorio Córdoba
. Dean Funes 1162 | Córdoba
. 0351-426-971

DIABETOLOGÍA

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

ENDOCRINOLOGÍA

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

FONOAUDIOLOGÍA

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

GASTROENTEROLOGÍA

Conci Carpinella
. Santa Rosa 748 | Córdoba
. 0351-414-0710

Sanatorio Córdoba
. Dean Funes 1162 | Córdoba
. 0351-426-971

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

KINESIOLOGÍA

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

NEUMONOLOGIA

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

NEUROLOGIA

Conci Carpinella
. Santa Rosa 748 | Córdoba
. 0351-414-0710

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

NUTRICION

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

Sanatorio Córdoba
. Dean Funes 1162 | Córdoba
. 0351-426-971

OTORRINOLARINGOLOGIA

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

UROLOGIA

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

Sanatorio Córdoba
. Dean Funes 1162 | Córdoba
. 0351-426-971

CENTROS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Usted puede realizarse los diferentes estudios en Centros de Métodos de Diagnóstico y Tratamiento, sólo si son solicitados por un profesional médico de nuestra cartilla. La prescripción de estudios deberá ser realizada de puño y letra del profesional tratante sin tachaduras ni enmiendas, las que de existir deben ser salvadas y firmadas por el mismo profesional.

En cada solicitud podrán incluirse:

. Hasta 10 determinaciones de laboratorio de análisis clínicos.
. Hasta 2 determinaciones radiológicas o de imágenes.
. Hasta 1 practica de alta complejidad.

LABORATORIO

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

Conci Carpinella
. Santa Rosa 748 | Córdoba
. 0351-414-0710

Laboratorio SEDA
. 9 de Julio 1140 | Córdoba
. 0351-300-1414

RADIOLOGÍA Y ECOGRAFÍAS

Abona coseguro, si usted tiene dudas respecto si el estudio y/o tratamiento indicado requiere o no autorización, consulte con el profesional y/o administrativo antes de retirarse del consultorio.

Conci Carpinella
. Santa Rosa 748 | Córdoba
. 0351-414-0710

Coop. de trabajo de la salud Junín
. Dean Funes 581 | Córdoba
. 0351-423-7301

ESTUDIOS Y PRÁCTICAS

Tendrán cobertura todas las prácticas y estudios complementarios que figuran en el Anexo II de la Res. 201/2002 y sus modificatorias vigentes. Se considerará el material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se brinde.
Se accede a los mismos por derivación del Médico de Atención Primaria.

La prescripción de estudios deberá ser realizada de puño y letra del profesional tratante sin tachaduras ni enmiendas, las que de existir deben ser salvadas y firmadas por el mismo profesional.

BAJA COMPLEJIDAD (NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN):

. Radiología simple. (a excepción de las digitales)

. Ecografías.

. Mamografías. (a excepción de las digitales)

. Pap – Colposcopia.

ESTUDIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD:

No requieren autorización cuando se efectúen como consecuencia de la resolución de una Urgencia. Están sujetos a Auditoria de facturación. Deben ser denunciados a la Obra Social en un lapso de 24 hs. posteriores a la realización.

Requieren:

. Autorización de Auditoria Medica de la Obra Social.

. Derivación a los prestadores definidos por la Obra Social.

REHABILITACIÓN MÉDICA:

. F K T. (no se cubre laser, magnetoterapia y electroanalgesia)

. Fonoaudiología.

Ambos tratamientos requieren autorización y derivación a los prestadores definidos por la Obra Social. Se debe tener en cuenta en todos los casos la cantidad de sesiones autorizadas al momento de la solicitud. Se cubrirán 30 sesiones anuales por afiliado. No se reconocerán como validos los pedidos de rehabilitación realizados por Centros de Guardia o Asistencia Médica domiciliaria.

ODONTOLOGÍA

Exclusivamente las prestaciones que figuran en el PMOE solicitadas por los efectores de la red prestacional. No están cubiertas las prácticas de prótesis y ortodoncia. Las prácticas de diagnóstico requieren autorización previa de la Obra Social. Abona coseguros.

GUARDIAS

Centro Odontológico Bucal
. Echeverria 440 | Rio Cuarto
. 0358-462-7003

Centro Odontológico Kuspide
. Corro 53 | Córdoba
. 0351-428-0012

Red Odontológica Córdoba
. Pje Scabuzzo 25 4° | Córdoba
. 0351-424-5699

GENERAL

Bisig Denise
. Tucuman 98 | Villa Carlos Paz
. 0351-431-430

Blanco Alicia
. San Lorenzo 40 | Villa Carlos Paz
. 0351-433-782

Carubini José
. Luis Tejada 4256| Córdoba
. 0351-482-9611

Centro Odontológico Bucal
. Echeverria 440 | Rio Cuarto
. 0358-462-7003

Centro Odontológico Kuspide
. Corro 53 | Córdoba
. 0351-428-0012

Clinica Dental Catalán
. Brasil 322 | Alta Gracia
. 03547-422-444

Cozzi Silvina
. San Martín 281 | Corral de Bustos
. 03468-409053

Diaz Castelano Gustavo
. Eloy Funes 17 | Rio Tercero
. 03571-428000

Lezcano de Nazer Blanca
. Arrecifes 397 | Córdoba
. 0351-484-0966

López Juan Cruz
. Lisandro de la Torre 335 | Villa Maria
. 0353-461-4455

Morganti Luis
. Boulevard Marconi 1200 | Rio Segundo
. 03572-423-244

Plavnik Luis Maria
. Pellegrini 99 | Villa Carlos Paz
. 03541-431414

Rovetto Paola
. Fray J. S. M. de Oro 7 | Rio Tercero
. 03571-420083

Simoni Ignacio
. Av. Carcano 3418 | Villa Carlos Paz
. 03541-424-863

Tortosa Juan
. Cástulo Peña 688 | Jesús Maria
. 03525-426170

Vera Mónica
. Ovidio Lagos 445 | Córdoba
. 0351-428-4766

Bassani Alejandra
. 27 de Abril 648 PB° 6 | Córdoba
. 0351-15-217-7772

Provinser
. Av. E. Olmos 445 | Córdoba
. 0351-423-0672

. Av. Menéndez Pindal 3531 | Córdoba
. 0351-481-6590

. Salta 264 PB°6 | Córdoba
. 0351-15.217-7772

FARMACIAS

Farmanexus II
. Gral. J. M. Paz 298 | Córdoba
. 0351-571-9908

General Paz Colón
. Colón 5034 Loc. 8 | Córdoba
. 0351-424-3814

General Paz Martinolli
. Av. Recta Martinolli 8853 | Córdoba
. 0351-223-4367

General Paz Nuevo Centro
. Duarte Quiroz 1400 Loc. 1102 | Córdoba

General Paz O´Higgins
. Gral. O´Higgins 5450 | Córdoba

General Paz Urbana
. Av. P. S. Laplace 5890 | Córdoba

General Paz Urca
. E. Lamarca 4135 | Córdoba
. 0351-610-8303

General Paz Villa Belgrano
. Av. Recta Martinolli 6137| Córdoba

Puerto de Palos
. Puerto de Palos 1325 | Córdoba

De la Plaza
. E. Perón 209 | La Calera
. 0354-346-9503

Sarmiento I
. Gral. Paz 146 | La Calera

Sarmiento VII
. Vélez Sarsfield 678| La Calera
. 0354-346-9504

Sr. Afiliado recuerde que, para el retiro de su medicación, debe comuníquese con el Centro de Atención al Beneficiario Farmanexus.

Horario de atención de lunes a viernes de 8 a 19 Hs.

011 7700-0901 desde Buenos Aires
0810-266.4224 desde el interior del país.
11-3298- 1473 WhatsApp

ÓPTICAS

Exclusivamente las prestaciones que figuran en el PMOE solicitadas por los efectores de la red prestacional. Requieren autorización previa de la Obra Social.

Córdoba
. Belgrano 470 | 0351-427-22158
. Santa Rosa 1427 | 0351-4883807
. Montevideo 15 Loc. 3 | 0351-411-4370
. Rosario de Santa Fe 67 Loc. 12B | 0351-423-6243

General Deheza
. Santa Fe 24 | 0358-4050644

San Francisco
. Boulevard Buenos Aires 27 | 0356-415-516105

OSFEDECAMARAS
CUIDA TU SALUD