NORMAS Y

PROCEDIMIENTOS

ANEXO II.

AÑO 2027

La Obra Social del Personal de Instalaciones Sanitarias, OSPIS, brinda a través de sus efectores una cobertura integral e igualitaria a sus beneficiarios de todo el país, asegurando un servicio completo y eficaz, según lo establecido por el Programa Médico Obligatorio.

Para acceder a la prestación, detallamos los procedimientos a seguir.

¿CÓMO PONERSE EN CONTACTO CON LA OBRA SOCIAL?

***PERSONALMENTE**: Presentándose en nuestra Sede Central – Pasco 1040 – de la Ciudad de Buenos Aires. De 08.30 a 12.30 hs. y de 13.30 a 17.30 hs.*

***E-MAIL**: Enviándolo a: info@ospis.com.ar*

***TELEFÓNICAMENTE:** Comunicándose el 011 – 4941-7456 o al 0800-66- 67747(OSPIS).*

***WHATSAPP:** Enviando un mensaje al +54 911 3577-5673 (solo mensajes; no se reciben llamadas ni mensajes de audio.*

***VIA WEB**: Ingresando a nuestro sitio web: www.ospis.com.ar*

También se puede consultar telefónicamente al:

+54 911 3613-8714

+54 911 3938-4268

De Lunes a Viernes de 08.00 a 20.00 hs.

CENTRO DE ATENCION AL BENEFICIARIO- OSPIS: 0800.66.OSPIS

En nuestra Sede Central y las delegaciones del interior del País Ud. puede realizar todos los trámites administrativos, consultas, gestión de credenciales y autorizaciones necesarias para la prestación-

La Obra Social del Personal de Instalaciones Sanitarias, OSPIS, es una Obra Social de cobertura médica cerrada. Por lo tanto, las prestaciones que se brindan son las establecidas en este Anexo y los prestadores son los indicados en la Cartilla correspondiente. No están previstos reintegros de gastos por atención fuera de lo establecido y sin intervención de la Obra Social.

CONSULTAS, RECLAMOS O DENUNCIAS:

La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspaso o de cumplimiento de la prestación. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 08.00 A 16.00 hs. llamando al **0-800-222- 72583 (SALUD).**

Dirección: Bartolomé Mitre 434 - Planta Baja - CABA
Código postal: C1036AAH
La atención al público presencial se realiza con turno previo en el horario de 8 a 16 hs.

CREDENCIALES

La credencial es el medio a través del cual todo beneficiario del sistema de salud es identificado para poder acceder a las prestaciones médicas. Todas las solicitudes de prácticas y estudios, así como la entrega de medicamentos en la red de farmacias adheridas, requieren la presentación de la credencial y su documento de identidad.
Desde el momento en que Ud. accede a la cobertura de OSPIS, podrá obtener su credencial en la Delegación de la Obra Social de la localidad de donde tiene informado su domicilio habitual, presentando su DNI.
Según Resolución 1463/2025 MS, todo beneficiario tiene el derecho a solicitar dicha credencial física, que deberá ser enviado a la Delegación más cercana al domicilio declarado.
Esta opción está disponible para todo beneficiario que se sienta más cómodo con el carnet físico o en aquellos lugares donde pudiese haber problemas de conectividad o para facilitar su uso en personas mayores.

Extravío: en caso de extravío, debe concurrir con el último recibo de sueldo a la Central o a cualquier Delegación y solicitar una nueva credencial.

Costo: Las credenciales no tienen ningún costo para el beneficiario.

ACCESO A LA PRESTACIÓN

Los beneficiarios para acceder a las prestaciones enunciadas deberán presentar:

- Credencial de beneficiario
- Documento Nacional de Identidad.

RÉGIMEN DE AUTORIZACIONES.

Las órdenes para autorizar deberán tener todos los datos de afiliación completos: Obra Social, Apellido y nombre, DNI del beneficiario, fecha de emisión, diagnóstico, firma y sello del profesional. La misma tendrá una vigencia de 30 días corridos a partir de la fecha de prescripción.
Por Resolución 2214/2025 – MS – se establece que las prescripciones se deberán emitir exclusivamente en formato digital o electrónico, a través de plataformas registradas en el Registro Nacional de Plataformas Digitales de Salud.
Abarca la prescripción de medicamentos, dispositivos y estudios complementarios, prácticas y procedimientos.
Los pedidos de medicamentos deberán expresarse por droga genérica y marca comercial (ésta última es optativa).

Las consultas y prestaciones ambulatorias de primer nivel (laboratorio simple, radiología, ecografías y estudios diagnósticos complementarios) *no* requieren autorización de la Obra Social.

PRÁCTICAS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

.

- Alergia (todos los tipos)
- Estudios hormonales
- Medicina Nuclear (todos los estudios)
- Pruebas proyectivas
- Pruebas psicométricas
- Psicoterapia individual o grupal
- Rehabilitación médica (todos los códigos)
- Resonancia Magnética Nuclear
- Radioinmunoensayo
- Estudios genéticos
- Tomografía Axial Computada
- Tratamientos para obesidad
- Biopsias
- Endoscopías
- Prestaciones no nomencladas.

GESTIÓN DE AUTORIZACIONES

OSPIS – ALTUS SALUD.

La gestión de autorizaciones se realiza a través de Altus Salud, enviando la orden médica emitida por el profesional médico, cumplimentando los datos requeridos:

Nombre de la Obra Social (OSPIS)

Apellido y nombre del beneficiario.

DNI del beneficiario.

Detalle del estudio y/o práctica solicitada

Fecha de emisión de la orden médica

Diagnóstico

Firma y sello del profesional.

Se recuerda que la orden médica tiene una validez de 30 días corridos.

La orden deberá remitirse por e- mail a altussalud@gmail.com

¿COMO CONECTARSE Y UTILIZAR LA APLICACIÒN DE ALTUS SALUD?

1.-Desde cualquier navegador, ingresando a la siguiente dirección:
https://altus.dafexcel.com

2.- Al ingresar, visualizará una pantalla donde deberá ingresar los datos de usuario y contraseña. Por primera vez, al ingresar deberá ingresar en ambos campos el DNI del beneficiario.

4.- Posteriormente, en la pantalla que aparecerá, verá 4 (cuatro) botones con diferentes opciones:

1. VER CARNET: Al cliquear sobre este botón podrá ver o descargar la credencial en formato pdf.
2. VER/ EDITAR DATOS: Al cliquear sobre este botón podrá ver los datos correspondientes al afiliado, y modificar en caso de ser necesario.
3. CAMBIAR MI CLAVE: Al cliquear sobre este botón podrá modificar la contraseña de acceso al sistema.
4. NUEVO MENSAJE: Al cliquear sobre este botón podrá enviar mensaje a Altus Salud, mencionando la inquietud o solicitud que corresponda.

   Allí mismo podrá ver las respuestas recibidas a mensajes anteriores y también las autorizaciones generadas.

   En caso de dudas o consultas, podrá comunicarse con Altus Salud a los siguientes teléfonos:

   11-4928-2897 – 11-3613-8714

Medicamentos

<u>Medicamentos ambulatorios</u>:

Para medicamentos de cobertura del 40 % podrán concurrir en forma directa a las farmacias de la cartilla.
Para medicamentos de cobertura del 70 % deberán enviar la orden médica para su autorización por medios digitales (e mail, WhatsApp).

Medicación especial con cobertura al 100% (oncológicos, insulina y otros) deberán enviar la orden médica para su autorización por medios digitales (e- mail, WhatsApp, App de Altus Salud), donde le indicarán el proceso de provisión de la medicación.
Por Resolución 2214/2025 – MS – se establece que las prescripciones se deberán emitir exclusivamente en formato digital o electrónico, a través de plataformas registradas en el Registro Nacional de Plataformas Digitales de Salud.
Abarca la prescripción de medicamentos, dispositivos y estudios complementarios, prácticas y procedimientos.
Los pedidos de medicamentos deberán expresarse por droga genérica y marca comercial (ésta última es optativa).

En la prescripción médica debe indicarse el nombre genérico del principio activo y la marca comercial (sugerida y orientativa)., de acuerdo con el Decreto 63/24 que entró en vigor desde el 31.12.24.
Al concurrir a la farmacia el beneficiario podrá consultar las opciones de valores según sus posibilidades.
Si tiene alguna duda, realice la consulta directamente con el farmacéutico o vuelva a consultar a su médico. *Recuerde verificar que en su receta figure: Obra Social, Apellido y Nombre, Nº de beneficiario, diagnóstico, fecha y firma y sello de médico antes de concurrir a la farmacia.*

La OSPIS toma en cuenta y pone en práctica las nuevas Disposiciones 322/24 MS;10823/24 MS y 4714/26 MS con relación a los medicamente que pasan a ser de venta libre, o sea, que no es necesaria la presentación de la prescripción médica, por lo que no tienen cobertura por la Obra Social.

GESTIÓN DE TURNOS.

La solicitud de turnos podrá realizarse a través de las siguientes posibilidades:

1.- Telefónicamente en los centros de atención.

2.- Telefónicamente al:

+54 911 3613-8714

+54 911 3938-4268

De Lunes a Viernes de 08.00 a 20.00 hs.

3.- Para consultas y/o prácticas on line, a través de www.ospis.com.ar

4.- A través de la APP de Altus Salud, una vez que la haya bajado a su dispositivo siguiendo los pasos indicados en este Anexo.

En caso de tratarse de prestaciones que requieren autorización es conveniente realizarla con anterioridad al pedido de turno.

Cualquier inconveniente que pudiera surgir en la asignación de los turnos deberá ser comunicado en forma inmediata a la delegación correspondiente o la Sede Central, a los efectos de subsanarla.

Recuerde tener consigo los datos que pueden ser solicitados ante el pedido de turno:

- Apellido y Nombre
- Número de documento
- Número de Teléfono donde pueda ser notificada cualquier modificación del turno.

En caso de demora en el otorgamiento de turnos, comuníquese a los teléfonos indicados: +54-911 3613-8714 y +54 911 3938-4268 de Lunes Viernes de 08.00 a 20.00 hs.

URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS A DOMICILIO.

Se entiende por *atención médica de urgencia* el servicio médico a domicilio, que concurrirá en el transcurso de 2 horas aproximadamente, después de recibido su pedido.

Se entiende por *atención médica de emergencia* aquella destinada a tratar patologías en las situaciones críticas (Ej.: hemorragias, pérdida de conocimiento, convulsiones, traumatismos graves, etc.), que será realizada con la inmediatez que la situación requiera.

En la Cartilla de Prestadores podrá encontrar el número correspondiente al Servicio de Urgencia y Emergencia perteneciente a la zona de su domicilio o donde se encuentre transitoriamente.

Recuerde además que todas las clínicas y sanatorios de la cartilla cuentan con consultorio de guardia las 24 horas.

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

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

El servicio cubre las 24 horas durante los 365 días del año. NO se abonará coseguro en los casos de Emergencias (código rojo).

DEBERA COMUNICARSE **A VITAL EMERGENCIAS**

AL 0810-333-8888 – ATENCIÓN LAS 24 HORAS.

MÉDICO DE FAMILIA:

Un médico de familia, también conocido como médico de cabecera, es fundamental para la salud integral del beneficiario y su grupo familiar. Es un especialista que acompaña lo largo de las distintas etapas de la vida, con un enfoque integral conociendo el historial médico, las necesidades y objetivos de salud de cada uno de los integrantes.

Este profesional actúa como un guía y referente en temas de salud, ofreciendo atención preventiva, diagnóstica, terapéutica y de seguimiento y además reconoce y organiza las derivaciones a las distintas especialidades.

Al hacer un seguimiento constante, individual y personalizado, las consultas en guardia y eventuales hospitalizaciones son menos frecuentes.

El médico de familia es quien indica los exámenes y tratamientos e indicará las interconsultas que fueren necesarias.

Para consultar con un médico de familia, deberá comunicarse de Lunes a Viernes de 08.00 a 20.00 hs. a los siguientes teléfonos:

+54 911 3613-8714

+54-911 3938-4268

TELEMEDICINA:

La telemedicina en medicina familiar se refiere a la posibilidad de acceder a la atención médica a.

Los pacientes pueden programar consultas en los horarios más convenientes y evitar desplazamientos a la consulta médica.

Facilita el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas o de quienes necesiten un control regular por alguna patología.

Podrán acceder a la Telemedicina, comunicándose a los teléfonos, de Lunes a Viernes de 08.00 a 20.00 hs.

+54 911 3613-8714

+54-911 3938-4268

URGENCIAS Y EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS.

En caso de que la situación lo requiera podrá acceder en forma directa a los consultorios que constan en la Cartilla de Prestadores como "Guardia Odontológica"; los mismos atienden las 24 horas.

TRASLADOS EN AMBULANCIA

Traslados programados: Debe solicitarse telefónicamente con la orden médica al:

+54 911-3613-8714 o al **+54 911 3938 4268**. (de 08.00 a 20.00 hs).

Debe haber constancia de domicilio y lugar de destino, diagnóstico y motivo del traslado, indicando si es necesaria la atención médica en la ambulancia.

Traslados de urgencia: los mismos serán resueltos por las empresas de Traslado de Emergencias, cumplimentando orden médica con todos los datos e indicando si es necesaria la atención médica durante el traslado.

DEBERÁ COMUNICARSE **A VITAL EMERGENCIAS**

AL 0810-333-8888 – ATENCIÓN LAS 24 HORAS.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN.

Procedimientos y metodología de acceso a los programas preventivos.

La Obra Social procura desarrollar los lineamientos básicos de la Atención Médica Primaria; se pretende que el Médico sea la puerta de entrada al sistema de atención programada, realizando las principales acciones de promoción y educación para la salud, controlando e interactuando con los demás profesionales, a través de un sistema de referencia y contrareferencia, para darle continuidad al proceso asistencial en lo que respecta a la reparación de la salud y rehabilitación del paciente.

La OSPIS ha previsto el desarrollo de varios Programas de Prevención. Dichos Programas tienen el objeto de intensificar las tareas de promoción y prevención en Salud acordes con las tendencias actuales en la materia, que buscan el equilibrio entre las diferentes etapas del accionar sanitario: promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Abarca los programas de:

- Plan Materno Infantil
  - Atención del embarazo
  - Atención del parto y puerperio inmediato
  - Atención del recién nacido y hasta tres años de vida
- Prevención del Cáncer de Cuello Uterino.
- Prevención del Cáncer de Mama

- Odontología preventiva
- Prevención de cáncer de colon
- Prevención de Diabetes Mellitus
- Salud Reproductiva y reproducción responsable.

ESTRATEGIA GENERAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN.

El desarrollo de estos estará basado en lo siguiente:
- Información gráfica para los beneficiarios.
- Asesoramiento, información y control de la población.

Información para los beneficiarios:
La Obra Social propicia la comunicación con el beneficiario.
Se trata de informar a través de la confección de gráficos, carteles, folletos a los que tienen libre acceso todos los beneficiarios. También a través de la página web: www.ospis.com.ar y la App móvil.
Esta información se encuentra disponible en todas las delegaciones de la Obra Social; excepto los que por su contenido deban ser provistos de manera individual (Profilaxis de enfermedades de contagio sexual, diferentes ETS).

Asesoramiento, información y control:
Se pondrán en práctica, acciones de promoción, protección y prevención; en el ejercicio de las diferentes consultas:
1. Consultas por demanda espontánea: frente a la aparición de diferentes síntomas y/o signos que los pacientes interpretan como enfermedad.
2. Consultas programadas: fijadas con antelación, con el objetivo de controlar a pacientes crónicos o incorporados a un Programa de Prevención.
3. Consultas urgentes.

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

En los embarazos normales se realizará un control mensual hasta la semana 35, quincenal de la semana 35 a la 38 y semanal desde la semana 38 hasta el parto.

En los embarazos de riesgo se deberán contemplar controles sin restricciones, con la cobertura de los estudios que cada patología requiera.

Las actividades por desarrollar para el cumplimiento del programa materno infantil consistirán, además de las consultas mensuales hasta la semana 35, quincenales de la 35 a la 38 y semanales desde la semana 38 hasta el parto, en efectuar: ecografía transvaginal, análisis de sangre con determinación de Chagas, toxoplasmosis, sífilis y HIV entre otras, control estricto del peso y control clínico con estudios pre-operatorios, para el caso en que se encuentre programada efectuar una cesárea. Todos estos estudios se llevarán a cabo con mayor frecuencia, según necesidad y si estamos ante la presencia de un embarazo de alto riesgo, ya sea se trate de una patología materna (eclampsia) o del bebé (encefalocele), en cuyo caso de ser necesario se le autorizará ecografía 4D. En los casos de embarazadas mayores de 40 años, se agregará de rutina, estudios tendientes a detectar en forma precoz, enfermedades congénitas, para los cual, llevaremos adelante estudios específicos, como por ejemplo la medición de grasa transnucal. Según se trate

o no de un embarazo de alto riesgo, se preverá llevar a cabo el nacimiento en centros que posean la complejidad necesaria para intervenciones quirúrgicas de urgencia, y sea en la madre o en el recién nacido.

Se reconocerá el 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 al nacimiento del niño.

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

Estos son algunas de las actividades que llevaremos adelante en el desarrollo del programa médico asistencial.

PROGRAMA DE CONTROL DEL RECIÉN NACIDO HASTA LOS TRES (3) AÑOS DE VIDA.

Las actividades por desarrollar consistirán básicamente en efectuar los controles (seis) durante el período (primer año de vida). Al momento del nacimiento se llevarán a cabo las determinaciones correspondientes con el fin de detectar en el recién nacido, las enfermedades congénitas, por lo cual se cumplirá, con todas las determinaciones incluidas en la ley. Luego se procurará efectuar los controles pediátricos correspondientes, evaluando y tratando de determinar un crecimiento adecuado y por sobre todas las cosas un peso adecuado. También se prestará especial atención en el plan inmunizaciones (vacunas) que determina el Ministerio de Salud para esta época de la vida.

PROGRAMA DE 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. Así mismo 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 con sus convicciones y creencias, en ejercicio de la disposición del propio cuerpo.

a) Ley de contracepción Nº 26.130 - Se cumple con la ley 26.130 que autoriza a toda persona mayor de edad a acceder a intervenciones quirúrgicas anticonceptivas, como la ligadura de trompas de Falopio y la vasectomía, en los servicios del sistema de salud. La norma establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud. Las

intervenciones quirúrgicas deben ser realizadas sin cargo en el sistema de salud por las Obras Sociales que incorporan esas prácticas en su cobertura.

Resolución 755/06 - SSS - Establécese que las entidades del Sistema Nacional del Seguro de Salud deberán implementar y garantizar el acceso a las prácticas denominadas "ligadura de trompas de Falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía", debiendo proceder a su cobertura total.

Resolución 232/07 - SSS La "anticoncepción hormonal de emergencia" es un método anticonceptivo que se incorpora, en los términos del art. 6º de la ley 25.673, Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; ya que es de carácter "reversible, transitorio y no abortivo".

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CANCER DE CUELLO UTERINO

La OSPIS cubrirá a la Población de riesgo desde el inicio de la relación sexual sin límites de edad, en especial con antecedentes de H.P.V. o heredo familiares poniendo mucho énfasis en la realización del P.A.P en forma anual sin topes máximos. Se compararán estadísticamente resultados de tres parámetros:

1. Mujeres mayores de 15 años y sin límite máximo de edad con al menos un PAP anual.

Control de mujeres beneficiarias a partir de los 15 años y sin límite máximo con al menos un PAP en los últimos 36 meses.
Estadios de PAP entre los anteriores y la misma Población con estudios de PAP en forma aisladas del Programa Preventivo.

Se utilizarán los siguientes indicadores: Mujeres mayores de 15 años y sin límite máximo de edad con al menos un PAP anual / Mujeres de igual edad sin PAP realizado.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CANCER DE MAMA

La Obra Social considera la Población de riesgo a las mujeres a partir de los 35 años sin límite de edad máxima sin antecedentes heredo familiares. Se usarán los siguientes indicadores a saber:
Resultados de diagnóstico precoz del cáncer de mama entre mujeres de Población de riesgo con mamografías anuales hasta los 35 años / Mujeres de la misma Población de riesgo sin examen anual.
Mujeres de más de 35 años y sin límite de edad máxima sin antecedentes heredo familiares con examen anual de mamas / Mujeres de la misma población sin examen anual.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN ODONTOLÓGICA

Las prácticas utilizadas para el diagnóstico temprano y el grado y alcance de la cobertura estarán a cargo de la Obra Social, según lo establecido en el PMO serán:
Tartrectomía y cepillado mecánico. Está práctica no incluye el blanqueamiento de piezas dentarias. En pacientes mayores de 18 se cubrirá una vez por año.
Consulta preventiva. Terapias fluoradas Incluye detección y control de la placa

bacteriana, enseñanza de técnicas de higiene. Se cubrirá hasta los 18 años y hasta dos veces por año. Comprende aplicación de flúor tópico, barniz y colutorios.
Consulta preventiva.
Detección control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Comprende enseñanza de técnicas de cepillado, uso de elementos de higiene ínter dentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. Incluye monitoreo anual.
Selladores de surcos, fosas y fisuras. Esta práctica se reconoce hasta los 15 años en premolares y molares permanentes. Aplicación de cariostáticos en piezas dentarias permanentes.
Consultas de motivación. Se cubrirá hasta los 15 años e incluye la consulta diagnóstica, examen y plan de tratamiento. Comprende hasta tres visitas al consultorio. Mantenedor de espacio. Comprende mantenedores de espacios fijos o removibles. Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 8 años inclusive. Se incluye corona o banda y ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión. Se llevará la boca de los niños incorporada a la Historia Clínica Odontológica y con el paso del tiempo elaboraremos Estadísticas de resultados Preventivo versus aquellos beneficiarios que no aceptaron la Prevención, en las Estadísticas de aparición de caries o perdidas de dientes definitivos.

PROGRAMAS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS

A partir de la confirmación diagnóstica, la Obra Social cubre los tratamientos en forma integral y provee toda la medicación oncológica requerida al 100% de su valor y medicación coadyuvante que se relacione directamente con el tratamiento. Aplica programas de prevención de cáncer en sus formas más frecuentes.
Todo sin costo alguno para el afiliado Para encarar la problemática sanitaria, OSPIS pone en práctica programas de promoción y protección de la salud que contemplan: Establecer prioridades de acuerdo con la edad y el sexo.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES

OSPIS pondrá mucho énfasis en la prevención de la Diabetes, tratando de conocer las personas en riesgo detectadas por análisis bioquímicos de rutina o por antecedentes heredo familiares de Diabetes. A través de nuestros Especialistas serán citados y evaluados con frecuencias distintas al tipo de Diabetes en riesgo imponiendo una Historia Clínica centralizada para vigilar el interés del Afiliado para realizar los controles sanguíneos que imponga su riesgo. Se entregará folletos explicativos y se agregaran apuntes nutricionales que procuraran hacer más fácil el cumplimiento de dietas preventivas en personas de riesgo.

MODIFICACIONES EN CARTILLA.

Trimestralmente estará a disposición del beneficiario una actualización de las altas y bajas de los prestadores. La Obra Social se reserva el derecho de cambio de Prestadores y lugares de atención, asegurando siempre la accesibilidad y la calidad de las Prestaciones Asistenciales detallados en la presente Cartilla.

COSEGUROS

Los beneficiarios de la Obra Social del Personal de Instalaciones Sanitarias (OSPIS) no deberán abonar importe alguno en concepto de coseguro para ningún tipo de prestaciones que requieran para su atención: consultas ambulatorias, prácticas ni internaciones cualesquiera fuera su carácter o especialidad, traslados, etc.

De haber alguna modificación y cumplimentando lo establecido por la SSS de notificar a los beneficiarios dentro de los 30 días sobre cambios en forma y valores, específicamente quedan aclarados los siguientes casos, según lo establecido por la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS) como excluidos en forma definitiva y terminante.

Están excluidas del pago de los coseguros las siguientes prestaciones:

- Cáncer de cuello de útero.
- Cáncer de mama.
- Oncología.
- Discapacidad.
- 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 vida. Todo con cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio y exceptuando 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 el puerperio, ya que oro 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 la detección de la fenilcetonuria, del hipotiroidismo congénito u enfermedad fibroquística en el recién nacido. Consultas del 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.
- Ley 27611 – “Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia “– Ley de los 1000 días.
- Ley 27675 – “Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras afecciones de Transmisión Sexual (ITS) y tuberculosis (TBC).
- Ley 26928 – “Creación de Sistema de protección Integral para Personal Trasplantadas “.
- Ley 27447 – “Ley de Trasplante de órganos Tejidos y Células “.
- Todos los Programas de Prevención, tanto médicos como odontológicos.
- Traslados autorizados.
- Prótesis
- Ortesis en personas con certificado de discapacidad.
- Las internaciones de cualquier tipo.

- La mujer embarazada desde el momento del diagnóstico hasta treinta días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado del embarazo, parto y puerperio, de acuerdo con lo establecido en la Normativa vigente.
- Las complicaciones y enfermedades derivadas de embarazo, parto y puerperio hasta su resolución
- El niño hasta cumplidos los tres años, de acuerdo con la Normativa vigente.
- Los pacientes oncológicos, de acuerdo con la Normativa vigente
- Los programas preventivos.
- HIV
- Prácticas de enfermería.
- Discapacidad
- Consulta a domicilio por emergencia (código rojo).

OBSERVACIONES ANEXO lll

Cartilla de prestadores.

Con respecto a las prestaciones y provisiones solicitadas en el Anexo III, se hace saber:
La O.S.P.I.S. es una Obra Social con plan de cobertura cerrada.
Para los casos en que los beneficiarios requieran una prestación cuya especialidad no está contratada en su zona son derivados de acuerdo con las indicaciones de Auditoría Médica Central.
Estas derivaciones se atienden según la urgencia y/o complejidad del caso o la falta de profesional de una especialidad requerida, hacia centros de mayor complejidad y con profesionales de estas especialidades solicitadas.
Estas situaciones las resuelve Auditoría Médica ubicando el lugar de atención que reúna las condiciones necesarias para cada caso, considerando el domicilio del beneficiario.
En el caso de las Ortopedias, de no haber contrato con ninguna en la zona de influencia de la Obra Social, se solicita al beneficiario la presentación de dos presupuestos de acuerdo con la indicación médica; se autoriza desde Auditoría Médica Central a cargo de la Obra Social, sin que medie la necesidad de que el beneficiario tenga que hacer erogación alguna.