



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

AÑO 2024

CARTILLA PARA EL BENEFICIARIO



- PRESTACIONES MÉDICAS
- NÓMINA DE PRESTADORES
- URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS
- INTERNACIONES
- PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS
- URGENCIAS ODONTOLÓGICAS
- MEDICAMENTOS
- CLÍNICAS Y CENTROS DE DIAGNÓSTICO
- FARMACIAS
- PRÓTESIS Y ORTESIS

PROCEDIMIENTOS

Equipo de Atención Médica Primaria

Está integrado por

- Médicos de Cabecera
- Pediatras
- Ginecólogos

Estos médicos son los que llevarán la historia clínica y se encargarán de indicar los estudios, las interconsultas con especialistas, las actividades de prevención, etc. El acceso a ellos es directo, sin necesidad de autorización o derivación previa. En su poder están los recetarios para prescribir medicamento y las órdenes para solicitar cualquier atención de mayor complejidad que Ud. pueda necesitar.

EL PRIMER PASO PARA ACCEDER AL SISTEMA DE SALUD ES ELEGIR UN MÉDICO DE CABECERA

Ud. debe seleccionar un profesional dentro del listado de médicos de cabecera que encontrará en la cartilla. Si no lo ha seleccionado CEREME-CENTRO DE REFERENCIA MÉDICA le asignará uno, teniendo en cuenta su domicilio.

Cada persona de la familia puede tener un médico de cabecera distinto si así lo desea, aunque es aconsejable que el médico de cabecera se convierta también, en el médico de familia atendiendo a todo el grupo familiar.

El médico de cabecera puede ser cambiado cuantas veces sea necesario. La primera vez sin ningún requisito de permanencia, pero luego del primer cambio, deben transcurrir por lo menos 120 días antes de un nuevo cambio el que se hará efectivo al mes siguiente de haber sido comunicado a CEREME.

Asimismo, si así lo requiere el grupo familiar, podrá seleccionarse un pediatra y un ginecólogo.

SERVICIO 4827-4766 - CEREME

Este número telefónico está a su disposición para:

- Información y asesoramiento sobre el sistema de médico de cabecera.
- Elección y cambio de médico de cabecera.
- Información actualizada sobre médicos especialistas, clínicas y servicios complementarios.

SERVICIO 4958-0700 - OSTIG

Este número telefónico está a su disposición para:

- Información sobre el procedimiento de afiliación e incorporación del grupo familiar.
- Averiguación de su condición afiliatoria.
- Canalización del reemplazo de sus credenciales y cartillas, por pérdida o rotura.
- Modo para la autorización de prestaciones que requieren auditoría médica previa.
- Pedido de traslados y urgencias médicas.
- Presentación de sugerencias, reclamos o quejas.

En cumplimiento del Decreto 297/20/PEN nuestra Obra Social incorporó nuevas modalidades de comunicación para la atención de los pacientes, expendio de ordenes médicas, cobertura de medicamentos, entre otras.

A través de la Resolución N°282/20/SSS, se implementó y fomentó el uso de plataformas de teleasistencia y/o teleconsulta para garantizar la cobertura prestacional. Incorporó el uso de whatsapp y mails para el intercambio con los afiliados y la utilización de ordenes médicas y recetas digitales.

También se comprometió con la entrega de medicamentos cumpliendo con las siguientes resoluciones emitidas por la S.S. Salud:

Resolución N°281/20 que asegura la provisión de medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas a su población beneficiaria, procurando que la entregue supere los períodos habituales, de manera tal de evitar la concurrencia de los beneficiarios a los establecimientos farmacéuticos.

Resolución N°696/20 que autoriza modificaciones en la prescripción y dispensa de medicamentos, tiene por objeto facilitar que, mediante medios electrónicos, el paciente previo seleccionarla farmacia de su preferencia y aportar sus datos de contacto, reciba la receta que le envíe el profesional prescriptor habilitado, en formato de mensaje de texto o mensajes a través de aplicaciones de mensajería vía web, mail o fax y a su vez, pueda presentarla en la farmacia, a fin de que el paciente no deba presentarse al centro de salud u hospital para que le sea renovada la receta de medicamentos crónicos y/o cualquier otro medicamento que utilice habitualmente.

La Cartilla se entrega íntegramente a los afiliados de OSTIG en formato papel y ante la eventualidad de un cambio de prestador o suspensión de su servicio, se pone en aviso a través de correo electrónico a los beneficiarios a fin de que estén informados, así como la incorporación de nuevos prestadores.

CREDENCIALES

Las mismas son tramitadas en nuestra sede de la calle Boedo 90 Capital Federal CP. 1206 Almagro. Así como también, algunas de ellas son entregadas de forma directa a las empresas y las mismas se encargan de hacerla llegar a nuestros beneficiarios.

El beneficiario debe entregar la documentación correspondiente para el alta, junto con su planilla de afiliación.

Altas titulares

- DNI (2 copias 1° y 2° hoja, incluido si tiene cambio de domicilio).
- CUIL (1 copia).
- Recibo de sueldo (2 copias).
- Alta temprana de la AFIP (2 copias).

Ud. recibirá por correo una tarjeta de identificación para cada miembro del grupo familiar inscripto.

Dicha Credencial es personal e intransferible y le servirá para acceder a los servicios de su Cartilla:

- Verifique que los datos impresos sean correctos.
- En caso de pérdida comuníquese inmediatamente con alguno de los centros de coordinación y orientación de su zona o al 4958-0700.
- Preséntala junto con su DNI cuando deba atenderse en alguno de los servicios incluidos en su cartilla.
- Recuerde que la credencial no lo habilitará a usar los servicios si no mantiene continuidad en su afiliación a OSTIG.

CÓMO UTILIZAR LOS SERVICIOS DE OSTIG

Consultas Médicas

- Las consultas con médicos de cabecera, clínicos, pediatras o ginecólogos, en los consultorios indicados en la cartilla de su zona, son de acceso directo. Solo debe solicitar turno con anticipación y concurrir el día y a la hora acordada, con la credencial y el DNI. Junto con la credencial Ud. debe llevar el vademécum de medicamentos para asegurarse que la medicación recetada está dentro de la cobertura de su plan.
- Si requiere la atención de médicos especialistas (cardiólogos, gastroenterólogos, dermatólogos, urólogos, etc.), esta le será indicada por el médico de cabecera, quien además le proveerá las órdenes de prácticas y de medicamentos que puede necesitar el médico especialista, así como un informe de su médico de cabecera dirigido al mismo. Solicite el turno al especialista convenido y concurra con la credencial, DNI y Vademécum.
- Los médicos especialistas le entregarán, cuando requieran nuevas prácticas, una prescripción debidamente firmada y sellada, y en sobre cerrado, un informe dirigido al médico de cabecera, para ser incorporado a su historia clínica (opcional).
- Las consultas con oftalmólogos son de acceso directo, no requieren derivación del médico de cabecera.
- Abone al profesional el coseguro respectivo.
- En todos los casos verifique con el profesional si la medicación que le aconseja está dentro del vademécum o cual la reemplaza.

Medicamentos ambulatorios

- **Para obtener el descuento que corresponde a su Plan de Cobertura por Patología (40% o 70% sobre valor de referencia) se requiere la prescripción de un Médico de Cabecera o Especialista de la Cartilla en el formulario previsto para ello.**
Este formulario está en poder del médico de cabecera y le será entregado cuando sea derivado a un especialista.
- **La cobertura de OSTIG** comprende una amplia gama de medicamentos previstos en el Vademécum, que le es entregado junto con su credencial. El vademécum comprende todas las drogas que se requieren para su tratamiento con el alcance que establece el PMO. Recuerde llevarlo a la consulta médica y pedirle al profesional que controle si lo que está recetando se encuentra en el mismo. Debe continuar utilizando el mismo criterio cuando solicite médico a domicilio o concurra a una guardia del servicio de urgencias
- **Recuerde que las recetas tienen una validez máxima de 15 días desde su fecha de emisión.**

Análisis, Radiografías, Estudios y Prácticas Médicas

- Deben ser prescriptos por Médicos de Cabecera o Especialistas de su cartilla, quienes emitirán la orden correspondiente en el formulario previsto a tal efecto.
- Con esa orden Ud. deberá dirigirse a alguno de los Centros de Diagnóstico de la cartilla, consultando con el profesional cuales son los indicados para los estudios que deba realizar o consultar telefónicamente en CEREME.
- Los estudios y prácticas de alta complejidad requieren una autorización previa de Auditoría Médica. Por ejemplo: Resonancia Magnética Nuclear, Tomografía Computada, Ecocardiograma, Estudios Diagnósticos Invasivos (punciones), etc.
- En ese caso el Médico de Cabecera o el Especialista, le indicará en la orden que se trata de una Alta Complejidad. El sistema está previsto para que informáticamente se puedan autorizar prácticas de rutina.

- La autorización de Alta Complejidad deberá ser solicitada directamente por el afiliado, en forma personal o por fax al CEREME, en el horario de oficina, y será contestada dentro de las 24 horas, en el menor plazo posible.
- En todos los casos, comuníquese con el laboratorio, sanatorio o centro de diagnóstico indicado para su estudio, para requerir turno y detalles de preparación previa cuando sea necesaria. Presente la credencial, el DNI y la orden médica, con autorización si corresponde.

Atención Médica a Domicilio y de Urgencia

En los casos que, sin estar en riesgo la vida del paciente, se requiera la atención de un profesional médico y el afiliado no pueda trasladarse a un centro asistencial, o no pueda ser resuelto en lo inmediato por su Médico de Cabecera, puede solicitar el servicio de un médico a domicilio.

- Este servicio se cumple durante las 24 horas los 365 días del año, dentro de las 24 horas de haber efectuado el llamado. Cuenta con una Central Telefónica de 30 líneas rotativas, atendidas por recepcionistas y despachadores especialmente entrenados.
- Llame al Teléfono de **PARAMEDIC 5777-5500**, que figura además en la primera página de su Cartilla. Tenga a mano su Credencial y suministre la información que le soliciten.
- Los beneficiarios no deberán abonar ningún coseguro.
- No hay restricciones en relación a la edad de los beneficiarios para solicitar la atención en domicilio.
- Si la atención no puede esperar, diríjase a alguno de los establecimientos asistenciales que figuran en la primera página de la cartilla, los cuales brindan el servicio de Guardia en distintas especialidades.

6

Internaciones

- Las internaciones, sean programadas o de urgencia, deben ser indicadas por un Médico de la cartilla y requieren autorización de Auditoría Médica. Esta autorización debe ser solicitada informáticamente por la institución en la cual se realiza la internación.
- El afiliado no debe efectuar ningún trámite ni abonar ningún Coseguro.
- La cobertura por internación de OSTIG es del 100%, incluyendo medicamentos, materiales descartables, estudios y prácticas, consultas y honorarios de los profesionales intervinientes.
- **Estarán a cargo del afiliado:** Los gastos extras, un acompañante y diferencias de categoría de habitación si el afiliado así lo solicitase. La categoría cubierta es habitación standard, de dos camas, con baño privado.
- Están cubiertos sin coseguro los traslados en ambulancia, desde el domicilio del paciente o de un centro asistencial a otro, cuando sean indicados por el Médico de Cabecera, Especialista de Cartilla o los Servicios de Urgencias.
- Las internaciones psiquiátricas son sin límite, así como también las consultas, conforme a la LEY 26657 y su decreto reglamentario.

Odontología

Para el sistema de OSTIG, la atención odontológica es parte de la prevención.

- Ud. cuenta con un Odontólogo de Cabecera, responsable del buen estado de su dentadura. Una vez por año, como mínimo, deberá realizarle un chequeo y programar, junto con Ud., el tratamiento necesario en el transcurso del año.
- El afiliado debe seleccionar de la cartilla un Odontólogo para que sea quien lo atienda en forma permanente. Si Ud. no lo elige le será asignado por OSTIG.
- Ante una Urgencia Ud. puede concurrir directamente a alguno de los centros o consultorios que figuran en la primera página de la cartilla.

- Consulte en el Capítulo de “Coseguros” el importe a abonar según su Plan para las distintas prestaciones odontológicas. La odontología básica, excepto obturaciones con terminaciones estéticas, la odontopediatría y la odontología preventiva no pagan Coseguro. Tampoco abonan ningún Coseguro los menores 18 años y los mayores de 65 años.
- Se cubre con los Odontólogos de Cartilla, un tratamiento de Ortodoncia Interceptiva por paciente, para niños entre los cinco y ocho años de vida, con el objeto de prevenir anomalías futuras.
- Las Prótesis odontológicas en los beneficiarios con discapacidad son a cargo de OSTIG, cobertura al 100%.

Salud Mental

El Plan de OSTIG prevé también, la prevención y preservación de la salud mental.

- El afiliado, con la orden del Médico de Cabecera, debe ponerse en contacto con el Centro de Atención de Salud Mental DHARMA, cuyos datos figuran en la cartilla. Este Centro contestará todas las preguntas y aclarará las dudas que pueda tener el afiliado, otorgándole asimismo un turno para el profesional que realizará la admisión, diagnóstico y derivación según la zona de residencia.
- El servicio se brinda únicamente con los profesionales que integran la red contratada.
- Se determinará la cobertura en Salud mental acorde lo establecido en la ley 26.657, no teniendo límite en cantidad de días de internación, ni cantidad de consultas ambulatorias.
- Se da cumplimiento al decreto N 603/2013.

A continuación, se detallan las mismas:

- Admisión
- Atención de Urgencia en consultorio
- Control psicofarmacológico
- Psicodiagnóstico
- Psicopedagogía
- Psicoterapia de Pareja, Familia, Individual, de niños, adolescentes y adultos
- Psicoterapia grupal
- Orientación a Padres
- Está prevista la realización de Talleres de Prevención y Grupos de Autoayuda. El Centro de Atención DHARMA le informará al respecto.
- Las Internaciones Psiquiátricas requieren autorización de OSTIG y se harán en las instituciones de la Cartilla, sin límite de días hasta un máximo por afiliado. La modalidad Hospital de Día tiene cobertura sin límite de consultas por beneficiario.

Rehabilitación

- Es realizada en los Centros de Especialidades e Instituciones que se indican en la Cartilla para las especialidades de Kinesiología y Fonoaudiología
- OSTIG dará cobertura ambulatoria para rehabilitación motriz, psicomotriz readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial
- Requiere orden del Médico de Cabecera y Autorización Previa de OSTIG
- Consulte el Capítulo de Coseguros para informarse sobre los que corresponden abonar.

- Las sesiones están sujetas a topes anuales por beneficiario, según lo indicado en el Capítulo de Beneficios.
- Kinesiología hasta 25 sesiones por beneficiario año calendario
- Fonoaudiología hasta 25 sesiones por beneficiario año calendario
- Estimulación temprana
- Se cubrirán todas las modalidades de rehabilitación hasta 25 sesiones por año calendario hasta 25 sesiones por beneficiario.
- En el caso de estimulación temprana si la misma es realizada dentro del primer año de vida, se encuentra incluido en PMI.

PRESTACIONES

La cartilla está organizada en dos partes.

- Detalle de la cobertura que brinda la obra social tanto asistencial como social.
- Listado de la Red de Prestadores de la Obra Social.

La Obra Social brinda todas las prestaciones del Programa Médico Obligatorio. (PMO) y las prácticas de la Res. 1048/2014 la ampliación de las prestaciones, quedan sujetas a Auditoría médica.

Así como los medicamentos autorizados por dicho ente o incluidos en protocolos nacionales.

En la segunda parte encontrará la lista de prestadores de la Obra Social, organizada por regiones. Solo los que se detallan en la cartilla, o los que la Obra Social autorice previamente, pueden brindarle la atención con la cobertura de la Obra Social.

La Obra Social NO reconoce

- Prestaciones que no se hallen incluidas en el PMO, salvo ampliación sujeta a Auditoría médica.
- Prestaciones efectuadas por prestadores no incluidos en la cartilla o sin autorización previa.
- Prestaciones que exceden los límites previstos.
- Aranceles diferentes a los autorizados.

Sr. Beneficiario:

- Actualice su domicilio y teléfono cuando varíen.
- Afilie a sus hijos luego del nacimiento, así podrán utilizar los servicios de la Obra Social.
- Envíe a la Obra Social la constancia de estudios de sus hijos si tienen entre los 21 y los 25 años.

CENTRO DE ORIENTACIÓN Y/O COORDINACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

OSTIG Obra Social Trabajadores de la Industria del Gas

BOEDO 90. Almagro Capital federal

Teléfonos: 4958-0700/ Fax: 4958-3546

Por cualquier consulta 4958-0700, las 24 hs. del día, los 365 días del año

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

0800-222-72583

NORMAS GENERALES

1- Acceso a las prestaciones

Para acceder a cualquier prestación deberá figurar en el padrón mensual de la Obra Social y presentar:

- Credencial actualizada de la Obra Social.
- DNI.
- Último recibo de haberes.

Documentación necesaria para prestaciones:

Consultas:

- Directa, no requiere orden.
- Estudios y tratamientos generales: orden médica
- Estudios y tratamientos de alta complejidad con autorización previa.

Presentar:

- Solicitud de prestaciones firmada por especialista.
- Resumen de historia clínica.
- Orden médica.

Medicamentos:

- Receta médica.

Discapacidad:

- Con autorización previa.

Presentar:

- Certificado oficial de discapacidad.
- Informe médico-psicológico con indicación de tratamiento.

Los requisitos detallados son generales, para algunas prestaciones puede ser necesaria otra documentación, si así lo considera conveniente la Auditoría Médica para su tratamiento.

2- Coseguros

Los Coseguros que deberán abonar los afiliados son los previstos en la Resolución N° 58/2017 del Ministerio de Salud de la Nación y su actualización a través de la RESOL-2022-15-APN-CNEPYSMVYM#MT, de acuerdo al siguiente cuadro:

ACTUALIZACIÓN DE COPAGOS		Valor Máximo de Copagos				
Consultas	Agos-23	Sept-23	Oct-23	Nov-23	Dic-23	
Médicos de Familia / Generalistas / Pediatras/ Tocoginecólogo	1120	1175	1314	1404	1553	
Médicos Especialistas	2100	2203	2464	2633	2912	
Programa HIV y Oncología	Exento	Exento	Exento	Exento	Exento	
Oncología	Exento	Exento	Exento	Exento	Exento	
Discapacidad	Exento	Exento	Exento	Exento	Exento	
Plan Materno Infantil	Exento	Exento	Exento	Exento	Exento	
Psicología						
Sesión INCLUIDA PSICOLOGÍA	1400	1469	1643	1755	1941	
Sesión EXCEDENTE PSICOLOGÍA	2800	2937	3285	3511	3883	
Prácticas de Laboratorio						
Prácticas de Laboratorio Básicas						
Hasta 6 determinaciones básicas.	700	734	821	878	971	
Valor extra por prestación adicional a las 6 definidas.	280	294	329	351	388	
Prácticas Diagnósticas Terapéuticas						
Imágenes de baja complejidad: Incluye RX simple y Ecografía simple.	700	734	821	878	971	
Prácticas diagnósticas y terapéuticas de mediana complejidad.	1400	1469	1643	1755	1941	
Prácticas diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad TAC, RMN, RIE, laboratorio biomolecular, genético Medicina Nuclear, Endoscopia.	3500	3671	4107	4388	4854	
Prácticas Kinesiológicas / Fisiatras						
Por sesión.	700	734	821	878	971	
Por sesión excedente.	1260	1322	1478	1580	1747	
Prácticas de Enfermería.	Exento	Exento	Exento	Exento	Exento	
Prácticas de Fonoaudiología y Foniatría						
Por sesión.	700	734	821	878	971	
Atención Domiciliaria Consultas						

Diurna (Código verde)	3500	3671	4107	4388	4854
Nocturna (Código verde)	4900	5140	5750	6143	6795
Emergencias (Código Rojo)	Exento	Exento	Exento	Exento	Exento
Mayores 65 años.	1400	1469	1643	1755	1941
Odontología					
Consultas.	1400	1469	1643	1755	1941
Consultas para menores de 15 años y mayores de 65 años.	700	734	821	878	971
Practicas Odontológicas.	1400	1469	1643	1755	1941
Publicación Boletín Oficial 29/09/2023					

Están exceptuados del pago de todo tipo de coseguros:

- La mujer embarazada desde el momento del diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado del embarazo, parto y puerperio, de acuerdo a lo que establece la normativa vigente.
- Las complicaciones y enfermedades derivadas del embarazo parto y puerperio hasta su resolución.
- El niño hasta cumplidos los 3 (tres) años de edad, de acuerdo a lo establecido por la normativa vigente.
- Los pacientes oncológicos, de acuerdo a lo establecido por la normativa vigente.
- Los programas preventivos.
- HIV.

10

3- Turnos

Solicite turno directamente con los profesionales o centro de su elección, que figuran en esta cartilla personalmente o telefónicamente.

PROGRAMAS PREVENTIVOS

1- Plan materno infantil (PMI)

Las PRESTACIONES ASISTENCIALES QUE BRINDA LA OBRA SOCIAL son gratuitas cuando se relacionen con el embarazo, el parto y el Niño desde el nacimiento hasta el año de vida.

Prestaciones:

- Médico-asistenciales: consultas internaciones y todas las prácticas incluidas en el PMO y las que la auditoría médica considere necesarias, según indicación médica.
- Ley 26279, se brindará el 100% de cobertura de la totalidad de las prácticas incluidas en dicha ley.
- Medicamentos y vacunas.

- Programas de promoción y prevención.
- Leches medicamentosas hasta el año de edad por estar comprendidas dentro de la población del PMI. Leches medicamentosas sin restricciones según Ley N° 27.305. La obra social brinda la cobertura integral de leche medicamentosa para el consumo de quienes padecen alergias a la proteína de la leche vacuna (APLV), así como también aquellos que padecen desórdenes, enfermedades o trastornos gastrointestinales y enfermedades metabólicas.
- Todas las vacunas del Plan Oficial de Inmunizaciones (BCG, Hepatitis B, Anti RH, Sarampión, etc.) y detección de enfermedades congénitas (fibroquística, hipotiroidismo, fenilcetonuria, luxación de cadera, Chagas, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, retinopatía del prematuro, sífilis, se incluirán otras patologías metabólicas, genéticas y/o congénitas inaparentes al momento del nacimiento en el recién nacido.
- Medicamentos al 100% en la madre desde el diagnóstico del embarazo hasta los 30 días post parto y en el niño desde el nacimiento y hasta el año de vida.

Documentación a presentar:

- Embarazo: constancia de embarazo indicando fecha probable de parto firmada por el obstetra.
- Hijo: copia del DNI o de partida de Nacimiento Y CUIL.

2- Diabetes

Consultas, estudios y tratamientos gratuitos.

- Insulina: gratuita
- Antidiabéticos orales: cobertura al 100% conforme lo establecido por la ley 26914
- Jeringas/aguja descartables: gratuitas

Tiras reactivas: la cobertura de los medicamentos y reactivos diagnósticos para autocontrol de los pacientes con diabetes será del 100% y en las cantidades necesarias según la prescripción médica.

La obra social O.S.T.I.G. da cumplimiento a la Ley N° 26.914 de acuerdo al Artículo 2 dando cobertura al 100 % a los insumos y medicamentos y reactivos de autocontrol para pacientes diabéticos(cualquier tipo) como así también cantidad necesaria según los prescripto por su médico.

Presentar:

- Resumen de historia clínica, plan de tratamiento y estudio confirmatorio de enfermedad.
- Receta médica.

3- Prevención del cáncer femenino.

Programa de prevención Ca de Mama

Dirigido a población femenina a partir de los 35 años y desde los 30 años en grupos de riesgo (antecedentes familiares).

Consulta ginecológica, examen de mamas, mamografía, ecografía.

Se realizará una mamografía anual desde los 35 años sin límite de edad e independientemente de los antecedentes familiares o personales u otros factores de riesgo

En caso de que sea necesario efectuarla previamente por indicación del especialista se le brindará la prestación.

Cobertura al 100% de las prestaciones comprendidas en la ley 26872, reconstrucción mamaria post tratamiento quirúrgico.

Programa de prevención Ca de Cuello de útero

Se realizará en la población femenina desde la edad fértil y sin límite de edad.

La cobertura de Papanicolaou anual a toda mujer que haya iniciado las relaciones sexuales o mayor de 18 años independientemente del resultado del mismo.

Consulta ginecológica, PAP y colposcopia en forma anual, sin límite de edad.

Las prestaciones son gratuitas y de acceso directo.

Programa de prevención Ca de Cuello de útero

Se realizará en la población femenina desde la edad fértil y sin límite de edad.

La cobertura de Papanicolaou anual a toda mujer que haya iniciado las relaciones sexuales o mayor de 18 años independientemente del resultado del mismo.

Consulta ginecológica, PAP y colposcopia en forma anual, sin límite de edad. Las

prestaciones son gratuitas y de acceso directo.

4- Vacunación para Hepatitis B

Gratuita dentro del Plan Materno Infantil y del calendario de vacunación, entre los 11 y 25 años.

5- Programa de salud sexual y procreación responsable.

Se encuentra dirigido a población femenina y masculina en edad fértil.

Están cubiertos sin cargo:

- Anticonceptivos orales.
- Anticonceptivos inyectables.
- Anticonceptivos hormonales de emergencia (AHE) de acuerdo A Res N°232/07-MS.
- Anticonceptivos orales, inyectables, de emergencia.
- Ligadura de trompas y vasectomía Ley 26130 y Res N° 755/06-SSSalud.

Cobertura 100% a cargo de OSTIG de medicamentos anticonceptivos incluidos en Anexo III y IV, anticonceptivos intrauterinos (dispositivos de cobre) condones, diafragmas y espermicidas.

- DIU. Colocación: gratuita en centros de la Obra Social.
- Dispositivos cubiertos aprobados por autoridad sanitaria.
- Diafragma.
- Profilácticos y espermicidas.

Ostig da cumplimiento a la Resolución 2922/2019 por la cual hace entrega con cobertura al 100% de los métodos anticonceptivos de larga duración SIU (DIU con liberación de levorgestrel) e Implante subdérmico.

Ostig da cumplimiento a la ley 25673 punto 7 apartado 3 del anexo 1 de la Resolución 201/02 el implante subdérmico como método anticonceptivo con cobertura al 100% incluyendo todas las prestaciones existentes en el mercado.

Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) / Interrupción legal del embarazo (ILE).

De acuerdo a la Ley 27.610/2020, que regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, la cobertura que brinda OSTIG es del 100%.

La ley reconoce el derecho de las mujeres y personas con otras identidades de género gestantes, a interrumpir su embarazo hasta la semana catorce (14) inclusive. Fuera de este plazo, la persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo solo si el mismo fuera resultado de una violación o si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante, tal como estaba ya previsto en la legislación.

Con relación al consentimiento informado, se siguen los lineamientos de la Ley N° 26.529 y el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación (CCyCN), según el cual es la declaración de voluntad expresada por la persona usuaria del sistema de salud emitida luego de recibir información actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles. La ley establece que nadie puede ser sustituido en el ejercicio personal de este derecho. Asimismo, se regula el consentimiento informado de niñas y adolescentes que se enmarca en la Convención sobre Derechos del Niño, la Ley N° 26.061 sobre Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, el CCyCN y las Resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación (Resolución N° 65/15 y Resolución N° 1/19). Finalmente, se incorporan reglas respecto a las personas con capacidad restringida, siguiendo las disposiciones del CCyCN.

Los y las profesionales de la salud que intervienen de manera directa en la interrupción del embarazo tienen derecho a ejercer la objeción de conciencia. El artículo 10 establece cuáles son los requisitos que debe cumplir el o la profesional de la salud para ejercer la objeción de conciencia y en qué situaciones no podrá negarse a la realización de la práctica.

6- Prevención en enfermedades cardiovasculares

Dirigido a personas de más de 40 años consultas, prácticas, detección temprana de HTA, Dislipidemia y obesidad.

7- Vacunación Antigripal

Realización de campaña de vacunación anual Gripe H1N1.

8- Prevención alcoholismo y adicciones

Dirigido a población de riesgo, atención, tratamiento, interacción hospital de día y todas las necesarias para su tratamiento médico según auditoría médica.

9- Cáncer de próstata

Atención de la población de riesgo.

Consultas, estudios de laboratorio PSA, y toda práctica y tratamiento necesario según el especialista.

10- Prevención Odontológica

Dirigido a toda la población beneficiaria con especial énfasis a embarazadas y menores de 15 años.

Embarazadas: Consulta preventiva, enseñanza de técnicas de higiene, cepillado, orientación alimenticia.

Tartrectomía y cepillado mecánico, control placa bacteriana, topicación con flúor. Hasta 18 años, 2 veces por año, mayores de 18: 1 vez por año.

Selladores de surcos, fosas y fisuras: hasta 15 años en premolares y molares definitivos, 1 año.

Cariostáticos en piezas permanentes.

11-Fertilización Asistida

Cobertura al 100% de las prestaciones comprendidas en la Ley 26862/13 de reproducción Medicamente asistida y Decreto N° 956/2013-PEN.

Se detalla a continuación:

Definiciones. Se entiende por técnicas de reproducción médicamente asistida a todos los tratamientos o procedimientos para la consecución de un embarazo. Se consideran técnicas de baja complejidad a aquellas que tienen por objeto la unión entre óvulo y espermatozoide en el interior del sistema reproductor femenino, lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación e inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen de la pareja o donante.

Se entiende por técnicas de alta complejidad a aquellas donde la unión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar por fuera del sistema reproductor femenino, incluyendo a la fecundación in vitro; la inyección intracitoplasmática de espermatozoide; la criopreservación de ovocitos y embriones; la donación de ovocitos y embriones y la vitrificación de tejidos reproductivos.

Se dará cobertura al 100% a los medicamentos necesario para efectuar los diferentes métodos de fertilización asistida.

12- Hemodiálisis y Diálisis peritoneal continua

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

ÁREA ESPECIAL DE PREVENCIÓN

La Obra Social cuenta con un Área la que tiene como función la implementación de los diferentes programas preventivos y la promoción de la salud para todos los beneficiarios. Dentro de sus tareas específicas se encuentra el diseño de folletería y su efectiva distribución; promoción en medios masivos de comunicación; realización de operativos de salud en los que se efectúan screening para la detección oportuna de patologías o mapas epidemiológicos.

PROCEDIMIENTOS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Con la finalidad de conocer y tomar un contacto más directo con la población beneficiaria en el último periodo anual se vinieron realizando un innumerable grupo de acciones que permiten maximizar el padrón de beneficiarios de la OSTIG, tanto en calidad como en la cantidad que se registra en nuestra Obra Social.

Dichas tareas ya han comenzado a dar un enorme resultado que se ha enviado a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) dentro de las novedades mensuales conforme esta normado por la entidad de contralor. - No se descarta que la continuidad de dichas acciones en los próximos meses también beneficie la calidad y volumen de los registros de afiliados alcanzados por la cobertura de la OSTIG, la que será debidamente informada a la SSS por el mismo mecanismo mencionado.

Resulta fundamental obtener la eficacia más profunda sobre este aspecto, ya que será la base del desarrollo de mejores y más amplias coberturas para la población beneficiaria de OSTIG; como maximizar los resultados de los distintos planes de prevención planificados en cada ejercicio anual.

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

ESTRATEGIA GENERAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

El desarrollo de los Programas de Prevención estará basado en dos pilares:

- Información gráfica y audiovisual para los beneficiarios.
- Asesoramiento, información y control de la población por parte de los Equipos básicos de Atención Médica Primaria.

INFORMACIÓN GRÁFICA PARA LOS BENEFICIARIOS

La Obra Social propicia la confección de folletos, carteles o posters, a los que tendrán libre acceso los beneficiarios.

Esta información gráfica estará disponible en los Centros de Atención Médica contratados por O.S.T.I.G. Quedarán exceptuados, aquellos que por su contenido deban ser provistos en forma individual, en el curso de entrevistas, Talleres, etc. (Ej: profilaxis de enfermedades de contagio sexual). Se estudiará, asimismo, la factibilidad de promover la difusión de esta información en los lugares de trabajo, participando a los empleadores en la tarea de concientización del personal, sobre las ventajas de proteger la salud y prevenir las enfermedades.

La información sobre estos programas, con las variantes que pudieran introducirse, según las regiones o como resultado de nuevas investigaciones en la materia.

INFORMACIÓN AUDIOVISUAL

En aquellos lugares con las condiciones adecuadas para este fin, se propiciará la divulgación de temas de salud a los afiliados mediante la comunicación audiovisual. En particular en los centros asistenciales contratados.

ASESORAMIENTO, INFORMACIÓN Y CONTROL POR PARTE DE LOS EBAMP

Los Equipos de Atención Médica Primaria pondrán en práctica las acciones de promoción, protección y prevención, en el ejercicio de las diferentes consultas que deben evacuar:

Consultas por demanda espontánea: frente a la aparición de síntomas y/o signos que un paciente interpreta como enfermedad.

Consulta programada: que se fija con antelación, para el control de pacientes crónicos o incorporados a un Programa de Prevención.

Consultas urgentes.

Consulta domiciliaria: ya sea urgente, programada (para personas que no pueden trasladarse), o según programa (las que realiza el equipo de salud en la búsqueda de una determinada realidad sanitaria o epidemiológica).

ACTIVIDADES GRUPALES CON PACIENTES O INDIVIDUOS CON FACTORES DE RIESGO:

Los beneficiarios de la Obra Social podrán participar con los integrantes del EBAMP, en el desarrollo de Talleres, Reuniones de Reflexión, Conferencias, creación de Grupos de Autoayuda, etc. para el esclarecimiento y control de determinadas patologías. En especial, aquellas con implicancias familiares y sociales, que requieren una contención más allá de la que puede ejercer exclusivamente el profesional médico o algún otro componente del Equipo de Salud. Independientemente del enfoque multidisciplinario que deba implementarse en dichos casos, la participación de otros individuos con

las mismas debilidades o afecciones, resulta un valioso aporte terapéutico en estas estrategias grupales.

Será privativo de la Obra Social fijar para cada Programa de Prevención la necesidad o no de incorporar este tipo de actividades y efectuar la comunicación respectiva a las Redes Prestadoras.

Diagnóstico del Estado de Salud

Acorde a las características poblacionales y epidemiológicas de la población beneficiaria de OSTIG pudimos establecer que las Enfermedades no Transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad, ciertos tipos de cáncer y las causas externas, son las que producen una gran parte de las patologías que afectan a nuestra población.

- Se brinda cobertura según la ley 26743 de identidad de género.

Se brinda cobertura al 100% según las leyes de grupos vulnerables las cuales se detallan a continuación:

Nuestro país mantiene una posición de vanguardia en cuanto a la reparación y ampliación de los derechos de los grupos vulnerables. Durante los últimos años, entre los avances más significativos se pueden destacar: la Ley de Matrimonio Igualitario (Ley 26.618) la Ley de creación del Programa Nacional de Educación sexual Integral (Ley 26.150); la Ley para la erradicación de la violencia contra las mujeres (26.485); la Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental (26.657); así como la sanción de la Ley de Identidad de Género (26743). En el mismo sentido, instrumentos de gran importancia a nivel internacional, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ratificada por Argentina mediante la Ley N° 26.378 y declarada con jerarquía constitucional mediante Ley 27.044) así como la actual discusión sobre la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores, ya han sido formulados desde la perspectiva de derechos humanos y en clave antidiscriminatoria.

Si tiene una urgencia y no puede trasladarse hasta la clínica de su zona puede solicitar atención a domicilio.

Informe a quien reciba el pedido las características de la enfermedad para que pueda valorar la urgencia.

Se asegura la prestación de consulta de emergencia y emergencia en domicilio.

La obra social OSTIG da cumplimiento a la Ley N° 27.306.

Ley Nacional N° 27.306 Abordaje Integral Dificultades Específicas del Aprendizaje (Dislexia, Disgrafía y Discalculia).

La presente ley establece como objetivo prioritario garantizar el derecho a la educación de los niños/as, adolescentes y adultos que presentan Dificultades Específicas del Aprendizaje (DEA).

Declarase de interés nacional el abordaje integral e interdisciplinario de los sujetos que presentan Dificultades Específicas de Aprendizaje (DEA), así como también la formación profesional en su detección temprana, diagnóstico y tratamiento, su difusión y el acceso a las prestaciones.

TRASLADOS

Si está impedido físicamente de trasladarse para realizar estudios o tratamientos podrá solicitar una ambulancia, los casos que se presenten dentro de este punto se deben requerir en forma telefónica al 4958-0700 de la Obra Social, y resueltos conforme la necesidad por la auditoría médica. Necesita orden médica.

COBERTURA EN OBESIDAD

Ley de obesidad N° 26396 acorde el ANEXO I de la Resolución N° 742/09 MS, con cobertura del 100 % a cargo de OSTIG:

1- Cobertura ambulatoria

- 1.1 Consulta diagnóstica realizada por médico de primer nivel de atención.
- 2.1 Interconsulta con licenciado en nutrición o médico especialista en nutrición.
- 3.1 Interconsulta con médico especialista en obesidad.

2- Cobertura del seguimiento del tratamiento

- 1.2 TRES (3) meses con cobertura del control y seguimiento por un profesional de la salud reconocido por autoridad competente y preferentemente de un equipo multidisciplinario hasta una vez por semana.
- 2.2 Ampliación por TRES (3) meses más en la medida que se haya asegurado que el paciente esté bajando de peso a un ritmo de no menos de UNO COMA CINCO POR CIENTO (1,5%) de su peso al menos por mes.
- 3.2 UNA (1) consulta mensual a partir del descenso de al menos el DIEZ POR CIENTO (10%) de su peso de inicio el paciente para el plan de mantenimiento.

3- Tratamiento farmacológico

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

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

4- Tratamiento quirúrgico

Tratamiento quirúrgico de aquellos pacientes que puedan acceder al mismo acorde los criterios de inclusión de la citada Resolución.

COBERTURA EN DETECCIÓN CELÍACA

Acorde la Resolución N° 102/11 MS, OSTIG reconoce con cobertura del 100 % la pesquisa a través el marcador sérico IgA Anticuerpos anti tiroglobulina tisular humana (a-tTG-IgA) para la detección de la enfermedad celíaca y la biopsia del duodeno proximal con los mismos fines.

Se da cumplimiento a la Ley 26.588 de interés nacional la atención médica, la investigación clínica epidemiológica, la capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca.

La Obra Social dará cobertura según la Ley 27196 ... Artículo 9°: Las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la obra social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar cobertura asistencial a las personas con celiaquía, que comprende la detección, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la misma, incluyendo las harinas, premezclas u otros alimentos industrializados que requieren ser certificados en su condición de libres de gluten, cuya cobertura determinará la autoridad de aplicación, según requerimientos nutricionales y actualizando su monto periódicamente conforme al índice de precios al consumidor oficial del Instituto Nacional de Estadística y Censos —INDEC—.

Ley 27196 (actualización de la Ley 26588) y la Resolución N° 102/11 MS, enfermedad celíaca. Decreto reglamentario N° 528/11/PEN y su modificatoria decreto N°154/15/PEN. Se brindará cobertura en concepto de harinas y premezclas de harinas libres de gluten, acorde al monto establecido en la Resolución N° 1365/15/Ms.

COBERTURA EN FIBROSIS QUÍSTICA

Ostig da cobertura al 100% medicamentos y productos médicos destinados al tratamiento de la fibrosis quística según Resolución N° 2894/2019 del Ministerio de Salud de la Nación, incorporada al apartado 7.3 del Anexo 1 de la Resolución N° 201/02 Ministerio de Salud.

COBERTURA EN CUIDADOS PALIATIVOS

La cobertura de los Cuidados Paliativos será del 100 %, acorde lo determinado por el PMO, incluyendo aquellas prestaciones que se mencionan en los Anexos II y III del mismo.

Estarán contemplados en esta cobertura y asistidos por un equipo multidisciplinario, aquellos pacientes cuya expectativa de vida no supere el lapso de 6 (seis) meses por no responder al tratamiento curativo que le fue impuesto. Los objetivos serán aliviar el dolor, los síntomas y el abordaje psicosocial del paciente.

La obra social dará cobertura según lo establecido en la Ley 27071.

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

Artículo 1°.- La presente ley tiene por objeto incorporar al Programa Médico Obligatorio (PMO), al sistema público nacional, obras sociales y mutuales provinciales, la cobertura total de los dispositivos o bolsa para ostomías y los elementos accesorios necesarios para la optimización de la tolerancia de la bolsa, para aquellas personas que han sido sometidas a una ostomización temporal o definitiva padeciendo desórdenes, enfermedades o trastornos en distintos órganos y la promoción de acciones tendientes a su concientización y difusión.

La Obra Social dará cobertura según lo establecidos en la Ley 26872 a pacientes que han sido operadas de ca de mama efectuándosele una mastectomía.

Todos los establecimientos de salud públicos y las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660y 23.661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepagas y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales independientemente de la figura jurídica que tuvieren, deben incluir la cobertura de la cirugía reconstructiva como consecuencia de una mastectomía por patología mamaria, así como la provisión de las prótesis necesarias.

ATROFIA ESPINAL I, II Y IIIA.

Ostig dará cobertura conforme a la modificación del anexo I de la resolución 201/02 se incorpora al ítem 7.3 bis cobertura del principio SPINRAZA y nombre genérico NUSINERSEN para el tratamiento.

COBERTURA AL PROGRAMA DE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE HIPOACUSIA.LEY 25415

Atención médica programada

Consultas y prácticas médicas

Se cubren todas las especialidades del PMO.

Prestaciones: consultas, prácticas de laboratorio e imágenes y otros estudios complementarios ambulatorios diagnósticos y terapéuticos.

Para acceder a las consultas solicite turno directamente al profesional. Para atención en domicilio y para estudios necesita orden médica.

Se brinda consulta en consultorio e internación.

A continuación, se detallan las prestaciones y especialidades las cuales son brindadas en la atención secundaria.

En todo otro grupo etario donde el paciente se ve imposibilitado de desplazarse quedara a discreción de la auditoria medica de OSTIG la aprobación de atención programada en domicilio.

11

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

Procedimiento

Para ingresar a los programas preventivos solicite turno con el Medico Clínico o Ginecólogo y Odontología.

Metodología

Los pacientes serán atendidos en los consultorios que se detallan:

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

- Cobertura de prácticas y estudios complementarios ambulatorios diagnósticos y terapéuticos.
- Análisis de laboratorio, imágenes y registros cubiertos por el PMO y los descartables, radiactivos y medios de contraste necesarios.
- Solicite turno al centro de su elección con orden médica.

INTERNACIÓN

- Clínicas, quirúrgicas, obstétricas. Pediátricas e intensivas.
- Institucional, hospital de día o domiciliaria.
- Comprende las consultas, estudios y tratamientos incluidos en el PMO, medicaciones, sustancias de contraste y descartables y un acompañante para menores de 15 años.
- Con orden médica.

EXCLUSIONES Y PRESTACIONES NO CUBIERTAS

- Extras y comodidades diferentes.

OTRAS PRESTACIONES

Estas prestaciones se brindan según las indicaciones del PMO y requieren autorización previa.

Discapacidad: Rehabilitación médica y educativa Incluidas en ley 24.901.

Drogadependencia y adicciones: Atención ambulatoria, hospital de día e internación.

Diálisis Renal Crónica: Sin límites, incluye la provisión gratuita de eritropoyetina.

HIV/SIDA: Tratamientos y medicamentos incluidos en protocolos oficiales, cobertura al 100% incluidos en la resolución 13453/10-APE.

Medicación Oncológica: sin cargo. Tratamientos y medicamentos incluidos en protocolos oficiales, incluye tratamiento del dolor y adyuvantes.

Alta Complejidad: Cirugía cardiovascular, neurocirugía central, malformaciones, trasplantes

Cuidados paliativos: Asistencia para el dolor y otros síntomas y contención familiar para pacientes con expectativa de vida menor a 6 meses.

Para obtener el beneficio de cuidados paliativos deberá concurrir a auditoria medica con orden del médico tratante solicitando la cobertura y el resumen de historia clínica.

Hospital de día cobertura del 100% sin límite de tiempo. Según resolución 1991/05.

DELEGACIONES

Delegación – Dirección – Localidad - Provincia.

1 SEDE CENTRAL BOEDO 90 CAPITAL FEDERAL

2 CORDOBA AV FIGUEROA ALCORTA 110 CORDOBA

3 MENDOZA RIOJA 2029 MENDOZA

4 ROSARIO BUENOS AIRES 1315 SANTA FE

5 TUCUMAN AVELLANEDA 295 TUCUMAN

