

## ANEXO II – Modalidades de Acceso al Servicio

### INFORMACIÓN AL BENEFICIARIO

A partir del 01 de noviembre del corriente, la OSAPM ROS implementará un nuevo modelo de atención y una nueva Red Prestacional para su Padrón de Afiliados Activos en relación de dependencia – Plan Activo, y para su Padrón de Jubilados – Plan Pasivo.

### CÓMO ACCEDER AL SERVICIO

Consulte en esta sección la información principal para utilizar nuestro servicio médico asistencial

### CREDECIAL

La credencial es el medio válido que le permite acceder a los servicios médico-asistenciales que brinda la OSAPM ROS con su sola presentación ante centros médicos, farmacias y consultorios de la Ciudad de Rosario y sus Zonas de Influencia.

Su credencial es personal e intransferible y debe presentarse junto a un documento de identidad válido.

### CANALES DE ATENCIÓN

Para consultas o trámites referidos prestaciones médico-asistenciales, Ud. puede utilizar cualquiera de los siguientes Canales de Atención de la Red Prestacional de Avalian<sup>1</sup>:

- Centro de Contacto Avalian: 0810 222 72583 (Lunes a Viernes de 8 a 20 hs).
- Chat en nuestra web: [www.avalian.com](http://www.avalian.com)
- Email: [centrodecontacto@avalian.com](mailto:centrodecontacto@avalian.com)
- Centros de Atención Avalian (Rosario – Fisherton – Venado Tuerto)
- Consultas médicas online a través de **e-Doc**

### AUTORIZACIÓN PREVIA

Sólo requerirán autorización previa las prácticas de mayor complejidad y las internaciones clínicas y/o quirúrgicas, y su otorgamiento será evaluado por la Auditoría Médica de el Prestador.

Las autorizaciones pueden gestionarse a través de los siguientes canales:

- Centros de Atención
- Centro de Atención telefónica
- Gestiones online

### REINTEGROS

La Red atenderá el reintegro de los gastos de atención médico-asistencial en los siguientes supuestos:

---

<sup>1</sup> Se hace constar que los Beneficiarios de la OSAPM ROS, no revisten el carácter de Usuarios o Asociados al servicio de medicina prepaga de Avalian o Federada Salud, sino que tan solo cuentan con accesibilidad a algunos de los efectores de su Red Prestacional en el marco del contrato suscripto.

- Cuando se requiera algún servicio incluido en la cobertura del plan, pero para el cual no se cuente con prestadores contratados. En este caso se sugiere asesorarse con los canales disponibles de atención para validar el estado del servicio en la zona.
- Aquellas prácticas para las cuales la cobertura se encuentra prevista bajo esta modalidad. Requiere autorización previa.

### **Consultas y tratamientos realizados con profesionales particulares**

El Prestador se reserva el derecho de solicitar historia clínica, o bien justificativo médico, a fin de ser evaluado por la Auditoría Médica.

### **Cómo acceder a reintegros:**

Para acceder a los reintegros será indispensable presentar, en alguno de los centros de atención del prestador, la siguiente documentación:

1.-Factura y/o recibo a nombre del BENEFICIARIO en la cual conste:

- Datos del profesional que brindó la prestación.
- Nombre, apellido y número del BENEFICIARIO atendido. En caso de tratarse de un BENEFICIARIO menor de edad la factura por la prestación deberá ser confeccionada a nombre del titular de la cobertura, aclarando en el concepto a quién se le brindó la prestación.
- En caso de prestaciones brindadas a un recién nacido de menos de un mes, no ingresado al sistema, la factura deberá ser confeccionada a nombre de la madre (siempre y cuando sea beneficiaria de la OSAPM ROS)
- El importe abonado debe estar discriminado por prestación.

2- Documentación respaldatoria (pedido médico, informe de estudio a reintegrar, protocolo quirúrgico, etc.) según la prestación realizada.

3- Datos de la cuenta bancaria para depositar el importe (constancia de CBU). Puede completar los datos en nuestro sitio de autogestión, en la opción Datos particulares/ Adhesión pago electrónico o completando el Formulario de Datos Bancarios de manera personal.

4- En los casos que el titular no cuente con una CBU y la cuenta a presentar pertenezca a otra persona; deberá hacerlo directamente en su centro de atención o agencia presentando el Formulario Cesión de Cuenta Bancaria más el comprobante emitido por el Banco y contar con los datos del beneficiario de la cuenta (CUIL/ CUIT del mismo) El formulario deberá ser firmado por el Beneficiario titular.

La factura deberá presentarse dentro de los treinta (30) días hábiles de haber sido emitida.

Cabe aclarar que todos los montos de reintegros son por beneficiario, intransferibles y no acumulativos.

## SERVICIOS Y COBERTURA

### URGENCIAS Y EMERGENCIAS

#### 1.- Servicios de Urgencias

#### EMERGENCIAS | ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA: 0800 555 5556

Para que la respuesta ante su necesidad de atención sea inmediata, es importante diferenciar los distintos tipos de urgencias:

- **Emergencias médicas:** son aquellas afecciones que, por su gravedad, deben ser asistidas de inmediato por equipos especialmente entrenados.
- **Urgencias médicas:** son aquellas afecciones que, sin poner en peligro la vida del paciente, necesitan una atención médica rápida. Estas urgencias pueden atenderse en forma ambulatoria o requerir internación de acuerdo al dictamen médico (ejemplos: cólicos renales, fracturas simples, etc.)

En caso de estar frente a una urgencia, emergencia o consulta médica, también tenés la opción de acudir a los centros con servicios de guardia (hospitales, sanatorios con cuerpo médico propio) que cuentan con una guardia médica activa y/o pasiva para cada especialidad. Para ser atendido, solo deberá presentar su credencial de OSAPM ROS y documento nacional de identidad.

Si su necesidad requiere la atención de un especialista (oftalmólogo, traumatólogo, otorrinolaringólogo, etc.), y Ud. no presenta impedimento alguno para trasladarse, aconsejamos concurrir a los especialistas de guardia.

#### 2.- e -DOC

E-Doc es un sistema innovador de atención médica virtual. Funciona como una visita habitual al médico, pero la única diferencia es que la consulta se realiza por intermedio de una pantalla. Permite acceder a consultas con médicos clínicos, pediatras y psiquiatras y con psicólogos las 24hs, los 365 días del año a través del teléfono celular, tablet o computadora.

El beneficiario deberá loguearse previamente en el sitio Web de Avalian, y luego, deberá descargar en su celular la aplicación e-Doc desde Play Store o App Store. También puede acceder desde el sitio web [avalian.com](http://avalian.com)

### INTERNACIÓN

#### Cobertura en internación

Cobertura total en Internación:

- 100% en medicamentos y material descartable
- 100% en honorarios del equipo profesional actuante convenido por la Red Prestacional.
- 100% en controles y exámenes pre y postquirúrgicos.

Esta prestación será tramitada ante la Institución prescribiente. Algunas internaciones, no obstante, requieren una autorización previa que deberá gestionarse ante los Canales de Atención de la Red (*ver supra*).

La internación, en cualquier modalidad (sanatorial, hospital de día o domiciliaria) será canalizada a través de su cartilla prestacional. Se dará cobertura del 100% de gastos sanatoriales, siempre que el sanatorio figure en la cartilla.

*Consideramos necesario recordar a nuestros Beneficiarios que la reserva de camas en instituciones que figuran en la cartilla está sujeta a la disponibilidad que exista en el momento de la internación.*

#### **Acompañantes:**

Fuera del horario de visitas, el sanatorio puede cobrar un derecho de acompañante, ocupe o no la cama. Le sugerimos informarse sobre el monto a abonar antes de hacer uso de este derecho. La prestación incluida en el derecho de acompañante es privativa de cada Institución. Para menores de hasta 15 años inclusive, la cobertura será del 100% por el tiempo que dure la internación.

#### **Internación de Urgencia:**

Si se produce este tipo de internación, la orden podrá ser gestionada dentro de las 24 horas del día hábil posterior.

#### **PRÁCTICAS MÉDICAS**

**Todas las prácticas médicas ambulatorias o de Primer Nivel cuentan con un copago** cuyo valor está determinado por la Superintendencia de Servicios de Salud. Este copago será abonado al momento de realizarse la prestación ante el profesional o la institución de que se trate.

##### **1.- Consultas médicas:**

**OSAPM ROS** brinda cobertura con sus profesionales de cartilla.

##### **En consultorio:**

Ud. puede acceder a la atención en los consultorios particulares que figuran en cartilla, o en los consultorios centrales de las instituciones, que figuran en cada una de las distintas especialidades.

Para su atención le será solicitada la credencial junto con el documento de identidad. Te recordamos que tu credencial es de uso personal e intransferible.

##### **2.- Prácticas de mediana y baja complejidad**

Son aquellas prácticas de rutina, exámenes complementarios y de diagnóstico, tales como análisis clínicos, radiografías, ecografías, tomografías.

#### **Material radioactivo:**

Cobertura del 100% en centros especializados de cartilla o por reintegro a valores de la Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio (C.E.D.I.M.).

**Material de contraste:** cobertura del 100% en centros especializados de cartilla o compra directa en farmacias convenidas.

#### **3.- Prácticas de alta complejidad**

Son aquellas prácticas de alta tecnología y baja frecuencia, tales como estudios endoscópicos terapéuticos, punciones, biopsia bajo control tomográfico y prestaciones no nombradas, alguna de las cuales requieren de la intervención de la Auditoría Médica de la Red.

OSAPM ROS brinda una cobertura del 100% con profesionales de cartilla.

Se tramitan ante la Institución correspondiente, y en caso de requerir autorización previa deben gestionarse ante los Canales de Atención de la Red.

#### **4.- Trasplante de órganos**

OSAPM ROS brinda, a través de los prestadores contratados, cobertura total en estudios previos del paciente y del donante, internación y cirugía.

Esta prestación requiere autorización previa de la Auditoría Médica de la Red Prestadora.

La cobertura incluye, además:

- 100% en medicamentos y material descartable durante la internación.
- 100% en honorarios del equipo profesional.
- 100% en medicamentos postrasplante e inherentes al mismo, por provisión directa, a través de las instituciones contratadas.

Es fundamental tener en cuenta que quienes requieran de este servicio deberán estar inscriptos en el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)

#### **5.- Hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)**

OSAPM ROS brinda cobertura del 100% con profesionales de cartilla. También se cubre al 100% el material descartable.

Se tramitan ante la Institución correspondiente, y en caso de requerir autorización previa deben gestionarse ante los Canales de Atención de la Red.

Es requisito indispensable la inscripción del paciente en el INCUCAI dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento.

#### **6.- Traslados en ambulancia**

OSAPM ROS brinda cobertura del 100% con servicios contratados, en el contexto de internación, según prescripción médica.

#### **DERIVACIONES.**

Las derivaciones serán facultad exclusiva de la auditoría médica de la Red. El beneficiario o los profesionales tratantes podrán proponer el centro de su preferencia entre los que integran la nómina que corresponda a su plan, pero la decisión reposará exclusivamente en la auditoría médica.

#### **ORTOPEDIA Y PRÓTESIS**

##### **1.- PRÓTESIS E IMPLANTES QUIRÚRGICOS**

Las indicaciones médicas se deberán efectuar por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto.

- **Nacionales**

Cobertura del 100% en prótesis e implantes, por provisión directa a través de las instituciones contratadas.

- **Importadas**

En caso de no existir material de origen nacional, se otorgará cobertura al 100% del material importado de menor valor.

##### **2.- Ortesis y prótesis no implantables quirúrgicamente**

Cobertura del 50% del presupuesto nacional más bajo, teniendo en consideración los valores de plaza ya sea en contexto ambulatorio o internación domiciliaria.

#### **DISCAPACIDAD**

Con el objetivo de brindarte una cobertura acorde a tus necesidades y requerimientos, la Red cuenta con un área especializada en discapacidad y un equipo interdisciplinario, integrado por diversos profesionales.

El mencionado equipo tendrá a su cargo las acciones de evaluación y orientación individual, familiar y grupal, programas preventivo-promocionales de carácter comunitario, y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social (Ley 24.901 - Art. 11)

En este sentido, será el equipo multidisciplinario quien, en función de lo recomendado por el profesional tratante, defina el tratamiento de rehabilitación de acuerdo a sus necesidades.

Los servicios serán brindados a través de prestadores contratados (Ley 24.901 – Art. 6°).

Se deberá presentar copia del Certificado Único de Discapacidad (CUD), plan de tratamiento indicado por el profesional actuante y un resumen de historia clínica. Para mayor información, consulta la guía de acceso a proyectos especiales

Es necesario tener en cuenta que la presentación de la documentación deberá realizarse con anterioridad al inicio del tratamiento; de lo contrario las prestaciones se autorizarán, en caso de corresponder, a partir de la fecha de presentación.

El sector de discapacidad se reserva el derecho de solicitar información adicional conforme a la patología y evaluación de equipo multidisciplinario designado por la entidad (Ley 24901 y Ley 26.682 Art. 7°).

En caso de solicitar prestaciones complementarias, de carácter social, la Red se reserva la potestad de requerir una encuesta socio-ambiental, a los fines de determinar la pertinencia de la cobertura.

La vigencia de la cobertura será a partir de la aprobación del proyecto y se extenderá hasta el 31 de diciembre del período en curso con renovación anual, salvo excepciones determinadas por el Equipo Interdisciplinario de OSAPM ROS.

## **MATERNIDAD**

### **1.- Plan Materno Infantil:**

La cobertura es del 100% en la atención integral del embarazo, parto y del recién nacido, y comprende:

#### **Para la madre:**

- Prestaciones médicas durante el embarazo y parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento.

#### **Para el recién nacido:**

Cobertura del 100% en prestaciones médicas, medicamentos y vacunas hasta el año de vida, siempre que se encuentren incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación. No se encuentran incluidos medicamentos de venta libre, preparados ni medicamentos o formas farmacéuticas contraindicadas.

#### **Cómo acceder al PMI:**

Para acceder al Plan Materno Infantil es necesario presentar en cualquiera de los Centros de Atención de la Red, el certificado médico donde conste FUM (fecha última menstruación) y FPP (fecha probable de parto).

En relación al PMI del recién nacido no es necesario realizar ningún trámite adicional, el beneficio se activa automáticamente con la incorporación del mismo al padrón de beneficiarios, la cual debe ser efectuada dentro de los 30 días de producido el nacimiento.

### **2.- Parto/Cesárea**

OSAPM ROS brinda cobertura del 100% en instituciones y con médicos de cartilla contratados.

Esta prestación se tramita ante la Institución correspondiente, y en caso de requerir autorización previa deben gestionarse ante los Canales de Atención de la Red.

## **CONDICIONES EN LA COBERTURA – EXCLUSIONES:**

Quedan expresamente excluidas de la cobertura que OSAPM ROS brinda sus Beneficiarios:

- Prácticas y prestaciones no incluidas en el PMO y en la Ley 24.901, o que cuya eficacia, a criterio de la Obra Social, no se encuentren avaladas por la Medicina Basada en la Evidencia.-
- Cobertura de prestaciones de neta índole social, o cuidados y acompañamientos que por su naturaleza corresponden a las obligaciones derivadas del Derecho de Familia.-
- Cobertura de alimentación, con excepción de los casos previstos por Ley, los que se encuentran justificados médicamente para pacientes sensibles (Ej. Recién nacidos hasta el año de edad), o durante la internación.-
- Tratamiento de lesiones o patologías derivadas de accidentes de trabajo, o enfermedades profesionales en el marco de la Ley de Contrato de Trabajo, o cubiertas por ART.-
- Cirugía estética o cosmética. Internaciones en establecimientos geriátricos. Internaciones para cura de reposo, para tratamiento de adelgazamiento o rejuvenecimiento. Dietología, cosmetología y podología.-
- Tratamientos secuelares, post-quirúrgicos o reintervenciones, derivadas de prestaciones médicas brindadas por otras coberturas, ya sea anteriores o simultáneas a la vigencia del presente contrato. No obstante ello, y de estimarlo pertinente la Auditoría Médica de la entidad, Aca Salud brindará tal cobertura eximiéndose de cualquier tipo de responsabilidad por las prestaciones no otorgadas por la misma.-
- Internaciones para efectuar exámenes complementarios, análisis, estudios y/o tratamientos de clínica o cirugía que a criterio de la Auditoría Médica de Aca Salud puedan ser efectuados en forma ambulatoria.-
- Prácticas o intervenciones experimentales, o que se requieran en el marco de un protocolo de intervención clínica.-
- Tratamientos de lesiones o patologías originados en actos delictivos en donde el beneficiario participe en forma activa.-
- Autopuestas en riesgo asumidas voluntariamente por el beneficiario, tales como la realización de pruebas y deportes extremos (parapente, paracaidismo, jumping,...).-
- Afecciones causadas por desastres sísmicos, inundaciones, guerras, tumultos, huelgas, revoluciones, terrorismo, conflictos laborales.-
- Actividades deportivas en forma profesional regidas por asociaciones o entidades regionales y/o municipales, comunales, provinciales o nacionales.-
- Tratamiento de lesiones de participar como conductor, acompañante o integrante de grupos de competición, pruebas o demostraciones de pericia o de velocidad de cualquier índole.-
- Homeopatía acupuntura y otras prácticas no reconocidas oficialmente por las Universidades, el Ministerio de Salud de la Nación o entidades médicas colegiadas.-
- Medicamentos no autorizados por el Ministerio de Salud / ANMAT. Medicamentos para tratamientos distintos de los previstos en la posología autorizada por ANMAT.-
- Prótesis mioeléctricas o bioeléctricas para equipamientos de amputados.-
- Exámenes preocupacionales y/o periódicos, y certificados para ingreso a entidades escolares o deportivas privadas o estatales; exámenes de carácter laboral y/o previsional a cargo de terceros conforme a las normas vigentes.-



## NORMAS PARA DISPENSA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

PLANES APM		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>COBERTURAS Y DESCUENTOS</b></li> </ul>		
<p><i>Los descuentos se efectuarán sobre el precio de venta al público (PVP) sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio, que figura en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, según las siguientes inclusiones y exclusiones:</i></p>		
<b>Planes: SEGÚN VALIDACIÓN WEB</b>	<b>A cargo del afiliado:</b>	<b>A cargo de la PREPAGA</b>
Planes Fcia.40%	60%	40%
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>REQUISITOS DE LA RECETA: VÁLIDOS PARA TODOS LOS PLANES</b></li> </ul>		
<b>Tipo de Recetario:</b>	Del Profesional y/o Institución. No se aceptan recetarios comerciales de ningún tipo – Durante la cuarentena se aceptan recetas enviadas por cualquier medio electrónico (mails, WhatsApp, etc.) <b>SEGÚN REGLAMENTACIÓN RECETA DIGITAL.-</b>	
<b>Datos contenidos en la receta:</b>	Nombre, Apellido del asociado y Número de asociado y Plan.	
	Fecha de emisión de la receta.	
	Nombre genérico de los medicamentos. Comercial opcional.	
	Cantidades de los medicamentos en números arábigos con aclaración en letras.	
	Diagnóstico – codificado o no. Para cada uno de los productos.	
	Firma y sello aclaratorio del profesional. Número de matrícula provincial y/o nacional.	
	Los datos escritos por el profesional deberán estar de puño y letra del mismo y presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma, sin enmiendas ni tachaduras, salvo que las mismas hayan sido convalidadas al reverso del recetario. Se aceptan recetas digitales con escritura digital de acuerdo a la normativa vigente.	
<b>Validez</b>	60 (sesenta) días corridos a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.	
<b>a) para la venta:</b>	Si el número de asociado estuviera incorrecto, podrá ser corregido y salvado por el farmacéutico con su firma sello y fecha.	
<b>Contenidos máximos de Cada medicamento según Su tamaño:</b>	Sólo se entregará un producto en envase tamaño grande o mediano y el o los restantes chicos.	
	Tamaño no especificado: Se debe Vender la menor presentación.	
	Si el tamaño o cantidad de unidades prescriptas no estuvieran previstas en el manual o Agenda, la farmacia dispensará el producto de menor tamaño. Si hay error en la presentación o dosis, se entregará la menor dosis o presentación.	
<b>Antibióticos inyectables:</b>	<u>Monodosis:</u> hasta 5 (cinco) ampollas individuales por receta.	
<b>Psicofármacos:</b>	Lista II: (ver anexo adjunto)	Receta de Salud Pública

	Lista III y IV: (ver anexo adjunto)	Receta por duplicado, con sello y firma del médico, aun estando el sello impreso, debiendo el asociado entregar a la farmacia la receta y la copia.
<b>Odontólogos</b>	Solo antibióticos, analgésicos-antinflamatorios	
<b>● REQUISITOS DEL AFILIADO:</b>		
<b>Deberá presentar:</b>	Credencial vigente según validación por Webservices.(Ver <b>Anexos:</b> Credenciales física de OSAPM ROS)	
	Receta correspondiente y/o copia digital de cualquier tipo (que cumpla con los requisitos y campos requeridos por la normativa vigente)	
	Documento de identidad físico o virtual.	
<b>● DE LA PRESCRIPCIÓN:</b>		
- PRESCRIPCIÓN MÉDICA POR NOMBRE GENÉRICO De acuerdo a las disposiciones legales vigentes Ley 25649. LEY DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POR SU NOMBRE GENÉRICO, la prescripción de medicamentos debe hacerse por su nombre genérico. Será imprescindible el uso del recetario.		
- PRESCRIPCIONES ESPECIALES Los oncológicos, antivirales e inmunomoduladores requieren autorización previa de Auditoría Médica.		
<b>● REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:</b>		
<b>La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:</b>	Pegar o abrochar el troquel con su código de barras de cada uno de los productos vendidos.	
	Fecha de dispensación	
	Importes unitarios y totales y porcentaje a cargo de la entidad	
	Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto.	
	Firma del asociado, aclaración y número de documento. El trámite puede ser realizado por un tercero cumpliendo los mismos requisitos.	
	Copia ticket físico o digital, de venta	
	Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico.	
<b>● ENMIENDAS FARMACIAS:</b>		
- Toda enmienda o raspadura en el sector correspondiente a la farmacia deberá estar salvada por el farmacéutico y firma del asociado y fecha al dorso de la receta. En el frente debe textar “ver al dorso”.		
- La farmacia debe negar la atención de recetas en las que hubiere errores o enmiendas no salvadas por el prescriptor.		
<b>● MEDICACIÓN FALTANTE</b>		
Si por cualquier circunstancia en la farmacia faltare él o los productos indicados en la receta, la misma se compromete a obtenerlos dentro de las 24 hs hábiles. La farmacia queda eximida de esta obligación cuando sea notoria en la plaza la falta de el o los medicamentos indicados.		
<b>● AUTORIZACIONES: SEGÚN VALIDADOR LA RED</b>		
<b>Importante:</b>	<b>AMBULATORIOS EN FARMACIAS</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● VALIDACIÓN ELEGIBILIDAD</li> <li>● VALIDACIÓN DE AUTORIZACIÓN PREVIA SEGÚN LAS SIGUIENTES NORMAS DE DISPENSA Y AUDITORIA MÉDICA PREVIA.</li> </ul>	
<b>● INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:</b>		
<b>● INCLUSIONES :</b>	Tendrán cobertura del 100% con provisión de LA RED.	

<p><b>Consultar listado detallado de productos que se actualizará periódicamente. (ver anexo correspondiente)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritropoyetina en el tratamiento de la anemia por Insuficiencia Renal Crónica.</li> <li>• Medicamentos oncológicos. La medicación no oncológica, de uso en protocolos oncológicos, tendrá la misma cobertura que la medicación ambulatoria, a excepción del ondasetrón en el tratamiento de los vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes.</li> </ul> <p>Tendrán cobertura del 100% por el Agente del Seguro con apoyo financiero del Fondo Solidario de Redistribución, según las normas que dicte la Administración de Programas Especiales o el organismo que en el futuro lo administre, los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interferón: en el tratamiento de: La Esclerosis Múltiple para pacientes con dos o más brotes en los últimos dos años.</li> <li>• La Hepatitis Crónica por virus B o C comprobada por laboratorio y anatomía patológica.</li> <li>• Copolímero: en la Esclerosis Múltiple, con iguales indicaciones que el Interferón.</li> <li>• Teicoplanina: en tratamiento ambulatorio de infecciones documentadas por estafilococos meticilinorresistentes.</li> <li>• Factores estimulantes de Colonias granulocíticas: en neutropenias severas (menos de 1.000 neutrófilos por mm<sup>3</sup>).</li> <li>• Tobramicina aerosolizada: en la Enfermedad Fibroquística con infección bronquial por Pseudomona aeruginosa documentada.</li> <li>• Riluzole: en el tratamiento de la Esclerosis Lateral Amiotrófica.</li> <li>• Factor VIII y Antihemofílicos.</li> <li>• Somatotropina: en síndrome de Turner e hipopituitarismo con trastornos del crecimiento, hasta el cierre de los cartílagos de crecimiento.</li> <li>• Octreotide: en síndrome carcinoide y tumores hipofisarios del tipo de la acromegalia</li> <li>• Cerezyme: tratamiento de la Enfermedad de Gaucher.</li> <li>• Medicación anti HIV y anti SIDA.</li> <li>• Inmunosupresores.</li> </ul>
<p>Se mantiene la cobertura de medicamentos establecida en otras normativas vigentes:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Res. 423/18MSyAS. Cobertura de insulina (100%) antidiabéticos orales (70%) y tirillas reactivas (400 anuales). SOLO FARMACIAS FEDERADA (PANDEMIA ABIERTO A FARMACIAS CONTRATADAS)</li> <li>• Res.791/99 MSyAS. Cobertura del 100% del Mestinón 60 mg para el tratamiento de la Miastenia Gravis. SOLO FARMACIAS FEDERADA</li> </ul>
<p><b>EXCLUSIONES GENERALES DE COBERTURA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herboristería, Homeopatía y Recetas Magistrales de todo tipo.</li> <li>• Medicamentos no incluidos en el manual farmacéutico, y aquellos excluidos por la Mutual en dicho manual.(ver anexo)</li> <li>• Medicamentos dados de baja con antigüedad mayor a 60 días.</li> <li>• Medicamentos y/o Productos de Venta Libre</li> <li>• Pastas, Polvos o Líquidos Dentífricos</li> <li>• Fórmulas especiales o artículos para limpiar o fijar dentaduras postizas</li> <li>• Jabones de todo tipo (aun los que contengan fórmulas medicamentosas)</li> <li>• Callicidas</li> <li>• Cepillos de todo tipo</li> <li>• Productos de perfumería, tocador y belleza</li> <li>• Productos para la estética corporal</li> <li>• Vendas, gasas, alcohol, bolsas de goma y plástico y todo tipo de material descartable y accesorios médicos tales como instrumental de cirugía, jeringas, productos para diagnóstico, termómetros, atomizadores, inhaladores, nebulizadores.</li> <li>• Mamaderas, pañales, sondas, etc.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colutorios bucales.</li> <li>• Champúes, lociones y/o productos que no tengan fórmula medicamentosa y/o leyenda “venta bajo receta”, aún recetados por dermatólogos, pantallas solares, cremas anti estrías, cremas reductoras.</li> <li>• Herboristería, recetas magistrales y productos homeopáticos.</li> <li>• Productos o sustancias alimenticias y dietéticas en general.</li> <li>• Productos para contraste radiológico y de diagnóstico.</li> <li>• Leches comunes o maternizadas.</li> <li>• Material radiactivo.</li> <li>• Medicamentos importados no autorizados por salud pública.</li> <li>• Anorexígenos.</li> <li>• Anestésicos.</li> <li>• Parches de nicotina.</li> <li>• Solventes indoloros.</li> <li>• Complejos Vitamínicos, Minerales, Energizantes, etc.</li> </ul>
<p><b>PROVISIÓN MEDICAMENTOS PMI</b></p>	<p><b>PLAN MATERNO:</b></p> <p>Para la madre, desde la presentación del Certificado de Embarazo con FUM (Fecha última menstruación) y FPP (Fecha probable de parto) hasta 30 (treinta) días después del parto.</p> <p><b><u>COBERTURA AL 100%</u></b></p> <p>Exclusivamente sobre medicamentos reconocidos en el Plan del asociado, relacionados con el embarazo.</p> <p><b><u>REQUISITOS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ PRESENTACIÓN CREDENCIAL DE APM VIGENTE</li> <li>❖ ACREDITAR IDENTIDAD CON DNI</li> <li>❖ Verificación de Elegibilidad de beneficiario de PMI en Validadores, Webservices, o padrones semanales provistos por APM - AMR</li> </ul> <p><b><u>DETALLE DE INCLUSIONES:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Suplemento Vitamínico para embarazadas ( Ej.Supradyn pronatal) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paracetamol 1 mg</li> <li>▪ Ácido fólico</li> </ul> </li> <li>➤ Óvulos con antimicóticos más asociados</li> <li>➤ Antibióticos comprimidos</li> <li>➤ Reliverán en todas sus presentaciones</li> <li>➤ Doxilamina más asociados</li> <li>➤ Antimicóticos crema</li> </ul> <p><b>PLAN INFANTIL:</b></p> <p>Exclusivamente sobre medicamentos reconocidos por el plan del Asociado.</p> <p>Desde el Nacimiento hasta cumplido el año de vida.</p>

	<p><b><u>COBERTURA AL 100% A CARGO DE LA RED</u></b></p> <p><b><u>REQUISITOS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PRESENTACIÓN CREDENCIAL VIGENTE</li> <li>➤ ACREDITAR IDENTIDAD CON DNI DEL RECIEN NACIDO O PADRES.</li> </ul>
<p><b><u>VACUNAS PMI</u></b></p>	<p>Incluye</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Las vacunas de calendario oficial son gratuitas en instituciones de salud pública.</li> <li>● Las que están fuera del calendario oficial se cubren al 40%</li> </ul> <hr/> <p><b>Leches: (Diagnóstico: Alergia a la proteína de la vaca)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Medicamentosas: Con Auditoria Médica <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1er Semestre 4 kg por mes</li> <li>● 3er trimestre 3,200 kg por mes</li> <li>● 4to trimestre 2,800 kg por mes</li> </ul> </li> <li>● Exclusiones: línea Confort</li> <li>● Maternizada: Con autorización administrativa <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hasta 4 kg por mes durante primeros seis meses</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Insulinas y tiras.</b></p> <p><b>Con Auditoría Médica - Solo provistas por farmacia Mutual</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HIPOGLUCEMIANTES ORALES: cobertura del 100% incluida en el Vademécum del plan, en aquellos fármacos descriptos por la ley de diabetes.</li> <li>- INSULINAS: cobertura del 100%, entregada por el Área de Insumos. TIRAS REACTIVAS, AGUJAS, LANCETAS MEDIDOR DE GLUCEMIAY DIGITOPUNZOR: cobertura del 100% según Vademécum, y topes de Ley de diabetes.</li> </ul>