



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

SSSalud
SUPERINTENDENCIA
DE **SERVICIOS DE SALUD**



MANUAL DEL BENEFICIARIO DE OBRAS SOCIALES

NUESTROS TRÁMITES SON GRATUITOS

- El presente manual contiene información basada en la normativa vigente a marzo de 2011, por lo cuál recomendamos chequear los contenidos en nuestro sitio web.
- Las normativas del Sistema Nacional del Seguro de Salud se encuentran publicadas en nuestro sitio web.
- La ubicación de las delegaciones puede consultarse en nuestros centros de atención o sitio web. Las mismas serán actualizadas a medida que se abran nuevas sedes en las diferentes provincias.

**CENTRO DE ATENCIÓN
TELEFÓNICO**

0800-222-SALUD

Línea gratuita (7 2 5 8 3)

**CENTRO DE ATENCIÓN
PERSONAL**

Av. Presidente Roque Sáenz Peña 530
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

y delegaciones en el interior del país

**CENTRO DE ATENCIÓN
VIRTUAL**

www.sssalud.gov.ar

ÍNDICE

PRÓLOGO	7
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	9
¿Cuál es nuestra misión?	
¿Cuáles son nuestros objetivos?	
BENEFICIARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD	
¿Quiénes son?	10
¿Cuáles son los principales derechos del beneficiario?	12
Características generales de la opción de cambio de obra social	13
Tipos de beneficiarios	
OBLIGATORIOS	
1. <i>Beneficiarios en relación de dependencia y pasivos</i>	14
–Opción de cambio para beneficiarios de obras sociales sindicales	
–Continuidad y corrección de obra social elegida	
–Opción de cambio para beneficiarios de obras sociales del personal de dirección	
–Opción de cambio para jubilados y pensionados	
–Unificación de aportes	
2. <i>Beneficiarios monotributistas</i>	22
–Opción de cambio para beneficiarios monotributistas	
–Unificación de aportes para beneficiarios monotributistas	
3. <i>Beneficiarios del Personal del Servicio Doméstico</i>	27
–Opción de cambio para el Personal del Servicio Doméstico	
4. <i>Beneficiarios pasantes</i>	28
–Opción de cambio para beneficiarios pasantes	
VOLUNTARIOS	
1. <i>Beneficiarios adherentes</i>	29

CONSULTAS Y RECLAMOS

Consultas	30
Reclamos	
–Formas de presentar el reclamo	31
–Documentación a presentar por los beneficiarios titulares de acuerdo a su inserción en el sistema	32
–Reclamos en la obra social: Formulario A	33
–Reclamos en la Superintendencia: Formulario B	34
–Formulario C o nota	36
–Procedimientos especiales de reclamo	36

COBERTURA PRESTACIONAL

Programa Médico Obligatorio (PMO)	37
Planes Superadores	49
Cobertura en discapacidad	50

COBERTURA DE MEDICAMENTOS

Prescripción de medicamentos por nombre genérico	53
Cobertura de medicamentos al 70% para enfermedades crónicas más frecuentes	53
Cobertura de medicamentos al 100%	55

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

El Sistema Nacional del Seguro de Salud comprende a las obras sociales nacionales y otros agentes, y se encuentra regulado por un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, en jurisdicción del Ministerio de Salud de la Nación: la Superintendencia de Servicios de Salud.

¿CUÁL ES NUESTRA MISIÓN?

Nuestra misión es supervisar, fiscalizar y controlar a las obras sociales y a otros agentes del sistema, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación.

¿CUÁLES SON NUESTROS OBJETIVOS?

- Dictar las normas para regular y reglamentar los servicios de salud.
- Aprobar el ingreso de las entidades al sistema.
- Garantizar el respeto y la promoción de los derechos de los beneficiarios del sistema.
- Controlar el funcionamiento de las obras sociales y de otros agentes del seguro de salud, de los prestadores intervinientes y de toda otra entidad prestadora o financiadora de prestaciones médico-asistenciales que se incluyan.
- Aprobar el Programa de Prestaciones Médico Asistenciales de los agentes y controlar el presupuesto de gastos y recursos para su ejecución.
- Controlar el funcionamiento correcto del mecanismo de débito automático desde la recaudación de las obras sociales hacia los hospitales públicos de gestión descentralizada.
- Asegurar y controlar la opción de cambio de obra social de los beneficiarios del sistema.

BENEFICIARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD

¿QUIÉNES SON LOS BENEFICIARIOS?

Son todos aquellos ciudadanos comprendidos en el Sistema Nacional del Seguro de Salud a través de sus agentes: obras sociales, mutuales inscriptas y otras entidades adheridas al sistema.

Existen beneficiarios titulares: obligatorios y voluntarios. El titular tiene el derecho de incluir en calidad de beneficiarios a su grupo familiar primario. Se considera dentro de este a:

- El cónyuge y/o concubino/a y/o pareja de hecho del afiliado titular debidamente acreditado.
- Los hijos solteros hasta los 21 (veintiún) años, no emancipados por edad o actividad profesional.
- Los hijos solteros, mayores de 21 (veintiún) años y hasta los 25 (veinticinco) inclusive, que estén a exclusivo cargo del titular, y que cursen estudios regulares, reconocidos por la autoridad pertinente.
- Los hijos incapacitados a cargo del afiliado titular, sin límite de edad.
- Los hijos del cónyuge o concubino/a.
- Los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa.
- Las personas que convivan con el afiliado titular, y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación vigente.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LA INCORPORACIÓN DE FAMILIARES**CÓNYUGE**

- Certificado de matrimonio.
- DNI del titular y del cónyuge.
- Recibo de haberes del titular.
- Carnet de obra social del titular.

CONCUBINO/A

- DNI del titular y del concubino/a.
- Información sumaria.
- Recibo de haberes del titular.
- Carnet de obra social del titular.

HIJO/A DE CONCUBINO/A O CÓNYUGE

- Documentación que acredite la identidad del menor.
- Certificado de nacimiento.
- Información sumaria.
- Carnet de obra social del titular.
- Recibo de sueldo del titular.
- Certificación de CODEM negativo del padre o madre biológicos, expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).

GUARDA Y TUTELA

- DNI del titular.
- Documentación que acredite la identidad del menor y el vínculo.
- Información sumaria.
- Certificado de nacimiento.
- Carnet de obra social.
- Recibo de sueldo o comprobante de pago de monotributo.

HIJOS MAYORES DE 21 AÑOS

- Si son discapacitados, continúan con la prestación.
- Si cursan estudios terciarios deben presentar certificación de estudios regulares en establecimientos reconocidos oficialmente.
- DNI del titular.
- Recibo de sueldo del titular.
- La afiliación se otorga hasta los 25 (veinticinco) años inclusive.

ASCENDIENTES (PADRE O MADRE) Y/O DESCENDIENTES (NIETOS) CON EL 1.5%

- DNI del titular.
- Documentación que acredite el vínculo de la persona a incorporar.
- DNI del familiar.
- Certificación de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) que acredite la ausencia de cobertura de salud a nivel nacional, provincial y municipal.
- Si es menor de 60 (sesenta) años, solamente se incorpora si es discapacitado.
- Cuando se trate de mayores, deben tener 60 (sesenta) o más años de edad o encontrarse incapacitados para trabajar.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES DERECHOS DEL BENEFICIARIO?

- Exigir a su obra social la entrega de la credencial y cartilla médica actualizada, señalando el alcance de la cobertura prestacional y los prestadores con los que cuentan.
- Recibir las prestaciones establecidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) de manera igualitaria; y acceder a planes superadores si así lo deseara.
- Ejercer la opción de cambio de obra social entre los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, sujeto a la normativa vigente.
- Obtener respuesta para sus reclamos en los tiempos previstos según la normativa correspondiente.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA OPCIÓN DE CAMBIO DE OBRA SOCIAL

Los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud tienen la posibilidad de ejercer el derecho de opción de cambio entre las obras sociales y agentes del sistema.

Los listados de obras sociales que se encuentran habilitadas para opción de cambio están disponibles en nuestro sitio web y en nuestros centros de atención

OBLIGACIONES DE LA OBRA SOCIAL ELEGIDA

La obra social debe brindar las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión. El afiliado puede elegir abonar un plan superador al PMO. La correspondiente cuota adicional queda a cargo del beneficiario.

PARA ELEGIR UNA OBRA SOCIAL ES CONVENIENTE TENER EN CUENTA:

- Si la obra social elegida tiene cobertura en su zona de residencia.
- La cartilla de prestaciones que ofrece (clínicas, sanatorios, consultorios, farmacias, etc).
- Los servicios que brinda: línea telefónica gratuita de consulta, oficinas de atención personalizada, etc.

TIPOS DE BENEFICIARIOS



OBLIGATORIOS

1 BENEFICIARIOS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y PASIVOS

Son los trabajadores que prestan servicios en relación de dependencia, con su aporte personal y las contribuciones del empleador exigidas por ley. También se incluyen en este grupo a los jubilados y pensionados nacionales, con su aporte personal y el de los trabajadores en actividad. El beneficiario tiene derecho a incluir a su grupo familiar primario y al grupo familiar extendido, es decir, los ascendientes y descendientes por consanguinidad que se encuentren a cargo del beneficiario titular, fijándose un aporte adicional del uno y medio por ciento (1,5 %) por cada persona.

EL CARÁCTER DE BENEFICIARIO SUBSISTE

- Cuando se mantiene el contrato de trabajo o la relación de empleo público.
- Mientras el trabajador o empleado reciba la remuneración del empleador; y en los siguientes casos:

EXTINCIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO	<p>Si el beneficiario hubiera trabajado en forma continuada durante más de 3 (tres) meses mantiene su calidad de beneficiario durante un período de 3 (tres) meses contados desde su distracto, sin obligación de efectuar aportes.</p> <p>Si es voluntad del trabajador gestionar el seguro de desempleo mantendrá, entre otros beneficios, la calidad de afiliado a la obra social durante el lapso que perciba dicho seguro.</p>
INTERRUPCIÓN DE TRABAJO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD INCULPABLE	<p>El trabajador mantiene su calidad de beneficiario durante el plazo de conservación del empleo sin percepción de remuneración, sin obligación de efectuar aportes.</p>
SUSPENSIÓN DEL TRABAJADOR SIN GOCE DE REMUNERACIÓN	<p>Mantiene su carácter de beneficiario durante un período de 3 (tres) meses sin efectuar aportes. Si la suspensión se prolongase más allá de dicho plazo puede optar por continuar manteniendo su condición de beneficiario, cumpliendo con las obligaciones del aporte a su cargo y la contribución a cargo del empleador.</p>
LICENCIA SIN GOCE DE REMUNERACIONES POR RAZONES PARTICULARES	<p>El trabajador mantiene la calidad de beneficiario cumpliendo con las obligaciones del aporte a su cargo y contribución a cargo del empleador.</p>
TRABAJADORES DE TEMPORADA	<p>Durante el período de inactividad y mientras subsista el contrato de trabajo, el trabajador puede optar por mantener el carácter de beneficiario, cumpliendo con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador.</p>

OPCIÓN DE CAMBIO PARA BENEFICIARIOS DE OBRAS SOCIALES SINDICALES

- El trabajador puede ejercer el derecho de opción desde el momento mismo del inicio de la relación laboral.¹
- El trámite se realiza en forma personal e individual por el titular afiliado.
- El único lugar autorizado para realizar la opción de cambio es la sede o delegación de la obra social elegida. No debe ejercerse en oficinas de medicina privada ni en el lugar de trabajo.
- La opción de cambio puede realizarse una vez al año.
- La misma se efectiviza el primer día del tercer mes posterior a la presentación de la solicitud. Durante dicho período la obra social de origen debe otorgar al afiliado la prestación médica correspondiente.
- El trámite es totalmente gratuito.

La opción de cambio es irrevocable, salvo las excepciones que establece la reglamentación vigente.

¹Decreto 1400/2001.

EL BENEFICIARIO DEBE:

- Completar el formulario de opción sin tachaduras ni enmiendas.
- El formulario de opción deberá contar con su firma debidamente certificada por autoridad competente (escribano, autoridad policial, bancaria o judicial).²
- Presentar:
 1. fotocopia del último recibo de sueldos o, en su defecto, certificación laboral.
 2. fotocopia del Documento Nacional de Identidad (DNI).

AL MOMENTO DE EFECTUAR LA OPCIÓN, LA OBRA SOCIAL DEBE ENTREGAR AL BENEFICIARIO:

- La copia amarilla del formulario de opción de cambio.
- Copia de la Hoja Informativa.³
- La cartilla médica con la nómina completa de sus prestadores.⁴

NO PUEDEN EJERCER EL DERECHO DE OPCIÓN:

- Los beneficiarios que hayan extinguido su relación laboral.
- Los trabajadores cuya retribución mensual sea inferior a las 2 bases mínimas de las previstas por el artículo 7º de la resolución 135/2009 ANSES o la que la reemplace en el futuro.⁵

²Resolución 950/2009 SSSalud.

³Resolución 433/2003 SSSalud.

⁴Resolución 076/1998 SSSalud.

⁵Decreto 330/2010.

CONTINUIDAD Y CORRECCIÓN DE LA OBRA SOCIAL ELEGIDA

Al iniciar una nueva relación laboral los beneficiarios de obras sociales sindicales pueden elegir continuar con la obra social por la cual se realizó una opción de cambio en un empleo anterior o corregir dicha opción, a efectos de que los aportes que el nuevo empleador realiza sean canalizados hacia la obra social de la actividad.

EL BENEFICIARIO DEBE COMPLETAR:

- **La Solicitud de Continuidad en la obra social elegida o la Solicitud de corrección de padrón**, según sea el caso que se requiera, y presentar junto con esta:
- Copia del DNI.
- Copia de la certificación laboral en donde conste el nombre, apellido, CUIL, fecha de ingreso y denominación de la obra social que corresponde.

Ambos trámites se realizan en la Superintendencia de Servicios de Salud en forma personal e individual por el titular afiliado o a través de un familiar autorizado por nota y son de índole gratuita.

Los beneficiarios de las obras sociales sindicales son los únicos que pueden realizar estos trámites.

OPCIÓN DE CAMBIO PARA BENEFICIARIOS DE OBRAS SOCIALES DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN⁶

- El trabajador puede ejercer el derecho de opción desde el momento mismo del inicio de la relación laboral.⁷
- El trámite se realiza en forma individual ante la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) y en forma colectiva ante la obra social elegida.
- La opción de cambio puede realizarse una vez al año.
- La misma se efectiviza el primer día del mes posterior a la presentación de la solicitud. Durante dicho período la obra social de origen debe otorgar al afiliado la prestación médica correspondiente.
- El afiliado puede elegir entre las obras sociales del personal de dirección inscriptas en el Registro Nacional de Obras Sociales.
- El trámite es totalmente gratuito.

⁶Decreto 638/1997.

⁷Decreto 1400/2001.

- Quienes finalizan su trámite jubilatorio pueden elegir de inmediato una obra social si no desean permanecer en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI).
- Los beneficiarios titulares de beneficios previsionales reciben con su grupo familiar primario las prestaciones médicas de la obra social en la que se encontraba, durante 90 (noventa) días.
- Finalizado este período, y de no haber obtenido su jubilación, puede solicitar una credencial provisoria para recibir prestaciones por PAMI con el número de expediente otorgado por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).
- En el Registro de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, se inscriben las obras sociales que deseen recibir los jubilados y pensionados de su propia actividad o de cualquier actividad.
- Las obras sociales registradas están obligadas a recibir a los beneficiarios que opten por ellas y a sus respectivos grupos familiares. No pueden condicionar su ingreso por ninguna causa.
- Los jubilados y pensionados pueden ejercer su opción de cambio una vez por año, en cualquier fecha.
- El trámite se realiza en la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) o en la Unidad de Atención Integral (UDAI) más cercana al domicilio, con el último recibo de cobro y DNI. La opción se hace efectiva a los 90 (noventa) días de realizado el trámite.

⁸Decreto 292/1995.

UNIFICACIÓN DE APORTES PARA BENEFICIARIOS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y PASIVOS

- Si los cónyuges son titulares de dos obras sociales del sistema pueden optar por una de ellas para la unificación de aportes revistiendo ambos el carácter de titulares.
- En el caso de pluriempleo, el beneficiario debe unificar aportes en la obra social elegida.

2 BENEFICIARIOS MONOTRIBUTISTAS

Monotributistas son todos los ciudadanos que se encuentran alcanzados por la ley 26.565 y el decreto 1/2010.

SE INCLUYEN EN ESTE GRUPO A:

- Monotributistas
- Monotributistas Independientes Promovidos
- Monotributistas Sociales
- Monotributistas Sociales del Programa Ingreso Social con Trabajo
- Monotributistas Sociales para la Agricultura Familiar

- Son beneficiarios del sistema en base a un aporte personal fijo destinado al seguro de salud.
- Para recibir prestaciones debe estar al día con el pago del tributo establecido por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).⁹
- En el caso del Programa Ingreso Social con Trabajo el 100% del componente obra social es aportado por el Ministerio de Desarrollo Social. Esto aplica también para el grupo familiar.
- En el caso del Monotributista Social para la Agricultura Familiar el Ministerio de Desarrollo Social aporta el 50% del componente obra social y el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca abona el 50% restante. Esto se extiende al grupo familiar.

⁹Resolución 2746/2010 AFIP.

Los monotributistas tienen garantizado el acceso progresivo a la cobertura de salud desde el inicio de su actividad, pudiendo acceder en forma inmediata a todas las prestaciones pertinentes al nivel ambulatorio y de urgencias y emergencias médicas del Programa Médico Obligatorio (PMO), quedando exceptuadas las prestaciones subsidiadas por la Administración de Programas Especiales (APE).¹⁰

Las prestaciones de alta complejidad a las que podrá acceder a partir de los 6 meses son:

- Trasplantes
- Prótesis
- Medicamentos para HIV/SIDA
- Tratamientos de drogodependencia

REQUISITOS PARA ACCEDER A LA COBERTURA DE SALUD

El beneficiario monotributista, al momento de acreditarse ante la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), puede elegir libremente una de las obras sociales dispuestas en la nómina de la Superintendencia de Servicios de Salud, a excepción del PAMI y las obras sociales que se encuentren en crisis.

Ninguna obra social puede rechazar la afiliación. Deberá completar la misma realizando el trámite de alta en la obra social elegida, acompañando:

- original y fotocopia del último comprobante de pago,
- original y fotocopia del DNI,
- formulario 184 F completo, de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).
- en el caso de ser Monotributista Social se presentará el formulario 152 completo, de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), y carátula de efector social.

¹⁰Decreto 01/2010.

REQUISITOS PARA LA INCORPORACIÓN DE FAMILIARES A LA OBRA SOCIAL

- La incorporación de los integrantes del grupo familiar primario es voluntaria, acreditando la relación de parentesco.
- Sólo se puede incorporar al grupo familiar primario (cónyuge o concubino/a e hijos hasta los 21 años o hasta un día antes de cumplir los 26 años, con certificación de estudios regulares y/o certificación de hijos discapacitados).
- Por cada uno de ellos debe abonarse el importe correspondiente. Una vez incorporados, el pago es obligatorio.¹¹
- Los familiares pueden incorporarse en cualquier momento y acceden en forma progresiva a la cobertura del Programa Médico Obligatorio.¹²

LA OBRA SOCIAL PUEDE:

- Requerir al pequeño contribuyente el comprobante de pago¹³, excepto en el caso del Programa Ingreso Social con Trabajo y del Monotributista Social para la Agricultura Familiar.
- Suspender el servicio en caso de falta de pago.
- Dar de baja al monotributista y su grupo familiar primario ante la falta de pago de 3 cuotas consecutivas o 5 alternadas.

¹¹Resolución 2538/2009 AFIP.

¹²Decreto 01/2010.

¹³Decreto 01/2010.

OPCIÓN DE CAMBIO PARA BENEFICIARIOS MONOTRIBUTISTAS

- Quienes se acreditan por primera vez ante la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), y han elegido libremente una de las obras sociales dispuestas en la nómina de la Superintendencia de Servicios de Salud, pueden ejercer en forma inmediata su opción de cambio a otra obra social, debiendo luego permanecer como mínimo un año para poder ejercer nuevamente una opción de cambio.
- Quienes se reempadronaron (ya contaban con obra social) pueden ejercer su derecho de opción de cambio una vez por año calendario. La cobertura de la nueva obra social comienza el primer día del tercer mes desde la fecha en que se realizó la opción de cambio.
- Los beneficiarios monotributistas deben dirigirse a la sede de la obra social por la cual optan, completar el formulario correspondiente y suscribir el libro rubricado.¹⁴
- Ninguna obra social puede rechazar la opción.

¹⁴Decreto 504/1998 y resolución 576/2004 SSSalud.

UNIFICACIÓN DE APORTES PARA BENEFICIARIOS MONOTRIBUTISTAS

- Los beneficiarios monotributistas podrán unificar sus aportes con su cónyuge desde el momento de adhesión al régimen.
- Producida la unificación de aportes, los cónyuges podrán manifestar en cualquier momento su voluntad para dirigir sus aportes hacia el agente del seguro de salud que deseen en forma conjunta, concurriendo a la sede o delegación del mismo.
- La unificación se hace efectiva a partir del primer día del mes subsiguiente de haberse producido, no siendo aplicable el régimen de acceso progresivo a la cobertura y pudiendo optar sobre la totalidad de los agentes del sistema.
- La obra social deberá asentar la manifestación del beneficiario en el libro rubricado de opción de cambio y comunicar la novedad a la Superintendencia en el plazo previsto por el decreto 504/1998.

3 BENEFICIARIOS DEL PERSONAL DEL SERVICIO DOMÉSTICO¹⁵

Son los ciudadanos/as que prestan servicios dentro de la vida doméstica y que no importen lucro o beneficio económico para el dador de trabajo.

- Los dadores de trabajo del personal del servicio doméstico deberán ingresar mensualmente los importes establecidos de acuerdo a la normativa vigente de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).¹⁶
- La incorporación de los integrantes del grupo familiar primario es voluntaria y por cada uno de ellos debe abonarse el importe correspondiente. Una vez incorporados, el pago es obligatorio.¹⁷

OPCIÓN DE CAMBIO PARA BENEFICIARIOS DEL PERSONAL DEL SERVICIO DOMÉSTICO

El beneficiario puede en forma inmediata ejercer el derecho de la opción de cambio, optando entre todas las obras sociales sindicales con excepción de las que se encuentren en situación de crisis.¹⁸

Para más información sobre el procedimiento de este trámite ver la opción de cambio para beneficiarios de obras sociales sindicales en la pág. 16.

¹⁵Ley 26.063.

¹⁶Resolución 3035/2011 AFIP.

¹⁷Resolución 3035/2011 AFIP.

¹⁸Resolución 287/2006 SSSalud.

4 BENEFICIARIOS PASANTES¹⁹

Son aquellos beneficiarios que se encuentran en el sistema de Pasantías Educativas, en el marco del sistema educativo nacional. Los empleadores serán los encargados de canalizar una contribución de la asignación estímulo percibida por el pasante a la obra social, con el objetivo de financiar las prestaciones de salud.²⁰

- Se considerará como obra social de origen aquella que corresponda a la actividad principal declarada por los empleadores.
- Se deberá otorgar al pasante una cobertura de salud cuyas prestaciones serán las previstas en la Ley de Obras Sociales. Las prestaciones médico asistenciales se brindarán desde el momento de inscripción del beneficiario, pudiendo incluir al grupo familiar primario.

OPCIÓN DE CAMBIO PARA BENEFICIARIOS PASANTES

No podrán realizar opción de cambio de obra social.

¹⁹Ley 26.427.

²⁰Resolución 1225/2009 SSSalud.

1 BENEFICIARIOS ADHERENTES

Son los beneficiarios sin relación de dependencia laboral, que en forma voluntaria solicitan su incorporación a un agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Deben abonar las cuotas correspondientes, cuyo monto varía de acuerdo al plan seleccionado y a los miembros que integran el grupo familiar.

- Los beneficiarios adherentes pueden inscribirse entre aquellas obras sociales registradas y habilitadas para tal fin.
- El listado de obras sociales que aceptan beneficiarios adherentes se encuentra disponible en todos nuestros centros de atención.
- Las obras sociales se reservan el derecho de ingreso de un beneficiario voluntario. Una vez aceptada su afiliación, la obra social no puede plantear carencias para brindar la cobertura.
- Los beneficiarios voluntarios tienen derecho a recibir el conjunto de prestaciones establecido en el Programa Médico Obligatorio (PMO)²¹ y otras coberturas obligatorias. También pueden pactar con la obra social un plan superador al PMO.
- La obra social puede dar de baja al beneficiario por la falta de pago de las cuotas acordadas.
- Los beneficiarios voluntarios tienen los mismos derechos y obligaciones que los afiliados obligatorios.

²¹Resolución 201/2002 MSAL.

CONSULTAS Y RECLAMOS

CONSULTAS

Usted puede consultar sobre diversos aspectos del Sistema Nacional del Seguro de Salud:

- normativas vigentes,
- Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras coberturas obligatorias,
- reclamos por falta de cobertura en prestaciones médico asistenciales,
- opción de cambio de obra social,
- destino de los aportes y contribuciones del beneficiario,
- cobertura de salud para monotributistas y personal del servicio doméstico,
- información general de las obras sociales,
- padrón general de beneficiarios,
- padrón de monotributistas,
- padrón de personal de servicio doméstico,
- padrón de opciones,
- obras sociales que reciben beneficiarios de:
 - régimen general,
 - monotributistas,
 - personal del servicio doméstico,
 - voluntarios (adherente),
 - pasantes,
 - jubilados y pensionados,
 - pensiones no contributivas y pensión de guerra.

RECLAMOS

Para presentar un reclamo por inconvenientes en la cobertura médico asistencial puede dirigirse a la sede central o delegación de su obra social y cumplimentar el Formulario A, o acercarse a los Centros de Atención de la Superintendencia y cumplimentar el Formulario B.²²

FORMAS DE PRESENTAR EL RECLAMO:

- personalmente,
- por apoderado,
- correspondencia a la obra social o a esta Superintendencia,
- en caso de urgencia, por gestor oficioso, ratificada en 30 días.

²²Resolución 075/1998 SSSalud.

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR LOS BENEFICIARIOS TITULARES,
DE ACUERDO A SU INSERCIÓN EN EL SISTEMA**

- DNI.
 - CUIL o CUIT.
 - Últimos recibos de sueldo.
 - Últimos pagos de monotributo y/o servicio doméstico.
 - Últimos pagos de cuota de adherente y/o plan superador.
 - Carnet de la obra social (en caso de corresponder).
 - Diagnóstico médico.
 - Prescripción actualizada del médico tratante.
 - Certificado de discapacidad actualizado y emitido por autoridad competente (en caso de corresponder).
 - Comprobantes de pagos realizados en caso de reintegro debiendo estos ser fotocopia autenticada por autoridad competente de los pagos realizados y por los cuales es solicitado el reintegro.
 - Monotributo: deberá presentar formulario 184F y 152F de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) según corresponda.
 - Monotributo Social: se requerirá la presentación del
- Alta como monotributista y Alta como efector del Registro Nacional de Efectores de Desarrollo Local y Economía Social, emitido por el Ministerio de Desarrollo Social.
- Monotributo Social del Programa Ingreso Social con Trabajo y para la Agricultura Familiar: se solicitará la presentación del Alta como monotributista, el Alta como efector y la Carátula de inscripción, entregadas por el Registro Nacional de Efectores de Desarrollo Local y Economía Social.
 - Servicio doméstico: deberá presentar formulario 102F de la AFIP.
 - Certificación laboral, en los casos de fiscalización de opción, continuidad de opción y corrección de padrón.
 - Formulario de opción de cambio y de recepción de cartilla (en caso de corresponder).
 - Todos los medios de prueba que hagan a su derecho.

La Superintendencia podrá solicitarle información extra, además de la listada, si la considera necesaria para la atención de su caso.

RECLAMOS EN LA OBRA SOCIAL: FORMULARIO «A»

- La obra social tiene la obligación de disponer de este formulario para que el beneficiario inicie su reclamo.
- El formulario se presenta en la obra social, quien debe emitir un informe de solución en un plazo de 15 días o 5 días corridos según corresponda.
- Si se presentan casos de «urgencia médica» y/o riesgo de vida del beneficiario, la obra social debe resolver el reclamo en el día.

**SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD**



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Presentación de reclamos

RESOLUCIÓN SSSALUD N° 075/98 ANEXO A N° _____
(A completar por personal del Digestivo)

DATOS DEL TITULAR

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Documento DNI CI LC Número _____ CUIT CUIL Número _____

DATOS DEL APODERADO/GESTOR OFICIOSO

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Documento: DNI CI LC Número _____ CUIT CUIL Número _____

DOMICILIO DEL TITULAR/APODERADO QUE PRESENTA EL RECLAMO

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____
 Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____
 Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

TIPO DE PRESENTACIÓN

Presentación personal En representación de el/los beneficiario/s a su cargo *

*Completar solo en caso de que sea en representación de el/los beneficiario/s a su cargo

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y número de documento	CUIL/CUIT	Parentesco

DATOS DEL RECLAMO

Síntesis del reclamo _____

Detalle de la documentación que se adjunta _____

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completada sin falsear ningún dato, sujeta a las infracciones a las penalidades previstas en los artículos 172, 292 y 293 del Código Penal por delito de estafa y falsificación de documentos.

Autorizo a compulsar el expediente a _____ D.N.I. _____

Lugar y fecha _____

FIRMA Y ACLARACIÓN

o Avenida Presidente Roque Sáenz Peña 530 | C1035AAN Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Argentina
 o 4344-2800 | 0800-222-SALUD (72583) | www.sssalud.gov.ar

RECLAMOS EN LA SUPERINTENDENCIA: FORMULARIO «B»

- La Superintendencia de Servicios de Salud dispone de este formulario para que el beneficiario realice su reclamo. En caso de residir en el interior, el afiliado puede acercarse a la delegación de la Superintendencia más cercana o contactarse con el Centro de Atención Telefónica (CAT) para el envío del formulario y el asesoramiento para su presentación correspondiente.

**SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD**



Presentación de reclamos

RESOLUCIÓN SSSALUD N° 075/98 ANEXO B

N° _____
(A completar por personal del Organismo)

DATOS DEL TITULAR

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Documento DNI CI LC Número _____ CUIT CUIL Número _____

DATOS DEL APODERADO/GESTOR OFICIOSO

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Documento: DNI CI LC Número _____ CUIT CUIL Número _____

DOMICILIO DEL TITULAR/APODERADO QUE PRESENTA EL RECLAMO

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____
 Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____
 Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

TIPO DE PRESENTACIÓN

Presentación personal En representación de e/los beneficiario/s a su cargo *

*Completar solo en caso de que sea en representación de e/los beneficiario/s a su cargo

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y número de documento	CUIL/CUIT	Parentesco

DATOS DEL RECLAMO

Síntesis del reclamo _____

Detalle de la documentación que se adjunta _____

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completada sin falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 292 y 293 del Código Penal por delito de estafa y falsificación de documentos.

Autorizo a compulsar el expediente a _____ D.N.I. _____
 Lugar y fecha _____

FIRMA Y ACLARACIÓN

o Avenida Presidente Roque Sáenz Peña 530 | C1035AAN Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Argentina
 o 4344-2800 | 0800-222-SALUD (72583) | www.sssalud.gov.ar

- El reclamo debe realizarse en el Centro de Atención Personal (CAP) de la Superintendencia o por correo, cumplimentando la documentación expuesta en los puntos anteriores.
- Se clasifican y se cargan los reclamos de acuerdo a su naturaleza.
- Se traslada el reclamo a la obra social.
- La obra social debe responder el reclamo en un plazo de 15 (quince) días corridos si es un trámite normal, 5 (cinco) días si es especial, o en el día si se trata de una urgencia médica.
- Vencido el plazo, si existe negativa o respuesta insatisfactoria, el denunciante puede recurrir por vía de insistencia a la Superintendencia.
- Al no recibirse respuesta por parte de la obra social una vez vencido el plazo, se considera como negativa de cobertura.

Los formularios para la presentación del reclamo se encuentran publicados en nuestro sitio web.

FORMULARIO «C» O NOTA

- La Superintendencia remite al beneficiario una nota como constancia del envío del reclamo a la obra social correspondiente, e informándole de sus derechos y plazos para ejercerlos.

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES DE RECLAMO

Para las siguientes patologías:

- HIV, SIDA.
- Internaciones.
- Drogadicción.
- Embarazo y atención al recién nacido hasta el primer año de vida.
- Atención oncológica.

COBERTURA PRESTACIONAL

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO)²³

Todos los beneficiarios tienen garantizadas las prestaciones básicas esenciales brindadas por las obras sociales mediante el Programa Médico Obligatorio (PMO).

Este programa consta de cuatro anexos, de los que presentamos una síntesis. Para acceder al detalle completo de prestaciones y prácticas de dichos anexos consulte la resolución 201, sus complementarias y modificatorias en nuestra página web.

ANEXO I - COBERTURA

1. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

En este nivel se privilegia la atención a partir de un Médico especialista en Medicina Familiar quien debe reforzar los programas de prevención en los distintos niveles, brindando una atención integral.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

Los agentes del seguro de salud tiene la obligación de implementar programas de prevención, elevando en forma trimestral el listado de personas bajo programa, en conjunto con la información requerida en la resolución 650/1997 ANSSALy modificatorias.

1.1. PLAN MATERNO INFANTIL

- Cobertura durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento al 100%.
- Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad. La cobertura es del 100% tanto en internación como en

²³Resolución 201/2002 MSAL.

ambulatorio, y exceptuada del pago 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 otro tipo de estudios tendrá la cobertura que rige al resto del PMO; psicoprofilaxis obstétrica, medicamentos exclusivamente relacionados con el embarazo y el parto con cobertura al 100%.

b) Infantil:

Será obligatoria la realización perinatólogica de los estudios para detección de la fenilketonuria, del hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística en el recién nacido. Deben cubrirse las consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, cobertura del 100% de la medicación requerida para el primer año de vida siempre que esta figure en el listado de medicamentos esenciales.

c) A fin de estimular la lactancia materna no se cubrirán:

Las leches maternizadas o de otro tipo, salvo expresa indicación médica, con evaluación de auditoría médica.

1.2. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE CÁNCERES FEMENINOS

Fundamentalmente prevención de cáncer de mama y cuello uterino.

PARA EL CÁNCER DE MAMA:

Mamografía anual para beneficiarias mayores de 49 años, o bien, menores de 49 años con antecedentes de cáncer de mama familiar o personal u otros factores de riesgo.

PARA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO:

La obligación de la cobertura es de un examen de Papanicolau anual en toda mujer que haya iniciado relaciones sexuales o mayores de 18 años. Si los resultados son normales, la obligación de cobertura posterior será de un examen cada dos años.

1.3. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

Campos de prevención, fluoración y campañas de educación para la salud bucal.

1.4. PROGRAMA SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

- Este programa pauta controles de salud para la detección temprana de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y cáncer genital mamario.
- Suministra elementos y métodos anticonceptivos.
- Incluye las prácticas de ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía.

2. ATENCIÓN SECUNDARIA

Los agentes del seguro de salud se encuentran obligados a brindar exclusivamente las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria nacional.

2.1. EL LISTADO DE LAS MISMAS SE ENCUENTRA EN EL PUNTO 2.1 DEL PMO

2.2. PRESTACIONES QUE SE BRINDAN:

- Consulta en consultorio y en internación.
- Consulta en urgencia y emergencia en domicilio.
- Consulta programada en domicilio:
 - Mayores de 65 años que no puedan movilizarse, con coseguro.
 - Todo otro grupo etario donde el paciente este imposibilitado de desplazarse, a evaluar por la auditoría del agente del seguro de salud.

2.3. SE OTORGAN TODAS LAS PRÁCTICAS DIAGNÓSTICAS, TERAPÉUTICAS, Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AMBULATORIOS DETALLADOS EN EL ANEXO II DEL PMO

Debe considerarse el material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza.

3. INTERNACIÓN

- Modalidades: institucional, hospital de día o domiciliaria.
- Cobertura:
 - Se otorgan sin límite de tiempo, a excepción de lo establecido para Salud Mental.
 - No se abonan coseguros.

4. SALUD MENTAL

Se contemplan actividades para la promoción de la salud en general y la salud mental en particular.

4.1. SE TIENDE A LA PREVENCIÓN DE COMPORTAMIENTOS

que puedan generar trastornos y malestares psíquicos, tales como depresión, suicidio, adicciones, violencias, a través de actividades específicas.

4.2. PRESTACIONES

- Atención ambulatoria: 30 visitas por año, a razón de 4 visitas mensuales.
- Modalidades:
 - Entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagógica.
 - Psicoterapia individual, grupal, de familia, de pareja.
 - Psicodiagnóstico.

4.3. INTERNACIÓN

- Modalidades: institucional y hospital de día.
- Cobertura: patologías agudas, a razón de 30 días por año.

5. REHABILITACIÓN

- Cobertura: prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas.
- Ambulatoria: rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial.
 - Kinesioterapia: 25 sesiones por año.
 - Fonoaudiología: 25 sesiones por año.
 - Estimulación temprana.

6. ODONTOLOGÍA

6.1. COBERTURA

Se detallan las prácticas incluidas en la cobertura que con más frecuencia han sido consultadas por los beneficiarios:

- Consulta de urgencia
- Radiografía dentales seriadas
- Radiografía panorámica
- Estudio cefalométrico
- Frenectomía

6.2. COSEGUROS

- Niños de hasta 15 y mayores de 65 años abonan importe correspondiente.
- Entre 16 y 64 años abonan importe correspondiente.
- **La obra social determinará a quien deberá pagarse el coseguro.**

7. MEDICAMENTOS

7.1. AMBULATORIO

40% de cobertura.

7.2. INTERNADOS

100% de cobertura.

7.3. LA OBRA SOCIAL DEBERÁ CUBRIR AL 100%

- En tratamiento de la insuficiencia renal crónica: Eritropoyetina.
- En tratamientos oncológicos: medicamentos según protocolos nacionales aprobados por la autoridad de aplicación.

7.4. MEDICACIÓN NO ONCOLÓGICA DE USO EN PROTOCOLOS ONCOLÓGICOS

40% de cobertura, excepto el Ondasetrón para el tratamiento de vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes.

7.5. MEDICACIÓN COMPRENDIDA EN LEYES DE PROTECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES

- Ley 24.455 - SIDA y Drogadicción, 100% de cobertura financiada por la APE.
- Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social 301/1999:
 - Cobertura de insulina 100%
 - Antidiabéticos orales 70%
 - Tirillas reactivas 400 anuales, excepto pacientes diabéticos insulino dependientes lábiles incluidos en programas de prevención secundaria, a los que se les duplicará la provisión de tirillas para la medición de glucemia (autocontrol).
 - Cobertura a cargo del agente del seguro de salud.
- Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social 791/1999:
 - Para el tratamiento de la Miastenia Gravis: Mestinón 60 gr: 100% de cobertura a cargo del agente del seguro de salud.

7.6. LOS PRESTADORES DEBERÁN RECETAR MEDICAMENTOS POR SU NOMBRE GENÉRICO

Se aplicarán los mecanismos de reemplazo y precios de referencia para establecer la cobertura a cargo de la obra social.

8. OTRAS COBERTURAS

8.1. CUIDADO PALIATIVO

Un equipo multidisciplinario brindará asistencia total a los pacientes con expectativa de vida estimada no mayor a 6 meses.

- Objetivos: alivio del dolor, de los síntomas y abordaje psicossocial del paciente.
- Cobertura: 100%.

8.2. HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA

Cobertura: 100%. Requisito indispensable: los pacientes deberán inscribirse en el INCUCAI dentro de los 30 días de iniciado el tratamiento.

8.3. OTOAMPLÍFONOS

Cobertura: 100% a niños de hasta 15 años.

8.4. ANTEOJOS CON LENTES ESTÁNDAR

Cobertura: 100% a niños de hasta 15 años.

8.5. PRÓTESIS Y ORTESIS

Cobertura:

- Prótesis e implantes de colocación interna permanente: 100%.
- Prótesis externas y ortesis: 50%.
- No se cubren prótesis miogénicas o bioeléctricas.
- La obra social cubrirá el menor precio de la cotización en plaza.
- Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico.
- La obra social deberá proveer prótesis nacionales. Se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional con un porcentaje de cobertura a determinar por la obra social.

8.6. TRASLADOS

Están incluidos en la prestación que se otorga.

9. COSEGUROS

9.1. LOS BENEFICIARIOS SÓLO DEBEN ABONAR LOS COSEGUROS DETALLADOS EN EL PMO

9.2. NO ABONAN COSEGUROS

- Mujer embarazada desde el diagnóstico hasta 30 días después del parto, sólo en prestaciones inherentes al embarazo, parto y puerperio.
- Complicaciones y enfermedades derivadas del embarazo, parto y puerperio.
- Niños de hasta 1 año de edad.
- Pacientes oncológicos.
- Programas preventivos.

10. EL PMO DEBE CUMPLIR CON EL PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

ANEXO II. CATÁLOGO DE PRESTACIONES

Los agentes del seguro de salud garantizarán a través de sus prestadores la cobertura y acceso a todas las prestaciones incluidas en este catálogo.

Las prácticas consideradas de alto costo necesarias para el diagnóstico y tratamiento de patologías de baja incidencia y alto impacto económico y social, han sido normatizadas para asegurar el correcto uso de la tecnología y establecer los alcances de su cobertura, evitando la inadecuada utilización de dichas prácticas. El agente del seguro de salud podrá ampliar los límites de cobertura de acuerdo a necesidades individuales de sus beneficiarios.

- Mediante este catálogo de prácticas y procedimientos se asegura la cobertura a los beneficiarios por parte de los agentes del seguro de salud.
- No es un listado indicativo de facturación prestacional.
- Las prácticas citadas podrán ser realizadas por la especialidad correspondiente.
- Su función es brindar a los beneficiarios un listado de prestaciones que los agentes del seguro de salud se encuentran obligados a brindar en las condiciones establecidas. Estas prácticas estarán sujetas a una actualización continua sobre la base de la evidencia disponible.

PRÁCTICAS

1. QUIRÚRGICAS

- Operaciones en el sistema nervioso
- Operaciones en el aparato de la visión
- Operaciones otorrinolaringológicas
- Operaciones en el sistema endócrino
- Operaciones en el tórax
- Operaciones en la mama
- Operaciones en el sistema cardiovascular
- Operaciones en el aparato digestivo y abdomen

- Operaciones en los vasos y ganglios linfáticos
- Operaciones en el aparato urinario y genital masculino
- Operaciones en el aparato genital femenino y operaciones obstétricas
- Operaciones en el sistema músculo esquelético
- Operaciones en la piel y tejido celular subcutáneo

2. ESPECIALIZADAS

- Alergia
- Anatomía patológica
- Anestesiología
- Cardiología
- Ecografía y ecodoppler
- Endocrinología y nutrición
- Gastroenterología
- Genética humana
- Ginecología y obstetricia
- Hemoterapia
- Rehabilitación médica
- Medicina nuclear
- Nefrología
- Neumonología
- Neurología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Salud Mental
- Radiología
- Radioscopia
- Aparato esquelético
- Aparato respiratorio, digestivo y cavidad abdominal
- Aparato urinario
- Aparato genital femenino y mamas
- Neurorradiología
- Angiocardiografía
- Tomografías, cineradiología, RX en quirófano y domicilio
- Tomografía axial computada

- Densitometría
- Resonancia magnética nuclear
- Terapia radiante
- Urología
- Tratamientos especiales
- Asistencia en consultorio, domicilio e internación
- Prestaciones sanatoriales y de enfermería

3. BIOQUÍMICAS

- Análisis clínicos

ANEXO III. FORMULARIO TERAPÉUTICO

Las características que reúne este formulario son las siguientes: los principios activos incluidos atienden el 95% de los problemas de salud que se presentan en la consulta ambulatoria.

No se incluyen los medicamentos:

- Financiados a través del Fondo Solidario de Redistribución por resoluciones de la Administración de Programas Especiales y leyes de protección de grupos vulnerables.
- De venta libre.
- Específicos para patologías oncológicas.
- Para la terapéutica de diabetes detallados en el Anexo I.
- Para la terapéutica de la Miastenia Gravis detallados en el Anexo I.

Los medicamentos de este listado tienen cobertura obligatoria por las obras sociales al 40% del valor de referencia.

Los agentes del seguro de salud podrán ampliar la cobertura e incluir otros medicamentos de acuerdo a las necesidades de sus beneficiarios y financiamiento.

ANEXO IV. PRECIOS DE REFERENCIA

- Esta es la guía de valores referenciales a financiar por los agentes del seguro de salud y sus beneficiarios.
- Se tomó esta unidad y se calculó el precio de referencia, y el 40% del mismo, que es la mínima cobertura obligatoria para los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.
- Se eligieron las formas farmacéuticas, concentraciones, unidades por envase y su ubicación en las distintas bandas terapéuticas, de modo tal que se aseguren tratamientos terapéuticamente equilibrados.
- De acuerdo al listado de monodrogas que figura en el anexo III de la resolución 201/2002 MSAL (PMO) se agruparon por principios activos, concentración, forma farmacéutica y cantidad de unidades por envase. Se estableció el precio por unidad farmacológica activa para cada especialidad medicinal presente en el listado de precios de venta al público.

PLANES SUPERADORES

Los Planes Superadores son aquellos que ofrecen prestaciones que amplían la cobertura del PMO y por las cuales las obras sociales reciben un aporte adicional.

- Además de la obligación legal de satisfacer el PMO, las obras sociales pueden contar con planes complementarios que estén debidamente aprobados por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- El acceso a un Plan Superador al PMO es elección del beneficiario.
- Las obras sociales no pueden negar el derecho al ingreso de un beneficiario a un Plan Superador, tampoco establecer carencias ni preexistencias en las prestaciones ofrecidas.
- En el caso de los adherentes se deberá firmar un contrato con la obra social, quedando determinadas las prestaciones añadidas y el pago adicional del plan elegido.
- El pago adicional que demande el Plan Superador puede realizarse en forma voluntaria por parte del beneficiario.
- El aumento del valor del plan debe estar previamente autorizado por la Superintendencia de Servicios de Salud.

COBERTURA EN DISCAPACIDAD

La ley 24.901 instituye el Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad. Las obras sociales tienen a su cargo la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la mencionada ley.

- Los beneficiarios deben recibir las prestaciones que indiquen los profesionales médicos que darán la orientación para servicios y tratamientos específicos.
- Los beneficiarios deben acreditar su condición presentando el Certificado de Discapacidad emitido por autoridad competente.
- En caso de factores de riesgo en el recién nacido, deben otorgarse prestaciones preventivas extremando controles y exámenes complementarios.
- Las prestaciones que corresponden a la discapacidad acreditada se brindan al 100%. Por tratarse de una cobertura integral, excede a la establecida en el Programa Médico Obligatorio (PMO).
- Los medicamentos que son inherentes a la patología específica, se brindan al 100%.
- Las obras sociales deben otorgar las prestaciones que se requieran, independientemente del apoyo financiero que les otorgue la Administración de Programas Especiales (APE).

PRESTACIÓN INSTITUCIONAL

- Rehabilitación ambulatoria y en internación
- Centros de Estimulación Temprana
- Hospital de Día
- Centro de Día
- Centro Educativo Terapéutico
- Prestaciones Educativas
- Hogar
- Residencia
- Pequeño Hogar

PRÁCTICAS

- Consultas médicas
- Fisioterapia
- Kinesiología
- Terapia Ocupacional
- Psicología
- Fonoaudiología
- Psicopedagogía
- Odontología
- Otros tipos de atención reconocidas por autoridad competente

OTRAS PRESTACIONES

- Apoyo a la integración escolar
- Formación laboral y/o rehabilitación profesional
- Transporte
- Cobertura al 100%:
 - Apoyos técnicos
 - Prótesis y ortesis
 - Audífonos

La documentación a presentar en la Superintendencia tiene que estar elaborada según la normativa vigente. Consulte los requisitos en su obra social.

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Si reside en Capital Federal y Provincia de Bs. As.:

- Ramsay 2250 o Dragones 2201 - (C1428BAJ) C.A.B.A.
011- 4783-9527
011- 4783-8144 / 9077 / 4354 - Interno: 36 o 52
e-mail: juntaevaluadora@snr.gov.ar

DISCAPACIDADES VISCERALES:

- Hospital General de Agudos J. A. Penna
Pedro Chutro 3380 C.A.B.A. - (011) 4912-1085
- Hospital General de Agudos P. Piñero
Varela 1301 C.A.B.A. - (011) 4631-8100 / 0526

DISCAPACIDADES MENTALES:

- Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear
Warnes 2630 C.A.B.A. - (011) 4521-0273 / 0090 / 0983

DISCAPACIDADES VISUALES:

- Hospital de Oftalmología Santa Lucía
San Juan 2021 C.A.B.A. - (011) 4127-3100 / 4941-5555

DISCAPACIDADES MOTORAS Y SENSORIALES:

- Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca
Segurola 1949 C.A.B.A. - (011) 4630-4700 / 4800

DISCAPACIDADES MOTORAS:

- Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP)
Echeverría 955 C.A.B.A. - (011) 4781-6071 / 6072 / 6073 / 6074

SI RESIDE EN EL INTERIOR DEL PAÍS:

Visite la página web www.snr.gov.ar, en la sección «Información para el interior del país» donde constan las direcciones de todos los organismos nacionales y provinciales donde se puede tramitar el certificado, o comuníquese telefónicamente.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POR NOMBRE GENÉRICO

Los genéricos son los principios activos que constituyen un medicamento y la parte responsable de la acción terapéutica que cura una enfermedad o atenúa sus síntomas. La prescripción por nombre genérico permite a los beneficiarios ejercer el derecho a elegir entre las diferentes marcas comerciales existentes, asesorado por el profesional farmacéutico, responsable de la sustitución. El profesional médico debe recetar los medicamentos por su nombre genérico y el beneficiario debe presentar en la farmacia sólo dicha receta, no se requiere documentación adicional para avalar el descuento correspondiente.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS AL 70% PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS MÁS FRECUENTES

En el año 2004 la cobertura de medicamentos para patologías crónicas más frecuentes (prevalentes) aumentó de un 40% a un 70%.²⁴

Se amplió así la cobertura sobre el precio de referencia de aquellos medicamentos destinados a las enfermedades de curso crónico y gran impacto sanitario, que requieren de modo permanente y/o recurrente del uso de fármacos.

Para acceder a un listado actualizado de medicamentos al 70% consulte nuestro sitio web.

²⁴Resoluciones 310/2004, 758/2004 y 82/2005 MSAL.

- Las obras sociales deben brindar esta cobertura, para lo cual requieren datos filiatorios y relacionados con el estado de salud de sus beneficiarios.
- Los enfermos crónicos pueden cumplir con los tratamientos indicados por su médico, contribuyendo así al logro de una mejor calidad de vida de los beneficiarios.
- Las obras sociales nacionales pueden identificar a los beneficiarios con enfermedades crónicas, e implementar los correspondientes programas de control y seguimiento.

ENFERMEDADES CRÓNICAS MÁS FRECUENTES

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y TRATAMIENTOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA O SECUNDARIA

- hipertensión arterial esencial
- hipertensión arterial secundaria
- insuficiencia cardíaca
- arritmias
- terapéutica antiagregante
- prevención primaria de la cardiopatía isquémica

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

- asma bronquial
- fibrosis pulmonar

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

- enfermedad de Parkinson
- epilepsia

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS

- gota crónica
- colitis ulcerosa

ENFERMEDADES OFTALMOLÓGICAS

- glaucoma
- hipertensión ocular

ENFERMEDADES ENDOCRINAS

- hipertiroidismo
- hipotiroidismo
- dislipemia

COBERTURA DE MEDICAMENTOS AL 100%

Las obras sociales tienen la obligación de brindar a sus beneficiarios la cobertura al 100% en los siguientes medicamentos:

- Eritropoyetina destinada al tratamiento de la insuficiencia renal crónica.
- Dapsona destinada al tratamiento de lepra en cualquiera de sus formas clínicas.
- Medicamentos para uso oncológico según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.
- Medicación destinada a la prevención y tratamiento de los vómitos inducidos por quimioterapia.
- Medicación analgésica destinada al manejo del dolor de pacientes oncológicos.
- Drogas para el tratamiento de la tuberculosis.
- Cobertura de insulina (diabetes).
- Piridostigmina (comprimidos por 60 mg.), destinado al tratamiento de la miastenia gravis y en la dosis diaria necesaria para cada caso.
- Anticonceptivos intrauterinos, dispositivos de cobre y anticonceptivos orales según normativa vigente.
- Condomes con o sin espermicidas, diafragmas y espermicidas.
- Medicamentos específicos para tratamientos en discapacidad.

PARA TENER EN CUENTA:

- Solicite la prescripción de medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico del PMO.
- Verifique que su médico u odontólogo prescriba los medicamentos por su nombre genérico. De esta manera, podrá elegir el producto de su conveniencia, asesorado por el profesional farmacéutico.
- Sepa que el precio de referencia es el promedio de todos los precios de venta al público de los productos que se encuentran a la venta en el mercado farmacéutico, con el mismo principio activo, forma farmacéutica y concentración.
- En ningún caso las obras sociales o empresas de medicina prepaga, a través de sus farmacias prestadoras (propias o contratadas), podrán invocar vademécum o listados propios que impidan elegir cualquiera de las marcas y presentaciones incluidas en el Formulario Terapéutico del PMO.
- Algunos medicamentos de alternativa terapéutica son de cobertura obligatoria sólo en determinadas situaciones clínicas, que deben ser evaluadas por la auditoría médica de la obra social.



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

SSSalud
SUPERINTENDENCIA
DE **SERVICIOS DE SALUD**