

PRESENTACION DE CARTILLA

Consideraciones Generales:

La Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos de la Industria Química y Petroquímica (OSPFESIQYP), cumple en presentar la Cartilla de Prestaciones Médico - Asistencial para período 01/01/2025 al 31/12/2025.

Las Cartillas van desde 01/01 al 31/12 de cada año, se actualizan mediante Anexos que se distribuyen por delegados y delegaciones o informando cuando así lo requiere personalmente o telefónicamente al afiliado.

Cabe destacar que OSPFeSIQYP asegura a nuestra población beneficiaria, de acuerdo al grado de complejidad y accesibilidad, las prestaciones que indican el Plan Médico Obligatorio (PMO), según la resolución 1991/05 del ministerio de Salud.

INFORMACION DE CARTILLA

Conforme a la resolución 2165/2021- Superintendencia de Servicios de Salud- para el ejercicio de la opción de cambio establecida por el Decreto n° 504/98, la información de Cartilla que se entrega a los beneficiarios optantes, contiene las siguientes especificaciones:

OSPFESIQYP cumple con las especificaciones de los Anexos I, II, II del Programa Médico Obligatorio (PMO), que establece las prestaciones básicas esenciales que deben garantizar las Obras Sociales y Agentes del Seguro a toda la población beneficiaria.

OSPFESIQYP brinda las prestaciones del PMO y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión.

La entrega de información de cartillas al afiliado se efectúa con constancia de recepción del beneficiario titular, la cual se envía conjuntamente con el formulario de opción a que se alude en el artículo 3° del Decreto N° 504/98.

La información de las Cartillas que se remite a la Superintendencia de Servicios de Salud contiene la cobertura a brindar, adecuado a lo previsto en el artículo 1°. Las cartillas están a disposición de la totalidad de los beneficiarios titulares de OSPFESIQYP y se entregan al momento de la afiliación.

La actualización de la misma se realiza en forma anual, donde cada tres meses se realizan anexos.

CONTENIDO DE LA CARTILLA

La Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos de la Industria Química y Petroquímica garantiza las prestaciones de prevención, diagnóstico, tratamiento médico, odontológico, urgencias, traslados, atención domiciliaria, medicamentos y Plan Materno Infantil, cumplimentando las especificaciones del PMO.

Plan médico asistencial

Comprende todos los servicios médicos-asistenciales contemplados en el PMO vigente.

Atención medica ambulatoria programa.

Atención médica de urgencia.

Atención domiciliaria de urgencia.

Prácticas diagnósticas y terapéuticas ambulatorias.

Internación institucional, programada y de urgencia, de baja y alta complejidad.

Prácticas diagnósticas y terapéuticas en internación.

Rehabilitación Salud Mental Medicamentos Prótesis y Ortesis Otoamplifonos.

Elementos de óptica.

Traslados de ambulancia programados y urgentes.

Atención odontológica.

Las prestaciones médicas son brindadas a través de Servicios contratados, a los que el afiliado tendrá acceso mediante la presentación de la credencial junto al DNI.

El afiliado podrá informarse por medio de la cartilla correspondiente, o bien consultar en la Delegación que le corresponda por domicilio de afiliación, pudiendo consultar la nómina de profesionales, clínicas y sanatorios.

Los prestadores de la Obra Social no se encuentran autorizados a requerir a los beneficiarios el pago de montos adicionales por ningún concepto, salvo aquellos que se encuentren expresamente establecidos. En caso de producirse esta situación, el afiliado deberá informarlo por escrito a la delegación correspondiente.

Para la atención médica ambulatoria programada, la obra social estableció como primer nivel una estrategia de atención primaria de la salud, la que se comporta como puerta de entrada al sistema, que incluyen tanto las prestaciones preventivas como las curativas. Sea cual fuere la forma prestacional, este nivel contiene, en esencia, un enfoque preventivo.

Adoptando criterio que toda la atención de la salud es preventiva ya que previene situaciones de mayor riesgo, este nivel desarrollado en OSPFESI QYP, tiende a promover y proteger la salud, como así también a lograr el diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, en la búsqueda de la curación posible o la limitación del daño de la enfermedad. OSPFESI QYP desarrollo este nivel prestacional asegurando a sus beneficiarios la total libertad de elección del prestador, dentro del listado contenido en su cartilla, teniendo de igual manera la opción de la cobertura del Médico Referente, que se detalla a continuación.

COBERTURA PRESTACIONAL DE OSPFeSIQyP

Son beneficiarios los afiliados de la Obra Social que se hallan comprendidos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los municipios de Avellaneda, Cañuelas, San Fernando, San Isidro, General Las Heras, Vicente López, General San Martín, La Matanza, Merlo, Morón, La Plata, Quilmes, San Vicente, Tigre, Florencia Varela, Tres de Febrero, Berazategui, Almirante Brown, Berisso, Ensenada, Escobar, Esteban Echeverría, San Miguel, José C. Paz, y Malvinas Argentinas todos de la Provincia de Buenos Aires; Fray Luis Beltrán y Capitán Bermúdez de la Provincia de Santa Fe, y la Provincia de San Luis.

Credenciales

La Obra Social confecciona y entrega gratuitamente, credencial personalizada, para identificación de cada beneficiario. A los 30 días las credenciales están a disposición del afiliado, informando al titular que las mismas están a su disposición.

Medicina preventiva

La Obra Social ha desarrollado un programa de Medicina Preventiva en Clínica Médica, Odontología, Ginecología, Pediatría y Salud Laboral. Este programa preventivo funciona en la sede central de Pavón 3708 / 3710 CABA, de Lunes a Viernes de 9 a 18 hs. y en las sedes de las diferentes delegaciones.

Atención médica primaria

Provee la asistencia médica fundamental, acentuando la prevención, promoción y educación para la Salud sin olvidar el tratamiento oportuno y eficiente de la enfermedad. La operatoria para la Atención Médica Primaria, será realizada a través de Médicos Referentes (MR), con una sólida formación en medicina general y un excelente manejo de la relación médico – paciente. Estos (MR) serán el ingreso al sistema de atención programada, realizarán el encuadre general y lo necesario para estudio, tratamiento y derivación de los pacientes. Los (MR) junto con los médicos pediatras y ginecólogos formarán el Equipo Base de Atención Médica Primaria (EBAMP), que será coordinado por el (MR) y desarrollarán en forma continua y compartida la Atención Primaria de la Salud.

Se brindan a domicilio las siguientes prestaciones: Servicio médico de Emergencia y Urgencia a domicilio.

Traslados de urgencia médica en ambulancia, en las circunstancias a determinar.

Para la prestación de estos Servicios a domicilio se dispone de empresas en plaza, a las cuales el beneficiario podrá recurrir telefónicamente, solicitándole la prestación que requiera durante las 24 hs. de todos los días.

HORARIOS

Horarios de atención en OSPFESIQYP

Se les informa los siguientes horarios de atención para que usted pueda optimizar su tiempo, y maximizar el aprovechamiento de los recursos de la institución.

CABA: Av. Pavón 3708 Lunes a Viernes de 09:00 a 18:00 hs.

Santa Fé: Tucumán 36 – Fray Luis Beltran – 0341-491-4010 Lunes a Viernes de 09:00 – 12:00 y de 15:00 a 19:00 hs.

San Luis: Balcarce 281 – Villa Mercedes – 11-4449-5636 Lunes a Viernes 09:00 – 13:00 y de 14:00 a 16:00 hs.

Servicio de ambulancias

Se canaliza a través del Servicio de Urgencias de OSPFESIQYP. El afiliado o familiar presentará la credencial y el documento de identidad. Atención las 24 horas del día, los 365 días del año.

CABA Y Conurbano:	VITTAL	Tel: 4000-8888 // 4556-4556
	EMERLIFE	Tel: 4667-4050 // 4545 // 2501

El procedimiento relacionado con los traslados de ambulancia es necesario tener orden médica y enviarla a la OS para saber tipo de móvil, destino, fecha, etc. Se realizan a través de vía mail / fax o mesa de ayuda de nuestra OS al 0800-333-4078.

Emergencias médicas

Son aquellas situaciones de peligro inminente de vida en una persona que requiere servicio de atención médica.

Urgencias médicas

Son aquellas situaciones que requieren atención médica prioritaria pero que no peligran la vida del paciente.

Visitas médicas domiciliarias

Solo para pacientes mayores de 65 años de edad imposibilitados de trasladarse a consultorio médico.

El afiliado presentará la credencial y documento de identidad y deberá abonar al profesional actuante un arancel moderador por visita domiciliaria diurna de \$900 (Novecientos) y nocturna de \$1200 (Mil doscientos).-

Urgencias odontológicas

CABA:	SIACO - Paraguay 1350 - Tel: 4819 – 9600.
ZONA NORTE:	Aristóbulo del valle 1557 - Florida - Tel: 4797-3024
ZONA OESTE:	Crisologo Larralde 495, Morón. Tel: 4489-4600 Bolívar 422, Merlo. Tel: 0220-482-9810 Uruguay 87, Moreno. Tel 0237-463-5658
ZONA SUR:	Fabián Onzari 8 – 1º Piso – Wilde – TE: 4206-3429

Urgencias Oftalmológicas

- Instituto médico de Ojos
Domicilio: Dr. Ramón Falcón 7051 Pº1 Dto. 6 Tel.: 4644-0957 (Liniers)
- Instituto Medico de Ojos
Domicilio: Enrique Marengo 4464 (Villa Ballester)
- Visión Médico
Domicilio Azcuénaga 840 CABA, Tel: 4962-4118
- Centro de Ojos del Sur Bonaerense
Domicilio Sarandí 199 Lomas de Zamora

Urgencias Psiquiátricas

CABA y Conurbano: 0800-333-4078 las 24 hs. los 365 días del año.

COBERTURA

OSPFeSIQYP brinda a todos sus afiliados los servicios médicos asistenciales contemplados en el Programa Médico Obligatorio.

- Atención médica ambulatoria programada.
- Atención médica de urgencia.
- Atención domiciliaria de urgencia.
- Prácticas diagnósticas y terapéuticas ambulatorias.
- Internación Institucional, programada y de urgencia, de baja y alta complejidad.
La cobertura en internación se extiende a cualquiera de sus modalidades: institucional, hospital de día o domiciliaria.
- Prácticas diagnósticas y terapéuticas en internación.
- Rehabilitación.
- Estimulación temprana.
- Kinesiología.
- Fonoaudiología.
- Salud mental.
- Medicamentos.
- Prótesis y Ortesis.
- Otoamplífonos.
- Elementos de óptica.
- Traslado en ambulancia programados y urgentes.
- Atención odontológica.

Los tratamientos serán brindados a través de:

Servicios propios y/o contratados a los que el afiliado tendrá acceso mediante presentación de la correspondiente Orden de Atención y/o Coseguro, los que serán emitidos por Sede Central o Delegación.

El afiliado podrá informarse en la Sede Central o Delegación que le corresponda por domicilio de afiliación, o a través de la página web y consultar la nómina de profesionales, Clínicas y Sanatorios. Los prestadores de la Obra Social no deben requerir a los afiliados el pago de montos adicionales por ningún concepto, salvo que se encuentren expresamente establecidos. En caso de producirse esta situación, el afiliado deberá informarlo por escrito a la Sede Central o Delegación de su jurisdicción, o a la Gerencia de Prestaciones.

MODALIDAD DE ACCESO A LOS SERVICIOS MEDICO ASISTENCIALES

- a) Todos los afiliados deberán concurrir para su atención a los servicios propios y/o contratados de la **OSPFESI QYP** de la zona de cobertura, con la orden de atención correspondiente.
- b) Los beneficiarios que se encuentren en tránsito, fuera de su lugar de residencia habitual o que fueran derivados cumpliendo los requisitos exigidos para ello, deberán dirigirse a la Sede Central o Delegación de la jurisdicción en que se encuentren, con la credencial de afiliado, DNI y el último recibo de haberes.
- c) Situaciones especiales:

En caso de extrema urgencia, debidamente fundamentada, el afiliado podrá atenderse directamente en el Centro asistencial más cercano, con la obligación de denunciar el hecho por escrito o vía fax y solicitar la Orden de Atención correspondiente a la Sede Central o Delegación donde se encuentre el prestador, dentro de los dos días hábiles de producido el hecho.

El mismo lo podrá realizar el afiliado, familiar o allegado.

La modalidad de cobertura por "reintegro" reviste carácter de Excepción y sólo será reconocida por la Obra Social cuando:

Los servicios hayan sido brindados por razones de urgencia debidamente acreditados.

Los servicios que requiere el afiliado no cuenten con prestador contratado por la Obra Social.

Ó las entidades prestadoras hayan dispuesto la suspensión de los servicios.

En todos los casos las prestaciones por las que se solicita el reintegro deben corresponder a servicios con cobertura obligatoria por parte de la **OSPFESI QYP** y los valores a reconocer serán los que la Obra Social tiene establecido para esas prestaciones.

- d) Telefónicamente:

OSPFESI QYP, cuenta con un servicio telefónico gratuito donde el beneficiario puede acceder las 24 hs los 365 días del año, al 0800-333-4078

Para facilitar su atención le sugerimos lo siguiente: Tenga el carnet en mano y/o Documento Nacional de Identidad (D.N.I.).

Se incorpora la emisión de órdenes para prácticas y estudios a través de medios digitales u/ ordenes medicas originales por medio del WhatsApp de la Obra Social al número 15-6749-8743 de Lunes a Viernes de 9 a 17 hs, por vía fax/teléfono al 4921-4321 o por vía mail a autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar.

Se informa que esta obra social no gestiona turnos para sus afiliados

La comunicación con los afiliados es a través de la página web, a través de los delegados de las empresas y campañas

COSEGUROS. REGIMENES DIFERENCIALES. EXCEPCIONES

El acceso a las prestaciones será a través de la presentación del carnet y el DNI para la consulta y la se suma la orden autorizada en caso de las prácticas, previo pago del coseguro si correspondiera, cuyos valores quedan establecidos en el apartado correspondiente de la presente norma. Dichos valores solo podrán ser modificados mediante resolución expresa de la máxima autoridad de la Obra Social, acorde con disposición de Autoridad de aplicación. (MS,SSSalud)

Excepciones:

Están exceptuados del pago de coseguro:

La mujer embarazada desde el diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado del embarazo, parto y puerperio.

El recién nacido hasta cumplir el año de edad.

Los pacientes que padezcan enfermedades oncológicas para todas las prestaciones relacionadas con el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de su enfermedad de base una vez diagnosticada.

Las personas infectadas por alguno de los retrovirus humanos y las que padezcan el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, para el seguimiento del padecimiento de base y el diagnóstico y tratamiento de enfermedades intercurrentes.

Los afiliados con discapacidad de acuerdo a lo estipulado en la ley 24.901, su Decreto Reglamentario y demás normas complementarias. Será requisito indispensable para el usufructo de este beneficio la presentación del Certificado de Discapacidad otorgado por organismo oficial actualizado.

Población bajo Programas Preventivos

El niño hasta cumplidos los 3 (tres) años, de acuerdo a lo establecido por la normativa vigente.

Monto de los coseguro

Los valores de los cosegueros que rigen para los afiliados pertenecientes a la OSPFeSIQYP son los establecidos en la Resolución 58 - E/2017.

Normas particulares

Los coseguros para prácticas y estudios complementarios se explicitan por bono u orden de baja o alta complejidad de acuerdo a lo detallado en el Catálogo de Prestaciones del PMO.

Prácticas de Baja Complejidad Diagnósticas y Terapéuticas Ambulatorias:

En cada bono/orden de baja complejidad se podrán incluir hasta cinco análisis bioquímicos. En radiología cada posición _de la misma área se considera una práctica.

Si la prescripción contiene más de cinco prácticas se deberá cobrar \$ 5 (pesos cinco) por cada cinco prácticas o fracción.

Prácticas de Alta Complejidad Diagnósticas y Terapéuticas Ambulatorias En cada orden de alta complejidad se podrán incluir hasta una práctica.

ACTUALIZACION DE COSEGUROS

Modalidad de actualización: Automática. Anclado al incremento del Salario Mínimo Vital y Móvil

Consultas	Noviembre 2022	Diciembre 2022	Enero 2023	Febrero 2023	Marzo 2023
Médicos de Familia / Generalistas / Pediatras/ Tocoginecólogo	576	617	651	674	692
Médicos Especialistas	1081	1157	1221	1265	1297
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

- 1.1.1 Plan Materno Infantil: se dará cobertura durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento
- 1.1.2 Atención del recién nacido hasta cumplir los tres años de edad. Todo con cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio y exceptuado del pago de todo tipo de coseguos para las atenciones y medicaciones específicas. Esta cobertura comprende:
- a) Embarazo y parto: consultas, estudios de diagnóstico exclusivamente relacionados con el embarazo, el parto y puerperio, ya que otro tipo de estudios tendrá la cobertura que rige el resto del PMO, Psicoprofilaxis Obstétrica, medicamentos únicamente relacionados con el embarazo y el parto, Cobertura 100%.
 - b) Infantil: Será obligatoria la realización perinatólogica de los estudios para detección de la fenilcetonuria, del hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística en el recién nacido. Consultas de seguimiento y control, inmunizaciones

del periodo, cobertura del 100% de la medicación requerida para el primer año de vida siempre que esta figure en el listado de medicamentos esenciales, a fin de estimular la lactancia materna no se cubrirán las leches maternizadas o de otro tipo, salvo expresa indicación médica, con evaluación de la auditoria médica.

Prácticas que requieren autorización previa

Previo a la realización de las prácticas que a continuación se detallan, el afiliado deberá solicitar autorización del médico auditor correspondiente al domicilio de empadronamiento del afiliado.

Prácticas médicas diagnósticas y terapéuticas no incluidas en el PMO

Prácticas bioquímicas no incluidas en el PMO

Medicina Nuclear Tomografía axial computada, Resonancia Nuclear Magnética, Internación Programada Prácticas con recupero ante APE Oncología

Medicamentos en los alcances de la Resolución 310/04 -MS y su modificatoria Tratamiento para obesidad de acuerdo a su Resolución

Prestaciones de Salud Mental, tanto en el régimen de atención ambulatoria como en internación Prestaciones de Medicina Física y Rehabilitación

Kinesioterapia: cobertura de 25 sesiones por afiliado por año calendario.

Fonoaudiología: cobertura de 25 sesiones por afiliado por año calendario.

Tratamiento sustitutivo renal (Hemodiálisis Crónica, Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y Diálisis Peritoneal Automatizada)

Traslados

La autorización podrá gestionarse a través de: Cualquier Centro de Atención Personalizada personalmente o por fax. -

El Centro de Atención Telefónica: 0800-333-4078, 24HS LOS 365 días al año.

SERVICIOS Y PRACTICAS NO RECONOCIDOS POR LA OBRA SOCIAL

La Obra Social no autorizará ni reconocerá las siguientes prestaciones:

- Medicamentos y tratamientos en etapa experimental, no reconocidos por entidades científicas oficialmente o que no se encuentren incluidos en las Resoluciones 310/04 MS (Anexos 111 y IV) 758/04-MS (Criterio según Auditoria Médica).
- Suministro de sangre y/o plasma, que será repuesta por el afiliado a la entidad prestadora, o Tratamientos y medicamentos homeopáticos.

- Prácticas, servicios, medicamentos, elementos, prótesis u Ortesis no contemplados en el Programa Médico Obligatorio o en las presentes normas. (Criterio según Auditoria Médica) o Punción de vellosidades coriónicas (Salvo indicación y control por Auditoria).
- Internación geriátrica (Salvo Discapacidad).
- Asistencia brindada al afiliado en el exterior del país

Las prácticas y servicios recién detallados tampoco serán reconocidos por la Obra Social a través de la modalidad **"reintegro de gastos"**.

NORMAS GENERALES PARA ACCESO A LAS PRÁCTICAS AMBULATORIAS

El afiliado debe concurrir a la Sede Central o Delegación que corresponda previo a la realización de la práctica con la excepción de casos de urgencia debidamente notificada.

Prácticas que no requieren autorización previa:

El afiliado deberá presentar:

-DNI

-Pedido Medico

-Credencial y último recibo de haberes si es mensual, o dos recibos si es quincenal.

El afiliado adquiere el Bono de Coseguro y no abona suma alguna al prestador, excepto para aquellos convenios en los que se haya pactado con el profesional o la institución otra metodología.

Prácticas que requieren autorización previa:

El afiliado deberá presentar:

-Pedido Médico que justifique la práctica (con diagnóstico, resumen de historia clínica e informe de estudios previos).

-DNI, Credencial y último recibo de haberes si es mensual, o dos recibos si es quincenal.

La autorización estará a cargo del Médico Auditor.

El afiliado adquiere el Bono de Coseguro y no abona suma alguna al prestador, excepto para aquellos convenios en los que se haya pactado con el profesional o la institución otra metodología.

NORMAS PARA LA DERIVACION Y TRASLADOS DE PACIENTES

Se autorizará la derivación de pacientes cuando en el ámbito geográfico de residencia no se cuente con la infraestructura adecuada para la atención, o cuando de haberse internado en una institución que no cuente con lo necesario para la asistencia y únicamente por pedido escrito de algún profesional de la misma. Se priorizarán las derivaciones en el siguiente orden: intraprovincial, interprovincial, regional, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (de acuerdo al programa de regionalización de las derivaciones implementado por la Obra Social).

Todas las solicitudes quedarán a cargo del Auditor Médico

Cobertura que reconocerá OSPFeSIQYP

A los pacientes derivados por la Obra Social, se les reconocerá: 100% de los gastos de traslado del paciente por el medio de transporte que haya sido autorizado. 100% de los gastos de traslado de acompañante en menores de 18 años o discapacitados. Hospedaje sin cargo.

Atención de afiliados en tránsito

Afiliado en tránsito es aquel que se encuentra circunstancialmente fuera de su lugar de residencia habitual. El afiliado que requiera atención médica bajo estas circunstancias solo podrá hacerlo con autorización previa de la Sede Central o Delegación del ámbito geográfico donde se encuentra el prestador, ya que ello es necesario para una correcta cobertura.

MEDICAMENTOS - FARMACIA

Normas de atención: OSPFeSIQYP pone a su disposición una extensa red de farmacias adheridas, donde Ud. puede adquirir su medicamento recetado con un 40% de descuento de acuerdo a resolución vigente más 10% adicional de beneficio haciendo un total del 50%, mediante la presentación de la prescripción médica, la credencial y el documento de identidad de la persona a cuyo nombre se ha extendido la receta.

La cobertura de medicamentos de OSPFeSIQYP es amplia y permite atender la totalidad de las patologías de causa médica que usted pudiera necesitar. Recordamos que no tiene cobertura todo producto farmacéutico de venta libre, preparados, con fines cosméticos, etc.- Para su conocimiento, podrá consultar en todas las farmacias adheridas y en los Centros de Atención Personalizadas la cobertura de cualquier producto farmacéuticos.

OSPFeSIQYP, cumple con lo establecido por las Resoluciones MS 310/04 y complementarias, las cuales entre otros beneficios contemplan descuentos en ciertos medicamentos de uso ambulatorio de hasta el 70% para los pacientes con patologías crónicas prevalentes.

Consulte en su Centro de Atención Personalizada de referencia respecto de la documentación necesaria para acceder a esta cobertura.

Prescripciones: La receta bien extendida por el Médico, debe contener de su puño y letra, con la misma tinta y sin enmiendas:

Número, nombre y apellido del afiliado

La prescripción (de acuerdo a la Ley N° 25649, nombre genérico) que obliga a realizarla por Denominación Común Internacional – DCI, donde conste: concentración, cantidad de unidades y forma farmacéutica.

Firma del profesional.

Fecha de emisión.

Sello aclaratorio con nombre, número y tipo de matrícula del profesional.

El vencimiento de las recetas opera a los 30 (treinta) días de haber sido emitidas.

Se aceptarán las recetas emitidas por computadora siendo en este caso obligatorio por el profesional coloque de su puño y letra, la fecha de inscripción y su firma, con el sello correspondiente.

El médico no podrá prescribir más de dos medicamentos por receta, indicando además el tamaño del envase requerido, en caso contrario la farmacia expenderá el de menor cantidad.

Tratamientos prolongados: Si el profesional debe recetar más de una unidad del mismo específico, deberá indicar la cantidad en números y letras, en cuyo caso podrá recetar hasta un máximo de dos unidades de cada medicamento y aclarar además el tamaño del envase.

Únicamente con esa indicación expresa podrá ser entregado más de un específico. En caso de no verse cumplimentada la misma, se proveerá al asociado de un envase solamente.

En los medicamentos que se expande por unidad de dosis, el profesional puede recetar hasta seis unidades de dosis por receta, haciéndolos constar en números y letras.

De acuerdo a la ley de Diabetes N° 26914, la cobertura de medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol de los pacientes con diabetes, será del 100% (cien por ciento) y en las cantidades necesarias según prescripción médica. Previo empadronamiento en la Obra Social

- El FT de la Obra Social incluye los medicamentos de la resolución 232/07 MS. Levonorgestrel comprimidos de 1.5 mg xl y Levonorgestrel comprimidos por 0.75 mg x 2. Sobre la prestación de Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AH E).
- La Obra Social cubre los medicamentos de alternativa terapéutica, según las recomendaciones de uso establecidas en el anexo V (7.1).
- Se brindará la cobertura del 100% de la Eritropoyetina (Tratamiento de la IRC), dapsona (tratamiento de la lepra), medicamentos para uso oncológico aprobados por la autoridad de aplicación, inmunoglobulina antihepatitis B (según recomendaciones de Uso del Anexo III), drogas del tratamiento de la tuberculosis, insulina (Res. 301/99-MS y AS), piridostigmina (Res. 791/99- MA y AS).

Previo empadronamiento en la Obra Social

- Se cubrirá al 100% la medicación de soporte clínico de la quimioterapia destinada a la prevención y el tratamiento de los vómitos inducidos por agentes antineoplásicos, según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación. Previo empadronamiento en la Obra Social.
- La Obra Social cubre el 100% de la medicación analgésica destinada al manejo del dolor de pacientes oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación. Previo empadronamiento en la Obra Social

Conforme la Modificación del anexo I de la res. 201/02 se incorpora el ítem 7.3 bis.

Farmacias no adheridas: Auditoria médica evaluará los casos eventuales de que el afiliado tuvo la necesidad de adquirir el producto en alguna farmacia no adherida.

PLAN MEDICO ASISTENCIAL

ATENCION MÉDICA PRIMARIA

El Plan Medico Asistencial de OSPFeSIQYP, está basado en los principios de la atención primaria de la salud, entendiendo a la misma no solo como la cobertura para el primer nivel de atención, sino como una estrategia de organización de los servicios sanitarios.

Se sostienen los principios prioritarios de prevención, brindando una cobertura integral, es decir, un abordaje biopsicosocial de los problemas de la salud; asegurar un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, conforme a la Resolución 201/02 MS, Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica, promoviendo el Programa Vigilancia de Salud y Control de Enfermedades (VIGIA).

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

El programa Preventivo se comunica a través de las delegaciones y delegados, también informando personalmente o telefónicamente a los afiliados cuando así lo requieran, asesorándole y dándole la información necesaria para su ingreso.

La prestación bajo programa tiene una cobertura del 100%.

Plan Materno Infantil

Para OSPFeSIQYP es de fundamental importancia el cumplimiento del Plan en su integridad. La cobertura es del 100%, en la atención integral del embarazo, parto y recién nacido. Abarca el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento para la madre, y para el recién nacido hasta el primer año de edad.

La cobertura de medicamentos es de los 100% para aquellos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio y del 50% para los medicamentos ambulatorios no relacionados con el embarazo y parto. Las Prestaciones médicas y medicamentos, para el niño hasta el año de vida, tienen cobertura del 100%. -

OSPFeSIQYP promueve el contacto inmediato del recién nacido con la madre, estimula la lactancia materna por considerarla fundamental en el desarrollo psicofísico del recién

nacido y otorga cobertura total a los estudios para la detección de la fenilcetonuria, hipotiroidismo, y enfermedad fibroquística, así como la búsqueda semiológica de patologías propias del recién nacido.

Se garantiza la cobertura del 100% de prestaciones incluidas en la Ley 26279: Galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinasa, retinopatía del prematuro, Chagas y sífilis. Asimismo, lo establecido en la ley 25415, detección temprana y atención de la hipoacusia.

Programa de Prevención del Cáncer de Cuello de Útero

OSPFESI QYP promueve la detección precoz de las patologías del cuello uterino por medio de las acciones de educación e información que se realizarán con folletos, charlas y talleres; y libre acceso a las prestaciones de diagnóstico y tratamiento, que estarán basadas en la realización periódica de Papanicolaou y Colposcopia según Plan. Deben incorporarse a partir de los 18 años o al inicio de las relaciones sexuales.

La cobertura de un Papanicolaou (PAP) anual es del 100%, a toda mujer que haya iniciado las relaciones sexuales o mayor de los 18 años, independientemente del resultado del mismo.

Programa de Prevención de Cáncer de Mama

OSPFESI QYP consciente de que el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la población femenina, promueve la detección precoz de la patología, con campañas educativas a través de medios gráficos, charlas informativas, etc. Incentivando el autoexamen, los estudios mamográficos seriados y los controles periódicos.

A partir de los 35 años y si hay antecedentes familiares lo antes posible de acuerdo a criterio médico.

La cobertura de una mamografía anual es del 100%, a toda mujer a partir de los 35 años, independientemente del resultado de los mismos.

Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25673)

El objetivo del programa es ofrecer la atención de consultas, tanto individuales como de pareja, a los fines de asesoramiento y atención de la planificación familiar y/o patologías relacionadas.

Tendrán también cobertura del 100% para los afiliados de OSPFeSIQYP los anticonceptivos intrauterinos, diafragmas y espermicidas, todos de fabricación argentina, además se dará cumplimiento a la Resolución 755/06 SSSalud y cubrirá al 100% la ligadura de trompas y la vasectomía.

El mismo también es para disminuir el contagio de enfermedad sexual (Hepatitis B, HIV, etc.).

G03A - ANTICOCEPTIVOS HROMONALES DE USO SISTEMATICO.

G03AA - PROGESTAGENOS Y ESTROGENOS, CONVINACIONES FIJAS.

G03AA05A - NORETISTERONA Y ETINILESTRADIOL.

G03AA07 A - LEVONORGESTREL.

G03AB - PROGESTAGENOS Y ESTROGENOS, PREPARADOS SECUENCIALES.

G03AB03A - LEVONORGESTREL Y ETINILESTRADIOL.

G03AB04A - NORETISTERONA Y ETINILESTRADIOL.

G03AC – PROGESTAGENOS.

G03A01A - NORETISTERONA ACETATO.

G03AC03A - LEVONORGESTREL.

Programa de Odontología Preventiva

OSPFeSIQYP realizara campañas de educación para la salud bucal y otorgara el libre acceso a las prestaciones de odontología preventiva.

Programa de Detección precoz de la Diabetes

OSPFeSIQYP realizará campañas de educación para el control precoz de la diabetes, se dará también talleres para diabéticos insulinas dependientes.

Se efectuará provisión sin cargo de Insulinas, jeringas y agujas descartables

Cobertura del 100% de tiras reactivas. En pacientes diabéticos insulinas dependientes participarán en programas específicos, se duplicará la provisión de tirillas para la medición de glucemia.

Enfermedad Celíaca

De acuerdo a la Ley 26588, se dará Cobertura Asistencial en Detección, diagnóstico, seguimiento y tratamiento.

Se dará cobertura asistencial a las personas con celiaquía en concordancia a la ley 27196, modificatoria de la ley 26588, y la resolución 102/11, para detección, diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la misma, incluyendo las harinas, pre mezclas u otros alimentos industrializados.

Cobertura en obesidad

La Obra Social dará cobertura para el tratamiento de la Obesidad de acuerdo a la resolución 742/2009, del Ministerio de Salud y medio ambiente.

Se Integra el tratamiento de la obesidad, incluyendo tratamientos médicos, nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y toda practica necesaria para una atención multidisciplinaria de la obesidad, de acuerdo a los distintos momentos de evolución de la enfermedad, en pacientes con índice de masa corporal igual o mayor a 30 (treinta), con al menos una comorbilidad.

Programa de control de la enfermedad de CHAGAS

El objetivo del programa es la promoción de la salud y la prevención (control) de la enfermedad de Chagas de los afiliados. Se identifica grupos de riesgo, vehículos de transmisión y detección de infección chagásica con el seguimiento específico en cada caso. El seguimiento, control y tratamiento de los pacientes con infección chagásica será completo y con cobertura al 100%.

- Se Garantizará accesibilidad a la cobertura de los materiales para las personas ostomizadas, de acuerdo a lo dispuesto en la ley 27071 de 2015, en forma mensual y de acuerdo a la prescripción del equipo tratante. Previo empadronamiento en la Obra Social.

- Se otorgará cobertura de acuerdo a la ley 26872, las cirugías reconstructivas mamarias tras una mastectomía por causa de patología mamaria. Esto incluye la prótesis. Previo empadronamiento en la Obra Social
- Se otorgará, de acuerdo a la ley 27305 de 2016, cobertura de leche medicamentosa, sin importar su edad, en paciente con alergia a proteínas de la leche vacuna, desordenes o enfermedades gastrointestinales y enfermedades metabólicas. Con la correspondiente prescripción médica. Previo empadronamiento en la Obra Social.
- La cobertura de rehabilitación será de acuerdo a PMO Kinesiología/ foniatría Luego de las 30 sesiones deberá enviar Resumen de historia Clínica justificando su necesidad. Previo empadronamiento en la Obra Social
- Trastornos de aprendizaje se otorgará de acuerdo a la ley 27306. Previo empadronamiento en la Obra Social

ATENCION MÉDICA SECUNDARIA. ESPECIALIDADES

Están cubiertas todas las modalidades de recuperación de la salud, en el paciente ambulatorio e internado; la internación domiciliaria, el hospital del día y la cirugía ambulatoria tendrán la misma jerarquía y cobertura que la internación institucional.

Las especialidades cubiertas son todas las incluidas en la Res MS 201/2002

- Anatomía Patológica.
- Anestesiología Cardiología.
- Cirugía cardiovascular
- Cirugía de cabeza y cuello
- Cirugía general.
- Cirugía infantil
- Cirugía plástica reparadora
- Cirugía de tórax.
- Clínica médica
- Dermatología.
- Diagnóstico por imágenes: Radiología, tomografía computada, resonancia magnética y ecografía.
- Endocrinología Infectología
- Fisiatría (medicina física y rehabilitación)
- Gastroenterología
- Geriatria (Para casos especiales con autorización expresa de Auditoria Medica)
- Ginecología
- Hematología
- Hemoterapia
- Medicina familiar y General
- Medicina nuclear: diagnóstico y tratamiento
- Nefrología
- Neonatología
- Neumología
- Neurología
- Nutrición
- Obstetricia
- Oftalmología
- Oncología
- Ortopedia y traumatología
- Otorrinolaringología

- Pediatría
- Psiquiatría
- Psicología
- Reumatología
- Terapia intensiva
- Urología

SERVICIOS Y COBERTURAS

Angioplastia transluminal coronaria:

Cobertura del 100% en institución y médico de cartilla. Esta prestación requiere autorización previa.

Cirugía cardiovascular con circulación extracorpórea:

Cobertura del 100% con institución y medico de cartilla. Esta prestación requiere autorización previa.

Cobertura total de internación y cirugía, sin topes:

Cobertura del 100% en medicamentos y material descartable (incluye bomba de circulación extracorpórea), cobertura del 100% honorarios de equipo profesional actuante (según cartilla), cobertura del 100% prótesis valvulares e implantes (por provisión directa a través de instituciones contratadas), cobertura del 100% controles y exámenes post-quirúrgico. No se cubrirán los gastos extras (Hab. Individual, gasto acompañante, no contemplado por la resolución, lavandería, teléfono etc.).

Cirugías Refractivas:

Coberturas del 100%, con prestadores de cartilla. Esta prestación requiere auditoría médica previa, quienes evaluarán la autorización, según patología, dioptrías, etc., de acuerdo con las normativas internas. El detalle se encuentra a disposición en la pág. Web de OSPFeSIQYP.

Consultas médicas:

En consultorio: Se podrá acceder a la atención en los consultorios que figuran en la especialidad y en la cartilla.

En domicilio: En caso de urgencia y/o emergencia, y visitas a todo paciente mayor de 65 años que no pueda trasladarse.

Cuidado paliativo:

Cobertura 100%. Se entiende por Cuidados Paliativos a la asistencia activa y total de los pacientes por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa de vida del paciente no supere el lapso de seis meses, por no responder al tratamiento curativo que le fue impuesto.

Prestación por el Servicio de Atención Domiciliaria y Cuidados Paliativos, debe dirigirse a la Sede Central o Delegación de OSPFeSIQYP para asesorarse sobre la cobertura que le corresponda.

Métodos anticonceptivos:

OSPFeSIQYP brinda cobertura del 100 % en provisión y colocación de DIU, cremas espermaticidas, esponjas espermaticidas, preservativos, ligadura de trompas y vasectomía, previa autorización médica.

Hemodiálisis y DPCA:

La cobertura será del 100% con prestadores contratados, siendo requisito indispensable inscripción del paciente en el INCUCAI dentro de los primeros treinta días de indicado el tratamiento.

Cobertura del 100% del material descartable.

La Auditoria Médica de OSPFeSIQYP establecerá la modalidad de cobertura según la necesidad individual de cada beneficiario.

Esta prestación requiere autorización previa.

Maternidad:

En instituciones o con médico de cartilla, cobertura del 100%.

Los Centros Obstétricos están determinados para este fin teniendo guardia los 365 días del año las 24 horas.

Odontología

Catálogo de prestaciones odontológicas

Se asegura la cobertura por parte de los agentes del seguro de salud, de las siguientes prácticas. Consulta. Diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento. Este código incluye examen, diagnóstico y plan **de tratamiento. Se considera como primera consulta y comprende la confección de la ficha** odontológica.

Consulta de urgencia. Se considera consulta de urgencia a toda consulta sin turno previo, que resuelva la demanda espontánea.

El beneficiario una vez resuelta la urgencia podrá consultar a su odontólogo general para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecte. No se contempla dentro de esa consulta la realización de prácticas no cubiertas, a excepción del cementado de puentes y coronas que no requieran de restauración protética.

2.1 obturación de amalgama. Cavity simple

2.2 obturación de amalgama. Cavity compuesta o compleja

2.3 obturación con tornillo en conducto.

Comprende el tratamiento de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por las caries dentales cuando la destrucción coronaria sea mayor que los dos tercios de la distancia intercuspidea. La obturación definitiva debe incluir, en menores de 18 años, el sellado de todas las superficies no tratadas.

Será reconocida una única vez por pieza tratada.

2.4 obturación resina autocurado. Cavity simple

2.5 obturación resina autocurado. Cavity compuesta o compleja

2.6 obturación resina fotocurado sector anterior

Comprende la restauración de las piezas anteriores y vestibular de primeros premolares

2.7 reconstrucción de ángulo en dientes anteriores

3.1 tratamiento endodóntico en unirradiculares

3.2 tratamiento endodóntico en multiradicales

3.3 biopulpectomía parcial

3.4 necropulpectomía parcial o momificación

En piezas que por causa técnicamente justificada no se puede realizar el tratamiento endodóntico convencional

4.1 tartrectomía y cepillado mecánico

Esta práctica no incluye el blanqueamiento de piezas dentarias. En pacientes mayores de 18 se cubrirá una vez por año.

4.2 consulta preventiva. Terapias fluoradas

Incluye tartrectomia y cepillado mecánico, detección y control de la placa bacteriana, enseñanza de técnicas de higiene. Se cubrirá hasta los 18 años y hasta dos veces por año.

Comprende aplicación de flúor tópico, barniz y culotorios

4.3 consulta preventiva. Detección y control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal.

Comprende enseñanza de técnicas de cepillados, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. Incluye monitoreo anual.

4.4 selladores de surcos, fosas y fisuras

4.5 aplicación de carioestáticos e piezas dentarias permanentes.

5.1 consulta de motivación

Se cubrirá hasta los 15 años de edad e incluye la consulta diagnóstica, examen y plan de tratamiento. Comprende hasta tres visitas al consultorio.

5.2 mantenedor de espacio.

Comprende mantenedores de espacios fijos o removibles. Recubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 8 años inclusive. Se incluye corona o banda y ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión.

5.3 reducción de luxación con inmovilización dentaria.

5.4 tratamientos en dientes temerarios con formocresol.

Cuando el diente tratado no este próximo a su exfoliación. También se cubrirá en piezas permanentes con gran destrucción coronaria.

5.5 corona de cera provisoria de destrucción coronaria

Se cubrirá en piezas temporarias con tratamiento de formocresol o gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre dentro del periodo de exfoliación. En primeros molares permanentes hasta los 15 años de edad.

5.6 reimplante dentario e inmovilización por luxación total.

5.7 protección pulpar directa

6.1 consulta de estudio. Sondaje, fichado, diagnóstico y pronóstico.

6.2 tratamiento de gingivitis. Comprende tartrectomia, raspaje y alisado, detección y control de placa, topicacion con flúor y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Se cubrirá anualmente.

6.3 tratamiento de enfermedad periodontal

Comprende todos los cuadros periodontales e incluye raspaje y alisado radicular. Se cubrirá cada dos años

6.4 desgaste selectivo o armonización aclusal

7.1 radiografía periapical. Técnica de cono corto o largo. Radiografía bite-wing

7.2 radiografía oclusal

7.3 radiografías dentales media seriada: de 5 a 7 películas

7.4 radiografías dentales seriadas: de 8 a 14 películas

7.5 pantomografia o radiografía panorámica

7.6 estudio cefalometrico

8.1 extracción dentaria

8.2 plástica de comunicación buco -sinusal

8.3 biopsia por punción o aspiración o escisión

8.4 alveolectomia estabilizadora

8.5 reimplante dentario inmediato al traumatismo con inmovilización

8.6 incisión y drenaje de abscesos

8.7 extracción dentaria en retención de mucosa

8.8 extracción de dientes con retención ósea

8.9 germectomia

8.10 liberación de dientes retenidos

8.11 tratamiento de la osteomielitis

8.12 extracción de cuerpo extraño

8.13 alveolectomia correctiva

8.14 frenectomía

INTERNACION

Incluye todas las prestaciones y prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el ANEXO 11 de la Resolución N° 201/02 MS.

Para **internaciones programadas**, el beneficiario deberá gestionar en OSPFeSIQYP la correspondiente autorización previa al ingreso.

Las órdenes de internación se emitirán cumpliendo con los siguientes datos: Prescripción del médico tratante con los datos completos del beneficiario. Diagnostico presuntivo o de certeza.

Procedimiento a realizar.

Fecha de internación y tiempo estimado de duración. Fecha de pedido, firma y sello del profesional.

La cobertura, con excepción de lo establecido para salud mental, se otorga sin límite de tiempo para las modalidades, **institucional, hospital del día y domiciliaria**. No obstante, en caso de necesidad de prorrogar la internación, lo hará la Auditoria Medica considerando la evolución del cuadro del paciente.

Para la internación, no se abonan Coseguros. La cobertura en medicamentos e insumos es del 100 %.

Se cubre acompañante para internados hasta 15 años de edad.

Prácticas de baja y mediana complejidad

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

Cobertura con coseguro, con prestadores de cartilla.

Para realizar estos estudios no se requiere autorización previa, para su atención deberá presentar, credencial, documento e identidad y la orden del médico, la validez de la prescripción es de 30 días. Si la orden venciera, solo el médico tratante podrá extender la misma.

Prácticas de mayor complejidad

Son aquellas prácticas de alta tecnología y baja frecuencia. Cobertura del 100% con coseguro, con prestadores de la cartilla.

Requieren autorización previa, usted podrá asesorarse sobre ellos telefónicamente o en cualquier centro de atención personalizada.

Prótesis e Implantes Quirúrgicos Nacionales

Cobertura del 100 % en prótesis e implantes nacionales, por provisión directa a través de las Instituciones contratadas. Esta prestación requiere autorización previa.

Prótesis No Quirúrgicas y Ortesis Nacionales

Cobertura del 50% (corset, férulas y edemas elementos de ortopedia). Esta prestación requiere autorización previa.

No se reconocerán prótesis biogenicas o bioelectricas

El monto máximo a erogar por el Agente del Seguro será el de la menor cotización en plaza. Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto. El Agente del Seguro deberá proveer las prótesis nacionales según indicación, solo se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional. La responsabilidad del Agente del Seguro se extingue al momento de la provisión de la prótesis nacional, de acuerdo a las especificaciones previstas en la Resolución 1048/2014 -SSSalud –

La Obra Social da cumplimiento a lo establecido a las siguientes normas: **Identidad de Género, Ley 26743. Reproducción Médicamente Asistida N° 26862 y Decreto Reglamentario N° 956/2013.**

Se asegura la cobertura de **otoamplifonos** al 100% en niños de hasta 15 años a fin de garantizar un adecuado nivel de audición que les permita sostener una educación que maximice las potencialidades personales de cada beneficiario.

Con igual criterio que el anterior se asegura la **cobertura de anteojos** anual con lentes estándar, en **un** 100% a niños de hasta 15 años. En ópticas convenidas con la Obra Social o reintegro equivalente al valor convenido.

A los mayores de 15 años se les reintegrará el 50% del valor mencionado en óptica prestadora de la OS.

Salud Mental

Toda consulta y/ autorización de prácticas referidas a Salud Mental se recepciona en el Centro de Orientación y Derivación de Salud Mental, a través del teléfono 0800-333-4078, las 24 horas los 365 días del año. -

- Salud Mental. Se brindará de acuerdo a la ley 26557 y Decreto Reglamentario N° 603/2013:

No contemplan limitaciones en cuanto a número de sesiones ni los días de internación.

El mismo es atendido por personal especialmente capacitado para: Informar las condiciones del sistema y orientar la demanda de atención. Facilitar la derivación a la mejor opción prestacional cercana a su zona de residencia o trabajo. Responder a cualquier otra inquietud o consulta.

Trasplantes Renales

OSPFESI QYP le brinda cobertura total, con prestadores contratados, en estudios previos del paciente y del donante, internación y cirugía.

100% de medicamentos y material descartable 100% honorarios de equipo profesional

100% medicamentos post-trasplantes por provisión directa a través de las instituciones contratadas. Esta prestación requiere autorización previa.

Tratamiento Oncológico

Cobertura del 100% en instituciones contratadas, según normativas internas, de: Acelerador lineal Telecobaltoterapia Radioterapia Radioisótopos Radioterapia tridimensional conformada Quimioterapia: Cobertura del 100% de medicamentos de protocolos Nacionales aprobados. Provisión directa a través de instituciones contratadas de citostáticos, según patología, con presentación de plan oncológico y

protocolo. - La corticoterapia que eventualmente acompaña este tipo de tratamientos también tendrá una cobertura del 100%. - Analgésico y antieméticos
Esta prestación requiere autorización previa.