



MINISTERIO
DE SALUD

Dr. Ginés M. González García



SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Rubén H. Torres

Manual del Beneficiario de Obras Sociales



**Superintendencia
de Servicios de Salud**

**Manual del
Beneficiario de
Obras Sociales**

**Buenos Aires
2003**



PRESIDENTE DE LA NACIÓN
DR. EDUARDO ALBERTO DUHALDE

MINISTRO DE SALUD
DR. GINÉS M. GONZÁLEZ GARCÍA

SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD
DR. RUBÉN H. TORRES

Diagramación, composición y armado:
Caligrafix Servicios Gráficos Integrales S. H.
Av. Pueyrredón 1440, 2°; Buenos Aires
Telefax: 4821-6263
Correo-E: info@caligrafix.com.ar
Sitio web: www.caligrafix.com.ar.

Impresión:
Talleres Gráficos DEL S. R. L.
Humboldt 1803, Buenos Aires
Telefax: 4777-9177
Correo-E: danielelastra@aol.com

SISTEMA DE CONSULTAS

Centro de Atención Telefónica CAT
0800-222-SALUD (72583)

Centro de Atención Personal CAP
Av. Pte. Roque Sáenz Peña 530. P.B.

Coordinación de Comunicación Institucional

E-mail

info@sssalud.gov.ar

Sitio web

www.sssalud.gov.ar

Las normativas del Sistema Nacional del Seguro de Salud se encuentran publicadas en nuestro sitio web.

Representaciones de la Superintendencia de Servicios de Salud en las provincias de:

- **Santiago del Estero**
Independencia 1549. CP: 4200. Santiago del Estero.
Tel: 0385-4222614
Fax: 0385-4222614
- **Tucumán**
Av. El Líbano 956. CP: 4000. San Miguel de Tucumán.
Tel: 0381-4330841
Fax: 0381- 4237459
- **San Luis**
Falucho esquina Junín. CP: 5700. San Luis.
Tel: 02652-423644/423143
Fax: 02652-431276
- **Mendoza**
Av. España 1425. 2º Piso. CP: 5500. Mendoza.
Tel: 0261-4200018
Fax: 0261-4291156
- **Chubut**
Hipólito Yrigoyen 387. CP: 9000. Comodoro Rivadavia.
Tel: 0297-4470022
- **Misiones**
Junín 2331. CP: 3300. Posadas.
Tel: 03752-434384
- **Jujuy**
San Martín 61. CP: 4600. San Salvador de Jujuy.
Tel: 0388-4226439
Fax: 0388-4226603

Índice

Prólogo	9
I. Sistema de Consultas	17
II. Destinatarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud	20
III. Cambio de Obra Social	26
IV. Sistema de Reclamos	33
V. Monotributistas, sus empleados y personal del servicio doméstico	41
VI. Programa Médico Obligatorio de Emergencia -P.M.O.E-	49
VII. Prescripción de medicamentos por nombre genérico	67
VIII. Discapacidad	70

Prólogo

La decisiva participación y opinión de los beneficiarios en las instituciones de regulación y control que tutelan sus derechos, constituye en el sector de la salud una asignatura pendiente. Basta mencionar el hecho de que desde distintas instancias (gubernamentales, organismos internacionales, etc.) se han impulsado en los últimos diez años procesos de reforma del Sistema de Obras Sociales, en las cuales sus auténticos dueños, los beneficiarios, resultaron "convidados de piedra".

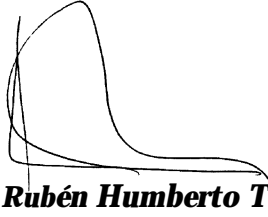
Esta situación resulta particularmente grave cuando en pleno auge de la importancia de las instituciones del tercer sector, en el marco del consenso social para la instrumentación de políticas públicas, se olvida que las Obras sociales han constituido una de las primeras expresiones de Organismos no gubernamentales en el país.

Por ello, es intención de esta conducción recuperar el trascendental papel que le corresponde a esta Superintendencia en la relación entre Obras Sociales y Beneficiarios, desde diversos aspectos: informando sobre los derechos y obligaciones que competen a ambos; mediando en la resolución de conflictos que en relación a esos derechos y obligaciones se susciten; brindando el mayor número de información disponible para que el derecho de opción de cambio de Obras Sociales sea una legítima elección de cada beneficiario y no una decisión marcada por

un marketing interesado, o una imposición manipulada por intereses corporativos y poniendo a disposición del beneficiario la información neutral y desprovista de cualquier interés que no sea el de que se otorguen aquellos servicios que sean efectivamente útiles, imprescindiblemente necesarios y elegibles en función de su costo-efectividad. La prescripción y utilización de medicamentos y prácticas de utilidad dudosa o nula, aunque de novedosa presentación o difusión, y no avalados por criterios científicos rigurosos como los de la medicina basada en evidencias, constituye uno de los motivos más importantes de dilapidación de recursos, que luego no resultan suficientes para el pago de otros medicamentos o prácticas de indudable utilidad. El consejo de su médico, farmacéutico u otro profesional responsable de su salud y la opinión fundada del Organismo rector de quienes deben solventar los gastos, constituyen un sólido pilar para ayudar en la toma de decisiones delicadas.

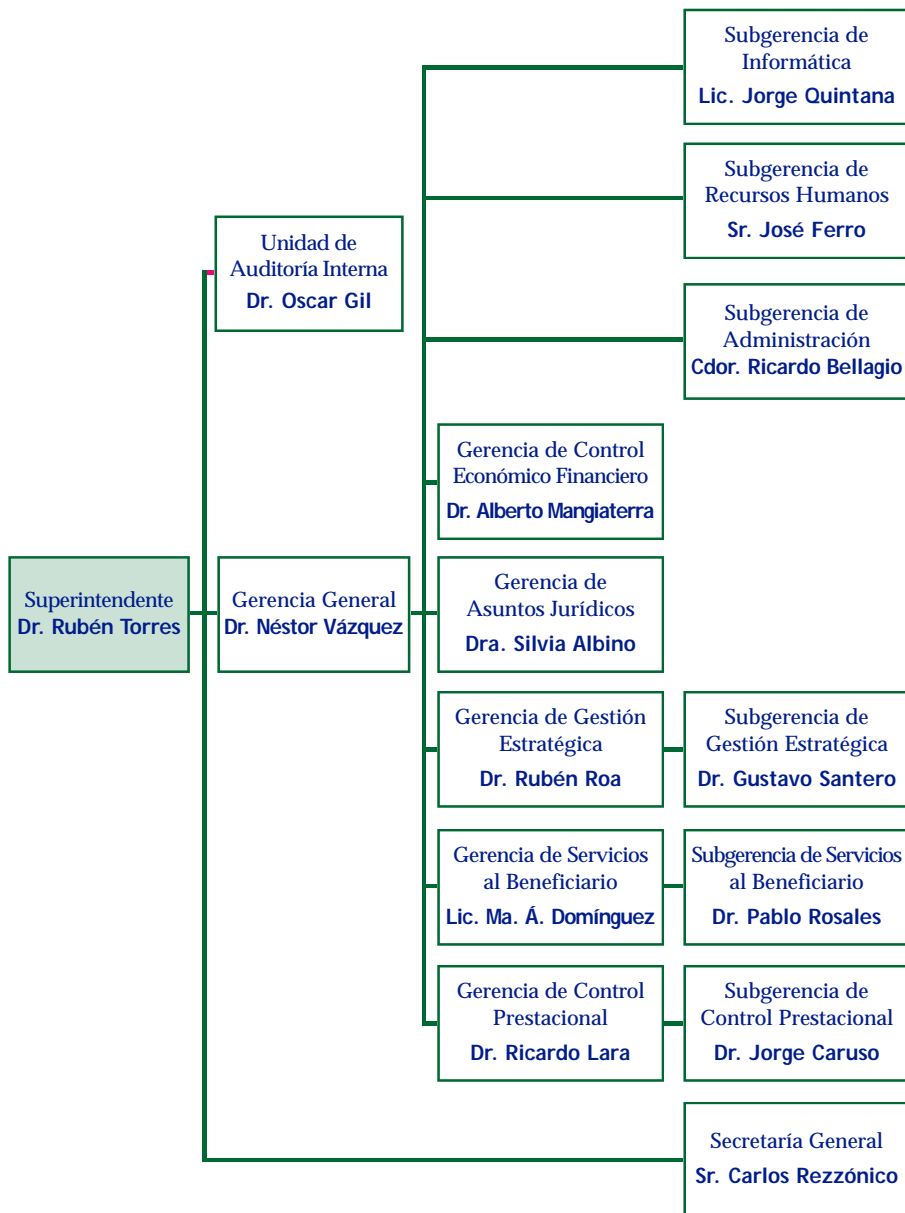
Creemos que de esta manera, y en un marco de cordura y sensatez en el cual las Obras Sociales gestionen en forma eficiente sus recursos, con el adecuado control de esta Superintendencia, y los prestadores (médicos, hospitales, etc.) recomienden a sus usuarios aquellos procedimientos y medicamentos más adecuados en función de calidad y precio, y beneficiarios responsables, informados y protegidos por esta institución, lograremos, sin duda, sostener el régimen nacional de Obras Sociales, el más poderoso sistema solidario de nuestro país; sostén del pago de

miles de tratamientos por infección por HIV-SIDA; transplantes; prestaciones por discapacidad y de alta complejidad, que apuntan a hacer de nuestro país un hogar común, una Patria, más saludable.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. Rubén Humberto Torres'. The signature is stylized with a large, sweeping initial 'R' and a long, horizontal tail.

Dr. Rubén Humberto Torres
Superintendente

Autoridades



Superintendencia de Servicios de Salud

Misión

La Superintendencia de Servicios de Salud es el ente de regulación y control de los actores del sector, 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.

Objetivos

- 1.** Dictar las normas para regular y reglamentar los servicios de salud.
- 2.** 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.
- 3.** Aprobar el ingreso de las entidades al Sistema.
- 4.** Aprobar el Programa de Prestaciones Médico Asistenciales de los Agentes

y controlar el Presupuesto de gastos y recursos para su ejecución.

- 5.** Asegurar y controlar la Opción de Cambio de Obra Social de los beneficiarios del Sistema.
- 6.** Controlar el funcionamiento correcto del mecanismo de débito automático desde la recaudación de las Obras Sociales hacia los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.
- 7.** Garantizar el respeto y la promoción de los derechos de los beneficiarios del Sistema.

I. Sistema de Consultas

La Superintendencia de Servicios de Salud cuenta con *centros de atención personal, telefónico y representaciones en el interior del país.*

1. Centros de Atención

El personal de contacto de ambos centros brinda información sobre los diversos aspectos del Sistema Nacional del Seguro de Salud:

- Normativas vigentes
- Programa Médico Obligatorio de Emergencia¹ y otras coberturas obligatorias.
- Reclamos por irregularidades en la cobertura médico asistencial.
- Problemáticas referidas a la opción de cambio de Obra Social.
- Destino de los aportes y contribuciones del beneficiario.
- Asignación de monotributistas autónomos a las Obras Sociales inscriptas para tal fin.²
- Datos generales de las Obras Sociales (delegaciones, autoridades, ámbito geográfico).

¹ Resolución 201/02 M.S. (P.M.O.E.)

² Resolución 376/00 S.S.SALUD

- Obras Sociales que se encuentran en opción de cambio.
- Obras Sociales que reciben:
 - Monotributistas autónomos
 - Empleados de monotributistas
 - Personal del servicio doméstico
 - Voluntarios

2. Representaciones de la Superintendencia de Servicios de Salud en el interior del país:

El personal de estas representaciones especialmente capacitado, brinda información sobre diversos aspectos del Sistema Nacional del Seguro de Salud:

- Normativas e información general del sistema
- Programa Médico Obligatorio de Emergencia y otras coberturas obligatorias
- Tramitaciones a cumplimentar ante reclamos por irregularidades en la cobertura médico asistencial

Estas representaciones, recientemente habilitadas para la atención de los beneficiarios del interior del país, funcionan como una mesa de orientación de trámites vinculadas en forma permanente con el Centro de Atención Personal (CAP) de la sede central.

3. Sitio web -www.sssalud.gov.ar-

El sitio presenta información detallada de los servicios que se brindan al beneficiario. Pueden realizarse consultas sobre Padrones de:

- Beneficiarios del régimen general
- Opciones del régimen general
- Beneficiarios monotributistas
- Opciones de beneficiarios monotributistas
- Beneficiarios pasivos del sistema

Listados de:

- Obras Sociales que integran el Sistema General
- Obras Sociales que reciben monotributistas
- Obras Sociales que reciben empleados de monotributistas
- Obras Sociales que reciben personal del servicio doméstico
- Obras Sociales que reciben jubilados de su propia actividad o de cualquier actividad laboral.
- Obras Sociales que reciben adherentes

II. Destinatarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud

Beneficiarios de Obras Sociales

Ciudadanos comprendidos en el Sistema Nacional del Seguro de Salud a través de sus agentes: Obras Sociales, Mutuales, Asociaciones de Obras Sociales (ADOS), Federaciones, Agentes del Seguro.

1. Obligatorios

Titulares

- Los trabajadores que prestan servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público del Poder Ejecutivo o en sus organismos autárquicos y descentralizados, en empresas y sociedades del Estado, con su aporte personal y las contribuciones del empleador, exigidas por ley.
- Los jubilados y pensionados nacionales, con su aporte personal y el de los trabajadores en actividad.

Familiares

El grupo familiar primario está integrado por:

- El cónyuge o concubino/a del afiliado titular.
- Los hijos solteros hasta los 21 (veintiún) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral.
- Los hijos solteros, mayores de 21 (veintiún) años y hasta los 25 (veinticinco) inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular, que cursen estudios regulares, oficialmente 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 la autoridad judicial o administrativa.
- Las personas que convivan con el afiliado titular, y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que correspondiere en cada situación.

Personas a cargo

Pueden incluirse los ascendientes y descendientes (padres o nietos) que se encuentren a cargo del beneficiario titular, fijándose un aporte adicional del 1.5% (uno y medio por ciento) por cada persona que se incluya.

Requisitos para afiliación³:

- Acreditar el vínculo de parentesco
- El beneficiario incorporado como familiar a cargo no puede ser beneficiario titular en alguna de las Obras Sociales del Sistema⁴, o dependientes del Estado Nacional, Provincial o Municipal.
- En el supuesto de menores que no hubiesen cumplido la edad mínima legal para trabajar o que se encuentren incapacitados para hacerlo.
- Cuando se trate de mayores deben tener 60 (sesenta) o más años de edad o encontrarse incapacitados para trabajar.

³ Resolución 81/95 INOS, Art. 1º inc. a); b); c) y d).

⁴ Leyes 23.660 y 23.661

El carácter de beneficiario subsiste:	
<p>- Cuando se mantiene el contrato de trabajo o la relación de empleo público;</p> <p>- Mientras el trabajador o empleado reciba la remuneración del empleador;</p> <p>y en los siguientes casos:</p>	
Extinción del contrato de trabajo	Si el trabajador 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.
Interrupción de trabajo por accidente o enfermedad inculpable	El trabajador mantiene su calidad de beneficiario durante el plazo de conservación del empleo sin percepción de remuneración, sin obligación de efectuar aportes.
Suspensión del trabajador sin goce de remuneración	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.
Licencia sin goce de remuneraciones por razones particulares	El trabajador mantiene la calidad de beneficiario cumpliendo con las obligaciones del aporte a su cargo y contribución a cargo del empleador.
Trabajadores de temporada	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.

2. Voluntarios⁵

- Son los beneficiarios 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 nuestro sitio web y en nuestros Centros de atención de Capital Federal y del interior del país.
- Las Obras Sociales pueden aceptar o cuestionar el 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 pres-

⁵ Res. 522/92 INOS. Res. 257/92 M.S. y A.S.

taciones establecido en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia⁶ (o el que lo reemplace en el futuro) y otras coberturas obligatorias. También pueden pactar con la Obra Social un plan superador al P.M.O.E.

- 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 que los afiliados obligatorios.

Monotributistas, sus Empleados y Personal del Servicio Doméstico

Son beneficiarios de acuerdo a la cotización personal fija destinada al Seguro de Salud. Para la incorporación del grupo familiar primario deben abonar un importe adicional.

⁶ Resolución 201/02 M.S. (P.M.O.E.)

III. Cambio de Obra Social¹

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 Nacional del Seguro de Salud.

Cambio para beneficiarios titulares activos⁷

1. Beneficiarios de Obras Sociales Sindicales
2. Beneficiarios de Obras Sociales del Personal de Dirección
3. Monotributistas, sus empleados y Personal del Servicio Doméstico⁸

Requisitos para ejercer el derecho de opción de cambio:

1. Beneficiarios de Obras Sociales Sindicales

- El trabajador puede ejercer el derecho de opción desde el momento mismo del inicio de la relación laboral.⁹
- El trámite se realiza en forma personal e individual por el titular afilia-

⁷ Ley 23.660. Art. 1° incs. a), d), f), h).

⁸ Desarrollado en Capítulo V.

⁹ Dec. 1400/01 art. 15°.

do; excepto que el beneficiario resida a más de 100 kms. de una boca habilitada de la Obra Social elegida.

- 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 privadas ni en el lugar de trabajo.
- La opción de cambio puede realizarse una vez al año y se efectiviza el primer día del tercer mes desde la presentación de la solicitud.
- Durante ese período la Obra Social de origen debe otorgar al afiliado la prestación médica correspondiente.
- El trámite es totalmente gratuito.
- El beneficiario debe completar el formulario de opción sin tachaduras ni enmiendas. Debe presentar la siguiente documentación:
 - último recibo de sueldos o en su defecto certificación laboral.
 - 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.

- La cartilla médica con la nómina completa de sus prestadores.
- Credencial con el nombre de la Obra Social.
- La opción de cambio es irrevocable, excepto las expresas excepciones que establece la reglamentación vigente.

No pueden ejercer el derecho de opción:

- Los beneficiarios que hayan extinguido su relación laboral.
- Los trabajadores cuya retribución mensual sea inferior a los 3 (tres) MOPRES.

2. Beneficiarios de Obras Sociales del Personal de Dirección¹⁰

- El trabajador puede ejercer el derecho de opción desde el momento mismo del inicio de la relación laboral.¹¹
- El trámite se realiza en forma individual ante la ANSES y en forma colectiva ante la Obra Social elegida.
- La opción de cambio puede realizar-

¹⁰ Dec. 638/97.

¹¹ Dec. 1400/01 art. 15°.

se una vez al año y se efectiviza el primer día del mes posterior a la presentación de la solicitud.

- Durante ese período la Obra Social de origen debe otorgar al afiliado la prestación médica correspondiente.
- El afiliado puede elegir entre las Obras Sociales inscriptas en el Registro Nacional de Obras Sociales (código 4).
- El trámite es totalmente gratuito

Unificación de aportes

- El afiliado en situación de pluriempleo puede unificar aportes en la Obra Social elegida.
- Si los cónyuges son titulares de dos Obras Sociales del sistema pueden optar por una de ellas o por una tercera para la unificación de aportes revistiendo ambos el carácter de titulares.

Cambio para jubilados y pensionados¹²

- Quienes finalizan su trámite jubilatorio pueden elegir de inmediato una Obra Social si no desean permanecer en PAMI.
- Los beneficiarios que se jubilan 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. 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 ANSES o en la

¹² Decreto 292/95

UDAI más cercana al domicilio, con el último recibo de cobro y D.N.I. La opción se hace efectiva a los 90 (noventa) días de realizado el trámite.

Los listados de Obras Sociales que se encuentran en opción de cambio están disponibles en nuestro sitio web y en nuestros Centros de Atención de Capital Federal y del interior del país.

Obligaciones de la Obra Social elegida

- La Obra Social debe brindar las prestaciones del Programa Médico Obligatorio de Emergencia y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión. El afiliado puede elegir abonar un plan superador al P.M.O.E. 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),
- la proximidad de sus efectores,
- los servicios que brinda: línea telefónica gratuita de consulta, oficinas de atención personalizada, e-mail, etc.

IV. Sistema de reclamos

La Superintendencia de Servicios de Salud recibe consultas, quejas y reclamos de los beneficiarios y Agentes del Sistema en los *Centros de Atención Personal y telefónico*.

Características del sistema de reclamos

- Se realizan formalmente, a través del procedimiento de la Resolución 075/98 S.S.SALUD.
- Este sistema tiene como objetivos:
 - Fiscalizar el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (P.M.O.E.).
 - Fiscalizar el ejercicio del derecho de la libre elección de Obras Sociales
 - Controlar que los beneficiarios reciban de las Obras Sociales la atención adecuada.
 - Informar sobre los procedimientos a seguir ante irregularidades del sistema.
 - Evaluar de acuerdo a la urgencia el procedimiento a seguir.

Formas de presentar el reclamo:

- personalmente
- por apoderado.
- Carta Documento
- Fax, ratificada en 3 días y 2 días más para los residentes a más de 100 kms. De la sede de la Obra Social.
- Correspondencia a la Obra Social o a esta Superintendencia.
- En caso de urgencia, por gestor oficioso, ratificada en 30 días.

Documentación a presentar por los beneficiarios titulares, de acuerdo a su inserción en el sistema:

- D.N.I.
- CUIL o CUIT.
- Último recibo de sueldos
- Último pago de monotributo y/o servicio doméstico
- Último pago de cuota adherente
- Última declaración jurada de AFJP del empleador (de requerirse)
- Carnet Obra Social
- Diagnóstico Médico
- Certificado de discapacidad (en caso de requerirse)
- Comprobantes de pagos realizados en caso de reintegro

- Indicación actualizada del médico tratante acreditado como profesional de la Obra Social
- Según el caso se podrá requerir resumen de Historia Clínica.

Incorporación de familiares

Documentación requerida para acreditar las relaciones de parentesco:

Cónyuge:

- Certificado de matrimonio.
- D.N.I. del titular y del cónyuge
- Recibo de haberes del titular
- Carnet de Obra Social del titular

Concubino:

- D.N.I. del titular y del concubino/a
- Información sumaria
- Recibo de haberes del titular
- Carnet de Obra Social del titular

Menor no incluido en el grupo familiar primario

- A cargo con el 1.5%.
- Documentación que acredite la identidad del menor
- Certificado de nacimiento
- Información sumaria del juez
- Carnet de Obra Social del titular

- Recibo de haberes

Guarda o tutela

- D.N.I del titular
- Documentación que acredite la identidad del menor y el vínculo.
- Sentencia judicial que determine la guarda o tutela
- Certificado de nacimiento
- Carnet de Obra Social
- Recibo de Sueldos

Inclusión de ascendiente, padre o madre con el 1.5%

- D.N.I. del titular
- Documentación que acredite el vínculo de la persona a incorporar
- D.N.I. del familiar
- Certificación de ANSES que acredite la ausencia de cobertura de salud
- Si es menor de 60 (sesenta) años, solamente se incorpora si es discapacitado.

Hijos mayores de 21 (veintiún) años

- Continúan con la prestación de por vida si son discapacitados
- Si cursan estudios terciarios deben presentar certificación de estudios regulares en establecimientos reconocidos oficialmente.

- D.N.I. del titular
- Recibo de sueldos del titular
- La afiliación se otorga hasta los 25 (veinticinco) años inclusive.

Reclamos por 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 corridos.
- **Si se presentan casos de "urgencia médica" y/o riesgo de vida del beneficiario, la Obra Social debe:**
 - Analizar el caso
 - Resolverlo
 - Obra Social debe comunicar a la Superintendencia de Servicios de Salud y al beneficiario la forma en que resolvió el tema planteado.
 - Las notificaciones se realizan al domicilio constituido del beneficiario o al registrado en el padrón
 - Si el beneficiario no está de acuerdo con el informe de solución, puede insistir ante la Superintendencia.
 - El plazo desde la notificación son 10 (diez) días corridos.

Reclamos por 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 debe contactarse con el Centro de Atención Telefónica para el envío del formulario y el asesoramiento para su presentación correspondiente.
- El reclamo debe realizarse en el Centro de Atención Personal de la S.S.SALUD.
- 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 un día si se trata de una urgencia médica.
- Recibido el reclamo la Obra Social debe responder con un Informe Solución en los mismos plazos y formas que el Formulario "A".

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

Formulario "C"

- La Superintendencia remite al beneficiario este formulario como constancia del envío del reclamo a la Obra Social correspondiente.

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

Plazos para resolver el reclamo

- La Obra Social debe resolver el reclamo y notificar al beneficiario en 5 (cinco) días corridos
- Si se trata de una urgencia médica el plazo es de un día.
- Vencido el plazo, si existe negativa o respuesta insatisfactoria, el denunciante puede recurrir por vía de insistencia a la S.S.SALUD.
- Al no recibirse respuesta por parte de la Obra Social una vez vencido el plazo, se considera como negativa de cobertura

Reclamos por cobertura en discapacidad

- El beneficiario debe presentar certificado de discapacidad, actualizado y emitido por autoridad competente.

V. Monotributistas, sus empleados y personal del servicio doméstico¹

Cobertura

Los monotributistas, sus empleados y personal del servicio doméstico con su último pago y sin costo adicional, tienen garantizado el acceso a la cobertura del Programa Médico Obligatorio de Emergencia -P.M.O.E- y otras coberturas obligatorias.¹³

Prestaciones de Alta Complejidad

- La Obra Social debe cubrir :
 - Trasplantes
 - Prótesis
 - Medicamentos para HIV/SIDA
 - Tratamientos de drogadependencia
 - Discapacidad

Los listados de Obras Sociales que aceptan monotributistas, sus empleados y personal del servicio doméstico se encuentra disponible en nuestro sitio web y en nuestros Centros de Atención de Capital Federal y del interior del país.

¹³ Ley 25.239 Título XVII. Art. 52, inc.,. d) y e). Título XVIII. Art. 21. inc. i)

Procedimiento para acceder a la cobertura médico-asistencial

- El beneficiario debe inscribirse en una de las Obras Sociales asignadas para tal fin.
- El trámite debe realizarse en la sede o delegación autorizada de la Obra Social elegida. El beneficiario debe completar por triplicado un formulario, acompañando:
 - Original y fotocopia del último comprobante de pago
 - Original y fotocopia del Documento Nacional de Identidad (D.N.I)
 - Si se incorpora al grupo familiar primario debe acreditarse la relación de parentesco (certificado de matrimonio, certificado de nacimiento de los hijos, certificación de convivencia en caso de concubinato).
 - Empleado de monotributista: Recibo de sueldos

Obligaciones de la Obra Social

- Brindar la cobertura en forma inmediata a la inscripción.
- Entregar credenciales y cartillas médi-

cas a cada beneficiario señalando el alcance de la cobertura prestacional y los prestadores con los que cuenta.

- Brindar el P.M.O.E.
- Recibir a los beneficiarios sin carencias ni preexistencias.
- Responder los reclamos de los beneficiarios en los tiempos previstos en la normativa correspondiente -Res. 075/98 S.S.SALUD-

Distribución para monotributistas

- Se destaca la importancia de efectuar el trámite de inscripción ante una Obra Social para facilitar el acceso a las prestaciones. En caso que el beneficiario no hubiese elegido una de ellas, será distribuido por la Superintendencia entre las Obras Sociales que reciben Monotributistas. Se asegura de esta manera la cobertura inmediata para los beneficiarios.¹⁴

Elección de Obra Social

- Si el beneficiario desea elegir otra Obra Social, debe permanecer como

¹⁴ Resolución 376/00 S.S.SALUD

mínimo un año en la Obra Social en la que se inscribió.

- La cobertura se efectiviza a partir el primer día del tercer mes desde la fecha de la elección.

Beneficios

- Cobertura médico asistencial completa -PMOE- para Monotributistas y sus empleados a través de un aporte fijo mensual.
- Ante el incumplimiento prestacional de la Obra Social, el beneficiario puede realizar un reclamo por medio de la Resolución 075/98 S.S.SALUD en la Obra Social o en este Organismo y sus representaciones en el interior del país.
- La Obra Social no puede determinar carencias y preexistencias
- Las Obras Sociales que reciben monotributistas son fiscalizadas y reguladas por la Superintendencia, bajo jurisdicción del Ministerio de Salud. La garantía de este marco jurídico institucional funciona como valor agregado de la cobertura.

Aportes

- De acuerdo a la inserción del contribuyente en la Ley 25.239, debe ingresar las siguientes cotizaciones fijas para la Obra Social:
 - Monotributista autónomo: \$20 para todas las categorías.
 - Para incorporar al grupo familiar primario el beneficiario debe abonar \$20 adicionales a la cuota mensual
 - *Empleado monotributista*: retención de \$30 destinado a la Obra Social.
 - *Personal del Servicio Doméstico*: La Resolución 841/00 AFIP normaliza la Ley 25.239 estableciendo la categorización de acuerdo a la cantidad de horas semanales.

Por cada empleado/a activo/a:

Horas trabajadas semanalmente	Importe a pagar	Importe de cada concepto que se paga	
		Aportes	Contribuciones
Desde 6 a menos de 12	\$ 20	\$ 8	\$ 12
Desde 12 a menos de 16	\$ 39	\$ 15	\$ 24
Desde 16 o más	\$ 55	\$ 20	\$ 35

Exclusiones

- Están excluidos del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes:
 - Cuando las ventas anuales superen los \$144.000.-
 - Los profesionales que superen los \$36.000.- anuales
 - Los prestamistas
 - Los que realicen locación de inmuebles propios

Monotributista titular autónomo

Se encuadran en 8 (ocho) categorías de 0 a 7, de acuerdo a la facturación anual:

Cotizaciones obligatorias

Ej: Categoría 0- El importe de \$ 88 se aplica a:

- \$33: Componente Impositivo (supletorio de ganancias e IVA)
- \$35: Componente de seguridad social (PBU). Este importe es para todas las categorías
- \$20: Componente de seguridad social (Obra Social). Este importe es para todas las categorías.

Aportes voluntarios

- \$33: Como mínimo con destino el régimen de capitalización o reparto según la opción ejercida por el trabajador (contribuyente titular)
- \$20: Si desea dar cobertura médico asistencial a su grupo familiar primario.

Formulario 120

Empleado Monotributista

- Los trabajadores pueden estar comprendidos en el régimen simplificado o el general (931), nunca en ambos a la vez o alternativamente.
- Según la categoría el empleador monotributista, corresponde ocupar un mínimo de trabajadores
 - Categorías: 0, 1, 2 y 3 sin mínimo exigido
 - Categoría 4: 1 empleado como mínimo
 - Categoría 5: 2 empleados como mínimo
 - Categoría 6 y 7: 3 empleados como mínimo

Por cada trabajador deben ingresarse cotizaciones fijas por \$80, que se destinan a:

A cargo del empleador

- \$45.-: contribución Patronal a Régimen Seguridad Social (Previsión Social P.B.U.)
- \$5: contribución patronal Régimen del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

A cargo del dependiente

- \$30: se retiene al empleado para Seguridad Social (Obra Social)
- FORMULARIO 170, uno por cada empleado

VI. Programa Médico Obligatorio de Emergencia

Mediante este programa se establecen las prestaciones básicas esenciales que deben garantizar las Obras Sociales del Sistema. Su vigencia ha sido prorrogada hasta el 10 de diciembre de 2003 por el Decreto 2.724/02. Este Programa consta de cuatro anexos.

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 650/97 ANSSAL y modificatorias.

1.1. Plan Materno Infantil

No presenta modificaciones respecto del PMI de la Resolución 939/00 MS.

Se dará cobertura durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento.

Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad. La cobertura es del 100% tanto en internación como en 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 de este 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 fenilcetonuria, del hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística en el recién nacido. Deberán 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 la 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 prevención del **cáncer de cuello uterino:**

La obligación de la cobertura es de: **un exámen 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 exámen cada dos años.

1.3 Odontología preventiva

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

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 PMOE.

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. Coseguro \$10 por visita.
- 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 PMOE. **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

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

4.2 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.

4.3 Prestaciones:

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

4.4 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: \$4**

- **entre 16 y 64 años: \$7**

6.3 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 vulnera-**

bles: Ver Ley 24.455 - SIDA y Drogadicción, 100% de cobertura financiada por la APE.

· **Resolución 301/99 MSyAS:**

- 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 791/99 MSyAS:**

- 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, y 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 psicosocial 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 Otoamplifonos

- 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 solo deben abonar los coseguros detallados en el presente PMOE.

- **Consultas médicas en ambulatorio:** se establece un monto de hasta **\$4**, siendo facultad de la Obra Social el cobro del mismo.

- **Estudios de alta y baja complejidad:** se establece un monto de hasta **\$5**.

9.2 No abonan coseguros:

- mujer embarazada desde el diagnóstico hasta 30 días después del parto, solo 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 PMOE 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 el presente 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, no afectando la libertad de contratación ni los acuerdos de aranceles entre los Agentes del Seguro de Salud y los prestadores de servicios.

- 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

Prácticas 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 celu-
lar subcutáneo**

Prácticas 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 enfer-
mería**

Prácticas 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 N° 201/02 M. S. (-PMOE-) 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.

VII. 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.
- Un mismo genérico es ofrecido con diferentes nombres comerciales, y a distintos precios. Esta variación depende de factores vinculados a su publicidad, el envase utilizado, etc. Sin embargo, la droga utilizada, es decir, el genérico que compone ese medicamento, es siempre el mismo. Por lo tanto, es posible comprar un medicamento a un precio económico, sabiendo el genérico que lo constituye.
- En el marco de la estrategia de accesibilidad a los medicamentos, la prescripción por el nombre genérico del fármaco se transformó en la herramienta que garantiza la cobertura del tratamiento de la mayoría de las enfermedades que sufre nuestra población.
- El profesional médico debe recetar los medicamentos por su nombre genérico y el beneficiario solo debe presentar en la farmacia dicha receta.

- No se requiere documentación adicional para avalar el descuento correspondiente.
- La Superintendencia de Servicios de Salud elaboró un listado de precios de referencia de medicamentos - Formulario Terapéutico P.M.O.E.-, que permite al usuario saber cuál es el monto que debe cubrir la Obra Social o la Prepaga para una marca determinada. Este listado se encuentra disponible en nuestro sitio web, en los Centros de Atención de las Obras Sociales y en las farmacias de todo el país.
- Como un aporte a esta política pública, el Ministerio de Salud de la Nación y la Superintendencia de Servicios de Salud implementarán un servicio de consulta permanente para la ciudadanía que permitirá contar con información actualizada sobre los medicamentos incorporados al formulario terapéutico del Programa Médico Obligatorio.

Buscador de medicamentos genéricos desde www.sssalud.gov.ar/genéricos

- La página ofrece un listado de los medicamentos genéricos y de las marcas que las comercializan.
- Ingresando el nombre de un genérico la página permite saber con qué marcas se comercializa y, por otro lado, a partir de ingresar al módulo de búsqueda una marca, saber qué genérico le corresponde, y bajo que otras marcas se comercializa ese genérico.
- Además de la marca de los medicamentos, la página informa sobre los Laboratorios que los producen, la presentación del medicamento, su precio y el precio de referencia establecido por el Ministerio de Salud de la Nación.
- El objetivo de esta página es que las personas tengan la posibilidad de comprar una misma droga o medicamento a precios más accesibles.

VIII. 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 y obligatoria de las **prestaciones básicas** enunciadas en la mencionada ley.
- Los beneficiarios deben recibir las prestaciones incluidas que indiquen los profesionales médicos que darán la orientación para servicios específicos, de acuerdo a las dolencias que padezcan.
- El afiliado debe acreditar su condición presentando el Certificado de Discapacidad emitido por Juntas Médicas habilitadas en las provincias, o por el Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad, con domicilio en la calle Ramsay 2250. Capital Federal.
- En caso de factores de riesgo en el recién nacido, deben otorgarse prestaciones preventivas extremando controles y exámenes complementarios.
- El objetivo de la cobertura es lograr que la persona con discapacidad

alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para su integración social.

- Las prestaciones que corresponden y que sean inherentes a la discapacidad se brindan al 100%.
- Los medicamentos que son inherentes a la patología específica, se brindan al 100%. Los demás tendrán la cobertura del 40% en los términos del PMOE.

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
- Y otros tipos de atención reconocidas por autoridad competente.

Otras prestaciones

- Apoyo a la integración escolar
- Formación laboral y/o rehabilitación profesional
- Transporte, cuando corresponda
- Cobertura al 100%
 - Apoyos técnicos
 - Prótesis y ortesis
 - Audifonos