

# **Cartilla Asistencial Procedimientos**

**2025**

### Como utilizar el servicio

Los profesionales e Instituciones que figuran en la cartilla médica de la obra social ejercen su profesión acorde a su buen saber y criterio, pero la prescripción de determinadas prácticas requiere que la auditoria medica de OSLERA las evalúe para su autorización o bien en caso de considerarlo pertinente disponga de una alternativa diagnóstica o terapéutica. Por otro lado, que un profesional o institución figure en una determinada especialidad para realizar consultas médicas no significa que además se encuentre contratado para realizar otro tipo de prácticas como por ejemplo otras especialidades, prácticas quirúrgicas en general o bien cirugías específicas. El sistema de cartilla es cerrado, por tal motivo no se reconoce, ni autoriza la atención fuera de la red prestacional, ni se reconocerá por sistema de reintegros.

**Accord Salud - Casa Central**

0810-888-2226

Arenales 884, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Capital Federal

9:30 a 16.30 hs

---

**Casa Central**

0810-888-8646

Tucumán 949, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Capital Federal

9.30 a 16.30 hs

---

**Caballito**

0810-888-8646

Rosario 879, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Capital Federal

9.30 a 16.30 hs

---

**Once**

0810-888-8646

Misiones 26, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Capital Federal

9.30 a 16.30 hs

---

**Avellaneda**

0810-888-8646

Alsina 210, Avellaneda, Buenos Aires

9.30 a 16.30 hs

---

**Lomas de Zamora**

0810-888-8646

Acevedo 206, Lomas de Zamora, Buenos Aires

9.30 a 16.30 hs

---

**Morón**

0810-888-8646

República Oriental del Uruguay 367, Morón, Buenos Aires

9.30 a 16.30 hs

---

**Provincia de Buenos Aires**

**Azul**

0810-888-8646

Hipólito Yrigoyen 603, Azul, Buenos Aires

9:30 a 16:30 hs

---

**Bahía Blanca**

0810-888-8646

O Higgins 358, Bahía Blanca, Buenos Aires

9:30 a 16:30 hs

---

**La Plata**

0810-888-8646

Av. 7 N° 362, La Plata, Buenos Aires

9:30 a 16:30 hs

---

**Luján**

0810-888-8646

Humberto Primo 986, Luján, Buenos Aires

9:30 a 16:30 hs

---

**Mar del Plata**

0810-888-8646

Moreno 2967, Mar del Plata, Buenos Aires

9:30 a 16:00 hs

---

**San Nicolás**

0810-888-8646

Belgrano 110, San Nicolás, Buenos Aires

9:30 a 16:30 hs

---

**Zárate**

0810-888-8646

19 de Marzo 533, Zárate, Buenos Aires

9:30 a 16:30 hs

---

**Catamarca**

0810-888-8646

Diego de Rojas 574, Catamarca, Catamarca

9:30 a 16:30 hs

---

**Resistencia**

0810-888-8646

Brown 286, Resistencia, Chaco

9:30 a 16:30 hs

---

**Comodoro Rivadavia**

0810-888-8646

Sarmiento 427, Comodoro Rivadavia, Chubut

9:30 a 16:30 hs

---

**Trelew**

0810-888-8646

25 de Mayo 627, Trelew, Chubut

9:30 a 16:30 hs

---

**Córdoba**

0810-888-8646

La Tablada 343, Córdoba, Córdoba

9:30 a 16:30 hs

---

**Corrientes**

0810-888-8646

AV. 3 DE ABRIL 346 , Corrientes, Corrientes

9:30 a 16:30 hs

---

**Concepción del Uruguay**

0810-888-8646

14 de Julio 386, Concepción del Uruguay, Entre Ríos

9:30 a 16:30 hs

---

**Paraná**

0810-888-8646

La Paz 243 esq. Baucis, Paraná, Entre Ríos

9:30 a 16:30 hs

---

**Formosa**

0810-888-8646

Fotheringham 199, Formosa, Formosa

9:30 a 16:30 hs

---

**Jujuy**

0810-888-8646

ALVEAR N° 582, Jujuy, Jujuy

9:30 a 16:30 hs

---

**Santa Rosa**

0810-888-8646

GRAL. PICO 364 , Santa Rosa, La Pampa

9:30 a 16:30 hs

---

**La Rioja**

0810-888-8646

Urquiza 478, La Rioja, La Rioja

9:30 a 16:30 hs

---

**Mendoza**

0810-888-8646

Av. San Martin 799, Mendoza, Mendoza

9:30 a 16:30 hs

---

**Iguazú**

0810-888-8646

Av. Misiones 288, Iguazú, Misiones

9:30 a 16:30 hs

---

**Posadas**

0810-888-8646

La Rioja 2285, Posadas, Misiones

9:30 a 16:30 hs

---

**Neuquén**

0810-888-8646

Juan B. Justo 596, Neuquén, Neuquén

9:30 a 16:30 hs

---

**San Carlos de Bariloche**

0810-888-8646

Diagonal Capraro 1275, San Carlos de Bariloche, Río Negro

9:30 a 16:30 hs

---

**Viedma**

0810-888-8646

Buenos Aires 429, Viedma, Río Negro

9:30 a 16:30 hs

---

**Salta**

0810-888-8646

Balcarce 176, Salta, Salta

9:30 a 16:30 hs

---

**San Juan**

0810-888-8646

Catamarca Sur 202/210/226, San Juan, San Juan

9:30 a 16:30 hs

---

**San Luis**

0810-888-8646

Pringles 729, San Luis, San Luis

9:30 a 16:30 hs

---

**Río Gallegos**

0810-888-8646

Av. San Martín 477, Río Gallegos, Santa Cruz

9:30 a 16:30 hs

---

**Rosario**

0810-888-8646

Paraguay 1198, Rosario, Santa Fe

9:30 a 16:30 hs

---

**Santa Fe**

0810-888-8646

Mendoza 2853, Santa Fe, Santa Fe

9:30 a 16:30 hs

---

**Santiago del Estero**

0810-888-8646

Av. Belgrano 760, Santiago del Estero, Santiago del Estero

9:30 a 16:30 hs

---

**Ushuaia**

0810-888-8646

Gobernador Paz 208, Ushuaia, Tierra del Fuego

9:30 a 16:30 hs

---

**Tucumán**

0810-888-8646

SGO. DEL ESTERO 799, Tucumán, Tucumán

9:30 a 16:30 hs

---

Para acceder a todas las prestaciones medico asistenciales, el beneficiario deberá presentar su credencial y el documento de identidad.

La credencial podrá presentarla en su formato físico o digital desde la App Oslera. Dicha credencial se obtiene al realizar el trámite de afiliación, siendo las mismas de uso personal e intransferible.

A fin de tener sus datos actualizados es necesario que nos comunique cualquier cambio de domicilio a través de la Autogestión en nuestra página web

Aviso: Se recuerda la necesidad de actualizar el domicilio y su correo electrónico a efectos de remitir información que sea de su interés.

La emisión de credenciales por primera vez queda validada una vez que el afiliado se encuentra dado de alta en el sistema. El afiliado podrá descargar en forma gratuita de las plataformas de App Store (IOS) y Play Store (ANDROID) nuestra app Oslera.

La emisión del alta del afiliado implica la habilitación automática de la credencial digital en las aplicaciones de OSLERA. Una vez descargada la app se ingresa con el mismo usuario y clave que utilizaba en la web, encontrando además las credenciales de todo su grupo familiar a cargo.

La credencial digital cumple las mismas funciones que la credencial plástica, elimina el uso de la credencial provisoria y se repone automáticamente ante la pérdida del medio digital (celular), evitando demoras para su reposición. Puede utilizarse en toda nuestra red de prestadores y farmacias las 24hs.

## Régimen de autorizaciones

### Autorizaciones en AMBA / Interior

Las Prácticas y Estudios de baja complejidad no requieren autorización previa. Las Prácticas y Estudios de Media-Alta complejidad e internaciones, requieren autorización.

### Metodología de autorización:

A través de la web, el afiliado deberá acceder con su número de documento y clave. Ya en su Autogestión, desde el menú deberá seleccionar *Autorizaciones > Nueva autorización*, completar los campos obligatorios y subir una foto de la orden médica. Recibirá en su correo electrónico la respuesta a su solicitud.

En forma presencial en las Agencias de Atención, sin turno previo en el horario de 9:30 a 16.30 hs.



## Régimen de turnos

El afiliado solicitará en forma directa los turnos de especialidades médicas, estudios y prácticas.

Los mismos son de interacción entre el afiliado y el prestador.

Quedan excluidos de este procedimiento las consultas de guardia por su característica.

## CENTROS DE REHABILITACION

Oslera brinda cobertura en Centros de Rehabilitación. La cobertura se brindará previa presentación de la orden médica.

La obra social a través de su auditoría solicitará presupuestos a los prestadores en plaza de la zona de residencia del afiliado, emitirá la orden de autorización correspondiente.

## CENTROS DE INFERTILIDAD

Oslera brinda cobertura para tratamientos de fertilidad, incluyendo fertilización asistida (alta complejidad) e inseminación artificial (baja complejidad), de acuerdo con la Ley 26.862. Esta cobertura se brinda a través de la Red de Medicina Reproductiva y Molecular PROCREARTE, en sus sucursales a nivel nacional.

Consulte en su página web la sucursal más cercana a su zona en <https://procreate.com/>.

Para aquellas provincias que no cuentan con sucursales contratadas, la cobertura se realizará con la modalidad de pronto pago contra presentación de presupuesto

## Medicamentos ambulatorios

La prescripción médica y odontológica (De acuerdo con la Ley N° 25649) se formulará por el Nombre Genérico del Medicamento o denominación común internacional, seguida de forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración incluidos en Vademécum de OSLERA, que incluye la totalidad de los medicamentos del Formulario Terapéutico con cobertura del 40 %.

Las prescripciones deben efectuarse en el recetario particular del médico tratante o institución, incluyendo las recetas del Plan Materno Infantil (PMI).

El profesional deberá consignar: Apellido, Nombre y número de afiliado, Obra Social, fecha de prescripción, detalle de los medicamentos, firma y sello con número de matrícula.

Las prescripciones de medicamentos deben ser individuales, personalizadas, no pudiendo incluir en una misma receta ningún fármaco que no esté indicado para el paciente a cuyo nombre se extendió la misma.

El médico podrá recetarle hasta dos medicamentos de distinta presentación y/o efecto terapéutico, respetando lo prescripto por el profesional en forma y tamaño.

De prescribir más de un envase del mismo medicamento, deberá hacerlo en recetas sucesivas y por unidad con la leyenda "TRATAMIENTO PROLONGADO". En todas las recetas constará la misma fecha de prescripción.

## Medicamentos para enfermedades crónicas prevalentes

Podrá acceder de manera más ágil y simple a la cobertura de Medicamentos para enfermedades crónicas prevalentes según la Resolución N° 310/04 del Ministerio de Salud de la Nación, obteniendo el descuento en los medicamentos acorde a lo indicado por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación.

Para ello, hemos desarrollado el trámite digital que le evitará tener que concurrir en forma personal a las sedes de OSLERA. Es de destacar que, si usted ya utilizaba dicha modalidad, ha sido empadronado de manera automática, no teniendo que realizar trámite alguno, pudiendo retirar los mismos medicamentos en la red de farmacias que se detalla en esta comunicación. <https://www.oslera.com.ar/modulos/afiliados/faqs/#/39>

## Solicitud de medicamentos para enfermedades crónicas Resolución 310/04 o Resolución 27/22

- Ingresar en nuestra web [www.oslera.com.ar](http://www.oslera.com.ar) e iniciar sesión en Autogestión.
- En el panel izquierdo ingresar a la opción Accesos Directos > Descargas Útiles.
- Descargar el formulario "SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS RESOLUCIÓN 310/04".
- Adjuntar el formulario firmado por el médico tratante mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS CRÓNICOS (Resolución 310/04-27/22)
- Una vez autorizado podrá adquirir los medicamentos que se encuentren dentro de la cobertura indicada por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, en las farmacias habilitadas para tal fin.
- Recuerde que la o las recetas deberán ser confeccionadas de manera exclusiva para dicha medicación, no pudiendo compartir la receta con otros medicamentos que tengan una cobertura distinta.

## INSTRUCTIVO DE EMPADRONAMIENTO DE DIABETES

Para el empadronamiento de diabetes deberá cumplimentar la totalidad de la documentación detallada a continuación:

- Formulario de Historia Clínica/Prescripción Médica al Inicio y cada 6 meses, con todos los datos COMPLETOS por el profesional tratante y fecha actualizada.
- Resultados de Laboratorio actualizados.
- Cuando se trate de pedido de Excepción, Bombas o Sensores deberá presentar la Receta correspondiente con fecha actualizada.
- Debe tener en su poder las recetas de cada medicación e insumo para poder retirar en Farmacia, con fecha vigente.

100 % de Cobertura
Hipoglucemiantes orales (No requieren Auditoría Médica)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IDPP4: Vildagliptin, Sitagliptina (solas o combinadas)</li> <li>• Biguanidas: Metformina.</li> <li>• Sulfonilureas: Glipizida, Glimepiride, Glicazida, solas o combinadas con Metformina.</li> <li>• Teneligliptina</li> <li>• Otras: Pioglitazona (sola o combinada con Metformina), Acarbosa, Repaglinida, Rosiglitazona.</li> </ul>

Insulinas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insulinas Humanas: Regular, NPH (No requieren Auditoría Médica)</li> <li>• Análogos de insulina (Deberá presentar el Formulario para solicitar excepciones por Diabetes).               <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Rápidas: Lispro, Glulisina y Aspártica.</li> <li>b. De acción prolongada: Detemir, Glargina U100 y U300, Degludec.</li> <li>c. Premezclas</li> </ul> </li> </ul>

Insumos Básicos	
Insumo	Cantidad anual
Lancetas descartables para punción digital	100 200
Agujas descartables	300 (sin tratamiento intensificado) 730 (con tratamiento intensificado)
Jeringas descartables	300 (sin tratamiento intensificado) 730 (con tratamiento intensificado)
Bombas de infusión continua para insulina y sus insumos descartables. Según prescripción médica especializada.	Fundamentado por el Médico especialista en diabetes, la prescripción se deberá realizar por la denominación genérica, no por nombre comercial y deberá ser evaluado y aprobado por Auditoría.
Glucagon 1mg	Indicado en personas con diagnóstico de DM1 confirmado por resumen de historia clínica. Se autorizará la cobertura 1 por año
Glucómetro	Solo de ser necesario: 1 cada dos años

Tiras reactivas	
Tipo de paciente	Cantidad anual
Paciente diabético en tratamiento solo con metformina.	50 tiras.
Paciente diabético en tratamiento con 2 medicamentos vía oral: Metformina, y/o sulfonilureas o DPPIV.	100 tiras.
Paciente con DBT 2 en tratamiento con Hipoglucemiante oral y 1 dosis basal de insulina. Provisión de tiras reactivas para automonitoreo glucémico (AMG).	400 tiras.
Paciente diabético tipo I y II o DBT gestacional, con múltiples dosis diarias de insulina (tratamiento intensificado).	1500 tiras.
Casos especiales: labilidad extrema, uso de ICI, gran variabilidad glucémica demostrada.	Hasta 1800 tiras.
Tiras Reactivas para medir acetona en sangre y orina.	50 tiras.

70 % de Cobertura
•Análogo del receptor de GLP-1: Liraglutide. (Deberá presentar el Formulario para solicitar excepciones por Diabetes).

40 % de Cobertura
Hipoglucemiantes orales
No requieren Auditoría previa
•DPP4: Saxagliptina y Linagliptina (solas o combinadas con Metformina).
•IDPP4: Teneligliptina.
SGLT-2: solas o combinadas con Metformina
No requieren Auditoría previa
•Canagliflozina 100 mg y 300 mg
•Dapagliflozina 10 mg
Deberá presentar el Formulario para solicitar excepciones por Diabetes
•SGLT-2: Empagliflozina 10 mg y 25 mg
•Análogos del receptor de GLP-1: Liraglutida

## **Medicación Oncológica:** ¿Cómo hacer para tramitar la medicación oncológica?

1. Debe bajar de Descargas de la página web los formularios de: “SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS” y “CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO(A). Los mismos también están disponibles en las Agencias zonales. Ver la página web <http://www.oslera.com.ar/application/mods/agencias/>

2. En el “SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS” complete Ud. con letra clara todos los datos solicitados en la sección A.

3. Su médico tratante de Cartilla u Hospital Público debe completar el formulario con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B. C. y D. del formulario.

4. La documentación completa deberá ingresarla a través de la página web de OSLERA, Autogestión - Autorizaciones, en el ítem de Oncología, o bien dirigirse a la Agencia más cercana a su domicilio.

- Delegaciones de OSLERA para el Interior del país. Si Ud. quiere conocer su delegación más cercana debe consultar la página web <http://www.oslera.com.ar/application/mods/agencias/> o en su cartilla.

5. Documentación que debe presentar:

- Formulario completo y consentimiento informado (A), firmado y sellado por el profesional oncólogo u oncohematólogo y el afiliado que padece la enfermedad.
- Copia del informe de los estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico (resonancias, tomografías, centellograma, PET, etc.), informe laboratorio y anatomía patológica (biopsia), receptores hormonales y marcadores tumorales según corresponda por diagnóstico. Copia del protocolo quirúrgico, de radioterapia y/o de quimioterapias previas.
- Receta médica del medicamento (copia), según se especifica en el punto 2.
- Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- Copia de la credencial de afiliado.

En situaciones excepcionales, Oslera podrá contactarse con Ud. pidiéndole documentación complementaria. Por favor, no olvide completar correctamente los datos de contacto en el formulario para la entrega del medicamento del formulario.

6. En caso de autorizarse la medicación, el afiliado será contactado por la droguería correspondiente para coordinar fecha y punto de retiro del medicamento.

7. Para la continuidad de la medicación deberá presentar la receta mensualmente con los datos completos: Nombre y Apellido, número de afiliado, droga por genérico y cantidad, firma y sello del profesional. Se puede realizar mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > ONCOLÓGICOS o en las Agencias de todo el país.

8. La medicación para el tratamiento del dolor puede tramitarse mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > ONCOLÓGICOS o en las Agencias de OSLERA de todo el país con prescripción médica y diagnóstico.

### **Nota**

*Pacientes que se atienden en el CEMAC Monserrat (Pte. Perón 1146 4º Piso): Para el mayor confort del paciente, la gestión de turnos y provisión de medicación oncológica son facilitados por la administración de dicho centro. El paciente solo deberá presentar la documentación del punto 5 en la Recepción una vez que el médico se lo indica.*



**Medicación de Alto costo para enfermedades poco frecuentes:** ¿Cómo hacer para tramitar la medicación cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado y la patología no tiene un Formulario específico para la enfermedad?

1º. Debe descargar de la página web el archivo de MEDICACIÓN ALTO COSTO ENFERMEDADES POCO FRECUENTES. El mismo también está disponible en las Agencias de OSLERA y en la página web de OSLERA [www.oslera.com.ar](http://www.oslera.com.ar)

2º Para la prescripción, comuníquese al médico que, la receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.

3º En el FORMULARIO SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES complete Ud. con letra clara TODOS los datos solicitados en la sección A) y C) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

4º Su médico de cabecera de cartilla u hospital público debe completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación, el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello.

5º La entrega de la totalidad de la documentación detallada en punto 6, deberá realizarse mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA

6º Documentación que debe presentar:

- Formulario de FORMULARIO SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES completo y consentimiento informado, firmado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y firmado y sellado por médico.
- Estudios específicos para el diagnóstico de la enfermedad.
- Resumen de Historia Clínica completo, actualizado y con letra legible firmada y sellada por el médico especialista en la que contenga los siguientes datos: a. Datos del Beneficiario (Nombre, apellido o codificación si correspondiere, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo y categoría del mismo). b. Diagnóstico. c. Antecedentes de la enfermedad, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades. d. Detalle del tratamiento indicado (completo). e. Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita cobertura, con detalle de dosis diaria y mensual requerida. f. Tiempo de tratamiento previsto. g. En caso de que los tratamientos convencionales no hayan alcanzado el efecto deseado o hayan fallado, también describirlo.
- Copia de CUD si lo tuviere tramitado y vigente.
- Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- Fotocopia de la credencial de afiliado.

POR FAVOR, GUARDE TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, OSLERA PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

7 º Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA. EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO

8 º Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

## RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL (3D)

La radioterapia conformacional 3D es una técnica más precisa y elaborada que la radioterapia convencional. La cobertura para la misma será considerada en casos de tumores malignos de cabeza y cuello, cerebrales, laringe, esófago, mama, pulmón, páncreas, hígado, vejiga, recto, próstata, y otros.

CABA – GBA - INTERIOR: la documentación debe presentarse en las Agencias de lunes a viernes de 9.30 hs a 16.30 hs o mediante autogestión de la web <https://www.oslera.com.ar> o app:

AUTORIZACIONES > NUEVA AUTORIZACIÓN > ESTUDIOS Y PRÁCTICAS AMBULATORIAS.

INTERIOR: En caso de no contar con prestador en zona, presentar además de la documentación detallada a continuación, presupuesto con membrete, fecha, firma y sello.

Documentación requerida:

1. Resumen de Historia Clínica firmada y sellada por el médico tratante, preferentemente oncólogo, que contenga la siguiente información:
  - Datos del Beneficiario (Nombre y Apellido, N° de afiliado y plan, DNI, edad, sexo).
  - Antecedentes personales y de la enfermedad (diagnóstico), estado actual y funcional, complicaciones de la enfermedad y comorbilidades. Mención de otros tratamientos que haya recibido o recibe actualmente y sus resultados.
  - Karnofsky actual (KPS) o Performance Status (PS)
  - Estadificación (TNM u otra si corresponde)
  - Fundamento médico de la solicitud de radioterapia 3D
  - Marcadores tumorales (si corresponde)
- Si fuera necesario ampliar la información, el médico auditor podrá solicitar el aporte de la Historia Clínica completa.
2. Copia de resultado de la biopsia (informe de anatomía patológica).
3. Copia de último laboratorio de análisis clínicos.
4. Copia del informe de estudios de endoscopías (según corresponda).
5. Copia de informe de estudios por imágenes: ecografía, tomografía, resonancia, etc.
6. Copia del informe del centellograma corporal total u óseo (según corresponda).
7. Credencial de afiliado.
8. Consentimiento informado



## RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA IMRT

CABA – GBA - INTERIOR: la documentación debe presentarse en las Agencias de lunes a viernes de 9.30 hs a 16.30 hs o mediante autogestión de la web <https://www.oslera.com.ar> o app:

AUTORIZACIONES > NUEVA AUTORIZACIÓN > ESTUDIOS Y PRÁCTICAS AMBULATORIAS.

INTERIOR: En caso de no contar con prestador en zona, presentar además de la documentación detallada a continuación, presupuesto con membrete, fecha, firma y sello.

### a) INDICACIÓN DE IMRT EN CÁNCER DE PRÓSTATA

En cáncer de próstata se evaluará esta indicación solo en ausencia de extensión del tumor a ganglios linfáticos o metástasis a distancia T1 NO M0 que se encuentren en buen estado general.

Documentación requerida:

1. Resumen de Historia Clínica fecha, firma y sello del médico tratante, que contenga la siguiente información:
  - Datos del Beneficiario (Nombre y Apellido, Nº de afiliado y plan, DNI, edad, sexo).
  - Antecedentes personales y de la enfermedad (diagnóstico), estado actual y funcional, complicaciones de la enfermedad y comorbilidades. Mención de otros tratamientos que haya recibido o recibe actualmente y sus resultados.
  - Karnofsky actual (KPS) o Performance Status (PS)
  - Estadificación (TNM u otra)
  - Fundamento médico de la solicitud de IMRT

Si fuera necesario ampliar la información, el médico auditor podrá solicitar el aporte de la Historia Clínica completa.

2. Copia de resultado de la biopsia (informe de anatomía patológica).
3. Copia del Último PSA en sangre.
4. Informe de la última ecografía prostática.
5. Centellograma óseo corporal total.
6. Tomografía computarizada abdomino-pelviana.
7. Credencial de afiliado.
8. Consentimiento informado

### b) INDICACIÓN DE IMRT PARA OTROS TUMORES

Se considerará la indicación de IMRT principalmente en personas con cáncer de cavidad oral y labio, de laringe, hipofaringe, orofaringe, nasofaringe, senos paranasales y de cavidad nasal; de glándulas salivales; y en cáncer primario oculto en cabeza y región del cuello.

Documentación requerida:

1. Resumen de Historia Clínica firmada y sellada por el médico tratante, que contenga la siguiente información:
  - Datos del Beneficiario (Nombre y Apellido, Nº de afiliado y plan, DNI, edad, sexo).
  - Antecedentes personales y de la enfermedad (diagnóstico), estado actual y funcional, complicaciones de la enfermedad y comorbilidades. Mención de otros tratamientos que haya recibido o recibe actualmente y sus resultados.
  - Karnofsky actual o Performance Status (PS)
  - Diagnóstico
  - Estadificación (TNM)
  - Fundamento médico de la solicitud de IMRT
  - Marcadores tumorales (si corresponde)

Si fuera necesario ampliar la información, el médico auditor podrá solicitar el aporte de la Historia Clínica completa.

2. Resultado de la biopsia (informe de anatomía patológica)
3. Copia de último laboratorio de análisis clínicos.
4. Tomografía computada y/o Resonancia Magnética Nuclear de cabeza y cuello.
5. Credencial de afiliado.
6. Consentimiento informado.

**ARTRITIS PSORIÁSICA:** ¿Cómo hacer para tramitar la medicación cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado?

1. Primero debe descargar de la página web el/los archivos de la patología “ARTRITIS PSORIÁSICA”. Los mismos también están disponibles en las Agencias de OSLERA de todo el país.
2. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:
  - Apremilast
  - Adalimumab
  - Certolizumab pegol
  - Golimumab
  - Etanercept
  - Infliximab
  - Secukinumab
  - Ustekinumab
3. Comunicar al médico reumatólogo que la receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.
4. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS EN ARTRITIS PSORIÁSICA complete Ud. con letra clara todos los datos solicitados en la sección A) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.
5. Su médico reumatólogo de Cartilla o de Hospital Público, debe completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación, el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello. La sección C) es de exclusivo uso interno de auditoría por lo que no escriba en esa sección.
6. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en punto 7, deberá realizarse mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.
7. Documentación que debe presentar:
  - Formulario completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
  - Estudios requeridos en el formulario.
  - Recibos de pago de mono tributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
  - Fotocopia de la credencial de afiliado.SE SOLICITA GUARDAR TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, OSLERA PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.
8. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.
9. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.  
EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO

**Artritis Reumatoidea** ¿Cómo hacer para tramitar su nueva medicación para la artritis reumatoidea cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado?

1º. Primero debe descargar de la página web el/los archivos de la patología “ARTRITIS REUMATOIDEA”. Los mismos también están disponibles en las Agencias de OSLERA de todo el país.

2º. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:

- Adalimumab
- Abatacept
- Etanercept
- Rituximab
- Infliximab
- Tocilizumab
- Baricitinib
- Certoluzimab Pegol
- Tofacitinib
- Golimumab
- Sarilumab

Si no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico.

3º. Comunicar al médico que la receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá contar con el número de DNI y diagnóstico.

4º. En el “FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA”, complete Ud. con letra clara todos los datos solicitados en la sección A) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

5º. Su médico de cartilla u hospital público debe ser ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA. El mismo debe completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación, el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello. La sección C) es de exclusivo uso interno de auditoría por lo que no escriba en esa sección. Su médico debe informarle los datos que Ud. necesita saber sobre su tratamiento. Luego debe completar y firmar el consentimiento informado.

6º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en punto 7, deberá realizarse mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

7º. Documentación que debe presentar:

- Formulario completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
- Copia del informe de los estudios complementarios para el diagnóstico (último laboratorio, informe de radiología osteoarticular y de tórax, marcadores inmunológicos, resultado PPD, etc.).
- Receta médica del medicamento, según se especifica en el punto 3º.
- Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- Carnet de afiliado.

8º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

SE SOLICITA GUARDAR TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, OSLERA PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

9º. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

EXCEPTO QUE LA GERENCIA MEDICA ASÍ LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO.

**Colitis ulcerosa:** ¿Cómo hacer para tramitar la medicación cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado?

1º. Primero debe descargar de la página web el/los archivos de la patología “COLITIS ULCEROSA -REQUISITOS, o retirarlos de las Agencias de OSLERA.

2º. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:

- Adalimumab
- Golimumab
- Infliximab

Si no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico.

3º. Comunicar al médico reumatólogo que la receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.

4º. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE EXCEPCIÓN EN COLITIS ULCEROSA complete Ud. con letra clara todos los datos solicitados en la sección A) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

5º. Su médico de cabecera de Cartilla u Hospital Público debe completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación, el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello. El médico debe ser especialista en GASTROENTEROLOGÍA y así debe constar en su sello. La sección C) es de exclusivo uso interno de auditoría por lo que no escriba en esa sección.

6º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en el punto 7, deberá realizarse mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a Delegaciones de OSLERA.

7º. Documentación que debe presentar:

- Formulario completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
- Copia del informe de la biopsia (anatomía patológica), endoscopía y/o de todos los estudios vinculados que su médico le ha realizado para el diagnóstico (ej: laboratorios de importancia, radiografías, cultivos, etc.).
- Receta médica del medicamento, según se especifica en el punto 3º.
- Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- Carnet del afiliado

SE SOLICITA GUARDAR TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, OSLERA PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

8º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

9º. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL 2 MEDICAMENTO

**Trastorno o déficit de crecimiento:** ¿Cómo hacer para tramitar la medicación cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado?

1º. Primero debe descargar de la página web los archivos de la patología “Trastornos o déficit de crecimiento”, o retirarlo en las delegaciones de OSLERA para el interior del país.

2º. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:

- PEGVISOMANT /OCTREOTIDA/LANREOTIDA (Acromegalia)
- SOMATOTROFINA (Insuficiencia renal crónica de la infancia – Retardo del crecimiento uterino – Síndrome de Prader Willi – Déficit de hormona de crecimiento –Síndrome de Turner)

Si no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico.

3º. Se solicita comunicar al médico reumatólogo que la receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.

4º. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ESPECIALES complete Ud. con letra clara todos los datos solicitados en la sección A) y C) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

5º. Su médico de cabecera de Cartilla u Hospital Público debe completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación, el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello.

6º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en el punto 7, deberá realizarse mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

7º. Documentación que debe presentar:

- Formulario completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
- Historia clínica con detalle del cuadro clínico. Esquema terapéutico previo instituido en detalle, incluyendo parte quirúrgico, plan de radioterapia. Justificación médica de la utilización. Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. (para patología de Acromegalia).
- Historia clínica donde conste: Nivel sérico de Hormona de Crecimiento (ausente disminuido en el comienzo del tratamiento o normal durante el tratamiento y/o para la continuidad del mismo). Estudio Genético. \*Tabla de crecimiento pondo estatural. Edad ósea. (para déficit de hormona de crecimiento o retardo de crecimiento)
- Receta médica del medicamento de acuerdo con lo indicado en el punto 3.
- Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- Fotocopia de credencial de afiliado.

SE SOLICITA GUARDAR TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, OSLERA PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

8º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO

9º. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

**Enfermedad de Crohn:** ¿Cómo hacer para tramitar la medicación cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado?

1º. Primero debe descargar de la página web los archivos de la patología “ENFERMEDAD DE CROHN”, o retirarlo en las delegaciones de OSLERA para el interior del país.

2º. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:

- ADALIMUMAB
- CERTOLIZUMAB PEGOL
- INFLIXIMAB

Si no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico. Por favor, comuníquelo al médico que la receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.

3º. Por favor, comuníquelo al médico que la receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.

4º. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE EXCEPCIÓN EN ENFERMEDAD DE CROHN complete Ud. con letra clara TODOS los datos solicitados en la sección A) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

5º. Su médico de cabecera de Cartilla u Hospital Público debe completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación, el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello. El médico debe ser especialista en GASTROENTEROLOGÍA y así debe constar en su sello. La sección C) es de exclusivo uso interno de auditoría por lo que no escriba en esa sección.

6º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en el punto 7, deberá realizarse mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

7º. Documentación que debe presentar o remitir vía mail:

- Formulario completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
- Copia del informe de la biopsia (anatomía patológica), endoscopia y/o de todos los estudios vinculados que su médico le ha realizado para el diagnóstico (ej: laboratorios de importancia, radiografías, cultivos, etc.).
- Receta médica del medicamento, según se especifica en el punto 3º.
- Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- Fotocopia de la credencial.

SE SOLICITA GUARDAR TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, OSLERA PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.



8º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA/Accord Salud.

EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAREN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO

9º. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

**Enfermedad de Fabry** ¿Cómo hacer para tramitar la medicación cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado?

1º. Primero debe descargar de la página web los archivos de la patología “MEDICACIÓN PARA ENFERMEDAD DE FABRY”, o retirarlo en las delegaciones de OSLERA para el interior del país.

2º. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:

- AGALSIDASA BETA
- AGALSIDASA ALFA

Si no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico.

3º. La receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.

4º. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ESPECIALES complete Ud. con letra clara todos los datos solicitados en la sección A) del formulario y C). El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

5º. Su médico de cabecera de Cartilla u Hospital público debe completar en el formulario la sección B) y a continuación, el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello. Además, debe realizar un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido.

6º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en el punto 7, deberá realizarse mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

7º. Documentación que debe presentar:

- Formulario completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
- Resumen de Historia Clínica completo, actualizado y con letra legible (original) firmada y sellada por el médico especialista contenga los siguientes datos: a. Datos del Beneficiario (Nombre, apellido o codificación si correspondiere, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo y categoría del mismo). b. Diagnóstico. c. Antecedentes de la enfermedad, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades. d. Detalle del tratamiento indicado (completo). e. Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita cobertura, con detalle de dosis diaria y mensual requerida. f. Tiempo de tratamiento previsto.
- Receta médica del medicamento de acuerdo con lo indicado en el punto 3.
- Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- Fotocopia de credencial de afiliado.

SE SOLICITA GUARDAR TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, OSLERA PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

8º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO

9º. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

**Enfermedad de Gaucher Tipo I: ¿Cómo hacer para tramitar la medicación cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado?**

1º. Primero debe descargar de la página web los archivos de la patología “REQUISITOS DE ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO I”, o retirarlo en las delegaciones de OSLERA para el interior del país.

2º. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:

- IMIGLUCERASA
- VELAGLUCERASA ALFA

Si no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico.

3º. La receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.

4º. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ESPECIALES complete Ud. con letra clara todos los datos solicitados en la sección A) del formulario y C). El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

5º. Su médico de cabecera de Cartilla u Hospital público debe completar en el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ESPECIALES la sección B) y a continuación, debe completar fecha, firma y sello. Además, debe realizar un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido, y con estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico de certeza (basado en la disminución de la actividad enzimática específica en sangre). Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta.

6º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en el punto 7, deberá realizarse mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

7º. Documentación que debe presentar:

- FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ESPECIALES completo.
- Consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico firma y sello.
- Historia clínica según punto 5.
- Receta médica del medicamento de acuerdo con lo indicado en el punto 3.
- Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- Fotocopia de credencial de afiliado.

SE SOLICITA GUARDAR TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, OSLERA PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

8º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

EXCEPTO QUE SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO

9º. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

**Enfermedad de Pompe:** ¿Cómo hacer para tramitar la medicación cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado?

1º. Primero debe descargar de la página web los archivos de la patología “REQUISITOS DE ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO I”, o retirarlo en las delegaciones de OSLERA para el interior del país.

2º. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:

- AGLUCOSIDASA ALFA

Si no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico.

3º. La receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.

4º. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ESPECIALES complete Ud. con letra clara TODOS los datos solicitados en la sección A) del formulario y C). El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

5º. Su médico de cabecera de Cartilla u Hospital público debe completar el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ESPECIALES en la sección B) y a continuación, debe completar fecha, firma y sello. Además, debe realizar un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido. Con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima alglucosidasa alfa en sangre). Fundamentación médica del uso de la medicación.

6º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en el punto 7, deberá realizarse mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

7º. Documentación que debe presentar:

- FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ESPECIALES completo.
- Consentimiento informado firmado por el afiliado titular o el afiliado que padece la enfermedad y el médico firma y sello.
- Historia clínica según punto 5.
- Receta médica del medicamento de acuerdo con lo indicado en el punto 3.
- Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- Fotocopia de credencial de afiliado.

SE SOLICITA GUARDAR TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, OSLERA PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

8º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA/Accord Salud. EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO

9º. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

**Enfermedad de Wegener:** ¿Cómo hacer para tramitar la medicación cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado?

1º. Primero debe descargar de la página web los archivos de la patología “REQUISITOS DE ENFERMEDAD DE WEGENER”, o retirarlo en las delegaciones de OSLERA para el interior del país.

2º. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:

- RITUXIMAB

Si no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico.

3º. La receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.

4º. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ESPECIALES complete Ud. con letra clara todos los datos solicitados en la sección A) del formulario y C). El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

5º. Su médico de cabecera de Cartilla u Hospital público debe completar el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ESPECIALES en la sección B) y a continuación, debe completar fecha, firma y sello. Además, debe realizar un breve resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico. Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta). Fundamentación del médico especialista del medicamento, dosis utilizada, tiempo y respuesta (asociación con otras drogas).

6º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en el punto 7, deberá realizarse mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

7º. Documentación que debe presentar:

- FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ESPECIALES completo.
- Consentimiento informado firmado por el afiliado titular o el afiliado que padece la enfermedad y el médico firma y sello.
- Historia clínica según punto 5.
- Receta médica del medicamento de acuerdo con lo indicado en el punto 3.
- Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- Fotocopia de credencial de afiliado.

SE SOLICITA GUARDAR TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, OSLERA PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

8º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA/Accord Salud. EXCEPTO QUE EL SECTOR DE MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO

9º. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

## ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ¿Cómo hacer para tramitar la medicación?

1. Primero debe descargar de la página web los archivos de la enfermedad "ESCLEROSIS MÚLTIPLE". Los mismos también están disponibles en las Agencias de Atención de OSLERA .

2. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:

- Copolímero (Glatiramer Acetato)
- Interferón beta 1b
- Fingolimod
- Teriflunomida
- Interferón beta 1a

Si no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico.

3. Por favor, comuníquese al médico que la receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.

4. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE EXCEPCIÓN EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE complete Ud. con letra clara todos los datos solicitados en la sección A) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

5. Su médico de cabecera de Cartilla u Hospital público especialista en NEUROLOGÍA debe completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación, el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello. La sección C) es de exclusivo uso interno de auditoría por lo que no escriba en esa sección. El médico también debe explicarle las implicancias de este medicamento y firmar el consentimiento informado con el afiliado afectado o su tutor.

6. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en punto 7, deberá realizarse mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

7. Documentación que debe presentar:

- Formulario completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
- Copia del informe de los estudios que fundamenten el diagnóstico o descarten otras enfermedades (ej. resonancia magnética, el laboratorio, el líquido cefalorraquídeo, potenciales evocados, electromiograma, etc.)
- Receta médica del medicamento (copia), según se especifica en el punto 3º.
- Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- Fotocopia de la credencial de afiliado

8. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

SE SOLICITA GUARDAR TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, OSLERA PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

9. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO

## HEPATITIS C CRÓNICA: ¿Cómo hacer para tramitar la medicación?

1º. Primero debe descargar de la página web los archivos de la enfermedad “FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA HEPATITIS C CRÓNICA”. Los mismos también están en las Agencias de OSLERA

2º. Por favor, comuníquese al médico que la receta de los medicamentos (además de contener los datos habituales: nombre, apellido, afiliado y plan) deberán constar el D.N.I. y Diagnóstico.

3º. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA HEPATITIS C CRÓNICA complete Ud. con letra clara todos los datos solicitados en la sección A) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

4º. Su médico de cabecera hepatólogo de Cartilla u Hospital público deben completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación, el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello. La sección C) es de exclusivo uso interno de auditoría por lo que no escriba en esa sección. Luego complete con el médico el consentimiento informado escrito incluido en la última página de este documento.

5º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en el punto 7, deberá realizarse mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a Delegaciones de OSLERA.

6º. Documentación que debe presentar:

- Formulario completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
- Copia del informe de los últimos laboratorios y aquellos que hayan fundamentado el diagnóstico y/o tratamiento (serología, carga viral, antígenos, RNA, etc.). Así mismo, le pedimos fotocopia de la elastografía y/o biopsia hepática.
- Receta médica del medicamento, según se especifica en el punto 2º.
- Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- Copia de la credencial de afiliación.

SE SOLICITA GUARDAR TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, OSLERA PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

7º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

8º. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO



## HEPATITIS B CRÓNICA: ¿Cómo hacer para tramitar la medicación?

1º. Primero debe descargar de la página web los archivos de la enfermedad “FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA HEPATITIS B CRÓNICA”. Los mismos también están disponibles en las Agencias de OSLERA.

2º. Por favor, comuníquese al médico que la receta de los medicamentos (además de contener los datos habituales: nombre, apellido, afiliado y plan) deberán constar el D.N.I. y Diagnóstico.

3º. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA HEPATITIS B CRÓNICA complete Ud. con letra clara todos los datos solicitados en la sección A) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

4º. Su médico de cabecera hepatólogo de Cartilla u Hospital Público deben completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación, el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello. La sección C) es de exclusivo uso interno de auditoría por lo que no escriba en esa sección. Luego complete con el médico el consentimiento informado escrito incluido en la última página de este documento.

5º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en el punto 7, deberá realizarse mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a Delegaciones de OSLERA.

6º. Documentación que debe presentar:

- Formulario completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
- Copia del informe de los últimos laboratorios y aquellos que hayan fundamentado el diagnóstico y/o tratamiento (serología, carga viral, antígenos, etc.). Así mismo, le pedimos fotocopia de la elastografía y/o biopsia hepática,
- Receta médica del medicamento, según se especifica en el punto 2º.
- Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- Copia de credencial de afiliación.

SE SOLICITA GUARDAR TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, OSLERA PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

7º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

8º. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO



## **SOBRECARGA CRÓNICA DE HIERRO: ¿Cómo hacer para tramitar la medicación cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado?**

1º. Primero debe descargar de la página web los archivos de la patología "SOBRECARGA CRÓNICA DE HIERRO". Los mismos también están en las Agencias de OSLERA.

2º. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea Deferasirox. Si no es este el medicamento, puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico.

3º. Por favor, comuníquelo al médico que la receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.

4º. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE EXCEPCIÓN EN SOBRECARGA CRÓNICA DE HIERRO complete Ud. con letra clara todos los datos solicitados en la sección A) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

5º. Su médico de cabecera de Cartilla u Hospital Público (ESPECIALISTA EN LA ENFERMEDAD DE BASE (HEMATÓLOGO, HEPATÓLOGO, ENDOCRINÓLOGO, ETC.) debe completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello. La sección C) es de exclusivo uso interno de auditoría por lo que no escriba en esa sección.

6º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en el punto 7, deberá realizarse mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a Delegaciones de OSLERA.

7º. Documentación que debe presentar:

- Formulario completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
- Copia del informe de la biopsia (anatomía patológica) y/o de todos los estudios vinculados que su médico le ha realizado para el diagnóstico (ej: laboratorios de importancia, radiografías, cultivos, etc.).
- Receta médica del medicamento, según se especifica en el punto 3º.
- Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- Copia de la credencial de afiliación.

SE SOLICITA GUARDAR TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, OSLERA PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

8º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación mediante autogestión de la página web o app en la sección Autorizaciones > Nueva Autorización > Medicamentos > Nueva Receta o Pedido de Medicamentos > MEDICAMENTOS ALTO COSTO / ESPECIALES. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de OSLERA.

9º. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO

## **Servicio de Urgencias y Emergencias Médicas**

### **Servicio de consulta de guardia online**

En caso de necesitar la atención de un médico, puede indicar su teléfono celular para recibir asistencia vía WhatsApp. Podrá realizar videollamadas con profesionales de guardia. Por el servicio de consulta de guardia online deberá abonar el co-seguro correspondiente. Consulte el monto actualizado

Oslera le brinda a sus afiliados atenciones de urgencias y emergencias las 24 hs. Centro de Guardia Permanente 0810 - 555 - 1150

Llamando a este teléfono Ud. podrá acceder al:

**Servicio de Urgencias a Domicilio:** En caso de necesitar este tipo de atención, concurrirá un médico a su domicilio.

Aviso: Por este servicio deberá abonar el co-seguro correspondiente. Consulte el monto actualizado

### **SERVICIO DE EMERGENCIAS:**

En caso de encontrarse en una situación que compromete la vida del paciente, se enviará un médico a su domicilio en forma inmediata y/o una ambulancia si fuera necesario el traslado.

### **CENTROS DE ATENCIÓN MEDICA DE URGENCIA:**

Diríjase directamente a los Centros de Atención detallados en la presente Cartilla.

### **Urgencias Psiquiátricas**

En caso de encontrarse ante una situación de emergencia psiquiátrica, donde el paciente corre riesgo de vida y su estado supera la capacidad de contención de su entorno, comuníquese todos los días del año las 24 hs., al siguiente teléfono: 0810 - 888 – 1122.

### **Urgencias odontológicas**

En su cartilla encontrará los Centros de atención odontológica a los que puede concurrir directamente.

El servicio de urgencia no representa un paso de tratamiento.

Por este servicio deberá abonar el co-seguro correspondiente.

Consulte el monto actualizado

### **Call Center**

El centro de atención telefónica se encuentra a disposición las 24 hs, para asistirlo ante inquietudes relacionadas a la cartilla y consultas administrativas comunicándose al 0810-888-8646

### Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Sanatorio Colegiales

Conde 851

Tel. 4556-4800

Turnos: 4556-4848/88

[gvera@sanatoriocolegiales.com.ar](mailto:gvera@sanatoriocolegiales.com.ar)

Climédica

Saavedra 1039

Tel. 4943-0183/1497

[recepcion@climeditica.com.ar](mailto:recepcion@climeditica.com.ar)

Hospital Sirio Libanes

Campana 4658 tel: 4574-4343

[guardia@hospitalsiriolibanes.org](mailto:guardia@hospitalsiriolibanes.org)

Centro Oftalmológico del Callao

Av. Callao 499

Tel. 0810-888-8876

Horario: Lu a Vi de 8,00 a 20,00 Hs.-

Exclusivamente Oftalmología Adultos e Infantil

[gerencia@iqdc.com.ar](mailto:gerencia@iqdc.com.ar)

Centro Oftalmológico de Diagnostico

Pte. José E. Uriburu 29

Tel. 4127-0500

Exclusivamente Oftalmología Adultos e Infantil

[facturacion@codnegri.com.ar](mailto:facturacion@codnegri.com.ar)

Clínica de Microcirugía

Tte. Gral. Juan Domingo

Perón Tel. 4372-7248/5286

Exclusivamente urgencia otorrinolaringológica

[cmicrocirugia@gmail.com](mailto:cmicrocirugia@gmail.com)

### Gran Buenos Aires

Clínica Espora

Av. Espora 645 – Adrogué tel.

4293-1260/7070

[admission@clinicaespora.com.ar](mailto:admission@clinicaespora.com.ar)

Clínica Privada del Buen Pastor

Av. Mosconi 1716 – Lomas del Mirador

Tel. 4616-8800

[internaciones@climo.com.ar](mailto:internaciones@climo.com.ar)

Hospital Privado Modelo

Av. General Julio A. Roca 1811 - Florida

Tel. 4796-3400

[direccion@hpmsa.com.ar](mailto:direccion@hpmsa.com.ar)

Sanatorio Modelo de Caseros

Lisandro Medina 2285 – Caseros

Tel. 4716-3200/3210 4759-1590/1690/1790

[gerencia@sanatoriomodelo.com.ar](mailto:gerencia@sanatoriomodelo.com.ar)

Clínica Privada San Vicente

Sarmiento 901 - San Vicente

Tel. 02225-483388

[recepcioncpsy@hotmail.com](mailto:recepcioncpsy@hotmail.com)

Instituto Medico Agüero (IMA)

Azul 1831 - Morón

Tel. 4645-9000

[admission.amb@imasalud.com.ar](mailto:admission.amb@imasalud.com.ar)

## BUENOS AIRES

### Azul

SANATORIO AZUL S.A

AVENIDA MITRE 943

Tel. 02281 422670/423-401

[direccion@sanatorioazul.com.ar](mailto:direccion@sanatorioazul.com.ar)

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ÁNGEL

PINTOSAMADO DIAB N° 270

Tel. 02281 434164/434-143

[admisionhospitalpintos@gmail.com](mailto:admisionhospitalpintos@gmail.com)

HOSP.ZON.ESP.MAT.INFANTIL ARGENTINA DIEGO

ADOLFO PRAT N° 521

Tel. 02281 424150

[obrassoc-hzdiego@ms.gba.gov.ar](mailto:obrassoc-hzdiego@ms.gba.gov.ar)

### Alberti

HOSPITAL MUNICIPAL N SEÑORA DE LA MERCED

J I ARIAS 306

Tel. 23646470142

[internacioneshospi.alberti@gmail.com](mailto:internacioneshospi.alberti@gmail.com)

### Arrecifes

HOSPITAL MUNICIPAL SANTA FRANCISCA

AV DR. CARLOS MERLASSINO 791

Tel. 02478 451319

[hsfrarrecifes@hotmail.com](mailto:hsfrarrecifes@hotmail.com)

### Balcarce

HOSPITAL MUNICIPAL SUBZONAL DE BALCARCE

19 N 926

Tel. 02266-422017

[fos\\_secretariaguardia@yahoo.com](mailto:fos_secretariaguardia@yahoo.com)

### Bahía Blanca

HOSPITAL REGIONAL ESPAÑOL

ESTOMBA 571

Tel. 0291 4595555

[ambulatoriohre@gmail.com](mailto:ambulatoriohre@gmail.com)

HOSPITAL INTERZONAL DR. JOSÉ

PENNA AVENIDA LAÍNEZ 2401

Tel. 0291 4593600

[direccion-penna@ms.gba.gov.ar](mailto:direccion-penna@ms.gba.gov.ar)

HOSPITAL MUNICIPAL DR. LEÓNIDAS

LUCERO ESTOMBA 968

Tel. 0291 4598484

[rominagallardo@hmabb.gov.ar](mailto:rominagallardo@hmabb.gov.ar)

FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA

MISIONES 120

Tel. 0291 4551431

[ar-adm-bahiablanca@fmc-ag.com](mailto:ar-adm-bahiablanca@fmc-ag.com)

**Baradero**

SANATORIO OSPREM DE SAMI BARADERO

AVENIDA RENE SIMÓN 910

Tel. 03329 480108

[admissionsanatorioosprem@gmail.com](mailto:admissionsanatorioosprem@gmail.com)

**25 de Mayo**

HOSPITAL SATURNINO UNZUÉ

CALLE 36S/N

Tel. 2345464849

[htalunzue@gmail.com](mailto:htalunzue@gmail.com)

**9 de Julio**

CLÍNICA INDEPENDENCIA S.A.

H. YRIGOYEN1068

Tel. 02317431038/95

[clinicaind2018@gmail.com](mailto:clinicaind2018@gmail.com)

**Bragado**

AV. HERMANOS ISLAS1455

Tel. 2342422169

[bragadohospital@yahoo.com](mailto:bragadohospital@yahoo.com)

**Brandsen**

HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO CARAM

ruta PCIAL 29 KM 1 ½

Tel. 02223 442774

[HOSPITAL@BRANSEN.GOB.AR](mailto:HOSPITAL@BRANSEN.GOB.AR)

HOSPITAL ZONAL GRAL. DE AGUDOS JULIO

VEDIATOMAS COSENTINO1223

Tel. 2317422196

[samo-vedia@ms.gba.gov.ar](mailto:samo-vedia@ms.gba.gov.ar)

**Campana**

CLÍNICA DELTA S.A

SARMIENTO 154

Tel. 03489 434600

[convenios@clinicadeltasa.com.ar](mailto:convenios@clinicadeltasa.com.ar)

**Capitán Sarmiento**

HOSPITAL SAN CARLOS

AV SAN MARTIN 450

Tel. 02478 481787

[hsc1facturacion@gmail.com](mailto:hsc1facturacion@gmail.com)

**Carlos Casares**

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JULIO F

RAMOSACCESO J F RAMOSS/N

Tel. 2395452209

[facturacion@casares.gob.ar](mailto:facturacion@casares.gob.ar)

### Carlos Tejedor

HOSPITAL GARRE

GARRE 950

Tel. 2357420103

[hospital\\_ta@hotmail.com](mailto:hospital_ta@hotmail.com)

### Carmen de Areco

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - CARMEN DE ARECO

Dr. Carlos M. Espil N° 409

Tel. 02273 44-2155

[direccion-carmen@ms.gba.gov.ar](mailto:direccion-carmen@ms.gba.gov.ar)

### Chacabuco

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN  
AV GARAY Y AV COLON

Tel. 2352430828

[hospmunicchacabuco@yahoo.com.ar](mailto:hospmunicchacabuco@yahoo.com.ar)

SANATORIO CHACABUCO  
ITALIA585

Tel. 23652432732

[info@sanatoriochacabuco.com.ar](mailto:info@sanatoriochacabuco.com.ar)

### Chivilcoy

HOSPITAL CHIVILCOY

AV HIJAS DE SAN JOSE31

Tel. 2346423210

[facturacionhospital@chivilcoy.gob.ar](mailto:facturacionhospital@chivilcoy.gob.ar)

### Colon

HOSPITAL MUNICIPAL EDUARDO MORGAN

BV 50 N.574

Tel. 02473 430416

[hospitalcolon@gmail.com](mailto:hospitalcolon@gmail.com)

### Dolores

SANATORIO REGIONAL DOLORES SA  
VUCETICH N° 450

Tel. 02245 444555

[SANATORIO.REGIONAL@YAHOO.COM](mailto:SANATORIO.REGIONAL@YAHOO.COM)

SANATORIO DOLORES SRL

BUENOS AIRES N° 495

Tel. 002245 442240

[SANATORIODOLORES@YAHOO.COM.AR](mailto:SANATORIODOLORES@YAHOO.COM.AR)

### General Belgrano

HOSP.MUN.DE LA FUENTE- MUNIC DE GRAL.  
BELGRANO AVDA. ESPAÑA N° 325

Tel. 02243 452148

[VALERIASCHONSEL@YAHOO.COM](mailto:VALERIASCHONSEL@YAHOO.COM)

### General Juan Madariaga

HOSPITAL MUNICIPAL JUAN MADARIAGA

Calle Buenos Aires SN

Tel. (02267) 424366

[hospital@madariaga.gob.ar](mailto:hospital@madariaga.gob.ar)

### General Las Heras

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PEDRO AROZARENA - GRAL.

LAS HERAS

Av. Chioconni 321

Tel. 0220 476-1000

[facturacion@hospital.gobiernodelasheras.com](mailto:facturacion@hospital.gobiernodelasheras.com)

### General Rodríguez

CLÍNICA PRIVADA CENTRO S.A.

AVENIDA ESPAÑA 352

Tel. 0237 4841904

[clinicacentrointernaciones@hotmail.com](mailto:clinicacentrointernaciones@hotmail.com)

HOSPITAL NACIONAL DR. BALDOMERO SOMMER

ruta 24 K, 23.500

Tel. 0237 405-0800

[hospitalbaldomerosommer@saludygestion.com.ar](mailto:hospitalbaldomerosommer@saludygestion.com.ar)

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS VICENTE

LÓPEZ Y PLANES

Av. 25 de Mayo s/n

Tel. 237-4840022 / 4840023

[samovicentelopez@hotmail.com](mailto:samovicentelopez@hotmail.com)

### General Viamonte

HOSPITAL GRAL.

VIAMONTE6 DE

AGOSTO627

Tel. 2358442290

[info@generalviamonte.cob.ar](mailto:info@generalviamonte.cob.ar)

### General Villegas

HOSPITAL GRAL.

VILLEGASDR. ENRIQUE

STURIZS/N Tel.

2288421044

[hospitalgvillegas.art@gmail.com](mailto:hospitalgvillegas.art@gmail.com)

CLÍNICA MODELO S.A.

NECOCHEA Y VIEYTES

Tel. 3388421181

[info@mederi.com.ar](mailto:info@mederi.com.ar)

### Junín

CLÍNICA CENTRO MEDICO PRIVADO SRL

QUINTANA 249

Tel. 02364-440510

[info@clinicacentrojunin.com.ar](mailto:info@clinicacentrojunin.com.ar)

CLÍNICA MEDICO QUIRÚRGICA SANATORIO JUNÍN SA

ALMAFUERTE 68

Tel. 2364433058

[info@sanatoriojunin.com](mailto:info@sanatoriojunin.com)

### HOSPITAL INTERZONAL DR. A PIÑEIRO

LAVALLE 1084

Tel. 236-4432655

[hospitalinterzonaljunin@gmail.com](mailto:hospitalinterzonaljunin@gmail.com)

### La Plata

### SANATORIO SAN JOSÉ DE VILLA ELISA PCIA DE

BUENOS AIRES

Calle 55 nro. 801

Tel. 2214730266

[sanjosevillaelisa@gmail.com](mailto:sanjosevillaelisa@gmail.com)

### SANATORIO LOS TILOS

Calle 41 nro. 347

Tel. 2214834151

[sarzuaga1@gmail.com](mailto:sarzuaga1@gmail.com)

### HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA

Calle 14 nro. 1631

Tel. 2214535901

[smludovika@ms.gba.gov.ar](mailto:smludovika@ms.gba.gov.ar)

### HOSPITAL SAN MARTIN

Calle 1 y 70

Tel. 2214211120

[hsanmartin@ms.gba.gov.ar](mailto:hsanmartin@ms.gba.gov.ar)

### HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Calle 27 nro. 70

Tel. 2214575454

[direccion-sjdios@ms.gba.gov.ar](mailto:direccion-sjdios@ms.gba.gov.ar)

### HOSPITAL ROSSI

Calle 37 nro. 183

Tel. 2214828821

[ce\\_fasano@yahoo.com.ar](mailto:ce_fasano@yahoo.com.ar)

### Las Flores

### HOSPITAL SUBZONAL GRAL. DE LAS FLORES

INTENDENTE ABEL GUARESTE N°0

Tel. 02244 452883

[DIRECCION-HLASFLORES@MS.GBA.GOV.AR](mailto:DIRECCION-HLASFLORES@MS.GBA.GOV.AR)

### Lincoln

### CLÍNICA OESTE DE LINCOLN

MITRE 340

Tel. 2355422173

[clinicaoestesa@hotmail.com](mailto:clinicaoestesa@hotmail.com)

### HOSPITAL DR. RUBÉN

MIRAVALLEAV SAN

LORENZO2007

Tel. 2355431609

[hospital@lincoln.gob.ar](mailto:hospital@lincoln.gob.ar)

### Lobería

### HOSPITAL MUNICIPAL GASPAR M. CAMPOS

AV. SAN MARTIN N° 1150

Tel. 02261 442105

[facturacionloberiahospital@gmail.com](mailto:facturacionloberiahospital@gmail.com)



### Lobos

HOSPITAL GENERAL ZONAL DE AGUDOS DE LOBOS

MASTROPIERRO S/N

Tel. 02227 421212

[ADMINISTRACION-HLOBOS@MS.GBA.GOV.AR](mailto:ADMINISTRACION-HLOBOS@MS.GBA.GOV.AR)

### Lujan

CLÍNICA Y MATERNIDAD SAN JOSÉ OBRERO

FLANDES Y SAN MARTIN

Tel. 02323 497255

[internacion@clincasanjose.com.ar](mailto:internacion@clincasanjose.com.ar)

HOSPITAL MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DE LUJAN

SAN MARTIN 1750

Tel. 02323 423333

[internacionhospital@lujan.gov.ar](mailto:internacionhospital@lujan.gov.ar)

### Mar del Plata

CLÍNICA DEL NIÑO Y LA FAMILIA

Colon 2749

Tel. (0223) 4990600

[guardia@cnf.com.ar](mailto:guardia@cnf.com.ar)

SANATORIO BELGRANO

Belgrano 4329

Tel. (0223) 4991900

[autorizaciones.sanbelgrano@gmail.com](mailto:autorizaciones.sanbelgrano@gmail.com)

HOSPITAL MATERNO INFANTIL VICTORIO TETAMANTI

MAR DEL PLATA

Castelli 2450

Tel. (0223) 4991100

[hiemitetamanti@gmail.com](mailto:hiemitetamanti@gmail.com)

SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN "LA LUSIDAL"

España 1682

Tel. (0223) 4721259

[med.general.sia@gmail.com](mailto:med.general.sia@gmail.com)

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "DR.

OSCAR E ALENDE"

Avenida Juan B Justo 6701

Tel. (0223) 4495624

[direccion-alende@ms.gba.gov.ar](mailto:direccion-alende@ms.gba.gov.ar)

### Mar Chiquita

HOSPITAL MUNICIPAL EUSTAQUIO ARISTIZABAL

CORONEL VIDAL

Belgrano 252

Tel. (02265) 432332

[facturacionhospitalvidal@hotmail.com](mailto:facturacionhospitalvidal@hotmail.com)

### Maipú

HOSPITAL DE MAIPÚ RAÚL MONTALVERNE

Lavalle entre Alem y Tucumán

Tel. (02268) 430602

[hospitalmaipu@hotmail.com](mailto:hospitalmaipu@hotmail.com)

### Mar de Ajo

CLÍNICA SAN BERNARDO

Garay 336

Tel. 0800- 666-0666

[recepcion@clinicasanbernardo.com.ar](mailto:recepcion@clinicasanbernardo.com.ar)

CLÍNICA SAN MARTIN DE PORRES MAR DE AJO

Avenida Libertador San Martín 1040

Tel. (02257) 420911

[clinporres@hotmail.com](mailto:clinporres@hotmail.com)

### Miramar

INSTITUTO MEDICO PRIVADO MITRE

Mitre 1146

Tel. (02291) 421149

[ipmitre\\_convenio@outlook.com.ar](mailto:ipmitre_convenio@outlook.com.ar)

### Navarro

HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA – NAVARRO

Avenida 9 de Julio 750

Tel. 02272 43-0668

[admissionhospital@navarro.gob.ar](mailto:admissionhospital@navarro.gob.ar)

### Necochea

HOSPITAL MUNICIPAL DR. EMILIO FERREYRA

59 N° 4801

Tel. 02262 42-5733

[facturacionferreyra@hotmail.com](mailto:facturacionferreyra@hotmail.com)

HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ IRURZUN QUEQUÉN

541 N° 3550

Tel. 02262 45-0052

[facturacionirurzun@necochea.gov.ar](mailto:facturacionirurzun@necochea.gov.ar)

### Olavarría

SANATORIO CEMEDA

AVENIDA TRABAJADORES N° 3385

Tel. 02284 440101

[EMERGENCIACEMEDA@YAHOO.COM.AR](mailto:EMERGENCIACEMEDA@YAHOO.COM.AR)

### Pergamino

CLÍNICA PERGAMINO S.R.L

AV DE MAYO N. 1115

Tel. 02477 432004

[administracion@clinicapergamino.com.ar](mailto:administracion@clinicapergamino.com.ar)

CLÍNICA CENTRO S.A

PUEYRREDÓN 840

Tel. 02477 436701

[clcentro22@gmail.com](mailto:clcentro22@gmail.com)

CLÍNICA GENERAL PAZ

FLORIDA 858

Tel. 02477 423487

[clinicageneralpazsa@hotmail.com](mailto:clinicageneralpazsa@hotmail.com)

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS SAN JOSÉ

BV LINIERS 979

Tel. 02477 429799

[admissioninternacion-hsjose@ms.gba.gov.ar](mailto:admissioninternacion-hsjose@ms.gba.gov.ar)

### **Pehuajó**

CLÍNICA DEL OESTE SA

BARTOLOMÉ MITRE 165

Tel. 2396473228

[gerencia@clinicadeloestesa.com.ar](mailto:gerencia@clinicadeloestesa.com.ar)

HOSPITAL DE PEHUAJÓ

DEAN FUNES 56

Tel. 2396479552

[tsocialeshospi\\_pehuajo@hotmail.com](mailto:tsocialeshospi_pehuajo@hotmail.com)

### **Pinamar**

CLÍNICA DEL BOSQUE

Del Pejerrey 1305

Tel. (02254) 401652

[clinicadelbosquedepinamar@gmail.com](mailto:clinicadelbosquedepinamar@gmail.com)

### **Rojas**

HOSPITAL SATURNINO E UNZUÉ

AV 25 DE MAYO 717

Tel. 02475 465316

[administracion.hospital@rojas.gov.ar](mailto:administracion.hospital@rojas.gov.ar)

### **Saladillo**

HOSPITAL ZONAL GRAL. DR. POSADAS –

SALADILLOEMPARANZA N° 2753

Tel. 02344 453044

[HOSPITALPOSADAS@MS.GBA.GOV.AR](mailto:HOSPITALPOSADAS@MS.GBA.GOV.AR)

### **Salto**

HOSPITAL MUNICIPAL JUAN DOMINGO PERÓN

BERNARDINO ESPERANZA 480

Tel. 02474 425083

[facturacion.hospitalsalto@gmail.com](mailto:facturacion.hospitalsalto@gmail.com)

### **San Miguel del Monte**

HOSPITAL ZENÓN VIDELA DORNA- MONTE

Z. VIDELA DORNA N° 851

Tel. 02271 443100

[DIRECCION-HVIDELADORNA@MS.GBA.GOV.AR](mailto:DIRECCION-HVIDELADORNA@MS.GBA.GOV.AR)

### **Santa Teresita**

HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTA TERESITA

Avenida 41 y 16

Tel. (02246) 420381

[hst107ld@gmail.com](mailto:hst107ld@gmail.com)

### **San Nicolas**

FUND.DE ASIST. MEDICO INTEGRAL Y CIENTÍFICA DEL  
SANAT

Mitre 594

Tel. 0336-4436800-4450303

[convnios@fnsr.com.ar](mailto:convnios@fnsr.com.ar)

### **San Pedro**

SANATORIO COOPSER

SAN MARTIN 465

Tel. (03329) 420995/4

[internacion@sanatoriocoopser.com.ar](mailto:internacion@sanatoriocoopser.com.ar)

HOSPITAL SUBZONAL DR. EMILIO RUFFA

M. Auli 107

Tel. 03329 42-5207

[direccionhospital@sanpedro.gov.a](mailto:direccionhospital@sanpedro.gov.a)

### **San Andrés de Giles**

HOSPITAL MUNICIPAL DE SAN ANDRÉS DE GILES

Acceso A Au Pres. Cámpora 1399

Tel. 02325 44-2125

[hospitalgiles@gmail.com](mailto:hospitalgiles@gmail.com)

### **San Antonio de Areco**

HOSPITAL EMILIO ZERBONI - SAN ANTONIO DE ARECO

Moreno 90

Tel. 02326 45-2759 / 452345

[hospzerboni@hotmail.com](mailto:hospzerboni@hotmail.com)

### **San Clemente del Tuyu**

HOSPITAL DE SAN CLEMENTE DEL TUYU

Avenida San Martín 505

Tel. (02252)421132

[107hospitalsc@gmail.com](mailto:107hospitalsc@gmail.com)

### **Tandil**

SANATORIO TANDIL SA

SARMIENTO 770

Tel. 0249 4442870

[internaciones@sanatoriotandil.com.ar](mailto:internaciones@sanatoriotandil.com.ar)

### **Trenque Lauquen**

HOSPITAL DR. PEDRO T

ORELLANOCASTELLI 150

Tel. 2392410511

[hospitalorellana@outlook.com](mailto:hospitalorellana@outlook.com)

### **Villa Gesell**

HOSPITAL DE VILLA GESELL

Avenida 8 nro. 2299

Tel. (02255) 470568

[gesellhospital@gmail.com](mailto:gesellhospital@gmail.com)

CLÍNICA DEL SOL VILLA GESELL

Avenida 3 nro. 3014

Tel. (02266) 466466

[clinicadelsolv@gmail.com](mailto:clinicadelsolv@gmail.com)

### **Zarate**

CLÍNICA DEL CARMEN S.R.L

RIVADAVIA 585

Tel. 03487-422565

[tirso.sanchez@clinicadelcarmen.com.ar](mailto:tirso.sanchez@clinicadelcarmen.com.ar)

### CATAMARCA

#### SANATORIO PASTEUR

Chacabuco 675

Tel. 0383 4432000

[admision1@sanatoriopasteur.com.ar](mailto:admision1@sanatoriopasteur.com.ar)

### CHACO

#### SANATORIO LOMA LINDA S.R.L.

RUTA 16 Y 95

Tel. 0364-4422170/4420012

[internacioneslomalinda@outlook.com.ar](mailto:internacioneslomalinda@outlook.com.ar)

#### CLÍNICA AVENIDA

AV. SARMIENTO N° 293

0364-4421925

[internaciones@clinicaavenida.com.ar](mailto:internaciones@clinicaavenida.com.ar)

#### SANATORIO CENTRAL DE SALUD S.R.L.

25 DE MAYO N° 625

Tel. 03735-422797/422418

[sanatoriocentralva@gmail.com](mailto:sanatoriocentralva@gmail.com)

#### CLÍNICA BENEGAS

COMANDANTE FONTANA S/N

Tel. 03725-496236

[gerenciadmgr@gmail.com](mailto:gerenciadmgr@gmail.com)

#### CLÍNICA SAN RAMON S.R.L.

CHILE N° 480

Tel. 03725-420263/420569

[cmedicosm@gmail.com](mailto:cmedicosm@gmail.com)

#### HOSPITAL DR. EMILIO FEDERICO RODRÍGUEZ

ALMIRANTE BROWN N° 551

Tel. 0364-4480140/4482011

[hospil\\_quitilipi@hotmail.com](mailto:hospil_quitilipi@hotmail.com)

#### HOSPITAL ISAAC WAISMAN

MARIANO MORENO S/N

Tel. 03731-480113

[recgastosp@hotmail.com.ar](mailto:recgastosp@hotmail.com.ar)

#### HOSPITAL GENERAL GÜEMES

AV. GÜEMES N° 935

Tel. 0364-4471006

[recgastosp@hotmail.com.ar](mailto:recgastosp@hotmail.com.ar)

#### HOSPITAL JORGE VÁZQUEZ

CHILE N° 850

Tel. 0364-4461159

[recgastosp@hotmail.com.ar](mailto:recgastosp@hotmail.com.ar)

#### HOSPITAL PEDRO SALICA

JUAN M. DE ROSAS S/N

03735-497016

[recgastosp@hotmail.com.ar](mailto:recgastosp@hotmail.com.ar)

#### HOSPITAL DR. EZEQUIEL PAULINO MORANTE

CALLE 9 S/N

Tel. 0364-4491110

[recgastosp@hotmail.com.ar](mailto:recgastosp@hotmail.com.ar)

CENTRO DE SALUD HTAL. DR. ENRIQUE DE LLAMAS

MARIANO CASTELLS N° 420

Tel. 03731-420070/421507

[recgastosp@hotmail.com.ar](mailto:recgastosp@hotmail.com.ar)

HOSPITAL DR. MORENO DIAZ SETUVI

SARMIENTO N° 699

Tel. 03735-492200

[recgastosp@hotmail.com.ar](mailto:recgastosp@hotmail.com.ar)

HOSPITAL SANTA ROSA

SAN MARTIN S/N

Tel. 03877-495019

[recgastosp@hotmail.com.ar](mailto:recgastosp@hotmail.com.ar)

HOSPITAL MANUEL BELGRANO

SARMIENTO N° 98

Tel. 03731-470006

[recgastosp@hotmail.com.ar](mailto:recgastosp@hotmail.com.ar)

HOSPITAL DR. ANDRÉS DIAZ Y PEREIRO

ANTÁRTIDA ARGENTINA N° 435

Tel. 0364-4470162

[recgastosp@hotmail.com.ar](mailto:recgastosp@hotmail.com.ar)

HOSPITAL JOSÉ INGENIEROS

SARGENTO CABRAL N° 245

Tel. 03735-496431

[recgastosp@hotmail.com.ar](mailto:recgastosp@hotmail.com.ar)

HOSPITAL 9 DE JULIO

AV. ARBO Y BLANCO S/N

Tel. 03731-460034

[recgastosp@hotmail.com.ar](mailto:recgastosp@hotmail.com.ar)

SANATORIO SAGRADA FAMILIA

Avenida Italia 266

Tel. 0362-4411969

[redpachacoute@yahoo.com.ar](mailto:redpachacoute@yahoo.com.ar)

HOSPITAL DR. ARTEMIO ZENO

AV. DEL AGRICULTOR S/N

Tel. 03735-495136

[recgastosp@hotmail.com.ar](mailto:recgastosp@hotmail.com.ar)

HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. AVELINO LORENZO CASTELÁN

Hipólito Irigoyen N°800-850

Tel. 0362-4441477

[recupgastos\\_hospitpediatrico@hotmail.com](mailto:recupgastos_hospitpediatrico@hotmail.com)

HOSPITAL ALMIRANTE BROWN

PLANTA URBANA

Tel. 0364-4497251

[recgastosp@hotmail.com.ar](mailto:recgastosp@hotmail.com.ar)

### CHUBUT

CLÍNICA DEL VALLE COMODORO RIVADAVIA

Alsina 656

Tel. 2974061001

[info@clinicadelvalle.com.ar](mailto:info@clinicadelvalle.com.ar)

HOSPITAL ZONAL DE TRELEW

28 DE JULIO 434

Tel. 2804427560

[contactohospitaltrelew@gmail.com](mailto:contactohospitaltrelew@gmail.com)

SANATORIO TRELEW

PECORARO 460

Tel. 2804432711

[zaidasanatoriotrelew@gmail.com](mailto:zaidasanatoriotrelew@gmail.com)

CLÍNICA SAN MIGUEL

EDISON 430

Tel. 2804420985

[admision@clincasanmiguelweb.com](mailto:admision@clincasanmiguelweb.com)

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE RAWSON

Pedro Martínez 45

Tel. 2804481101

[institutocardiocvascularrawson@hotmail.com](mailto:institutocardiocvascularrawson@hotmail.com)

IDECH

28 De Julio 671

Tel. 2804421320

[cimautorizaciones@gmail.com](mailto:cimautorizaciones@gmail.com)

HOSPITAL SANTA TERESITA DE RAWSON

Roca 555

Tel. 280481260

HOSPITAL RURAL GAIMAN

Belgrano s/n –GAIMAN

Tel. 2804491002

HOSPITAL RURAL DOLAVON

R. Diaz 275 – DOLAVON

Tel. 2804492023

SANATORIO DE LA CDAD.

Laprida 42

Tel. 280-4451270

[autorizaciones@sanatoriodelaciudad.com](mailto:autorizaciones@sanatoriodelaciudad.com)

HOSPITAL ANDRÉS ISOLA

Agustín Pujol 251

Tel. 280-444 51999

[hospitalpuertomadryn@live.com.ar](mailto:hospitalpuertomadryn@live.com.ar)

SEP SRL

Sarmiento 125

Tel. 280-4450700

[sep@sep.com.ar](mailto:sep@sep.com.ar)

CLÍNICA SANTA MARÍA

Mitre 643

Tel. 280-4472548

[santamariafacturacion@gmail.com](mailto:santamariafacturacion@gmail.com)

### CÓRDOBA

POLICLÍNICO SAN LUCAS

MITRE 930

Tel. 0358 467 5600

[admision@policlinicosanlucas.com.ar](mailto:admision@policlinicosanlucas.com.ar)

SANATORIO SAN JOSÉ CLÍNICA PRIVADA SRL

LAS HERAS N° 160

Tel. 03572-456751

[sanatorio.internaciones@gmail.com](mailto:sanatorio.internaciones@gmail.com)

CLÍNICA PASTEUR SRL

25 DE MAYO N.º 646

Tel. 03572-470155

[clinicapasteursrl@gmail.com](mailto:clinicapasteursrl@gmail.com)

CLÍNICA ESPECIALIDADES

CORRIENTES 733

Tel. 0353 4646500

[info@clinicaespecialidades.com](mailto:info@clinicaespecialidades.com)

CLÍNICA MARAÑÓN

CATAMARCA 1364

Tel. 0353 4523119

[administracion@clinicamaranon.com](mailto:administracion@clinicamaranon.com)

SANATORIO DE LA CAÑADA

LARRABURE 1466

Tel. 0353 4618900

[info.vm@geanet.com.ar](mailto:info.vm@geanet.com.ar)

CLÍNICA PRIVADA BALLESTEROS

SAN MARTIN 319

Tel. 0353 4930218

CLÍNICA MAYO

25 DE MAYO 102

Tel. 03537 416 159

[clinicamayo@nodosud.com](mailto:clinicamayo@nodosud.com)

CLÍNICA UNIÓN

HIPÓLITO IRIGOYEN 325

Tel. 03537 425557

[internacion@clinicaunion.com.ar](mailto:internacion@clinicaunion.com.ar)

HOSPITAL ABEL AYERZA

BELGRANO 350

Tel. 03472 422828

CLÍNICA PRIVADA MODELO DE RIO TERCERO

FRAY JUSTO STA. MARÍA DE ORO 54

Tel. 3571422672

[internado.cpmriotercero@gmail.com](mailto:internado.cpmriotercero@gmail.com)

CLÍNICA DE LA CAÑADA RÍO TERCERO

LAVALLE 45

Tel. 3571434200

[facturacion.r3@geanet.com.ar](mailto:facturacion.r3@geanet.com.ar)

CLÍNICA PRIVADA SANTA MARÍA SRL

ALBERDI 347

Tel. 3571471621

[administracion@clinicastamaria.com.ar](mailto:administracion@clinicastamaria.com.ar)



CLÍNICA PRIVADA DEL SOL S.R.L.

CHACABUCO 705

Tel. 3515680600

[sugerencias@clinicadelsol.com.ar](mailto:sugerencias@clinicadelsol.com.ar)

CLÍNICA REGIONAL DEL ESTE S.R.L.

Corrientes 291

Tel. 03564-438000/438100

[admision@clinicaregional.com](mailto:admision@clinicaregional.com)

COSEME SA (SANATORIO ACONCAGUA)

RONDEAU 455

Tel. 3514426300

[aconcagua.comunicacion@gmail.com](mailto:aconcagua.comunicacion@gmail.com)

SANATORIO y CLÍNICA San Justo Privado S.R.L.

Bv. 25 de Mayo 2690

Tel. 03564-423117

[admision@sanatoriosanjusto.com](mailto:admision@sanatoriosanjusto.com)

CIPREM SRL (SANATORIO FRANCES)

JOSÉ BAIGORRI 749

Tel. 3515611300

[ciprem.sanatoriofrances@gmail.com](mailto:ciprem.sanatoriofrances@gmail.com)

### CORRIENTES

CLÍNICA DEL PILAR S.A.

SAN MARTIN 555

Tel. 0379-4426419

[internaciondelpilar@gmail.com](mailto:internaciondelpilar@gmail.com)

AOS S.R.L. (SANATORIO DE LA CAÑADA)

AV PUEYRREDÓN 650

Tel. 3514141142

[info@sanatoriodelacanada.com.ar](mailto:info@sanatoriodelacanada.com.ar)

CLÍNICA DEL NIÑO S.A.

BELGRANO 1774

Tel. 03794-434714

[clinicadelninosa@hotmail.com](mailto:clinicadelninosa@hotmail.com)

DIAG.POR IMÁGENES CONCI CARPINELLA SRL

SANTA ROSA 748

Tel. 3514140700

[secretariacirugia@concicarpinella.com.ar](mailto:secretariacirugia@concicarpinella.com.ar)

HOSPITAL PEDIÁTRICO JUAN PABLO II

AV ARTIGAS 1435

Tel. 03794-475300

[contacto@hospitaljuanpablo.gob.ar](mailto:contacto@hospitaljuanpablo.gob.ar)

SANATORIO ARGENTINO S.R.L.

Iturraspe 1321

Tel. 03564-422224/423777

[admision@sanatorioargentino.org](mailto:admision@sanatorioargentino.org)

### ENTRE RÍOS

#### CLÍNICA URUGUAY

Galarza 574

Tel. (03442) 425928 421131

[clinicauruguaysrl@gmail.com](mailto:clinicauruguaysrl@gmail.com)

#### CLÍNICA MODELO

San Martín 1238

Tel. (0343) 423-1200

[mesaentradas@clinicamodelosa.com.ar](mailto:mesaentradas@clinicamodelosa.com.ar)

#### INSTITUTO MEDICO QUIRÚRGICO GARAT

Veiga 660

Tel. (0345) 421-3150 / 0179 / 3746

[admisiongarat@gmail.com](mailto:admisiongarat@gmail.com)

#### SANATORIO LA ENTRERRIANA

Buenos Aires 550

Tel. (0343) 420-0500

[contacto@slaenterreriana.com.ar](mailto:contacto@slaenterreriana.com.ar)

#### CENTRO MEDICO SAN LUCAS

URQUIZA 513

Tel. 03446-430500

[natalianazer15@gmail.com](mailto:natalianazer15@gmail.com)

#### SANATORIO URQUIZA

ESPAÑA 950

Tel. 03435-421163

[surquizasrl@hotmail.com](mailto:surquizasrl@hotmail.com)

#### SANATORIO MEDICO QUIRÚRGICO COLON

ARTIGAS 211

Tel. 03447-421212

[recepcion@smqsa.com.ar](mailto:recepcion@smqsa.com.ar)

#### CLÍNICA DE LA UNIÓN

AV.SIBURI Y SÁENZ PEÑA

Tel. 03456-421985

[clinicadelaunion@gmail.com](mailto:clinicadelaunion@gmail.com)

#### CLÍNICA MAYO

9 DE JULIO 1085

Tel. 03437-422237

[clinicamayolapaz@hotmail.com.ar](mailto:clinicamayolapaz@hotmail.com.ar)

#### SANATORIO SANTA ELENA

EVA PERÓN 537

Tel. 03437-480545

[sanatoriosantaelena@yahoo.com.ar](mailto:sanatoriosantaelena@yahoo.com.ar)

#### CLÍNICA BOVRIL

JUAN XXIII 168

Tel. 03438-421325

[clinicabovril@yahoo.com.ar](mailto:clinicabovril@yahoo.com.ar)

#### CLÍNICA BIOMÉDICA

ANTELO Y ANDERSON

Tel. 03454-421008

[clinicabiomedica@hotmail.com](mailto:clinicabiomedica@hotmail.com)

### CLÍNICA CENTRAL

URQUIZA 206

Tel. 03445-421966

[recepcion.clinicacentralsrl@gmail.com](mailto:recepcion.clinicacentralsrl@gmail.com)

### SANATORIO AMERICANO

RIVADAVIA 360

Tel. 03455-421370

[admisionsana@gmail.com](mailto:admisionsana@gmail.com)

### INSTITUTO DE PEDIATRÍA

URQUIZA 323

Tel. 0345-4217788

[internaciones@institutodepediatria.com.ar](mailto:internaciones@institutodepediatria.com.ar)

### CLÍNICA PARQUE

25 de mayo 1053

Tel. 0343-4951096

[clinicaparque1053@gmail.com](mailto:clinicaparque1053@gmail.com)

### FORMOSA

#### SANATORIO FORMOSA SRL

PRINGLES 131

Tel. 03704-431000 / 4429347

[sanatorioformos@gmail.com](mailto:sanatorioformos@gmail.com)

#### CLÍNICA JORGE VRSALOVIC SRL

JUJUY 975

Tel. 03704-430971 / 431800

[meproasrl@gmail.com](mailto:meproasrl@gmail.com)

### INSTITUTO MEDICO QUIRÚRGICO 3 DE DICIEMBRE

MITRE 1501

Tel. 03704-426358

[imgtresdediciembre@hotmail.com](mailto:imgtresdediciembre@hotmail.com)

### JUJUY

#### SANATORIO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

BELGRANO 340

Tel. 0388-4224848 / 0388-4231086

[info@sanatoriodelrosario.com.ar](mailto:info@sanatoriodelrosario.com.ar)

#### SANATORIO Y CLÍNICA LAVALLE

OTERO 337

Tel. 0388-4231999

[info@lavallesc.com.ar](mailto:info@lavallesc.com.ar)

#### HOSPITAL PUBLICO DR. GUILLERMO C PATERSON

AVDA. SIRIA 44

Tel. 03888-423111

[facturacion.hpaterson@gmail.com](mailto:facturacion.hpaterson@gmail.com)

#### HOSPITAL PUBLICO DR. OSCAR ORIAS

AVDA. KEINER 891

Tel. 03886-427019

#### HOSPITAL PUBLICO DR. JORGE URO

PATRICIAS ARGENTINAS 185

Tel. 03885-422270

#### HOSPITAL PUBLICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

AVELLANEDA Y MACEDO S/N

Tel. 03887-491011

### LA PAMPA

SANATORIO SANTA ROSA S.R.L.

BARTOLOMÉ MITRE 188

Tel. 02954 457000

[Internacion.sanatorio@gmail.com](mailto:Internacion.sanatorio@gmail.com)

CLÍNICA MODELO S.A.

AVENIDA SAN MARTIN 452

Tel. 02954 – 457777

[internacion@clinicamodelo-sa.com.ar](mailto:internacion@clinicamodelo-sa.com.ar)

INSTITUTO POLYMEDIC S.R.L.

1° DE MAYO 640

Tel. 02954 416000

[internacionpolymedic@gmail.com](mailto:internacionpolymedic@gmail.com)

FUNDACIÓN AYUDA ENFERMOS RENALES Y ALTA

COMPLEJIDAD

ROQUE SÁENZ PEÑA 852

Tel. 02954 425857

[facturación@faerac.org.ar](mailto:facturación@faerac.org.ar)

HOSPITAL LUCIO MOLAS

PILCOMAYO Y RAÚL B DIAZ

Tel. 02954 457000

[ss1molas@lapampa.gob.ar](mailto:ss1molas@lapampa.gob.ar)

HOSPITAL GOBERNADOR CENTENO

CALLE 17 OESTE 500

Tel. 02302 436148

[pcenteno@lapampa.gob.ar](mailto:pcenteno@lapampa.gob.ar)

### LA RIOJA

HOSPITAL ENRIQUE VERA BARROS

MADRE TERESA DE CALCUTA, ESQUINA OLTA

Tel. 0380-4427782

[facturacionhevb2016@gmail.com](mailto:facturacionhevb2016@gmail.com)

HOSPITAL MADRE Y EL NIÑO

1° DE MARZO

Tel. 0380 445-6900

[recuperohmyn@gmail.com](mailto:recuperohmyn@gmail.com)

HOSPITAL LUIS AGOTE

Constantino Carbel 531

Tel. 03826-422023

[hugoavila10@hotmail.com](mailto:hugoavila10@hotmail.com)

HOSPITAL ELEAZAR HERRERA MOTTA

Prof. Gregorio Cavero 5300

Tel. 03825-429620

[webhmotta@gmail.com](mailto:webhmotta@gmail.com)

HOSPITAL ALDO MOTTA

Pelagio B. Luna 251

Tel. 03826-491256

HOSPITAL LUIS PASTEUR

San Juan S/N

Tel. 03821-429105

[hospitalluispasteur@hotmail.com](mailto:hospitalluispasteur@hotmail.com)

### MENDOZA

CFTM S.R.L

AV EJERCITO DE LOS ANDES 1696

Tel. 0261 4980235

[clinicafrancesa@clinicafrancesa.com.ar](mailto:clinicafrancesa@clinicafrancesa.com.ar)

SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS

Bailen 80

Tel. 0263 442-0176

[clinicaateneo.sm@hotmail.com](mailto:clinicaateneo.sm@hotmail.com)

HOSPITAL HUMBERTO NOTTI

AV BANDERA DE LOS ANDES 2603

Tel. 0261 413-2500

[hosp-notti@mendoza.gov.ar](mailto:hosp-notti@mendoza.gov.ar)

ACLISA (ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y SANATORIOS)

Av. El libertador 960

Tel. 260-4428127/260-4423960

[comunicación@aclisamendoza.com.ar](mailto:comunicación@aclisamendoza.com.ar)

### MISIONES

PARQUE DE LA SALUD

AVENIDA MARCONI 3736

Tel. 0376 4443700

[recupero@parquesaludmnes.org.ar](mailto:recupero@parquesaludmnes.org.ar)

SANATORIO POSADAS

JUNÍN 1840

Tel. 0376 4424460

[admin@sanatorioposadas.com.ar](mailto:admin@sanatorioposadas.com.ar)

SAM MEDICINA PRIVADA

AVENIDA REPUBLICA ARGENTINA 275

Tel. 03757 420030

[admin@clnicasam.com.ar](mailto:admin@clnicasam.com.ar)

HOSPITAL SAMIC DRA. MARTA T

SCHWARZAVENIDA VICTORIA AGUIRRE

142

Tel. 03757 420626

[obrasocial04hospitaliguazu@gmail.com](mailto:obrasocial04hospitaliguazu@gmail.com)

POLICLÍNICO BERTOLDI SRL

AVENIDA JOSÉ INGENIEROS 86

Tel. 03755 401134

[policlinicobertoldi@celoobera.com.ar](mailto:policlinicobertoldi@celoobera.com.ar)

HOSPITAL SAMIC OBERA

AVENIDA PRINCEN 169

Tel. 03755 421226

[arancelamientosamicobera@gmail.com](mailto:arancelamientosamicobera@gmail.com)

CENTRO MEDICO INTEGRAL SH

RIVADAVIA 610

Tel. 03754 420359

[centromi@gmail.com](mailto:centromi@gmail.com)

HOSPITAL SAMIC LEANDRO N ALEM DR.

JUANFERNANDO ALEGRE

RIVADAVIA 710

Tel. 03754 422016

[facturacionsamicalem@gmail.com](mailto:facturacionsamicalem@gmail.com)

INSTITUTO MATERNO INFANTIL SA  
KENNEDY 242

Tel. 03751 422755

[imi\\_internacion@hotmail.com](mailto:imi_internacion@hotmail.com)

SANATORIO JUAN XXIII

BUENOS AIRES 1429

Tel. 298-4430131

[admission@sanatoriojuanxxiii.com.ar](mailto:admission@sanatoriojuanxxiii.com.ar)

HOSPITAL SAMIC ELDORADO  
DOCTOR PRIETO KILOMETRO 10

Tel. 03751 421536

[msp\\_samiceldorado@misiones.gov.ar](mailto:msp_samiceldorado@misiones.gov.ar)

SANATORIO IMEPA

Avellaneda 715

Tel. (02946) 443333 / 443504/ 443514

[administracionimepa@mymcom.com.ar](mailto:administracionimepa@mymcom.com.ar)

HOSPITAL SAMIC SAN VICENTE  
CACIQUE TUPAC AMARU 1800

Tel. 03755 461840

[saludpublicamisiones@gmail.com](mailto:saludpublicamisiones@gmail.com)

HOSPITAL LÓPEZ LIMA

Genloch 721 General Roca – 8332

Tel. 0298 443-5852

HOSPITAL ARISTÓBULO DEL VALLE DR. JUSTO JOSÉ  
PEREYRA

CORRIENTES 2001

Tel. 03755 471001

[Saludpublicamisiones@gmail.com](mailto:Saludpublicamisiones@gmail.com)

HOSPITAL PEDRO MOGUILLANSKY

Venezuela 1550

Tel. 0299 477-0030

HOSPITAL CHOELE CHOEL

Av. Gral. San Martín 1319

Tel. 02946 44-2219

CLÍNICA VECCHIA SRL  
AVENIDA SAN MARTIN 1610

Tel. 03743 421004

[clinicavecchia@prico.com.ar](mailto:clinicavecchia@prico.com.ar)

CLÍNICA VIEDMA

SARMIENTO 253

Tel. 02920 428700

[info@clinicaviedma.com.ar](mailto:info@clinicaviedma.com.ar)

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA  
AVENIDA JORGE KEMERER Y MELCHORA

Tel. 0376 4409117

[hospitalfatimarancelamiento@gmail.com](mailto:hospitalfatimarancelamiento@gmail.com)

SANATORIO AUSTRAL SRL

GALLARDO 170

Tel. 02920 425444

[sanatorioaustralinternacion@gmail.com](mailto:sanatorioaustralinternacion@gmail.com)

### SALTA

HOSPITAL DE APÓSTOLES DR. BERNARDO

ALLASIA TUCUMÁN 569

Tel. 03758 422666

[saludpublicamisiones@gmail.com](mailto:saludpublicamisiones@gmail.com)

HOSPITAL PRIVADO SANTA CLARA

URQUIZA 964

Tel. 0387 4321440

### NEUQUÉN

CLÍNICA GÜEMES, ALEM

Leandro N Além 442

Tel. 0387 4913827

[gcabralclinicaalem@gmail.com](mailto:gcabralclinicaalem@gmail.com)

POLICLÍNICO NEUQUÉN

JUAN BAUTISTA ALBERDI 269

Tel. 0299-4422331

[contacto@policliniconeuquen.com.ar](mailto:contacto@policliniconeuquen.com.ar)

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

12 de Octubre 0

Tel. 03868 422343

[facturacioncafayate@gmail.com](mailto:facturacioncafayate@gmail.com)

HOSPITAL RAMON CARRILLO

AVENIDA SAN MARTIN Y RODHE

Tel. 02972 42-7211 / INTER 230

[recuperosanmartindelosandes@gmail.com](mailto:recuperosanmartindelosandes@gmail.com)

### SAN JUAN

CLÍNICA SANTA CLARA

MENDOZA 602 SUR

Tel. 0264-4219300

[admbasasanjuan@gmail.com](mailto:admbasasanjuan@gmail.com)

### RIO NEGRO

HOSPITAL PRIVADO REGIONAL BARILOCHE

20 de Febrero 598

Tel. 0294-4439900/ 4525000

[hpr@hprbariloche.com](mailto:hpr@hprbariloche.com)

### SAN LUIS

SANATORIO RAMOS MEJÍA

AV. ILLIA 512

Tel. 02281 422570/423-401

[srmejiafacturacion@gmail.com](mailto:srmejiafacturacion@gmail.com)

SANATORIO RIO NEGRO

AVENIDA ALEM 60

Tel. 0299-4781225

[repcioncs@sanatoriorionegro.com.ar](mailto:repcioncs@sanatoriorionegro.com.ar)

CLÍNICA ACONCAGUA

GENERAL PAZ N°1516

Tel. 0266-5017834

[info@clinicadelaconcagua.com](mailto:info@clinicadelaconcagua.com)

### SANTA CRUZ

#### HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS

José Ingenieros 98

Tel. 2966-421448

#### CLÍNICA MEDISUR S.A

Maipú 555

Tel. 2966-423000

[admission@medisur-rgl.com.ar](mailto:admission@medisur-rgl.com.ar)

#### HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD SAMIC

JORGE NEWBERY 453

Tel. 2902491831

<http://www.hospitalelcalafate.gob.ar/web/>

#### HOSPITAL ZONAL PEDRO TARDIVO

AV EVA PERÓN 430

Tel. 0297/4851199

[internacion\\_hzco08@hotmail.com](mailto:internacion_hzco08@hotmail.com)

### SANTA FE

#### LA CASA DEL MEDICO MUTUAL (HTAL ITALIANO

GARIBALDI)

San Juan 3022

Tel. 0341 440-8010

[info@hospitalitalianorosario.com.ar](mailto:info@hospitalitalianorosario.com.ar)

#### SANATORIO ESPERANZA

Belgrano 2381

Tel. 03496-420035

#### SANATORIO FRANK DR. BERNARDO ROGELIO

Alberdi 1965

Tel. 03412-4930442

#### CLÍNICA PRIVADA SRL

Belgrano 678

Tel. 03404-420334

#### CLÍNICA PRIVADA BARRANCAS

Las Heras 252

Tel. 03466-420228

#### SANATORIOS INTEGRADOS GÁLVEZ

San Martin 320

Tel. 03404-431331

#### SANATORIO CENTRO SAN JUSTO

Belgrano 2381

Tel. 03498-427229

#### SANATORIO SAN MARCOS

Urquiza 2268

Tel. 03498-427422

#### SAMCO CARLOS PELLEGRINI

San Martin 721

Tel. 03401-480217

#### SAMCO EL TRÉBOL

Dorrego 549

Tel. 03401-422324



### SAMCO MARÍA SUSANA

Santiago del Estero 657

Tel. 03401-466296

### CLÍNICA OCAMPO

Caseros 1551

Tel. 03482-466950

### SAMCO SAN JORGE

Urquiza 1648

Tel. 03406-441666

### CLÍNICA SUNCHALES

1 de Mayo 174

Tel. 03493-420405

### SAMCO SAN MARTIN DE LAS ESCOBAS

Brown 1269

Tel. 03406-498279

### CLÍNICA MATER DEI SRL

Av. de Mayo 366

Tel. 03491-420088

### SAMCO SASTRE

Dr. Novatti 2175

Tel. 03406-480212

### SERVICIOS MÉDICOS SM

Av. 7 de Marzo 1905

Tel. 0342-4754194

### SANATORIO AVELLANEDA SRL

C 11 870

Tel. 03482-481166

### PRIMORDIAL SA

Buenos Aires 1785

Tel. 03464-422364

### SANATORIO LUDUEÑA

Ludueña 1037

Tel. 03482-429233

### CLÍNICA SANTA FE

Pte. Juan Domingo Perón

253Tel. 03382-427605

### SANATORIO NORTE SRL

San Martin 1126

Tel. 03482-481042

### CENTRO MEDICO RIVADAVIA

Córdoba 318

Tel. 03382-427605

### SANATORIO RECONQUISTA

9 de Julio 1040

Tel. 03482-421521

### CLÍNICA EMPALME

Corrientes 33

Tel. 03400-493270

### SANATORIO REGIONAL CAÑADA DE GÓMEZ

Rivadavia 981

Tel. 03471-422281

### SANATORIO INTEGRADO DE LA CIUDAD

España 389

Tel. 03471-422570

### SANATORIO REGIONAL TOTORAS

Arenales 744

Tel. 03476-460105

### CLÍNICA 9 DE JULIO

9 de Julio 1223

Tel. 03476-460141

### INSTITUTO MEDICO REGIONAL

Av. San Martin

1140Tel. 03476-  
422061

### SANATORIO MODELO RUFINO

Bernabé Ferreyra 17

Tel. 03382-427680

### SANATORIO CASTELLI

Castelli 200

Tel. 03462-421716

### CLÍNICA SAN ROQUE

Corrientes 1770

Tel. 03483-420787

### SANTIAGO DEL ESTERO

#### CENTRO MEDICO SAN LUIS

SAN MARTIN 50

Tel. 03854-421011

[centromedicosanluisrsl@gmail.com](mailto:centromedicosanluisrsl@gmail.com)

#### SANATORIO CENTRAL BANDA

AMADEO JAQUES 175

Tel. 0385-4270142

[centralbanda.admi@hotmail.com](mailto:centralbanda.admi@hotmail.com)

#### SANATORIO ARGENTINO

MAIPÚ 71

Tel. 03858-422122

[sanatorio.argentino@hotmail.com](mailto:sanatorio.argentino@hotmail.com)

#### HOSPITAL REGIONAL DR. RAMON

CARRILLOAV BELGRANO SUR 2273

Tel. 0385 421-3131

[contacto@hospitalregional.gob.ar](mailto:contacto@hospitalregional.gob.ar)

#### CENTRO INTEGRAL DE SALUD LA BANDA

AV SAN MARTIN 449

Tel. 0385-4254480/81/82/83

[contacto@cisb.gob.ar](mailto:contacto@cisb.gob.ar)

#### HOSPITAL INDEPENDENCIA

AV BELGRANO NORTE 660

Tel. 0385-4211515

[ministeriodesaludsantiago@gmail.com](mailto:ministeriodesaludsantiago@gmail.com)

### NUEVO HOSPITAL ZONAL FRÍAS

AV PELLEGRINI 400

Tel. 03854 42-1642

[hospitalzonalfrias@gmail.com](mailto:hospitalzonalfrias@gmail.com)

### CENTRO PROVINCIAL DE SALUD INFANTIL (CEPSI EVA PERÓN)

MISIONES 1087

Tel. 0385- 4225449/ 4210812 / 4215666 / 4221936

### TUCUMÁN

#### HOSPITAL REGIONAL CONCEPCIÓN

SAN LUIS 150

Tel. 03865-421784

[hospitaldeconcepcion@hotmail.com](mailto:hospitaldeconcepcion@hotmail.com)

#### HOSPITAL PARAJON ORTIZ

BELGRANO 210

Tel. 03863-461038

[aopfamailla@gmail.com](mailto:aopfamailla@gmail.com)

#### SANATORIO CENTRAL

AVENIDA MITRE 268

Tel. 0381-4304979 /4227971

[jcabrera@galenort.com](mailto:jcabrera@galenort.com)

#### SANATORIO CIMSA

JUJUY 111

Tel. 0381-4304843 /4304846

[sanatoriocimsa@galenort.com](mailto:sanatoriocimsa@galenort.com)

#### SANATORIO DEL SUR

LAS HERAS 575

Tel. 0381-4248027

[info@sanatoriodelsur.com.ar](mailto:info@sanatoriodelsur.com.ar)

#### SANATORIO GALENO

AVENIDA BELGRANO 2970

Tel. 0381-4330996

[jalvarado@galenort.com](mailto:jalvarado@galenort.com)

#### SANATORIO PARQUE

SANTIAGO DEL ESTERO 102

Tel. 0381-4303031

[internacion\\_parque@arnetbiz.com.ar](mailto:internacion_parque@arnetbiz.com.ar)

#### HOSPITAL ZENÓN SANTILLÁN - CENTRO DE SALUD

AVENIDA AVELLANEDA 750

Tel. 0381-4310842

[hcsfacturacion@gmail.com](mailto:hcsfacturacion@gmail.com)

### TIERRA DEL FUEGO

#### SANATORIO FUEGUINO DE DIAGNOSTICO Y

TRATAMIENTO SRL

CÓRDOBA 748

Tel. 02964 427121 / 425086 / 426528

[info@sanatoriofuegoino.com](mailto:info@sanatoriofuegoino.com)

#### HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE

AMEGHINO 709

Tel. 02964 422042 / 422086 / 422088

[contactosalud@tierradelfuego.gov.ar](mailto:contactosalud@tierradelfuego.gov.ar)

CLÍNICA SAN JORGE

ONACHAGA 184

Tel. 2901422635

[nuntius@sanatoriosanjorge.com.ar](mailto:nuntius@sanatoriosanjorge.com.ar)

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

12 DE OCTUBRE 50

Tel. 2901421439

[admisionyegreso@hotmail.com](mailto:admisionyegreso@hotmail.com)

## **Centros de Atención Odontológica de Urgencia**

ST. Leger  
Av. Triunvirato 4096  
Ciudad de Buenos Aires Tel.  
4523-0402  
[administración@st-leger.com](mailto:administración@st-leger.com)

S.I.A.C.O S.A  
Paraguay 1350.  
Ciudad de Buenos Aires  
Tel. 4819-9600  
[mcalvente@siaco.com.ar](mailto:mcalvente@siaco.com.ar)

Centro Odontológico Buenos Aires  
Sarmiento 1678  
San Miguel  
Tel. 44517444 4451-7519 Urgencias Diurnas: Lunes a  
Viernes de 8.00 a 18.00 Hs.-  
[admistracion@st-leger.com](mailto:admistracion@st-leger.com)

L'Altra Salud  
Uruguay 87  
Moreno  
Tel. (0237) 4635658  
[cintiasarmi20780@hotmail.com](mailto:cintiasarmi20780@hotmail.com)

Odontología Integral Avellaneda  
Alsina 90 2º  
Avellaneda  
Tel. 4201-7195  
Atención todos los días las 24 Hs.  
[odontoavellaneda@yahoo.com.ar](mailto:odontoavellaneda@yahoo.com.ar)

### Traslados en ambulancia

Cobertura del 100 % a cargo de la Obra Social en traslados en ambulancia Programados y de Urgencia con empresa contratada en área metropolitana e interior del país.

El beneficiario se deberá comunicar con la empresa designada para solicitar autorización del traslado programado.

Los afiliados de OSLERA, pueden solicitar los traslados médicos programados los 365 días del año, las 24 hs., al número: 4323-0493

Para su pedido se deberá contar con la orden médica con firma y sello del médico que lo solicita y los siguientes datos:

Fecha de traslado, datos de afiliación, tipo de complejidad (Ambulancia común con o sin médico, o Unidad de Alta Complejidad), horario del turno, domicilio de origen y de destino.



## COSEGUROS

Todas las consultas médicas ambulatorias abonarán el coseguro correspondiente. Los exámenes complementarios de diagnóstico que se detallan a continuación cuentan con sus correspondientes coseguros:

Laboratorio exámenes de Baja Complejidad  
Laboratorio exámenes de Alta Complejidad  
Prácticas de Baja complejidad  
Prácticas de Alta complejidad  
Prácticas de Kinesiología y Fonoaudiología


### 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 3 años de edad.
- Pacientes oncológicos.
- Pacientes con HIV.
- Programas preventivos.
- Discapacidad
- Plan Materno Infantil
- Emergencias/Código Rojo
- Prácticas de Enfermería
- Ley 27.611: "Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia - Ley1000 días"
- Ley 27.675: "Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Tuberculosis (TBC)"
- Ley 26.928: "Creación del Sistema de Protección Integral para Personas Trasplantadas"
- Ley 27.447: "Ley de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células"

### Coseguros a cargo del afiliado:

- Consultas ambulatorias: Médicos de Familia/Generalistas/Pediatras/Tocoginecológicos: \$ 6.500.
- Médicos Especialistas: \$ 6.500.-
- Consulta Médica domiciliaria: \$ 10.000 / Mayores de 65 años \$ 4.000.-
- Fonoaudiología (30 sesiones por año): \$ 3.500
- Kinesiología (30 sesiones por año): \$ 5.500.- Excedentes \$ 6.800.- (Tope máximo 60 sesiones)
- Exámenes de Laboratorio: \$ 6.800.- (Hasta 6 determinaciones)
- Prácticas de mínima complejidad: \$ 3.100.-
- Prácticas de baja complejidad: \$ 6.100.-
- Prácticas de mediana complejidad: \$ 10.800.-
- Prácticas de alta complejidad: \$ 18.300.-
- Prestaciones odontológicas: \$ 12.000.- (por consulta)
- Prestaciones odontológicas menores de 15 años: \$ 6.000.- (por consulta)
- Obturaciones – Caries / Profilaxis dental / Tratamiento de encías / Prácticas específicas odontopediatría: \$ 12.000
- Tratamiento de conducto: \$ 15.000
- Radiografía periapical: \$ 6.000
- Radiografía media seriada / Seriada completa / Panorámica: \$ 18.000

Los valores de los coseguros asociados a cada prestación médica, serán debida y fehacientemente



informados a los beneficiarios y/o usuarios al momento de la afiliación. La variación de los valores de los coseguros en el transcurso de la afiliación serán informados de manera fehaciente con una antelación de TREINTA (30) días a los beneficiarios y/o usuarios. (Art. 3 Resolución 1926/2024)

## Óptica

Cobertura del 100 % exclusivamente para menores de 15 años inclusive de un par de anteojos estándar por año calendario.

Para acceder a este beneficio usted deberá concurrir directamente a las ópticas contratadas, que constan en la presente cartilla, presentando la orden emitida por un médico especialista, credencial y documento de identidad.

Para aquellas provincias que no cuentan con sucursales contratadas, la cobertura se realizará con la modalidad de pronto pago contra presentación de presupuesto

## Ortopedia

### AMBA

Concurra directamente a la ortopedia contratada, presentando la orden extendida por el profesional perteneciente al centro de atención de la presente cartilla, credencial y documento de identidad

***Nota: Provisión de elementos de ortopedia según normas vigentes.***

### INTERIOR

Para aquellas provincias que no cuentan con sucursales contratadas, la cobertura se realizará con la modalidad de pronto pago contra presentación de presupuesto

## VACUNAS

### AMBA


Se brinda únicamente en los Centros habilitados de Vacunación:

PROTEGER de la Fundación Dr. Mario Socolinsky.

El PMI contempla las Vacunas del Calendario Oficial de Vacunación, al 100 % hasta los tres años de vida.

### Centros de Vacunación





Para acceder a este Servicio, el afiliado deberá presentar receta extendida por un profesional Médico, perteneciente a los Centros de Atención de la presente cartilla, Credencial de OSLERA y Documento de Identidad, únicamente en los Centros habilitados de Vacunación: PROTEGER, en la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Cobertura de Vacunas Plan Materno Infantil (PMI): La cobertura será del 100 % para las vacunas de calendario oficial exclusivamente.

Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV): Cobertura del 100 % exclusivamente para niñas y niños, en dos dosis: a los 11 años y a los 6 meses de la primera aplicación.

## **INTERIOR**

Para acceder a este Servicio, el afiliado deberá presentar receta extendida por un profesional Médico, Credencial de OSLERA y Documento de Identidad, únicamente se expenderá en las farmacias de la Red Oslera.

***La actualización de la cartilla es permanente en su versión on line.***

## **Programa de Prevención Materno Infantil**

Responsable del Programa de Prevención Materno Infantil:

Dra. Roxana Poteralla (Pediatría)  
Dr. Juan Pablo Berazategui (Neonatología)  
Dra. Fernanda Ferrer (ginecología y obstetricia)

Lugar de atención:

Centro ambulatorio de Sanatorio Anchorena San Martín  
Juárez 4178, Villa Lynch - PBA  
Centro Médico Accord Recoleta  
Azcuénaga 1014 - CABA

Acceso:

Consulta a médico pediatra u obstetra por medios de:

Call-center: 0810-888-8646  
Página web: <https://www.oslera.com.ar>

Población:

Comprende a las embarazadas y a los niños hasta los 3 años de edad.

### OBJETIVO GENERAL

Promover la salud integral de la mujer embarazada y el recién nacido hasta los 3 años de edad.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Salud Materna:

Promover la realización de los controles periódicos necesarios durante el embarazo, que garantizarán su buena evolución y la salud del bebé en gestación.

Detectar precozmente y tratar en forma oportuna los problemas de salud prevenibles durante el embarazo, por ej.: Hipertensión Arterial, Diabetes gestacional, anemia y enfermedades infecciosas.

Disminución de la mortalidad materna en todo el país, detección precoz de factores de riesgo.

Detección y tratamiento precoz de la anemia por déficit de hierro de la embarazada.

Vacunación antitetánica al 100% de las embarazadas en el 5º mes de gesta (primera dosis para la paciente no vacunada o con vacunación vencida).

Control odontológico y topicación de flúor.

Pautas dietéticas a fin de una buena alimentación. En el primer trimestre estimulación a la alimentación en base a una dieta equilibrada, balanceada y protectora.

Salud del niño

Se brinda cobertura de atención del recién nacido hasta los 3 años de edad. Cobertura del 100% tanto en internación como en ambulatorio y en medicación. Esta cobertura comprende las prestaciones incluidas en la Ley N° 26279, es decir la realización peri-neonatólogica de los estudios para detección de: fenilketonuria, hipotiroidismo congénito, enfermedad fibroquística, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, retinopatía del prematuro, chagas y sífilis en el recién nacido.

Promover la lactancia materna hasta el sexto mes.

Prevenir las anemias ferropénicas en los menores de 2 años.

Promover las inmunizaciones de cada período.

Desarrollo de programa de difusión, promoción y prevención de enfermedades prevalentes como afecciones respiratorias, diarrea y alimentación saludable.

Control pediátrico, para la confección de una libreta sanitaria donde se consignará peso, talla, inmunizaciones, tratamientos, etc.

Realizar a todo niño que nace el tamizaje auditivo, con Otoemisiones Acústicas, con 100% de cobertura en la práctica, según la Ley Nº 25415. La discapacidad auditiva disminuye si la hipoacusia es tratada temprana y correctamente, aprovechando la capacidad de detección precoz y potenciando la posibilidad de realizar una intervención oportuna.

### **Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino**

Responsable del Programa Prevención del Cáncer de Cuello Uterino:

Dra. Beatriz Videla Rivero

Lugar de atención:

Centro Médico Caballito  
Rosario 466 - CABA  
Centro Médico Accord Recoleta  
Azcuénaga 1014 - CABA

Acceso:

Solicitar consulta a ginecólogas/os en:

Call-center: 0810-888-8646

Página web: <https://www.oslera.com.ar>

Población:

Este programa abarca a las mujeres desde el inicio de relaciones sexuales, sin límite de edad o mayores de 18 años sin límite de edad superior garantizando un PAP anual independientemente su resultado.

#### OBJETIVO GENERAL

Controlar la morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello de útero.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Promover la aplicación al 100% de la vacuna de HPV en niñas y niños de 11 años, en dos dosis: la primera a los 11 años y la segunda a los 6 meses de la primera aplicación.

Captar en forma oportuna y adecuada a las beneficiarias para su control periódico de salud a partir del inicio de relaciones sexuales.

Realizar examen ginecológico y toma de muestra de Papanicolaou según guías de práctica clínica.

Promover estilos de vida saludables en la población.

Detección de lesiones premalignas en el cérvix.

Diagnóstico de enfermedades infecciosas ginecológicas.

Educación sobre las enfermedades de transmisión sexual.

Promover la implementación de un modelo de atención integral, con énfasis en acciones preventivas.

Desarrollar estrategias de prevención primordial y medidas de auto cuidado en la mujer.

### **Programa de Prevención de Cáncer de Mama**

Responsable del Programa Prevención del Cáncer de mama:

Dra. Carla Guscelli

Lugar de atención:

Centro Médico Accord Recoleta  
Azcuénaga 1014 – CABA  
Centro Médico Accord Monserrat  
Perón 1148 - CABA

Acceso:

Solicitar consulta con médico/a ginecólogo/a o especialista en patología mamaria:

Call-center: 0810-888-8646  
Página web: <https://www.oslera.com.ar>

Población:

Todas las mujeres a partir de los 20 años.

### OBJETIVO GENERAL

Realizar diagnóstico temprano y controlar la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la población femenina.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar examen mamario y mamografía en forma anual / bianual según corresponda a las mujeres a partir de los 35 años y sin tope máximo de edad.

Efectuar los procedimientos necesarios para la detección y el diagnóstico de la patología mamaria basándonos en mamografía digital y ecografía mamaria.

Contar con un procedimiento de rastreo y contacto para acortar los tiempos al diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con mamografías BIRADS 4 y 5.

Acceso rápido a especialistas en patología mamaria u oncólogos

Efectuar tratamientos quirúrgicos o quimioterápicos según corresponda en los tiempos adecuados.

Promover estilos de vida saludables en la población.

## **Programa de Prevención de Cáncer de Colon**

Responsable del programa:

Dr. Leonardo Di Paola

Dr. Adolfo Savia

Lugar de atención:

Instituto Quirúrgico del Callao  
Av. Callao 499 - CABA

Acceso:

Solicitar turno para consulta con medico/a clínico/a o gastroenterólogo/a:

Call-center: 0810-888-8646  
Página web: <https://www.oslera.com.ar>

Población:

Personas mayores de 45 años sin antecedentes familiares de cáncer de colon o mayores de 30 años con antecedentes en primera relación de cáncer de colon. Edad de finalización del programa: 75 años

OBJETIVO GENERAL:

Reducir la morbilidad y mortalidad del cáncer de colon por medio de la detección temprana y el tratamiento adecuado.

## OBJETIVO ESPECIFICO

Efectuar comunicación a los/as afiliados/as de la relevancia de la detección temprana de lesiones premalignas y malignas.

Definir la estrategia de detección considerando las preferencias del afiliado.

Contar con los test no invasivos (sangre oculta en materia fecal) e invasivos (video colonoscopia).

Reducir los tiempos de diagnóstico y tratamiento de pacientes con alta sospecha de malignidad endoscópica.

Completar el tratamiento primario (cirugía o quimioterapia) en tiempos adecuados con la menor morbilidad posible.

## **Programa de Prevención Odontológica**

Responsable del Programa:

Odontopraxis Americana s.a.

Lugares de atención:

Talcahuano 837 – CABA

Membrillar 74 Piso 2 Of 305 - CABA

Acceso:

Coordinación telefónica previa, para el ingreso al Programa:

Teléfono 7090-0099 lunes a viernes de 10 a 17 hs.

Vía e-mail a [recepcion@odontopraxis.com.ar](mailto:recepcion@odontopraxis.com.ar)

Población:

Toda la población beneficiaria en especial las embarazadas y menores de 18 años.

## OBJETIVO GENERAL

Concientizar sobre la importancia de la prevención y evaluación de la salud bucal, considerando su actitud como agente multiplicador en el seno familiar.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimular la consulta periódica para reducir el número de caries no tratadas y extracciones; incrementando las prácticas preventivas y conservadoras.

Capacitar a los beneficiarios sobre la Técnica correcta de cepillado de encías y piezas dentarias; como principal elemento de prevención.

Orientación nutricional con el objeto de racionalizar el consumo de productos causantes de caries.

### **Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable**

Responsable del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable:

Dra. Beatriz Videla Rivero (ginecología)

Dra. Valeria Proto (Adolescencia)

Lugar de atención:

Centro Médico Accord Recoleta  
Azcuénaga 1014 - CABA

Acceso:

Solicitar consulta con médico/a ginecólogo/a o adolescencia en:

Call-center: 0810-888-8646

Página web: <https://www.oslera.com.ar>

Población:

Está dirigido a toda la población de mujeres y hombres desde la pubertad y sin tope máximo de edad.

#### OBJETIVO GENERAL

Promover el auto cuidado y el conocimiento adecuado sobre salud sexual y procreación responsable por parte de la población beneficiaria, la planificación familiar, y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Promover los diferentes métodos anticonceptivos según las necesidades de cada caso en particular, con el asesoramiento del profesional tratante.

Disminuir los embarazos a edad temprana.

Disminuir la cantidad de embarazos no deseados y de alto riesgo.

Disminuir las variables de riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Cumplimiento de la Ley de contracepción (Ley 26.130) de cobertura de ligadura de trompas y vasectomía.

Cobertura de Anticoncepción hormonal (AHE) según Resolución Nº 232/07.

El Implante Subdérmico, como método anticonceptivo con cobertura 100%, incluyendo todas las presentaciones existentes en el mercado según resolución Nº 201/02 (Ley 25673).

