

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 Nº 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

Autorizaciones

Para acceder a todas las prestaciones médico 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 brindara previa presentacion de la orden medica.

La obra social a traves de su auditoria solicitara presupuestos a los prestadores en plaza de la zona de residencia del afiliado, emitirá la orden de autorizacion 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 traves de la Red de Medicina Reproductiva y Molecular PROCREARTE, en sus sucursales a nivel nacional.

Cionsule en su pagina web la sucursal mas cercana a su zona en <https://procrearte.com/>.

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

Medicamentos ambulatorios

La prescripción médica y odontológica (De acuerdo con la Ley Nº 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 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 Auditoria Médica)	
• IDPP4: Vildagliptin, Sitagliptina (solas o combinadas)	

Insulinas	
• Insulinas Humanas: Regular, NPH (No requieren Auditoria Médica)	
• Análogos de insulina (Deberá presentar el Formulario para solicitar excepciones por Diabetes).	
a. Rápidas: Lispro, Glulisina y Aspártica.	
b. De acción prolongada: Detemir, Glargina U100 y U300, Degludec.	
c. Premezclas	

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 Auditoria.
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 Hipoglucemante 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

2º Para la prescripción, comuníquele 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 corresponda, 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.

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. 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

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.

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, 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 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 N0 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:

<ul style="list-style-type: none">• Apremilast• Adalimumab• Certolizumab pegol• Golimumab	<ul style="list-style-type: none">• 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 del crecimiento

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
- INFILIXIMAB

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), 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.
- 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 corresponiere, 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)
- Fingolimod
- Interferón beta 1a
- Interferón beta 1b
- Teriflunomida

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, comuníquele 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, comuníquele 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, comuníquele 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 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, comuníquele 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

Climédica
Saavedra 1039
Tel. 4943-0183/1497
repcion@climedica.com.ar

Hospital Sirio Libanes
Campana 4658 tel: 4574-4343
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

Centro Oftalmológico de Diagnóstico
Pte. José E. Uriburu 29
Tel. 4127-0500
Exclusivamente Oftalmología Adultos e Infantil
facturacion@codnegri.com.ar

Clínica de Microcirugía
Tte. Gral. Juan Domingo
Perón Tel. 4372-7248/5286
Exclusivamente urgencia otorrinolaringológica
cmicrocirugia@gmail.com

Gran Buenos Aires

Clínica Espora
Av. Espora 645 – Adrogué tel.
4293-1260/7070
admision@clinicaespora.com.ar

Clínica Privada del Buen Pastor
Av. Mosconi 1716 – Lomas del Mirador
Tel. 4616-8800
internaciones@climo.com.ar

Hospital Privado Modelo
Av. General Julio A. Roca 1811 - Florida
Tel. 4796-3400
direccion@hpmsa.com.ar

Sanatorio Modelo de Caseros
Lisandro Medina 2285 – Caseros
Tel. 4716-3200/3210 4759-1590/1690/1790
gerencia@sanatoriomodelo.com.ar

Clínica Privada San Vicente
Sarmiento 901 - San Vicente
Tel. 02225-483388
repcioncpsv@hotmail.com

Instituto Médico Agüero (IMA)
Azul 1831 - Morón
Tel. 4645-9000
admision.amb@imasalud.com.ar

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

BUENOS AIRES

Azul

SANATORIO AZUL S.A

AVENIDA MITRE 943

Tel. 02281 422670/423-401

direccion@sanatorioazul.com.ar

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ÁNGEL

PINTOSAMADO DIAB N° 270

Tel. 02281 434164/434-143

admisionhospitalpintos@gmail.com

HOSP.ZON.ESP.MAT-INFANTIL ARGENTINA DIEGO

ADOLFO PRAT N° 521

Tel. 02281 424150

obrassoc-hzdiego@ms.gba.gov.ar

Alberti

HOSPITAL MUNICIPAL N SEÑORA DE LA MERCED

J I ARIAS 306

Tel. 23646470142

internacioneshospi.alberti@gmail.com

Arrecifes

HOSPITAL MUNICIPAL SANTA FRANCISCA

AV DR. CARLOS MERLASSINO 791

Tel. 02478 451319

hsfrarrecifes@hotmail.com

Balcarce

HOSPITAL MUNICIPAL SUBZONAL DE BALCARCE

19 N 926

Tel. 02266-422017

fos_secretariaguardia@yahoo.com

Bahía Blanca

HOSPITAL REGIONAL ESPAÑOL

ESTOMBA 571

Tel. 0291 4595555

ambulatorioohre@gmail.com

HOSPITAL INTERZONAL DR. JOSÉ

PENNA AVENIDA LAÍNEZ 2401

Tel. 0291 4593600

direccion-penna@ms.gba.gov.ar

HOSPITAL MUNICIPAL DR. LEÓNIDAS

LUCERO ESTOMBA 968

Tel. 0291 4598484

rominagallardo@hmabb.gov.ar

FRESENIUS MEDICAL CARE ARGENTINA

MISIONES 120

Tel. 0291 4551431

ar-adm-bahiablanca@fmc-ag.com

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

Baradero

SANATORIO OSPREM DE SAMI BARADERO
AVENIDA RENE SIMÓN 910
Tel. 03329 480108
admissionsanatorioosprem@gmail.com

Brandsen

HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO CARAM
RUTA PCIAL 29 KM 1 ½
Tel. 02223 442774
HOSPITAL@BRANDSEN.GOB.AR

25 de Mayo

HOSPITAL SATURNINO UNZUÉ
CALLE 36S/N
Tel. 2345464849
htalunzue@gmail.com

HOSPITAL ZONAL GRAL. DE AGUDOS JULIO
VEDIATOMAS COSENTINO1223
Tel. 2317422196
samo-vedia@ms.gba.gov.ar

9 de Julio

CLÍNICA INDEPENDENCIA S.A.
H. YRIGOYEN1068
Tel. 02317431038/95
clinicaind2018@gmail.com

Campana

CLÍNICA DELTA S.A.
SARMIENTO 154
Tel. 03489 434600
convenios@clinicadeltasa.com.ar

Bragado

AV. HERMANOS ISLAS1455
Tel. 2342422169
bragadohospital@yahoo.com

Capitán Sarmiento

HOSPITAL SAN CARLOS
AV SAN MARTIN 450
Tel. 02478 481787
hsc1facturacion@gmail.com

Carlos Casares

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JULIO F
RAMOSACCESO J F RAMOSS/N
Tel. 2395452209
facturacion@casares.gob.ar

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

Carlos Tejedor

HOSPITAL GARRE
GARRE 950
Tel. 2357420103
hospital_ta@hotmail.com

Colon

HOSPITAL MUNICIPAL EDUARDO MORGAN
BV 50 N.574
Tel. 02473 430416
hospitalcolon@gmail.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

Dolores

SANATORIO REGIONAL DOLORES SA
VUCETICH N° 450
Tel. 02245 444555
SANATORIO.REGIONAL@YAHOO.COM

Chacabuco

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
AV GARAY Y AV COLON
Tel. 2352430828
hospmunicchacabuco@yahoo.com.ar

SANATORIO DOLORES SRL
BUENOS AIRES N° 495
Tel. 002245 442240
SANATORIODOLORES@YAHOO.COM.AR

SANATORIO CHACABUCO
ITALIA585
Tel. 23652432732
info@sanatoriochacabuco.com.ar

HOSP.MUN.DE LA FUENTE- MUNIC DE GRAL.
BELGRANO AVDA. ESPAÑA N° 325
Tel. 02243 452148
VALERIASCHONSEL@YAHOO.COM

Chivilcoy

HOSPITAL CHIVILCOY
AV HIJAS DE SAN JOSE 31
Tel. 2346423210
facturacionhospital@chivilcoy.gob.ar

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

General Juan Madariaga

HOSPITAL MUNICIPAL JUAN MADARIAGA
Calle Buenos Aires SN
Tel. (02267) 424366
hospital@madariaga.gob.ar

General Viamonte

HOSPITAL GRAL.
VIAMONTE 6 DE
AGOSTO 627
Tel. 2358442290
info@generalviamonte.cob.ar

General Las Heras

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PEDRO AROZARENA - GRAL.
LAS HERAS
Av. Chiocconi 321
Tel. 0220 476-1000
facturacion@hospital.gobiernodelasherias.com

General Villegas

HOSPITAL GRAL.
VILLEGAS DR. ENRIQUE
STURIZS/N Tel.
2288421044
hospitalgvillegas.art@gmail.com

General Rodríguez

CLÍNICA PRIVADA CENTRO S.A.
AVENIDA ESPAÑA 352
Tel. 0237 4841904
clinicacentrointernaciones@hotmail.com

CLÍNICA MODELO S.A.
NECOCHEA Y VIEYTES
Tel. 3388421181
info@mederi.com.ar

Junín

CLÍNICA CENTRO MEDICO PRIVADO SRL
QUINTANA 249
Tel. 02364-440510
info@clinicacentrojunin.com.ar

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS VICENTE
LÓPEZ Y PLANES
Av. 25 de Mayo s/n
Tel. 237-4840022 / 4840023
samovicentelopez@hotmail.com

CLÍNICA MEDICO QUIRÚRGICA SANATORIO JUNÍN SA
ALMAFUERTE 68
Tel. 2364433058
info@sanatoriojunin.com

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

HOSPITAL INTERZONAL DR. A PIÑERO
LAVALLE 1084
Tel. 236-4432655
hospitalinterzonaljunin@gmail.com

HOSPITAL ROSSI
Calle 37 nro. 183
Tel. 2214828821
ce_fasano@yahoo.com.ar

La Plata

SANATORIO SAN JOSÉ DE VILLA ELISA PCIA DE
BUENOS AIRES
Calle 55 nro. 801
Tel. 2214730266
sanjosevillaelisa@gmail.com

SANATORIO LOS TILOS
Calle 41 nro. 347
Tel. 2214834151
sarzuaga1@gmail.com

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA
Calle 14 nro. 1631
Tel. 2214535901
smludovika@ms.gba.gov.ar

HOSPITAL SAN MARTIN
Calle 1 y 70
Tel. 2214211120
hsmartin@ms.gba.gov.ar

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
Calle 27 nro. 70
Tel. 2214575454
direccion-sjdi@ms.gba.gov.ar

Las Flores

HOSPITAL SUBZONAL GRAL. DE LAS FLORES
INTENDENTE ABEL GUARESTE N°0
Tel. 02244 452883
DIRECCION-HLASFLORES@MS.GBA.GOV.AR

Lincoln

CLÍNICA OESTE DE LINCOLN
MITRE 340
Tel. 2355422173
clinicaeestesa@hotmail.com

HOSPITAL DR. RUBÉN
MIRAVALLE AV SAN
LORENZO 2007
Tel. 2355431609
hospital@lincoln.gob.ar

Lobería

HOSPITAL MUNICIPAL GASPAR M. CAMPOS
AV. SAN MARTIN N° 1150
Tel. 02261 442105
facturacionloberiahospital@gmail.com

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

Lobos

HOSPITAL GENERAL ZONAL DE AGUDOS DE LOBOS
MASTROPIERRO S/N
Tel. 02227 421212
ADMINISTRACION-HLOBOS@MS.GBA.GOV.AR

HOSPITAL MATERNO INFANTIL VICTORIO TETAMANTI
MAR DEL PLATA
Castelli 2450
Tel. (0223) 4991100
hiemitetamanti@gmail.com

Lujan

CLÍNICA Y MATERNIDAD SAN JOSÉ OBRERO
FLANDES Y SAN MARTIN
Tel. 02323 497255
internacion@clinicasanjose.com.ar

SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN "LA LUSIDAL"
España 1682
Tel. (0223) 4721259
med.general.sia@gmail.com

HOSPITAL MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DE LUJAN
SAN MARTIN 1750
Tel. 02323 423333
internacionhospital@lujan.gov.ar

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "DR.
OSCAR E ALENDE"
Avenida Juan B Justo 6701
Tel. (0223) 4495624
direccion-alende@ms.gba.gov.ar

Mar Chiquita

CLÍNICA DEL NIÑO Y LA FAMILIA
Colon 2749
Tel. (0223) 4990600
guardia@cnf.com.ar

HOSPITAL MUNICIPAL EUSTAQUIO ARISTIZABAL
CORONEL VIDAL
Belgrano 252
Tel. (02265) 432332
facturacionhospitalvidal@hotmail.com

Maipú

SANATORIO BELGRANO
Belgrano 4329
Tel. (0223) 4991900
autorizaciones.sanbelgrano@gmail.com

HOSPITAL DE MAIPÚ RAÚL MONTALVERNE
Lavalle entre Alem y Tucumán
Tel. (02268) 430602
hospitalmaipu@hotmail.com

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

Mar de Ajo

CLÍNICA SAN BERNARDO

Garay 336

Tel. 0800- 666-0666

repcion@clinicasanbernardo.com.ar

CLÍNICA SAN MARTIN DE PORRES MAR DE AJO

Avenida Libertador San Martín 1040

Tel. (02257) 420911

clinporres@hotmail.com

Miramar

INSTITUTO MEDICO PRIVADO MITRE

Mitre 1146

Tel. (02291) 421149

ipmitre_convenio@outlook.com.ar

Navarro

HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA – NAVARRO

Avenida 9 de Julio 750

Tel. 02272 43-0668

admisionhospital@navarro.gob.ar

Necochea

HOSPITAL MUNICIPAL DR. EMILIO FERREYRA

59 N° 4801

Tel. 02262 42-5733

facturacionferreyra@hotmail.com

Olavarría

SANATORIO CEMEDA

AVENIDA TRABAJADORES N° 3385

Tel. 02284 440101

EMERGENCIACEMEDA@YAHOO.COM.AR

Pergamino

CLÍNICA PERGAMINO S.R.L

AV DE MAYO N. 1115

Tel. 02477 432004

administracion@clinicapergamino.com.ar

CLÍNICA CENTRO S.A

PUEYRREDÓN 840

Tel. 02477 436701

clc centro22@gmail.com

CLÍNICA GENERAL PAZ

FLORIDA 858

Tel. 02477 423487

clinicageneralpazsa@hotmail.com

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS SAN JOSÉ

BV LINIERS 979

Tel. 02477 429799

admisioninternacion-hsjose@ms.gba.gov.ar

HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ IRURZUN QUEQUÉN

541 N° 3550

Tel. 02262 45-0052

facturacionirurzun@necochea.gov.ar

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

Pehuajó

CLÍNICA DEL OESTE SA
BARTOLOMÉ MITRE 165
Tel. 2396473228
gerencia@clinicadeloestesa.com.ar

HOSPITAL DE PEHUAJÓ
DEAN FUNES 56
Tel. 2396479552
tsocialeshospip_pehuajo@hotmail.com

Pinamar

CLÍNICA DEL BOSQUE
Del Pejerrey 1305
Tel. (02254) 401652
clinicadelbosquedepinamar@gmail.com

Rojas

HOSPITAL SATURNINO E UNZUÉ
AV 25 DE MAYO 717
Tel. 02475 465316
administracion.hospital@rojas.gov.ar

Saladillo

HOSPITAL ZONAL GRAL. DR. POSADAS –
SALADILLO EMPARANZA N° 2753
Tel. 02344 453044
HOSPITALPOSADAS@MS.GBA.GOV.AR

Salto

HOSPITAL MUNICIPAL JUAN DOMINGO PERÓN
BERNARDINO ESPERANZA 480
Tel. 02474 425083
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

Santa Teresita

HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTA TERESITA
Avenida 41 y 16
Tel. (02246) 420381
hst107ld@gmail.com

San Nicolas

FUND. DE ASIST. MEDICO INTEGRAL Y CIENTÍFICA DEL
SANAT
Mitre 594
Tel. 0336-4436800-4450303
convnios@fnsr.com.ar

San Pedro

SANATORIO COOPSER
SAN MARTIN 465
Tel. (03329) 420995/4
internacion@sanatoriocoopser.com.ar

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

HOSPITAL SUBZONAL DR. EMILIO RUFFA

M. Auli 107

Tel. 03329 42-5207

direccionhospital@sanpedro.gov.ar

San Andrés de Giles

HOSPITAL MUNICIPAL DE SAN ANDRÉS DE GILES

Acceso A Au Pres. Cámpora 1399

Tel. 02325 44-2125

hospitalgiles@gmail.com

San Antonio de Areco

HOSPITAL EMILIO ZERBONI - SAN ANTONIO DE ARECO

Moreno 90

Tel. 02326 45-2759 / 452345

hospzerboni@hotmail.com

San Clemente del Tuyu

HOSPITAL DE SAN CLEMENTE DEL TUYU

Avenida San Martín 505

Tel. (02252)421132

107hospitalsc@gmail.com

Tandil

SANATORIO TANDIL SA

SARMIENTO 770

Tel. 0249 4442870

internaciones@sanatoriotandil.com.ar

Trenque Lauquen

HOSPITAL DR. PEDRO T

ORELLANOCARTELLI 150

Tel. 2392410511

hospitalorellana@outlook.com

Villa Gesell

HOSPITAL DE VILLA GESELL

Avenida 8 nro. 2299

Tel. (02255) 470568

gesellhospital@gmail.com

CLÍNICA DEL SOL VILLA GESELL

Avenida 3 nro. 3014

Tel. (02266) 466466

clinicadelsolvg@gmail.com

Zárate

CLÍNICA DEL CARMEN S.R.L

RIVADAVIA 585

Tel. 03487-422565

tirso.sanchez@clinicadelcarmen.com.ar

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

CATAMARCA

SANATORIO PASTEUR
Chacabuco 675
Tel. 0383 4432000

admision1@sanatoriopasteur.com.ar

HOSPITAL DR. EMILIO FEDERICO RODRÍGUEZ
ALMIRANTE BROWN N° 551
Tel. 0364-4480140/4482011
hospi_quitilipi@hotmail.com

CHACO

SANATORIO LOMA LINDA S.R.L.
RUTA 16 Y 95
Tel. 0364-4422170/4420012
internacioneslomalinda@outlook.com.ar

HOSPITAL ISAAC WAISMAN
MARIANO MORENO S/N
Tel. 03731-480113
recgastosp@hotmail.com.ar

CLÍNICA AVENIDA

AV. SARMIENTO N° 293
0364-4421925
internaciones@clinicaavenida.com.ar

HOSPITAL GENERAL GÜEMES
AV. GÜEMES N° 935
Tel. 0364-4471006
recgastosp@hotmail.com.ar

SANATORIO CENTRAL DE SALUD S.R.L.
25 DE MAYO N° 625
Tel. 03735-422797/422418
sanatoriocentralva@gmail.com

HOSPITAL JORGE VÁZQUEZ
CHILE N° 850
Tel. 0364-4461159
recgastosp@hotmail.com.ar

CLÍNICA BENEGAS
COMANDANTE FONTANA S/N
Tel. 03725-496236
gerenciacmgr@gmail.com

HOSPITAL PEDRO SALICA
JUAN M. DE ROSAS S/N
03735-497016
recgastosp@hotmail.com.ar

CLÍNICA SAN RAMON S.R.L.
CHILE N° 480
Tel. 03725-420263/420569
cmedicosm@gmail.com

HOSPITAL DR. EZEQUIEL PAULINO MORANTE
CALLE 9 S/N
Tel. 0364-4491110
recgastosp@hotmail.com.ar

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

CENTRO DE SALUD HTAL. DR. ENRIQUE DE LLAMAS
MARIANO CASTELLS N° 420
Tel. 03731-420070/421507
recgastosp@hotmail.com.ar

HOSPITAL DR. MORENO DIAZ SETUVI
SARMIENTO N° 699
Tel. 03735-492200
recgastosp@hotmail.com.ar

HOSPITAL SANTA ROSA
SAN MARTIN S/N
Tel. 03877-495019
recgastosp@hotmail.com.ar

HOSPITAL MANUEL BELGRANO
SARMIENTO N° 98
Tel. 03731-470006
recgastosp@hotmail.com.ar

HOSPITAL DR. ANDRÉS DIAZ Y PEREIRO
ANTÁRTIDA ARGENTINA N° 435
Tel. 0364-4470162
recgastosp@hotmail.com.ar

HOSPITAL JOSÉ INGENIEROS
SARGENTO CABRAL N° 245
Tel. 03735-496431
recgastosp@hotmail.com.ar

HOSPITAL 9 DE JULIO
AV. ARBO Y BLANCO S/N
Tel. 03731-460034
recgastosp@hotmail.com.ar

SANATORIO SAGRADA FAMILIA
Avenida Italia 266
Tel. 0362-4411969
redpachacoute@yahoo.com.ar

HOSPITAL DR. ARTEMIO ZENO
AV. DEL AGRICULTOR S/N
Tel. 03735-495136
recgastosp@hotmail.com.ar

HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. AVELINO LORENZO CASTELÁN
Hipólito Irigoyen N°800-850
Tel. 0362-4441477
recupgastos_hospitpediatrico@hotmail.com

HOSPITAL ALMIRANTE BROWN
PLANTA URBANA
Tel. 0364-4497251
recgastosp@hotmail.com.ar

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

CHUBUT

CLÍNICA DEL VALLE COMODORO RIVADAVIA
Alsina 656
Tel. 2974061001
info@clinicadelvalle.com.ar

HOSPITAL SANTA TERESITA DE RAWSON
Roca 555
Tel. 280481260

HOSPITAL ZONAL DE TRELEW
28 DE JULIO 434
Tel. 2804427560
contactohospitaltrelew@gmail.com

HOSPITAL RURAL GAIMAN
Belgrano s/n – GAIMAN
Tel. 2804491002

SANATORIO TRELEW
PECORARO 460
Tel. 2804432711
zaidasanatoriotrelew@gmail.com

SANATORIO DE LA CDAD.
Laprida 42
Tel. 280-4451270
autorizaciones@sanatoriodelaciudad.com

CLÍNICA SAN MIGUEL
EDISON 430
Tel. 2804420985
admision@clinicasanmiguelweb.com

HOSPITAL ANDRÉS ISOLA
Agustín Pujol 251
Tel. 280-444 51999
hospitalpuertomadryn@live.com.ar

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE RAWSON
Pedro Martínez 45
Tel. 2804481101
institutocardiovascularrawson@hotmail.com

SEP SRL
Sarmiento 125
Tel. 280-4450700
sep@sep.com.ar

IDECH
28 De Julio 671
Tel. 2804421320
cimautorizaciones@gmail.com

CLÍNICA SANTA MARÍA
Mitre 643
Tel. 280-4472548
santamariafacturacion@gmail.com

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

CÓRDOBA

POLICLÍNICO SAN LUCAS

MITRE 930

Tel. 0358 467 5600

admision@policlinicosanlucas.com.ar

SANATORIO SAN JOSÉ CLÍNICA PRIVADA SRL

LAS HERAS N° 160

Tel. 03572-456751

sanatorio.internaciones@gmail.com

CLÍNICA PASTEUR SRL

25 DE MAYO N.º 646

Tel. 03572-470155

clinicapasteursrl@gmail.com

CLÍNICA ESPECIALIDADES

CORRIENTES 733

Tel. 0353 4646500

info@clinicaespecialidades.com

CLÍNICA MARAÑÓN

CATAMARCA 1364

Tel. 0353 4523119

administracion@clinicamaranon.com

SANATORIO DE LA CAÑADA

LARRABURE 1466

Tel. 0353 4618900

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

CLÍNICA UNIÓN

HIPÓLITO IRIGOYEN 325

Tel. 03537 425557

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

CLÍNICA DE LA CAÑADA RÍO TERCERO

LAVALLE 45

Tel. 3571434200

facturacion.r3@geanet.com.ar

CLÍNICA PRIVADA SANTA MARÍA SRL

ALBERDI 347

Tel. 3571471621

administracion@clinicastamaria.com.ar

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

CLÍNICA PRIVADA DEL SOL S.R.L

CHACABUCO 705

Tel. 3515680600

sugerencias@clinicadelsol.com.ar

CLÍNICA REGIONAL DEL ESTE S.R.L.

Corrientes 291

Tel. 03564-438000/438100

admision@clinicaregional.com

COSEME SA (SANATORIO ACONCAGUA)

RONDEAU 455

Tel. 3514426300

aconcagua.comunicacion@gmail.com

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

Bv. 25 de Mayo 2690

Tel. 03564-423117

admision@sanatoriosanjusto.com

CIPREM SRL (SANATORIO FRANCES)

JOSÉ BAIGORRI 749

Tel. 3515611300

ciprem.sanatoriofrances@gmail.com

CORRIENTES

CLÍNICA DEL PILAR S.A.

SAN MARTIN 555

Tel. 0379-4426419

internacionelpilar@gmail.com

AOS S.R.L. (SANATORIO DE LA CAÑADA)

AV PUEYRREDÓN 650

Tel. 3514141142

info@sanatoriodelacanada.com.ar

CLÍNICA DEL NIÑO S.A.

BELGRANO 1774

Tel. 03794-434714

clinicadelninosa@hotmail.com

DIAG.POR IMÁGENES CONCI CARPINELLA SRL

SANTA ROSA 748

Tel. 3514140700

secretariacirugia@concicarpinella.com.ar

HOSPITAL PEDIÁTRICO JUAN PABLO II

AV ARTIGAS 1435

Tel. 03794-475300

contacto@hospitaljuanpablo.gob.ar

SANATORIO ARGENTINO S.R.L.

Iturraspe 1321

Tel. 03564-422224/423777

admision@sanatorioargentino.org

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

ENTRE RÍOS

CLÍNICA URUGUAY

Galarza 574

Tel. (03442) 425928 421131

clinicauruguaysrl@gmail.com

CLÍNICA MODELO

San Martín 1238

Tel. (0343) 423-1200

mesaentradas@clinicamodelosa.com.ar

INSTITUTO MEDICO QUIRÚRGICO GARAT

Veiga 660

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

admisiongarat@gmail.com

SANATORIO LA ENTRERRIANA

Buenos Aires 550

Tel. (0343) 420-0500

contacto@slaentrerriana.com.ar

CENTRO MEDICO SAN LUCAS

URQUIZA 513

Tel. 03446-430500

natalianazer15@gmail.com

SANATORIO URQUIZA

ESPAÑA 950

Tel. 03435-421163

surquizasrl@hotmail.com

SANATORIO MEDICO QUIRÚRGICO COLON

ARTIGAS 211

Tel. 03447-421212

recepction@smqsa.com.ar

CLÍNICA DE LA UNIÓN

AV. SIBURI Y SÁENZ PEÑA

Tel. 03456-421985

clinicadelaunion@gmail.com

CLÍNICA MAYO

9 DE JULIO 1085

Tel. 03437-422237

clinicamayolapaz@hotmail.com.ar

SANATORIO SANTA ELENA

EVA PERÓN 537

Tel. 03437-480545

sanatoriosantaelena@yahoo.com.ar

CLÍNICA BOVRIL

JUAN XXIII 168

Tel. 03438-421325

clinicabovril@yahoo.com.ar

CLÍNICA BIOMÉDICA

ANTELO Y ANDERSON

Tel. 03454-421008

clinicabiomedica@hotmail.com

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

CLÍNICA CENTRAL

URQUIZA 206

Tel. 03445-421966

repcion.clinicacentralsrl@gmail.com

INSTITUTO MEDICO QUIRÚRGICO 3 DE DICIEMBRE

MITRE 1501

Tel. 03704-426358

imqtresdediciembre@hotmail.com

SANATORIO AMERICANO

RIVADAVIA 360

Tel. 03455-421370

admisionsana@gmail.com

JUJUY

SANATORIO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

BELGRANO 340

Tel. 0388-4224848 / 0388-4231086

info@sanatoriodelrosario.com.ar

INSTITUTO DE PEDIATRÍA

URQUIZA 323

Tel. 0345-4217788

internaciones@institutodepediatria.com.ar

SANATORIO Y CLÍNICA LAVALLE

OTERO 337

Tel. 0388-4231999

info@lavallesc.com.ar

CLÍNICA PARQUE

25 de mayo 1053

Tel. 0343-4951096

clinicaparque1053@gmail.com

HOSPITAL PÚBLICO DR. GUILLERMO C PATERSON

AVDA. SIRIA 44

Tel. 03888-423111

facturacion.hpaterson@gmail.com

FORMOSA

SANATORIO FORMOSA SRL

PRINGLES 131

Tel. 03704-431000 / 4429347

sanatorioformos@gmail.com

HOSPITAL PÚBLICO DR. OSCAR ORIAS

AVDA. KEINER 891

Tel. 03886-427019

CLÍNICA JORGE VRSALOVIC SRL

JUJUY 975

Tel. 03704-430971 / 431800

meproasrl@gmail.com

HOSPITAL PÚBLICO DR. JORGE URO

PATRICIAS ARGENTINAS 185

Tel. 03885-422270

HOSPITAL PÚBLICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

AVELLANEDA Y MACEDO S/N

Tel. 03887-491011

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

LA PAMPA

SANATORIO SANTA ROSA S.R.L.
BARTOLOMÉ MITRE 188
Tel. 02954 457000
Internacion.sanatorio@gmail.com

LA RIOJA

HOSPITAL ENRIQUE VERA BARROS
MADRE TERESA DE CALCUTA, ESQUINA OLTA
Tel. 0380-4427782
facturacionhevb2016@gmail.com

CLÍNICA MODELO S.A.

AVENIDA SAN MARTIN 452
Tel. 02954 – 457777
internacion@clinicamodelo-sa.com.ar

HOSPITAL MADRE Y EL NIÑO
1° DE MARZO
Tel. 0380 445-6900
recuperohmyn@gmail.com

INSTITUTO POLYMEDIC S.R.L.

1° DE MAYO 640
Tel. 02954 416000
internacionpolymedic@gmail.com

HOSPITAL LUIS AGOTE
Constantino Carbel 531
Tel. 03826-422023
hugoavila10@hotmail.com

FUNDACIÓN AYUDA ENFERMOS RENALES Y ALTA

COMPLEJIDAD
ROQUE SÁENZ PEÑA 852
Tel. 02954 425857
facturacion@faerac.org.ar

HOSPITAL ELEAZAR HERRERA MOTTA
Prof. Gregorio Cavero 5300
Tel. 03825-429620
webhmotta@gmail.com

HOSPITAL LUCIO MOLAS
PILCOMAYO Y RAÚL B DIAZ
Tel. 02954 457000
ss1molas@lapampa.gob.ar

HOSPITAL ALDO MOTTA
Pelagio B. Luna 251
Tel. 03826-491256

HOSPITAL GOBERNADOR CENTENO
CALLE 17 OESTE 500
Tel. 02302 436148
pcenteno@lapampa.gob.ar

HOSPITAL LUIS PASTEUR
San Juan S/N
Tel. 03821-429105
hospitalluispasteur@hotmail.com

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

MENDOZA

CFTM S.R.L

AV EJERCITO DE LOS ANDES 1696

Tel. 0261 4980235

clinicafrancesa@clinicafrancesa.com.ar

SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS

Bailen 80

Tel. 0263 442-0176

clinicaateneo.sm@hotmail.com

HOSPITAL HUMBERTO NOTTI

AV BANDERA DE LOS ANDES 2603

Tel. 0261 413-2500

hosp-notti@mendoza.gov.ar

ACLYSA (ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y SANATORIOS)

Av. El libertador 960

Tel. 260-4428127/260-4423960

comunicacion@aclisamendoza.com.ar

MISIONES

PARQUE DE LA SALUD

AVENIDA MARCONI 3736

Tel. 0376 4443700

recupero@parquesaludmnes.org.ar

SANATORIO POSADAS

JUNÍN 1840

Tel. 0376 4424460

admin@sanatorioposadas.com.ar

SAM MEDICINA PRIVADA

AVENIDA REPUBLICA ARGENTINA 275

Tel. 03757 420030

admin@clinicasam.com.ar

HOSPITAL SAMIC DRA. MARTA T

SCHWARZAVENIDA VICTORIA AGUIRRE

142

Tel. 03757 420626

obrasocial04hospitaliguazu@gmail.com

POLICLÍNICO BERTOLDI SRL

AVENIDA JOSÉ INGENIEROS 86

Tel. 03755 401134

policlinicobertoldi@celoobera.com.ar

HOSPITAL SAMIC OBERA

AVENIDA PRINCEN 169

Tel. 03755 421226

arancelamientosamicobera@gmail.com

CENTRO MEDICO INTEGRAL SH

RIVADAVIA 610

Tel. 03754 420359

centromi@gmail.com

HOSPITAL SAMIC LEANDRO N ALEM DR.

JUANFERNANDO ALEGRE

RIVADAVIA 710

Tel. 03754 422016

facturacionsamicalem@gmail.com

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

INSTITUTO MATERNO INFANTIL SA
KENNEDY 242
Tel. 03751 422755
imi_internacion@hotmail.com

SANATORIO JUAN XXIII
BUENOS AIRES 1429
Tel. 298-4430131
admision@sanatoriojuanxxiii.com.ar

HOSPITAL SAMIC ELDORADO
DOCTOR PRIETO KILOMETRO 10
Tel. 03751 421536
msp_samiceldorado@misiones.gov.ar

SANATORIO IMEPA
Avellaneda 715
Tel. (02946) 443333 / 443504/ 443514
administracionimepa@mymcom.com.ar

HOSPITAL SAMIC SAN VICENTE
CACIQUE TUPAC AMARU 1800
Tel. 03755 461840
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

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

CLÍNICA VIEDMA
SARMIENTO 253
Tel. 02920 428700
info@clinicaviedma.com.ar

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA
AVENIDA JORGE KEMERER Y MELCHORA
Tel. 0376 4409117
hospitalfatimarancelamiento@gmail.com

SANATORIO AUSTRAL SRL
GALLARDO 170
Tel. 02920 425444
sanatorioaustralinternacion@gmail.com

SALTA

HOSPITAL DE APÓSTOLES DR. BERNARDO
ALLASIA TUCUMÁN 569
Tel. 03758 422666
saludpublicamisiones@gmail.com

HOSPITAL PRIVADO SANTA CLARA
URQUIZA 964
Tel. 0387 4321440

NEUQUÉN

POLICLÍNICO NEUQUÉN
JUAN BAUTISTA ALBERDI 269
Tel. 0299-4422331
contacto@policliniconeuquen.com.ar

CLÍNICA GÜEMES, ALEM
Leandro N Alén 442
Tel. 0387 4913827
gcabralclinicaalem@gmail.com

HOSPITAL RAMON CARRILLO
AVENIDA SAN MARTIN Y RODHE
Tel. 02972 42-7211 / INTER 230
recuperosanmartindelosandes@gmail.com

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
12 de Octubre 0
Tel. 03868 422343
facturacioncafayate@gmail.com

SAN JUAN

RIO NEGRO

HOSPITAL PRIVADO REGIONAL BARILOCHE
20 de Febrero 598
Tel. 0294-4439900/ 4525000
hpr@hprbariloche.com

CLÍNICA SANTA CLARA
MENDOZA 602 SUR
Tel. 0264-4219300
admbasasanjuan@gmail.com

SAN LUIS

SANATORIO RIO NEGRO
AVENIDA ALEM 60
Tel. 0299-4781225
recepcioncs@sanatoriorionegro.com.ar

SANATORIO RAMOS MEJÍA
AV. ILLIA 512
Tel. 02281 422570/423-401
srmejiafacturacion@gmail.com

CLÍNICA ACONCAGUA
GENERAL PAZ N°1516
Tel. 0266-5017834
info@clinicadelaconcagua.com

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

SANTA CRUZ

HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS

José Ingenieros 98

Tel. 2966-421448

CLÍNICA MEDISUR S.A

Maipú 555

Tel. 2966-423000

admision@medisur-rgl.com.ar

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD SAMIC

JORGE NEWBERRY 453

Tel. 2902491831

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

HOSPITAL ZONAL PEDRO TARDIVO

AV EVA PERÓN 430

Tel. 0297/4851199

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

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

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

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
253 Tel. 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

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

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

1140 Tel. 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

centromedicosanluissrl@gmail.com

SANATORIO CENTRAL BANDA

AMADEO JAQUES 175

Tel. 0385-4270142

centralbanda.admi@hotmail.com

SANATORIO ARGENTINO

MAIPÚ 71

Tel. 03858-422122

sanatorio.argentino@hotmail.com

HOSPITAL REGIONAL DR. RAMON

CARRILLOAV BELGRANO SUR 2273

Tel. 0385 421-3131

contacto@hospitalregional.gob.ar

CENTRO INTEGRAL DE SALUD LA BANDA

AV SAN MARTIN 449

Tel. 0385-4254480/81/82/83

contacto@cisb.gob.ar

HOSPITAL INDEPENDENCIA

AV BELGRANO NORTE 660

Tel. 0385-4211515

ministeriodesaludsantiago@gmail.com

Centros de atención de urgencias y emergencias médicas - Interior

NUEVO HOSPITAL ZONAL FRÍAS
AV PELLEGRINI 400
Tel. 03854 42-1642
hospitalzonalfrias@gmail.com

SANATORIO DEL SUR
LAS HERAS 575
Tel. 0381-4248027
info@sanatoriodelsur.com.ar

CENTRO PROVINCIAL DE SALUD INFANTIL (CEPSI EVA PERÓN)
MISIONES 1087
Tel. 0385- 4225449/ 4210812 / 4215666 / 4221936

SANATORIO GALENO
AVENIDA BELGRANO 2970
Tel. 0381-4330996
jalvarado@galenort.com

TUCUMÁN

HOSPITAL REGIONAL CONCEPCIÓN
SAN LUIS 150
Tel. 03865-421784
hospitaldeconcepcion@hotmail.com

SANATORIO PARQUE
SANTIAGO DEL ESTERO 102
Tel. 0381-4303031
internacion_parque@arnetbiz.com.ar

HOSPITAL PARAJON ORTIZ
BELGRANO 210
Tel. 03863-461038
aopfamailla@gmail.com

HOSPITAL ZENÓN SANTILLÁN - CENTRO DE SALUD
AVENIDA AVELLANEDA 750
Tel. 0381-4310842
hcsfacturacion@gmail.com

SANATORIO CENTRAL
AVENIDA MITRE 268
Tel. 0381-4304979 / 4227971
jcabrera@galenort.com

TIERRA DEL FUEGO

SANATORIO CIMSA
JUJUY 111
Tel. 0381-4304843 / 4304846
sanatoriocimsa@galenort.com

SANATORIO FUEGUINO DE DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO SRL
CÓRDOBA 748
Tel. 02964 427121 / 425086 / 426528
info@sanatoriofueguino.com

HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE
AMEGHINO 709
Tel. 02964 422042 / 422086 / 422088
contactosalud@tierradelfuego.gov.ar

CLÍNICA SAN JORGE

ONACHAGA 184

Tel. 2901422635

nuntius@sanatoriosanjorge.com.ar

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

12 DE OCTUBRE 50

Tel. 2901421439

admisionyegreso@hotmail.com

Centros de Atención Odontológica de Urgencia

ST. Leger
Av. Triunvirato 4096
Ciudad de Buenos Aires Tel.
4523-0402
administracion@st-leger.com

S.I.A.C.O S.A
Paraguay 1350.
Ciudad de Buenos Aires
Tel. 4819-9600
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.-
admistacion@st-leger.com

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

Odontología Integral Avellaneda
Alsina 90 2º
Avellaneda
Tel. 4201-7195
Atención todos los días las 24 Hs.
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 topicalización 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-neonatológica de los estudios para detección de: fenilcetonuria, 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 morbimortalidad 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 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 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 colonoscopía).

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 recepçòn@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).

