

OPDEA - NORMAS DE TRABAJO -

***** PARA LA ATENCION DEL AFILIADO NO SE REQUERIRA NI RECIBO DE SUELDO NI FOTOCOPIA DE LA CREDENCIAL –
NI AUTORIZACION DE PRACTICAS SALVO AQUELLAS QUE ESTAN DETALLADAS*****

		PLANES: 01 - OP - 03 - 04 - 05 - 21 - 10 - 12 - 15
DOCUMENTACION A PRESENTAR	CREDENCIAL VIGENTE Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
FORMULARIO PARA CONSULTA Y/O PRACTICAS		NO SOLICITAR
RENDICION DE CONSULTAS Y/O PRACTICAS		Recetario o formulario interno de la institución con los siguientes datos: Nombre y apellido del beneficiario Número de afiliado y Plan Fecha de prestación Identificación de la prestadora Firma y sello del profesional actuante y del afiliado. Prestación efectuada Código nomenclada
PRESCRIPCION DE PRACTICAS		Solicitud en Recetario del Profesional con los siguientes datos: Nombre y Apellido del Beneficiario Número de afiliado y Plan Diagnóstico presuntivo.

PLANES: Post Egreso - 01 - OP - 03 - 04 - 05 - 21 - 10 - 12 - 15

<p>PRESCRIPCION DE INTERNACION</p>	<p>Solicitud en recetario del Profesional o Institución con los siguientes datos: Nombre y Apellido del Beneficiario Número de afiliado y Plan. Diagnóstico. Motivo de internación y/o intervención quirúrgica con fecha. Firma y Sello del profesional.</p>
<p>COBERTURA 100% A CARGO DE LA OBRA SOCIAL</p>	<p>Materiales descartables Acto Bioquímico - Medicamentos en internación ó atención en guardia. Sustancias de Contraste - Materiales Radioactivos</p>
<p>MEDICAMENTOS CITOSTATICOS</p>	<p>Son provistos por OPDEA, según prescripción médica, indicando: Diagnóstico Plan de tratamiento Dosificación. Firma y Sello del profesional. Adjuntar resumen de Historia Clínica</p>
<p>PROTESIS QUIRURGICAS</p>	<p>Son provistas por OPDEA, previa presentación de resumen de Historia Clínica. Se requiere receta con prescripción genérica sin mencionar marcas ó modelos y dos alternativas.</p>

PRESCRIPCIÓN DE
MEDICAMENTOS

***Se aceptarán tanto las
recetas firmadas y selladas
por el profesional
como las impresas en PC.***

Recetario de todo tipo (particular y/o Institucional) manuscrito y/o preimpreso, con la firma y sello del médico en original.

Apellido y Nombre del beneficiario

Número de afiliado y Plan Detalle de los medicamentos recetados y cantidades en números y letras

Fecha de Prescripción

Firma y sello del profesional con N° de matrícula

Leyenda: Tratamiento Prolongado o sus abreviaturas si corresponde

Leyenda: Tratamiento Prolongado o sus abreviaturas si corresponde

Tratamiento Normal: hasta 3 medicamentos por receta y hasta 1 envase por c/u

Tratamiento Prolongado: Hasta 3 medicamentos por receta y hasta 2 envases de c/u

Antibióticos Inyectables: Monodosis: Hasta (5) ampollas individuales.

Multidosis: Hasta (2) envases por recetas.

Psicofármacos: Receta Oficial y Recetario de Salud Pública

Receta Archivada: Receta oficial por duplicado, con sello y firma del Dr., aun estando los datos impresos.

PLANES: OP - 01 - 03 - 04 - 05 - 21 - 10 - 12- 15		
<p>REQUIERE AUTORIZACION</p> <p><i>SE RECONOCERAN LAS AUTORIZACIONES VÍA FAX ó MAIL, CON EL PEDIDO ORIGINAL ADJUNTO, COMO VÁLIDAS PARA FACTURAR</i></p>		<p>INTERNACIÓN CLÍNICA Y QUIRÚRGICA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS CON SEDACIÓN Y/O ANESTESIA REGIONAL O GENERAL KINESIOLOGÍA FONOAUDIOLOGÍA TRATAMIENTOS DE FERTILIZACIÓN ESTUDIOS GENÉTICOS RADIOTERAPIA. ECOGRAFIA - Eco Perfil biofísico, scan fetal nivel II Eco NT plus. Eco 3D - PUNCIONES bajo control mamográfico, ecográfico o TC. RADIOGRAFIA: Videodeglución. Axial. Rótula de Marchant RESONANCIAS: Angioresonancia - Urograma por RMNRMN cardíaca con contraste - RMNColangioresonancia -RMN 3D TOMOGRAFIAS: TAC - 3D Multislice RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA: ConsBeamdenta-scancondiolografia - TAC Maxidental-</p> <p><u>LABORATORIO - prácticas que se detallan:</u></p> <p>AANGELMAN, Síndrome de - ARILSULTASA A LEUCOCITOS. BANDEO G. Citogénico en médula ósea por análisis cromosómico con bandeado G de alta resolución. BCR/ABL P210 CUANTITATIVO - BRCA 1/2 Screening - CARIOTIPO - líquido amniótico – CARIOTIPO - material de aborto – CARIOTIPO - vellosidades cariónicas - CARNITINA - Libre y total suero. CARNITINA - Libre y Total - urinario COREA DE HUNINGTON POR PCR – CROMOSOMA, ALTERACIONES DEL (C/U) Delección Cromosoma 13 (FISH). CROMOSOMAS ALTERACIONES del c/u Delección 17 P53 (FISH) – CROMOSOMAS ALTERACIONES del c/u Delección Cromosoma 6MYB (FISH) CROMOSOMAS ALTERACIONES del c/u Delección C11 ATM 5q-gen ATM (FISH) CROMOSOMAS ALTERACIONES del c/u Trisomía - Centrómetro 12 (Fish) CROMOSOMA FILADELFIA - PCR - Citogénico LMC CROMOSOMA X - FRAGILIDAD -</p>

REQUIERE AUTORIZACION

***SE RECONOCERAN LAS
AUTORIZACIONES VÍA FAX ó
MAIL, CON EL PEDIDO
ORIGINAL ADJUNTO, COMO
VÁLIDAS PARA FACTURAR***

CROMOSOMA X - FISH - CROMOSOMA Y DELECCIONES
CROSS MATCH - AUTÓLOGO - CITOM DE FLUJO -
CROSS MATCH, DONANTE - Citom de Flujo -
CROSS MATCH, MATRIMONIAL - Citometría de Flujo - DNA. Muestra Forense
FIBROSIS QUÍSTICA, 19 MUTACIONES - PCR
FIBROSIS QUÍSTICA, 29 MUTACIONES - PCR
FILIACIÓN ESTUDIO DNA EXTRA CADA UNO
FILIACIÓN ESTUDIO DNA (HASTA 3 PERSONAS)
FISH WILLIAMS
FRIEDRICH, ATAXIA DE
GANGLIOSIDO ASIALO GM1, Ac. Anti-
GANGLIOSIDO QUADROSIALO, GQ1b Ac. IgG
GANGLIOSIDOS PANEL, Ac. (IgG + IgM) GM1 Asialo, GM2, GD1A, GD1b, GQ1b, GQ1b Ac. IgG
HEPATITIS B, Carga viral (AMPLICOR)
HEPATITIS C, Carga viral - PCR
HER 2/ neu-ErbB2
HEXOSAMINIDASA TOTAL, A y B
HIV, RESISTENCIA A ANTIRETROVIRALES
HLA A,B Molecular
HLA DQ Molecular
LEUCEMIAS AGUDAS, Fenotipificación
MARCADORES PRONOSTICOS de LLC (Citometría de flujo)
PAPILOMA VIRUS HUMANO - HPV (Carga viral)
REARREGLO DEL IGH/FGFR3, Estudio para (FISH)
REARREGLO DEL IGH/MAF, Estudio para (FISH)
REARREGLO DEL TcR (citometria de flujo)
FIBROSIS QUÍSTICA, 19 MUTACIONES – PCR
FIBROSIS QUÍSTICA, 29 MUTACIONES – PCR
FILIACIÓN ESTUDIO DNA EXTRA CADA UNO
FILIACIÓN ESTUDIO DNA (HASTA 3 PERSONAS)
FISH WILLIAMS
FRIEDRICH, ATAXIA DE GANGLIOSIDO ASIALO GM1, Ac. Anti-
GANGLIOSIDO QUADROSIALO, GQ1b Ac. IgG
GANGLIOSIDOS PANEL, Ac. (IgG + IgM) GM1 Asialo, GM2, GD1A, GD1b,
GQ1bGQ1b Ac. IgG
HEPATITIS B, Carga viral (AMPLICOR)
HEPATITIS C, Carga viral - PCRHER 2/ neu-ErbB2
HEXOSAMINIDASA TOTAL, A y B
HIV, RESISTENCIA A ANTIRETROVIRALES
HLA A,B Molecular
HLA DQ Molecular

<p>REQUIERE AUTORIZACION</p> <p>SE RECONOCERAN LAS AUTORIZACIONES VÍA FAX ó MAIL, CON EL PEDIDO ORIGINAL ADJUNTO, COMO VÁLIDAS PARA FACTURAR</p>	<p>INMUNOFENOTIPO-SUBPOBLACIONES LINFOCITAR LEUCEMIAS AGUDAS, Fenotipificación MARCADORES PRONOSTICOS de LLC (Citometría de flujo) PAPILOMA VIRUS HUMANO - HPV (Carga viral) REARREGLO DEL IGH/FGFR3, Estudio para (FISH) REARREGLO DEL IGH/MAF, Estudio para (FISH) REARREGLO DEL TcR (citometria de flujo) SERINA - plasmática (oane completo) SÍNDROMES LINFOPROLIFERATIVOS CRÓNICOS - FENOTIPIFICACIÓN SÍNDROMES LINFOPROLIFERATI.CRÓNICOS - FENOTIPIF-Jak2(JANUS QUINASA 2) TRANSLOCACIÓN MLL/AF4, t (4,11) TRANSLOCACIÓN PML/RAR, t (15,17) TRASLOCACIÓN t (8;21) - AML 1/ETO TRASLOCACIÓN TEL /AML t(12;21) TRASLOCACION varias – cualitativa (c/u) TRASLOCACION varias – cuantitativa (c/u) TROMBOFILIA, Panel</p> <p>CHEQUEO ADULTO SOLO TITULARES PLANES 10-12-15</p>
--	--

<p>EXCLUSIONES PARA TODOS LOS PLANES</p>	<p>No serán cubiertos por Opdea todos aquellos tratamientos, prácticas o cirugías enunciados a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prácticas no reconocidas por el Ministerio de Salud, prácticas terapéuticas que no hayan superado la etapa experimental o no se encuentren avaladas internacionalmente. • Cirugía plástica no reparadora y todo tratamiento con fines exclusivamente estéticos. • Cobertura médica en el exterior: atención médica, prácticas y tratamientos medicamentosos. • Exámenes preocupacionales y/o periódicos. • Curas de adelgazamiento, de rejuvenecimiento, de reposo o similares; hidroterapia o celuloterapia; quiropraxia; digitopuntura. • Gastos de acompañante, salvo que el internado sea menor de 15 años, diferencias de confort y extras durante la internación. • Internaciones geriátricas. • Cosmetología. • Podología. • Homeopatía. • Productos de venta libre, estén o no incluidos en el Manual Farmacéutico. • Honorarios por arancel diferenciado o por elección de un profesional determinado dentro de los sanatorios contratados con equipo profesional. • Lesiones sufridas como consecuencia de la participación profesional en competencias, pruebas o demostraciones de pericias y/o velocidad de cualquier índole. • Accidentes de Trabajo, accidentes in itinere y enfermedades profesionales. • Comercialización de sangre. • Necropsias salvo con autorización previa de la Obra Social. • Medicamentos no autorizados por la ANMAT. • Toda prestación no incluida en el Programa Médico Obligatorio vigente. • Todo tipo de subsidios en etapa post egreso.
---	--

PARA CUALQUIER CONSULTA PONEMOS A SU DISPOSICIÓN NUESTROS SERVICIO TELEFONICO
LLAMANDO AL TEL/FAX 4338-2400 (ROTATIVAS)
DE LUNES A VIERNES DE 9 A 17HS ó CALL CENTER 0800-999-6733 LAS 24 HORAS.

IMPORTANTE:

Todas las prescripciones médicas caducan a los 30 días de la fecha de su emisión

NO SE COBRA PLUS ADICIONAL A LOS AFILIADOS BAJO NINGUN CONCEPTO

MODELO DE CREDENCIALES PARA TODOS LOS PLANES VIGENTES DESDE EL 01/04/2017

PLANES VIGENTES: 01 - 03 - 04 - 05 - 21 - 10 - 12- 15 – Op (antes J6)

