

CREDENCIAL VIRTUAL – OPDEA

Estimado Prestador

El presente es para informarles que se ha discontinuado el contrato con la empresa ACTIVIA. Con el propósito de continuar con la elegibilidad de afiliados al momento de requerir un servicio, Opdea ha implementado su credencial virtual mediante una APP telefónica, que obtiene información directamente de nuestra base de datos, de manera “on line” y en tiempo real, estableciendo si el afiliado está ACTIVO o INACTIVO, mostrando, además, un círculo que gira de manera continua con la fecha y hora actualizada, todos estos elementos brindan la seguridad que la consulta es en tiempo real.

La credencial Virtual



En la misma esta compuesta por:

1. Estado Afiliado
2. Circulo dinamico de seguridad, movimiento constante
3. Fecha y hora actual con segundos corriendo.

No obstante si fuera necesario contar con otro medio de validación se puede acceder eligiendo entre las dos alternativas puestas a disposición, según su conveniencia operativa.

A través de un link web donde al prestador previamente se le asigna un usuario y contraseña, al que el prestador debe ingresar para realizar la elegibilidad, el prestador consulta por DNI o CUIL o Numero de Afiliado y le devuelve el estado del mismo.

Los centros que poseen sistema propio, se les enviara los parámetros de consulta del web service, para que adapten a su sistema, esa búsqueda devuelve, prestadora, plan, nombre, apellido y si está ACTIVO o INACTIVO.

Ante la necesidad de implementar alguna de las dos alternativas descriptas dirigirse a validacion@opdea.org.ar

Esperamos contar con su colaboración a este innovación que se pretende establecer.
Saludos cordiales


Dr. Roberto Naccarato
GERENTE GENERAL

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*****

	PLAN PE (Post Egreso)	<u>PLANES:</u> 01 - OP - 03 - 04 - 05 - 21 - 10 - 12 - 15
<u>DOCUMENTACION A PRESENTAR</u>	CREDENCIAL VIGENTE Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
<u>FORMULARIOPARACONSULTAY/OPRACTICAS</u>	SOLICITAR ORDEN CONSULTA/PRACTICA-PAGA COSEGURO EN LA OBRA SOCIAL	NO SOLICITAR ORDEN
<u>RENDICION DE CONSULTAS Y/O PRACTICAS</u>	Ordendeconsultay/o práctica debidamente cumplimentada	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 de la prestación
<u>PRESCRIPCION DE PRACTICAS</u>	Solicitud en Ordende Consultay/o Práctica	Solicitud enRecetario del Profesionalconlossiguientes datos: Nombre y Apellido del Beneficiario Número de afiliado y Plan Diagnóstico presuntivo.

	<u>PLANES: PLAN PE (Post Egreso) - 01 - OP - 03 - 04 - 05 - 21 - 10 - 12 - 15</u>
<u>PRESCRIPCION DE INTERNACION</u>	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.
<u>COBERTURA 100% A CARGO DE LA OBRA SOCIAL</u>	Materiales descartables Acto Bioquímico - Medicamentos en internación ó atención en guardia. Sustancias de Contraste - Materiales Radioactivos
<u>MEDICAMENTOS CITOSTATICOS</u>	Son provistos por OPDEA, según prescripción médica, indicando: Diagnóstico Plan de tratamiento Dosificación. Firma y Sello del profesional. Adjuntar resumen de Historia Clínica
<u>PROTESIS QUIRURGICAS</u>	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.

PLANES: PLAN PE (Post Egreso) - 01 - OP - 03 - 04 - 05 - 21 - 10 - 12 - 15

**PRESCRIPCION 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 correspondientes

Leyenda: Tratamiento Prolongado o sus abreviaturas correspondientes

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 médico., aun estando los datos impresos.

<p><i>Se reconocerán las autorizaciones vía Fax o mail con el pedido médico original adjunto, como válidas para facturar</i></p>	<p>PLANPE(Post Egreso)</p> <p><i>Todas las Prácticas Nomencladas y No Nomencladas en AMBULATORIO e INTERNACION requieren autorización previa.</i></p>	<p><u>PLANES: 01 - OP - 03 - 04 - 05 - 21 - 10 - 12 - 15</u></p> <p><u>**REQUIEREN AUTORIZACION</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>ANATOMIA PATOLOGICA</u>: sólo las que se detallan a continuación: <ol style="list-style-type: none"> 1. Biopsia Endomiocárdica c/Técnicas Especiales - 2. Biopsia Endomiocárdica c/Inmunomarcación - 3. Biopsia Endomiocárdica c/Microscopía Electrónica- 4. Determinación de HER2/NEU en biopsias de mama para indicación terapéutica - • <u>ECOGRAFIA</u>: sólo las que se detallan a continuación: <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfil Biofísico Ecográfico - 2. Ecografía Transvaginal Tridimensional- 3. Scan fetal nivel II – 4. Eco N.T.PLUS - <input type="checkbox"/> <u>ESTUDIOS GENETICOS</u> <input type="checkbox"/> <u>ESTUDIOS HEMODINAMIA</u> • <u>ESTUDIOS MAMARIOS</u> : sólo los que se detallan a continuación: <ol style="list-style-type: none"> 1. Marcación Mamaria Prequirúrgica con carbón o anzuelo – 2. Punción aspirativa de quiste bajo control ecográfico – 3. Biopsia Percutánea Mamaria bajo control ecográfico con aguja fina – 4. Biopsia Percutánea Mamaria bajo control ecográfico con aguja gruesa- 5. Biopsia bajo guía estereotáxica digital de mama con aguja gruesa – 6. Biopsia bajo guía estereotáxica digital de mama con mammotome –
--	--	--

<p><i>Se reconocerán las autorizaciones vía Fax o mail con el pedido médico original adjunto, como válidas para facturar</i></p>	<p>PLANPE(Post Egreso)</p> <p><i>Todas las Prácticas Nomencladas y No Nomencladas en AMBULATORIO e INTERNACION requieren autorización previa.</i></p>	<p><u>PLANES: 01 - OP - 03 - 04 - 05 - 21 - 10 - 12 - 15</u></p> <p><u>**REQUIEREN AUTORIZACION</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>FONOAUDIOLOGIA</u></p> <p>• <u>INTERNACIÓN CLINICA Y QUIRURGICA</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>KINESIOLOGIA</u></p> <p>• <u>LABORATORIO:</u> sólo los que se detallan a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ANGELMAN SINDROME DE - 2. ARIL SULFATASA A Y B EN LEUCOCITOS - 3. ARILSULFATASA A - 4. BANDEO G. Citogénico en médula ósea por análisis cromosómico con bandeo G de alta resolución - 5. BCR/ABL P210 CUANTITATIVO - BRCA 1/2 Screening - 6. CARIOTIPO - líquido amniótico – 7. CARIOTIPO - material de aborto – 8. CARIOTIPO - vellosidades coriónicas - 9. CARNITINA - Libre y total suero - 10. CARNITINA - Libre y Total – urinario- 11. COREA DE HUNINGTON POR PCR – 12. CROMOSOMA, ALTERACIONES DEL (c/u) Delección Cromosoma 13 (FISH) - 13. CROMOSOMAS ALTERACIONES del c/u Delección 17 P53 (FISH) – 14. CROMOSOMAS ALTERACIONES del c/u Delección Cromosoma 6MYB (FISH) - 15. CROMOSOMAS ALTERACIONES del c/u Delección C11 ATM 5q-gen ATM (FISH) - 16. CROMOSOMAS ALTERACIONES del c/u Trisomía - Centrómetro 12 (Fish) - 17. CROMOSOMA FILADELFIA - PCR - Citogénico LMC- 18. CROMOSOMA X - FRAGILIDAD - 19. CROMOSOMA X FISH– 20. CROMOSOMA Y DELECCIONES – 21. CROSS MATCH – AUTOLOGO – CITOMETRIA DE FLUJO - 22. CROSS MATCH, DONANTE - CITOMETRIA DE FLUJO - 23. CROSS MATCH, MATRIMONIAL - CITOMETRIA DE FLUJO - DNA. Muestra Forense
--	--	--

<p><i>Se reconocerán las autorizaciones vía Fax o mail con el pedido médico original adjunto, como válidas para facturar</i></p>	<p>PLANPE(PostEgreso)</p>	<p>PLANES: 01 - OP - 03 - 04 - 05 - 21 - 10 - 12 - 15</p>
	<p><i>Todas las Prácticas Nomencladas y No Nomencladas en AMBULATORIO e INTERNACION requieren autorización previa.</i></p>	<p><u>**REQUIEREN AUTORIZACION</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 24. FIBROSIS QUISTICA, 19MUTACIONES –PCR– 25. FIBROSIS QUISTICA, 29MUTACIONES –PCR- 26. FILIACION ESTUDIO DNA EXTRA CADA UNO- 27. FILIACION ESTUDIO DNA (HASTA 3 PERSONAS) - 28. FISH WILLIAMS - 29. FRIEDREICH, ATAXIA DE- 30. GANGLIOSIDO ASIALO GM1, Ac.Anti- 31. GANGLIOSIDO QUADROSIALO, GQ1b Ac. IgG - 32. GANGLIOSIDOS PANEL, Ac. (IgG + IgM) GM1 Asialo, GM2, GD1A, GD1b, GQ1b, GQ1b Ac. IgG - 33. HEPATITIS B, Carga viral (AMPLICOR) - 34. HEPATITIS C, Carga viral – PCR - 35. HER 2/ neu-ErbB2 - 36. HEXOSAMINIDASA TOTAL, A y B - 37. HIV, RESISTENCIA A ANTIRETROVIRALES - 38. HLAA,BMolecular- 39. HLADQMolecular– 40. INMUNOFENOTIPO-SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS 41. LEUCEMIAS AGUDAS Fenotipificación - 42. MARCADORES PRONOSTICOS de LLC (Citometría de flujo) - 43. PAPILOMA VIRUS HUMANO - HPV (Carga viral) - 44. REARREGLO DEL IGH/FGFR3, Estudio para (FISH) - 45. REARREGLO DEL IGH/MAF, Estudio para (FISH) - 46. REARREGLO DEL TcR (citometría de flujo) - 47. SERINA-PLASMATICA (PANE0 COMPLETO) – 48. SINDROMES LINFOPROLIFERATIVOS CRONICOS – FENOTIPIFICACION - 49. SINDROMES LINFOPROLIFERATIVOS CRONICOS – FENOTIPIFICACION – Jak2 (JANUS QUINASA 2)- 50. TRANSLOCACION MLL/AF4, t (4,11) - 51. TRANSLOCACION PML/RAR, t (15,17) - 52. TRASLOCACION t(8;21)-AML1/ETO- 53. TRASLOCACION TEL /AML t(12;21) - 54. TRASLOCACION varias – cualitativa (c/u) - 55. TRASLOCACION varias – cuantitativa (c/u) -

<p><i>Se reconocerán las autorizaciones vía Fax o mail con el pedido médico original adjunto, como válidas para facturar</i></p>	<p>PLANPE(PostEgreso)</p> <p>Todas las Prácticas Nomencladas y No Nomencladas en AMBULATORIO e INTERNACION requieren autorización previa.</p>	<p><u>PLANES: 01 - OP - 03 - 04 - 05 - 21 - 10 - 12 - 15</u></p> <p><u>**REQUIEREN AUTORIZACION</u></p> <p>56. TROMBOFILIA, Panel –</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>PET/CT</u>: sólo los que se detallan a continuación: <ol style="list-style-type: none"> 1. PET/CT de cerebro incluye FDG valor Cedim - 2. PET/CT de cuerpo entero incluye FDG valor Cedim - • <u>PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS</u> : sólo los que se detallan a continuación: <ol style="list-style-type: none"> 1. Biopsia percutánea bajo control tomográfico (de cualquier órgano o región) – 2. Biopsia percutánea bajo control ecográfico de cualquier órgano o región (excepto tiroides, próstata o mama) – 3. Drenaje percutáneo bajo tomografía – 4. Bloqueo de raquis bajo control tomográfico (por lado) - <p><u>PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y/O TERAPEUTICOS CON SEDACION Y/O ANESTESIA REGIONAL O GENERAL</u></p> <p><u>PUNCIONES BAJO CONTROL MAMOGRAFICO, ECOGRAFICO O TOMOGRAFICO -</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>RADIOGRAFIA</u>: sólo las que se detallan a continuación: <ol style="list-style-type: none"> 1. Videodeglución - 2. Axial de rótula con técnica de Marchant – 3. <u>Imágenes odontológicas</u> : <ol style="list-style-type: none"> a) TAC – b) DENTASCAN – c) CONE BEAN – d) Condilografía seriada de ATM (6 tomas) - <p><u>RADIOTERAPIA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>RESONANCIAS</u>: sólo las que se detallan a continuación: <ol style="list-style-type: none"> 1. Angioresonancia Cerebral–Arterial–Venosa– 2. Tridimensional de Cerebro–BRAIN SURFACE– 3. Cardíaca sin contraste-
--	--	--

<p><i>Se reconocerán las autorizaciones vía Fax o mail con el pedido médico original adjunto, como válidas para facturar</i></p>	<p>PLANPE(PostEgreso)</p> <p><i>Todas las Prácticas Nomencladas y No Nomencladas en AMBULATORIO e INTERNACION requieren autorización previa.</i></p>	<p><u>PLANES: 01 - OP - 03 - 04 - 05 - 21 - 10 - 12 - 15</u></p> <p><u>**REQUIEREN AUTORIZACION</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Cardíaca con contraste- 5. Urograma por RMN– 6. Angioresonancia de cuerpo entero– 7. Enterioresonancia – 8. Neurografía por resonancia magnética - 9. RMN Colangioresonancia – 10. RMN funcional– <ul style="list-style-type: none"> • <u>TOMOGRAFIA COMPUTADA</u>: sólo las que se detallan a continuación: <ol style="list-style-type: none"> 1. TAC 3D Multislice Virtual – 2. Angiotomografía (c/reconstrucción tridimensional) – 3. Angiografía coronaria no invasiva con o sin valoración funcional – 4. Scoring de calcio– 5. TAC Multislice de tórax con volumetría de nódulos pulmonares– 6. TAC Multislice para morgometría de enfisema – 7. Urotomografía 3D– 8. Tac Multislice hepática con volumetría (volumen hepático total, volumen hepático tumoral, volumen hepático funcionante, volumen hepático resecable) – 9. TAC Multislice para evaluación volumétrica de grasa corporal – 10. TAC Multislice de cuerpo entero – 11. Angiotomografía Multislice triple rule out (para dolor de pecho) descartar disección aórtica, tromboembolismo pulmonar y síndrome coronario- 12. Angiotomografía Multislice de cuerpo entero – 13. Enterotomografía de intestino delgado - □ <u>TRATAMIENTOS DE FERTILIZACION</u>
--	---	--

<p><u>EXCLUSIONES PARA TODOS LOS PLANES</u></p>		<p><u>PLANES: PLAN PE (Post Egreso) - 01 - OP - 03 - 04 - 05 - 21 - 10 - 12 - 15</u></p> <p><u>No serán cubiertos por Opdea todos aquellos tratamientos, prácticas o cirugías enunciados a continuación:</u></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. -Internaciones psiquiátricas crónicas. -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, en caso que se encuentre vigente la Póliza de Riesgos de Trabajo Ley 24.557. -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.
--	--	--

IMPORTANTE:

-TODAS LAS PRESCRIPCIONES MEDICAS CADUCAN A LOS 30 DIAS DE LA FECHA DE SU REMISION-

-NO SE COBRA PLUS ADICIONAL A LOS AFILIADOS BAJO NINGUN CONCEPTO-

PARA CUALQUIER CONSULTA PONEMOS A SU DISPOSICIÓN NUESTROS TELEFONOS

4338-2400 (ROTATIVAS) DE LUNES A VIERNES DE 9 A 17HS

CALL CENTER 0800-999-6733 LAS 24 HORAS.

PLANES VIGENTES: PE (Post Egreso) - 01 - 03 - 04 - 05 - 21 - 10 - 12- 15 – OP

CREDENCIAL PLASTICA VIGENTE PARA TODOS LOS PLANES HASTA 31/3/2021 SALVO EXCEPCIONES



CREDENCIAL VIRTUAL VIGENTE



En la misma esta compuesta por:

1. Estado del Afiliado
2. Fotografia
3. Marca de Seguridad Dinamica.
4. Numero de Afiliado.
5. Apellido y Nombre
6. DNI.
7. Plan.
8. Condicion Fiscal.
9. Fecha y Hora Dinamica
10. Boton para llamar a Opdea o a Emergencias.

