

Buenos Aires, Septiembre 2018

Señores Prestadores

Presente

Notificamos la modificación de los valores de coseguros a partir de la fecha, según Resolución 58 - E/2017, del Ministerio de Salud.

ANEXO II
VIGENCIA 1 DE SEPTIEMBRE DE 2018
Valores de CO-Seguros

Están exentos de abonar coseguros:

- Programa HIV y Oncología
- Oncología
- Discapacidad (que acredite con su certificado)
- Plan Materno Infantil (PMI)

Afiliados de las siguientes Obras Sociales:

- OSPEP (Obra Social del personal de la enseñanza privada):
 - **Abonan coseguros en todas las consultas y prácticas de alta, mediana y baja complejidad**
- OSADRA (Obra Social de Árbitros Deportivos de la República Argentina):
 - **Abonan coseguros en todas las consultas y prácticas de alta, mediana y baja complejidad**
- OSPIC (Obra Social del Personal de la Industria del CAUCHO):
 - **Abonan coseguros en todas las consultas y prácticas de alta, mediana y baja complejidad**
- OSALARA (obra social de Agentes de Loterías y Afines de la República Argentina):
 - **PLAN PMO: Abonan coseguros en todas las consultas y prácticas de alta, mediana y baja complejidad**
 - **PLAN JUEGOS DE AZAR: abonan coseguros SOLO en prácticas de Alta complejidad**
 - **PLAN ALTA COMPLEJIDAD: abonan coseguros SOLO en prácticas de Alta complejidad**

CONSULTA MEDICA	
------------------------	--

<i>Médicos de Familia, Generalistas, Pediatras y Tocoginecólogos:</i>	\$ 100.-
Médicos Especialistas	\$ 186.-
Nutricionista	\$100.-
PRACTICAS DIAGNOSTICAS TERAPEUTICAS DE BAJA COMPLEJIDAD	
Rx simple y Ecografia simple: por estudio	\$ 62.-
Laboratorio hasta 6 determinaciones básicas que incluyan por orden alguna de las siguientes: Hemograma completo, glucemia, uremia, VES, ionograma, creatininemia, Hb glicosilada, orina completa, microalbuminuria, hepatograma, u otras determinaciones de baja complejidad. Se cobrara por cada determinacion extra.	\$ 62.- \$ 25.-
<u>RIE: por cada determinación</u>	\$ 100.-
Practica PMO de baja complejidad no incluidas, por estudio	\$ 62.-
Kinesio - Fisiatria	
<i>Por cada sesión (Hasta 30 sesiones por año)</i>	\$ 62.-
<i>Por sesión excedente, con tope máximo hasta 60 sesiones.</i>	\$ 112.-
Fonoaudiología y Foniatria	
<i>Por cada sesión</i>	\$ 62.-
Salud Mental	
Admision:	\$ 124.-
Psicología por sesión (se cubren hasta 30 sesiones al año por afiliado)	\$ 124.-
Terapia de pareja o familiar: por sesión	\$ 124.-
Psicopedagogía x sesión	\$ 124.-
Control farmacológico con Medico Psiquiatra	\$ 186.-
Consulta Medico Psiquiatra	\$ 186.-
Psicología por sesión excedente (superado tope 30 al año)	\$248.-
PRACTICAS DIAGNOSTICAS TERAPEUTICAS DE MEDIANA COMPLEJIDAD: por cada práctica	\$ 124.-
Neurología Mapeo cerebral computado Polisomnografía (con circuito de tv) Oximetría digital Test de latencias múltiples Potenciales evocados	
Oftalmología	

Campo visual computarizados
Conteo de células endoteliales por ojo
Ecometría
Electroretinograma
Paquimetría por ojo
Plombaje por ojo
Test de lotman
Test de sensibilidad del contraste
Examen citobacteriológico
Examen de ojo seco
Test de vision de colores
Topografía corneal por ojo

Otorringolaringología

Nasofaringolaringoscopía

Neumonología

Curva flujo volumen computarizado
Espirometría computada
Espirometría por compresión torácica

Urología

Test de drogas vasoactivas
Cavernosonografía
Estudio uroneurofisiológico
Penoscopía
Penoscopía con biopsia
Flujometría urinaria computarizada
Estudio urinario completo computarizado

Ginecología

Diagnostico prenatal por amniocentesis

Anatomía Patológica

Punción biopsia por aspiración
Biopsia por inmunofluorescencia

Cardiología

Presurometría
Electrocardiograma de alta resolución de señales
Tilt test

Ecografías

Transfontaneral
Cadera del recién nacido

<p>Músculo-esquelética Transcraneana Otros órganos y regiones Endocavitaria ginecológica. Endocavitaria prostática transrectal.</p> <p>Ecografía Doppler blanco y negro De vasos de cuello Arterial periférico Aorta y sus ramas Venosa de miembros inferiores Del eje espleno portal De pene Del cordón espermático Obstétrico Cardiológico Pulsado vascular periférico/nefrológico</p> <p>Magnificación mamográfica (por lado)</p> <p>Densitometría ósea Estudio con equipo emisor de Rayos X de baja energía, De una región De dos o más regiones</p> <p>Espinografía De cualquier región, realizado con porta chasis específico y cuadrícula con numeración.</p>	
<p>PRACTICAS DIAGNOSTICAS TERAPEUTICAS DE ALTA COMPLEJIDAD</p>	
<p><i>TAC, RMN, ,laboratorio biomolecular, genético, Medicina Nuclear, Endoscopias.Praticas diagnosticas y terapéuticas de Alta Complejidad, ejemplo:</i></p> <p>Eco Doppler cardíaco Eco Doppler color generales Eco Doppler cardíaco transesofágico</p> <p>Ecografía intervencionista Con punción biopsica Tomografía Axial Computada intervencionista Prácticas intervencionistas bajo control de tomografía Punción biopsia aspirativa. Abdomen Hígado</p>	<p>\$ 310.-</p>

Riñón Páncreas Tórax/ pulmón Vértebra Otros órganos o regiones Angiografías, estudios hemodinámicas etc. <u>RIE: por cada determinación</u>	\$ 100.-
--	-----------------

CONSULTA ODONTOLOGICA	
<i>General</i>	\$ 124.-
para menores de 15 años y mayores de 65 años	\$ 62.-
PRACTICAS ODONTOLOGICAS	
Por Practica	\$ 124.-

Los co-seguros percibidos deben estar detallados y descontados en la presentación de la factura correspondiente.

Credencial : Para PLAN PMO





OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERÍA Y AFINES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA | RNOS 0-0060-4
Bolívar 578/80 | Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: 0810 222 9810 | 5278 6100
www.osalara.com.ar

AFILIADO:
DOC N°:
N°: ABONA COSEGURO:
PLAN:
FECHA EMISIÓN: VENC.:

CARNET RENOVABLE

ESTE CARNET RENOVABLE TIENE VALIDEZ PRESENTANDO DNI Y ÚLTIMO RECIBO DE SUELDO O TICKET DE PAGO.

Emergencias Médicas / Urgencias Médicas / Visitas médicas domiciliarias / Urgencias psiquiátricas / Internaciones de urgencias / Traslados en ambulancia.
Capital Federal y Gran Buenos Aires: 0 800 999 2062 | Interior del país: 0800 444 7640
Autorizaciones Médicas: 5278 6100. Bolívar 578, 1066 CABA

Syigma Servicios: 4326 2770 / 2236 / 7507 / 8883 / 8254 / 8981
Emergencias y urgencias odontológicas: 5217 4400

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD -organo de control-
0 800 222 72583 / www.ssalud.gov.ar

CARNET RENOVABLE

Pablo Sauret
OSALARA



OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERÍA Y AFINES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA | RNOS 0-0060-4
Bolívar 578/80 | Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: 0810 222 9810 | 5278 6100
www.osalara.com.ar

AFILIADO:
DOC N°:
N°: ABONA COSEGURO:
PLAN:
FECHA EMISIÓN: VENC.:

CARNET PROVISORIO

ESTE CARNET PROVISORIO TIENE VALIDEZ PRESENTANDO DNI Y ÚLTIMO RECIBO DE SUELDO.

Emergencias Médicas / Urgencias Médicas / Visitas médicas domiciliarias / Urgencias psiquiátricas / Internaciones de urgencias / Traslados en ambulancia.

Capital Federal y Gran Buenos Aires: 0 800 999 2062 | Interior del país: 0800 444 7640
Autorizaciones Médicas: 5278 6100. Bolívar 578, 1066 CABA

Syigma Servicios: 4326 2770 / 2236 / 7507 / 8883 / 8254 / 8981
Emergencias y urgencias odontológicas: 5217 4400

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD -organo de control-
0 800 222 72583 / www.ssalud.gov.ar

CARNET PROVISORIO

Pablo Sauret
OSALARA

Credencial : Para juegos de AZAR



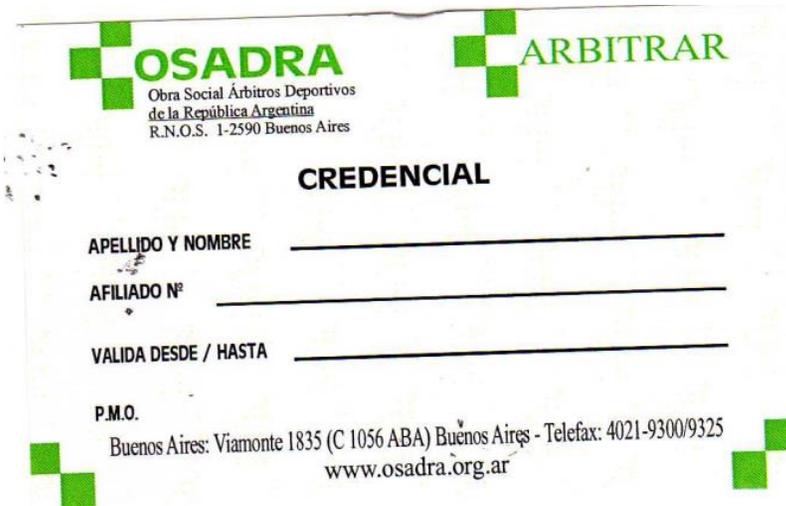
Credencial Ospic:



Credencial OSPEP:



Credencial OSADRA:



ANEXO II
NORMAS PARA LA ATENCION AMBULATORIA E INTERNACION DE LOS
BENEFICIARIOS DE OSALARA – Obra Social de Agentes de Loterías y Afines de
la República Argentina -

Requisitos para la atención Medica Ambulatoria o Internación que debe presentar el af. de OSALARA:

1. Credencial o carnet de afiliado actualizado.
2. Documento de Identidad.
3. Ultimo recibo de haberes.
4. En caso de ser socio adherente deberá presentar último recibo de pago.
5. Figurar en el último padrón disponible en : <http://www.sygmaservicios.com.ar>

NORMAS DE FACTURACION AMBULATORIA

1. Todas las **prácticas y / o prestaciones** de **Baja Complejidad**, incluidas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (P..M. O.)(ANEXO I del presente convenio)**NO requieren autorización previa (ver punto 6 también);** para su facturación se debe *adjuntar el pedido médico con la conformidad del afiliado.*
2. Se debe remitir planilla de consultas según los distintos profesionales intervinientes según planilla adjunta indicando:
 - a. Periodo facturado, Nombre del Prestador, Profesional interviniente y Especialidad.
 - b. Fecha, Apellido, Nombre y Nº de Afiliado, diagnostico /s, firma de beneficiario. .
3. Se debe remitir planilla de prácticas con ordenes medicas completas según los distintos servicios intervinientes indicando:
 - a.- Periodo facturado, Nombre del Prestador, servicio interviniente y Especialidad.
 - b.- Fecha, Apellido, Nombre y Nº de Afiliado, Cod. de práctica según PMO.

Todas las prácticas o estudios de Alta complejidad según PMO (ANEXO II) requieren autorización previa de **SYGMA SERVICIOS INTEGRALES S.A.** , a los siguientes teléfonos: 11-4326-9304 / 11-4326-2770 interno: 1 / 0800 666 7714.

Mail: autorizaciones@sygmaservicios.com.ar

enviando orden medica y planilla adjunta. **Cobertura únicamente para población de Osalara “Casino Club”.**

4. Las planillas con las órdenes de todas las prácticas o estudios de alta complejidad junto con el informe, **autorizadas por la Auditoria Médica de esta Administradora**, debe presentarse de la misma manera que los estudios de baja complejidad detallándose y descontando los coseguros cobrados.
5. Las prácticas o prestaciones que son de **Baja Complejidad según PMO** pero que tienen tope por afiliado año, también requieren autorizaciones, ellas son:
 - a.- **Kinesiología y Fonoaudiología:** por cada orden se aceptan 5 sesiones. TOPE DE 25 Sesiones al año.
 - b.- **Prestaciones de Salud Mental:** también requieren autorización. : cada 10 sesiones pedir autorización. TOPE DE 30 SESIONES AL AÑO.

c.- *Estimulaciones temprana, auditiva, etc:* también requieren autorización.

Co-seguros: Co-seguros:

SEGÚN ANEXO DE COSEGUROS / RESOLUCION 58 - E/2017 del MINISTERIO DE SALUD

Los co-seguros percibidos deben estar detallados y descontados en la presentación de la factura correspondiente.

La fecha máxima que esta Administradora recibirá la facturación, con la documentación respaldatoria completa (planilla de consultas, prácticas, ficha de identificación del recién nacido, protocolos quirúrgicos, etc.) de las prestaciones realizadas correspondientes, es de 60 días de realizadas las mismas, luego quedarán sin efecto. Así mismo, **el plazo máximo para recibir re facturaciones será de 30 días a partir de recibido el débito.**

NORMAS DE OPERATIVIDAD EN INTERNACION

Enviar denuncia de Internación según planilla adjunta, dentro de las 6 hs. de producida la misma, por fax a los siguientes tel:: 11-4326-9304 / 11-4326-2770 interno: 1 / 0800 666 7714.

Mail: internaciones@sygmaservicios.com.ar

La Institución recibirá el N° de internación que debe ser entregada oportunamente al presentar la facturación.

La denuncia fuera de término quedará sujeta a evaluación de Auditoría Médica de esta Administradora para su reconocimiento. De no haberse registrado la misma se procederá a su débito total.

NORMAS DE FACTURACION DE INTERNACION

Denuncia de internación con el N° correspondiente dado por esta Administradora junto con:

- Fotocopia de credencial o carnet de afiliado.
- Fotocopia de último recibo de haberes y/o comprobante de pago.
- Fotocopia de documento de identidad.
- Fotocopia de Historia Clínica completa (adjuntando fotocopia de hoja de enfermería, protocolo de laboratorio, RX , protocolo quirúrgico , ficha identificatoria del RN, troqueles originales en caso de facturar medicación, si es de presentación hospitalaria, la autorización previa y valor por unidad etc.).

SYGMA SERVICIOS INTEGRALES S.A.

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE ALTA COMPLEJIDAD y NO NOMENCLADOS

Obra Social:

Apellido y Nombre : Afiliado N°:

Edad: Peso: Tel. Afiliado:

Profesional Solicitante: Dr/Dra: Especialidad:

ESTUDIO/S SOLICITADOS

.....
.....
.....
.....

INTERNADO

AMBULATORIO

PROGRAMADO

URGENCIA

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA /ANTECEDENTES

.....

.....
.....
.....

ESTUDIOS PREVIOS

.....
.....
.....
.....

FECHA: *mmmm / mmmm / mmmm*

FIRMA y SELLO deL PROFESIONAL

NOTA: EL/LOS ESTUDIOS SOLICITADO QUE NO POSEAN LOS DATOS CLINICOS y PERSONALES DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADOS ASI COMO LOS QUE CAREZCAN DE FUNDAMENTO MEDICO QUE LOS JUSTIFIQUE NO SERAN AUTORIZADOS POR AUDITORIA MEDICA.

PARA SER REALIZADO EN :

AUTORIZADO POR:

FECHA...../...../.....

SYGMA SERVICIOS INTEGRALES S.A.

DENUNCIA DE INTERNACION

Obra Social:

Apellido y Nombre : Afiliado N°:

Edad: Peso: Sexo: Tel. Afiliado:

CLINICA/SANATORIO:

DIAGNÓSTICO\S:.....
.....
.....

FECHA DE INTERNACIÓN: /..... /..... HORA:

NÚMERO DE INTERNACIÓN

.....

Profesional Solicitante: Dr/Dra: Especialidad:

.....

FIRMA Y SELLO

Resolución de Auditoría Sigma Servicios Integrales S.A: