

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTÍN Y BELLA VISTA

CARTILLA PRESTACIONAL

ANEXO I

Este anexo determina la cobertura básica en: Atención Primaria de la Salud; Atención Secundaria; Internación; Salud mental; Rehabilitación; Odontología; Medicamentos; Otras coberturas.

COBERTURA OBLIGATORIA (PMO)

1. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Se brinda una cobertura integral, es decir un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud. Se asegura un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria. Se provee de cuidados continuos a los beneficiarios, privilegiando su atención a partir de un médico de familia que sea el responsable de sus cuidados, y donde los beneficiarios referidos tengan el derecho a conocer el nombre de su médico, así como los de los demás proveedores de servicios, quienes están obligados a conocer y acompañar en forma integral a los pacientes en el cuidado de su salud, en su recuperación y en su rehabilitación.

1.1. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA

1.1.1. PLAN MATERNO-INFANTIL

Este programa comprende a las embarazadas y a los niños hasta los tres (3) años de edad.

Comprende:

Cobertura del 100% de la atención integral del embarazo, parto y del recién nacido hasta los tres (3) años, de conformidad con lo previsto en la Ley N° 27.611. Cobertura del 100% en medicamentos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio para la madre y del recién nacido para medicamentos ambulatorios no relacionados de modo directo con el embarazo y posterior nacimiento del niño. Cobertura del 100% en medicamentos para el niño hasta los tres (3) años de vida.

a) Atención del embarazo

En embarazos normales se realizará un control mensual hasta la semana 35, quincenal de la 35 a la 38 y semana desde la 38 hasta el parto. En embarazos de riesgo, se deberán contemplar controles sin restricciones, con la cobertura de los estudios que cada patología requiera.

b) Atención del recién nacido hasta los tres (3) años de vida

La atención del recién nacido hasta cumplir tres (3) años debe tener una cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio. Toda esta atención debe quedar exceptuada del pago de todo tipo de coseguros. Se cubrirán consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, cobertura del 100% de la medicación requerida para los tres (3) primeros años de vida, siempre que ésta figure en el listado de

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

medicamentos esenciales.

Prestaciones incluidas en la Ley N° 26.279 con cobertura al 100%: fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinas, retinopatía del prematuro, chagas y sífilis.

A fin de estimular la lactancia materna, no se cubrirán las leches maternizadas, salvo expresa indicación médica, con evaluación de la auditoría médica. Se dará cobertura de leche medicamentosa, según Ley 27.305.

Se dará cobertura a las prestaciones contempladas en la ley 25.415, Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia.

1.1.2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Este programa se orienta a mujeres desde los 18 años y sin límite de edad superior.

Tiene como objetivo principal contribuir a la reducción de la incidencia y mortalidad por esta enfermedad.

Deberá garantizarse la consulta ginecológica anual y el acceso oportuno con cobertura del 100% a las prácticas de pesquisa temprana/métodos de screening. La Superintendencia de Servicios de Salud publicará las actualizaciones que, basadas en la evidencia científica, deberán ser incorporadas en la presentación anual de la Cartilla Prestacional.

1.1.3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

Este programa se orienta a mujeres desde los 35 años y sin límite de edad superior. Para mujeres con riesgo aumentado, se intensificará el control a edades más tempranas.

Se propone reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con esta enfermedad, con la misión de promover y asegurar la calidad y equidad del cuidado de las mujeres de riesgo, con sospecha o confirmación de cáncer de mama.

El diagnóstico precoz del cáncer de mama es el instrumento más importante en el pronóstico de la enfermedad y la supervivencia de la paciente.

Deberá garantizarse la consulta ginecológica anual y el acceso oportuno con cobertura del 100% a las prácticas de pesquisa temprana/métodos de screening. La Superintendencia de Servicios de Salud publicará las actualizaciones que, basadas en la evidencia científica, deberán ser incorporadas en la presentación anual de la Cartilla Prestacional.

1.1.4. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON

Este programa se orienta a pacientes mayores de 50 años o aquellos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecerlo.

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

El diagnóstico precoz en cáncer de colon modifica los desenlaces de mortalidad, morbilidad y calidad de vida de los pacientes.

Deberá garantizarse los controles periódicos a través de rastreos con estrategia de sangre oculta en

materia fecal y/o colonoscopia. La Superintendencia de Servicios de Salud publicará las actualizaciones que, basadas en la evidencia científica, deberán ser incorporadas en la presentación anual de la Cartilla Prestacional.

1.1.5. PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

Este programa se orienta a la totalidad de la población beneficiaria, en especial a embarazadas y menores de 18 años.

Toda práctica incluida en el programa tendrá una cobertura del 100% a cargo de la Obra Social.

a) Acciones:

- Desarrollar una campaña por medio de trípticos o cualquier otro tipo de información en beneficio de la salud bucal.
 - Examen del niño sano para la detección de caries.
 - Topificaciones con flúor y enseñanza del cepillado dental.
 - Orientación nutricional con el objeto de racionalizar el consumo de productos causantes de caries.

1.1.6. PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Este programa se orienta a la población sexualmente activa, independientemente de la edad.

b) Objetivos

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia
- Disminuir la morbimortalidad materno-infantil
- Prevenir embarazos no deseados
- Promover la salud sexual de los adolescentes
- Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias;
- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

- Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

c) Cobertura

- A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, se podrán prescribir y suministrar
- los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT
- Cobertura al 100% de ligadura de trompas y vasectomía, según lo establece la Ley 26.130.
- Cobertura de Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE), de acuerdo con lo establecido por la Resolución N° 232/07 del Ministerio de Salud de la Nación.
- Cobertura al 100% de implante subdérmico, sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel (SIU/DIU-LNG), Dispositivo Intrauterino (DIU-Cu), su colocación y extracción, como métodos anticonceptivos, de conformidad con la Ley 25.673 y la Resolución 2922/2019-MSyDS.

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

2. ATENCIÓN SECUNDARIA

Todas las especialidades de cobertura obligatoria

2.1. ESPECIALIDADES

Anatomía Patológica	Anestesiología
Cardiología	Cirugía cardiovascular
Cirugía de cabeza y cuello	Cirugía general
Cirugía infantil	Cirugía plástica reparadora
Cirugía de tórax	Clínica médica
Diagnóstico por imágenes: Radiología, tomografía computada, resonancia magnética y ecografía.	Endocrinología
Infectología	Fisiatría (medicina física y rehabilitación)
Gastroenterología	Geriatría
Ginecología	Dermatología
Hemoterapia	Medicina familiar y general
Medicina nuclear: diagnóstico y tratamiento	Nefrología
Neonatología	Neumonología
Neurología	Nutrición
Obstetricia	Hematología
Oftalmología	Oncología
Ortopedia y traumatología	Otorrinolaringología
Pediatría	Psiquiatría
Reumatología	Terapia intensiva
Urología	

- Se asegura la consulta en consultorio e internación.
- Se asegura la consulta de urgencia y emergencia en domicilio.
- En los mayores de 65 años que no puedan movilizarse, se asegura la consulta programada en domicilio con un coseguro, según lo previsto por la Resolución N° 58/2017 del Ministerio de Salud de la Nación o la norma que la sustituya.
- En todo otro grupo etario donde el paciente esté imposibilitado de desplazarse, quedará a discreción de la auditoría del Agente del Seguro la provisión de atención programada en domicilio
- Se incorpora la modalidad de consultas remotas mediante el uso de plataformas de teleasistencia y/o teleconsultas, siempre que se asegure la misma calidad de atención médica integral, según lo dispuesto por la Resolución N° 282/2020 del Ministerio de Salud de la Nación.

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

2.2. PRÁCTICAS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AMBULATORIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS.

- Se dará cobertura a todas las prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el Anexo II del Plan Médico Obligatorio (Resolución MSAL 201/2002 PMO), considerando el material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza.
- Se incorpora la emisión de órdenes para prácticas y estudios a través de mensajes de texto o de aplicaciones de mensajería vía web, mail, de acuerdo con lo dispuesto por la Ley 27.553 y Resolución 282/2020 del Ministerio de Salud de la Nación.

3. INTERNACIÓN

Se asegura el 100% de la cobertura en la internación en cualquiera de sus modalidades (**institucional, hospital de día o domiciliaria**). Todas las prestaciones y prácticas que se detallan en el Anexo II de la Resolución N° 201/2002 MSAL, se encuentran incluidas dentro de la cobertura.

Comprende la internación clínico-quirúrgica general y especializada, programada y de urgencia, de baja, mediana y alta complejidad y cirugía ambulatoria.



4. SALUD MENTAL –ADICCIONES- ALCOHOLISMO

Se dará cobertura según **Ley N° 24.455**, al 100% de los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos.

Los beneficiarios contarán con una atención ambulatoria y de internación tanto para desintoxicación como de internación en comunidades a través de los siguientes servicios: Consulta y Orientación, Hospital de Día, Hospital de Noche, Internación Psiquiátrica para desintoxicación con terapéutica y medicación específica, Internación en “comunidades terapéuticas” autorizadas.

Asimismo, se debe asegurar la cobertura prevista en la Ley N° 26.657 y en el decreto reglamentario N° 603/2013, sin limitaciones en cuanto al número de sesiones ni los días de internación. Esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psicodiagnóstico.

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

En la internación se cubrirán patologías agudas en las modalidades institucional u hospital de día.

5. REHABILITACIÓN

Se dará el 100% de cobertura ambulatoria para rehabilitación motriz, psicomotriz, fonoaudiología, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial

- Kinesioterapia: hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario
- Fonoaudiología: hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario
- Estimulación temprana: en los términos que se define en el Anexo II de la Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud de la Nación.
- Grandes accidentados y otras patologías graves crónicas: hasta 6 meses, pudiendo ser prorrogado este plazo por autorización de la Auditoría Médica de Prestaciones y/o la Coordinación Prestacional mientras se documente un progreso objetivo en la evolución y por plazos no mayores de un mes por vez.



6. ODONTOLOGÍA

- **Consulta. Diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento:** incluye examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Se considera como primera consulta y comprende la confección de la ficha odontológica.
- **Consulta de urgencia:** Se considera consulta de urgencia a toda consulta sin turno previo, que resuelva la demanda espontánea. El beneficiario, una vez resuelta la urgencia, podrá consultar a su odontólogo general para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecte. No se contempla dentro de esa consulta la realización de prácticas no cubiertas, a excepción del cementado de puentes

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

y coronas que no requieran de restauración protética.

- Cobertura de las prácticas detalladas en Resolución N° 201/2002 del Ministerio de Salud de la Nación.

7. MEDICAMENTOS

Ley N° 25.649 y Decreto N° 987/2003, de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su nombre genérico.

Conforme lo establece el art. 2° de la Resolución N° 310/2004 del Ministerio de Salud de la Nación, modificatoria de la Resolución N° 201/2002 MSAL, contemplando:

- Cobertura del de los medicamentos ambulatorios de uso habitual que figuran en el Anexo III
- Cobertura del con auditoría previa para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, conforme el precio de referencia (monto fijo) que se publica en el Anexo IV y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones de cada medicamento, que allí se individualizan (7.1), a fin de propiciar el cumplimiento de los tratamientos evitando las complicaciones propias del abandono de los tratamientos referidos. Constituye una medida sanitaria que mejora la accesibilidad económica de los beneficiarios y que también evita los gastos generados por el incumplimiento terapéutico.

Actualización mensual Ministerio de Salud de la Nación - Seguimiento de Precios

<https://www.argentina.gob.ar/salud/seguimiento-precios/2022>

Resolución 27/2022 Ministerio de Salud de la Nación

Los medicamentos utilizados durante la internación tienen cobertura del 100%.

Cobertura del 100%

- Eritropoyetina destinada al tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica.
- Dapsona, destinada al tratamiento de lepra en cualquiera de sus formas clínicas.

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

- Medicamentos de uso oncológico según recomendaciones o protocolos que aprobara la autoridad de aplicación.
- Inmunoglobulina antihepatitis B según recomendaciones de uso del Anexo III de la Resolución N° 310/04 MSAL.
- Cobertura de la piridostigmina (comp.60mg.) destinado al tratamiento de la Miastenia Gravis de acuerdo con la Resolución N° 791/99 MSyAS.
- Cobertura del 100% de los medicamentos de uso anticonceptivo incluidos en los Anexos III y IV de la Resolución 310/04 y que se encuentran explícitamente comprendidos en la norma de aplicación emergente de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable. Cobertura del 100% de:
- Anticonceptivos intrauterinos, dispositivos de cobre. Condones con o sin espermicidas, diafragmas y espermicidas, comprendidos en el Programa de Salud sexual y Procreación Responsable.
- Cobertura del 100% de la medicación de soporte clínico de la quimioterapia destinada a la prevención y tratamiento de los vómitos inducidos por los agentes antineoplásicos según los protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.
- Cobertura del 100% de la medicación analgésica destinada al manejo del dolor de pacientes oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación.
- Cobertura al 100% de los medicamentos destinados a los pacientes comprendidos en leyes de protección de grupos vulnerables.
- Cobertura de medicamentos de alternativa terapéutica, según las recomendaciones de uso establecidas en el Anexo V (7.1).
- En el caso de consultas remotas a través de plataformas de teleconsulta, se autoriza la prescripción de medicamentos en recetas por vía de mensajes de texto o de aplicaciones de mensajería vía web, mail. Ley 27.553, Resolución N° 281/2020 MSAL y N° 696/2020 MSAL.

Análogos de la gonadotropina: Leuprolida Acetato (también conocido como Leuprolideacetato o Acetato de leuprolida), Triptorelina y Triptorelina pamoato, para tratamiento de la Pubertad Precoz Central, de

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

conformidad con la Resolución N° 3437/2021-MS.

8. OTRAS COBERTURAS

8.1. CUIDADOS PALIATIVOS

El cuidado paliativo es la asistencia activa y total de los pacientes por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa de vida del paciente no supera el lapso de 6 meses, por no responder al tratamiento curativo que le fue impuesto. Los objetivos aquí serán aliviar el dolor, los síntomas y el abordaje psicosocial del paciente. La cobertura estará dada en función del marco general que marca el PMO, brindando las prestaciones que se mencionan en los Anexos II y III con un 100% de cobertura.

8.2. HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL CONTÍNUA AMBULATORIA

La cobertura será del 100%. Constituye requisito indispensable la inscripción de los pacientes en el INCUCAI dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento. La auditoría Médica establecerá la modalidad a ser cubierta según la necesidad individual de cada beneficiario.

Tendrá cobertura de Eritropoyetina al 100%.

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

8.3. OTOAMPLÍFONOS - AUDÍFONOS

Se asegura la cobertura de otoamplifonos al 100% en niños de hasta 15 años, a fin de garantizar un adecuado nivel de audición que les permita sostener una educación que maximice las potencialidades personales de cada beneficiario.

8.4. COBERTURA EN ÓPTICA

Se asegura la cobertura de anteojos con lentes estándar, en un 100% a niños de hasta 15 años, salvo cambio de graduación.

8.5. PRÓTESIS Y ÓRTESIS

La cobertura será del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente y del 50% en ortesis y prótesis externas.

Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierto de determinado producto. Sólo se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional.

8.6. TRASLADOS

Se da cobertura al 100% a aquellos afiliados que no puedan trasladarse desde, hasta o entre establecimientos de salud y cuyo traslado sea necesario para el diagnóstico y/o tratamiento de su

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

patología.

La Auditoría Médica podrá autorizar otros traslados de acuerdo con la necesidad de los beneficiarios.

9. COBERTURA ESPECÍFICA

9.1. DISCAPACIDAD

Se garantiza el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley N° 24.901 y su Decreto reglamentario, en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad según lo establecido por resolución N° 428/99 MSAL y normas complementarias.

9.2. VIH – HEPATITIS VIRALES- OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL - ITS Y TUBERCULOSIS –TBC- Ley N° 27.675 y DCTO-2022-805-APN-PTE

Respuesta integral e intersectorial basada en atención primaria de la salud –APS-, garantizando la prevención, diagnóstico, tratamiento, cura, asistencia interdisciplinaria y reducción de riesgos y daños.

Comprende cuidados paliativos y rehabilitación de estas patologías, incluyendo las asociadas, derivadas y concomitantes, así como los efectos adversos derivados.

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

9.3. OBESIDAD

Se dará cobertura, según Ley N° 26.396 RESOL-2022-1420-APN-MS

- a. COBERTURA DE PERSONAS ADULTAS CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) IGUAL O MAYOR A TREINTA (30)

9.3.1. COBERTURA AMBULATORIA

- a) Consultas en el primer nivel de atención.
- b) Consultas con licenciado/a en nutrición y/o médico/a especialista en nutrición.
- c) Interconsulta con médico/a con experticia en obesidad.
- d) Consultas con psicólogo/a y/o psiquiatra.
- e) Consultas con equipo interdisciplinario (licenciado/a en nutrición y/o médico/a especialista en nutrición, médico/a con experticia en obesidad y psicólogo/a y/o psiquiatra).

9.3.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Estarán cubiertos con el SETENTA POR CIENTO (70%) de descuento:

- ORLISTAT Inhibidor de la absorción de grasas

9.3.3. TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS

- 9.3.3.1. Podrán acceder al tratamiento quirúrgico las personas que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- 9.3.3.1.1. Edad de DIECIOCHO (18) a SETENTA (70) años Índice de Masa Corporal mayor de CUARENTA (40) kg/m² (con o sin comorbilidades) o mayor a TREINTA Y CINCO (35) kg/m² con al menos una de las siguientes comorbilidades (Los IMC considerados corresponden a los previos al descenso de la preparación preoperatoria):

Diabetes Mellitus Tipo 2•

Hipertensión arterial•

Apnea/Hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS)•

Enfermedad articular con gran limitación funcional•

- 9.3.3.1.2. Riesgo quirúrgico aceptable, es decir tener controladas las comorbilidades antes de la cirugía según escala ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale).

- 9.3.3.1.3. Haber intentado otros métodos no quirúrgicos para control de la obesidad bajo supervisión médica, por lo menos por DOCE (12) meses, sin éxito o con éxito inicial, pero volviendo a recuperar el peso perdido, estableciéndose como tratamiento a

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

contactos de al menos UNA (1) vez por mes con equipo interdisciplinario o consultas individuales con médico/a o licenciado/a en nutrición más psicoterapia, en forma ininterrumpida.

9.3.3.1.4. Consentimiento informado. Aceptación y deseo del procedimiento, siendo esta una decisión informada y consensuada con el equipo tratante, con compromiso de los requerimientos del mismo evaluado por el equipo multidisciplinario, valorándose expectativas y evaluando las posibilidades de efectuar el correcto seguimiento.

9.3.3.1.5. Estabilidad psicológica.

9.3.3.1.6. Toda la información recabada en los criterios de inclusión debe ser volcada en un resumen de historia clínica que avale la aptitud para efectuar la cirugía y que especifique la falta de criterios de exclusión. Este resumen debe ser suscripto por:

- a) Cirujano/a capacitado/a en cirugía bariátrica.
- b) Médico/a que realiza el tratamiento integral con experiencia y capacitación en obesidad,
- c) Licenciado/a en nutrición y/o médico/a nutricionista
- d) Especialista en Salud Mental (Psicólogo/a y/o médico/a psiquiatra)

9.3.3.2. En el caso de tener alguna comorbilidad endocrina o psiquiátrica, el especialista de dichas áreas debe firmar junto al equipo antes citado el pedido de cirugía, confirmando la estabilidad del paciente.

9.3.3.2.1. Procedimientos Quirúrgicos con cobertura:

- a) Manga Gástrica o Gastrectomía en Manga.
- b) Bypass Gástrico, en sus dos modalidades: "Clásico en Y de Roux" y "1(una) Anastomosis BAGUA".

9.3.4. COBERTURA DEL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO POST-QUIRÚRGICO:

9.3.4.1. Control mensual de seguimiento postoperatorio durante el primer año con médico/a especialista en nutrición y/o licenciado/a en nutrición.

9.3.4.2. Control mensual de seguimiento postoperatorio durante el primer año con médico/a con formación en obesidad.

9.3.4.3. Control mensual de seguimiento postoperatorio durante el primer año con psicólogo/a y/o psiquiatría.

9.3.4.4. Control mensual de seguimiento postoperatorio durante el primer año con cirujana/o o

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

equipo quirúrgico. O bien

9.3.4.5. Control mensual de seguimiento postoperatorio durante el primer año con equipo interdisciplinario.

9.4. CELIAQUÍA

Se dará cobertura, según **Ley N° 26.588** y su modificatoria **Ley N° 27.196** y Decreto Reglamentario N° 218/2023 –PEN.

Se garantiza el acceso a las determinaciones incluidas en la Resolución N° 1408/2017 MSAL a fin de acreditar la condición de paciente celíaco mediante la “constancia médica de Enfermedad Celiaca”.

Según lo indicado en el artículo 9, se garantiza una cobertura dineraria equivalente al 27,5% del valor de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) para una persona adulta de entre 30 y 60 años que, según la última actualización del 23 de abril de 2023 corresponde al monto fijo de \$7.806,73. Esta suma se actualiza semestralmente.

9.5. ENFERMEDADES POCO FRECUENTES – Ley 26.689 - Res. 641/2021 MSAL

Cobertura integral para el cuidado de la salud de las personas con Enfermedades Poco Frecuentes según

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

9.6. IDENTIDAD DE GÉNERO

Se dará cobertura, según lo establecido en la **Ley N° 26.743**, a tratamientos hormonales como quirúrgicos de reasignación genital total o parcial y según **Resolución N° 3159/2019-MSyDS a los tratamientos de Hormonización.**

9.7. DIABETES MELLITUS

Se dará cobertura, según **Ley N° 26.914 y RESOL-2022-2820-APN-MS** cuyo Anexo I prevé la cobertura al 100% en medicamentos y reactivos de autocontrol para pacientes diabéticos (cualquier tipo), como así también en cantidades necesarias, según lo prescriba su médico. Cobertura del 100% en insulina, jeringas y agujas; tiras reactivas e hipoglucemiantes orales. Para pacientes diabéticos insulino dependientes lábiles participantes en programas específicos de prevención secundaria se seguirán los lineamientos del tratamiento intensificado, según la resolución vigente.

En su Anexo II se establece el nuevo Certificado que estará vigente mientras el paciente sea crónico y el Anexo III establece la creación de Programa de Educación Diabetológica para el Automanejo (EDAM).

9.8. REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA

Se dará cobertura, según **Ley N° 26.862 y decreto reglamentario 956/2013.**

Tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico- asistenciales de reproducción médicamente asistida.

Se entiende por reproducción médicamente asistida a los procedimientos y técnicas realizados con

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

asistencia médica para la consecución de un embarazo. Quedan comprendidas las técnicas de baja y alta complejidad que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones.

Podrán incluirse nuevos procedimientos y técnicas desarrollados mediante avances técnico- científicos, cuando sean autorizados por la autoridad de aplicación.

Se brinda al 100% la cobertura integral interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo y los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida.

9.9. CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

Se dará cobertura, según **Ley N° 26.872**, a las cirugías reconstructivas como consecuencia de una mastectomía por patología mamaria, así como la provisión de las prótesis necesarias.

9.10. ABORDAJE INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Se dará cobertura según **Ley N° 27.043**.

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

9.11. PACIENTES OSTOMIZADOS

Se dará cobertura total de los dispositivos y elementos accesorios para las personas ostomizadas según lo establece la **Ley N° 27.071**.

9.12. ABORDAJE INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIO DE LOS SUJETOS QUE PRESENTAN DIFICULTADES ESPECÍFICAS DEL APRENDIZAJE

Se dará cobertura según **Ley N° 27.306**.

9.13. LECHE MEDICAMENTOSAS

Se dará cobertura, según **Ley N° 27.305**, que establece la obligatoriedad de la cobertura integral de leche medicamentosa para consumo de quienes padecen alergia a la proteína de la leche vacuna (APLV), así como también de aquellos que padecen desórdenes, enfermedades o trastornos gastrointestinales y enfermedades metabólicas, las que quedan incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), sin límite de edad para esta cobertura. Requiere prescripción médica que justifique la indicación.

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

9.14. PROTECCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS TRASPLANTADAS (LEYES N° 26.928 y 27.447)

Garantizar a las personas trasplantadas y las que se encuentren en lista de espera la cobertura del ciento por ciento (100%) en la provisión de medicamentos, estudios diagnósticos y prácticas de atención de su estado de salud de todas aquellas patologías que estén, directa o indirectamente, relacionadas con el trasplante.

9.15. FIBROSIS QUÍSTICA

Según la Ley 27.552 y la Resolución 2894/2019 MSAL, se dará cobertura al 100 % de los medicamentos y productos médicos destinados al tratamiento de la Fibrosis Quística incorporada al apartado 7.3 del Anexo I de la Resolución N° 201/02 MSAL.

El Programa Médico Obligatorio debe cumplir con el Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (VIGIA) en el ámbito de la Seguridad Social (según ordena el Decreto 865/2000), a fin de garantizar la salud de la población en especial en emergencias sociales en donde hay que adoptar todas las medidas necesarias para que el número de personas vulnerables a enfermedades transmisibles y no transmisibles no aumente.

Cobertura total del cien por ciento (100%) de las prestaciones que sean indicadas por los médicos profesionales y que necesiten las personas con fibrosis quística de páncreas o mucoviscidosis, debiendo otorgar cobertura integral de medicamentos, suplementos dietarios y nutricionales, equipos médicos, kit de tratamientos, terapias de rehabilitación y todas las prestaciones que sean indicadas por los profesionales médicos". La Disposición 2/2022 especifica la canasta de medicamentos.

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

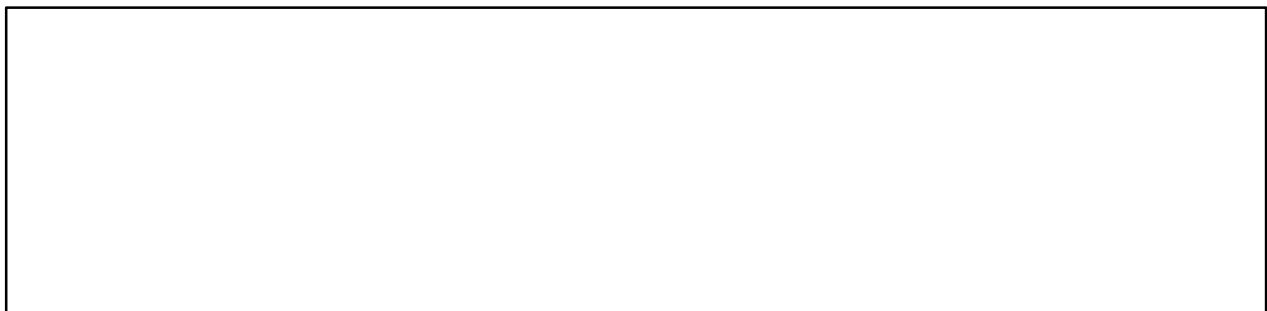
9.16. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE/ILE)

En el marco de la Ley 27.610, se dará cobertura integral y oportuna a las personas gestantes a fin de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto.

Art. 4º- Interrupción voluntaria del embarazo. Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional

Art. 5º- Derechos en la atención de la salud. Toda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo en los servicios del sistema de salud con su asistencia, en un plazo máximo de diez (10) días corridos desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y en las leyes 26.485, 26.529 y concordantes.

Información disponible en la página web institucional y <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/acceso-la-interrupcion-del-embarazo-ive-ile>



9.17. Ley N° 27.611 de 1.000 días

Art. 16: La ley garantiza 100% de cobertura de "todas las prestaciones alcanzadas por el 'Modelo de Atención y Cuidado Integral' que fije la Autoridad de Aplicación.

Art. 20° del Anexo I: Todo fármaco designado como medicamento esencial dentro del listado de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, destinado a embarazo, parto, posparto y durante los primeros TRES (3) años de vida de toda persona, quedando asimismo incluido todo aquel que sea incorporado como medicamento esencial por parte de la Autoridad de Aplicación, a efectos de la ley que se reglamenta por el presente.

Se garantiza la provisión de toda leche fortificada y/o de otras fórmulas alimentarias requeridas por niños o niñas que no acceden a la lactancia por razones justificadas y cuenten con prescripción del médico o de la médica o equipo de salud en los términos en que fije la Autoridad de Aplicación, así como los alimentos para el crecimiento y desarrollo saludable en el embarazo y la niñez, en el marco de los programas disponibles al efecto.

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

Se otorga además cobertura de todas las vacunas incluidas en el Calendario de Vacunación que sean obligatorias para las personas gestantes y niños y niñas de hasta tres años de edad.

9.18. LEY N° 27.674 DE RÉGIMEN DE PROTECCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE CON CÁNCER- Decreto 68/2023

Se brinda al niño, niña y adolescente con cáncer una cobertura del ciento por ciento (100%) en las prestaciones previstas en la presente ley, para las prácticas de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y todas aquellas tecnologías que pudieran estar directa o indirectamente relacionadas con el diagnóstico oncológico según lo establecido en el decreto reglamentario y normas complementarias.

9.19. LEY N° 27.675 RESPUESTA INTEGRAL AL VIH, HEPATITIS VIRALES Y OTRAS INFECCIONES - DECRETO 805/2022

Arts. 2 y 3: Cobertura por parte de los sujetos obligados de la respuesta integral e intersectorial al VIH, las hepatitis virales, la TBC y las ITS, entendida como "aquella que basada en la estrategia de la atención primaria de salud (APS) garantiza la investigación, prevención integral y combinada, diagnóstico, tratamiento, cura, asistencia interdisciplinaria (social, legal, psicológica, médica y farmacológica), y la reducción de riesgos y daños del estigma, la discriminación y la criminalización, incluyendo también los cuidados paliativos y la rehabilitación de conformidad con las recomendaciones establecidas en las Guías de Práctica Clínica (GPC) específicas del MINISTERIO DE SALUD en su versión más actualizada.

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

9.20. Ley N° 27.696 de Abordaje Integral de Personas Víctimas de Violencia de Género

Art. 1: Se ofrecen todas las terapias médicas, psicológicas, psiquiátricas, farmacológicas, quirúrgicas, y toda otra atención que resulte necesaria para el abordaje integral de personas víctimas de violencia de género.

9.21. OTRAS AMPLIACIONES DE COBERTURA

RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

10. EXCLUSIONES DE COBERTURA

Los tratamientos, prácticas o cirugías enunciados a continuación no son de cobertura obligatoria, salvo que fueren incluidos en sus cartillas y/o planes por parte de los Agentes del Seguro de Salud o Entidades de Medicina Prepaga.

- No avalados científicamente
- En etapa experimental.
- Que se opongan a normas legales vigentes
- Que se contrapongan al proceso natural de vida del individuo
- Supuestos atendidos por las ART
- Extras sanatoriales
- Ambulancia aérea
- Podología, cosmiatría, hidroterapia. Terapias o curas de revitalización o rejuvenecimiento, anti-stress
- Medicina alternativa
- Tratamientos y operaciones no reconocidas por Sociedades Científicas y/o Instituciones Oficiales
- Antiseborreicos, bio-organoterápicos capilares, champúes (salvo para pediculosis)
- Tratamientos desensibilizantes de alergias/vacunas que no figuren en el Manual Farmacéutico.



RNOS / RNEMP: 116709

PERÍODO: 2026



NOMBRE DE LA ENTIDAD:

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

11. OBSERVACIONES



OBRA SOCIAL PORTUARIOS
PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

R.N.O.S. 1-16709

CARTILLA DE
PRESTACIONES MÉDICO
ASISTENCIALES PERÍODO
2026

Av. San Martín N° 56 (C.P.2202) Puerto

General San Martín (Santa Fe)



PRÓLOGO

La Cartilla es una guía para el Beneficiario de OBRA SOCIAL DE PORTUARIOS GRAL SAN MARTÍN Y BELLA VISTA y a los miembros de sus familias acceder fácilmente a todos los servicios de la Obra Social.

La cartilla está compuesta por:

- **Sede de atención de la OBRA SOCIAL DE PORTUARIOS GRAL SAN MARTÍN Y BELLA VISTA y teléfonos útiles.**
- **Documentación necesaria para acceder a la atención médica.**
- **Cuales son casos de Urgencias y Emergencias y qué hacer.**
- **En qué consiste la cobertura de Salud**

CUERPO DE LA CARTILLA:

Está ordenada por Provincias, dentro de ellas por Localidades y en cada una de ellas se encuentran detalladas las Especialidades, con los profesionales, los Sanatorios, Clínicas, Centros de Diagnóstico, etc.

**SSS SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD**



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

La Superintendencia de Servicios de Salud recibe desde cualquier punto del país las consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades a través de los siguientes servicios:

Centro de Atención Telefónica: 0800-222-72583 de lunes a viernes de 9 a 19 hs.

Centro de Atención Personalizada: Av. Roque S. Peña 530 - PB - de lunes a viernes de 10 a 16 hs.

Centro de Atención Virtual: www.sssalud.gov.ar/reclamos@sssald.gov.ar



SEDE DE ATENCIÓN AL BENEFICARIO

Domicilio: Av. San Martín N° 56 – Puerto General San Martín

Teléfono de contacto: 03476- 436020/601013/601114

contacto@osportuarios.com.ar

www.osportuarios.com.ar

Horario y días de atención

lunes a viernes de 8 a 16 hs.

AFILIACIONES

afiliaciones@osportuarios.com.ar

Teléfono de Emergencias médicas / ambulancias de emergencias / médicos a domicilio

CCREP 03476-433450

AUDITORÍA MÉDICA:

Dra. Natalia Priotto

npriotto@osportuarios.com.ar

Consultas por IVE: ive-info@osportuarios.com.ar

Dra. Natalia Priotto

Integración – Discapacidad – SUR: integración@osportuarios.com.ar

Juliana Ru

Tesorería y facturación: egoggia@osportuarios.com.ar

Admisión: varce@osportuarios.com.ar

Administración: administracion@osportuarios.com.ar

Sra. Erika Goggia

Sra. Valeria Arce

Sra. Silvana Viola



AFILIACION

Para afiliarse, el beneficiario debe solicitar y completar el formulario de solicitud de ingreso emitido por la OBRA SOCIAL, instructivo alta del beneficiario y declaración jurada de salud.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MÉDICA.

Los beneficiarios de la OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTÍN Y BELLA VISTA para ser atendidos deberán acreditar su condición mediante documento de identidad y su credencial vigente a la fecha de la prestación.

El beneficiario de la Obra Social deberá tener en cuenta todos los requisitos establecidos, a efectos de no comprometer la prestación de la atención requerida por demoras administrativas.

La Credencial

La credencial y el documento de identidad son indispensables para acceder a todas las prestaciones. A fin de tener sus datos actualizados es necesario que nos comunique cualquier cambio de domicilio en el Centro de Atención Integral al **TEL.: 03476-436020 / 601013** o personalmente Av. San Martín N° 56 – Puerto General San Martín y Bella Vista, de lunes a viernes de 8 a 16 hs.

El afiliado recibe vía whatsapp la credencial en formato Digital.

CUALES SON CASOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS Y QUÉ HACER.

Una Urgencia Domiciliaria es:

Si se plantea una/s afección/es que, sin poner en peligro la vida del paciente, requieren atención médica dentro de un lapso breve y en las que el paciente no se encuentre en condiciones de concurrir a un Centro Asistencial contratado.

Usted debe comunicarse con el Servicios a través del número: **Tel.: 03476-433450**

En caso de emergencia domiciliaria o traslado para ser asistido en Institución Ud. Tenga en cuenta, para facilitar la tarea de quien recibe su llamado, tener la información que el operador le solicitará:

- Número de Teléfono
- Dirección (indicando entre que calles)
- Localidad
- Edad del Paciente
- Sea claro al plantear la situación
- Informe los síntomas del paciente
- Escuche con atención y cumpla cualquier indicación provista por el operador
- Mantenga libre de obstáculos el recorrido desde la puerta de calle hasta el lugar donde se encuentre el paciente.

¿Qué es una situación de Emergencia Domiciliaria?

Son aquellas situaciones que presentan una afección que ponen en peligro la vida del paciente y necesita asistencia médica inmediata.

Si sucede esto Ud. deberá comunicarse al Servicio a través del número: **Tel.: 03476-433450**



Emergencias y Urgencias Institucionales: Usted puede decidir concurrir o trasladar al paciente a las Instituciones Sanatoriales que se encuentran detalladas en la Cartilla y que cuentan con guardias a tal fin en cada ciudad de la jurisdicción de la OBRA SOCIAL PORTUARIOS GRAL SAN MARTÍN Y BELLA VISTA

Urgencias Odontológicas:

En caso que requiera de atención Odontológica deberá llamar Tel.: 03476-436020 / 601013 / 601114

Traslados en ambulancia programados:

- Apellido y nombre del beneficiario a trasladar
- Nro. de beneficiario
- Edad
- Motivo del traslado / Patología
- Horario de retiro / horario de regreso
- Dirección de origen del viaje (indicando entre que calles)
- Dirección de destino del viaje (indicando entre que calles)

Autorizaciones en Línea: Sistema AMR

En las instituciones sanatoriales, los afiliados tienen la posibilidad de acceder a las autorizaciones de prácticas de baja complejidad.

Se gestionan utilizando el aplicativo disponible <http://www.amr.org/gestion> y desde cualquier dispositivo.

(tablet, pc, notebook, teléfono móvil, etc.)

Consultas Médicas

Cuando Ud. necesite consultar un profesional médico deberá presentar su credencial vigente y su documento de identidad. Deberán abonar, de corresponder el coseguro establecido para las mismas

Podrá solicitar turnos de atención en forma telefónica con los profesionales o en las Instituciones que figuran en la Cartilla. Para que el profesional acredite la atención de la consulta Ud. deberá firmar la planilla de atención y control. Esta planilla se la facilitará el profesional al que concurrió o la Institución y servirá como constancia de atención.

Equipos Médicos

En aquellas especialidades en las que consten como Equipos Médicos, el beneficiario no podrá elegir entre los profesionales de éste, ya que esto determinaría una atención personalizada y podría solicitársele un arancel diferencial.

El Jefe del Equipo, Director o responsable, sólo actuará en forma personal según las normativas internas de cada equipo, a pedido del resto de los médicos o cuando las características del caso así lo requieran.



Autorización de Prácticas

En caso que la prestación requiera autorización previa Ud. podrá gestionarla personalmente en la sede central de OBRA SOCIAL DE PORTUARIOS GRAL SAN MARTÍN Y BELLA VISTA y deberán, de corresponder, abonar el coseguro establecido para las mismas.

Asimismo adhiere a lo establecido por Ley 27553 en donde se establece la validez de la confección de prescripciones de estudios o prácticas médicas por medio electrónico o digital.

Se realizan, también, vía correo electrónico al contacto@osportuarios.com.ar o al teléfono **03476-436020 / 601013**.

Tenga presente enviar la orden con los datos en forma clara. Las autorizaciones serán enviadas al prestador efector.

Recuerde que de no saber si corresponde autorizar o no una prestación y/o consulta Ustedes cuentan con los teléfonos de Auditoría Médica para resolver su duda **03476 -436020 / 601013**.

Derivaciones:

En todos los casos deben ser solicitadas ante la Obras Social para su consideración en la Sede Central, al teléfono número. **03476-436020**

La documentación de solicitud de derivación deberá presentarse con no menos de una semana de antelación, para permitir la búsqueda de turnos, pasajes y hotelería o bien como se le indique en el teléfono mencionado con anterioridad.

Prácticas y Estudios Complementarios Laboratorio, radiología y prácticas de baja complejidad que NO REQUIEREN autorización:

El profesional extenderá la orden en su propio recetario indicando: Los datos del beneficiario, fecha, diagnóstico, firma y sello.

Podrá realizarlas en el prestador que Usted elija dentro de la nómina de Cartilla, basta sólo con la prescripción médica de un profesional contratado por la Obra Social, la credencial al día, y el documento de identidad.

La validez de la orden es de 1(un) mes, desde la fecha de prescripción.

Las prácticas que no requiere autorización son:

Audiometría
Eco cardiograma
Ecografías
Electrocardiograma
Ergometría simple
Holter de dos canales
Laboratorio de rutina
Monitoreo fetal
Radiografía simple



Para ampliar esta información comuníquese al **03476-436020**. Prácticas de mediana y alta complejidad que REQUIEREN Autorización Previa.

Es el conjunto de prestaciones que se realizan a través de tecnologías complejas como por ejemplo:

- Cardiología no invasiva y/o intervencionista (angiografías digitales, arteriografías, cinecoronariografías, ecodoppler).
- Diagnóstico por imágenes (resonancia magnética nuclear, tomografía computada).
- Embolización selectiva de grandes vasos,
- Estudios de genética (histocompatibilidad).
- Fotocoagulación (rayos láser)
- Hemodiálisis renal, peritoneal, aguda y crónica.
- Implantes en general
- Material descartable de cirugía cardiovascular
- Medicina nuclear (Spect, perfusiones, centellogramas).
- Neurocirugía,
- Neuroradiología no invasiva y/o intervencionista (polisomnografías, potenciales evocados, embolizaciones).
- Prótesis,
- Requerimiento de Cardiodesfibrilador,
- Todas las prácticas de alta complejidad incluidas en las Resoluciones del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, y sus modificatorias,
- Transplantes (de médula ósea, renales, cardíacos, pulmonares, cardio- pulmonares hepáticos, intestinales, de páncreas, masivo de hueso),
- Tratamiento para HIV-Sida.
- Tratamientos de grandes quemados,
- Traumatología,

Este listado NO es taxativo. Estas prácticas NO son reintegrables.

La orden debe ser emitida por un profesional de cartilla, con datos del afiliado, diagnóstico presuntivo, resumen de historia clínica y estudios anteriores de baja complejidad, si así lo requiriese la Auditoría Médica de OBRA SOCIAL DE PORTUARIOS GRAL SAN MARTÍN Y BELLA VISTA.

La validez de la orden es de 1(uno) mes, desde la fecha de prescripción.

Internaciones

La autorización será realizada para una institución de la cartilla. Las internaciones son en habitación compartida sin cargo alguno para el beneficiario, con cobertura al 100%. A cargo del beneficiario estarán los gastos extras.

Se reconocerá acompañante en los casos que el paciente sea un menor de 15 años.

La orden médica debe contener:

- Nombre y apellido del paciente.



- Número de afiliado.
- Nombre de la entidad: OBRA SOCIAL PORTUARIOS GRAL SAN MARTÍN Y BELLA VISTA
- Diagnóstico.
- Fecha de internación.
- Prácticas o intervenciones que se prevén realizar durante la internación
- Días probables de estadía.

Internación de urgencia

La internación se realiza a través de los servicios de emergencia. La autorización deberá ser gestionada por la Institución, vía correo electrónico o personalmente por algún familiar en la Obra Social, dentro de las 24 hs. del día hábil posterior a la internación. **Tel 03476-436020 / 601013.**

Internación domiciliaria

Requiere autorización previa y se deberá realizar con 72 hs de anticipación a la fecha de internación, en la Obra Social en forma personal o vía correo electrónico.

Para ingresar en la Modalidad de Internación Domiciliaria u Hospital de día, deberán presentar la solicitud de autorización con 48Hs. de anticipación al traslado del paciente y/o comienzo de tratamiento, mediante la indicación médica. Es requisito, además de presentar indicación médica, el resumen de historia clínica a efectos del análisis que realizará la Auditoría Médica.

Medicamentos

Receta Digital obligatoria (plataformas PRAXIS –RCTA), el afiliado se presenta en la farmacia con el DNI + Credencial en formato digital o física, para acceder al descuento del plan ambulatorio de medicamentos al 40%

Medicación crónica

Para acceder a la misma, el médico especialista transcribe en la planilla crónica la medicación con su respectiva denominación genérica. Luego el afiliado presenta en la sede de la OBRA SOCIAL, dicha planilla para que pueda ser agregada al sistema, y en 24hs ya están autorizadas con los descuentos correspondientes. El afiliado se presenta en la farmacia con su DNI y credencial y recibe el descuento en la medicación. (Crónicos 70% -Dbt, anticonceptivos, leches y discapacidad 100%)

Medicación de alto costo

El afiliado presenta el caso con su respectivo pedido médico + historia clínica justificando lo solicitado. Luego pasa al sector de Auditoría Médica y se procede al pedido por mail de presupuestos a diversas droguerías.

Programas de Prevención

La OBRA SOCIAL DE PORTUARIOS GRAL SAN MARTÍN Y BELLA VISTA ha diseñado e implementado una serie de Programas de Promoción y Prevención de la Salud, de acuerdo a la normativa indicada por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, y habiendo analizado las necesidades de la población de la Obra Social.

Cada Programa incluye actividades para los afiliados: Campañas de estudios para la detección temprana, Campañas de promoción de la consulta con el médico, y Taller en los cuales se promueve la educación e



información específica de cada uno de ellos y se entrega material escrito específico.

La difusión se realiza en las carteleras de atención administrativa y médico asistencial de los afiliados a la Obra Social, en los centros prestadores y lugares de trabajo; la cartelería de cada Programa con la información relacionada y la difusión de la convocatoria a los talleres tanto para afiliados como para la población en general.

Los Afiliados también pueden informarse sobre cada Programa y sus actividades acercándose a la Oficina Central o Delegaciones de la Obra Social o comunicarse vía telefónica al **03476- 436020 /601013**.

Cambios en la cartilla:

Toda modificación que signifique cambios en la cartilla, tanto en contenido como en operatividad se informan mediante la página web de la obra social www.osportuarios.com.ar, estados de whatsapp y folletería que es entregada en la Sede de la entidad, cada 30 días, si no requiere ningún cambio de urgencia que amerite informarlo con anterioridad.

COSEGUROS

Los montos de los copagos, Resolución N° 1926/2024-MS, sus modificaciones y actualizaciones y podrán consultarse en <https://www.argentina.gob.ar/sssalud/obras-sociales/valores-copagos>. Los valores de los coseguos, son informados a los beneficiarios y/o usuarios al momento de la afiliación. La variación de los mismos es informada de manera fehaciente con una antelación de 30 días a los beneficiarios y/o usuarios (Art.3 Res.1926/2024)

OBRA SOCIAL PORTUARIOS PTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA		
Actualización de Coseguos	PORTUARIOS	MONOTRIBUTISTAS
Consulta Médicos de Familia/ Generalistas/ Pediatras / Tocoginecologo	\$ 6.000,00	\$ 10.000,00
Consulta Médicos Especialistas	\$ 8.000,00	\$ 15.000,00
Programa HIV y Oncología	Exento	Exento
Oncología	Exento	Exento
Discapacidad	Exento	Exento
Plan materno infantil	Exento	Exento
<u>PRACTICAS DE LABORATORIO BASICA</u> (hasta 6 unidades por receta)	\$ 9.000,00	\$ 9.000,00
<u>PRACTICAS DIAG.TERAPEUTICAS</u> , Imágenes de Baja complejidad Ecg-Aud-Logo-Imp-Oftalmo- Ergo- Espirom-Rx- Ecog.	\$ 8.500,00	\$ 8.500,00



<u>PRACTICAS DIAG. MEDIA COMP:</u> Holter- Mapa- Eeg- Ecodoppler.	\$ 9.000,00	\$ 9.000,00
<u>PRACTICAS DIAG. ALTA COMPLEJIDAD:</u> TAC-RMN- Lab. Biomolec- Genetico-Medicina Nuclear-Endoscopia Video Naso- Prick Test - Biopsias. CONE BEAN 341174	\$ 22.000,00	\$ 22.000,00
<u>FONOAUDIOLOGIA:</u> 4 sesiones al mes	\$ 6.000,00	\$ 6.000,00
<u>REHABILITACION:</u> Kinesiología y Fisioterapia x sesión	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00
<u>PSICOLOGIA:</u> x 4 sesiones al mes según PMO	\$ 6.000,00	\$ 6.000,00
AMBULANCIA - MEDICO A DOMICILIO - EMERGENCIAS	Exento	Exento
<u>ODONTOLOGIA:</u> Consultas Mayores	\$ 8.000,00	\$ 8.000,00
Consultas Menores de 15 años	\$ 5.500,00	\$ 5.500,00
Practicas Odontológicas	\$ 8.500,00	\$ 8.500,00

Los beneficiarios **ABONAN UN 50% DE LOS COSEGUROS VIGENTES** en nuestra delegación, a excepción de odontología.

En los demás prestadores, se cobrará el coseguro correspondiente según la grilla.

SSS SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

La Superintendencia de Servicios de Salud recibe desde cualquier punto del país las consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades a través de los siguientes servicios:

Centro de Atención Telefónica:

0800-222-72583 de lunes a viernes de 9 a 19 hs.

Centro de Atención Personalizada:

Av. Roque S. Peña 530 - PB - de lunes a viernes de 10 a 16 hs.

Centro de Atención Virtual:

www.sssalud.gov.ar / reclamos@sssallud.gov.ar





OBRA SOCIAL PORTUARIOS
PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA

R.N.O.S. 1-16709

**CARTILLA DE PRESTACIONES
MÉDICO ASISTENCIALES PARA
PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

2026

**AV. SAN MARTIN N° 56
Puerto General San Martín (Santa Fe) (C.P.2202)**

La OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTÍN Y BELLA VISTA asegura el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley N° 24901 que conforma el Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, y su Decreto Reglamentario, en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad según lo establecido por la Resolución 428/99 MSAL y normas complementarias.

El presente Instructivo detalla la documentación y modo de presentación, necesarias para la autorización de acceso a las prestaciones por discapacidad.

La presentación de la documentación requerida por la OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTÍN Y BELLA VISTA no implica la autorización de las prestaciones autorizadas hasta tanto sea evaluada por Auditoría Médica y el Equipo Interdisciplinario.

De dicha evaluación surgirá un informe por el cual se autorizarán las prestaciones o bien se les comunicara las observaciones.

DETALLE DE DOCUMENTACIÓN EN GENERAL A PRESENTAR

DOCUMENTACION DEL BENEFICARIOS

- Fotocopia del certificado único de discapacidad (CUD) vigente
- Certificado de alumno regular
- Nota en el caso que el niño no esté escolarizado.
- Conformidad de las prestaciones firmadas por la persona con discapacidad / padre madre – familiar responsable o tutor.

DOCUMENTACION CONFECCIONADA POR EL MÉDICO TRATANTE

- Formulario de Historia Clínica completo, firmado y sellado.
- Prescripciones médicas de las prestaciones indicadas, las cuales deberán estar comprendidas en el Nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad, firmada y sellado.
- Las fechas del Formulario de Resumen de Historia Clínica así como las de las prescripciones deben ser anteriores al período de las prestaciones indicadas.



La Superintendencia de Servicios de Salud recibe desde cualquier punto del país las consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades a través de los siguientes servicios:

Centro de Atención Telefónica: 0800-222-72583 de lunes a viernes de 9 a 19 hs.

Centro de Atención Personalizada: Av. Roque S. Peña 530 - PB- de lunes a viernes de 10 a 16 hs.

Centro de Atención Virtual: www.sssalud.gov.ar/reclamos@sss.salud.gov.ar



DOCUMENTACION DE INSTITUCIONES:

- *INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:* Debe detallarse los instrumentos de valoración aplicados y los resultados de los procesos evaluados
- *INFORME EVOLUTIVO* de la prestación detallando el período de la prestación brindada, la modalidad de abordaje, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y núcleo de apoyo, resultados alcanzados,
- *PLAN DE TRATAMIENTO:* Deberá detallarse el período de abordaje, modalidad de la prestación, objetivos específicos
- *PRESUPUESTO*
- *INSCRIPCIÓN* en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación
- *INSCRIPCIÓN* en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad- Agencia Nacional de Discapacidad. ¹² *CONSTANCIA* de CUIT – (presentación de inicio de relación de prestador/Obra Social)
- *CONSTANCIA* de CBU emitido por el banco– (presentación de inicio de relación de prestador/Obra Social o cambio de CBU)

En caso de indicar dependencia para prestaciones de hogar (con CET y Centros de día; Centro Educativo

- *INFORME CAULITATIVO Y CUANTITATIVO DE LA ESCALA DE MEDICIÓN DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)*, confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional
- *INFORME DEL PRESTADOR* especificando los apoyos que brindará conforme al Plan de Tratamiento Individual.

DOCUMENTACION DE PROFESIONALES INDEPENDIENTES en prestaciones de rehabilitación:

- *INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:* Debe detallarse los instrumentos de valoración aplicados y los resultados de los procesos evaluados
- *INFORME EVOLUTIVO* de la prestación detallando el período de la prestación brindada, la modalidad de abordaje, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y núcleo de apoyo, resultados alcanzados,
- *PLAN DE TRATAMIENTO:* Deberá detallarse el período de abordaje, modalidad de la prestación, objetivos específicos
- *PRESUPUESTO*
- *INSCRIPCIÓN* en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación
- *INSCRIPCIÓN* en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad- Agencia Nacional de Discapacidad. ¹² *CONSTANCIA* de CUIT – (presentación de inicio de relación de prestador/Obra Social)
- *CONSTANCIA* de CBU emitido por el banco– (presentación de inicio de relación de prestador/Obra Social o cambio de CBU)

Las prestaciones de rehabilitación impartidas por profesionales independientes comprendidas en “Apoyo – Modulo de Rehabilitación Integral Simple o Intensivo” se autorizaran a partir de los 3 años de edad del paciente. En el caso que el beneficiario fuera menor a 3 años, deberá solicitar “Módulo de Estimulación Temprana” en Instituciones categorizadas a tal fin.

DOCUMENTACION DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR CON EQUIPO:

- **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** Debe detallarse los instrumentos de valoración aplicados y los resultados de los procesos evaluados
- **INFORME EVOLUTIVO** de la prestación detallando el período de la prestación brindada, la modalidad de abordaje, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- **PLAN DE ABORDAJE:** Deberá detallar la adecuación a la curricula en caso de corresponder, por el profesional tratante
- **CONSTANCIA DE CATEGORIZACIÓN** de la Institución
- **ACTA ACUERDO** firmada por el familiar responsable o tutor y el Directivo de la Institución (tanto el Acta como la Constancia de alumno regular deberá presentarse dentro de los 60 días corridos a partir del inicio de ciclo lectivo)
- **PRESUPUESTO**
- **CONSTANCIA de CUIT** – (presentación de inicio de relación de prestador/Obra Social)
- **CONSTANCIA de CBU emitido por el banco**– (presentación de inicio de relación de prestador/Obra Social o cambio de CBU)

El médico deberá especificar en el pedido médico Equipo de Apoyo a la Integración Escolar.

DOCUMENTACION DE MAESTRA DE APOYO

- **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** Debe detallarse los instrumentos de valoración aplicados y los resultados de los procesos evaluados
- **INFORME EVOLUTIVO** de la prestación detallando el período de la prestación brindada, la modalidad de abordaje, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- **PLAN DE ABORDAJE:** Deberá detallar la adecuación a la curricula en caso de corresponder, por el profesional.
- **ACTA ACUERDO** firmada por el familiar responsable o tutor y el Directivo de la Institución (tanto el Acta como la Constancia de alumno regular deberá presentarse dentro de los 60 días corridos a partir del inicio de ciclo lectivo)
- **TÍTULO HABILITANTE** (Psicopedagoga, Psicóloga, Profesores de Educación Especial, Licenciadas en Ciencias de la Educación) ^B **CERTIFICADO ANÁLITICO DE MATERIAS.**
- **PRESUPUESTO**
- **CONSTANCIA de CUIT** – (presentación de inicio de relación de prestador/Obra Social)
- **CONSTANCIA de CBU emitido por el banco**– (presentación de inicio de relación de prestador/Obra Social o cambio de CBU)

El médico deberá especificar en el pedido médico Maestra de apoyo y cantidad de sesiones semanales.

DOCUMENTACION DE TRASNPORTE:

Para el pedido de transporte deberá ser indicado por el médico tratante, fundamentando con datos clínicos relevantes por los cuales imposibilitan el traslado del beneficiario en transporte público gratuito.

La Dependencia para prestaciones de transporte debe ser presentada conjuntamente con el *INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LA ESCALA DE MEDICIÓN DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)*, confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional e incluir el Diagrama de Traslado en los apoyos específicos que se brindarán.

La dependencia no puede ser solicitada para beneficiarios menores de 6 (seis) años.

- CONFORMIDAD DE DIAGRAMA DE TRASLADO firmados por la persona con discapacidad – familiar responsable o tutor.
 - PRESUPUEST. Debe constar el Diagrama de traslados con indicación de origen y destino por cada viaje. Cantidad de kilómetros por viaje del recorrido, por semana y por mes (ida y vuelta). Deberá estar firmado, con aclaración y DNI del transportista y la persona con discapacidad – familiar responsable o tutor.
 - MAPA DEL RECORRIDO SOLICITADO (se deberá presentar solo mapa donde se visualice el origen y destino y cantidad de kilómetros del recorridos).
 - HABILITACIÓN ACTUALIZADA de la empresa y del vehículo que realiza el traslado
-
- VTV DEL VEHÍCULO
 - LICENCIA DEL ONDUCTOR vigente
 - POLIZA DE SEGURO
 - *CONSTANCIA de CUIT – (presentación de inicio de relación de prestador/Obra Social)*
 - *CONSTANCIA de CBU emitido por el banco– (presentación de inicio de relación de prestador/Obra Social o cambio de CBU)*

La Superintendencia de servicios de Salud de la Nación autoriza una cantidad máxima de kilómetros mensual. En caso de superar esa cantidad, el beneficiario deberá concurrir a prestadores/instituciones inscriptas/categorizadas próximas a su domicilio.

FORMULARIO RESUMEN HISTORIA CLÍNICA



A COMPLETAR POR MÉDICO ESPECIALISTA

FECHA: _____ (Debe ser anterior al inicio del Tratamiento)

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Nº de Asociado: _____

Documento: Tipo: _____ Nº: _____ Edad: _____ Sexo: _____

DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DISCAPACITANTE

EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO DE BASE

Indicar parámetros funcionales actuales (mentales-motores-sensoriales)

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS Y/O INTERVENCIONES EDUCATIVAS

OBJETIVOS DE LOS TRATAMIENTOS PRESCRIPTOS

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FORMULARIO F.I.M.

FECHA: _____



Deberá ser completado por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico Psiquiatra en caso de patologías mentales.
 Los datos a completar en la pantalla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.
 Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.
Completar todos los campos del Formulario

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____
 DNI: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Diagnóstico: _____

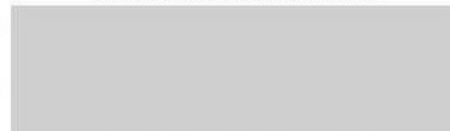
ITEMS	ACTIVIDAD	PUNTAJE
Autocuidado		
1	Alimentación (uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
2	Aseo Personal (lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
3	Baño (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
4	Vestido parte superior (de la cintura hacia arriba así como colocar prótesis/ortesis)	
5	Vestido parte inferior (de la cintura hacia abajo, ponerse zapatos, abrocharse y colocarse prótesis/ortesis)	
6	Uso del Baño (mantener la higiene y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
Control de Esfínteres		
7	Control del intestino (control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
8	Control de vejiga (control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
Transferencias		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama	
10	Transferencia al baño (sentarse y salir del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha/bañera (entrar y salir de la bañera o ducha)	
Locomoción		
12	Marcha/Silla de Ruedas (caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Escaleras (subir y bajar escalones)	
Comunicación		
14	Comprensión (entendimiento de la comunicación auditiva o visual Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)	
15	Expresión (expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
Conexión		
16	Interacción Social (hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
17	Resolución de Problemas (resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y rostros familiares)	

Tabla de Puntuación de niveles de Independencia Funcional

Independiente	Puntuación
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6

Dependiente	Puntuación
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% o más.	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matricula y especialidad de los prof. intervinientes



Firma y Sello del Prof. Interviniente

Nº de Matricula: _____

Especialidad: _____



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TODAS las actividades deben estar indicadas en el Cronograma (Incluyendo sesiones en horas de asistencia semanal y jornada educativa). Estas deben estar con las firmas del Beneficiario, madre / Padre / tutor si éste fuera menor y del médico y/o equipo tratante.

Lo detallado en el Cronograma DEBE contemplar los tiempos de descanso, traslados, alimentación y tiempo libre requeridos para el desarrollo de cada propuesta terapéutica y/o educativa.

NOMBRE y APELLIDO						
DNI Nº			EDAD			
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
8 HORAS						
9 HORAS						
10 HORAS						
11 HORAS						
12 HORAS						
13 HORAS						
14 HORAS						
15 HORAS						
16 HORAS						
17 HORAS						
18 HORAS						
19 HORAS						
20 HORAS						

Firma Beneficiario / Tutor

Firma, aclaración y sello Médico tratante

Firma, aclaración y sello Coordinador equipo tratante

CONSENTIMIENTO INSTITUCIONES

Deberá presentar un formulario por cada prestación solicitada en original



PARA COMPLETAR POR LA FAMILIA

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Mail: _____

Tel Particular: _____ Tel Laboral: _____ Celular: _____

Aclaración: _____

Firma Beneficiario o representante _____ DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

PARA COMPLETAR POR EL PRESTADOR

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre del Beneficiario: _____

DNI: _____

Prestaciones a brindar: _____

Tipo de jornada (Simple o Doble): _____ Dependencia (S/N): _____

Matricula (\$): _____ Monto mensual (\$): _____ Categoría: _____

Período Ciclo Lectivo Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de Asistencia

DÍAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones: _____

Firma Responsable de Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO POR SESIONES / MAESTRA DE APOYO

Deberá presentar un formulario por cada prestación solicitada en original



PARA COMPLETAR POR LA FAMILIA

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Mail: _____

Tel Particular: _____ Tel Laboral: _____ Celular: _____

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Firma Beneficiario o representante _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

PARA COMPLETAR POR EL PRESTADOR

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre del Beneficiario: _____

DNI: _____

Prestación / Especialidad	Cantidad de Sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto Mensual (\$)

Periodo Ciclo Lectivo Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de Asistencia

DÍAS HORARIO	Lunes De / A:	Martes De / A:	Miércoles De / A:	Jueves De / A:	Viernes De / A:	Sábado De / A:
Esp.: _____						
Esp.: _____						
Esp.: _____						

Observaciones: _____

Firma Responsable de Institución

Aclaración

ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR



Fecha: ___/___/___

En el día de la fecha, en la ciudad de _____ se establece el presente acuerdo entre la Escuela _____ con domicilio sito en _____ representada por _____, la Maestra de Apoyo / el equipo de Apoyo a la Integración Escolar representado por _____ y la familia del alumno/a _____ con DNI _____ representado por _____ para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el año _____ Sala / Grado / Año _____ turno _____ en los días y horarios: _____
Período: _____

La Institución educativa y el/la Maestro/a de Apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al alumno según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

Firma y sello de responsable de Escuela
Común donde se brindará la prestación

Firma del padre / madre / tutor

Firma y sello de Maestro / Equipo
AIE

Aclaración

Aclaración

Aclaración



NOTA DE SUSPENSIÓN TEMPORARIA DE TRATAMIENTO

BENEFICIARIO CAUSANTE [REDACTED] DNI/LC/LE [REDACTED]

Por medio de la presente, informo que por motivos personales durante los meses de _____ del corriente año, el beneficiario indicado, no asistió a la prestación (ej. fonoaudiología, psicología, transporte, EGB, etc.) _____ con el profesional y/o institución _____

Firma

Aclaración

DNI/C/I/F

FECHA [REDACTED]



NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

BENEFICIARIO CAUSANTE [REDACTED] DNI/LC/LE [REDACTED]

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de _____ (Ej. Psicología, CET, EGB, etc.) con el profesional y/c institución _____ a partir de la fecha _____

Solicito nueva alta para subsicio de dicha prestación con el profesional y/o institución _____

Firma

Aclaración

DNI/LC/LE

DETALLE DE SOLICITUD DE TRASNPORTE



"A fin de favorecer la mayor autonomía e integración de las personas con discapacidad se promueve el empleo de transporte público de pasajeros"

Si el médico tratante considera pertinente la indicación de transporte mediante autores particulares a Beneficiario deberá:

- * aportar datos clínicos que justifiquen la presentación
- * determinar el tiempo por el cual será requerido, con la limitación de los espacios de tratamiento previstos

Nombre y Apellido									
DNI Nº:						EDAD:			
ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES									
PADRES:	Nombre y Apellido:			ACTIVIDAD			TURNOS/HORARIOS		
Diagnóstico:				DSM IV- CIE X					
Deficiencia:									
JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD:									

Firma, aclaración y sello del Médico tratante:

Fecha:

CONSENTIMIENTO TRANSPORTE

Deberá presentar un formulario por cada prestación solicitada en original



COMPLETAR POR LA FAMILIA CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro. Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante

Aclaración:

DNI Firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento:

COMPLETAR POR EL PRESTADOR

Lugar y Fecha de Emisión:

Razón Social del prestador:

Domicilio:

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre del Beneficiario:

DNI: _____ Traslados a la prestación (Escuela, CET, Psicología, Kinesiología, etc.): _____

TRASLADOS

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DÍA	KM/VIAJE	IMP(S)/KM	IMP(\$)/DIARIO
---------	---------	------------	----------	-----------	----------------

Dependencia (S/N): _____ Monto mensual (\$): _____

Período Traslados Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de Traslados: (marcar con una cruz los días de traslado)

DÍAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones:

Firma Responsable del Transporte

Aclaración

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

Recuerde que toda la documentación indicada en el "Instructivo" es indispensable para la autorización



Este formulario deberá estar abrochado en el exterior del sobre que contenga la documentación

DOCUMENTACIÓN PERSONAL

(para todos los casos)

Tildar lo que corresponda

- Fotocopia Certificado de discapacidad vigente (2 copias).
- En caso de ser monotributista fotocopias de los 6 últimos pagos.
- Consentimiento Informado (Ver Modelo Adjunto). Uno por cada prestación solicitada.
- C.U.E. de la Escuela (Código Único de Establecimiento). Solicitarlo en la escuela a la que asiste el niño.
- Un cronograma indicando la distribución de todas las actividades pautadas que realiza el beneficiario (Ver Modelo Adjunto).
- Certificado de alumno regular o nota aclaratoria firmada por el titular en caso de no estar escolarizado.

DEL MEDICO

Tildar lo que corresponda

- Resumen completo de Historia Clínica (completar "Formulario Resumen Historia Clínica" adjunto) ó Recetario Médico (debe contener datos del "Formulario Resumen Historia Clínica")
- Prescripción médica (original)
- Formulario F.I.M. (Completo por el médico)

DEL PRESTADOR

Tildar lo que corresponda

- Presupuesto firmado (Original) (ver Detalle).
- Plan de tratamiento firmado, indicando el periodo de la prestación (Original) (Ver detalle).
- Registro Nacional de Prestador (RNP) vigente para la prestación solicitada y copia del Carnet del RNP
- Print de pantalla de la consulta web del RNP o AND (a excepción de maestra de apoyo o transporte)
- Constancia de Inscripción en AFIP.
- Constancia de CBU emitida por el banco o impresa desde el home banking.
- Título habilitante (en caso de ser profesionales y no una institución).
- En caso de Institución: copia de la categorización vigente.

En caso de solicitar Apoyo a la Integración Escolar con equipo/ Maestra de apoyo:

- Acta acuerdo.
- Proyecto de integración - Adaptación curricular.

En caso de solicitar Maestra de Apoyo además:

- Título Habilitante
- Certificado Analítico de Materias

TRANSPORTISTA

Tildar lo que corresponda

- Constancia de Inscripción AFIP.
- Habilitación actualizada de la empresa que factura y el vehículo que realiza el trabajo.
- Presupuesto (original) (ver Detalle Transporte).
- Mapa recorrido transporte. INDISPENSABLE.
- Detalle solicitud de transporte. INDISPENSABLE. (ver Detalle).
- Constancia de CBU emitida por el banco o impresa desde el home banking.

Firma y aclaración (madre/padre/tutor) _____

Centros de Orientación y/o Coordinación de Servicios.

CENTRO DE ATENCIÓN AL BENEFICARIO

Av.San Martín N° 56

Tel.: 03476-436020

Días y horarios de atención: lunes a viernes 09 hs. a 17 hs.

Auditoría Médica y Equipo Interdisciplinario

Dra. Natalia Priotto

npriotto@osportuarios.com.ar

Integración – Discapacidad – SUR: integración@osportuarios.com.ar

Juliana Ru

Tesorería y facturación: egoggia@osportuarios.com.ar

Admisión: varce@osportuarios.com.ar

Administración: administracion@osportuarios.com.ar

Sra. Erika Goggia

Sra. Valeria Arce

Sra. Silvana Viola

Procedimientos para el contacto con el Equipo Interdisciplinario.

El Equipo Interdisciplinario y el Personal del Sector Discapacidad de la OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTÍN Y BELLA VISTA se encuentra a bordo a disposición de los sus beneficiarios en todo el país con el objeto de garantizar la cobertura y resolver cualquier inconveniente sobre sus tratamientos.

Los beneficiarios que soliciten prestaciones por primera vez deberán comunicarse con el Equipo Interdisciplinario al correo electrónico equipointerdisciplinario@gmail.com, para acordar una entrevista (presencial o por zoom) y luego de ello deberá presentar toda la documentación detallada en el primer capítulo del presente instructivo.

El Equipo Interdisciplinario se contactará con los Beneficiarios / familiar responsable o tutor con el objeto de realizar seguimiento de los casos, encuestas de satisfacción o solucionar conflictos que se planteen durante los tratamientos.

Procedimiento de autorizaciones.

La presentación de documentación puede remitirse, en primera instancia, escaneada al correo integracion@portuarios.com.ar y con posterioridad deberá remitir los originales de aquellos documentos que son obligatorios.

DOCUMENTACION DEL BENEFICARIOS

- Fotocopia del certificado único de discapacidad (CUD) vigente
- Certificado de alumno regular (original)
- Nota en el caso que el niño no esté escolarizado. (original)
- Conformidad de las prestaciones firmadas por la persona con discapacidad / padre-madre – familiar responsable o tutor. (original)

DOCUMENTACION CONFECCIONADA POR EL MÉDICO TRATANTE

- Formulario de Historia Clínica completo, firmado y sellado. (original) ² Prescripciones médicas de las prestaciones indicadas, las cuales deberán estar comprendidas en el Nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad, firmada y sellado. (original)
- Formulario FIM. (original)
- Las fechas del Formulario de Resumen de Historia Clínica así como las de las prescripciones deben ser anteriores al período de las prestaciones indicadas.

El resto de la documentación respaldatoria de los profesionales y/o Instituciones intervinientes en los tratamientos de los Beneficiarios, se encuentra detallada en el Capítulo I del presente instructivo.

REQUISITOS INDISPENSABLES PARA LA AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES (AÚN EN CASOS DE PRESTACIONES AUTORIZACIÓN EN AÑOS PREVIOS)

Los siguientes puntos son de cumplimiento obligatorio.

- A. Las prestaciones SÓLO podrán ser brindadas por Instituciones y/o prestadores inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación y/o Agencia Nacional de Discapacidad, de acuerdo al caso.
- B. En el caso de MII/MIS (módulo integral intensivo o simple) la prescripción del médico debe detallar las prestaciones que componen el módulo y cuantas sesiones se brindará en él. Las cantidades debe coincidir con el presupuesto.
- C. Se pueden realizar solo 2 (dos) cambios de prestadores (profesionales, Instituciones, transportistas, etc.) durante el año. A tal fin se deberá presentar una “Nota de solicitud de cambio de prestador”.
- D. Deberán presentar toda la documentación del nuevo prestador incluido el Informe de Evaluación Inicial.
- E. INTEGRACIÓN ESCOLAR: (con equipo/maestra de apoyo). Esta prestación tiene por objetivo la adecuación de la curricula de aprendizaje y la metodología que el docente del colegio debe emplear y así lograr la inclusión del niño en el aula.
- F. Las necesidades educativas especiales que requieren los niños para el adecuado desenvolvimiento en las actividades escolares, se encuentran contempladas en las Prestaciones Básicas de Personas con Discapacidades (Res. 428/99 y 1328/2006) y NO incluyen Acompañante Terapéutico o Acompañante Externo. G. El Módulo mínimo es de 8 horas semanales.
- H. No se aceptarán propuestas parciales, solo aquellas que den respuesta integral a las necesidades evaluadas.

- I. Los expedientes caducan cada 31 de diciembre del año que fueron solicitados, debiéndose presentar nuevamente toda la documentación a partir del año nuevo.
- J. Cada institución o prestador se hace cargo de su capacitación, supervisión, coordinación no pudiendo transferir ese costo a la Obra Social.
- K. No corresponde cobertura simultánea de escuela especial o CET y apoyo a la integración escolar – no se autoriza. Sin excepción.
- L. En caso de CET Jornada doble, sólo se autoriza una prestación de apoyo al Beneficiario/a (Kinesiólogo, terapia ocupacional, etc.). En ningún caso se autoriza Módulo Integral Intensivo o Simple.
- M. Todos los prestadores –ya sean instituciones o no, deberán presentar Informes de Evolución SEMESTRALMENTE. En ellos se debe detallar los logros alcanzados y las necesidades particulares evaluadas. Los informes individuales deben reflejar una estrategia articulada y acordada.
- N. Todos prestadores (profesionales individuales o Instituciones) deberán presentar el Informe de Evolución SEMESTRALMENTE.

BENEFICIARIOS MONOTRIBUTISTAS. RECUERDE QUE al tercer mes consecutivo o cinco meses alternados que adeude el pago de Monotributo, será dado de baja automáticamente de la Obra Social. Reactivándose nuevamente el día que realice el trámite correspondiente a la presentación de constancia de pago del Monotributo. EL PERÍODO QUE NO SE ENCUENTRE ACTIVO, NO SE ABONARÁ LO FACTURADO POR LOS PRESTADORES.

LISTADO DE PRESTADORES

Se incorporó a la cartilla de Prestadores de salud el listado de Instituciones y Profesionales que brindan Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad que actualmente atienden a Beneficiarios de OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTÍN Y BELLA VISTA. La actualización de la información es anual y se puede acceder a ella a través de la página web de la Obra Social.

No obstante, el listado es referencial ya que la OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO SAN MARTÍN Y BELLA VISTA se acoge a lo establecido en el Artículo 6° de la Ley 24901 y su reglamentación mediante el Decreto 1193/98 en donde se señala que el Beneficiario con Certificado Único de Discapacidad puede acceder a la cobertura del plan de tratamiento indicado por su médico tratante con los prestadores que considere aunque se encuentre fuera de cartilla de la Obra Social.

PRESTADOR	CUIL	DOMICILIO	LOCALIDAD	C.P.	PROVINCIA	TELEFONO	CORREO	ESPECIALIDAD
Ferrari Laura	27335122319	RIVADAVIA 545	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-156543980	lauraferrari@hotm.com	FONOAUDIOLOGIA
Garna Jorgelina	27182445652	BV. SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SAN LORENZO	0341-156585366	lic.jorgelina@hotm.com	FONOAUDIOLOGIA
Martinez Cintia	27338055213	MAZZA 844	ROSARIO	2000	SANTA FE	0341-156120722	lic.cintiamartinez@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA
Trujillo Graciela	27225427076	RECONQUISTA 1898	ROSARIO	2000	SANTA FE	0341-155111314	graciela.trujillo@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA
Fiori Daiana Camila	27363267810	MITRE 1210	FRAY LUIS BELTRAN	2156	SANTA FE	0341-155994017	daianacamilafori.11@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA
Gomez Monica	27228630689	SAN LUIS 585	PTO. GRAL.SAN MARTIN	2202	SANTA FE	03476-15621341	kairos2411@yahoo.com.ar	FONOAUDIOLOGIA
Molina Mariela	27235644830	JOSE HERNANDEZ 276	DIAMANTE	3105	ENTRE RIOS	0343-15502089	mariala.molina770@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA
Sciarrá Melina	27315377280	COLOM 57	CAPTAN BERMUDEZ	2154	SANTA FE	0341-156432247	lic.sciarra@hotm.com	FONOAUDIOLOGIA
Robbiano Fabiana Beatriz	27176885179	SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15361992	frobiano@live.com	FONOAUDIOLOGIA
Julietta Ragaglia	27278820098	SAN MARTIN 347	RICARDONE	2201	SANTA FE	0341-152114151	icragaglia@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA
Barovero Ma. Virginia	27331780214	SAN CARLOS 1000	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15502402	vickycic@hotmail.com	KINESIOLOGA
Aranda Lautaro	20390526491	25 DE MAYO 5220	ZABALLA	2914	SANTA FE	0341-2724789	lautaroaranda95@gmail.com	KINESIOLOGIA
Borny Ivana Natali	27359995054	JUAN B JUSTO 928	RAMALLO	2914	BUENOS AIRES	03407-15414677	ivana.n.borny@gmail.com	KINESIOLOGIA
Ledesma Rocio Elena	27281353476	MITRE 184	DIAMANTE	3105	ENTRE RIOS	0341-154152281	roci.o.ledesma@gmail.com	KINESIOLOGIA
Dobler Juan Pablo	20293255858	FLORIDA 156	CAPTAN BERMUDEZ	2154	SANTA FE	0341-153598585	juandobler@yahoo.com.ar	KINESIOLOGIA
Gottardi Florencia	23355851524	VALPARAISO 1685	ROSARIO	2000	SANTA FE	0341-153202725	florgottardi@hotmail.com	KINESIOLOGIA
Oro Victoria Soledad	27337066262	AV. CORDOBA 2566	PTO. GRAL. SAN MARTIN	2202	SANTA FE	0341-153349844	centroamblar@gmail.com	KINESIOLOGIA
Payer Maximiliano	20318153435	BUENOS AIRES 371	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15507366	maxpayer@hotmail.com	KINESIOLOGIA RESPIRATORIA
Barovero Ma. Virginia	27331780214	SAN CARLOS 1000	SAN LORENZO	2202	SANTA FE	03476-15502402	vickycic@hotmail.com	MUSICOTERAPIA
Bassi Graciela Noemi	27247489830	AV. CORDOBA 2566	PTO. GRAL.SAN MARTIN	2202	SANTA FE	0341-755105359	mbassi@gmail.com	MUSICOTERAPIA
Golin Noelia Monica	27236121998	C. COLON 57	CAPTAN BERMUDEZ	2154	SANTA FE	0341-156432247	cedich@hotmail.com	MUSICOTERAPIA
Lazzatti Adrian Alejandro	20302916676	ALBERDI 355	PTO. GRAL. SAN MARTIN	2202	SANTA FE	0341-1546681881	adrianlazzatti@gmail.com	MUSICOTERAPIA
Cugliani Yanina	27304004492	RIVADAVIA 485	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-153049531	yaninacugliani@gmail.com	PSICOLOGA
Esteban Laura Beatriz	23253282894	AV. SAN MARTIN 1761	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-156834549	lauraesteban33@hotmail.com	PSICOLOGA
Bongiorno Ian Jairo	20366221531	AV. CORDOBA 2566	PTO. GRAL. SAN MARTIN	2202	SANTA FE	0341-153349844	ianbongiorno@gmail.com	PSICOLOGIA
Laguer Elizabeth	27354464743	SARMIENTO 419	DIAMANTE	3105	ENTRE RIOS	0343-154518341	laguerelizabeth@gmail.com	PSICOLOGIA
Laura Beatriz Esteban	23253282894	AV. SAN MARTIN 1761	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-156834549	lauraesteban33@hotmail.com	PSICOLOGIA
Masson Ingrid	27344086929	SAN MARTIN 347	RICARDONE	2201	SANTA FE	0341-155315097	ingridmasson.8@gmail.com	PSICOLOGIA
Pulmieri Muriel	27347538995	OLIVEROS 351	ANDINO	2215	SANTA FE	03464-15584991	murielpulmieri@hotmail.com	PSICOLOGIA
Sabetta Paula Belen	27392545943	SAN JUAN 513	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15301732	paulasabetta@hotmail.com	PSICOLOGIA
Gasser Esteban	20222833389	BV SARGENTO CABRAL 1178	SAN LORENZO	2200	SAN LORENZO	03476-15532129	gasseresteban@hotmail.com	PSICOLOGIA
Pesenti Agustina Paula	27354503889	RIVADAVIA 485	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-156657473	agustinapesenti@gmail.com	PSICOLOGIA
Zapata Nerina Gisela	27304055680	MORENO 430	CAPTAN BERMUDEZ	2154	SANTA FE	0341-156432247	cedich@hotmail.com	PSICOLOGIA
Florenza Julieta	2735223749	JOSE INGENIEROS 504	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15600619	luflorenzax90@gmail.com	PSICOLOGIA
Boher María Bernarda	27362788663	LAPRIDA 1170	ROSARIO	2000	SANTA FE	02477-15351334	bernardaboher@gmail.com	PSICOLOGIA
Diaz Daiana	27396868364	EDEN 1036	RICARDONE	2201	SANTA FE	0341-152571029	psa.daianadiaz@gmail.com	PSICOLOGIA
Faur Barbara	27322957500	RIVADAVIA 513	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-15304793	faurbarbara@hotmail.com	PSICOLOGIA
Rubano Marta Ines	27180063086	SERRANO 480	DIAMANTE	3105	ENTRE RIOS	0343-154152281	marta_rubano@hotmail.com	PSICOLOGIA
Spies Betiana	23307612704	3 DE FEBRERO 339	OLIVEROS	2206	SANTA FE	0341-156581454	betianaspies@hotmail.com	PSICOLOGIA
Mapelli Gina	27348315728	RIVADAVIA 485	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-156531336	mapelligina@gmail.com	PSICOLOGIA
Zelada Blanca Nora	27339658928	COLON 966	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15564286	norablancazelada@gmail.com	PSICOLOGIA
Andrada Fatima Valeria	27334906146	MENDOZA 1086	PTO.GRAL.SAN MARTIN	2202	SANTA FE	03476-15594240	fatimaandradapso@gmail.com	PSICOLOGIA
Cucit Maria Sol	27413188041	RIVADAVIA 485	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15651041	solcucit@hotmail.com	PSICOLOGIA
Olmedo Florencia	27367791212	BV. SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15361992	o.florencia@hotmail.com	PSICOLOGIA
Colomero Nadia Maria	27296263848	SAN MARTIN 347	RICARDONE	2201	SANTA FE	0341-155048954	psa.nadialombero@gmail.com	PSICOLOGIA
Beatzotti Melina	272723348102	BROWN 2694	ROSARIO	2000	SANTA FE	0341-155077920	melinabeatzotti@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Bussano Gloria	27127366107	SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-155020206	gbussano@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Gagliardi Mariana	27392541905	ROSARIO 437	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15644808	marianelagagliardi@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Montero Florencia	27357020072	MITRE 1602	RAMALLO	2914	BUENOS AIRES	03407-15443765	flor.montero0@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Ojeda Vanesa Anahi	27354629475	C. COLON 57	CAPTAN BERMUDEZ	2154	SANTA FE	0341-4914094	cedich@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL

Papes Maria De los Milagros	27344648919	IRIGOVEN 1762	PARANA	3100	SANTA FE	0343-155188182	milagros.papes@gmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Tourn Maria Paula	27392545358	AV. CORDOBA 2566	PTO. GRAL. SAN MARTÍN	2202	SANTA FE	0341-153349844	centroamblar@gmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Vilumbrales Maria	27315421786	COLON 57	CAPITAN BERMUDEZ	2154	SANTA FE	0341-155486412	mvilumbrales@live.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Romero Maria Fernanda	27254398735	SAN MARTIN 347	RICARDONE	2201	SANTA FE	0341-156800240	mferromero@yahoo.com.ar	TERAPIA OCUPACIONAL
CREE	30710019270	GRAL. LOPEZ 1564	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-432514	centrodedejares@hotmail.com	CENTRO DE DIA
FORT-DA SRL	30714909165	GUTENBERG 866	ROSARIO	2000	SANTA FE	0341-4385198	administracion@ceforda.com.ar	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO
PERSONARE SRL	30715409298	LEANDRO ALEM 760	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-423412	personaresi@hotmail.com	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO
PERSONARE SRL	30715409298	LEANDRO ALEM 760	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-423412	personaresi@hotmail.com	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO
Gomez Crick Eliana Maricel	27395801428	YRIGOVEN Y CATAWARCA	DIAMANTE	3105	ENTRE RIOS	0343-156610871	gomezcrick@gmail.com	APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR
Lanati Yanina	27257517379	SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-153739672	yaninalanati@live.com.ar	PROF. EDUCACION ESP / MAESTRA DE APOYO
Schulz Juana Andrea	27219842215	SAN MARTIN Y NOGOYA	DIAMANTE	3105	ENTRE RIOS	0343-154624394	juanaschulz@live.com	PROF. EDUCACION ESP / MAESTRA DE APOYO
Lanati Yanina	27257517379	SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-153739672	yaninalanati@live.com.ar	PROF. EDUCACION ESP / MAESTRA DE APOYO
Schulz Juana Andrea	27219842215	SAN MARTIN Y NOGOYA	DIAMANTE	3105	ENTRE RIOS	0343-154624394	juanaschulz@live.com	PROF. EDUCACION ESP / MAESTRA DE APOYO
Zelada Blanca Nora	27139658928	COLON 966	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15564286	porabiancazelada@gmail.com	MAESTRA DE APOYO
Andrea Fatima Valeria	273334906146	MENDOZA 1086	PTO. GRAL. SAN MARTIN	2202	SANTA FE	03476-15594240	fatimaandradasp@gmail.com	MAESTRA DE APOYO
Cucit Maria Sol	27413198041	RIVADAVIA 485	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15651041	solcucit1@hotmail.com	MAESTRA DE APOYO
Olmedo Florencia	27367791212	BV. SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15361992	oflorencia@hotmail.com	MAESTRA DE APOYO
Robbiano Fabiana Beatriz	27176885179	SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15361992	frobblano@live.com	MAESTRA DE APOYO
Orega Roxana Ines	27245923894	JUAREZ CELMAN 708	RICARDONE	2201	SANTA FE	03476-410319	roxana_orega@hotmail.com	ACOMPANANTE TERAPEUTICO/
Zapata Maria Lucrecia	27317177378	BUENOS AIRES 543	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15201182	calio206p@live.com	TRANSPORTE
Arrieta Romina Silvana	27248633765	ALBERDI 547	CAÑADA DE GOMEZ	2500	SANTA FE	03471-15613954	makibaracat@hotmail.com	TRANSPORTE
Barragan Maria Belen	27295097251	OLIVEROS 351	ANDINO	2215	SANTA FE	0341-155628985	belibarragan@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA
Diaz Natalia Alejandra	27310657633	OLIVEROS 351	ANDINO	2215	SANTA FE	0342-155128716	lancthis_03@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Pascuali Nara	23365758204	SARGENTO CABRAL 514	ANDINO	2215	SANTA FE	03476-496733	prof.pascuali@gmail.com	PROF. EDUCACION ESP / MAESTRA DE APOYO
Banducci Claudio Ariel	20290453519	OLIVEROS 351	ANDINO	2215	SANTA FE	0341-156014118	claudiobanducci@gmail.com	PSICOLOGIA
Arnao Rocio Belen	27359559394	ALEM 1990	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15664530	rociarneau39@gmail.com	ACOMPANANTE TERAPEUTICO/
Repetto Maria Laura	27281999112	MONTEVIDEO 1955	ROSARIO	2000	SANTA FE	0341-152113704	mipaularepetto@hotmail.com	KINESIOLOGIA
Boero Rocio Natali	23333617994	JOSE INGENIEROS 504	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15698688	boerocio@gmail.com	FONODILOGIA

PRESTADOR	CUIL	DOMICILIO	LOCALIDAD	C.P.	PROVINCIA	TELEFONO	CORREO	ESPECIALIDAD
Ferrari Laura	27335122319	RIVADAVIA 545	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-156543980	lauraferrarionfonon@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA
Garcina Jorgelina	27182445652	BV. SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SAN LORENZO	0341-156585366	lic.jorgelina@maunata@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA
Martinez Cintia	27338055213	MAZZA 844	ROSARIO	2000	SANTA FE	0341-156120722	lic.cintiamartinez@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA
Trujillo Graciela	27225427076	RECONQUISTA 1898	ROSARIO	2000	SANTA FE	0341-155111314	graciela.trujillo@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA
Fiori Daiana Camila	27363267810	MITRE 1210	FRAY LUIS BELTRAN	2156	SANTA FE	0341-155994017	daianacamilaflori.11@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA
Gomez Monica	27228630689	SAN LUIS 585	PTO. GRAL.SAN MARTIN	2202	SANTA FE	03476-15621341	kairos2411@yahoo.com.ar	FONOAUDIOLOGIA
Molina Mariela	27235644830	JOSE HERNANDEZ 276	DIAMANTE	3105	ENTRE RIOS	0343-15502089	mariala.molina770@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA
Sciarrá Melina	27315377280	COLON 57	CAPTAN BERMUDEZ	2154	SANTA FE	0341-156432247	lic.sciarra.melina@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA
Robbiano Fabiana Beatriz	27176885179	SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15361992	frobiano@live.com	FONOAUDIOLOGIA
Julietta Ragaglia	27278820098	SAN MARTIN 347	RICARDONE	2201	SANTA FE	0341-152114151	icragaglia@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA
Barovero Ma. Virginia	27331780214	SAN CARLOS 1000	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15502402	vickycic@hotmail.com	KINESIOLOGA
Aranda Lautaro	20390526491	25 DE MAYO 5220	ZABALLA	2914	SANTA FE	0341-2724789	lautaroranda95@gmail.com	KINESIOLOGIA
Borny Ivana Natali	27359995054	JUAN B JUSTO 928	RAMALLO	2914	BUENOS AIRES	03407-15414677	ivana.n.borny@gmail.com	KINESIOLOGIA
Ledesma Rocio Elina	27281353476	MITRE 184	DIAMANTE	3105	ENTRE RIOS	0341-154152281	roci.o.ledesma@gmail.com	KINESIOLOGIA
Dobler Juan Pablo	20293255858	FLORIDA 156	CAPTAN BERMUDEZ	2154	SANTA FE	0341-153598585	juandobler@yahoo.com.ar	KINESIOLOGIA
Gottardi Florencia	23355851524	VALPARAISO 1685	ROSARIO	2000	SANTA FE	0341-153202725	florgetardi@hotmail.com	KINESIOLOGIA
Oro Victoria Soledad	27337066262	AV. CORDOBA 2566	PTO. GRAL. SAN MARTIN	2202	SANTA FE	0341-153349844	centroamblar@gmail.com	KINESIOLOGIA
Payer Maximiliano	20318153435	BUENOS AIRES 371	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15507366	maxpayer@hotmail.com	KINESIOLOGIA RESPIRATORIA
Barovero Ma. Virginia	27331780214	SAN CARLOS 1000	SAN LORENZO	2202	SANTA FE	03476-15502402	vickycic@hotmail.com	KINESIOLOGIA (hidroterapia)
Bassi Graciela Noemi	27247489830	AV. CORDOBA 2566	PTO. GRAL.SAN MARTIN	2202	SANTA FE	0341-755105359	mbassigraciela@hotmail.com	MUSICOTERAPIA
Golin Noelia Monica	27236121998	C. COLON 57	CAPTAN BERMUDEZ	2154	SANTA FE	0341-156432247	cedich@hotmail.com	MUSICOTERAPIA
Lazzatti Adrian Alejandro	20302916676	ALBERDI 355	PTO. GRAL. SAN MARTIN	2202	SANTA FE	0341-1546681881	adrianlazzatti@gmail.com	MUSICOTERAPIA
Cugiani Yanina	27304004492	RIVADAVIA 485	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-153049531	yaninacugiani@gmail.com	PSICOLOGA
Esteban Laura Beatriz	23253282894	AV. SAN MARTIN 1761	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-156834549	lauraesteban33@hotmail.com	PSICOLOGA
Bongiorno Ian Jairo	20366221531	AV. CORDOBA 2566	PTO. GRAL. SAN MARTIN	2202	SANTA FE	0341-153349844	ianbongiorno@gmail.com	PSICOLOGIA
Lagger Elizabeth	27354464743	SARMIENTO 419	DIAMANTE	3105	ENTRE RIOS	0343-154518341	laggerelizabeth@gmail.com	PSICOLOGIA
Laura Beatriz Esteban	23253282894	AV. SAN MARTIN 1761	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-156834549	lauraesteban33@hotmail.com	PSICOLOGIA
Masson Ingrid	27344086929	SAN MARTIN 347	RICARDONE	2201	SANTA FE	0341-155315097	ingridmasson.8@gmail.com	PSICOLOGIA
Pulmieri Muriel	27347538995	OLIVEROS 351	ANDINO	2215	SANTA FE	03464-15584991	murielpulmieri@hotmail.com	PSICOLOGIA
Sabetta Paula Belen	27392545943	SAN JUAN 513	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15301732	paulasabetta@hotmail.com	PSICOLOGIA
Gasser Esteban	20222833389	BV SARGENTO CABRAL 1178	SAN LORENZO	2200	SAN LORENZO	03476-15532129	gasseresteban@hotmail.com	PSICOLOGIA
Pesenti Agustina Paula	27354503889	RIVADAVIA 485	SAN LORENZO	2200	SANTA	0341-156657473	agustinapesenti@gmail.com	PSICOLOGIA
Zapata Nerina Gisela	27304055680	MORENO 430	CAPTAN BERMUDEZ	2154	SANTA FE	0341-156432247	cedich@hotmail.com	PSICOLOGIA
Florenza Julieta	2735223749	JOSE INGENIEROS 504	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15600619	luflorenzax90@gmail.com	PSICOLOGIA
Boher María Bernarda	27362788663	LAPRIDA 1170	ROSARIO	2000	SANTA FE	02477-15351334	bernardaboher@gmail.com	PSICOPELAGOGA
Diaz Daiana	27396868364	EDEN 1036	RICARDONE	2201	SANTA FE	0341-152571029	psa.daianadiaz@gmail.com	PSICOPELAGOGA
Faur Barbara	27322957500	RIVADAVIA 513	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-15304793	faurbarbara@hotmail.com	PSICOPELAGOGA
Rubano Marta Ines	27180063086	SERRANO 480	DIAMANTE	3105	ENTRE RIOS	0343-154152281	marta_rubano@hotmail.com	PSICOPELAGOGA
Spies Betiana	23307612704	3 DE FEBRERO 339	OLIVEROS	2206	SANTA FE	0341-156581454	betianaspies@hotmail.com	PSICOPELAGOGA
Mapelli Gina	27348315728	RIVADAVIA 485	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-156531336	mapelligina@gmail.com	PSICOPELAGOGA
Zelada Blanca Nora	27339658928	COLON 966	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15564286	norablancazelada@gmail.com	PSICOPELAGOGA
Andrada Fatima Valeria	27334906146	MENDOZA 1086	PTO.GRAL.SAN MARTIN	2202	SANTA FE	03476-15594240	fatimaandradapso@gmail.com	PSICOPELAGOGA
Cucit Maria Sol	27413188041	RIVADAVIA 485	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15651041	solcucit@hotmail.com	PSICOPELAGOGA
Olmedo Florencia	27367791212	BV. SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15361992	o.florencia@hotmail.com	PSICOPELAGOGA
Colomero Nadia Maria	27296263848	SAN MARTIN 347	RICARDONE	2201	SANTA FE	0341-155048954	psa.nadialombero@gmail.com	PSICOPELAGOGA
Beatzotti Melina	272723348102	BROWN 2694	ROSARIO	2000	SANTA FE	0341-155077920	melinabeatzotti@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Bussano Gloria	27127366107	SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-155020206	gbussano@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Gagliardi Mariana	27392541905	ROSARIO 437	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15644808	marianelagagliardi@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Montero Florencia	273957020072	MITRE 1602	SAN LORENZO	2200	BUENOS AIRES	03407-15443765	flor.montero0@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Ojeda Vanesa Anahi	27354629475	C. COLON 57	CAPTAN BERMUDEZ	2154	SANTA FE	0341-4914094	cedich@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL

Papes Maria De los Milagros	27344648919	IRIGOVEN 1762	PARANA	3100	SANTA FE	0343-155188182	milagros.papes@gmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Tourn Maria Paula	27392545358	AV. CORDOBA 2566	PTO. GRAL. SAN MARTÍN	2202	SANTA FE	0341-153349844	centroamblar@gmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Vilumbrales Maria	27315421786	COLON 57	CAPITAN BERMUDEZ	2154	SANTA FE	0341-155486412	mvilumbrales@live.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Romero Maria Fernanda	27254398735	SAN MARTIN 347	RICARDONE	2201	SANTA FE	0341-156800240	mferromero@yahoo.com.ar	TERAPIA OCUPACIONAL
CREE	30710019270	GRAL. LOPEZ 1564	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-432514	centrodedejares@hotmail.com	CENTRO DE DIA
FORT-DA SRL	30714909165	GUTENBERG 866	ROSARIO	2000	SANTA FE	0341-4385198	administracion@ceforda.com.ar	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO
PERSONARE SRL	30715409298	LEANDRO ALEM 760	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-423412	personaresi@hotmail.com	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO
PERSONARE SRL	30715409298	LEANDRO ALEM 760	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-423412	personaresi@hotmail.com	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO
Gomez Crick Eliana Maricel	27395801428	YRIGOVEN Y CATAMARCA	DIAMANTE	3105	ENTRE RIOS	0343-156610871	gomezcrick@gmail.com	APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR
Lanati Yanina	27257517379	SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-153739672	yaninalanati@live.com.ar	PROF. EDUCACION ESP / MAESTRA DE APOYO
Schulz Juana Andrea	27219842215	SAN MARTIN Y NOGOYA	DIAMANTE	3105	ENTRE RIOS	0343-154624394	juanaschulz@live.com	PROF. EDUCACION ESP / MAESTRA DE APOYO
Lanati Yanina	27257517379	SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	0341-153739672	yaninalanati@live.com.ar	PROF. EDUCACION ESP / MAESTRA DE APOYO
Schulz Juana Andrea	27219842215	SAN MARTIN Y NOGOYA	DIAMANTE	3105	ENTRE RIOS	0343-154624394	juanaschulz@live.com	PROF. EDUCACION ESP / MAESTRA DE APOYO
Zelada Blanca Nora	27139658928	COLON 966	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15564286	porabiancazelada@gmail.com	MAESTRA DE APOYO
Andrea Fatima Valeria	273334906146	MENDOZA 1086	PTO. GRAL. SAN MARTIN	2202	SANTA FE	03476-15594240	fatimaandradasp@gmail.com	MAESTRA DE APOYO
Cucit Maria Sol	27413198041	RIVADAVIA 485	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15651041	solcucit1@hotmail.com	MAESTRA DE APOYO
Olmedo Florencia	27367791212	BV. SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15361992	oflorencia@hotmail.com	MAESTRA DE APOYO
Robbiano Fabiana Beatriz	27176885179	SARGENTO CABRAL 1338	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15361992	frobblano@live.com	MAESTRA DE APOYO
Orega Roxana Ines	27245923894	JUAREZ CELMAN 708	RICARDONE	2201	SANTA FE	03476-410319	roxana_orega@hotmail.com	ACOMPANANTE TERAPEUTICO/
Zapata Maria Lucrecia	27317177378	BUENOS AIRES 543	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15201182	calio206p@live.com	TRANSPORTE
Arrieta Romina Silvana	27248633765	ALBERDI 547	CAÑADA DE GOMEZ	2500	SANTA FE	03471-15613954	makibardacat@hotmail.com	TRANSPORTE
Barragan Maria Belen	27295097251	OLIVEROS 351	ANDINO	2215	SANTA FE	0341-155628985	belibarragan@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA
Diaz Natalia Alejandra	27310657633	OLIVEROS 351	ANDINO	2215	SANTA FE	0342-155128716	lancthis_03@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL
Pascuali Nara	23365758204	SARGENTO CABRAL 514	ANDINO	2215	SANTA FE	03476-496733	prof.pascuali@gmail.com	PROF. EDUCACION ESP / MAESTRA DE APOYO
Banducci Claudio Ariel	20290453519	OLIVEROS 351	ANDINO	2215	SANTA FE	0341-156014118	claudiobanducci@gmail.com	PSICOLOGIA
Arnao Rocio Belen	27359559394	ALEM 1990	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15664530	rociarneau39@gmail.com	ACOMPANANTE TERAPEUTICO/
Repetto Maria Laura	27281999112	MONTEVIDEO 1955	ROSARIO	2000	SANTA FE	0341-152113704	mrepetto@hotmail.com	KINESIOLOGIA
Boero Rocio Natali	23333617994	JOSE INGENIEROS 504	SAN LORENZO	2200	SANTA FE	03476-15698688	boerocio@gmail.com	FONOLOGIA



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Año de la Grandeza Argentina

Disposición

Número: DI-2026-439-APN-GCP#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lunes 13 de Abril de 2026

Referencia: EX-2025-122017779- -APN-SCPASS#SSS. Disposición - Cartilla OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO GENERAL SAN MARTIN Y BELLA VISTA (R.N.A.S N.º 1-1970-6)

VISTO el EX-2025-122017779- -APN-SCPASS#SSS, las Leyes N.º 23.660 y N.º 23.661, el Decreto N.º 504 del 12 de mayo de 1998, la Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N.º 2165 del 23 de diciembre de 2021, y

CONSIDERANDO:

Que el expediente del Visto se inicia a partir de la presentación efectuada por la OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO GENERAL SAN MARTIN Y BELLA VISTA (R.N.A.S N.º 1-1970-6), en cumplimiento de la obligación de remitir la Cartilla prestacional correspondiente al período comprendido entre el 1 de Enero de 2026 al 31 de Diciembre de 2026.

Que, conforme las constancias obrantes en las actuaciones, el citado Agente del Seguro de Salud presentó los Anexos I (IF-2026-04899318-APN-DTD#JGM), II (IF-2025-122014803-APN-SCPASS#SSS), III (IF-2026- 09661135-APN-DTD#JGM) y IV (IF-2025-122017569-APN-SCPASS#SSS) de la Cartilla prestacional, a los efectos de su correspondiente evaluación y posterior aprobación.

Que, del análisis efectuado por la GERENCIA DE CONTROL PRESTACIONAL en el marco de sus competencias, se verificó que la documentación acompañada se ajusta a los lineamientos establecidos en la normativa vigente, aplicable a las Cartillas prestacionales de los Agentes del Seguro de Salud.

Que la obligación de presentar anualmente las Cartillas prestacionales ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se encuentra prevista en la Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N.º 2165/21, la cual establece los requisitos, procedimientos y contenidos que deben observarse en su confección.

Que dicha normativa fue dictada en el marco del Sistema Nacional del Seguro de Salud, el cual tiene por objeto garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud, promoviendo, fomentando, implementando y perfeccionando las prestaciones médico-asistenciales con un enfoque integral e integrador, priorizando la accesibilidad con los mejores estándares de calidad y eficiencia posibles.

Que, en aras de garantizar la transparencia y condiciones de los planes y coberturas ofrecidos por los Agentes del Seguro de Salud, se ha estimado necesario implementar una serie de pautas, basadas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente, que deben ser cumplidas para la aprobación de las Cartillas prestacionales por parte de la Autoridad de Aplicación.

Que, en ese contexto, resulta prudente asegurar el acceso efectivo de los beneficiarios a las Cartillas Prestacionales aprobadas, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 4º del Decreto N.º 504/1998 y sus normas complementarias, garantizando su debida publicación en el sitio web de cada Agente del Seguro de Salud.

Que, en virtud de lo expuesto, corresponde a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD analizar y, en su caso, aprobar la Cartilla Prestacional presentada, que cumpla con los requisitos normativos, y disponer su posterior publicación, a fin de garantizar la equidad en el acceso a las prestaciones médico-asistenciales.

Que la GERENCIA DE ASUNTOS JURÍDICOS toma la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta en ejercicio de las facultades y atribuciones conferidas por los Decretos Nros. 1615 de fecha 23 de diciembre de 1996, 2710 del 28 de diciembre de 2012 y 440 del 27 de junio de 2025, la Resolución del MINISTERIO DE SALUD N.º 696 del 17 de febrero de 2025 y la Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N.º 579 del 5 de septiembre de 2006.

Por ello,

EL GERENTE DE CONTROL PRESTACIONAL DE LA
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

DISPONE:

ARTÍCULO 1º.- Apruébase la Cartilla prestacional presentada por la OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO GENERAL SAN MARTIN Y BELLA VISTA (R.N.A.S N.º 1-1970-6), correspondiente al período del 1 de Enero de 2026 al 31 de Diciembre de 2026, conformada por los anexos I (IF-2026-04899318-APN-DTD#JGM), II (IF-2025-122014803-APN-SCPASS#SSS), III (IF-2026-09661135-APN-DTD#JGM) y IV (IF-2025-122017569-APN-SCPASS#SSS) que se acompaña a la presente.

ARTÍCULO 2º.- Intímase a la OBRA SOCIAL PORTUARIOS PUERTO GENERAL SAN MARTIN Y BELLA VISTA (R.N.A.S N.º 1-1970-6), a publicar la presente disposición junto con la Cartilla Prestacional, aprobada en el ARTÍCULO 1º, en su sitio web institucional, dentro del plazo de DIEZ (10) días, bajo apercibimiento de iniciar el procedimiento sumarial pertinente y aplicar las sanciones previstas en la normativa vigente y aplicable.

ARTÍCULO 3º.- Hágase saber al Agente del Seguro de Salud que podrá interponer recurso de reconsideración y/o recurso de alzada dentro de los VEINTE (20) y TREINTA (30) días respectivamente, contados a partir la notificación de la presente; o la acción judicial pertinente, conforme el Decreto Reglamentario N° 1759/1972 y su modificatorio, a elección del interesado.

ARTÍCULO 4º.- Regístrese, comuníquese, notifíquese y, oportunamente, archívese.

Digitally signed by DOMINA Miguel Gustavo
Date: 2026.04.13 09:28:38 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Miguel Gustavo Domina
Gerente
Gerencia de Control Prestacional
Superintendencia de Servicios de Salud

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRÓNICA - GDE
Date: 2026.04.13 09:28:40 -03:00