

Conozca algunos de los Beneficios de su Obra Social

- Cumplimiento del Plan Médico Obligatorio (PMO)
- Prestaciones por fuera del PMO (previa Auditoria)
- Plan Materno Infantil
- Programas Preventivos (panicolau, colposcopia, mamografía, odontología, colonofibroscopia, diabetes, etc.) y de atención de patologías prevalentes.
- Servicio de atención y urgencias domiciliaria las 24 horas y los 365 días del año.
- Cobertura del 40%, 70% y 100% en medicamentos.
- Internación general y especializada.
- Odontología
- Hemoterapia
- Hemodinámica
- Planes para personas con discapacidad
- Traslados
- Prótesis y Ortesis
- Y más...

Servicios que brinda OSTRAC

La cobertura que OSTRAC ofrece a sus beneficiarios se encuentra en total concordancia con las leyes y normativas vigentes a la fecha, que regulan el funcionamiento de los Agentes del Seguro de Salud, en especial, la Resolución 1991/05 (Programa Médico Obligatorio o PMO) sus modificatorias y complementaras, tal como la Resolución 1747/05 MSAL, y la R 310/04, DPE 904/16, 400/2016, sus modificatorias y complementarias y restantes instrumentos normativos emanados de la Autoridad de Aplicación y/o de la Secretaria de Gobierno de Salud.

OSTRAC brinda sus servicios en todo el país a través de la Red SCIS o por contratación directa con los prestadores.

QUIENES SON BENEFICIARIOS DE OSTRAC ?

Son beneficiarios de nuestra Obra Social, según la Ley 23.660- Art. 9, el titular afiliado y su grupo familiar primario, así como también, los trabajadores monotributistas, sus adherentes y el personal doméstico afiliado con su respectivo grupo familiar, entendiéndose por ello a:

- El cónyuge del afiliado/a titular.
- Los hijos solteros hasta los veintiún años (21), no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral.
- Los hijos solteros mayores de veintiún años (21) y hasta los veinticinco años (25) inclusive que estén a exclusivo cargo del afiliado titular y que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente.
- Los hijos discapacitados y a cargo del titular, cualquiera sea su edad y siempre que acrediten la discapacidad mediante la certificación correspondiente extendida por autoridad competente.
- Los hijos del cónyuge.
- Los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial.
- Ascendientes o descendientes (familiares por consanguineidad) del titular que se encuentren a su exclusivo cargo.
- Monotributistas con pagos al día.
- Personal de servicio domestico con pagos al día. Afiliados
- Adherentes voluntarios (con sus pagos al día) y otras categorías según determine la autoridad de aplicación.

RECUERDE QUE PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS QUE BRINDA LA OBRA SOCIAL ES NECESARIO QUE SE ENCUENTRE AFILIADO PREVIAMENTE HABIENDO CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS

RECUERDE QUE SU HIJO RECIEN NACIDO DEBE SER INSCRITO EN LA OBRA SOCIAL DENTRO DE LOS 30 DIAS DE SU NACIMIENTO, CON EL DNI DEL NIÑO O EN SU DEFECTO CON EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO Del R/N

CÓMO HACER LOS TRAMITES DE AFILIACION ?

1. Para el grupo familiar primario se deberá presentar en Sede Central de OSTRAC o en la Delegación más cercana a su domicilio, con la documentación que se detalla más abajo. En el momento de realizarse la afiliación se emite una constancia de ésta, donde figuran todos los datos declarados por el titular, que firma dando conformidad a la misma.

Para este trámite será necesaria la presentación del último recibo de sueldo del titular y, en caso de incorporaciones recientes, el alta temprana; o la constancia de pago del aporte respectivo o inscripción en los diferentes regímenes (monotributo, etc.) según corresponda.

Titular >	DNI (Documento Nacional de Identidad).
Cónyuge >	DNI + Certificado o Libreta de Matrimonio.
Hijo menor de 21 años >	DNI + Partida de nacimiento o anotación en libreta de familia.
Hijo mayor de 21 años y hasta 25 años, estudiante > Renovación semestral	DNI + Partida de nacimiento o anotación en libreta de familia + Certificado de Estudios.
Hijo incapacitado a cargo del Titular >	DNI + Partida de nacimiento o anotación en libreta de familia + Certificado de discapacidad emitido por el Ministerio de Salud y Acción Social que certifique enfermedad y grado de incapacidad.
Menores a cargo > Renovación anual	DNI + Constancia de Guarda o Tutela Judicial Definitiva, otorgada por el Juez de menores + Certificado de nacimiento del menor + Certificados de domicilio del titular y el menor, emitido y certificado por autoridad policial o registro civil, según corresponda, donde conste idéntica dirección.
Hijo de la Cónyuge > Renovación Anual	DNI + Certificado de nacimiento o anotación en la libreta de familia + Certificado de matrimonio actual + Certificado de domicilio de ambos emitido por autoridad policial o registro civil, según corresponda, donde conste idéntica dirección + Acreditación de la tenencia a cargo del progenitor casado con el titular.
Hijo de la Cónyuge con el apellido de ella > Renovación anual.	DNI + Certificado de nacimiento + Certificado de matrimonio actual + Certificado de domicilio de ambos emitido por autoridad policial o registro civil, según corresponda, donde conste idéntica dirección.

2) Para inclusiones especiales (concubina / o, familiares a cargo), si ya se ha resuelto con anterioridad ante la Obra Social, bastará con el comprobante de la resolución favorable de la misma, último recibo de sueldo o comprobante de pago y negativa de aportes de ANSES actual. Para inclusiones nuevas deberá presentarse una Solicitud de Inclusión más toda la documentación que se detalla a continuación:

> Concubina/o > Renovación Anual: DNI + certificado de domicilio de ambos emitidos por autoridad policial o registro civil, según corresponda + información sumaria judicial que acredite la convivencia y que no percibe ningún beneficio social (la partida de nacimiento de hijos en común podrá suplir el requisito de la información sumaria judicial. En este caso se deberá adjuntar negativa de aportes de ANSES).

> Padres a cargo (Sólo para afiliados obligatorios) > Renovación Anual: DNI donde conste que es mayor de 60 años + partida de nacimiento del titular + certificado de domicilio de ambos emitido por autoridad policial o registro civil, según corresponda + información sumaria judicial donde conste que está a exclusivo cargo del titular + certificado emitido por ANSES donde conste que no es beneficiario de jubilación, pensión o sistema de asistencia.

(Si fueran incapacitados no rige el límite de edad. Debe incluirse declaración de incapacidad certificada por autoridad oficial).

Notas importantes:

a) Los datos denunciados / informados por los beneficiarios tendrán carácter de declaración jurada con los alcances y responsabilidades que determine la legislación vigente.

b) Toda la documentación mencionada deberá acompañarse con fotocopias.

c) En el caso de extranjeros que no posean DNI, deberán presentar documento extranjero que acredite identidad (Cédula o Pasaporte), constancia de CUIL emitida por ANSES y residencia precaria o radicación definitiva.

d) En el caso de partidas o certificados extranjeros, éstos deberán estar legalizados por el Consulado Argentino en el país de origen y, luego, en el Ministerio de Relaciones Exteriores.

NUEVA CREDENCIAL DIGITAL OSTRAC

Una vez cumplimentados los requisitos señalados precedentemente el afiliado titular y su grupo familiar podrán contar con su credencial habilitante para utilización de los servicios medico asistenciales de la Obra Social.

A partir del año 2022, se encuentra disponible para su descarga, la APP Credencial Digital SCIS 2.0 en el Google Play Store.

A continuación se informa el link para su descarga:

https://play.google.com/store/apps/details?id=hms.credencial_digital.scis

Por el momento la APP está disponible para teléfonos con sistema operativo Android. Próximamente estará disponible en la APP Store de Apple para teléfonos con iOS.

La Credencial Digital viene a reemplazar el plástico. Una vez que el Afiliado activa su credencial digital, quedará invalido para su uso la credencial en plástico.

Con la intención de darle un tiempo de adherencia a los afiliados y hasta que la comunicación tome efecto, hemos prolongado el vencimiento de los plásticos hasta diciembre 2022.

En caso de extravío o deterioro de la credencial plástica, o robo o desperfecto en los celulares, los afiliados podrán solicitar a Sector Afiliaciones de OSTRAC o SCIS, una credencial provisoria hasta tanto solucionen el problema de que se trate.

Por otro lado se ha habilitado una **línea directa de whatsapp “Contact Center”**, donde los beneficiarios podrán resolver sus dudas y reportar errores sobre el registro y descarga y usos de la aplicación.

Los datos de contacto son los siguientes:

Mail: contactcenter@scis.com.ar

Linea Whatsapp: (+54911) 6616-6362

Linea directa: (011) 5246-1615/1617

El horario de atención será de lunes a viernes de 9 a 18hs

Cómo acceder a los servicios y prestaciones

Para acceder a los servicios que brinda la Obra Social en cualquier Centro Médico, Clínica, o Sanatorio de Cartilla u Hospital, así como para los servicios de atención médica domiciliaria, bastará con tener presente los siguientes requisitos:

1. Haber realizado el trámite de afiliación correspondiente.
2. Presentar el último recibo de haberes o ticket de pago de aportes al día si sí correspondiere
3. Documento de identidad.
4. Credencial de afiliado.
5. Dictamen de inclusión si correspondiera.
6. Certificado de discapacidad si correspondiera.
7. Orden de prestación o autorización previa si correspondiera.
8. Abonar el coseguro si ello correspondiera, de acuerdo a valores vigentes.

EN LOS PUNTOS SIGUIENTES SE EXPLICA COMO ACCEDER A LOS DIFERENTES SERVICIOS AMBULATORIOS: CONSULTAS, PRACTICAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIAS, INTERNACIONES, ATENCIÓN DOMICILIARIA, MEDICAMENTOS, Y DEMAS PRESTACIONES QUE BRINDA LA OBRA SOCIAL.

Consultas: Que hacer para atenderse por primera vez

Simplemente solicite un turno con el Profesional elegido entre los del listado adjunto a esta Cartilla

Le recordamos la necesidad de traer, en todo contacto su DNI y último recibo de haberes o constancia de pago del aporte respectivo.

El turno para la consulta de primera vez puede solicitarlo personalmente o en forma telefónica.

INDICACIONES GENERALES EN CASO DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN, ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO, PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS Y OTROS INSUMOS O SERVICIOS.

- Eventualmente Ud. podría ser derivado en interconsulta y/o seguimiento a un Especialista. En tal caso deberá solicitar el correspondiente turno con el Profesional o Centro que el derivador le recomiende o bien con el que Ud. seleccione de entre los de Cartilla. Recuerde que en el primer caso, también deberá ser un prestador de la Red.
- El Especialista al que Ud. es derivado deberá confeccionar un informe para el Profesional derivador con las indicaciones que correspondan, incluyendo la indicación de seguimiento especializado si eso es necesario.
- Cualquiera de ambos le pueden requerir estudios complementarios de diagnóstico (análisis clínicos, radiografías, ecografías, etc.).
 - Estos estudios debe ser previamente autorizados. Dependiendo de su complejidad la autorización podrá ser automática, o bien, requerir autorización al Nivel Central. Como no es posible hacer una lista taxativa de cuales estudios se encuentran en una u otra categoría, en cada caso ello le será informado en la sede de la Obra Social más cercana o bien al teléfono 0810-345-7247.
- Las prescripciones de medicamentos se deben realizar por su denominación genérica.
 - Para los medicamentos con coberturas especiales (70 % y 100%) Ud. se deberá inscribir en el respectivo padrón (por ejemplo pacientes diabéticos, hipertensos, cardíacos, hemofilia, enfermedades poco frecuentes, pacientes con certificado de discapacidad, etc.). Esto se hace en la Delegación más cercana. El profesional actuante le indicará la documentación a presentar en cada caso.
- Hay ciertos medicamentos (de muy alto costo, importados, etc.) que tienen reintegro del Fondo Solidario de Redistribución de las Obras Sociales que administra la Superintendencia de Servicios de Salud. Para su provisión puede ser necesario presentar historia clínica, resultados de estudios diagnósticos, u otros requisitos. Como se trata de casos específicos y diversos, los detalles le serán indicados en forma particular por el profesional prescribiente, en la Delegación o en la Sede Central.
- Ciertas Ortesis y prótesis tales como implantes cocleares, válvulas cardíacas, etc., también requieren de tramitaciones especiales. Dado que no es posible detallar todos y cada uno de los casos, ello le será debidamente informado y explicado por el prescriptor y/o en la Delegación o Sede Central.

- Las prescripciones de materiales ortopédicos, prótesis, Ortesis, sillas de ruedas, elementos de osteosíntesis para cirugías, elementos especiales, etc., también se deberán efectuar por nombre genérico y requieren la autorización previa del Nivel Central. Ello también es así para otras prestaciones tales como Internación Domiciliaria, Traslados, Radioterapia, etc.

RECUERDELE AL PROFESIONAL QUE LO ASISTE, QUE LAS PRESCRIPCIONES DE MEDICAMENTOS, PRÓTESIS, ORTESIS, INSUMOS EN GENERAL, ETC., QUE SE EFECTÚEN SOLO POR MARCA COMERCIAL, NO SON ACEPTADAS.

- Le recordamos que los Hospitales Públicos atienden pacientes de la Obra Social. Esta atención es sin cargo para Ud. pero la OSTRAC paga por ella al Hospital, a tarifas que fija el Ministerio de Salud de la Nación o los Ministerios de Salud provinciales o, bien la Municipalidad del lugar.

LE RECORDAMOS QUE LA ATENCIÓN EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS ES PAGADA POR LA OBRA SOCIAL PERO SIN CARGO PARA UD.

Si usted reside en el interior del país, nuestra Obra Social dispone de distintos sanatorios y establecimientos en convenio, los que lo atenderán por consultas comunes y también por atenciones de urgencia o programadas. Al final de la cartilla encontrará Ud. un listado de prestadores por localidad. El listado no es estático. Para ampliar esta información llame 0810-345-7247.

Recuerde siempre, que deberá presentar la documentación que lo acredite como beneficiario de nuestra Obra Social según los requisitos que más arriba se enumeraron.

Qué pasa en el caso de no poder trasladarse a un Centro Médico

En todas aquellas situaciones en que el beneficiario, por razones de enfermedad, no pueda trasladarse por sus propios medios a los centros de atención, tiene la posibilidad de recurrir al servicio de **ATENCIÓN DOMICILIARIA** que su Obra Social ha implementado en los principales puntos del país.

SEA PRUDENTE EN LA UTILIZACIÓN DE ESTE SERVICIO EL CUAL SE BRINDA EN TRES MODALIDADES:

EMERGENCIA o CODIGO ROJO

Situación en la cual puede haber riesgo de vida y la atención debe ser inmediata. Responda lo más claramente posible a las preguntas que le efectuará el operador entrenado para clasificar el carácter de la llamada.

URGENCIA DIURNA O NOCTURNA o CODIGO VERDE

Situación en la que hay apremio pero no riesgo de vida inminente. Responda lo más claramente posible a las preguntas que le efectuará el operador entrenado para clasificar el carácter de la llamada.

VISITA

Situación que no implica urgencia ni emergencia

IMPORTANTE

La clasificación como código rojo o verde la realiza el responsable que recibe la llamada, de allí la importancia de ser lo más claro posible en las respuestas a las preguntas que se le habrán de realizar cuando Ud. requiere este servicio al teléfono de urgencia.

Por tratarse de un servicio especial, la atención tiene un valor de coseguro. En los mayores de 65 años que no puedan movilizarse se asegura la consulta programada en domicilio con un coseguro por cada visita.

El valor de los coseguros los encontrará al final de esta Cartilla

Debe presentarse credencial, documento de identidad y último recibo de sueldo del titular de la Obra Social, o ticket de pago de aporte de Monotributo o Trabajados Doméstico.

Qué hacer en caso de requerir internación

- Si es una **INTERNACION PROGRAMADA**, usted ya tendrá una **ORDEN DE INTERNACION** dada por su médico con el respectivo turno para la misma. En el sector de administración de la Clínica o Sanatorio le pedirán su autorización y le indicarán dónde deberá internarse.
- Las internaciones programadas deben ser previamente autorizadas por la Obra Social. El trámite se realiza en Delegaciones o Sede Central o por medio del Expendio a los que se debe dirigir para ello, en cuanto su médico le extiende la orden de internación.
- En los casos de internación no se cobra coseguro.

- En caso de tratarse de una urgencia o emergencia (INTERNACION NO PROGRAMADA), entendiéndose por ello aquellos casos de riesgo de vida, partos o cesáreas, será necesario que haga autorizar la orden respectiva dentro de las primeras 24 horas hábiles de ocurrido el suceso.
- En estos casos tampoco se cobra coseguro.

LA OBRA SOCIAL SE RESERVA EL DERECHO DE ASIGNAR UNA INSTITUCIÓN EN ESPECIAL PARA CIERTAS INTERNACIONES PROGRAMADAS, CUANDO EL DIAGNÓSTICO, LA GRAVEDAD U OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL CASO CLÍNICO, ASÍ LO HICIERAN CONVENIENTE.

Qué procedimientos seguir frente a pedido de Análisis de Laboratorio, Radiología y otras Prácticas Complementarias

Usted puede acceder a estos servicios en cualquier prestador incluido en anexo "Cartilla de Prestadores".

Recuerde que para estos trámites usted debe llevar la Orden de su médico, el documento de identidad y último recibo de sueldo del titular o comprobante de pago de aportes.

Algunos de estos estudios pueden necesitar "autorización previa". Ello le será indicado en el momento de la prescripción. En estos casos, deberá obrar como ya ha sido explicado, solicitándolo en la Delegación, Sede Central o Expendio.

LA OBRA SOCIAL SE RESERVA EL DERECHO DE ASIGNAR UNA INSTITUCIÓN EN ESPECIAL PARA CIERTAS PRESTACIONES PROGRAMADAS, CUANDO EL DIAGNÓSTICO, LA GRAVEDAD U OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL CASO CLÍNICO, ASÍ LO HICIERAN CONVENIENTE.

Ciertos estudios necesitan de alguna preparación previa. Esta solo le puede ser explicada en el Centro en el cual se la habrá de realizar.

TENGA EN CUENTA QUE LAS PRESTACIONES EFECTUADAS FUERA DEL SISTEMA PROPIO DE LA OBRA SOCIAL, O EN PRESTADORES NO CONTRATADOS, Y QUE NO FUERAN PREVIAMENTE AUTORIZADAS, NO SON CUBIERTAS POR LA OBRA SOCIAL.

Coseguros a cargo del Beneficiario

Rigen en este sentido, los valores fijados por la Resolución N° 58-E/2017, del Ministerio de Salud de la Nación, sus modificatorias y actualizaciones. Los valores de coseguros actualizados, conforme a la normativa podrán consultarse en <https://.argentina.gob.ar/sssalud/obras-sociales/valores-copagos>

Exenciones al pago de coseguros

- La mujer embarazada desde el diagnóstico de embarazo y hasta los 30 días después del parto en todas las prestaciones inherentes al estado del embarazo, parto y puerperio, de acuerdo a lo que establece la normativa vigente.
- Las complicaciones y enfermedades derivadas del embarazo, parto y puerperio hasta su resolución..
- El recién nacido hasta cumplir los tres (3) años de edad, de acuerdo a lo establecido por la normativa vigente.
- Los beneficiarios que padezcan enfermedades oncológicas de acuerdo a lo establecido por la normativa vigente.
- Los programas preventivos
- Los pacientes con HIV.