

**OPDEA - NORMAS DE TRABAJO -**

**PLAN "02"**

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

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  |   |
| <b><u>DOCUMENTACION A PRESENTAR</u></b>              | <b>CREDENCIAL VIGENTE Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b> |   |
| <b><u>FORMULARIO PARA CONSULTA Y/O PRACTICAS</u></b> |  | <b>RECETARIO O FORMULARIO INTERNO DE LA INSTITUCION</b>   |
| <b><u>RENDICION DE CONSULTAS Y/O PRACTICAS</u></b>   |  | <p>Recetario o formulario interno de la institución con los siguientes datos:</p> <p>Nombre y apellido del beneficiario<br/>         Número de afiliado y Plan<br/>         Fecha de prestación<br/>         Identificación de la prestadora<br/>         Firma y sello del profesional actuante y del afiliado.<br/>         Prestación efectuada<br/>         Código de la prestación</p> |
| <b><u>PRESCRIPCION DE PRACTICAS</u></b>              |  | <p>Solicitud en Recetario del Profesional con los siguientes datos:</p> <p>Nombre y Apellido del Beneficiario<br/>         Número de afiliado y Plan<br/>         Diagnóstico presuntivo.</p>   |

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

**PRESCRIPCION DE  
MEDICAMENTOS**

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

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

Apellido y Nombre del beneficiario

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

Fecha de Prescripción

Firma y sello del profesional con N° de matrícula

Leyenda: Tratamiento Prolongado o sus abreviaturas si corresponde

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

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

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

Multidosis: Hasta (2) envases por recetas.

Psicofármacos: Receta Oficial y Recetario de Salud Pública

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

**REQUIERE AUTORIZACION**

*Se reconocerán las autorizaciones vía Fax o mail con el pedido médico original adjunto, como válidas para facturar*

- **ANATOMIA PATOLOGICA:** sólo las que se detallan a continuación:
  1. Biopsia Endomiocárdica c/Técnicas Especiales -
  2. Biopsia Endomiocárdica c/Inmunomarcación -
  3. Biopsia Endomiocárdica c/Microscopía Electrónica –
  4. Determinación de HER2/NEU en biopsias de mama para indicación terapéutica -
  
- **ECOGRAFIA:** sólo las que se detallan a continuación:
  1. Perfil Biofísico Ecográfico -
  2. Ecografía Transvaginal Tridimensional -
  3. Scan fetal nivel II –
  4. Eco N.T.PLUS -
  
- **ESTUDIOS GENETICOS**
  
- **ESTUDIOS HEMODINAMIA**
  
- **ESTUDIOS MAMARIOS :** sólo los que se detallan a continuación:
  1. Marcación Mamaria Prequirúrgica con carbón o anzuelo –
  2. Punción aspirativa de quiste bajo control ecográfico –
  3. Biopsia Percutánea Mamaria bajo control ecográfico con aguja fina –
  4. Biopsia Percutánea Mamaria bajo control ecográfico con aguja gruesa -
  5. Biopsia bajo guía estereotáxica digital de mama con aguja gruesa –
  6. Biopsia bajo guía estereotáxica digital de mama con mammotome –
  
- **FONOAUDIOLOGIA**  
*Hasta 25 sesiones por persona y por año.*
  
- **INTERNACIÓN CLINICA Y QUIRURGICA**  
*Exclusivamente en habitación individual*
  
- **KINESIOLOGIA**  
*Hasta 25 sesiones por persona y por año.*
  
- **LABORATORIO:** sólo los que se detallan a continuación:
  1. ANGELMAN SINDROME DE -
  2. ARIL SULFATASA A Y B EN LEUCOCITOS -
  3. ARILSULFATASA A -
  4. BANDEO G. Citogénico en médula ósea por análisis cromosómico con bandeado G de alta resolución -
  5. BCR/ABL P210 CUANTITATIVO - BRCA 1/2 Screening -
  6. CARIOTIPO - líquido amniótico –
  7. CARIOTIPO - material de aborto –

**REQUIERE AUTORIZACION**

*Se reconocerán las autorizaciones vía Fax o mail con el pedido médico original adjunto, como válidas para facturar*

8. CARIOTIPO - vellosidades coriónicas -
9. CARNITINA - Libre y total suero -
10. CARNITINA - Libre y Total – urinario -
11. COREA DE HUNINGTON POR PCR –
12. CROMOSOMA, ALTERACIONES DEL (c/u) Delección Cromosoma 13 (FISH) -
13. CROMOSOMAS ALTERACIONES del c/u Delección 17 P53 (FISH) –
14. CROMOSOMAS ALTERACIONES del c/u Delección Cromosoma 6MYB (FISH) -
15. CROMOSOMAS ALTERACIONES del c/u Delección C11 ATM 5q-gen ATM (FISH) -
16. CROMOSOMAS ALTERACIONES del c/u Trisomía - Centrómetro 12 (Fish) -
17. CROMOSOMA FILADELFIA - PCR - Citogénico LMC -
18. CROMOSOMA X - FRAGILIDAD -
19. CROMOSOMA X FISH –
20. CROMOSOMA Y DELECCIONES –
21. CROSS MATCH – AUTOLOGO – CITOMETRIA DE FLUJO -
22. CROSS MATCH, DONANTE - CITOMETRIA DE FLUJO -
23. CROSS MATCH, MATRIMONIAL - CITOMETRIA DE FLUJO - DNA. Muestra Forense
24. FIBROSIS QUISTICA, 19 MUTACIONES – PCR –
25. FIBROSIS QUISTICA, 29 MUTACIONES – PCR -
26. FILIACION ESTUDIO DNA EXTRA CADA UNO -
27. FILIACION ESTUDIO DNA (HASTA 3 PERSONAS) -
28. FISH WILLIAMS -
29. FRIEDREICH, ATAXIA DE -
30. GANGLIOSIDO ASIALO GM1, Ac. Anti-
31. GANGLIOSIDO QUADROSIALO, GQ1b Ac. IgG -
32. GANGLIOSIDOS PANEL, Ac. (IgG + IgM) GM1 Asialo, GM2, GD1A, GD1b, GQ1b, GQ1b Ac. IgG -
33. HEPATITIS B, Carga viral (AMPLICOR) -
34. HEPATITIS C, Carga viral – PCR -
35. HER 2/ neu-ErbB2 -
36. HEXOSAMINIDASA TOTAL, A y B -
37. HIV, RESISTENCIA A ANTIRETROVIRALES -
38. HLA A,B Molecular -
39. HLA DQ Molecular –
40. INMUNOFENOTIPO-SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS
41. LEUCEMIAS AGUDAS Fenotipificación -
42. MARCADORES PRONOSTICOS de LLC (Citometría de flujo) -
43. PAPILOMA VIRUS HUMANO - HPV (Carga viral) -
44. REARREGLO DEL IGH/FGFR3, Estudio para (FISH) -
45. REARREGLO DEL IGH/MAF, Estudio para (FISH) -
46. REARREGLO DEL TcR (citometría de flujo) -
47. SERINA-PLASMATICA (PANELO COMPLETO) –
48. SINDROMES LINFOPROLIFERATIVOS CRONICOS – FENOTIPIFICACION -

**REQUIERE AUTORIZACION**

*Se reconocerán las autorizaciones vía Fax o mail con el pedido médico original adjunto, como válidas para facturar*

49. SINDROMES LINFOPROLIFERATIVOS CRONICOS – FENOTIPIFICACION – Jak2 (JANUS QUINASA 2)-
50. TRANSLOCACION MLL/AF4, t (4,11) -
51. TRANSLOCACION PML/RAR, t (15,17) -
52. TRASLOCACION t (8;21) - AML 1/ETO -
53. TRASLOCACION TEL /AML t(12;21) -
54. TRASLOCACION varias – cualitativa (c/u) -
55. TRASLOCACION varias – cuantitativa (c/u) -
56. TROMBOFILIA, Panel -

• **PET/CT**: sólo los que se detallan a continuación:

1. PET/CT de cerebro incluye FDG valor Cedim -
2. PET/CT de cuerpo entero incluye FDG valor Cedim -

• **PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS** : sólo los que se detallan a continuación:

1. Biopsia percutánea bajo control tomográfico (de cualquier órgano o región) –
2. Biopsia percutánea bajo control ecográfico de cualquier órgano o región (excepto tiroides, próstata o mama) –
3. Drenaje percutáneo bajo tomografía –
4. Bloqueo de raquis bajo control tomográfico (por lado) -

• **PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y/O TERAPEUTICOS CON SEDACION Y/O ANESTESIA REGIONAL O GENERAL**

• **PUNCIONES BAJO CONTROL MAMOGRAFICO, ECOGRAFICO O TOMOGRAFICO -**

• **RADIOGRAFIA**: sólo las que se detallan a continuación:

1. Videodeglución -
2. Axial de rótula con técnica de Marchant –

• **RADIOTERAPIA**

• **RESONANCIAS**: sólo las que se detallan a continuación:

1. RMN de articulaciones
2. Angioresonancia Cerebral – Arterial – Venosa –
3. Tridimensional de Cerebro – BRAIN SURFACE –
4. Cardíaca sin contraste -
5. Cardíaca con contraste -
6. Urograma por RMN –
7. Angioresonancia de cuerpo entero –
8. Enterioresonancia –
9. Neurografía por resonancia magnética -

**REQUIERE AUTORIZACION**

*Se reconocerán las autorizaciones vía Fax o mail con el pedido médico original adjunto, como válidas para facturar*

10. RMN Colangiorenancia –
11. RMN funcional –

- **SALUD MENTAL**

**Coseguro : \$124.- por sesión**

**Coseguro sesión excedente : \$248.- por sesión**

- **TOMOGRAFIA COMPUTADA:** sólo las que se detallan a continuación:
  1. TAC 3D Multislice Virtual –
  2. Angiotomografía (c/reconstrucción tridimensional) –
  3. Angiografía coronaria no invasiva con o sin valoración funcional –
  4. Scoring de calcio –
  5. TAC Multislice de tórax con volumetría de nódulos pulmonares –
  6. TAC Multislice para morgometría de enfisema –
  7. Urotomografía 3D –
  8. Tac Multislice hepática con volumetría (volumen hepático total, volumen hepático tumoral, volumen hepático funcionante, volumen hepático resecable) –
  9. TAC Multislice para evaluación volumétrica de grasa corporal –
  10. TAC Multislice de cuerpo entero –
  11. Angiotomografía Multislice triple rule out (para dolor de pecho) descartar disección aórtica, tromboembolismo pulmonar y síndrome coronario-
  12. Angiotomografía Multislice de cuerpo entero –
  13. Enterotomografía de intestino delgado -

- **TRATAMIENTOS DE FERTILIZACION**

**EXCLUSIONES**

**No serán cubiertos por Opdea todos aquellos tratamientos, prácticas o cirugías enunciados a continuación:**

- Cirugía plástica no reparadora y todo tratamiento con fines exclusivamente estéticos.
- Prácticas no reconocidas por el Ministerio de Salud, prácticas terapéuticas que no hayan superado la etapa experimental o no se encuentren avaladas internacionalmente
- Cobertura médica en el exterior: atención médica, prácticas y tratamientos medicamentosos.
- Exámenes preocupacionales y/o periódicos.
- Curas de adelgazamiento, de rejuvenecimiento, de reposo o similares; hidroterapia o celuloterapia; quiropraxia; digitopuntura.
- Gastos de acompañante, salvo que el internado sea menor de 15 años, diferencias de confort y extras durante la internación.
- Internaciones geriátricas.
- Internaciones psiquiátricas crónicas.
- Cosmetología.
- Homeopatía.
- Productos de venta libre, estén o no incluidos en el Manual Farmacéutico.
- Honorarios por arancel diferenciado o por elección de un profesional determinado dentro de los sanatorios contratados con equipo profesional.
- Lesiones sufridas como consecuencia de la participación profesional en competencias, pruebas o demostraciones de pericias y/o velocidad de cualquier índole.
- Accidentes de Trabajo, accidentes in itinere y enfermedades profesionales, en caso que se encuentre vigente la Póliza de Riesgos de Trabajo Ley 24.557.
- Comercialización de sangre.
- Necropsias salvo con autorización previa de la Obra Social.
- Medicamentos no autorizados por la ANMAT.
- Toda prestación no incluida en el Programa Médico Obligatorio vigente.
- Todo tipo de subsidios en etapa post egreso.

**IMPORTANTE**

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

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

**-PARA CUALQUIER CONSULTA PONEMOS A SU DISPOSICION NUESTROS SERVICIOS TELEFONICOS**

**LLAMANDO AL TEL./FAX 4338-2400 (ROTATIVAS) DE LUNES A VIERNES DE 9 A 17 HS.**

**O**

**A NUESTRO CALL CENTER AL 0800-999-6733 LAS 24 HS. LOS 365 DIAS DEL AÑO-**

## Credencial OPDEA 02

