

GUIA DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO AFILIACIONES IOSEP

E-MAIL: iosep.afiliaciones@gmail.com

TELEFONO: (0385) 4242926 - **TEL. CORP.:** (0385)154126355

CASA CENTRAL

REPORTA A: GERENCIA PRESTACIONAL

PUESTOS QUE LE REPORTAN:

- ✓ DIVISION ALTAS Y BAJAS A PADRON GENERAL - DIGITALIZACION Y REEMPADRONAMIENTO.
- ✓ DIVISION BENEFICIARIOS A CARGO Y AFIL. VOLUNTARIAS
- ✓ DIVISION ARCHIVO
- ✓ DIVISION CONVENIOS DE RECIPROCIDAD
- ✓ DIVISION EXPTES. PADRON GRAL. Y REINTEGROS

MISION Y VISION

MISION: SU FINALIDAD ES LA DE RECABAR INFORMACIÓN PERSONAL Y DE SU GRUPO FAMILIAR, DE LOS AGENTES ACTIVOS O PASIVOS DE

LA PCIA., ENTES REGULADORES DE LA PCIA., MUNICIPALIDADES DEL INTERIOR DE LA PCIA., CONVENIOS INTERPROVINCIALES, QUE SOLICITEN SU ALTA A LA OBRA SOCIAL, MEDIANTE EL PEDIDO SEGÚN REGLAMENTACIÓN VIGENTE, DE DOCUMENTACIÓN DE ACREDITACIÓN SEGÚN CATEGORÍA DE AFILIACIÓN, CON LA UTILIZACIÓN DE FORMULARIOS Y SISTEMA INFORMÁTICO PARA TAL FIN.

VISION: AL SER LA BASE DE DATOS DE LA ESTRUCTURA DE LA OBRA SOCIAL, SE BUSCA OBTENER UN SERVICIO EFICIENTE, EFICAZ, TANTO EN SISTEMAS COMO TAMBIÉN EN LA ATENCIÓN PERSONALIZADA DEL AFILIADO.

REQUISITOS DE AFILIACIONES POR PRIMERA VEZ

TITULARES

- ✓ DEC. JURADA CERTIFICADA POR EL HABILITADO DE LA REPARTICION
- ✓ FOTOC. DE LA 1º Y 2º HOJA DEL DNI
- ✓ FOTOC. DEL ÚLTIMO RECIBO DE HABERES CERTIF. POR EL HABILITADO DE LA REPARTICION
- ✓ CERTIF. DE RESIDENCIA O BOLETA DE IMPUESTOS
- ✓ CUIL

CONYUGE

- ❖ ACTA DE MATRIMONIO LEGALIZADA ORIGINAL ACTUALIZADA
- ❖ FOTOCOPIA DE LA 1º Y 2º HOJA DEL DNI

- ❖ CUIL

TERCIARIO NO UNIVERSITARIO O UNIVERSITARIO DEL PERIODO LECTIVO CORRESPONDIENTE

- ❖ RECIBO DE HABERES DEL TITULAR CON EL DESCUENTO ADICIONAL CORRESPONDIENTE

CONYUGE 2º NUPCIAS

- ✓ SENTENCIA DE DIVORCIO VINCULAR
- ❖ ACTA DE MATRIMONIO LEGALIZADA ORIGINAL ACTUALIZADA
- ❖ FOTOCOPIA DE LA 1º Y 2º HOJA DEL DNI
- ❖ CUIL

HIJO/A RECIEN NACIDO

- ❖ CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
- ❖ DNI TITULAR
- ❖ RECIBO HABERES TITULAR

HIJO/A MENOR DE EDAD

- ✓ ACTA DE NACIMIENTO LEGALIZADA ORIGINAL
- ✓ FOTOCOPIA DE LA 1º Y 2º HOJA DEL DNI
- ✓ CUIL
- ✓ RECIBO HABERES TITULAR

HIJO/A MAYOR ESTUDIANTE (UN MES DE APORTE

PREVIO)

- ❖ SOLICITUD DE INCORP. COMO HIJO ESTUDIANTE CON EL DESCUENTO ADICIONAL CERTIF. POR EL HABILITADO DE LA REPARTICION
- ❖ CERTIF. DE ESTUDIOS ORIGINAL ACTUALIZADO DE ALUMNO REGULAR DE LOS NIVELES DE ESTUDIO SECUNDARIO-

INCLUSION DE CONVIVIENTE LEY 6748/05

- ✓ ACTA DE INSCRIPCION DE UNION CONVIVENCIAL (REGISTRO CIVIL). ORIGINAL, LEGALIZADA Y CERTIFICADA POR REGISTRO CIVIL.
- ✓ SI ES DIVORCIADO O SEPARADO, DEBERA PRESENTAR COPIA AUTENTICADA DE SENTENCIA FIRME DONDE CONSTE LA EXCLUSIÓN DEL BENEFICIO DE LA OBRA SOCIAL PARA SU EX CONYUGE.
- ✓ SI ES DE ESTADO CIVIL VIUDO, DEBERA ADJUNTAR COPIA LEGALIZADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN DEL CONYUGE FALLECIDO.
- ✓ CERTIFICADO DE NEGATIVA DE ANSES DEL CONVIVIENTE A INCORPORAR.
- ✓ FOTOCOPIA DEL ULTIMO RECIBO DE HABERES DEL TITULAR
- ✓ FOTOCOPIA DEL CARNET IOSEP DEL AFIL TITULAR
- ✓ FOTOC. DE LA 1º Y 2º HOJA DEL DNI DEL TITULAR Y DEL CONVIVIENTE
- ✓ CUIL DEL CONVIVIENTE
- ✓ CERTIFICADO DE RESIDENCIA DEL CONVIVIENTE

INCLUSIÓN BENEFICIARIO PADRE Y/O MADRE (3 MESES DE CARENCIA)

- ❖ DEC. JURADA DEL AFIL. TITULAR DE LA POLICÍA, TESTIMONIANDO QUE EL PADRE Y/O MADRE NO POSEE OBRA SOCIAL Y SE ENCUENTRA A SU CARGO.
- ❖ ACTA DE NAC. LEGALIZADA DEL TITULAR
- ❖ ANTECEDENTES INSTITUCIONALES-CERTIF. NEGATIVA DEL ANSES DEL PADRE Y/O MADRE
- ❖ FOTOC. DE LA 1ª Y 2ª HOJA DEL DNI DEL PADRE Y/O MADRE A INCORPORAR
- ❖ CUIL DEL PADRE Y/O MADRE
- ❖ FOTOC. DEL CARNET IOSEP DEL TITULAR
- ❖ FOTOC. 1ª Y 2ª DEL DNI DEL TITULAR
- ❖ FOTOC. DEL ULTIMO RECIBO DE HABERES DEL TITULAR

INCLUSION DE MENORES A CARGO (3 MESES DE CARENCIA)

- ✓ SENTENCIA DE DELEGACION DE RESPONSABILIDAD PARENTAL CERTIF. POR EL JUZGADO INTERVINIENTE
- ❖ ACTA DE NACIMIENTO ORIGINAL LEGALIZADA DEL MENOR
- ❖ FOTOC. 1º Y 2º HOJA DEL D.N.I. DEL MENOR A INCORPORAR
- ❖ C.U.I.L. DEL MENOR A INCORPORAR
- ❖ FOTOCOPIA 1º Y 2º HOJA DEL DOCUMENTO DEL TITULAR
- ❖ FOTOC. DEL ULTIMO RECIBO DE SUELDO
- ❖ FOTOC. CARNÉ DEL I.O.S.E.P. TITULAR

- ❖ ANTECEDENTES INSTITUCIONALES-(CERTIF. NEGATIVA DEL ANSES) DEL MENOR A INCORPORAR Y DE LOS PADRES DEL MISMO

HIJO MAYOR INCAPACITADO (1 MES DE CARENCIA)

- ❖ FOTOCOPIA DEL C.U.D.(CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)
- ❖ FOTOC. CARNET IOSEP TITULAR Y BENEFICIARIO A INCLUIR
- ❖ FOTOC. 1ª Y 2ª HOJA DEL DNI DEL BENEF. A INCORPORAR
- ❖ FOTOC. DEL ULTIMO RECIBO DE HABERES DEL TITULAR
- ❖ CERTIFICADO MEDICO.
- ❖ ANTECEDENTES INSTITUCIONALES-(CERTIF. NEGATIVA DEL ANSES) DEL BENEF. A INCORPORAR
- ❖ ADJUNTAR EN CASO DE POSEER, FOTOCOPIA DE CARNET ESPECIAL VIGENTE CON COBERTURA PARA PRACTICA MEDICA, REHABILITACION O DE MEDICACION.

PRORROGA DE AFILIACION POR DISCAPACIDAD

- ❖ FOTOCOPIA DEL C.U.D.(CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)
- ❖ FOTOC. CARNET IOSEP TITULAR Y BENEFICIARIO A INCLUIR
- ❖ FOTOC. 1ª Y 2ª HOJA DEL DNI DEL BENEF. A INCORPORAR
- ❖ FOTOC. DEL ULTIMO RECIBO DE HABERES DEL TITULAR
- ❖ CERTIFICADO MEDICO.

DEPARTAMENTO PLANES ESPECIALES

OBJETIVOS:

- ❖ LAS PRESTACIONES ESTÁN ORIENTADAS A AQUELLOS AFILIADOS QUE POR EL TIPO DE ENFERMEDAD DEBAN MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA.

SERVICIOS QUE PRESTA:

DENTRO DEL DEPARTAMENTO TENEMOS LAS SIGUIENTES COBERTURAS:

- ❖ PARKINSON
- ❖ FIBROQUÍSTICA
- ❖ DIALISIS
- ❖ HEMOFILICOS
- ❖ PROTESIS
- ❖ PRE TX_TX
- ❖ MIASTENIA GRAVE
- ❖ ARTRITIS REUMATOIDEA
- ❖ ESCLEROSIS MULTIPLE
- ❖ DISCAPACIDAD
- ❖ COBERTURAS ESPECIALES

SALVO DIALISIS QUE SE INICIA DIRECTAMENTE POR EL DEPARTAMENTO, EL RESTO SON AUTORIZADAS A TRAVÉS DE EXPEDIENTES QUE SON INICIADOS POR MESA DE ENTRADA.

REQUISITOS: CADA UNO DE LAS PRESTACIONES TIENEN SUS REQUISITOS, TODAS DEBEN ADJUNTAR HISTORIA CLINICA

DETALLANDO PATOLOGIA Y MEDICACIÓN EN CASO DE SER NECESARIO.

DEPARTAMENTO DERIVACIONES

OBJETIVO DEL DEPARTAMENTO:

- ❖ DERIVAR, PREVIO CONTROL, A CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD FUERA DE LA PROVINCIA A AQUELLOS AFILIADOS CUYA PATOLOGIA LO REQUIERA.
- ❖ AUTORIZAR PRACTICAS, ESTUDIOS Y CIRUGIAS A REALIZARSE FUERA DE LA PROVINCIA Y EN EL INTERIOR PROVINCIAL.

SERVICIOS QUE PRESTA

- ❖ AUTORIZAR PRACTICAS, ESTUDIOS Y CIRUGIAS A REALIZARSE FUERA DE LA PROVINCIA AUDITORIA ADMINISTRATIVA Y MEDICA
- ❖ INFORMAR SOBRE CENTROS DE ALTA COMPLEJIDAD Y MODALIDAD PRESTACIONAL
- ❖ AUTORIZACION DE PRESTACIONES POR CONVENIO, PRESUPUESTO PREVIO, REINTEGRO Y CONVENIO DE RECIPROCIDAD.

REQUISISTOS

- ❖ SOLICITUD DE DERIVACION COMPLETADA POR MEDICO ESPECIALISTA
- ❖ ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

CENTRO DE CALIDAD DE VIDA (CCV)

OBJETIVO DEL DEPARTAMENTO:

- ❖ ATENCIÓN AL AFILIADO DIABÉTICO DIAGNOSTICADO
- ❖ ATENCIÓN AL AFILIADO CELÍACO DIAGNOSTICADO
- ❖ ATENCIÓN AL AFILIADO CON DIAGNOSTICO HIV

SERVICIOS QUE PRESTA:

- ❖ COBERTURA DE TRATAMIENTOS
- ❖ INSUMOS NO AL 100%

REQUISITOS:

- ❖ DIAGNOSTICO POR HISTORIA CLINICA
- ❖ FORMULARIO TERAPEUTICO COMPLETO
- ❖ CARNET
- ❖ RECIBO DE SUELDO
- ❖ DNI

ONCOLOGÍA

OBJETIVO DEL DEPARTAMENTO:

- ❖ BRINDAR COBERTURA A LOS AFILIADOS CON PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS A TRAVÉS DEL PLAN ONCOLOGICO (PLAN ESPECIAL) PARA TRATAMIENTO Y CONTROL.

SERVICIO QUE PRESTA:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS, PRACTICAS AMBULATORIAS Y PRACTICAS DE INTERNADOS, RELACIONADOS A LA PATOLOGÍA, DE LOS AFILIADOS QUE CUENTEN CON EL PLAN ONCOLOGICO.

REQUISITOS:

PARA EL INGRESO AL PLAN

- ❖ FOTOCOPIA DEL CARNET DEL IOSEP DEL TITULAR Y BENEFICIARIO.
- ❖ FOTOCOPIA DEL ULTIMO RECIBO DEL SUELDO.
- ❖ FOTOCOPIA DEL DNI AMBOS LADOS
- ❖ INFORME ANATOMO-PATOLOGICO DE LA BIOPSIA, ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.
- ❖ FORMULARIO ONCOLOGICO COMPLETADO POR ONCOLOGO.
- ❖ HISTORIA CLÍNICA.

PARA AUTORIZAR PRACTICAS AMBULATORIAS

- ❖ PEDIDO MEDICO.
- ❖ HISTORIA CLÍNICA.
- ❖ FORMULARIO PARA ESTUDIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (EN CASO DE SER NECESARIO).
- ❖ CARNET DEL IOSEP.
- ❖ CREDENCIAL ONCOLOGICA.

IOSEP SALUD – AFILIACIÓN VOLUNTARIA

EL IOSEP SALUD FUE CREADO PARA OTORGAR BENEFICIO A LAS PERSONAS QUE NO POSEEN OBRA SOCIAL ABONANDO UNA CUOTA MENSUAL EN CONCEPTO DE APORTES. PODRÁN INGRESAR A LA AFILIACIÓN VOLUNTARIA:

1. ART.4°

- ❖ HIJOS DE LOS AFILIADOS DIRECTO OBLIGADO O VOLUNTARIO YA SEA VARÓN O MUJER MAYORES DE 18 AÑOS QUE NO CURSEN ESTUDIOS
- ❖ MENORES A CARGO MAYORES DE 18 AÑOS
- ❖ PADRES DEL AFILIADO OBLIGATORIO QUE HAYAN SIDO DADOS DE BAJA POR CAUSAS DE LA BAJA DEL AFILIADO DIRECTO.
- ❖ SIN EXÁMEN MÉDICO, SIN CARENCIAS NI PREEXISTENCIAS DENTRO DE LOS 60 (SESENTA) DIAS DE PRODUCIDA LA BAJA.

- ❖ LOS ASPIRANTES AL INGRESO A LA OBRA SOCIAL DEBERÁN PRESENTAR LOS SIGUIENTES ESTUDIOS MÉDICOS A LOS FINES DE ACEPTAR O NO SU AFILIACIÓN. SE ADJUNTA FOLLETO
- ❖ LA AFILIACIÓN ES DE 15 A 65 AÑOS DE EDAD.
- ❖ DEBEN CUMPLIR CON EL PERÍODO DE CARENCIAS PARA GOZAR DE LOS BENEFICIOS Y COBERTURAS
- ❖ LOS AFILIADOS CON CONTRATOS DE LOCACIÓN DE SERVICIOS TIENEN UNA CUOTA DIFERENCIADA CON RESPECTO AL RESTO DE LOS AFILIADOS.

- ❖ EL "PLAN JOVEN" DARÁ COBERTURA AL GRUPO ETARIO DE 15 (QUINCE) A 18 (DIECIOCHO) AÑOS DE EDAD SIN CARGA FAMILIAR.

3. ART.5° INC.G

EL AFILIADO OBLIGATORIO QUE SE ENCUENTRA CON LICENCIA SIN GOCE DE HABERES, DOCENTES SUPLENTE QUE CESAN SIEMPRE QUE NO SEA MOTIVO DE EXPULSIÓN, PODRÁN OPTAR POR LA AFILIACIÓN VOLUNTARIA COMO EX AGENTE DEL ESTADO DENTRO DE LOS 60 (SESENTA) DIAS HÁBILES DESDE LA FECHA DE BAJA,

RESEÑA:

- A). EL APOORTE MENSUAL SE EFECTUARÁ EN BCO. SANTIAGO, SOL PAGO O IOSEP SALUD.
- B). EL AFILIADO QUE INGRESA CON PERÍODO DE CARENCIAS GOZARÁ DE LOS BENEFICIOS A MEDIDA QUE TRANSCURRA EL TIEMPO HASTA LLEGAR SU TOTALIDAD A LOS 2 (DOS) AÑOS DE PERMANENCIA EN IOSEP SALUD.
- C). LAS AUTORIZACIONES, COMPRA DE ORDENES, SOLICITUD DE COBERTURA, ETC SE REALIZARÁN EN LAS DELEGACIONES Y EN CASA CENTRAL EN LAS OFICINAS DE IOSEP SALUD.
- F). EXISTEN CONVENIOS CON ENTIDADES JURÍDICAS POR MEDIO DE LOS CUALES PODRÁN INGRESAR AL IOSEP SALUD QUE SON:

- ❖ CONSEJO PROFESIONAL DE CIENCIAS ECONÓMICAS
- ❖ CENTRO DE COMERCIO E INDUSTRIA LA BANDA

- ❖ CENTRO DE COMERCIO E INDUSTRIA DE TERMAS DE RIO HONDO
- ❖ COLEGIO FARMACÉUTICO
- ❖ A.S.A.I.M.
- ❖ OBISPADO DE AÑATUYA
- ❖ BOMBEROS VOLUNTARIO DE LA BANDA
- ❖ COLEGIO DE BIOQUÍMICOS
- ❖ SINDICATO DE VENDEDORES DE DIARIOS Y REVISTAS
- ❖ MINISTERIO PÚBLICO FISCAL
- ❖ CONSEJO PROFESIONAL DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
- ❖ CÍRCULO ODONTOLÓGICO

POR CONSULTAS COMUNICARSE AL TELÉFONO : 0385-4242950/40/41

DEPARTAMENTO DELEGACIONES

EL DEPARTAMENTO DELEGACIONES TIENE COMO OBJETIVO REALIZAR CON LA MAYOR CELERIDAD LOS TRÁMITES DE LOS AFILIADOS DEL INTERIOR Y FUERA DE LA PCIA, TANTO OBLIGADOS COMO VOLUNTARIO (IOSEP SALUD).

LAS TAREAS, TRÁMITES DE AFILIACIÓN, PLANES ESPECIALES (TODAS LAS COBERTURA), PMI, REINTEGROS DE GASTOS QUE OCASIONA EL AFILIADO CUANDO LA URGENCIA LO REQUIERE, DERIVACIONES FUERA DE LA PCIA O CONVENIOS DE RECIPROCIDAD O ALGÚN TRAMITE ESPECIFICO QUE REQUIERE EL AFILIADO.

AREA DE SERVICIOS SOCIALES
DIVISION SERVICIOS FUNEBRES

**REQUISITOS PARA SOLICITAR EL FONDO DE
CONTENCIÓN FAMILIAR Y/O EL
RECONOCIMIENTO POR TRASLADO DE RESTOS.**

- ❖ FORMULARIO DE SOLICITUD.
- ❖ ACTA DE DEFUNCIÓN LEGALIZADA ORIGINAL.
- ❖ CARNET ORIGINAL Y COPIA DEL AFILIADO FALLECIDO.
- ❖ COPIA DEL CARNET DEL AFILIADO TITULAR/
BENEFICIARIO SOLICITANTE.
- ❖ COPIA DE ÚLTIMO RECIBO DE COBRO DEL TITULAR
- ❖ COPIA DE D.N.I DEL SOLICITANTE.
- ❖ CERTIFICACIÓN DE VÍNCULOS (ACTAS LEGALIZADAS
ORIGINAL DE MATRIMONIO, DE NACIMIENTO, PODER DE
LOS HEREDEROS A FAVOR DEL SOLICITANTE O
DECLARATORIA DE HEREDEROS, ETC.)
- ❖ CONSTANCIA ORIGINAL DE LA EMPRESA QUE
REALIZÓ EL SERVICIO DE SEPELIO.
- ❖ CONSTANCIA DEL TRASLADO DE RESTOS ORIGINAL O
COPIA DE FACTURA INDICANDO LA CANTIDAD DE
KILÓMETROS RECORRIDOS.
- ❖ FORMULARIO DE FIANZA A FAVOR DEL IOSEP.
- ❖ COPIA DE NÚMERO DE C.B.U. Y/O CONSTANCIA DE
CUIL

(PARA CONSIDERAR EL TRASLADO DE RESTOS SE TOMARÁ EN CUENTA EL DOMICILIO DECLARADO EN EL D.N.I. SE CONSIDERARÁ LOS TRASLADOS CUANDO EXCEDAN LOS 30 KM DESDE EL LUGAR DE FALLECIMIENTO HASTA EL DOMICILIO).

.....
.....
**REQUISITOS PARA SOLICITAR EL FONDO DE
CONTENCIÓN FAMILIAR Y/O EL
RECONOCIMIENTO POR TRASLADO DE RESTOS.**

- ❖ FORMULARIO DE SOLICITUD.
- ❖ ACTA DE DEFUNCIÓN LEGALIZADA ORIGINAL.
- ❖ CARNET ORIGINAL Y COPIA DEL AFILIADO FALLECIDO.
- ❖ COPIA DE CARNET DEL AFILIADO TITULAR O
BENEFICIARIO SOLICITANTE.-
- ❖ COPIA DE ÚLTIMO RECIBO DE COBRO DEL TITULAR
- ❖ COPIA DE D.N.I DEL SOLICITANTE.
- ❖ CERTIFICACIÓN DE VÍNCULOS (ACTAS LEGALIZADAS
ORIGINAL DE MATRIMONIO, DE NACIMIENTO,
PODER DE LOS HEREDEROS A FAVOR DEL
SOLICITANTE O DECLARATORIA DE HEREDEROS,
ETC.)
- ❖ CONSTANCIA ORIGINAL DE LA EMPRESA QUE
REALIZÓ EL SERVICIO DE SEPELIO.

ALOJAMIENTO – HOSPEDAJE
SERVICIOS DE ALOJAMIENTO

PROV. CÓRDOBA (HOTEL RIVIERA) - PROV. TUCUMÁN (HOTEL COLONIAL)- C.A.B.A (HOTEL CONSTITUCIÓN PALACE)

Requisitos para acceder al beneficio:

1. Fotocopia del Carnet de afiliado derivado.
2. Fotocopia del Recibo de Sueldo del titular.
3. Fotocopia del DNI del derivado y acompañante.
4. Fotocopia carnet derivación.
5. Fotocopia carnet cobertura especial (alojamiento o autorización en derivación).

La reserva siempre se lo hace con 2 días de anticipación.

NOTA: SOLO SE AUTORIZA ALOJAMIENTO FUERA DE LA PROVINCIA CON COBERTURA EN CASOS DE PLAN ONCOLÓGICO, TRASPLANTADOS Y DISCAPACITADOS (RESOL. 1422/15 ART. 2º) PREVIA AUTORIZACION DE GERENCIA PRESTACIONAL.-

PROV. BUENOS AIRES (PILAR) - DEPARTAMENTOS “COMPLEJO LAS CASUARINAS”

Requisitos para acceder al beneficio:

1. Fotocopia del Carnet de afiliado derivado
2. Fotocopia del Recibo de Sueldo del titular
3. Fotocopia del DNI del derivado y acompañante
4. Fotocopia carnet derivación autorizada por superioridad.
5. Fotocopia carnet cobertura especial
6. Certificado Médico indicando el tiempo de Estadía

La reserva siempre se lo hace con 2 días de anticipación.

NOTA: SOLO SE AUTORIZA ALOJAMIENTO FUERA DE LA PROVINCIA CON COBERTURA EN CASOS DE PLAN ONCOLÓGICO, TRASPLANTADOS Y DISCAPACITADOS (RESOL. 1422/15 ART. 2º) PREVIA AUTORIZACION DE GERENCIA PRESTACIONAL.-

**UNA VEZ INICIADO EL EXPTE POR MESA DE ENTRADAS O EN LA RESPECTIVA DELEGACIÓN SOLICITANDO ALOJAMIENTO Y COBERTURA, COMO ASÍ TAMBIÉN PARA SU RENOVACIÓN SE*

PROCEDERÁ A LA RESERVA DEL MISMO. CABE DESTACAR QUE EL TRÁMITE ES PERSONAL.

CIUDAD CAPITAL (MUTUAL SANTIAGUEÑA)-

1. Fotocopia del Carnet de afiliado
2. Fotocopia del Recibo de Sueldo del titular
3. Fotocopia del DNI del afiliado y acompañante
4. Certificado Médico solicitando alojamiento por enfermedad/estudios médicos

- USO EXCLUSIVO PARA AFILIADOS DEL INTERIOR CON PACIENTES INTERNADOS Y/O TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS, TRANSPLANTADOS, DISCAPACIDAD PREVIA AUTORIZACION POR GERENCIA PRESTACIONAL-

TRASLADOS AEREOS Y TERRESTRES

TRASLADOS EN AMBULANCIA

REQUISITOS PARA SOLICITAR EL SERVICIO DE TRASLADO EN AMBULANCIA

- A. Fotocopia de carnet.
- B. Fotocopia de último recibo de sueldo.
- C. Fotocopia de DNI del titular y beneficiario.
- D. Pedido de traslado de ambulancia emitida por un profesional médico que contenga:
 - Diagnóstico.
 - Origen y destino del traslado
 - Hora y fecha de turno de traslado.
 - Si es necesario de presencia de enfermero o médico.
 - Si va con oxígeno, si es preciso que la ambulancia sea equipada

*NOTA: EL SERVICIO DE TRASLADO ES PROGRAMADO. LA INSTITUCIÓN NO CUENTA CON SERVICIOS DE URGENCIAS.-
IMPORTANTE: EL SERVICIO DE TRASLADOS CUMPLE UN HORARIO COMPRENDIDO ENTRE LAS 08:00 HS Y LAS 16:00 HS. DE LUNES A VIERNES EXCEPTO LOS DÍAS FERIADOS. FUERA DE ESTOS HORARIOS Y DÍAS SI SE REALIZA UN TRASLADO EL AFILIADO DEBE SOLICITAR EL

REINTEGRO DEL MISMO ACLARANDO, EN LA FACTURA QUE LA EMPRESA PRESTADORA OTORGA, LA HORA Y EL DIA DEL TRASLADO.

EN EL CASO DE UN TRASLADO PEDIÁTRICO INDICAR EN LA MISMA FACTURA LA UTILIZACIÓN DE INCUBADORA U OTROS INSTRUMENTALES INDISPENSABLES PARA EL TRASLADO Y QUE ESTA INSTITUCIÓN NO CONTEMPLA EN SUS SERVICIOS

TRASLADO FUERA DE LA PROVINCIA (AMBULANCIA O AVION SANITARIO)

REQUISITOS PARA SOLICITARLO:

A los puntos recién mencionados (A – B – C - D) para los traslados Comunes se agregan los siguientes:

- E) Derivación autorizada y actualizada donde figure tipo de traslado.
- F) Confirmación de Cama Autorizada, por escrito.

ALCANCE DE COBERTURA:

- Dentro del radio de 30 km sin costo (Capital) - (ambulancias IOSEP).
- Más de 30 km el afiliado abona el 50 % del valor total.

*NOTA: EN CASO DE NO CONTAR CON AMBULANCIAS PROPIAS, EL IOSEP POSEE CONVENIO CON EMPRESAS LOCALES EN CIUDAD CAPITAL (U24) – QUE SE GESTIONARÁ DEL MISMO MODO, PERO SIN

EL BENEFICIO DEL 100% DENTRO DE LOS 30 KM. CO-SEGURO DE 50%.-

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

PROGRAMA DESTINADO A OTORGAR LA COBERTURA DESDE EL EMBARAZO HASTA EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO.

REQUISITOS DE INGRESO AL PMI PARA LA EMBARAZADA TITULAR, BENEFICIARIA Y/O CONCUBINA POR LEY:

- Copia del Carnet del IOSEP.
- Copia de la Ecografía donde se observen los Latidos Cardíacos Fetales positivos.
- Certificado Médico, emitido por un medico (No Obstetra) detallando:
- Apellido y Nombre del Afiliado.
- Numero de Afiliado.
- Diagnostico y Fecha Probable de Parto.
- Fecha y Sello del Profesional Actuante.

* EN CASO DE EXTRAVÍO DEL CARNET, PRESENTAR CERTIFICADO EMITIDO POR LA POLICÍA PROVINCIAL.-

EMBARAZADA MENOR A CARGO DEL TITULAR:

·ADEMÁS DE LOS REQUISITOS DE INGRESO AL PMI, ADJUNTAR UNA DECLARACIÓN JURADA, EMITIDA POR NUESTRA OFICINA, DEBIENDO SER AUTORIZADA POR EL TITULAR EN LA OFICINA DE AFILIACIONES.

* UNA VEZ REALIZADO EL PARTO O LA CESÁREA EL RECIÉN NACIDO NO TIENE COBERTURA.-

REQUISITOS DE INGRESO PARA EL RECIÉN NACIDO:

- COPIA DEL CARNET DEL IOSEP DEL NUEVO BENEFICIARIO.-
*EN CASO DE EXTRAVÍO DEL CARNET DEBERÁ PRESENTAR
CERTIFICADO EMITIDO POR LA POLICÍA.-

HORARIOS DE ATENCION:

LUNES A VIERNES DE 8:00 A 17.30 HS.-

LAS PRACTICAS AMBULATORIAS SE AUTORIZAN DE 8:00 A 13:00 HS.

25 DE MAYO 249 – 1° PISO.