

Rubro: PLANES ESPECIALES



Nombre del Trámite	Descripción	Documentación necesaria para iniciarlo
Pedido de medicamentos / cobertura especial / renovación cobertura especial, p/Afiliados > 18 años.	Pedido de medicamentos / cobertura especial / renovación cobertura especial para Afiliados cuya edad sea > 18 años.	<ul style="list-style-type: none">a- Nota dirigida al presidenteb- Copia de Carnet titular y beneficiarioc- Copia de último recibo de haberesd- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiarioe- Historia Clínicaf- Pedido Médicog- Últimos estudios realizados
Provisión de leche maternizada	Provisión de leche maternizada para afiliados que tengan PMI.	<ul style="list-style-type: none">a- Nota dirigida al presidenteb- Copia de Carnet titular y beneficiarioc- Copia de último recibo de haberesd- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiarioe- Historia clínica con talla y pesof- Pedido de leche x Kgg- Fotocopia de Carnet Plan Materno Infantil
Provisión de oxígeno	Provisión de oxígeno	<ul style="list-style-type: none">a- Nota dirigida al presidenteb- Copia de Carnet titular y beneficiarioc- Copia de último recibo de haberesd- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiarioe- Historia clínica c/pedido del médicof- Informes de estudios realizados

Provisión de Ensure	Provisión de Ensure	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida a presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario e- Historia clínica c/indicación médica
Provisión de bolsa de colostomía	Provisión de bolsa de colostomía	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida al presidente b- de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario e- Historia clínica f- Indicación del nro de bolsa g- Informes de estudios realizados
Solicitud de válvula	Solicitud de válvula	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario e- Estudios previos / historia clínica f- Formulario de solicitud de prótesis
Devolución de prótesis	Devolución de prótesis	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario
Solicitud de Cobertura P/Artritis Reumatoidea	Solicitud de Cobertura P/Artritis Reumatoidea	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario

		<ul style="list-style-type: none"> e- Historia Clínica c/fecha de inicio de la Enfermedad, edad, peso, talla, evolución de la enfermedad. f- Antecedentes de patologías asociadas (Cardiovasculares, neoplásticas, Infecciosas, patologías desmielizante, etc.) g- Tratamientos farmacológicos previos, drogas, dosis, duración, efectos de toxicidad) h- Pedido del médico con medicina solicitada detallando: droga, presentación, dosis. i- Laboratorio últimos 45 días. Hemograma completo V.S.G. Proteína C. j- Radiología actualizado RX de manos, pies, P.P.D., E.C.G.
Solicitud de Cobertura especial p/Rehabilitación p/ Afiliados > 18 años	Solicitud de Cobertura especial p/Rehabilitación p/ Afiliados cuya edad sea > 18 años	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario e- Historia clínica c/código
Pedido de medicamentos / cobertura especial / renovación cobertura especial, p/Afiliados < 18 años.	Pedido de medicamentos / cobertura especial / renovación cobertura especial, para Afiliados cuya edad sea < 18 años.	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario e- Historia Clínica f- Pedido Médico g- Últimos estudios realizados
Pedido de Cobertura (Discapacitados, Fibroquísticos, Parkinson, Hemofílicos, Transplantados)	Pedido de Cobertura (Discapacitados, Fibroquísticos, Parkinson, Hemofílicos, Transplantados)	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y

		<p>beneficiario</p> <p>e- Historia Clínica</p> <p>f- Pedido Médico</p>
Renovación de planes (Discapacitados, Fibroquísticos, Parkinson, Hemofílicos, Transplantados, Celíacos, Hemodiálisis)	Renovación de planes (Discapacitados, Fibroquísticos, Parkinson, Hemofílicos, Transplantados, Celíacos, Hemodiálisis)	<p>a- Fotocopia del último recibo de sueldo</p> <p>b- Historia Clínica</p> <p>c- Credencial vencida</p>
Pedido de Cobertura (Celíacos)	Pedido de Cobertura para enfermos Celíacos	<p>a- Nota dirigida al presidente</p> <p>b- Copia de Carnet titular y beneficiario</p> <p>c- Copia de último recibo de haberes</p> <p>d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario</p> <p>e- Historia Clínica</p> <p>f- Fotocopia de biopsia</p>
Pedido de Cobertura Plan Hemodiálisis	Pedido de Cobertura para el Plan Hemodiálisis	<p>a- Nota dirigida al presidente</p> <p>b- Copia de Carnet titular y beneficiario</p> <p>c- Copia de último recibo de haberes</p> <p>d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario</p> <p>e- Cuadernillo de alta confeccionado por la institución prestadora</p>
Pedido de Cobertura PMI para Concubina	Pedido de Cobertura PMI para afiliada Concubina	<p>a- Nota dirigida al presidente</p> <p>b- Copia de Carnet titular y beneficiario</p> <p>c- Copia de último recibo de haberes</p> <p>d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario</p> <p>e- Certificado médico con fecha probable de parto</p> <p>f- Fotocopia de la ecografía</p> <p>g- Declaración jurada de la policía de convivencia del Titular.</p> <p>h- Certificado de residencia del Titular y</p>

		Concubina
Pedido de Cobertura PMI p/Madre (Afiliada Titular)	Pedido de Cobertura PMI p/Madre (Afiliada Titular)	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario e- Certificado médico con fecha probable de parto f- Fotocopia de la ecografía
Pedido de Cobertura para hija embarazada	Pedido de Cobertura para hija embarazada	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario e- Declaración jurada emitida por la policía que la menor está a cargo del Titular f- Declaración jurada emitida por Afiliaciones que la menor está a cargo del Titular g- Certificado médico con fecha probable de parto h- Fotocopia de la ecografía
Pedido de Cobertura PMI p/ hijos recién nacidos	Pedido de Cobertura PMI para hijos recién nacidos	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario e- Fotocopia certificado de nacido vivo o acta de nacimiento
Renovación de Planes (PMI p/Madre o Hija embarazada)	Renovación de Planes (PMI p/Madre o Hija embarazada)	<ul style="list-style-type: none"> a- Fotocopia del último recibo de sueldo b- Credencial vencida c- Certificado médico que sigue embarazada

Renovación de Planes (PMI p/hijos recién nacidos)	Renovación de Planes (PMI p/hijos recién nacidos)	<ul style="list-style-type: none"> a- Fotocopia del último recibo de sueldo b- Credencial vencida c- Fotocopia del carnet de vacunación
Pedido de Cobertura oncológica	Pedido de Cobertura oncológica	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario e- Solicitud llenada por el médico oncólogo f- Fotocopia de biopsia
Renovación de Plan Oncológico	Renovación de Plan Oncológico	<ul style="list-style-type: none"> a- Fotocopia del último recibo de sueldo b- Credencial vencida c- Solicitud llenada por el médico oncólogo
Pedido de Cobertura Plan Diabético	Pedido de Cobertura Plan Diabético	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario e- Llenar solicitud Anexo "A" p/ el Plan f- Fotocopia del último laboratorio glucemia g- Historia clínica y tipo de diabetes h- Dosis diaria orales Dosis diaria inyectables
Renovación de Plan Diabético	Renovación de Plan Diabético	<ul style="list-style-type: none"> a- Fotocopia del último recibo de sueldo b- Credencial vencida c- Talón de chequera Diabessnoa c/ las fotocopias de los resultados de los estudios realizados con la misma
Pedido de Cobertura HIV/SIDA	Pedido de Cobertura HIV/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> a- Historia Clínica b- Pedido del médico

		<ul style="list-style-type: none"> c- Documentación confidencial.
Provisión de prótesis y elementos para salud	Provisión de prótesis y elementos para salud	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario e- Llenar solicitud de SIPROTEC por el médico f- Estudios realizados (fotocopias) g- RX
Provisión de prótesis y elementos para salud (Silla de ruedas)	Provisión de prótesis y elementos para salud (Silla de ruedas)	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario e- Llenar solicitud de SIPROTEC por el médico f- Estudios realizados (fotocopias) g- RX h- Llenar formulario de tipo de silla de ruedas
Provisión de prótesis y elementos para salud (Stent, Marcapaso)	Provisión de prótesis y elementos para salud (Stent, Marcapaso)	<ul style="list-style-type: none"> a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario e- Llenar solicitud de SIPROTEC por el médico f- Estudios realizados (fotocopias) g- RX h- CD y estudio Hemodinámico