

CONSULTAS	COBERTURA
Consultas médicas en consultorio (todas las especialidades).	Si (con órdenes con ACP)

ATENCIÓN DOMICILIARIA	COBERTURA
Visita a domicilio	Si (con ACP)
Urgencias médicas/ Emergencias médicas	100%
Traslados producto de la urgencia y emergencia y traslados programados	100%

PRÁCTICAS	COBERTURA
Prácticas médicas de diagnóstico y tratamiento de baja y alta complejidad. Prácticas bioquímicas	Si (con ACP)
Prácticas de psicología, fonoaudiología, kinesiología (con los topes anuales del PMO).	Si (con ACP)

MEDICAMENTOS	COBERTURA
Medicamentos ambulatorios de uso habitual según vademécum. Consultar vademécum en sitio web <a href="http://www.osfatun.com.ar">www.osfatun.com.ar</a>	40 % (en la farmacia)
Medicamentos ambulatorios para tratamiento de patologías crónicas prevalentes según vademécum (Resolución N° 310/04 Ministerio de Salud).	70 % (en la farmacia)
Medicamentos ambulatorios para tratamiento de patologías especiales	100% (entrega directa OSFATUN)
Medicamentos y descartables en internación	100%

INTERNACIONES	COBERTURA
Internaciones clínicas y quirúrgicas	100%
Internación psiquiátrica	100%
Habitación individual	No

ODONTOLOGÍA	COBERTURA
Consultas general, Consultas de urgencia, Terapias preventivas, Operatoria Dental, Endodoncia, Odontopediatría, Periodoncia, Radiología y Cirugía Bucal. Según Nomenclador del PMO (o el que en el futuro lo reemplace).	Si (con pago de ACP al prestador)
<u>Ortodoncia</u> (Consulta de estudio y Tratamiento de mal oclusiones en dentición mixta de 6 a 8 años).	No
<u>Prótesis Odontológicas</u> (Completa, superior y/o inferior de acrílico). Ambos casos según Catálogo de Prestaciones OSFATUN.	No
<u>Prótesis</u> parcial o total de acrílico o porcelana <u>Ortodoncia y Ortopedia</u> (hasta 18 años)	No

ÓPTICA	COBERTURA
Óptica Niños menores de 15 años (según PMO vigente, lentes estándar).	100%
Óptica Mayores de 15 años (lentes estándar bifocales, orgánicos, fotocromáticos).	No

PROGRAMAS ESPECIALES	COBERTURA
Plan Materno Infantil (PMI)	100% (según norma vigente)
Programas Especiales (Tratamiento del SIDA, del diabético, de las enfermedades congénitas, oncológicas, etc.).	100% (según norma vigente)
Provisión de métodos y elementos anticonceptivos y de prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/Sida, cáncer genital y mamario (Resolución N° 310/04 Ministerio de Salud).	100% (entrega directa OSFATUN)
Trasplante de órganos	100%

PRÓTESIS	COBERTURA
Prótesis fijas	100%
Ortesis y prótesis removibles	50 %
Otoamplifonos Niños menores de 15 años	100 %

COBERTURA FUERA DE JURISDICCIÓN	COBERTURA
Cobertura Médica Nacional (se otorga en las jurisdicciones de las Delegaciones de OSFATUN, requiere autorización previa de la Auditoría Médica).	No
Cobertura Médica en el Exterior (se otorga mediante la entrega de una Orden de Servicio a través de empresas líderes. Deberá ser solicitado en la Delegación con 20 días hábiles de antelación a la fecha de iniciación del viaje).	No

APORTES COMPLEMENTARIOS PRESTACIONALES (ACP)	COBERTURA
ACP (solo para las patologías o prestaciones previstas en el PMO. El ACP odontológico y el de la visita domiciliar se pagan al prestador. El ACP de órdenes de consultas y prácticas médicas, bioquímicas, fonoaudiología y kinesiología se pagan en la Delegación).	Consultar ACP en Delegación.

TOPES ESTABLECIDOS	COBERTURA
Psicología ambulatoria	Hasta 30 sesiones por año.
Kinesioterapia	Hasta 25 sesiones por año.
Fonoaudiología	Hasta 25 sesiones por año.

PERÍODOS DE CARENCIA	COBERTURA
Períodos de carencia de servicios OPCIONES (empleados Ley 23.660, excepto prestaciones a cargo de la Obra Social previa).	No
Períodos de carencia de servicios MONOTRIBUTISTAS y ADHERENTES con antigüedad en servicios similares	No
Períodos de carencia de servicios MONOTRIBUTISTAS sin antigüedad en servicios similares.	Si (Monotributistas según Decreto PE 504/98 y 806/04).