

**REQUISITOS PARA TRAMITAR LA ENTREGA DE PRODUCTOS PARA OSTOMIA**  
**-SIN COBERTURA DE OBRA SOCIAL-**

- Carta de presentación del hospital, avalada por el director del hospital.
- Resumen de la historia clínica realizada por el cirujano con membrete del Hospital.
- Encuesta Social completado por la asistente social del Hospital
- Negativa del hospital a entregar el producto
- Receta del médico en el formulario correspondiente (Recetario del Hospital) indicando las características de las bolsas (tipo, diámetro y código de producto)
- Certificación del ANSES de que no percibe ningún beneficio previsual (ambos cónyuges)
- Fotocopia de la primer y segunda hoja de su DNI.

• Dirigirse a: **Dirección de Ayuda Médica y Social a Personas (Nacional)**

Av. Rivadavia 870 (1002) - Tel.: 4121-4700

Horario de atención: de 09:00 a 16:00 hs.

**Promoción Social (Nacional)** - Subsecretaría de Acción Social de Gestión

Av. Entre Ríos 1492 - Tel.: 4300-9606/9611/9617

**Secretaría de Salud (Municipalidad de Bs. As.)**

Carlos Pellegrini 311 - Piso 12°

**Provincia de Buenos Aires:**

**Concejo de La Mujer - La Plata**

**Municipalidad** (Según corresponda por partido)

**ASESORAMIENTO PARA TRAMITAR LA ENTREGA DE PRODUCTOS PARA OSTOMIA**

**SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Diagonal Pte. Roque Sáenz Peña 530 (1035) Buenos Aires

Atención personalizada: Lunes a viernes de 10 a 17 hs.

Atención telefónica: 0-800-222-72583

\*\*\*\*\*

**ANSES**

Administración Nacional de Seguridad Social Salario Familiar

Av. Córdoba 1118 - Tel.: 4375-5846 / 4372-6464

y delegaciones en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Gran Buenos Aires e interior del país

\*\*\*\*\*

**Ministerio de Salud**

Secretaría Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad

Ramsay 2250 Bs. As. (1428)

\*\*\*\*\*

**El Defensor de la Salud**

Belgrano 1944 10° "E" - Tel.: 4373-4292

\*\*\*\*\*

**PAMI**

Tel.: 0800-222-7264

**REQUISITOS PARA TRAMITAR LA ENTREGA DE PRODUCTOS PARA OSTOMIA**  
**-CON OBRA SOCIAL-**

- Receta del médico en el formulario correspondiente (recetario de la Obra Social) indicando tipo, diámetro y código de producto.
- Resumen de la historia clínica realizada por el cirujano
- Fotocopia de la primera y segunda hoja de su DNI
- Fotocopia del último recibo de haberes
- Carné de la Obra Social
- Fotocopia del Protocolo Quirúrgico
- Fotocopia de la biopsia (sí tuviese)

Dirección de entrega del producto: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MINISTERIO DE SALUD**  
**SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**  
**PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (P.M.O.)**

---

---

**9 - COSEGUROS**

**9.1 - NORMAS GENERALES**

Todas las coberturas mencionadas en la presente Resolución se considerarán del 100%, salvo en aquellos casos en los que puntualmente se especifican otros porcentajes.

En las prestaciones cubiertas al 100% los beneficiarios de los Agentes del Seguro no abonarán ningún tipo de coseguro por fuera de los descriptos en este capítulo.

En todos los casos serán abonados al prestador y en el momento de recibir la prestación.

Están exceptuados del pago de coseguro en todos los rubros:

- La mujer embarazada desde el diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado del embarazo, parto y puerperio.
- El recién nacido hasta cumplir el año de edad.
- Los pacientes que padezcan enfermedades oncológicas, para todas las prestaciones relacionadas con el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de su enfermedad de base una vez diagnosticada.
- Las personas con discapacidad de acuerdo a lo estipulado en la Ley 24.901 y su Decreto Reglamentario.
- Las personas infectadas por alguno de los retrovirus humanos, y las personas que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, para el seguimiento del padecimiento de base y le diagnóstico y tratamiento de las enfermedades intercurrentes.

## **OBRA SOCIAL PAMI**

### **COMPLETAR POR EL MEDICO DE CABECERA**

- Resumen de Historia Clínica.
- Planilla de solicitud (se adjunta) con firma y sello del médico de cabecera, completando:
  - Tipo de Operación
  - Tipo de bolsa (código de la bolsa)
  - Medida de la Ostomía, en centímetros
  - Fecha de Operación
  - Fecha de Alta
  - Tiempo de uso: Definitivo o Transitorio (por cuantos meses)

### **AFILIADO DEBERÁ ADJUNTAR**

- Fotocopia de recibo de haberes
- Fotocopia de Documento de Identidad
- Comprobante de Afiliación

## **BÚSQUEDA DE INFORMACIONES VARIAS**

### **Fundación Integrando**

Tel.: (011) 4941-2323

[www.integrando.org.ar](http://www.integrando.org.ar)

### **Fundación FUARPE**

Tel.: (011) 4823-6473

[www.fuarpe.org.ar](http://www.fuarpe.org.ar)

### **Fundación ACIAPO**

Tel.: (011) 4747-7568

[www.aciapo.org.ar](http://www.aciapo.org.ar)

### **A.D.U.S.**

Asociación por los Derechos de los Usuarios de Salud

[www.adusalud.org.ar](http://www.adusalud.org.ar)

### **Centro de Atención**

[www.gobiernoelectronico.ar](http://www.gobiernoelectronico.ar)

Tel.: 0800-222-SALUD (7253)

### **A.A.D.O**

Asociación Argentina de Ostromizados

[www.aado.org.ar](http://www.aado.org.ar)

### **Defensa del Consumidor**

Tel.: 0800-666-1518

E-mail: [consultas@consumidor.gov.ar](mailto:consultas@consumidor.gov.ar)

### **Información general sobre el sistema de Salud**

[www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar)

[www.ops.org.ar](http://www.ops.org.ar)

[www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)