

## PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

VIGENCIA 01-11-2018

### INSTRUCTIVO SOBRE COBERTURAS PROPUESTAS PARA AMBOS PLANES

1) ANTICONCEPTIVOS ORALES.-

2) LIGADURAS DE TROMPAS.-

3) VASECTOMÍA.-

4) ANTICONCEPTIVOS INTRAUTERINOS, DISPOSITIVOS DE COBRE (DIU).-

#### 1) ANTICONCEPTIVOS ORALES

Sobre cada “franja terapéutica” o “droga”, OSPAC cubrirá el 100% del nombre comercial seleccionado por la Obra Social (**Anexo I**). Las demás marcas comerciales tendrán la cobertura del plan de afiliación como droga fuera de Vademécum: Plan B 40% y Plan A 25%.

La provisión se realizará por medio del sistema “**D SALUD**” del Colegio de Farmacéuticos, bajo la modalidad de medicación crónica.

#### ANEXO I

NOMBRE	PRESENTACION	LABORATORIO	PRINCIPIO ACTIVO
FLORENCE	comp.rec.x 21	Elea	DIENOGEST+ETINILESTRADIOL
SIGNORINA	comp.rec.x 28	Craveri	NOMEGESTROL + ESTRADIOL
MARVELON	comp.x 21	MSD Argentina SR	DESOGESTREL + ETINILESTRADIOL
UMMA	comp.rec.x 28	Biotenk	DROSPIRENONA+ETINILESTRADIOL
GADOFEM	env.calend.comp.rec.x 28	Gador	ESTRADIOL + DROSPIRENONA
PINK	comp.rec.x 28	Craveri	DESOGESTREL
GIPSY	comp.rec.x 28	Craveri	DIENOGEST+ESTRADIOL VALERATO
EXLUTON	comp.x 28	MSD Argentina SR	LINESTRENOL
SOLUNA	3.5 mg comp.x 1	Biotechno Pharma	QUINESTROL + ETINODIOL
ATRIMON	iny.a.x 1	Ivax Arg.	DIHIDROXIPROGESTER.+ESTRADIOL
GINELEA T	grag.x 21	Elea	GESTODENO + ETINILESTRADIOL
MESIGYNA	iny.IM a.x 1 ml	Bayer (BSP)	ESTRADIOL VALERANATO+NORETIST
NORGESTREL MAX	comp.x 2	Biotenk	LEVONORGESTREL
NORGESTREL PLUS	comp.rec.x 21	Biotenk	LEVONORGESTREL+ETINILESTRADIOL

## 2) LIGADURA DE TROMPAS

Esta práctica puede realizarse como única prestación (con técnica laparoscópica) o conjuntamente con la operación de cesárea.

Como única prestación (con técnica laparoscópica), OSPAC brindará cobertura del 100% y sin coseguros a las siguientes prestaciones:

- a) un (1) día de internación.
- b) medicamentos y material descartable inherente a la prestación.
- c) anestesia.
- d) honorarios médicos.

Como prestación conjunta con la cesárea, OSPAC adicionará al código de la cesárea el porcentaje correspondiente por la Ligadura Tubaria según Nomenclador Nacional de Prestaciones.

En ambos casos, las prácticas no inherentes a la Ligadura Tubaria tendrán la cobertura del plan de afiliación correspondiente.

Para obtener el reconocimiento de la cobertura del 100% y sin coseguros, la afiliada siempre deberá suscribir el Formulario de OSPAC denominado "Consentimiento de Cobertura" (no es el Consentimiento Informado que la afiliada firma a su Médico) (**Anexo II**).

## ANEXO II

### CONSENTIMIENTO DE COBERTURA DE LA PRÁCTICA “LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO”

Afiliada:.....

DNI Nro:..... Nro. de afiliada:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad de: .....Provincia de:.....

Teléfonos:.....

Correo electrónico: .....

Fecha de nacimiento:.....

Mayor de edad y plenamente capaz, manifiesto que requerí a la **OBRA SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR (OSPAC)** la cobertura de la práctica denominada “**Ligadura de Trompas de Falopio**” y que **OSPAC** accedió a brindármela en los términos de la Ley Nacional Nº 26.130, es decir con cobertura del 100% de los costos y sin coseguros.- A los fines referidos declaro expresamente: **1)** Que fui informada en un lenguaje claro y sencillo por parte de **OSPAC** sobre la naturaleza e implicancias sobre la salud de la intervención de ligadura de trompas, las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias. **2)** Que fui informada sobre la alternativa de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos también autorizados y cubiertos por **OSPAC**. **3)** Que fui informada, comprendí y acepto que la cobertura de **OSPAC** comprende: a) un (1) día de internación, b) medicamentos y material descartable inherente a la prestación, c) anestesia y d) honorarios médicos conforme Nomenclador Nacional de Prestaciones; pudiendo también realizarse conjuntamente con la cesárea. **4)** Que fui informada, comprendí y acepto que las prácticas no inherentes a la Ligadura de Trompas tendrán la cobertura correspondiente a mi plan de afiliación. **5)** Que fui informada, comprendí y acepto que **OSPAC** no brinda cobertura a ningún procedimiento de reversión, ni a los costos que involucre una eventual pretensión posterior de efectuar cualquier procedimiento de fertilización asistida. **6)** Que comprendí la información que se me ha dado, que realicé todas las preguntas que me parecieron oportunas, que las mismas me fueron respondidas satisfactoriamente por **OSPAC**, que estoy satisfecha con la información recibida, que entiendo y acepto el alcance de la cobertura informada por **OSPAC**. **7)** Que elegí libremente al profesional que realizará dicho procedimiento, Dr.....

Por todo ello, en tales condiciones manifiesto que **ACEPTO** la cobertura total (100% de los costos) ofrecida por **OSPAC** para la **LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO** que libremente solicité.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente en la ciudad de ....., a los ..... días de ..... de.....

Firma de la afiliada:.....

Aclaración de la firma de la afiliada:.....

### 3) VASECTOMÍA

OSPAC brindará cobertura del 100% y sin coseguros a las siguientes prestaciones:

- a) medio día de internación.
- b) medicamentos y material descartable inherente a la prestación.
- c) anestesia.
- d) honorarios médicos.

Las prácticas no inherentes a la Vasectomía tendrán la cobertura del plan de afiliación correspondiente.

Para obtener el reconocimiento de la cobertura del 100% y sin coseguros, el afiliado siempre deberá suscribir el Formulario de OSPAC denominado "Consentimiento de Cobertura" (no es el Consentimiento Informado que el afiliado firma a su Médico) (**Anexo III**).

**ANEXO III**

**CONSENTIMIENTO DE COBERTURA DE LA PRÁCTICA**

**“LIGADURA DE CONDUCTOS DEFERENTES O VASECTOMÍA”**

Afiliado:.....

DNI Nro:..... Nro. de afiliado:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad de: .....Provincia de:.....

Teléfonos:.....

Correo electrónico: .....

Fecha de nacimiento:.....

Mayor de edad y plenamente capaz, manifiesto que requerí a la **OBRA SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR (OSPAC)** la cobertura de la práctica denominada **“Ligadura de Conductos Deferentes o Vasectomía”** y que **OSPAC** accedió a brindármela en los términos de la Ley Nacional Nº 26.130, es decir con cobertura del 100% de los costos y sin coseguros.- A los fines referidos declaro expresamente: **1)** Que fui informado en un lenguaje claro y sencillo por parte de **OSPAC** sobre la naturaleza e implicancias sobre la salud de la intervención de ligadura de conducto deferentes o vasectomía, características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias. **2)** Que fui informado sobre la alternativa de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos también autorizados y cubiertos por **OSPAC**. **3)** Que fui informado, comprendí y acepto que la cobertura de **OSPAC** comprende: a) medio día de internación, b) medicamentos y material descartable inherente a la prestación, c) anestesia, y d) honorarios médicos conforme Nomenclador Nacional de Prestaciones. **4)** Que fui informado, comprendí y acepto que las prácticas no inherentes a la Vasectomía tendrán la cobertura correspondiente a mi plan de afiliación. **5)** Que fui informado, comprendí y acepto que **OSPAC** no brinda cobertura a ningún procedimiento de reversión, ni a los costos que involucre una eventual pretensión posterior de efectuar cualquier procedimiento de fertilización asistida. **6)** Que comprendí la información que se me ha dado, que realicé todas las preguntas que me parecieron oportunas, que las mismas me fueron respondidas satisfactoriamente por **OSPAC**, que estoy satisfecho con la información recibida, que entiendo y acepto el alcance de la cobertura informada por **OSPAC**. **7)** Que elegí libremente al profesional que realizará dicho procedimiento, Dr.....

Por todo ello, en tales condiciones manifiesto que **ACEPTO** la cobertura total (100% de los costos) ofrecida por **OSPAC** para la **LIGADURA DE CONDUCTOS DEFERENTES O VASECTOMÍA** que libremente solicité.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente en la ciudad de ....., a los ..... días de ..... de.....

Firma del afiliado:.....

Aclaración de la firma del afiliado:.....

#### **4) ANTICONCEPTIVOS INTRAUTERINO, DISPOSITIVOS DE COBRE (DIU)**

Se brindará cobertura del 100% y sin coseguros a las siguientes prestaciones:

- a) Dos (2) órdenes de consulta: una para la colocación del DIU y otra para el control posterior
- b) DIU no hormonal provisto por OSPAC. En caso de optar por el DIU hormonal, la afiliada deberá afrontar los costos que impliquen las diferencias de valores y se utilizará el sistema de provisión de prótesis.
- c) Una (1) ecografía ginecológica convencional con posterioridad a la colocación del DIU y dentro de los sesenta (60) días corridos de realizada la prestación.

Las prácticas no inherentes a la colocación del DIU tendrán la cobertura del plan de afiliación correspondiente.