

MANUAL OPERATIVO – NORMAS PARTICULARES DEL SERVICIO

PRESTADORES DE SER SALUD

1) IDENTIFICACIÓN DE NUESTROS BENEFICIARIOS

Los Beneficiarios de Ser Salud podrán acreditarse como tales, al solicitar atención, presentando la credencial actualizada e identidad con su D.N.I.. Le recordamos que Usted sólo podrá prestar servicios a aquellos beneficiarios, para cuya línea de planes se encuentre expresamente habilitado por Ser Salud.

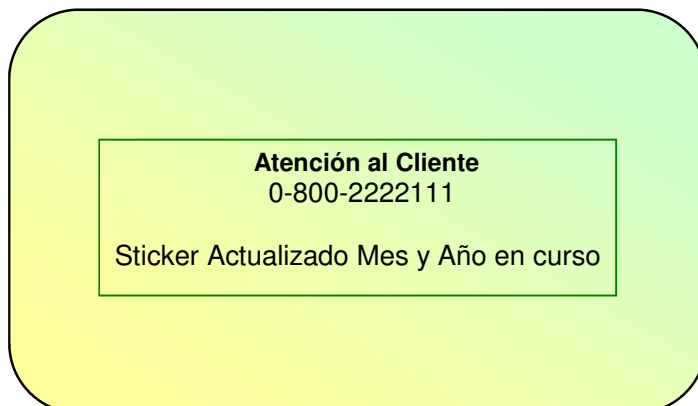
Ud. está autorizado a dar cobertura a los siguientes planes: Confort, Oro, Platinum y Plan Joven 18-30.

Datos en la credencial:

- 1) Apellido y Nombre
- 2) Número del Beneficiario: Está compuesto por dos partes
DNI TITULAR // DNI FAMILIAR
- 3) Vencimiento de la Credencial
- 4) Plan Contratado
- 5) Descuento en Farmacias
- 6) Situación del Beneficiario: Sticker de actualización al dorso de la credencial con plan y vencimiento actualizados.



FRENTE DEL CARNET



DORSO DEL CARNET

2) AUTORIZACIONES

a) Consideraciones Generales:

- Usted se encuentra autorizado a realizar las prácticas que, por contrato directo o a través de alguna entidad con acuerdo para ello, haya convenido con *Ser Salud*. Si tuviera que realizar prácticas que aún no estuviesen pactadas y acordadas para su realización, le sugerimos contactarse previamente con *Ser Salud* o con la entidad a través de la cual factura para realizar la autorización correspondiente con el fin de evitar débitos y demoras en el pago.
- Los coseguos especificados en este manual operativo deberán ser directamente cobrados por el prestador al beneficiario.
- Cuando la atención se realice de urgencia y por razones horarias no se puedan autorizar las prácticas debe comunicarse a nuestras oficinas al siguiente día hábil, no debiendo solicitar al Beneficiario abonar suma alguna por la prestación de urgencia aludida, ni depósito alguno en garantía. Salvo en los casos que se trate del coseguro correspondiente al plan. (ver listado de coseguos en las normas particulares del servicio).
- Las prácticas que se prescriban en la consulta deberán ser autorizadas por *Ser Salud* previamente a la realización.
- La indicación emitida por un profesional para la realización de una práctica tiene validez por 30 días corridos, contados a partir de la fecha de prescripción médica.

b) Procedimiento para efectuar la Autorización:

Plan Confort: Las autorizaciones pueden ser gestionadas por los Beneficiarios o prestadores. Si usted desea solicitar a **Ser Salud** la valorización de la orden médica deberá enviarla por Fax al Tel: (0299) 442-2345 ó al 0800-222-2111 de lunes a viernes de 08:00 hs a 14:00 hs y de 14:30 hs a 16:00 hs. La valorización se le devolverá por la misma vía y para su facturación la deberá adjuntar a la orden médica original.

Plan Oro, Platinum y Plan Joven 18-30: Ser Salud autoriza a realizar las prácticas especificadas en el listado adjunto sin necesidad de solicitar autorización alguna (respetando los topes y límites establecidos). Sólo se deberá cobrar el coseguro correspondiente. Todo lo excluido de este listado requerirá autorización previa de Ser Salud antes de efectuarse, si usted desea solicitar a **Ser Salud** la valorización de la orden médica deberá enviarla por Fax al Tel: (0299) 442-2345 ó al 0800-222-2111 de lunes a viernes de 08:00 hs a 14:00 hs y de 14:30 hs a 16:00 hs. La valorización se le devolverá por la misma vía y para su facturación la deberá adjuntar a la orden médica original.

b.1.) PRÁCTICAS QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

Prácticas de Radiología

CODIGO	DESCRIPCIÓN
34.02.01	Radiografía del cráneo, cara, senos paranasales o cavum primera exposición (Frente)
34.02.02 x 1	Por exposición sub-siguiente x 1
34.02.09	Radiología de rquis (columna) primera exposición (Frente)
34.02.10 x 2	Por exposición sub-siguiente
34.02.11	Radiología de hombro, humero, pelvis, cadera y fémur (ambas caderas Frente es 34.02.11 x 1)
34.02.12 x 1	Por exposición sub-siguiente
34.02.13	Radiografía de codo, antebrazo, muñeca, mano, dedos, rodilla, pierna, tobillo y pie: 2 x placa (Frente y Perfil)
34.03.01	Radiografía o telerradiografía de tórax con o sin trazado primera exposición (Frente)
34.04.21	Radiografía simple de abdomen, primera exposición (Frente)
34.04.22	Por exposición sub-siguiente
34.05.01	Radiografía simple de árbol urinario.
34.06.08	Radiografía del embarazo (directa de abdomen) solo en embarazadas
18.01.04	Ecografía Ginecológica x 1 la primera del 1º trimestre.

No requerirán autorización previa de Auditoría Médica de Ser Salud las indicaciones de estudios radiológicos que figuren en el listado adjunto y siempre que no superen 3 (tres) códigos en un mismo pedido y en un mismo mes por afiliado. Superando dicho límite mensual, se requerirá autorización previa de Ser Salud.

Coseguros a cobrar:

PLAN ORO: Hasta 2 radiografías coseguro \$ 40 Exced. \$ 10 por placa.
 PLAN PLATINUM: 2 radiografías sin costo. Exced. \$ 10 por placa.
 PLAN JOVEN 18-30: 2 radiografías sin costo. Exced. \$ 10 por placa.

b.2.) PRÁCTICAS QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

Prácticas de Laboratorio

CODIGO	DESCRIPCIÓN
66.00.35	Antibiograma
66.01.05	Bacteriología Directa y cultivo con identificación bioquímica de gérmenes
66.01.10	Bilirrubinemia total, directa e indirecta
66.01.71	Coagulograma básico, incluye consumo de protrombina exclusivamente en prequirúrgico según normas particulares
66.01.74	Colesterol Total
66.01.76	Colonias, Recuento de
66.01.92	Creatinina, Orina o Sangre
66.02.44	Chagas latex (exclusivamente en embarazadas según normas particulares)
66.02.97	Eritrosedimentación
66.03.57	Fosfatasa Alcalina
66.04.12	Glucemia
66.04.33	Grupo Sanguíneo (exclusivamente embarazadas y/o en prequirúrgico según normas particulares)
66.04.75	Hemograma
66.06.77	Material descartable para extracción de sangre
66.07.11	Orina Completa
66.07.46	Recuento plaquetas
66.07.61	Proteína C. Reactiva
66.08.13	Rh (exclusivamente en embarazadas y/o en prequirúrgico según normas particulares)
66.08.33	Sangre Oculta Materia Fecal
66.08.70	Toxoplasmosis, hemoaglutinación (exclusivamente en embarazadas según normas particulares)
66.08.73	Transaminasa glutámico-oxalacetica (GOT)
66.08.74	Transaminasa glutámico-piruvica (GPT)
66.08.76	Triglicéridos
66.09.02	Uremia
66.09.04	Uricemia
66.09.33	VDRL cualitativa (exclusivamente en embarazadas según normas particulares)
66.09.98	Recepción y toma de muestra (por cada determinación)

No requerirán autorización previa de Auditoría Médica de Ser Salud las indicaciones de análisis clínicos que figuren en el listado adjunto y siempre que no superen 5 (cinco) determinaciones en un mismo pedido y 10 (diez) en total en un mismo mes por afiliado. Superando dicho límite mensual, se requerirá autorización previa de Ser Salud.

Coseguros a cobrar:

PLAN ORO: coseguro \$30 (Hasta 6 determinaciones) Exced. \$10 por determinación.

PLAN PLATINUM: sin costo (Hasta 6 determinaciones) Exced. \$ 10 por determinación.

PLAN JOVEN 18-30: sin costo (Hasta 6 determinaciones) Exced. \$ 10 por determinación.

b.3.) PRÁCTICAS QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

Otras prácticas ambulatorias

CODIGO	DESCRIPCIÓN
15.01.06	Papanicolau
22.01.01	Colposcopia
17.01.01	Electrocardiograma
34.06.01 x 2	Mamografía bilateral
66.08.65	TSH
66.03.04	Estrógeno
66.07.58	Progesterona
66.10.00	PSA

Coseguros a cobrar:

- PAP- Colposcopia – 1 por año para los tres planes

PLAN ORO: Coseguro 20% del valor de la práctica

PLAN PLATINUM: S/C

PLAN JOVEN 18-30: S/C

Si la mujer es mayor de 40 años no debe abonar ningún coseguro.

- Mamografía – 1 por año para los tres planes

PLAN ORO: Coseguro 20% del valor de la práctica

PLAN PLATINUM: S/C

PLAN JOVEN 18-30: S/C

Si la mujer es mayor de 40 años no debe abonar ningún coseguro.

- TSH – ESTRÓGENO – PROGESTERONA – 1 por año para los tres planes

Si la mujer es mayor de 40 años no debe abonar ningún coseguro.

- PSA – 1 por año para los tres planes

Si el hombre es mayor de 40 años no debe abonar ningún coseguro.

c) Presentación de la facturación:

- La presentación de la facturación deberá realizarse del 1° al 10° de cada mes.
- Las consultas médicas se presentan con los correspondientes bonos de Consultas (en el caso de corresponder) ó mediante la planilla de registro de consultas adjunta. En dicha planilla deben anotarse los coseguros cobrados, los datos y la firma del beneficiario.
- En el caso de prácticas registrar el número de Beneficiario, Apellido y Nombre, código y detalle de cada uno de los ítems facturados, además se deberá adjuntar la valorización de las mismas.

3) NORMAS PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

Contenido de la receta:

- Deberá estar completada por el profesional de su puño y letra y con la misma tinta.
- Nombres y Apellidos completo del Beneficiario.
- Número de Beneficiario indicado en la credencial. Es importe que el número se registre en forma clara y legible.
- Registrar el nombre del Plan: CONFORT – ORO - PLATINUM – PLAN JOVEN 18-30.
- Firma y sello aclaratorio con matrícula legible.
- Prescribir monodroga cobertura Vademécum I.S.S.N.
- Forma farmacéutica: En caso de existir varias formas farmacéuticas para el mismo fármaco, deberá aclararse en la receta la forma indicada.
- En caso de existir varias presentaciones deberá aclararse debidamente en la receta la indicada; de lo contrario se expenderá la más pequeña.
- Cantidad de envase en números y letras.
- Psicofármacos: Deberá confeccionarse la receta oficial por duplicado, con sello y firma del medico aun estando el sello impreso.
- Enmiendas: Las correcciones y enmiendas deberán estar salvadas por el profesional medico, con sello y firma.
- Validez de la receta 30 días de la prescripción.
- Debe constar el diagnostico según los medicamentos prescritos.
- Especialidades excluidas: Principios activos, presentaciones y medicamentos que no figuren en el Vademécum de I.S.S.N., de Venta libre, formulas magistrales, Homeopáticas.

A continuación, le detallamos los criterios de autorización de Ser Salud para los planes CONFORT – ORO - PLATINUM – PLAN JOVEN 18-30

NORMAS PARTICULARES DE LOS PLANES

1. CONSULTAS AMBULATORIAS: EN CONSULTORIO Y CON COSEGURO

PLAN CONFORT: coseguro \$20 3 consultas x mes x beneficiario Exced. Coseg. \$28

PLAN ORO: coseguro \$10 3 consultas x mes x beneficiario Exced. Coseg. \$16

PLAN PLATINUM: sin costo 3 consultas x mes x beneficiario Exced. Coseg. \$10

PLAN JOVEN 18-30: sin costo 3 consultas x mes x beneficiario Exced. Coseg. \$10

Se podrá acceder a un máximo de tres consultas mensuales entre médicos del primer nivel y especialistas.

2. CONSULTA MÉDICO ESPECIALISTA: CON COSEGURO

Para el Plan Básico únicamente con derivación de médicos del primer nivel (clínicos, ginecólogos, pediatras y oftalmólogos)

PLAN CONFORT: coseguro \$50 3 consultas x mes x beneficiario Exced. Coseg. \$65

PLAN ORO: coseguro \$30 3 consultas x mes x beneficiario Exced. Coseg. \$42

PLAN PLATINUM: sin costo 3 consultas x mes x beneficiario Exced. Coseg. \$30

PLAN JOVEN 18-30: sin costo 3 consultas x mes x beneficiario Exced. Coseg. \$30

Se podrá acceder a un máximo de tres consultas mensuales entre médicos del primer nivel y especialistas.

3. ESTUDIOS DE LABORATORIO DE RUTINA

PLAN CONFORT: coseguro \$ 50 (Hasta 6 determinaciones) Exced. \$10 por determinación.

PLAN ORO: coseguro \$30 (Hasta 6 determinaciones) Exced. \$10 por determinación.

PLAN PLATINUM: sin costo (Hasta 6 determinaciones) Exced. \$10 por determinación.

PLAN JOVEN 18-30: sin costo (Hasta 6 determinaciones) Exced. \$10 por determinación.

4. ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA DE RUTINA

PLAN CONFORT: Hasta 2 radiografías coseguro \$60 Exced. \$10 por placa.

PLAN ORO: Hasta 2 radiografías coseguro \$40 Exced. \$10 por placa.

PLAN PLATINUM: 2 radiografías sin costo. Exced. \$10 por placa.

PLAN JOVEN 18-30: 2 radiografías sin costo. Exced. \$10 por placa.

5. EMERGENCIAS

- Guardia Permanente 24 horas: Para los cuatro planes la cobertura es del 100%.
- Enfermería en servicio de guardia: Para los cuatro planes la cobertura es del 100%.
- Servicio de Ambulancias: Si el paciente tuviera que ser trasladado, contamos con el servicio de ambulancias debidamente equipadas para Alta y Baja Complejidad. Dentro

del ámbito de Cobertura en las provincias de Neuquén y Río Negro. Con prescripción médica y valorizado por Auditoría Médica de Ser Salud.

6. MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN

6.1. Ambulatorios

PLAN CONFORT: 40% según Vademécum ISSN
PLAN ORO: 40% según Vademécum ISSN
PLAN PLATINUM: 60% según Vademécum ISSN
PLAN JOVEN 18-30: 60% según Vademécum ISSN

6.2. Internación

Los cuatro planes con cobertura al 100%

Psicofármacos: Deberá acompañarse con la receta duplicada de puño y letra del médico interviniente, no siendo válida su presentación en fotocopias.

Exclusiones: Medicamentos de venta libre que estén o no incluidos en el manual Farmacéutico. Accesorios aun recetados, entre otros: Instrumental médico de cirugía, agujas para inyecciones, jeringas de todo tipo, termómetros, atomizadores, inhaladores, vaporizadores, nebulizadores, etc. **Productos Odontológicos:** pastas polvo o antisépticos de uso externo, alcohol, agua oxigenada, gasas de todo tipo, receptáculo, bolsas para el agua descartable, **Varios:** Cosmética y perfumería, cánula e irrigadores de leche no aceptada en el PMO, recetas magistrales u homeopáticas, medicamento para el tratamiento de la esterilidad.

7. COBERTURA EN EL PLAN MATERNO INFANTIL

PLAN MATERNO INFANTIL: Comprende a las mujeres durante el período de gestación y al niño hasta el año de vida. Las prestaciones y los medicamentos reconocidos al 100 % serán los inherentes al embarazo o a niños de hasta un año, exclusivamente. La cobertura en el PMI será del 100 %: Mediante el cual la futura madre accederá a la atención del embarazo y el nacimiento.

Este beneficio rige exclusivamente para titulares o cónyuge del titular, o la persona que viva de manera manifiesta con el titular y que figure como tal en los registros y en el padrón de beneficiarios de Ser Salud. La atención del parto es institucional, es decir que el parto será atendido por el obstetra de turno. No obstante, la beneficiaria podrá optar para la atención del parto a su propio médico, quedando a su total cargo, el plus y honorarios adicionales del profesional elegido.

La mamá durante el embarazo contará con:

***Consultas:** al 100% (1 por mes de control)

***Ecografías:** una por trimestre

***Laboratorio de control:** Test de Coombs – Reacción VDRL cualitativa y cuantitativa – Anticuerpo Anti VIH – Toxoplasmosis – Hemoaglutinación – Hemograma completo – Glucemia – Uremia – Orina completo.

***Cursos de parto sin temor:** Según marca el PMOE

* Leche medicamentosa: Únicamente con autorización de Auditoría Médica de Ser Salud.

*Tipo de habitación en maternidad:

PLAN CONFORT habitación compartida con baño privado.
PLAN ORO habitación compartida con baño privado.
PLAN PLATINUM habitación privada (sujeto a disponibilidad de la clínica)
PLAN JOVEN 18-30 habitación privada (sujeto a disponibilidad de la clínica)

*Partos múltiples: la neonatología resultante de partos múltiples se cubre siempre y cuando no haya sido consecuencia de un tratamiento de fertilización asistida.

El bebe contará hasta el año de Vida con:

*Atención ambulatoria: 100% en los tres planes (12 consultas).
 *Vacunas obligatorias: 100% en los tres planes (según calendario oficial).
 *Estudios de alta y mediana complejidad: 100% en los tres planes.
 *Para el servicio de neonatología: La cobertura será el 100% según PMO.

8. PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA

La cobertura es mediante el sistema de coseguros a cargo del afiliado.

PLAN CONFORT:	25 sesiones anuales	Coseguro \$ 30 por sesión
PLAN ORO:	30 sesiones anuales	Coseguro \$ 30 por sesión
PLAN PLATINUM:	35 sesiones anuales	Coseguro \$ 15 por sesión
PLAN JOVEN 18-30:	35 sesiones anuales	Coseguro \$ 15 por sesión

9. REHABILITACIÓN- FISIOKINESIOTERAPIA

PLAN CONFORT:	25 sesiones anuales.	Coseguro \$30 por sesión.
PLAN ORO:	30 sesiones anuales.	Coseguro \$20 por sesión.
PLAN PLATINUM:	35 sesiones anuales.	S/C excedente \$20 por sesión.
PLAN JOVEN 18-30:	35 sesiones anuales.	S/C excedente \$20 por sesión.

10. REHABILITACIÓN DEL LENGUAJE (FONOAUDIOLOGÍA)

PLAN CONFORT:	25 sesiones anuales.	Coseguro \$35 por sesión.
PLAN ORO:	30 sesiones anuales.	Coseguro \$25 por sesión.
PLAN PLATINUM:	35 sesiones anuales.	S/C excedente \$25 por sesión.
PLAN JOVEN 18-30:	35 sesiones anuales.	S/C excedente \$25 por sesión.

11. PRÁCTICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS NOMENCLADOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD

El tope es de 1 por año por persona para los cuatro planes

PLAN CONFORT: Coseguro del 20% del valor de la práctica 1 por año por persona
PLAN ORO: Coseguro del 20% del valor de la práctica 1 por año por persona
PLAN PLATINUM: S/C 1 por año por persona
PLAN JOVEN 18-30: S/C 1 por año por persona

Prácticas de media complejidad:

- Audiometría
- Logoaudiometría
- Impedanciometría
- Electrocardiograma
- Electroencefalograma
- Monitoreo Fetal
- Laringoscopia
- Colocación de yeso
- Sutura
- Extirpación Menor
- Infiltración
- Prácticas de Urología
- Dermatología
- Estudios Patológicos
- Prácticas de vías respiratorias
- Otorrinolaringología

12. PRÁCTICAS DE DIAGNÓSTICO DE ALTA COMPLEJIDAD-AMBULATORIO COMPLEJO

PLAN CONFORT: Coseguro 20% del valor de práctica 1 por año por persona
PLAN ORO: Coseguro 20% del valor de práctica 1 por año por persona
PLAN PLATINUM: S/C 1 por año por persona
PLAN JOVEN 18-30: S/C 1 por año por persona

- Oftalmología
- Mamografía
- Densitometría Ósea
- Eco cardiografía
- Ecografía
- Tomografía Axial computada
- Centellografía
- Resonancia Magnética Nuclear

13. MEDICINA PREVENTIVA PARA LA MUJER

A partir de los 40 años de edad, la afiliada contará con el siguiente servicio para los tres planes por igual.

*PAP: Uno al año sin cargo
*Colposcopia: Una al año sin cargo
*Mamografía: Una al año sin cargo

Para el resto de las afiliadas la cobertura de estas prestaciones será la siguiente:

- PAP- Colposcopia – 1 por año para los tres planes

PLAN CONFORT: Coseguro 20% del valor de la práctica
PLAN ORO: Coseguro 20% del valor de la práctica
PLAN PLATINUM: S/C
PLAN JOVEN 18-30: S/C

- Mamografía – 1 por año para los tres planes

PLAN CONFORT: Coseguro 20% del valor de la práctica
PLAN ORO: Coseguro 20% del valor de la práctica
PLAN PLATINUM: S/C
PLAN JOVEN 18-30: S/C

14. ESTUDIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD NO NOMENCLADOS (CON TOPES)

Con evaluación de Auditoría Médica PREVIA. Todas las prácticas, estudios o cuando se prescriban intervenciones quirúrgicas que no estén nombradas serán facturadas al afiliado con un valor preferencial.

PLAN CONFORT: Coseguro del 60% del valor de la práctica
PLAN ORO: Coseguro del 50% del valor de la práctica
PLAN PLATINUM: Coseguro del 40% del valor de la práctica
PLAN JOVEN 18-30: Coseguro del 40% del valor de la práctica

15. DERIVACIONES A CENTROS DE MAYOR COMPLEJIDAD

Se considerará la posibilidad de traslado a Centros de mayor complejidad siempre que la patología del afiliado no pudiese ser asistida y tratada en la región.

Los pacientes serán derivados a Bs As solo cuando su médico lo solicite y luego de haber sido evaluado por la Auditoría Médica de nuestro Sistema. La derivación no cubre viáticos, hotelaría u otros gastos para el acompañante o familiares (salvo que se trate de menores de 12 años).

16. ODONTOLOGÍA GENERAL

PLAN CONFORT: Coseguro \$ 8 x diagnóstico y tratamiento - \$20 para Prácticas -
PLAN ORO: Coseguro \$ 5 x diagnóstico y tratamiento- \$15 para Prácticas -
PLAN PLATINUM: S/C Consultas y prácticas sin cargo para el afiliado.
PLAN JOVEN 18-30: S/C Consultas y prácticas sin cargo para el afiliado.

- 1) Se autoriza a realizar el 1° mes Consulta y Fichado más 2 ítems
- 2) A partir del 2° mes se podrán realizar 3 ítems por mes, de todos los códigos que figuran en el nomenclador de cobertura

17. INTERNACIÓN

Cuando corresponda, el afiliado de *Ser Salud* tiene derecho a ser internado por orden del profesional médico, en habitación compartida con baño privado en las condiciones convenidas, con la cobertura del 100% según PMO.

*Tipo de habitación en internación:

PLAN CONFORT: habitación compartida con baño privado.
PLAN ORO: habitación compartida con baño privado.
PLAN PLATINUM: habitación privada (sujeto a disponibilidad de la clínica)
PLAN JOVEN 18-30: habitación privada (sujeto a disponibilidad de la clínica)

18. TERAPIA INTENSIVA

PLAN CONFORT: 10 días anuales
PLAN ORO: 15 días anuales
PLAN PLATINUM: 20 días anuales
PLAN JOVEN 18-30: 20 días anuales

Con cobertura del 100% S/PMO.

19. CIRUGÍAS

Con cobertura del 100% S/PMO.

- ARTROSCOPÍA simple o compleja - Cobertura 100% S/PMO
- VIDEO LAPAROSCOPIA - Con la cobertura del 100% S/PMO
- LITOTRIZIA - Con la cobertura del 100% S/PMO

20. CIRUGÍAS CARDÍACAS.

Con la cobertura del 100% S/PMO

21. MARCAPASOS

Con la cobertura del 100% S/PMO

22. CIRUGÍA INTRAOCULAR CON IMPLANTE DE LIO

Con la cobertura del 100% S/PMO

23. TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Con la cobertura del 100% S/PMO

24. QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA

Con la cobertura del 100% S/PMO

25. DIALISIS HEMODIALISIS

Con la cobertura del 100% según PMOE

26. MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS

Tienen que ser nacionales. Cobertura del 100% en todos los planes S/PMOE

27. PRÓTESIS Y ORTESIS DE COLOCACIÓN EXTERNA

PLAN CONFORT: Cobertura del 50% del valor
PLAN ORO: Cobertura del 50% del valor
PLAN PLATINUM: Cobertura de 100% del valor
PLAN JOVEN 18-30: Cobertura de 100% del valor

28. IMPLANTES QUIRÚRGICOS

PLAN CONFORT: Cobertura del 100% del valor
PLAN ORO: Cobertura del 100% del valor
PLAN PLATINUM: Cobertura de 100% del valor
PLAN JOVEN 18-30: Cobertura de 100% del valor

29. ÓPTICAS

Descuentos en Ópticas adheridas. Los tres planes poseen cobertura al 100% en anteojos estándar. Descuento del 12% por pago al contado. En caso de elegir marcos y lentes no incluidos en la cobertura 100% se otorgará un subsidio según el plan elegido más el 12% por pago al contado.

PLAN CONFORT: Subsidio de 350 pesos. Un marco más lentes al 100% cada 2 años.
PLAN ORO: Subsidio de 350 pesos. Un marco más lentes al 100% cada 2 años.
PLAN PLATINUM: Subsidio de 350 pesos. Un marco más lentes al 100% cada 2 años.
PLAN JOVEN 18-30: Subsidio de 350 pesos. Un marco más lentes al 100% cada 2 años.

30. ORTODONCIA

Únicamente para el [plan PLATINUM](#) y el [plan JOVEN 18-30](#).

Prótesis: Para la reposición de piezas dentarias ausentes se reconocen diferentes tipos de prótesis:

- Prótesis completa de acrílico (cobertura del 80% a cargo de Ser Salud)
- Prótesis parcial de acrílico (cobertura del 80% a cargo de Ser Salud)
- Prótesis parcial de cromo cobalto (cobertura del 50% a cargo de Ser Salud)
- Prótesis Fija (50% de cobertura a cargo de Ser Salud)

Ortodoncia-Ortopedia: la cobertura incluye tratamiento de ortopedia y ortodoncia con cobertura del 80% a cargo de Ser Salud en pacientes de 6 a 13 años inclusive por única vez.

Importante: Para estos casos el especialista deberá confeccionar un presupuesto que tendrá que ser autorizado por Auditoría Médica de Ser Salud previo a su realización.

Una vez valorizado el presupuesto y las prácticas, el médico deberá cobrar el coseguro correspondiente al beneficiario.

31. COLOCACIÓN DE DIU

Colocación de DIU cobertura al 100%. El DIU es provisto por Ser Salud.

32. LIGADURA DE TROMPAS

Si la ligadura de trompas es solicitada en el mismo pedido médico de cesárea o parto se brinda cobertura con Autorización Previa. En el caso de ser una operación programada el pedido entrará en lista de espera y Auditoría Médica de Ser Salud evaluará la prioridad de su realización.

Modificaciones o adecuaciones:

Toda modificación a la presente norma se efectuara mediante anexo que se adjuntar y formara parte a la presente.

Ante cualquier duda que se presente no dude en comunicarse con nosotros a los teléfonos (0299)4422345, 0800-222-2111, (0299) 4431344 int. 26, 4487256 int. 26, 4485355 int. 26 o al e-mail: sersalud@speedy.com.ar