

DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL

FORMACIÓN INTEGRAL



- **PRESIDENTE:** Dr. LISANDRO BENMAOR
- **GERENTE GENERAL:** Dr. MARIO BARRERA
- **DIRECTOR DELEGACIONES:** Dr. RODRIGO WDOVIAK
- **DIRECTORA OBRA SOCIAL:** Sra. MIRIAN ACOSTA

DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL



1. ¿Como ingresar al sistema de obra social?
2. Atención integral al afiliado con discapacidad
3. Recepción de la documentación
 - Carta de presentación
 - Planilla de derivación
 - Pedido de oxigeno
 - Reintegro
4. Procedimiento traslado, hoteles por razones de salud y medico cabecera
5. Internación y especialistas (UGP)
6. Visitas sanatoriales y domiciliarias, Call center
7. Funcionamiento del Depto. Fúnebre



**Af. Directos
s/aportes**
Resol. N° 2352/2020

**Af. Indirectos
c/aportes.**
Resol.N° 2394/2020

Requisitos:

- 1. Ficha individual**
- 2. Dcto. Contrato o Certificación de Servicio**
- 3. Fotocopia de :**
 - último recibo de sueldo.
 - carnet y DNI del TITULAR e hijo/a.
 - Partida de nacimiento del hijo/a y Acta Matrimonio autenticada.
- 4. Examen psicofísico completo y/o certificado de buena salud .**
- 5. Negativa de Anses.**
- 6. CUD o constancia de INICIO del trámite.(Res. N 5249/21).**

Discapacidad.



- **HISTORIA CLINICA**
- **INTEGRACIÓN ESCOLAR.**
- **TRASLADOS**
- **ODONTOLOGIA: 100% códigos (000512, 00514).**

TEL: 444-8677

dptodiscapacidadipsm@gmail.com

Cobertura de Insumos, Prótesis y Ortesis 100%

Requisitos:



- Historia Clínica.
 - Carnet del TITULAR y del Beneficiario.
 - **CUD o constancia.**
-
- ✓ **PROTESIS:** Material Quirúrgico para Cirugías: Informe Médico de los estudios realizados (Resonancia magnética, TAC, Radiografías, etc.)

 - ✓ **ORTESIS:** Muletas, sillas de rueda, sillas especiales, andadores, camas ortopédicas, colchón anti escara, bastones, valvas, mallas lumbosacras, plantillas, botas, corset, etc.:
2 (dos) Presupuestos de distintas casas.

 - ✓ **IMPLANTES COCLEARES y AUDIFONOS:** Fotocopia de audiometría o logaudiometría, etc.

MEDICAMENTOS

Cobertura

- **100%** en la **medicación**. (Resol. Nº 605/17).

[MAIL: dir.auditoria.farmacologica@ips.misiones.gov.ar](mailto:dir.auditoria.farmacologica@ips.misiones.gov.ar)



Requisitos:

1. Planilla Historia Clínica IPS.
2. carnet del Afiliado.
3. DNI del Afiliado
4. Recetario de IPS
5. CUD o constancia.



DEPTO. ADMINISTRATIVO DE PRESTACIONES MED. ASISTENCIALES



Recepción de la documentación

- Carta de presentación
- Planilla de derivación
- Pedido de oxígeno
- Reintegro

TEL: 376-4448623

DIV. CONVENIOS INTERPROVINCIALES

- ✓ Bilaterales: Corrientes Formosa Provincia De Santa Fe Córdoba y Provincia De Buenos Aires.
- ✓ COSSPRA Multilaterales.
- ✓ Carta de Presentación



TEL. 376-4448474

- ✓ Afiliados: Extraña Jurisdicción, Estudiante y en Transito.

DIV. DERIVACIONES

- ✓ Planilla de derivación IPS. (Federación de clínicas y sanatorios).
- ✓ Derivaciones al Garrahan con turnos programados
- ✓ Derivaciones pre-transplantes/pos-transplante o clínica fuera de convenios

TEL. 376-4448678



REINTEGROS

GASTOS VARIOS

60 Días para la presentación.
Factura a nombre del Afiliado Titular.

REINTEGROS

AFILIADO DISCAPACIDAD

90 Días para la presentación.
Factura a nombre del Afiliado Titular.

Whatsapp: SOLO MSJ: 3765-089767

FORMULARIO DE SOLICITUD DE OXÍGENOTERAPIA DOMICILIARIA

1. DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRES:.....
AFILIADO N°:..... DOMICILIO:.....
LOCALIDAD:..... TELÉFONO FIJO:..... CELULAR
N°:..... EDAD:..... SEXO:.....

2. DATOS MÉDICOS

DIAGNÓSTICO:.....
MÉDICO PRESCRIPTOR:.....
CENTRO MÉDICO DE REFERENCIA:.....

INDICACIÓN

FLUJO DE O2:.....LTS./MIN.
HORAS/DÍA:.....HS./DÍA

3. FUENTE DE OXÍGENO

TUBO GASEOSO 4/6 MT3:..... BPAP.....
BPAP: c/frec. de back up PEP.....PIP.....FR.....
CONCENTRADOR:..... HUMIDIFICADOR/CALENTADOR.....
CPAP..... PRESIÓN(CMH2O).....
OXÍMETRO..... ASPIRADOR.....
AUTO CPAP:..... Presión Mínima:..... Presión Máxima:.....

4. OTROS DATOS

DURACIÓN TRATAMIENTO:.....
.....

PRIMERA SOLICITUD: SI NO FECHA:...../...../.....
RENOVACIÓN: SI NO FECHA:...../...../.....

.....
.....
Firma y Aclaración Médico Prescriptor

.....
.....
Firma Medico IPS



REQUISITOS PARA SOLICITUD OXIGENOTERAPIA

- Formulario de Solicitud Planilla valida para IPS. Indicado por el medico patología y tipo de tratamiento.
- Solicitud realizada solo por médicos neumólogos, cardiólogos y terapeuta.(PRIMERA VEZ)
- Estudios e historia clínica, CARNET Y DNI DEL TITULAR.
- Establecer un numero telefónico de contacto.

DIRECCION DE OBRA SOCIAL
376-4448636
direccionobrasocial@gmail.com

DPTO. CONTROL LIQUIDACIONES SERVICIOS MÉDICOS ASISTENCIALES

PROCEDIMIENTO

- ✓ Hotel IPS (Salud).
- ✓ Traslado.
- ✓ Médico de Cabecera.



TEL:376-4448623

DPTO. LIQUIDACIÓN SISTEMA FORTALECIMIENTO PRESTACIONAL

INTERNACIÓN Y ESPECIALISTAS:

UNIDAD DE GESTION PRESTACIONAL (UGP)

- Coseguro



TEL:376-4448723



VISITAS SANATORIALES

- Visitas en terreno en las internaciones e Instituciones con Convenio.
- Visitas Domiciliarias.
- Call-Center 0800-555-4776.

TEL:376-4448707



DPTO. FUNERARIOS

FUNCIONAMIENTO

- ✓ Asesoramiento.
- ✓ Servicio brindado por Seguro Nación.



TEL. 376-4448623
Susana Eizmendi
3764-667105

!!! MUCHAS GRACIAS !!!



INSTITUTO DE
PREVISIÓN SOCIAL
MISIONES