

GUÍA DE ACCESO A PRESTACIONES POR CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

MATERIAL PARA AFILIADOS/BENEFICIARIOS Y PRESTADORES

2018



Ahora **SMATA** tiene su aplicación para smartphone y tablets

Bajala desde  o con el código QR  Es gratuito

-  Infórmate de todo lo que la organización realiza.
-  Acceso directo a la **Cartilla Médica**.
-  **Ubicación** en google maps de los Centros Recreativos.
-  Acceso a la **web** con todas las novedades.
-  Acceso a los **videos** de la organización.

Próximamente  Apple Store



SMATA
Secretaría de Prensa y Difusión



INSTRUCTIVO POR CONSUMOS PROBLEMÁTICOS 2018

Secretaría de Acción Social
Equipo de Discapacidad

Atención al Afiliado / Beneficiario / Prestador

SMATA Central: 4340-7412 de Lunes a Viernes de 9 a 17 hs
Av. Belgrano 665 6º piso Contrafrente, CABA

Sanatorio San Cayetano: 4630-6500
Av. Directorio 4743, CABA

Módulos asistenciales:

http://www.smata.com.ar/secretarias/Accion_Social/

Seccionales / Delegaciones:

<http://www.smata.com.ar/secretarias/Interior/seccionales.html>

**SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD**



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

ATENCION PERSONALIZADA
Roque Saenz Peña 530
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina
Horario de atención:
Lunes a viernes de 10.00 a 16.00
ATENCION TELEFONICA
0800 222 SALUD (72583)



LINEAMIENTOS GENERALES

- Las personas que requieran autorización de tratamientos por consumos problemáticos de sustancias psicoactivas que requieren tratamiento en cualquiera de sus modalidades y residan en CABA, AMBA y alrededores, deberán solicitar turno para evaluación en Sanatorio San Cayetano, ubicado en Av. Directorio 4743 CABA, previo al comienzo de la prestación. Teléfono: (011) 4630-6500 interno 400/164.
- Las personas que residan en el interior del país deberán comunicarse con su Seccional/ Delegación correspondiente y presentar la documentación que se detalla a continuación antes del inicio del tratamiento.
- En ningún caso la recepción de la documentación implicará la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría de la Secretaría de Acción Social.
- No se recibirá documentación que presente: tachaduras y/o correcciones sin la respectiva enmienda con nueva firma y sello.
- **La autorización de la cobertura se realizará conforme a lo dispuesto en el nomenclador vigente.** Toda modificación en los valores del nomenclador de aranceles vigente se realizará en forma automática, sin necesidad de iniciar nuevo trámite.
- La presentación del trámite culmina cada 30 de Junio o 31 de Diciembre del año en curso, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para la renovación del período subsiguiente, en caso de corresponder, con 60 días de anticipación.
- De requerir una modalidad de atención diferente a la original, se deberá comenzar el circuito nuevamente solicitando turno con médico psiquiatra en el Sanatorio San Cayetano.
- Todas las prestaciones se autorizarán desde OSMATA central, una vez que se haya presentado toda la documentación, y a posterior de la evaluación de la Secretaría de Acción Social.
- Para iniciar cualquier tratamiento, el prestador deberá aguardar la autorización del presupuesto emitido y sellado por OSMATA central. Solicitar el presupuesto sellado por el área correspondiente antes del comienzo del tratamiento.



- Es requisito para la tramitación y curso del presente subsidio la presentación en forma completa y correcta de la documentación requerida conforme al presente instructivo. En algunos casos, si fuera necesario, se podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con los requerimientos establecidos por la normativa vigente, siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.

Toda la documentación requerida por la Secretaria de Acción Social de OSMATA se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente

DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

Beneficiarios (Constancia de afiliación)

- **DIRECTOS:** Deben presentar fotocopia de recibo de sueldo (antigüedad no mayor a 60 días a la fecha de inicio de la prestación)
- **MONOTRIBUTISTAS:** deben presentar fotocopia de los comprobantes de pago correspondientes a los últimos tres meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación.
- **JUBILADOS:** Deben presentar Recibo de haberes actualizado.
- **DEL FONDO DE DESEMPLEO:** Deben presentar fotocopia del último recibo de haber en relación de dependencia y el último comprobante de cobro.

DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO

1. **CONSTANCIA DEL PADRON DE BENEFICIARIOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**, en donde figure OSMATA como Única Obra Social. El mismo se podrá extraer de la página de la Superintendencia de Servicios de Salud en la opción "Consulta de obra social", o ingresando al siguiente link: <http://www.sssalud.gov.ar/?page=bus650>
2. **CERTIFICACION NEGATIVA:** Constancia de certificación negativa emitida desde la página de ANSES: <http://servicioswww.anses.gob.ar/censite/>



3. **CODEM:** Constancia de CODEM emitida desde la página de ANSES donde conste la actual afiliación: <http://servicioswww.anses.gob.ar/ooss2/>

DOCUMENTACIÓN MÉDICA

1. PLANILLA DE CONFORMIDAD DE TRATAMIENTO:

Se deberá utilizar exclusivamente la planilla que se encuentra en el presente instructivo. Debe contener los datos completos del afiliado, con número de teléfono de contacto (celular y teléfono de línea) y correo electrónico. La planilla se deberá acompañar con la firma del médico tratante. Consignar la modalidad del tratamiento a brindar y el periodo de cobertura de la misma. **VER ANEXO.**

2. ORDEN MÉDICA:

Se aceptarán sólo aquellas que sean originales.

La prescripción del tratamiento NO puede ser realizada por un médico perteneciente a la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.

Deben estar firmadas por el médico tratante que firmó la Planilla de conformidad de tratamiento.

Se debe confeccionar una orden por cada prestación. Cada orden debe contener:

A- NOMBRE Y APELLIDO

B- DNI

C- DIAGNÓSTICO: F11.2,F12.2,F13.2,F14.2,F15.2,F16.2,F18.2,F19.2.

D- PRESTACIÓN SOLICITADA: Dependiendo del tipo de modalidad a realizar.

E- PERIODO DE LA PRESTACION: Debe indicar el período en el cual se brindará la prestación (Ejemplo: Febrero a Junio del 2018 o Julio a Diciembre 2018).

F- FIRMA Y SELLO: Del médico tratante.

G- FECHA: La fecha de emisión debe ser anterior al período solicitado para la prestación (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/01/18, la fecha debe ser 29/12/17 o anterior).

3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

Se aceptarán sólo aquellas que sean originales. Deberá contener los datos del afiliado, diagnóstico (según DSM IV), modalidad según figura en **ANEXO.**

La fecha de confección de la Historia Clínica deberá coincidir con la fecha que figura en las órdenes y en la Planilla de conformidad de tratamiento.



DOCUMENTACIÓN DE PRESTACIONES

Presupuesto:

Información del afiliado:

Debe contener los siguientes datos:

- Nombre y apellido del afiliado
- DNI
- Modalidad:
- Período
- Fecha: Previa a la prestación
- Valor mensual

Información del prestador:

Debe contener los siguientes datos del prestador:

- Razón Social
- Domicilio de atención
- Teléfono de contacto y dirección de correo electrónico
- Condición frente al IVA
- Número de CUIT
- Firma y sello de la persona responsable de la institución prestadora y/o de los profesionales tratantes.
- Copia completa de la Inscripción vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud acorde a la prestación. La inscripción debe indicar que la institución se dedica al tratamiento de adicciones. En los casos de internación, la inscripción deberá especificar cupos y cantidad de camas.
- En caso de vencimiento del Registro Nacional de prestadores de la Dirección Médica, adjuntar copia renovada de la misma.



MODALIDADES DE ATENCIÓN

1. MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA

1.1.- Admisión y orientación por equipo Multidisciplinario

Médico psiquiatra, psicólogo, asistente social y/u otros actores que se requieran para establecer diagnóstico (según DSM IV debiendo considerarse los Ejes para diagnóstico en Adicciones F11.2x -: F12 .2x - F13.2x- F14.2x- F15.2x- F16.2x -F18.2x y 19.2x), evaluar la situación social ambiental y seleccionar el plan terapéutico y la modalidad. Con un mínimo de 4 consultas y 6 como máximo.

1.2.- Tratamiento ambulatorio de control y seguimiento de la evolución y prevención de recaídas por Equipo Multidisciplinario

Para aquellos pacientes que ya han recibido atención previa (En las modalidades 1.3; 1.4; 2.1 y 2.2) y seguirán en tratamiento en esta modalidad hasta el alta definitiva. Periodo de otorgamiento: Hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.

1.3-- Hospital de Medio Dia (4 hs.)

Criterios de admisión: Conciencia de situación y enfermedad, red de contención familiar, actividades laborales o escolares en curso.

Periodo de otorgamiento: hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.

1.4.- Hospital de Dia (8 hs.)

Criterios de Admisión: conciencia de situación y enfermedad, escasa red de contención familiar y sin actividades laborales y/o escolares.

Periodo de Otorgamiento: 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.

1.5.- Hospital de Noche

Criterios de Admisión: Se constatará mediante análisis profesional de la Historia Clínica y evolución que el paciente ha cumplido con algún tratamiento previo para llegar a esta instancia de prestación. Deberán acreditar que el paciente trabaja efectivamente en forma estable como mínimo de 4 a 8 horas. En este caso, el



paciente cumplido el horario de trabajo, regresa a la comunidad terapéutica para un grupo de cierre y solo reside allí para dormir. Período máximo de otorgamiento: 2 meses

2. MODULOS TRATAMIENTOS DE INTERNACION

2.1.-Internación Psiquiátrica para Desintoxicación:

Intoxicación severa, aguda, con descompensación clínico-psiquiátrica por uso indebido de sustancias psicoactivas.

Periodo máximo de otorgamiento: 30 días con posibilidad de renovación por 30 días más, sujeto a la evaluación profesional.

2.2.-Internación en Comunidad Terapéutica Residencial

En casos de intoxicación crónica, severa con falta de contención familiar y cuando no sostiene actividades laborales ni educativas. Deberán presentar informes evolutivos mensuales por profesional tratante perteneciente al equipo profesional de la institución prestadora y avalado por el medico auditor. Periodo máximo de otorgamiento: 12 meses

El periodo máximo que se reconocerá en concepto de reintegros para tratamiento de Consumo Problemático de sustancias será de 36 meses, sumadas todas las modalidades requeridas para un mismo paciente.

En caso de abandono de tratamiento, notificar a la Obra Social dicha circunstancia. Se podrá renovar la prestación, por el término que reste del módulo solicitado originalmente para ese paciente

Junto con cada factura, la institución debe presentar una hoja de evolución mensual de tratamiento.





PLANILLA DE CONFORMIDAD

En..... a los..... del mes de.....
de..... por un lado la Obra Social del Sindicato de Mecánicos y Afines al
Transporte Automotor (OSMATA) y por el otro el/la afiliado/a:.....

DNI N°..... nacido el..... de Nacionalidad.....

Estado Civil..... con domicilio real ubicado en la calle.....
..... Número.....

Localidad..... Provincia.....

Tel particular..... Teléfono Celular:.....

Correo Electrónico..... acompañado por.....

..... en carácter de.....,

cumplimos en notificar al AFILIADO respecto del plan de tratamiento determinado
por el equipo de consumos problemáticos a efectuarse en

.....

.....

.....

Período.....

En prueba de conformidad, el mismo será suscripto por las personas mencionadas
en el encabezado del presente con la presencia del/la médico/a tratante del
Departamento de Consumos problemáticos de OSMATA para dar fe del mismo.

Afiliado:

DNI:..... Firma:..... Aclaración:.....

Familiar a cargo:

DNI:..... Firma:..... Aclaración:.....

Firma y sello del/ la médico/a tratante.....

<p style="text-align: center;">OSMATA</p> <p style="text-align: center;">Sanatorio Nacional "San Cayetano"</p> <p>Av. Directorio 4743 – Ciudad de Buenos Aires</p>	<p style="text-align: center;">OSMATA</p> <p style="text-align: center;">Sanatorio Nacional "San Cayetano"</p> <p>Av. Directorio 4743 – Ciudad de Buenos Aires</p>
<p>Apellido y nombre:</p> <p>DNI:</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>Indicación médica: Solicito Hospital de día 4hs para tratamiento de su problemática</p> <p>Periodo: Enero a Junio 2018</p> <p style="text-align: right;">(Firma y sello</p> <p>Fecha: 10/12/2017 médico tratante)</p>	<p>Apellido y nombre:</p> <p>DNI:</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>Indicación médica: Solicito Internación en Comunidad Terapéutica para tratamiento de su problemática</p> <p>Periodo: Mayo a Junio 2018</p> <p style="text-align: right;">(Firma y sello</p> <p>Fecha: 02/04/2018 médico tratante)</p>
<p style="text-align: center;">OSMATA</p> <p style="text-align: center;">Sanatorio Nacional "San Cayetano"</p> <p>Av. Directorio 4743 – Ciudad de Buenos Aires</p>	<p style="text-align: center;">OSMATA</p> <p style="text-align: center;">Sanatorio Nacional "San Cayetano"</p> <p>Av. Directorio 4743 – Ciudad de Buenos Aires</p>
<p>Apellido y nombre:</p> <p>DNI:</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>Indicación médica: Solicito Hospital de día 8hs para tratamiento de su problemática</p> <p>Periodo: Julio a Diciembre 2018</p> <p style="text-align: right;">(Firma y sello</p> <p>Fecha: 10/06/2018 médico tratante)</p>	<p>Apellido y nombre:</p> <p>DNI:</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>Indicación médica: Tratamiento ambulatorio de control y seguimiento de la evolución y prevención de recaídas para tratamiento de su problemática</p> <p>Periodo: Agosto a Diciembre 2018</p> <p style="text-align: right;">(Firma y sello</p> <p>Fecha: 15/07/2018 médico tratante)</p>

Nombre y Apellido:	
Edad:	
Sexo:	
Fecha de nacimiento:	
DNI:	
Nacionalidad:	
En el caso de tutor sus datos:	
Diagnóstico: Presuntivo según ejes del DSM IV (marcar el/los que correspondan):	
F 11.2 x (304.00) (Trastorno de dependencia de opiáceos)	
F 12.2 x (304.30) (Trastornos de dependencia de cannabis)	
F 13.2 x (304.10) (Trastorno de dependencia relacionado a sedantes hipnóticos, opiáceos o ansiolíticos)	
F 14.2 x (304.20) (Trastorno de dependencia de cocaína)	
F 15.2 x (304.40) (Trastorno de dependencia de anfetaminas)	
F 16.2 x (304.50) (Trastorno de dependencia de alucinógenos)	
F 18.2 x (304.60) (Trastorno de dependencia de inhalantes)	
F 19.2 x (304.90) (Trastorno de dependencia de Fenciclidina)	
F 19.2 x (304.80) (Trastorno de dependencia de varias sustancias)	
Tratamiento indicado:	
Institución a la que es derivado (Razón social y domicilio)	
Modalidad de concurrencia:	
Módulo consulta y orientación: Cantidad de sesiones requeridas (mínimo de 4 y máximo de 6 consultas):	
Internación en comunidad terapéutica: Requieren más de 12 meses de esta prestación: Justificar:	
Tratamiento ambulatorio. Modalidad: Hospital de día 8 horas	
Hospital de medio día 4 horas:	
Tratamiento ambulatorio de control y prevención de recaídas:	
Hospital de noche: Tratamiento/s previo/s concluido/s: Presentar certificado de jornada laboral:	
Módulo de internación psiquiátrica: Si requiere más de UN(1) mes Justificar:	
Período de otorgamiento total solicitado. Especificar la cantidad de días en el caso de los meses no facturado por período completo:	
Pronóstico y tiempo estimado del tratamiento:	
Firma y Sello MEDICO TRATANTE	Firma y Sello AUDITOR MEDICO