



INSTRUCTIVO PARA LA COBERTURA DE
PRESTACIONES POR
**CONSUMOS PROBLEMÁTICOS
2026**

MATERIAL PARA AFILIADOS Y PRESTADORES

**Sitio web: <https://osmata.com.ar/>
Delegaciones/Seccionales:
<https://www.smata.com.ar/secretarias/interior/Seccionales-Interior-SMATA.php>**



ÍNDICE

• Lineamientos generales	3
• Acerca de la Evaluación Médica	4
• Información de Delegaciones/Seccionales del interior	5
• Documentación a presentar	6
• Modalidades de Atención	7
• Presentación de facturas	9
• Modelos de planillas	10

> Las personas que requieran autorización de tratamientos por consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, en cualquiera de sus modalidades, deben realizar evaluación médica con profesionales de OSMATA exclusivamente. Para interior del país, ver aclaraciones en la siguiente página.

> El tratamiento se autorizará de forma semestral, culminando el mismo cada 30 de junio o 31 de diciembre del año en curso. Para gestionar una **renovación**, debe presentarse nuevamente la documentación completa (tanto de la evaluación médica como la documentación prestacional) del período subsiguiente, **con al menos 60 días de anticipación**.

> De tratarse de internaciones involuntarias o de internaciones de menores de edad, se requiere Oficio Judicial que avale la necesidad de la misma. En el caso de los tratamientos ambulatorios, lo mencionado no es un requisito.

> Todas las prestaciones se autorizarán desde OSMATA Central, una vez que se haya auditado y presentado la documentación completa.

> Para iniciar o renovar un tratamiento, los prestadores deberán aguardar la autorización del presupuesto emitido y sellado por OSMATA Central. **El inicio de las prestaciones sin autorización previa, resulta de exclusiva responsabilidad del prestador.**

> En ningún caso, se debe tomar la recepción de la documentación como garantía de la cobertura solicitada, dado que la misma está sujeta al análisis de la auditoría de la Secretaría de Acción Social.

> En algunos casos, si fuera necesario, se podrá solicitar documentación adicional a efectos de cumplir con los requerimientos establecidos por la normativa vigente, siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.

> La autorización de la cobertura se realizará conforme a lo dispuesto en el nomenclador vigente. Toda la documentación requerida por el sector de OSMATA Central 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.

> Con el fin de asesorar a quienes requieran información, en OSMATA Central se encuentra el Departamento de Violencia de género y Consumo problemático, a cargo de la Operadora socioterapeuta en Adicciones, Delia Jugo. Se pueden comunicar con el área, llamando al: (011) 4340-7400, int 1959; o a través del siguiente correo electrónico: djugo@smata.com.ar.

La operadora informa al equipo interdisciplinario respecto del caso solicitando su intervención. El equipo interviene poniéndose en contacto con el/la afiliado/a y realiza las gestiones necesarias para el comienzo del tratamiento, tales como el acompañamiento en la búsqueda de comunidades para agilizar el comienzo del/los tratamientos.

IMPORTANTE:

En caso de abandonar el tratamiento, se requiere notificar a la Obra Social dicha circunstancia mediante nota de baja de la prestación (**ver pág. 16**). Se podrá renovar la prestación, por el término que reste el módulo solicitado originalmente para ese paciente, debiendo realizar el circuito de Evaluación en caso de ser necesario según el periodo a solicitar.

PARA CABA Y AMBA

- > Las personas que residan en CABA, AMBA y alrededores, deberán solicitar turno para realizar evaluación previo al comienzo de la prestación. La evaluación comprende la consulta médica con el psiquiatra y entrevista social con trabajador social.
- Para CABA/AMBA: en el Sanatorio San Cayetano, ubicado en Av. Directorio 4743 - CABA, comunicándose al tel: (011) 4630-6500, int 141;
- ZONA NORTE: tendrán la posibilidad de solicitar turno en el módulo asistencial José Rodríguez, ubicado en Camacua 2646, Don Torcuato, comunicándose al tel: 11-4741-7449 o 11-6161-9079/ 11-2863-2269 (sólo whatsapp).
- > La documentación completa se presenta vía mail en: exp.osmata@gmail.com
- > Cuando se requiera un cambio en la modalidad, deberá comenzar el circuito de evaluación nuevamente, solicitando turno con el médico psiquiatra y con la trabajadora social en el Sanatorio San Cayetano o Modulo asistencial José Rodríguez, según corresponda.

IMPORTANTE:

Todos los afiliados deben realizar la entrevista social a cargo de las Trabajadoras Sociales del Equipo. La misma debe ser realizada de forma presencial en el Sanatorio San Cayetano o en el Módulo Asistencial José Rodríguez. Quienes no puedan asistir de manera presencial, podrán realizar la entrevista mediante modalidad telefónica, comunicándose al 011-4340-7412 (Secretaría de Acción Social, OSMATA Central).

PARA INTERIOR DEL PAÍS

- > Los afiliados que residan en el interior del país, deben comunicarse con la **Seccional/Delegación** correspondiente para realizar las consultas y/o reclamos en relación a la autorización del tratamiento o en cuanto a consultas por facturación.
- > La documentación para la autorización de la prestación, en sus distintas modalidades, debe ser enviada a la Delegación/Seccional correspondiente.
- > Cuando se requiera un cambio en la modalidad, deberá comenzar el circuito de evaluación nuevamente, solicitando turno con el médico psiquiatra. Para el interior del país corresponde evaluación de psiquiatra externo a la institución.

Delegación 9 de julio, provincia de Buenos Aires.

Tel: 11-5581-4662

Mail: delegacion9dejulio@smata.com.ar

Delegación Azul, provincia de Buenos Aires.

Tel: (02281) 430657

Mail: azul@smata.com.ar

Delegación Bolívar, provincia de Buenos Aires.

Tel:

Mail: smatabolivar@hotmail.com

Delegación Catamarca, provincia de Catamarca.

Tel: (03834) 188575

Mail: catamarca@smata.com.ar

Delegación Corrientes, provincia de Corrientes.

Tel: (0379) 4466758 / (0379) 15-4838694 (solo mensajes)

Mail: scorrientes@smata.com.ar

Delegación de La Rioja, provincia de La Rioja.

Tel: (0380) 4438536

Mail: larioja@smata.com.ar

Delegación Entre Ríos Paraná, provincia de Entre Ríos.

Tel: (0343) 4312221 / 3434 17-4401

Mail: delegacionentrieros@smata.com.ar Subdelegación

Concordia. Subdelegación Concepción: 3442 66-7236

Delegación Formosa, provincia de Formosa.

Tel: (0370) 4021041

Mail: formosa@smata.com.ar

Delegación Gral. Pico, provincia de La Pampa.

Tel: (02302) 463463

Mail: smatagp@smata.com.ar

Delegación Jujuy, provincia de Jujuy.

Tel: (0388) 4226606

Mail: jujuy@smata.com.ar

Delegación Mendoza, provincia de Mendoza.

Tel: 261 237641

Mail: osmatamendoza@itcsa.net

Delegación Misiones, provincia de Misiones.

Tel: (0376) 4427513 / 11-3913-3309

Mail: misiones@smata.com.ar

Delegación San Juan, provincia de San Juan.

Tel: 01139211296

Mail: sanjuan@smata.com.ar

Delegación San Luis, provincia de San Luis.

Tel: (0266) 4436792 / 11 5098-4350 wsp

Mail: sanluis@smata.com.ar

Delegación San Rafael, provincial de Mendoza.

Tel: (0260) 4447902 / 01161464165 wsp

Mail: smata_sr@hotmail.com

Delegación Santiago del Estero, provincia de Santiago del Estero

Tel: (0385) 4215950

Mail: santiago@smata.com.ar

Delegación Trenque Lauquen, provincia de Buenos Aires.

Tel: (02392) 415177

Mail: obrasocialtrenque@gmail.com

Delegación Villa María, provincia de Córdoba.

Tel: 01161540628 wsp / 3534534848

Mail: villamariaos@smata.com.ar /

villamaria@smata.com.ar

Delegación Villa Mercedes, provincia de San Luis.

Tel: (02657) 800585 / 01131447390 wsp

Mail: mercedes@smata.com.ar

Seccional Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires.

Tel: (0291) 4535466

Mail: info@smatabahiablanca.com.ar

Seccional Chascomús, provincia de Buenos Aires.

Tel:

Mail: chascomus@smata.com.ar

Seccional Córdoba, provincia de Córdoba.

Tel: (0351) 4223613/4229550 interno 107

Mail: discapacidad@smatacoba.com.ar

Seccional Junín, provincia de Buenos Aires.

Tel: (0236) 4426471

Mail: ossmatajunin@gmail.com

Seccional La Pampa, provincia de La Pampa.

Tel: (02954) 660670

Mail: mpaladino@smata.com.ar

Seccional Mar del Plata, provincia de Buenos Aires. Tel:

(0223) 4933471 / (0223)-15-5914349

Mail: marcela@smata.org.ar

Seccional Neuquén, provincia de Neuquén.

Tel: (0299) 4424047

Mail: irupe.lopez@smatanqn.com.ar /

ricardo.oporto@smatanqn.com.ar

Seccional Olavarría, provincia de Buenos Aires.

Tel: (02284) 415444

Mail: olavarria@smata.com.ar

Seccional Pergamino, provincia de Buenos Aires.

Tel: (02477) 432797

Mail: s.accionsocialsmatapergamino@gmail.com

Seccional Rafaela, provincia de Santa Fe.

Tel: (03492) 422233 / 3492574278 wsp

Mail: rafaela@smata.com.ar

Seccional Resistencia, provincia de Chaco.

Tel: (0362) 4463444

Mail: osmatarcia@gmail.com

Seccional Río Negro, Cipolletti provincia de Río Negro.

Tel: (0299) 4777397 / 2984 78-1240 wsp

Mail: liliamoem@outlook.es

Seccional Roque Saenz Peña, provincia de Chaco.

Tel: (0364) 44203871

Mail: saenzpena@smata.com.ar

Seccional Rosario, provincia de Santa Fe.

Tel: (0341) 156-124513 wsp

Mail: auditoriametal2@smatarosario.com.ar

Seccional Salta, provincia de Salta.

Tel: 0387 - 4320595

Mail: salta@smata.com.ar

Seccional Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Tel: (2966) 409157 / 2901 65-0770

Mail: smatapatagoniasur@yahoo.com

Seccional Santa Fe, provincia de Santa Fe.

Tel: (0342) 5214188 wsp / (0342) 4562154/ 4561096

Mail: osmatasantafe@hotmail.com.ar

Seccional Tandil, provincia de Buenos Aires.

Tel: (0249) 4425681

Mail: osmatatandil@gmail.com

Seccional Tucumán, provincia de Tucumán.

Tel: (0381) 231-8555

Mail: tucuman@smata.com.ar

Seccional Venado Tuerto, provincia de Santa Fe.

Tel: (03462) 313286 / (03462) 15554162 wsp

Mail: osmatavt@gmail.com

> DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO:

- CONSTANCIA DE AFILIACIÓN: Recibo de sueldo/Monotributo/Recibo de haberes/ Seguro de desempleo, según corresponda del afiliado titular.

> DOCUMENTACIÓN MÉDICA:

- PLANILLA DE CONFORMIDAD DE TRATAMIENTO: Utilizar exclusivamente la planilla que se encuentra en el presente Instructivo **(ver pág. 11)**. Debe contener los datos completos del/a afiliado/a, con un número de teléfono de contacto y correo electrónico. La planilla deberá acompañar con la firma del/a médico/a tratante y del/a paciente o madre, padre o tutor, en caso de ser menor de edad. Consignar la modalidad de tratamiento a brindar y el período de cobertura.
- ORDEN MÉDICA: **La prescripción NO podrá ser realizada por un/a médico/a perteneciente a la institución en la que se efectuarán las prestaciones.** Debe estar firmada por el/la mismo médico/a tratante que firmó la planilla de conformidad de tratamiento.

La orden deberá contener:

- A) NOMBRE, APELLIDO Y DNI DEL AFILIADO/A
- B) DIAGNÓSTICO: F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F18.2, F19.2.
- C) PRESTACIÓN SOLICITADA: Dependiendo del tipo de modalidad a realizar.
- D) FIRMA Y SELLO: Del/a médico/a tratante, con tipo y número de matrícula legible
- E) FECHA: La emisión debe ser anterior al período solicitado.
- F) PERIODO DE LA PRESTACIÓN: Indicar el período en el cual se brindará el tratamiento. (Ejemplo: Enero hasta Junio 2026 o Julio hasta Diciembre 2026).

- RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: **(ver pág. 13)** Se requiere que figuren los datos del afiliado, diagnóstico (según DSM IV) y modalidad según figura en Anexo. La fecha de emisión de la historia clínica debe coincidir tanto con indicada en las órdenes médicas como con la planilla de conformidad de tratamiento.

> DOCUMENTACIÓN PRESTACIONAL:

- Presupuesto formato OSMATA **(ver pág. 15)**. Debe estar completo, firmado y sellado por el/la responsable de la institución prestadora y/o profesionales tratantes. También debe estar firmado por el/la afiliado/a.
- Plan de abordaje/tratamiento, que debe estar firmado y sellado por el/la responsable de la institución prestadora y/o profesionales tratantes.
- Copia completa de la Inscripción vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud acorde a la prestación y al domicilio. 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 los casos en que el Registro Nacional de Prestadores de la Dirección médica se encuentre vencido, se requiere enviar la renovación.

MODALIDADES DE ATENCIÓN

MODULOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA

- **Admisión y orientación por equipo interdisciplinario.**

Médico psiquiatra, psicólogo, trabajador/a social y/u otros actores que se requieran para establecer diagnóstico (según DSM IV debiendo considerarse los Ejes para diagnóstico de adicciones: F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F18.2, F19.2.), evaluar la situación asocial ambiental y seleccionar el plan terapéutico y modalidad. Las consultas mínimas son 4 se toman 6 como máximas.

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

Criterios de admisión: Para aquellos pacientes que ya han recibido atención previa, en cualquiera de las modalidades de internación u hospital de día, y seguirán en tratamiento en esta modalidad hasta el alta definitiva. Período de otorgamiento: Hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional. Presentar informe de tratamientos previos.

- **Hospital de Medio Día (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.

- **Hospital de Día (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.

- **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.

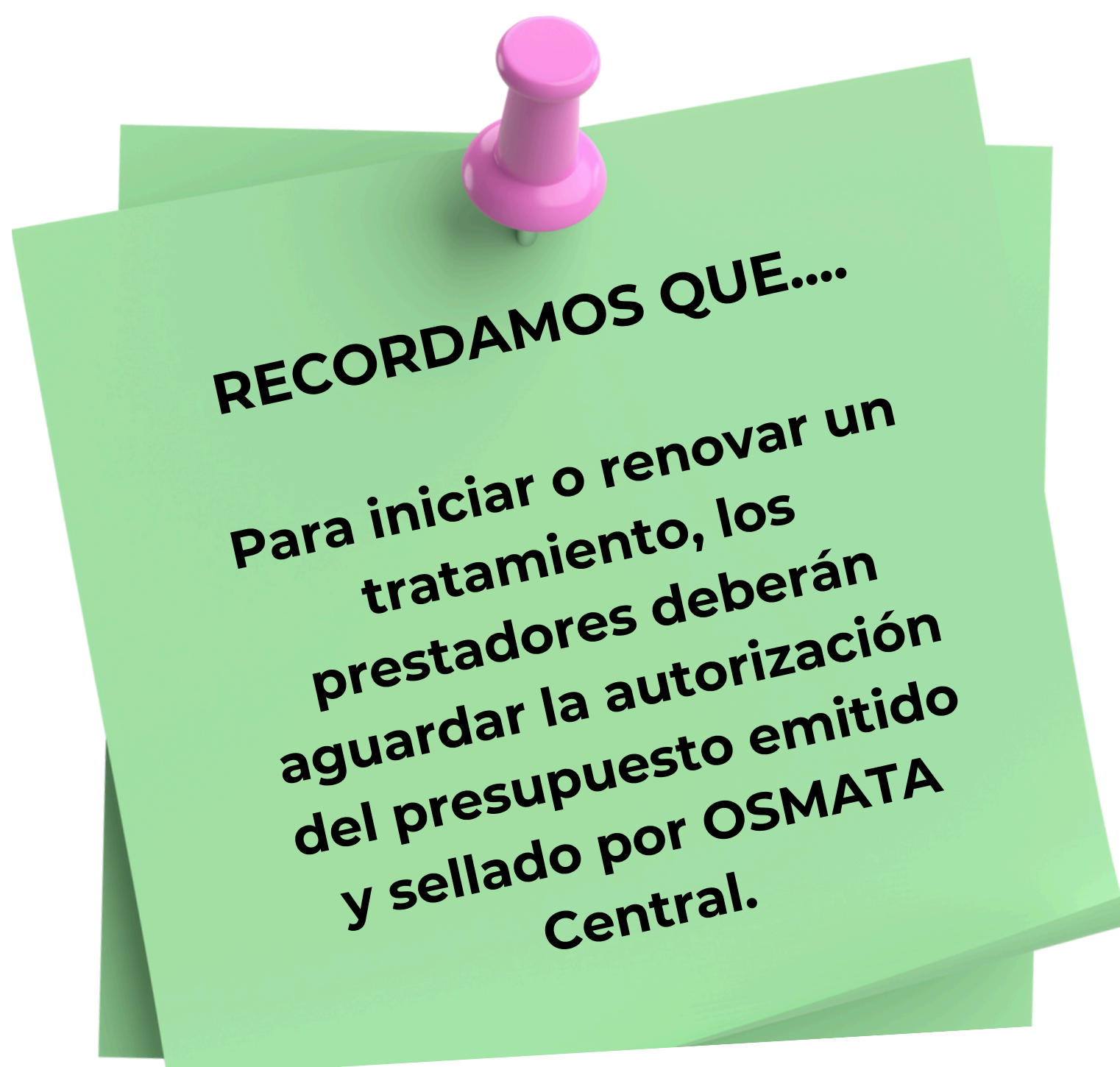
MODULOS TRATAMIENTOS DE INTERNACIÓN

- **Internación Psiquiátrica para Desintoxicación:**

Criterio de admisión: 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.

- **Internación en Comunidad Terapéutica Residencial.**

Criterio de admisión: 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 médico auditor. Periodo máximo de otorgamiento: 12 meses.



PRESENTACIÓN DE FACTURAS

> Las facturas se presentan del 01 al 10 de cada mes en el siguiente mail:
exp.osmata@gmail.com, indicar en el asunto el Nombre, Apellido, DNI del afiliado/a y mes de prestación.

> **El mail deberá contener:**

- Constancia de AFIP/ARCA actualizada
- Constatación de Cae
- Informe de evolución mensual, con el fin de conocer el estado real y actual de la persona.
- Copia de aprobación de la Obra social.

> **Datos para la confección de la factura:**

- Se aceptan facturas A o C y la misma no debe discriminar Iva.
- CUIT de Osmata: 30-59041263-1, sito en Av. Belgrano 665, CABA.
- Condición frente al Iva: responsable Inscripto.
- La fecha de Factura debe ser a mes vencido.
- En el detalle de la factura aclarar: nombre, apellido y DNI del/la afiliado/a, mes y prestación brindada.

> En el caso de internaciones involuntarias o de menores de edad, junto con la facturación deberán enviar notificación al y del juez sobre la misma.

IMPORTANTE:

En caso de que la factura esté confeccionada de forma errónea, se procederá a la devolución de la misma. Por lo cual solicitamos verificar que todos los datos estén correctos antes de enviarla.



MODELOS DE PLANILLAS

PLANILLA DE CONFORMIDAD

En.....a los.....del mes.....
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/a el.....
de Nacionalidad.....Estado Civil..... con domicilio
real ubicado en la calle.....Número.....

Localidad.....

Provincia.....

Tel particular.....

Teléfono celular.....

Correo Electrónico:

Acompañado/a por..... en
carácter de....., cumplimos en notificar al/la AFILIADO/A respecto del
plan de tratamiento determinado por el equipo de consumos problemáticos, a través de medios y
tecnologías adecuadas para su comprensión a efectuarse en
.....

Período.....

El/la afiliada/o presta consentimiento para la realización del mismo, todo ello de conformidad con lo
dispuesto en el art 31 inc. d del Código Civil y Comercial: d) la persona tiene derecho a recibir
información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión. 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 para dar fe del mismo.

Afiliado/a:

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

Aclaración:.....

Familiar a cargo:

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

Aclaración:.....

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

PRESCRIPCIÓN MÉDICA



Fecha:

.....

Apellido y nombre:

DNI:

Diagnóstico según DSM IV (marque según corresponda):

F 11.2x (304.00) ____

F 16.2 x (304.50) ____

F 12.2x (304.30) ____

F 18.2 x (304.60) ____

F 13.2x (304.10) ____

F 19.2 x (304.90) ____

F 14.2x (304.20) ____

F 19.2X (304.80) ____

F 15.2 x (304.40) ____

Indicación médica (marque según corresponda):

Internación en comunidad Terapéutica _____

Internación por desintoxicación _____

Hospital de día (indicar cantidad de hs) _____

Hospital de noche _____

Tratamiento ambulatorio de control y prevención de recaídas _____

Módulo de consulta y orientación _____

Otro (especifique): _____

Período:..... Año:.....

.....

Firma y sello del/la medico/a tratante

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 deopiáceos)	
F 12.2 x (304.30) (Trastornos de dependencia decannabis)	
F13.2 x (304.10) (Trastorno de dependencia relacionado a sedantes hipnóticos, opiáceos o ansiolíticos)	
F 14.2 x (304.20) (Trastorno de dependencia decocaína)	
F 15.2 x (304.40) (Trastorno de dependencia deanfetaminas)	
F 16.2 x (304.50) (Trastorno de dependencia dealucinógenos)	
F 18.2 x (304.60) (Trastorno de dependencia deinhalantes)	
F 19.2 x (304.90) (Trastorno de dependencia de Fenciclidina)	
F 19.2 x (304.80) (Trastorno de dependencia de variassustancias)	
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 8hs.	
Hospital de medio día 4 horas:	
Tratamiento ambulatorio de control y prevención derecaídas:	
Hospital de noche: Tratamiento/s previo/s concluido/s: Presentar certificado de jornada	
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 MÉDICO/A TRATANTE	Firma y sello MÉDICO AUDITOR/A

PRESUPUESTO PRESTACIONES CONSUMO PROBLEMÁTICO



Lugar de emisión: _____ Fecha: _____

Nombre y Apellido del/la afiliado/a: _____ DNI: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Modalidad (marque con una X según corresponda):

Internación en comunidad Terapéutica: Hospital de día: 4HS: 8HS:

Internación por desintoxicación: Hospital de noche:

Tratamiento ambulatorio de control y prevención de recaídas: Módulo de consulta y orientación:

Otro (especifique):

Monto mensual: \$

Período: Desde: Hasta: Año:

DATOS DEL/A PRESTADOR/A

Razón social:

CUIT: Cond frente al IVA:

Teléfono: E-mail:

Domicilio de la institución:

Firma y sello del/ prestador/a

Firma beneficiario o representante _____ DNI: _____

Aclaración: _____

FACTURAS: enviarlas a exp.osmata@gmail.com junto a CAE + constancia de inscripción en AFIP/ARCA + informe evolutivo mensual + planilla de asistencia* (*solo para prestaciones ambulatorias).

NOTIFICACIÓN DE BAJA DEL TRATAMIENTO



Fecha: _____

Afiliado/a: _____ DNI: _____

Por medio de la presente, dejo constancia de la solicitud de la baja de tratamiento del/la afiliado/a de referencia que cursaba en la institución:

A continuación, detallar brevemente el motivo:

Firma y sello del/ prestador/a

***Solo si es el afiliado/a o familiar quien informa, firme aquí:**

FIRMA: _____ DNI: _____

ACLARACIÓN:

VÍNCULO: