

Multiasistencia Servicios de Salud



FEDERACION PATRONAL
SEGUROS



CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
SOLICITE EL SERVICIO AL: 0800-444-0001

CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO

Las siguientes Condiciones Generales regirán la prestación de los servicios asistenciales.

Las presentes Condiciones Generales se considerarán conocidas y aceptadas por el beneficiario desde el momento de contratación de los servicios y también por el simple requerimiento o prestación de cualquier servicio aquí incluido.

Beneficiario

Persona o personas con derecho a solicitar la prestación de los Servicios. Será considerado Beneficiario contratante del Servicio y su grupo familiar primario.

Área de cobertura

Las prestaciones detalladas en el presente anexo se brindarán en el territorio Nacional e Internacional, de acuerdo a las condiciones detalladas en cada una de las prestaciones.

El servicio aquí incluido deberá ser, en todos los casos, solicitado a el Prestador a través del número telefónico 0-800-444-0001 desde la Argentina o al +54 0342-410-3176 desde el exterior, las 24 horas del día, los 365 días del año a fin de activar el servicio y ser previamente autorizado por la Central Operativa. Para solicitar la asistencia, el beneficiario deberá, en todos los casos, indicar sus datos personales, el número de DNI y la clase de servicio que necesita.

Los servicios mencionados se prestarán con una periodicidad anual conforme a la fecha de inicio de vigencia de la póliza con los límites y condiciones que se detallan para cada caso particular.

Obligaciones del Beneficiario

Para permitir al Prestador asistir al beneficiario, queda expresamente convenido para todos los servicios comprendidos a continuación, la obligación a cargo del beneficiario de:

- Obtener la autorización del Prestador a través de su Central Operativa antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto.
- Aceptar las soluciones propuestas por el Prestador.
- Facilitar al Prestador, todos los elementos necesarios para verificar fehacientemente la identidad de la persona asistida.
- Facilitar al Prestador, toda la información necesaria requerida para la resolución del servicio.
- El beneficiario tendrá a su cargo el excedente del costo de la prestación, en el caso que la misma supere el tope máximo a cargo del prestador.

Servicios Incluidos

A) CODIGO ROJO 24 Hs.

Área de cobertura Nacional Emergencias y Urgencias médicas

La presente prestación se hará efectiva de manera inmediata en todos los casos donde la sintomatología informada por el solicitante del servicio refiere a un cuadro agudo el cual requiera una atención inmediata por presentar riesgo de vida real o potencial del titular del servicio o de familiares en primer grado de consanguinidad, y siempre que convivan con el titular del servicio.

La asistencia comprenderá la atención, el diagnóstico presuntivo, medidas y/o tratamientos preliminares de emergencias que el personal médico del Proveedor determine y el eventual traslado hasta el sanatorio, clínica u hospital que corresponda.

Este servicio se brinda sin límite de eventos.

B. ORIENTACION MÉDICA TELEFONICA 24 Hs.

Área de cobertura Nacional Asesoramiento Médico Telefónico con Profesionales

El beneficiario del servicio podrá solicitar asesoramiento médico telefónico brindado por profesionales sobre los temas que se detallan a continuación:

- Asesoramiento acerca de dudas e interrogantes relacionados a la salud en general
- Orientación sobre medicación, reacciones adversas, efectos secundarios, contraindicaciones.
- Orientación materno-infantil.
- Recomendaciones dietarias generales vinculadas a trastornos médicos.
- Consultas sobre evolución de distintos tratamientos.
- Valoración de la necesidad de consulta con especialistas
- Información sobre centros médicos de la red pública y privada
- Contacto y datos de prestadores médicos a domicilio y en consultorio
- Contención de pacientes hasta la resolución de la emergencia

Este servicio se brinda sin límite de eventos.

C. ASISTENCIA A LA TERCERA EDAD Y CONVALECENCIA

Área de cobertura Nacional

Las prestaciones que a continuación se detallan para este servicio se brindarán en el domicilio particular declarado por el beneficiario del servicio, residencia habitual o establecimiento médico donde se encontrara al momento de contratar la prestación.

Alcance de la Cobertura Asistencia Tercera Edad

1. Servicio de acompañante en establecimiento médico

Si a causa de un acontecimiento médico fuera aconsejado bajo prescripción médica esta cobertura, y una vez autorizado por el equipo médico del Prestador, este asumirá los gastos de un acompañante calificado, enfermeras/os, designado por el Beneficiario que permanecerá junto al beneficiario durante la internación en un Sanatorio u Hospital Público. La prestación tiene un tope de cinco (5) días, limitado a un costo total de \$ 18.000 (pesos dieciocho mil) por día.

2. Servicio de acompañante en domicilio

Si a causa de un acontecimiento médico fuera aconsejado bajo prescripción médica esta cobertura, y una vez autorizado por el equipo médico del Prestador, este asumirá los gastos de un acompañante calificado, enfermeras/os, designado por el Beneficiario que permanecerá junto al Beneficiario en el domicilio particular de este. Se extiende la prestación por convalecencia post internación.

La prestación tiene un tope de tres (3) días, limitado a un costo total de \$ 18.000 (pesos dieciocho mil) por día.

3. Bonificación de acompañante en Domicilio especial

Consiste en una modalidad especial para pacientes sin patologías recientes que necesiten la atención de enfermeras o acompañantes.

La prestación es ilimitada y tendrá un costo preferencial que será a cargo del beneficiario del servicio.

4. Asesor Previsional

Gestión informativa sobre realización de trámites previsionales. Se brinda orientación telefónica sobre horarios de atención, direcciones y datos para tramitación de jubilación, pensión, retiro por invalidez o estado de los trámites.

La prestación es ilimitada.

El servicio de Asistencia a Tercera Edad no tiene límite de eventos.

D. ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

Área de cobertura Nacional e Internacional Alcances del servicio Asistencia Odontológica:

Los servicios detallados a continuación serán prestados cuando exista dolor intenso, infección o cualquier otro imprevisto, y está limitado al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dentaria. Las prestaciones son:

- Urgencias (Guardias odontológicas las 24 hs):
- Exámenes médicos (Historia Clínica, Diagnóstico, Pronóstico, Plan de Tratamiento)
- Radiografías (Periapicales y Coronales)
- Operatoria dental (obturación simple, compuesta y compleja)

Límite de gastos de asistencia odontológica (Tope de Cobertura anual en todo concepto):

- En Argentina: \$ 44.000 (Pesos cuarenta y cuatro mil)
- Países limítrofes \$ 68.000 (Pesos sesenta y ocho mil)
- En el resto del Mundo: \$ 100.000 (Pesos cien mil)

E. SEGUNDA OPINION MÉDICA PARA CASOS DE ENFERMEDADES GRAVES DE ALTA COMPLEJIDAD

Área de cobertura Nacional e Internacional Prestaciones:

El servicio de segunda Opinión Médica está constituido por la prestación de INTERCONSULTA DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA, a nivel Nacional o Internacional, según la evaluación en cada caso del Departamento Médico del Prestador.

Este servicio será prestado a tenor de las definiciones establecidas a continuación:

Interconsulta de Segunda Opinión Médica:

Por este servicio se entenderá el servicio de atención y respuesta a cualquier tipo de solicitud de información médica compleja formulada al Prestador, relativa a segundas opiniones médicas relacionadas con y sometidas a un asegurado titular o por un médico en su nombre.

El servicio de interconsulta según la definición anterior, será realizado a través de la red de prestadores del Prestador, encargándose ésta de su transmisión a la institución médica correspondiente junto con el correspondiente cuestionario, que le será proporcionado al efecto, y las pruebas, biopsias, radiografías, resonancias magnéticas, o cualquier otra información médica que pueda ser necesaria para poder evaluar el caso.

Una vez recibida, el Prestador efectuará la interconsulta poniéndose en contacto con los médicos y hospitales que el Prestador decida como idóneos, especializados en la enfermedad o cuadro clínico del cliente que motiva la interconsulta.

El servicio de interconsulta se efectuará siempre sobre la base del historial médico del cliente y la correspondiente primera opinión médica efectuada por los médicos que le hayan atendido, siendo esta la condición previa para la prestación del servicio.

La respuesta de la interconsulta será transmitida por parte del Prestador en el menor tiempo posible, a la que se adjuntará el informe médico del especialista consultado, mediante correo electrónico, o cualquier otro medio de comunicación rápido, y su original por correo. El Prestador se encargará de entregar el material al cliente.

El idioma utilizado tanto en la solicitud de la interconsulta como en la respuesta a la misma será siempre el castellano, por lo que los informes médicos deberán ir traducidos a este idioma. El costo de las traducciones de aquellos informes médicos que no hayan sido redactados en castellano, será por cuenta del beneficiario que haya solicitado este segundo diagnóstico.

Al tratarse de un servicio que se limita a proporcionar la información de una opinión médica, y siendo que la misma no determina ni recomienda un determinado curso de acción, el Prestador no será responsable por daños y/o perjuicios originados por las opiniones médicas de los médicos y/o profesionales consultados.

F. ASISTENCIA EN VIAJE

Área de cobertura Nacional e Internacional

Las prestaciones detalladas en el presente se brindarán en:

- La República Argentina, a partir de los cien (100) Km. del domicilio declarado o residencia habitual del titular,
- El resto del mundo.

La asistencia se prestará en períodos de viaje que no superen los sesenta (60) días corridos por cada viaje, quedando expresamente excluidos los períodos de residencia permanente o transitoria en el extranjero. La finalización de los sesenta (60) días implicará automáticamente el

cese de todos los servicios detallados en estas Condiciones Generales, incluyendo aquellos casos iniciados y en curso al momento del fin de dicho lapso, con excepción de los casos de internación ya iniciados, en los cuales los Servicios de Asistencia continuarán prestandose por un período complementario de hasta 10 (diez) días.

Los servicios asistenciales aquí incluidos deberán ser, en todos los casos, solicitados al PRESTADOR por teléfono al 0800-444-0001 desde la Argentina y el +54 0342 410-3176 desde el exterior o por cualquier otro medio previamente autorizados por la Central Operativa del Prestador. Para solicitar la asistencia correspondiente, el beneficiario deberá, en todos los casos, indicar sus datos personales, el número de póliza, el número de D.N.I. o Cédula de Identidad, o pasaporte oficial que acredite identidad y fechas de viaje, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que necesita.

Las llamadas telefónicas que el beneficiario efectúe a tales efectos serán por cuenta del Prestador, reintegrando éste el importe de dichas llamadas previa justificación correspondiente.

Asimismo, los servicios, no podrán ser utilizados bajo ningún concepto, ni en ninguna circunstancia, para iniciar o continuar el tratamiento y/o asistencia de problemas que hubieran surgido durante el/los viaje/s anterior/es, independientemente de que los servicios que se soliciten hayan sido indicados por el Prestador o por terceros.

Los servicios comprenden exclusivamente el tratamiento del cuadro agudo que impida la continuación del viaje e incluyen:

Atención en consultorio o a domicilio para atender situaciones de urgencia en caso de enfermedad aguda y/o accidente.

Atención por especialistas: Cuando sea indicada por los equipos médicos de urgencia, y autorizada previamente por la Central Operativa de el Prestador.

Exámenes médicos complementarios: Análisis de orina, sangre, radiografías, electrocardiografías y/o cualquier otro estudio que sea ordenado por los equipos médicos del Prestador y autorizado por la Central Operativa del mismo.

Intervenciones Quirúrgicas: Ordenadas por el Jefe de los equipos médicos del Prestador en los casos de enfermedades graves y/o accidentes que requieran urgentemente este tratamiento y con autorización de la Central Operativa correspondiente.

Cuidados intensivos y unidad coronaria: Cuando la naturaleza de la enfermedad lo requiera y con la autorización del Jefe de los servicios médicos del Prestador y de la Central Operativa correspondiente.

Traslado sanitario: Si fuera aconsejado el traslado a otro lugar más adecuado, el Prestador tomará a su cargo organizar el mismo y a su exclusivo cargo efectuará el traslado en aviones sanitarios, de línea, de tren o ambulancia según la gravedad del caso. Únicamente las exigencias de origen médico serán tomadas en consideración para decidir la elección del medio de transporte y el lugar de hospitalización.

En todos los casos el transporte deberá ser previamente autorizado por el Departamento Médico del Prestador y la Central Operativa correspondiente.

Repatriaciones Sanitarias: Cuando el Departamento Médico del Prestador estime necesario efectuar la repatriación sanitaria de un asegurado, como consecuencia de un accidente o enfermedad grave, la repatriación del asegurado será efectuada en avión de línea regular, con acompañamiento médico o de enfermera si correspondiese, sujeto a disponibilidad de plazas, hasta un establecimiento pertinente en el Territorio de La República Argentina. Este traslado deberá ser autorizado por el médico tratante.

Límite de gastos de Asistencia en Viaje:

El monto total de gastos por todos los servicios detallados

en el apartado F) "Asistencia en Viajes" (excluidos los gastos de traslado y repatriación por fallecimiento), tienen los siguientes toques máximos por viaje y por beneficiario:

- En Argentina: \$ 500.000 (Pesos quinientos mil)
- Países limítrofes \$ 825.000 (Pesos ochocientos veinticinco mil)
- En el resto del Mundo: \$ 1.560.000 (Pesos un millón quinientos sesenta mil)

Gastos de traslado y repatriación por fallecimiento

En caso de fallecimiento de un beneficiario durante el viaje, por accidente o enfermedad imprevista y no preexistente, el Prestador organizará y tomará a su cargo los gastos de traslado de féretro, trámites administrativos y transporte hasta el lugar de inhumación en Argentina, por el medio que el Prestador considere más conveniente. Los trámites, gastos de féretro definitivo, funeral e inhumación, serán a cargo de los familiares. Asimismo el Prestador tomará a su cargo los gastos de traslado de los restantes beneficiarios acompañantes, en el medio que el Prestador considere más adecuado y sujeto a disponibilidad, hasta el domicilio habitual.

Límite de gastos de traslado y repatriación por fallecimiento:

El monto total de gastos por todos los servicios de traslado y repatriación por fallecimiento tienen los siguientes toques máximos por viaje y beneficiario:

- En Argentina: \$ 500.000 (Pesos quinientos mil)
- Países limítrofes \$ 825.000 (Pesos ochocientos veinticinco mil)
- En el resto del Mundo: \$ 1.560.000 (Pesos un millón quinientos sesenta mil)

Sublímite de gastos por medicamentos

El Prestador tomara a su cargo los medicamentos de urgencia, recetados para la afección que diera lugar a la asistencia, hasta un tope máximo por viaje y por beneficiario de:

- En Argentina: \$ 41.000 (Pesos cuarenta y un mil)
- Países limítrofes \$ 64.000 (Pesos sesenta y cuatro mil)
- En el resto del Mundo: \$ 83.000 (Pesos ochenta y tres mil)

Topes incluidos en el límite general de gastos Asistencia en Viaje, según lo dispuesto en el punto anterior.

G. DESCUENTO EN FARMACIAS

El beneficiario podrá solicitar el servicio de Descuento en Farmacias de un 50% sobre la compra de medicamentos recetados, comunicándose con el Prestador, para que se le informe la Farmacia adherida más cercana a su residencia permanente o al lugar donde este se encuentre. En todos los casos el beneficiario deberá comunicarse con el Prestador para autorizar la receta sobre la cual operará el descuento y presentar en todos los casos el DNI, sin necesidad de que el titular concorra a la farmacia, pudiéndolo hacer en su nombre cualquier persona que presente la documentación indicada.

Serán recetarios válidos aquellos que fueren emitidos por profesionales particulares o instituciones médicas y debe figurar de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

- Denominación de la entidad
- Nombre y Apellido del Paciente
- Medicamentos recetados por principio activo. En todos los casos se deberá incluir una marca sugerida, incluida en el Vademécum
- Cantidad de cada medicamento
- Firma y sellos con N° de matrícula y aclaración
- Fecha de prescripción

La validez de la receta será el día de la prescripción y los 30 días siguientes.

No se realizarán reintegros sin autorización previa del Prestador; el beneficiario debe abstenerse de incurrir en gastos en farmacias no autorizadas por el Prestador.

Las Farmacias prestadoras atenderán a los socios en el horario habitual de atención al público. El beneficio del

40% de descuento no es acumulativo a cualquier otro descuento relacionado con las obras sociales, prepagas, etc. El descuento no opera sobre drogas genéricas.

Topes de cobertura:

Límites de cantidades
Renglones por receta: Hasta 3 (tres)
Envases por renglón: Hasta 1 (uno)
Beneficio del 50% de descuento

El presente servicio se prestará exclusivamente al beneficiario del servicio con un límite de \$ 18.000 (Pesos dieciocho mil) por receta, hasta 1 (uno) evento mensual y como máximo 4 (cuatro) eventos anuales.

H. VIDEOLLAMADA CON EL DOCTOR

Descripción del servicio

Servicio de consulta médica inmediata por videollamada para casos de baja complejidad, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. El beneficio podrá consultar respecto de cualquier de las siguientes especialidades:

- Pediatría
- Medicina en Gral
- Ginecología y obstetricia

Alcance del servicio:

- Patologías tratadas, entre otras:
- Resfrío
- Sinusitis
- Gripe
- Problemas pediátricos de baja complejidad
- Erupciones cutáneas
- Asma
- Alergia
- Infecciones del tracto urinario
- Dolor de garganta
- Vómitos
- Problemas relacionados al deporte
- Diarrea
- Consejería para dejar de fumar

El tope de eventos está limitado a 2 (dos) evento por mes y hasta 24 (veinticuatro) eventos al año por grupo familiar.

I. VISITAS MÉDICAS DOMICILIARIAS

Si la sintomatología informada del beneficiario refiere a un cuadro agudo pero que no requiera una atención inmediata, ejemplo: síndromes febriles, cuadros gripales, dolor de oídos, catarros, congestión, eruptivas, resfríos comunes, etc. el Prestador enviará un médico a domicilio, a fin de formular presunción diagnóstica y efectuar las indicaciones pertinentes.

Este beneficio se brinda únicamente en el domicilio habitual y permanente declarado por el asegurado al momento de solicitar la asistencia con un límite máximo de 1 (una visita) médica al mes por domicilio y hasta 3 (tres) visitas por año con un tope máximo de \$ 18.000 (Pesos dieciocho mil) por visita.

Las demás visitas médicas –una vez utilizadas todas las visitas anuales pactadas– podrán ser contratadas, siempre y cuando el costo de la misma sea a cargo del beneficiario y pagada en efectivo al profesional en el momento de realización de la misma.

J. ASISTENCIA NUTRICIONAL

Asesoramiento nutricional Telefónico con Profesionales

El beneficiario podrá solicitar asesoramiento nutricional telefónico brindado por profesionales sobre los temas que

se detallan en la presente cláusula. Los costos derivados del mismo, como ser costos de diagnóstico, tratamientos, medicamentos, entre otros, en todos los casos serán a cargo del beneficiario:

- 1.2 Planes orientativos de alimentación saludable con ejemplos de desayunos, almuerzos y cenas indicando calorías recomendadas para una población sana (ejemplos de viandas)
 - 1.3 Prevención y promoción de la salud
 - 1.4 Información práctica de recetas clásicas adaptadas a distintas patologías
 - 1.5 Asesoramiento sobre productos disponibles en el mercado orientados a las distintas patologías (celiaquía, diabetes, etc.)
 - 1.6 Asesoramiento acerca de dudas e interrogantes relacionados a la salud en general
- Este servicio se brinda sin límite de requerimientos.

K - ASISTENCIA PSICOLÓGICA TELEFÓNICA

El beneficiario y su grupo familiar primario tendrán acceso a un servicio de contención psicológica a través de una línea telefónica, el cual será brindado por profesionales en la materia y ante situaciones de:

- Soledad
- Angustia
- Cuadros depresivos
- Duelo
- Ataques de pánico
- Ansiedad
- Estrés

El servicio sólo consistirá en la contención y la escucha del beneficiario o el familiar. En caso que el profesional lo estime necesario, recomendará al solicitante que busque asistencia médica o profesional externa, según la gravedad del cuadro.

Este servicio se brinda hasta 3 (tres) eventos por año.

L - DESCUENTO EN OPTICAS

El Beneficiario podrá solicitar un descuento del 35% sobre la compra de alguno de los productos alcanzados, en ópticas adheridas. Para obtener el descuento, el Beneficiario deberá comunicarse con El Prestador para que se le informe la óptica adherida más cercana.

Los productos alcanzados por el descuento son:

- ANTEOJOS RECETADOS PARA LECTURA (Armazón y confección de cristales)
- ANTEOJOS DE SOL CON AUMENTO RECETADOS (Armazón y confección de cristales)
- LENTES QUE SE OSCURECEN CON EL SOL
- LENTES MULTIFOCALES
- LENTES DE CONTACTO NUEVAS, SILICONADAS, ULTRA-DELGADAS Y CONFORTABLES
- LENTES POLARIZADOS
- FILTROS ESPECIALES
- LIQUIDOS Y SOLUCIONES LIMPIADORAS PARA LENTES DE CONTACTO
- ARMAZONES RESISTENTES PARA NIÑOS
- ACCESORIOS

Las ópticas prestadoras atenderán al Beneficiario en el horario habitual de atención al público.

Límite de eventos:

Hasta 1 (uno) evento mensual y como máximo 4 (cuatro) eventos anuales.

Tope por evento:

Descuento del 35%, con un Tope de \$ 18.000 (Pesos dieciocho mil).

- Beneficio no acumulable con cualquier otro descuento o rebaja relacionado a obras sociales, prepagas, y similares.

M) PREVENCIÓN CONTROL MUJER

En caso de que el Beneficiario, sea mujer, mayor de edad (mayor a 18 años), tendrá derecho a solicitar un chequeo médico anual por prevención/control con un especialista en los estudios mencionados a continuación:

- La prueba de Papanicolaou (PAP)
- Colposcopia

El Beneficiario deberá solicitar telefónicamente el Servicio a El Prestador, y recibir su autorización. Luego, El Prestador coordinará un turno con alguno de los prestadores suscritos a su red e indicará al Beneficiario fecha y hora del mismo. Queda expresamente establecido que este servicio no opera bajo la modalidad de reintegro bajo ninguna circunstancia y/o eventualidad.

Eventos disponibles: Hasta de 1 (un) Evento por año.

Tope: Hasta \$ 18.000 (Pesos dieciocho mil) por Evento.

N) PREVENCIÓN CONTROL HOMBRES

En caso de que el Beneficiario, mayor de edad (mayor a 18 años), tendrá derecho a solicitar un chequeo médico anual por prevención/control con un especialista en los estudios mencionados a continuación:

- La prueba de Antígeno Prostatico.

El Beneficiario deberá solicitar telefónicamente el Servicio a El Prestador, y recibir su autorización. Luego, El Prestador coordinará un turno con alguno de los prestadores suscritos a su red e indicará al Beneficiario fecha y hora del mismo. Queda expresamente establecido que este servicio no opera bajo la modalidad de reintegro bajo ninguna circunstancia y/o eventualidad.

Eventos disponibles: Hasta de 1 (un) Evento por año.

Tope: Hasta \$ 18.000 (Pesos dieciocho mil) por Evento.

O) PREVENCIÓN TERCERA EDAD

En caso de que el Beneficiario, o alguien de su grupo familiar sea mayor a 65 años de edad, tendrá derecho a solicitar un chequeo médico anual por prevención/control con un especialista de Gerontología para realizar una evaluación que consiste en:

Chequeo médico regular.

Asesoría sobre:

- Dieta balanceada y óptima hidratación.
- Programa de actividad física frecuente.
- Mantener un sueño regular tratando de acostarse y levantarse siempre a la misma hora, evitando siestas matutinas.
- Realizar actividad mental permanente: participar en cursos, lectura frecuente.
- Uso correcto de los medicamentos; no automedicarse.
- Minimizar el aislamiento.
- Tratar de mantener contacto con amigos y familiares.
- Mantener un estado emocional positivo.

El Beneficiario deberá solicitar telefónicamente el Servicio a El Prestador, y recibir su autorización. Luego, El Prestador coordinará un turno con alguno de los prestadores suscritos a su red e indicará al Beneficiario fecha y hora del mismo. Queda expresamente establecido que este servicio no opera bajo la modalidad de reintegro bajo ninguna circunstancia y/o eventualidad.

Eventos disponibles: Hasta de 1 (un) Evento por año.

Tope: Hasta \$ 18.000 (Pesos dieciocho mil) por Evento.

P) DESCUENTO EN ORTOPEDIAS

El Beneficiario podrá solicitar descuentos de hasta el 40% sobre ortopedia de alquiler en Ortopedias adheridas. Para ello, deberá comunicarse con El Prestador para que se le informe la Ortopedia adherida más cercana.

Los productos de ortopedia de alquiler alcanzados son:

- Silla de ruedas
- Muletas
- Bota Walker
- Andador
- Cama ortopédica
- Bañadera portátil

Las Ortopedias prestadoras atenderán al Beneficiario en el horario habitual de atención al público.

Eventos disponibles: Hasta de 1 (un) Evento por año.

Topo: Hasta \$ 18.000 (Pesos dieciocho mil) por Evento.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE CADA SERVICIO

Exclusiones del Servicio de Emergencias y Urgencias Médicas (Apartado A):

Todo tipo de internación clínica incluso la de urgencia o de emergencia o internación quirúrgica y cirugía.

- Terapia intensiva o unidad coronaria
- Terapias alternativas
- Maternidad, parto, patología del embarazo
- Tratamiento neonatal
- Trasplantes
- Traslados programados en ambulancias o traslados en ambulancias para efectuar estudios complementarios de diagnóstico y tratamiento.
- Hemodiálisis y diálisis peritoneal
- Prácticas en etapa experimental
- Todo tipo de tratamientos (histocompatibilidad, esterilidad, geriatría, obesidad alteraciones y/o enfermedades derivadas de alcoholismo, toxicomanía e intoxicaciones autoprovocadas, virus de inmunodeficiencia adquirida, enfermedades oncológicas, trastornos de la alimentación, entre otros)
- Lesiones causadas por estado de enajenación mental, en estado de ebriedad o bajo influencia de estupefacientes o alcaloides; lesiones autoprovocadas o causadas por tentativa de suicidio o por la participación en la comisión de delitos o riñas, salvo aquellos casos de legítima defensa.
- Prótesis y órtesis de cualquier naturaleza
- Prácticas de alta incidencia y bajo costo
- Las prácticas de diagnóstico y laboratorio.

Exclusiones para el servicio de Asistencia en Viajes (Apartado F.):

Las obligaciones asumidas por el Prestador sólo regirán para accidentes y/o enfermedades repentinas y agudas contraídas con posterioridad a la fecha de inicio del viaje. Quedan expresamente excluidas todas las dolencias crónicas y/o preexistentes, así como sus consecuencias o agudizaciones. En estos casos, el Prestador sólo reconocerá, si a su exclusivo juicio correspondiere, la primera consulta clínica por la que se determine la preexistencia de la enfermedad.

Exclusiones del Servicio Descuento en Farmacias (Apartado G.):

Los descuentos mencionados se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el Manual Farmacéutico o similares, con excepción de lo siguiente:

1. Accesorios. (Material de curaciones, descartable, tiras reactivas, etc.);

2. Agentes Inmunosupresores;
3. Agentes para contraste radiológico;
4. Dentífricos;
5. Derivados de la sangre y Eritropoyetina;
6. Droga Orlistat (Ej.: Xenical o productos de próxima aparición);
7. Droga Riluzol (Ej.: Rilutek o productos de próxima aparición);
8. Droga Sildenafil (Ej.: Viagra, Sildefil, Lumix o productos de próxima aparición);
9. Drogas Oncohematológicas (ej.: Leucomax, Neupogen, factores estimulantes de colonias).
10. Drogas utilizadas en el tratamiento del sida;
11. Elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, pastas, polvos e hilo dental;
12. Fórmulas magistrales, flores de Bach y herboristería;
13. Interferones;
14. Productos de perfumería, cosmética y dermatocosmética;
15. Productos de uso exclusivo en internación;
16. Productos de venta libre;
17. Productos dietéticos, alimenticios y leches;
18. Productos para quimioterapia antineoplásica (oncológicos);
19. Productos que actúan sobre el crecimiento. (Hormona de crecimiento y anabólicos);
20. Productos que regulan la natalidad. (Anticonceptivo orales, locales y productos para tratamiento de la esterilidad);
21. Productos sin troquel;
22. Soluciones parenterales de pequeño y gran volumen;
23. Sueros y vacunas;

Exclusiones del servicio de Videollamada con el Doctor (Apartado H):

El Servicio no comprende y no deberá ser utilizado para consultar respecto de

- (i) problemas médicos complejos, o de una gravedad tal que puedan suponer peligro para la vida o salud del beneficiario,
- (ii) eventos que se puedan ser considerados una emergencia, o de urgencia un caso grave,
- (iii) afecciones del corazón o cerebrales, y
- (iv) Cualquier otro supuesto que, a criterio del Prestador o el proveedor médico contactado, no pueda ser atendido, por tratarse de problemas médicos que requieren de atención inmediata en sala de guardia, o un tratamiento que excede el alcance de este servicio. Se detalla a continuación, de manera meramente ejemplificativa, algunas situaciones o casos no contemplados dentro de este servicio:

- Dolor o presión en el pecho
- Hemorragia o sangrado significativo
- Pérdida de la conciencia
- Envenenamiento
- Quemaduras moderadas a severas
- Convulsiones / Epilepsia
- Dificultad para respirar
- Lesión grave de la cabeza, el cuello o la espalda
- Afectación grave de alguna extremidad
- Fracturas o hueso roto

Recetas de:

- Narcóticos
- Opioides
- Sedantes y relajantes musculares
- Medicamentos que requieren una estrecha vigilancia por parte de un profesional de la salud (Clonazepam, Anfetaminas, etc.)
- Medicamentos que requieren administración por parte de un profesional de la salud o capacitación para el uso por primera vez (Remicade, Epogen, Enbrel, etc.)

Exclusiones del servicio de VISITAS MEDICAS DOMICILIARIAS (Apartado I):

1. Todo tipo de internación Clínica incluso la de urgencia o de emergencia o internación quirúrgica y cirugía
2. Terapia intensiva o unidad coronaria
3. Terapias alternativas
4. Maternidad, parto, patología del embarazo
5. Tratamiento neonatal
6. Trasplantes
7. Traslados programados en ambulancias o traslados en ambulancias para efectuar estudios complementarios de diagnóstico y tratamiento.
8. Hemodiálisis y diálisis peritoneal
9. Prácticas en etapa experimental
10. Todo tipo de tratamientos (histocompatibilidad, esterilidad, geriatría, obesidad alteraciones y/o enfermedades derivadas de alcoholismo, toxicomanía e intoxicaciones autoprovocadas, virus de inmunodeficiencia adquirida, enfermedades oncológicas, trastornos de la alimentación, entre otros)
11. Lesiones causadas por estado de enajenación mental, en estado de ebriedad o bajo influencia de estupefacientes o alcaloides; lesiones autoprovocadas o causadas por tentativa de suicidio o por la participación en la comisión de delitos o riñas, salvo aquellos casos de legítima defensa.
12. Prótesis y órtesis de cualquier naturaleza
13. Prácticas de alta incidencia y bajo costo
14. Las prácticas de diagnóstico y laboratorio.
15. Rehabilitación psicomotriz y sensorial

Exclusiones del servicio de ASISTENCIA NUTRICIONAL (Apartado J.):

- La realización de diagnósticos y recetas
- La opinión profesional respecto de diagnósticos y tratamientos emanados de otros profesionales

REINTEGROS

El Prestador procederá al reintegro de los gastos efectuados en los siguientes casos y situaciones, siempre dentro de los topes establecidos para cada tipo de gasto y del cumplimiento de las presentes Condiciones Generales en su totalidad:

- a) Todos los casos de reintegro deberán contar con la autorización previa de la Central Operativa del Prestador. Para permitir la evaluación del mismo, el beneficiario deberá suministrar toda la documentación original necesaria que acredite, al exclusivo criterio del Prestador, la recepción del servicio y la procedencia de los gastos incurridos, incluyendo prescripciones médicas, detalle del medio de traslado en caso de ser necesario, facturas y recibos originales correspondientes. Para todos los casos de reintegro, se deberá proveer nota del beneficiario solicitando y detallando los hechos, importes y conceptos de gastos incurridos.
- b) Únicamente serán consideradas las solicitudes de reintegro que se presenten en las oficinas del Prestador dentro de los sesenta (60) días de la fecha de ocurrencia de los hechos. Pasado dicho plazo, cesará todo derecho del beneficiario para efectuar reclamo alguno.
- c) Los reintegros se efectuarán en la República Argentina, en moneda local de curso legal.

FUERZA MAYOR

El Prestador queda eximido de toda responsabilidad cuando por circunstancias de casos fortuitos o de fuerza mayor, tales como guerra, huelgas, actos de sabotaje, cataclismos, desastres climatológicos, catástrofes epidémicas, revoluciones, apagones generalizados, atentados terroristas, situaciones de desorden público etc., le fuera imposible prestar los servicios en el tiempo y la forma pactada.