

ANEXO PRESTACIONES PLAN DE COBERTURA PARCIAL PLATINO

EL PLAN PLATINO CUBRE EXCLUSIVAMENTE LAS SIGUIENTES PRESTACIONES MEDICO ASISTENCIALES:

(i) Médico a Domicilio. Urgencias y Emergencias:

- **VISITA MEDICA DOMICILIARIA (CÓDIGO VERDE):** Destinado para afiliados que por circunstancias de tiempo, lugar y/o incapacidad se vea impedido o sumamente dificultado para trasladarse hacia un centro médico o consultorio zonal; siendo que requiera atención médica por cuadros clínicos que, por características del mismo y/o del paciente, no generen complicaciones de forma prematura.
Cobertura: Con co-seguro de atención. Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.
- **URGENCIAS MEDICAS (CÓDIGO AMARILLO):** Destinado a afiliados que por características del cuadro clínico y/o paciente requiera atención de manera preferencial y/o mayor equipamiento, por la posibilidad de surgir complicaciones en la evolución del mismo.
Cobertura: Con co-seguro de atención. En todo el país.
- **EMERGENCIA MEDICA (CODIGO ROJO):** Dirigido a aquellos afiliados que por características del cuadro clínico y/o paciente exista riesgo de vida, siendo necesaria la asistencia médica inmediata con el equipamiento adecuado.
Cobertura: Con co-seguro de atención. En todo el país.

(ii) Odontología:

Cobertura total del Nomenclador Nacional, exceptuando Prótesis, Ortodoncia, Placas Panorámicas y Luz Halógena en consultorios particulares, teniendo prótesis y ortodoncia, valores preferenciales.

- **CONSULTAS:** Examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento; Consulta de urgencia
- **OPERATORIA DENTAL:** Obturación con amalgama- cavidad simple; Obturación con amalgama - cavidad compuesta; Obturación con amalgama -restauración con material autocurado (de canino a canino)
- **ENDODONCIA:** Tratamiento de conducto unirradicular; Tratamiento de conducto multirradicular; Biopulpectomía parcial; Necropupectomía parcial- momificación
- **ODONTOLOGÍA PREVENTIVA:** Tartrectomía y Cepillado Mecánico; Consulta Preventiva Periódica en menores de trece - años.; Selladores de puntos y fisuras (solo primeros molares en menores de 13 años)
- **ODONTOPEDIATRIA:** Motivación, en menores de 13 años; Tratamiento de dientes primarios con formocresol
- **PERIODONCIA:** Consulta de estudio-diagnóstico-pronóstico; tratamiento de gingivitis dental crónica; Tratamiento de periodontitis destructiva leve o moderada, bolsas de hasta 5mm. por sector -(6) seis sectores; Tratamiento de periodontitis destructiva severa, bolsas de 6mm. -(6) seis sector. Se excluye cirugía periodontal con técnica de regeneración tisular guiada.; Desgaste selectivo o armonización oclusal
- **RADIOLOGÍA:** Intraorales; Periapical Técnicas de cono corto o cono largo; Media Seriada de 7 películas; Seriada de 14 películas. Técnicas de cono corto o largo
- **CIRUGÍA BUCAL:** Extracción dentaria; Alveolectomía estabilizadora. -6zonas- por zona; Reimplante dentaria inmediato al traumatismo; Incisión y drenaje de abscesos por vía intrabucal; Biopsia por escisión; Alargamiento quirúrgico de la corona clínica; Extracción de dientes retenidos o restos radiculares retenidos; Germectomía; Liberación de dientes retenidos; Apicectomía; Alveolectomía correctiva -por zona- 6 zonas-

(iii) Red de Asistencia Médica Ambulatoria (R.A.M.A):

ALERGIA Testificación total, **ANATOMIA PATOLOGICA** Citología exfoliativa oncológica (PAP), **CARDIOLOGIA** ECG en consultorio, **ECOGRAFIAS** Ecocardiograma Completo, **Ecografía Tocoginecológica** Mamaria Uni o Bilateral; Cerebral; Oftalmológica; Tiroidea; Testículos; Completa de Abdomen; Hepática Biliar Esplénica o Torácica; de vejiga o próstata; Renal; Aorta abdominal dinámica y estática; Pancreática; Ecografía Transvaginal
ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION Régimen individual con preparación de menú dietético, **GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA** Colposcopia, **REHABILITACION MEDICA** Fisioterapia; Kinesioterapia; Rehabilitación del lenguaje por sesión (Fonoaudiología), **NEUMONOLOGIA** Espirometría; Espirometría antes y después del uso del broncodilatadores; Curva de flujo volumen; Determinación de volúmenes pulmonares; Estudio de mecánica pulmonar, **NEUROLOGIA** EEG con activación simple; EEG con activación compleja, **OFTALMOLOGIA** Oftalmodinamometría; Campo Visual; Fondo de ojo y/o esquiocopia; Tonometría; Ejercicios ortópticos por sesión; Gonioscopia; Curva Tensional; Tonografía; Exoftalmometría; Extracción de cuerpo extraño conjuntival; Extracción de cuerpo extraño en cornea; Oftalmoscopia indirecta; Estudio de fijación en el estrabismo; Cateterización de conducto lacrimonasal; Exoftalmología; Campo Visual Computalizado,

OTORRINOLARINGOLOGÍA Examen funcional laberíntico; Audiometría; Logaudiometría; Pruebas supraliminales, cada una; Selección de otoamplifonos; Técnica de proestz, hasta 10 sesiones; Insuflación de las trompas de eustaquio (hasta 5 sesiones cada una); Impedanciometría; Rinomanometría; Extracción de cuerpo extraño en oído. Ext de tapón uni o bilateral; Taponamiento nasal anterior; Taponamiento nasal anteroposterior; Extracción de cuerpo extraño en nariz; Cauterización de nariz ; Lavaje de seno paranasal uni o bilateral, **UROLOGÍA** Dilatación uretral, **ASISTENCIA EN CONSULTORIO** Consulta Médica.(excepto psiquiatría/psicología), **RADIOLOGÍA** Radioscopia con circuito cerrado de TV; Cráneo, Cara, SPN o Cavum; Exp. Subsiguiente; Rx. Columna frente; Rx. Columna perfil.; Rx. hombro, humero, pelvis, cadera y fémur frente; Exp. Perfil ; Rx.Codo, antebrazo, muñeca, mano, dedos, rodilla, pierna, tobillo y pie (INCLUYE F Y P);Rx. Torax frente; Rx. Torax perfil; Esófago estudio radiológico seriado.; Estómago y duodeno seriado; Estómago y duodeno con doble contraste; Estudio seriado esofagogastroduodenal doble contraste; Tránsito de intestino delgado o colon; Colon por enema y evacuado; Colon por enema evacuado y doble contraste; Rx simple de abdomen de frente.; Rx simple de abdomen perfil; Rx simple de arbol urinario; Urograma excretor con pielografía descendente; Urograma excretor con estudio vesical pre y post miccional; Pielografía ascendente; Perfi; Cistouretrografía por estudio de incontinencia p/ detectar reflujo; Mamografía bilateral; Mamografía proyección axilar.

ANÁLISIS CLÍNICOS: Incluye los códigos del Nomenclador Nacional de análisis clínicos, CON SUS NORMAS RESPECTIVAS. Atento a Normas de trabajo de Bioquímico del Nomenclador Nacional, se encuentran EXCLUIDOS los siguientes: Todas las determinaciones por RIE 155 – 17- cetosteroides fraccionados; 262- Dehidroepiandrosterona en orina ; 272- Extracción en domicilio ; 273- Domicilio por km recorrido ; 303- Estrógenos fraccionados; 426- Gonadotropinas Hiposifisarias, uno y dos niveles; 760- Proteico, clearence; 539- Dopaje de I G E Lípidos totales; Lipidograma electroforetico; Hemoglobina Glicosilada; Dosaje de fármacos o drogas; Subunidad B HCG. **ANÁLISIS CLÍNICOS:** No se cubre serología ni determinaciones por RIE

Códigos Incluidos dentro de la Cobertura APB (50 % a cargo del paciente Y 50 % a cargo de Gerdanna Salud) Amilasemia ; antibiograma; antibiograma bacilo de koch- 7 atb- ; quick ; antiestreptolisinas ; anticuerpos anti hiv (método elisa); baciloscopia dir. Ziehl Nielsen ; baciloscopia directa y cultivo ; bacteriología dir. y cultivo con ident. de germen / urocultivo /fauces / vaginal ; bilirrubina total, dir. e ind ; calcemia total ; calciuria ; coagulograma básico incluye KPTT, rto. plaquetas, coagulación, sangría y tpo. de protombina ; colesterol total ; rto. de colonias ; coombs indirecta cualitativa ; coprocultivo ; creatinquinasa- cpk –; Creatinina orina o sangre ; clearence de Creatinina ; chagas-mazza, fijación de complementos, (machado guerreiro); test de embarazo en orina, reacción inmunológica, gravindex – orthotest-**No cubre Sub B** ; rto. de eosinófilos ; eritrosedimentación ; exudado nasofaríngeo ; ferremia ; fosfatasa alcalina ; fosfatemia ; fosfaturia ; rto. de glóbulos blancos, rto. Leucocitos ; rto. glóbulos rojos ; glucemia o glucosuria ; curva de glucemia ; gama glutamil transpeptidasa ; test de Graham o escobillado anal o hisopado anal ; grupo sanguíneo ; hematocrito ; hemograma ; Hepatograma ; inmunoglobulina A (IgA) ; inmunoglobulina D (IgD) ; inmunoglobulina G (IgG) ; Inmunoglobulina M (IgM) ; Ionograma plasmático ; Ionograma urinario ; LDH láctico deshidrogenasa ; latex- artritis reumatoidea; magnesio en sangre ; magnesio en orina ; matoux, intradermorreacción, tuberculina (o PPD) ; micología, dir. o coloración 665- micología, cultivo e identificación ; monotest, mononucleosis test de latex ; orina completa ; parasitológico seriado de materia fecal ; rto. Plaquetas ; potasemia ; potasuria ; proteína c reactiva ; tpo. de protombina- tiempo de quick ; factor rh ; rto. de reticulocitos ; rosse ragan ; sangre oculta en materia fecal ; natremia o natriuria, sodio en sangre u orina ; TGP toxoplasmosis reacción de savin Feldman; TGO transaminasa glutámico oxalacética ; transaminasa glutámico pirúvica ; triglicéridos ; tpo. de trombina ; Kptt ; clearence de urea ; uremia o urea ; exudado uretral o flujo ; uricemia o Ac úrico ; ácido úrico en orina ; exudado o flujo vaginal ; V.D.R.L cualitativa ; PSA

KINESIOLOGÍA: Hasta 30 sesiones al año, 8 por mes

(iv) **Red de Asistencia Médica Ambulatoria Plus (R.A.M.A Plus):**

Las siguientes prácticas son con **AUTORIZACIÓN PREVIA y RES. DE HISTORIA CLINICA. PRACTICAS CUBIERTAS AL 100%:** *Cardiología: Ergometría (17.01.11), *Neurología: Electromiograma 4 miembros (29.01.05) Electromiograma c/ velocidad de conducción (29.01.06), *Laboratorio: TSH (865) / T3(866) / T4 (877), Colesterol HDL (1035), Colesterol LDL (1040), * Neumonología: Espirometría Computarizada (280112). **PRACTICAS CUBIERTAS AL 50%:** *Laboratorio: PSA LIBRE (1031), T4 LIBRE (867), HEMOGLOBINA GLICOSILADA (COD 1070), *Cardiología: Holter ECG (17.01.18) 50%, *Diagnóst. por

Imágenes: T.A.C Simple/ Contrastada (34.10.--), Ecodoppler cardíaco (180301) / Ecodoppler color periférico (180202), Resonancia Magnética 1 posición, Ecografía Partes Blandas, *Mamografías: **Magnificación unilateral y bilateral (34.01.04)**, *Neurología: Mapeo Cerebral (29.01.51), *Densitometría Osea (**1 posición**) (341201) Para ésta practica, Gerdanna Salud se reserva el derecho de realizar una auditoría médica.

(v) Prestación Óptica:

Armazón Standard con Lentes orgánicas Stock y/o Laboratorio (*) // Exclusiones: Lentes de contacto de uso anual o mensual; Prótesis oculares a medida; (*) En Lentes de laboratorio orgánicas desde +/- 14 dioptrías; Lentes de Vision Subnormal (Filtros – Prismáticos – Telescópicos) ; Anteojos de SOL ; Lentes fotosensibles ; Tratamientos: ntrirreflejos / Bordes / Teñidos de lentes ; Bifocales y Multifocales. En los productos fuera de cobertura del 100% - se ofrece descuentos a los afiliados del 20% hasta el 50% según el producto.

(vi) Enfermería a domicilio:

Este servicio consta de tareas de higiene y confort, control de signos vitales, control de glucemia, prevención y curación de escaras de primer grado, control de sondas nasogastricas y vesicales, vaciado y cambiado de bolsas de colonostomia, medición de duriesis, medición de saturación en oxigeno y calculo de oxigeno en sangre, control de traquiostomia, inyecciones intramusculares y endovenosas, colocación de vías y manejo de pacientes epilepticos.

BAJA COMPLEJIDAD: El afiliado cuenta con la cantidad de asistencias mensuales y anuales, no acumulativas, necesarias y suficientes para los tratamientos ambulatorios, determinadas en función de las cantidades que demanda cada cuadro patológico convencional.

***CURACIONES:** 5 POR MES / 20 POR AÑO - Curación de todo tipo de lesión de piel superficial. Ej.: Ulceras varicosas, Quemaduras superficiales, Ulceras por DBT, etc.

***NEBULIZACIONES:**

- 1 VISITA DE ADIESTRAMIENTO
- 10 POR MES
- 20 POR AÑO
- * SIN PROVISIÓN DE NEBULIZADOR

Esta práctica es la aplicación de aire humidificado por vía oral, u oronasal a fin de hidratar la mucosidad adherida a las paredes de las vías respiratorias, provocando y mejorando la expulsión de la misma, según la indicación médica puede tener o no medicación (en éste caso deberá proveerla el paciente). Ej.: Neumonías, Neumonitis, Bronquiolititis, etc.

***INYECTABLES** (intramusculares / subcutáneas):

- 5 APLICACIONES POR MES
- 30 APLICACIONES POR AÑO.

Aplicación de medicación por vía Intravenosa o intramuscular.

***ASPIRACION DE SECRECIONES**

- 1 VISITA DE ADIESTRAMIENTO
- HASTA 5 POR MES
- HASTA 20 POR AÑO

A través de cánula flexible o sonda, se aspiran las secreciones, previamente hidratadas, del árbol respiratorio, a fin de mejorar el intercambio gaseoso. Ej.. Bronquiectasias pulmonares o Enfermedades pulmonares obstructivas, crónicas reagudizadas.

***MEDICION DE GLUCEMIA**

- HASTA 5 MEDICIONES POR MES
- HASTA 30 MEDICIONES POR AÑO

Medir a través de tira reactiva a la Glucosa, los valores de azúcar en sangre, en pacientes con DBT. Tipo 1 o 2, medicados o con seguimiento médico.

*ENEMAS

- HASTA 6 POR AÑO, máximo 2 por mes

Aplicación de sustancias catárticas a través de sonda rectal, en el intestino, a fin de provocar la evacuación de materia fecal, retenida por más de 7 (siete) días. Ej.: Enfermedades congénitas de Colon o en pacientes con postración crónica, es decir más de 15 días de cama o sin deambular.

*LAVADO VESICAL

- HASTA 12 ANUALES, máximo de 3 por mes

Lavado de la vejiga a través de una sonda, colocada en la uretra penénea, en pacientes masculinos con enfermedad de Próstata.

ALTA COMPLEJIDAD: En este caso se brinda a pacientes con enfermedades terminales y/o crónicas. Visitas de hasta una hora de enfermería para suministrar medicación endovenosa, alimentación parenteral, atención de pacientes traqueostomizados, pacientes oncológicos terminales, etc.

HASTA 4 VISITAS POR DIA CON UN MAXIMO DE 7 DIAS AL AÑO, PARA: 2 por día

- PLAN DE HIDRATACION PARENTERAL:

- colocación de vía periférica
- administración de ATB
- tratamiento quimioterapico
- plan de analgesia

Para pacientes con plan de suero, recambio de sachets, según la cantidad de líquido y/o medicación y horas de goteo que se hayan indicado.

-PLAN DE ALIMENTACION ENTERAL:

- colocación de SNG, nasoentérica (k-108)
- ptes. con yeyunostomía, gastrostomía
- preparación de formulas
- manejo de bomba de infusión
- educación a la familia

Paciente con sonda estomacal, nasogastrica o K-108, por donde se aportan alimentos procesados.

HASTA 2 VISITAS POR DIA CON UN MAXIMO DE 7 DIAS AL AÑO, PARA: 1 por dia

- CURACIONES COMPLEJAS (escaras, quemados, post-op complejos)

Todas aquellas que comprometan planos profundos de tejidos y postoperatorias complejas. Ej. Toracotomía, etc.

HASTA 1 VISITAS POR DIA CON UN MAXIMO DE 7 DIAS AL AÑO, PARA:

- ENEMA DE MURPHY

Colocación de sonda rectal y pasaje de solución de leche, miel y agua oxigenada, en cantidad de horas según indicación médica

- HIGIENE Y CONFORT

Baño y movilización en pacientes inmovilizados

- COLOCACIÓN DE SONDAS

Para colocación de sondas, ya sean para evacuación o incorporación, estomacales, nasogástricas y K-108, etc.

- CUIDADOS DE OSTOMAS

Cuidado de aperturas artificiales. Ej.: Cáncer de Colón (colostomías), Cáncer de Laringe o Tráquea (Traqueostomía)

EXCLUSIONES: NO COMPRENDE LA PROVISION DE DESCARTABLES NI MEDICAMENTOS, QUEDANDO EXPRESAMENTE EXCLUIDAS LAS URGENCIAS, ACOMPAÑAMIENTO, HIGIENE, CUIDADOS ESPECIALES DEL BENEFICIARIO, ASI COMO LA SOLICITUD DE PRACTICAS QUE NO CUENTEN CON LA INDICACION

MEDICA CORRESPONDIENTE, O CUANDO EL PACIENTE SE ENCUENTRE CON INTERNACION DOMICILIARIA.

IMPORTANTE: NINGUNA PRESTACION PODRA SER REQUERIDA SIN EXPRESA INDICACION MEDICA Y SIN LA PRESENTACION DE DICHA INDICACION ACOMPAÑANDA DEL RESUMEN DE HISTORIA CLINICA, QUEDANDO SUJETA LA PRESTACION A LA APROBACION DE NUESTRA AUDITORIA MEDICA. TODAS LAS PRESTACIONES SE CONTABILIZAN POR AÑO CALENDARIO, NO SIENDO ACUMULATIVAS. TODAS LAS PRESTACIONES CUENTAN CON COSEGURO DE ATENCION QUE SE ABONA EN EL MOMENTO DE REALIZADA LA MISMA

ACCESO A LA COBERTURA: Las prestaciones requeridas deberán estar indicadas por un profesional médico, cubriendo al afiliado en su domicilio, siempre que éste no se encuentre en periodo de Internación Domiciliara. El afiliado debe solicitar la prestación a GERDANNA SALUD, a los teléfonos: (i) Desde Cap. Fed y GBA al 4959-9595 y (ii) Desde el Interior del País al 0-810-666-6350, DE LUNES A VIERNES EN EL HORARIO DE 09:00 A 18:00. Las atenciones son brindadas los 365 días del año, las 24 hs. del día, siempre con programación previa de 24hs. en Cap. Fed. Y GBA (Gran buenos Aires hasta 40 km de punto 0) y 48 hs. Realizada la solicitud con la debida antelación y la presentación de la documentación requerida y previa autorización de nuestra auditoría médica, el servicio ingresa en la programación diaria. Al momento de la solicitud se requerirá: Nombre y apellido del paciente, Entidad a la cual pertenece y n° de afiliado, Edad, Dirección y localidad, Teléfono y Envió de Solicitud Médica indicando: diagnóstico o presunción diagnóstica, resumen de Historia Clínica, indicación específica de la prestación requerida, todo de fecha actual y con firma y sello del profesional solicitante. Una vez recepcionada la documentación y aprobada la prestación por nuestra auditoría médica se le indicará al paciente día y hora de la prestación. ZONAS CUBIERTAS: Nómina de Zonas Geográficas cubiertas para el Servicios de ENFERMERIA A DOMICILIO. La misma es puesta a disposición por el Prestador al Prestatario por medios digitales. Toda modificación que sufre en el futuro será informada por el Prestador al Prestatario por la vía que las partes consideren pertinente.

Farmacia:

PLAN	A/CARGO OBRA SOCIAL	COBERTURA SOBRE
Ambulatorio	30%	VADEMECUM

RECETARIO: Debe constar edad, sexo, diagnóstico (codificado o en letras).

-PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS: por nombre genérico seguido por nombre comercial

-CANTIDAD MEDICAMENTOS: 2 (dos) por receta, 1 (uno) de cada uno

-ANTIBIOTICOS INYECTABLES MONODOSIS. Hasta 5 (cinco) por receta

-ANTIBIOTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS Hasta 1 (uno) por receta

-TAMAÑOS: Será indicado por el profesional, cuando no indica tamaño, entregar el de menor contenido, indica grande, entregar el tamaño siguiente al menor, equivoca cantidad o contenido, entregar el tamaño inmediato inferior.

-VALIDEZ DE LA RECETA: 30 (Treinta) días corridos de su emisión

-TROQUEL: si, de acuerdo al orden de prescripción, incluyendo el código de barras, adheridos con goma de pegar, si el producto no tuviese troquel, colocar la sigla S/T

-DIAGNOSTICO EN LA RECETA: SI

-CREDENCIALES: el afiliado deberá presentar el carnet o credencial.

-CONFORMIDAD DEL AFILIADO Y/O TERCERA PERSONA QUE RETIRA LOS MEDICAMENTOS

Deberá aclarar su nombre y apellido, número de documento de identidad. Domicilio, teléfono, firmando de conformidad. N° DE AFILIADO Cuando el número de afiliado se encuentre incompleto o sea poco legible, la farmacia puede corregirlo firmando y sellando junto a la corrección realizada

PRODUCTOS EXCLUIDOS DE COBERTURA: ANOREXIGENOS, ADELGAZANTES, DERMATOLOGICOS ACIDOS RETINOIDES, DIETETICOS, ALIMENTICIOS, DROGA ORLISTAT, DROGAS ONCOHEMATOLOGICAS, ENERGIZANTES, ESTIMULANTES DE LA DISFUNCION SEXUAL, ELEMENTOS DE CONTRASTE, ANESTESICOS, FLORES DE BACH, GINSENG, FORMULAS MAGISTRALES, HERBORISTERIA, HOSPITALARIOS, INTERNACION, PARCHES Y CHICLES PARA DEJAR DE FUMAR, PERFUMERIA, COSMETICA, DERMATOCOSMETICA, PRODUCTOS PARA TRATAR LA ESTERILIDAD, QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLASICA (ONCOLOGICOS). VENTA LIBRE, DESCARTABLES EN GRAL. TODOS LOS PRODUCTOS QUE CONTENGAN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES DROGAS: ACETATO DE LEUPROLIDE – ETANERCEPT – LINEZOLID – PALVIZUMAB – SIBUTRAMINA.

Consulte por las farmacias disponibles en www.mundoamtae.com o en su filial más cercana.

(vii) Asistencia Alta Complejidad:

Es una Cobertura de intervenciones Quirúrgicas de tipo indemnizatorio:

Se cubren cirugías de alta complejidad, 64 intervenciones.

El monto a indemnizar depende de la complejidad:

- Nivel 1 = hasta \$300.000 –
- Nivel 2 = hasta \$600.000 –

Periodo de carencia, 90 días, excepto accidentes. -Exclusiones específicas: intervenciones derivadas de HIV, practicas endovasculares sin apertura del torax (angioplastias), y/o toda practica que no figure taxativamente en el listado.

Comunicarse con SMG AL 0810-222-7645, para que le informen detalladamente el procedimiento de presentación de la documentación a seguir de acuerdo a su ubicación.

Importante: La edad máxima es hasta 64 años, con una carencia de 90 días.

Prácticas y procedimientos	Nivel
OPERACIONES DEL CRANEO Y SISTEMA NERVIOSO	
OPERACIONES INTRACRANEANAS	
Ventriculocisternostomías	1
Lobectomía parcial o total	2
Tractotomía espinotalámica	1
Tratam. Quir. Aneurisma Intracraneal	1
Reparación plástica senos craneales	2
Escisión neoplasia intracraneana	1
Intervenciones estereotáxicas	1
Hipofisectomía	2
CIRUGIA VERTEBROMEDULAR	
Ligadura aneurismas medulares	2
Cordotomía espinotalámica	2
INTERVENCIONES SOBRE LOS PARES CRANEALES	
Neurotomía retrocasiaria trigeminal	
Neurotomía intermediario vestibular	2
Intervenciones nervios ópticos	2
OPERACIONES OTORRINOLARINGOLOGICAS	
OPERACIONES EN EL OIDO MEDIO	
Cirugía de glomus yugularis	
Cirugía 2º y 3º nervio facial	2
OPERACIONES EN EL OIDO INTERNO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	
Cirugía del saco endolinfático	
Cirugía conducto auditivo interno	2
Tratamiento quir. neurinoma acústico	1
OPERACIONES EN LA LARINGE	
Operación comando de laringe	2
OPERACIONES EN GLANDULAY CONDUCTOS SALIVALES	
Operación comando de parótida	2
OPERACIONES EN LA BOCA	
Operación comando piso de boca	1
OPERACIONES EN LA LENGUA	
Operación comando de lengua	2
OPERACIONES EN EL PALADAR Y UVULA	
Operación comando de paladar	2
OPERACIONES EN AMIGDALAS, ADENOIDES Y FARINGE	
Operación comando de faringe	1

OPERACIONES DEL SISTEMA ENDOCRINO	2
OPERACIONES EN LAS GLANDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES Operación comando de tiroides	
OPERACIONES EN LAS GLANDULAS SUPRARRENALES Adrenalectomía bilateral	1
OPERACIONES EN EL TÓRAX	1
OPERACIONES EN PULMÓN, PLEURAY MEDIASTINO Lobectomía, bilobectomía o neumonectomía Resección enfisema bulloso bilateral	2
OPERACIONES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR	2
CIRUGIA CARDIOVASCULAR CON CIRCULACION EXTRACORPOREA Tratamiento quirúrgico cardiopatías con hipotermia Reemplazo válvula cardíaca Doble reemplazo valvular Reemplazo valvular y plástica de otra Cierre de defectos septales	2 2 2 2

OPERACIONES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR

Tratamiento quir. aneurisma de aorta Aneurisma de aorta descendente Cirugía de revascularización mediante puente aorto-coronario o puente mamario-coronario (by-pass) Resección de aneurisma ventricular Resección de aneurisma c/ cirugía de revascularización	2 2 2 2
OPERACIONES EN ARTERIAS Y VENAS DE LA CAVIDAD TORACICA	2
Tratamiento quir. de aneurisma aorto-torácico	
OPERAC. EN ARTERIAS Y VENAS CAVIDAD ABDOMINO-PELVANA	2
Tratamiento quir. de aorta abdominal Cirugía ramas viscer. aorta abdominal y troncos ilíacos (anastomosis) Derivación aorto bifemoral Derivación aorto ilíaco uni o bilateral Anastomosis porto cava	2 2 2 2

OPERACIONES DEL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN	2
OPERACIONES EN EL ESOFAGO Esofagectomía total y reconstrucción en un tiempo Reemplazo de esófago	2 2
OPERACIONES EN EL ESTOMAGO Gastrectomía total	2
OPERACIONES EN EL COLON Y RECTO Colectomía total c/ restitución tránsito Colectomía total con ileostomía Operaciones radicales p/m egacolon Operaciones radicales p/m egacolon(2) Colonprotectomía total Proctosigmoidectomía	2 1 1 2 2 2
OPERACIONES EN EL HIGADO Y VIAS BILIARES Lobectomía hepática Segmentectomía	2 2
OPERACIONES EN EL PANCREAS Duodenopancreatocistomía	1
OPERACIONES DEL APARATO URINARIO Y GENITAL	2
OPERACIONES EN EL RINÓN Y URETER Nefroureterectomía total c/ cistectomía parcial Derivaciones ureterales	1 1
OPERACIONES EN LA VEJIGA Cistectomía total Cistoplastia con colon o ilio-cistoplastia agrandamiento vesical	1 1
OPERACIONES EN EL UTERO Cirugía comando de útero y anexos	1
OPERACIONES DEL SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO	1
ARTROPLASTIAS Reemplazo de artroplastia cementada	
AMPUTACIONES Y DESARTICULACIONES Amputación interileoabdominal	1
TRATAM. QUIR. POR PROCEDIMIENTOS COMBINADOS. MISCELANEAS Discectomía cervical, dorsal o lumbar con artrodesis	1 1

(viii) Asistencia Full Hogar:**Asistencia Hogar - Cobertura****Limite por evento Cantidad de eventos**

-Envío y pago de plomero por emergencia \$4000 por evento 4 eventos al año

- Envío y pago de cerrajero por emergencia \$4000 por evento 4 eventos al año
- Envío y pago de electricista por emergencia \$4000 por evento 4 eventos al año
- Envío y pago de vidriero por emergencia \$4000 por evento 4 eventos al año
- Traslado y guarda muebles por inhabilitación \$4000 por evento 1 evento al año
- Seguridad y vigilancia en caso de siniestro \$4000 por evento 3 eventos al año
- Servicios de conexión por trabajos de mantenimiento Sin límite
- Servicios de destapaciones Costo preferente Sin límite
- Coordinación de servicios en general a nivel nacional Costo preferente Sin límite
- Instalación de aire acondicionado, línea blanca y línea marrón Costo preferente Sin límite
- Servicio de mantenimiento de jardines y piletas Costo preferente Sin límite
- Servicio de referencia para fumigaciones Costo preferente Sin límite
- Servicio de referencia y coordinación hogar total (Phono Casa) Sin límite 12 eventos al año

Asistencia PC/Laptop - Cobertura

Límite por evento Cantidad de eventos

- Atención telefónica tecnológica 24 horas 365 días al año Sin límite 24 eventos al año
- Técnico a domicilio (se resolverán un máx. de 3 de los servicios detallados) \$3000 por evento 2 eventos al año:
 - Limpieza del pc
 - Cambio de partes o piezas básicas sin garantía extendida) Configuración de periféricos
 - Re instalación de sistemas operativos
 - Instalación de software
 - Mantenimiento preventivo
 - Formateo de disco duro sin recupero de información
- Consulta telefónica sobre software o hardware Sin límite 24 eventos al año

Asistencia Vía Pública - Cobertura

Límite por evento Cantidad de eventos

- Traslado del asegurado en taxi/remis hasta su domicilio o comisaría \$2000 por evento 2 eventos al año
- Traslado médico terrestre en ambulancia Sin límite 2 eventos al año
- Reembolso de gastos médicos como consecuencia del robo Costo preferente Sin límite
- Cerrajero en caso de robo de las llaves del domicilio para reposición y cambio de cerradura \$3000 por evento 1 evento al año
- Coordinación de denuncias de robo de tarjetas de crédito Sin límite Sin límite
- Coordinación de denuncias de robo y baja de celular Sin límite Sin límite
- Descuento en farmacias del 40% en caso de prescripción médica \$2000 por evento 1 evento al año
- Envío de remolque o grúa en caso de robo de las llaves del auto \$5000 por evento 1 evento al año
- Orientación legal en caso de robo de documentos Sin límite Sin límite
- Asistencia telefónica para trámites administrativos derivados del robo Sin límite Sin límite
- Conexión con números de emergencia (policía, bomberos, defensa civil, etc. Sin límite Sin límite
- Transmisión de mensajes urgentes Sin límite 12 eventos al año

Asistencia Legal – Cobertura

Límite por evento Cantidad de eventos

- Asesoría legal telefónica en caso de robo en domicilio Sin límite 6 eventos al año
- Asesoría legal telefónica en caso de robo del automóvil Sin límite 6 eventos al año
- Asesoría legal telefónica en caso de accidente automovilístico Sin límite 6 eventos al año
- Asesoría legal en caso de fallecimiento del titular Sin límite 6 eventos al año
- Asesoría legal en caso de pérdida o robo de documentos Sin límite 6 eventos al año
- Asesoría legal telefónica vía telefónica en materia civil, familiar y penal Sin límite 6 eventos al año

Referencias y Coordinación – Cobertura

Límite por evento Cantidad de eventos

- Referencias y coordinación de centros culturales (teatros, cines y museos) Sin límite 6 eventos al año

- Referencias y coordinación de florerías Sin límite 6 eventos al año
- Referencias y coordinación de restaurantes Sin límite 6 eventos al año
- Conexión con números de emergencia (policía, bomberos, etc.) Sin límite 6 eventos al año
- Transmisión de mensajes urgentes Sin límite 6 eventos al año

Asistencia Senior

A todas las asistencias del programa familiar se suma la asistencia médica: Asistencia Hogar + Asist. PC / Laptop + Asist Vía Pública + Asist. Legal Referencias y Coordinación

Asistencia Médica – Cobertura

- Enfermera a domicilio (colocación de inyecciones y curaciones) \$3000 por evento 6 eventos al año
- Phono med Sin límite 12 eventos al año
- Acompañamiento nocturno en caso de internación \$2000 por evento 5 eventos al año
- Recordatorio de citas e ingesta de medicamentos 10 días 6 eventos al año
- Empleada doméstica en caso de internación \$2000 por evento 5 eventos al año
- Envío de exámenes de laboratorio a domicilio \$2000 por evento 1 evento al año
- Paseo y aseo de mascotas en caso de internación Lavadero (retiro, lavado y entrega a domicilio) en caso de internación Costo preferente Sin límite
- Delivery de supermercado en caso de internación Costo preferente Sin límite
- Envío de medicamentos a domicilio Costo preferente Sin límite
- Referencias de farmacias de turno Sin límite Sin límite
- Referencias de especialistas, clínicas y hospitales nacional Sin límite Sin límite
- Referencia de farmacias y centros de salud Sin límite Sin límite
- Referencia de odontólogos a nivel nacional Sin límite Sin límite
- Referencia de centros y clínicas odontológicas Sin límite Sin límite

Asistencia Mascotas – Cobertura

- Asistencia veterinaria in situ en caso de accidente automovilístico \$3000 por evento 1 evento al año
- Veterinario a domicilio \$3000 por evento 5 eventos al año
- Aseo y peluquería \$1000 por evento 2 eventos al año
- Paseo de perros en caso de hospitalización del afiliado \$1500 por evento 3 eventos al año
- Radiografías, ecografías y cirugías Costo preferente Sin límite
- Infertilización Costo preferente Sin límite
- Orientación legal telefónica por resp. civil mascotas Costo preferente Sin límite
- Hotel para mascotas en caso de hospitalización del afiliado Costo preferente Sin límite
- Envío de hasta 10kg de alimento para mascotas a domicilio Costo preferente Sin límite
- Eliminación de cadáver en caso de fallecimiento Costo preferente Sin límite
- Phono med veterinario (consultas en general) Sin límite 6 eventos al año
- Referencia de clínicas veterinarias a nivel nacional Sin límite 12 eventos al año
- Referencia de especialidades veterinarias a nivel nacional Sin límite 12 eventos al año

(ix) Servicios de asistencia al viajero internacional:

Se trata del conjunto de prestaciones asistenciales que amparan al beneficiario de las mismas durante los viajes que realice, conforme el siguiente detalle. Los Servicios de Asistencia al Viajero se prestan en viaje. Se entenderá por viaje, a la salida del beneficiario hacia cualquier destino fuera del territorio argentino situado a más de 100 kms. de su "domicilio", y su posterior regreso. Será una carga del beneficiario acreditar la fecha de salida y la duración del viaje, mediante toda la documentación que sea necesaria a tal fin, tales como por ejemplo pasajes, pasaportes, vouchers de hotelería, etc. La negativa por parte del beneficiario a presentar dicha documentación, eximirá a ASSISTO de prestar servicio alguno. La vigencia del servicio de asistencia al viajero es anual. Es decir, que dentro del año, el beneficiario puede realizar la cantidad de viajes que desee; sin embargo la vigencia de los servicios se limita a veinte (20) días consecutivos para cada viaje. Se considerará fecha de inicio de la vigencia de los servicios para un viaje determinado, a la fecha de salida del "domicilio". Asimismo, cuando el viaje sea con tramos nacionales e internacionales combinados, la vigencia de veinte (20) días se extingue en cuanto se abandona el suelo argentino

tras la salida del "domicilio" y no se renueva o se continúa al reingresar al mismo, con prescindencia de que dicho reingreso coincida o no con el regreso al "domicilio".

Detalle de prestaciones:

Los servicios de asistencia médica se limitan exclusivamente al tratamiento de urgencia del cuadro agudo que impida la continuación del viaje.

Las obligaciones asumidas por El Prestador sólo regirán para enfermedades repentinas y agudas contraídas con posterioridad a la fecha de inicio del viaje. Quedan expresamente excluidas todas las dolencias preexistentes, las enfermedades en curso de tratamiento así como sus consecuencias y agudizaciones. Se entiende por Enfermedad Preexistente a toda dolencia, enfermedad o accidente que reconozca una etiología u origen anterior a la fecha de inicio de la vigencia del servicio o del viaje (la que sea posterior) y que sea factible de ser objetivado a través de métodos complementarios de diagnóstico. En estos casos El Prestador sólo reconocerá, si a su exclusivo juicio correspondiese, la primera consulta clínica por la que se determine la preexistencia de la enfermedad. Ejemplos claros y comunes de preexistencias solo para citar algunos son: los cálculos renales o biliares, las obstrucciones de arterias o venas por coágulos u otros, enfermedades respiratorias como el asma, problemas pulmonares, efisemas, el VIH, sin que los mismos tengan carácter taxativo.

La asistencia médica incluye los topes asistenciales de las prestaciones que se detallan a continuación:

- a) Consultas médicas: se prestarán en caso de accidente o enfermedades agudas e imprevistas. Quedan excluida la toma a cargo de los gastos derivados de enfermedades preexistentes al viaje.
- b) Atención por especialista: cuando sea indicada por los equipos médicos de urgencia y autorizada previamente por la Central de Asistencias de El Prestador.
- c) Exámenes médicos complementarios: Análisis de sangre, de orina, etc.; radiografías, electrocardiografías y/o cualquier otro estudio que sea ordenado por los profesionales indicados por El Prestador y autorizados por la Central de Asistencias de El Prestador.
- d) Terapia de recuperación física: en los casos de traumatismos, si el Departamento Médico de El Prestador lo autorizara, y habiendo sido prescripto por el médico tratante, El Prestador tomará a cargo hasta 10 (diez) sesiones de fisioterapia, kinesioterapia, etc., según prescripción médica.
- e) Medicamentos: El Prestador se hará cargo de los gastos de medicamentos recetados para la afección que diera lugar a la asistencia, hasta el tope máximo de Trescientos Dólares (u\$s300) por cada viaje fuera del territorio argentino. Los gastos de medicamentos serán imputados a cuenta del límite máximo de gastos médicos conforme a lo establecido en el apartado j) de esta cláusula.
- f) Odontología: El Prestador se hará cargo de los gastos por atención odontológica de urgencia limitado al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dentaria, hasta el tope máximo de Trescientos Dólares (u\$s300) por cada viaje fuera del territorio argentino. Los gastos por atención odontológica serán imputados a cuenta del límite máximo de gastos médicos conforme a lo establecido en el apartado j) de esta cláusula.
- g) Internaciones: cuando los médicos designados por El Prestador así lo prescriban, se procederá a la internación en el Centro Asistencial más próximo al lugar del accidente o enfermedad, y adecuado según el exclusivo criterio de El Prestador. Dicha internación estará a cargo de El Prestador durante todo el tiempo de vigencia del servicio hasta cinco (5) días complementarios al cese de la cobertura.
- h) Intervenciones quirúrgicas: cuando sean autorizadas por el Departamento Médico y la Central de Asistencias de El Prestador en los casos de emergencia que requieran urgentemente este tratamiento.
- i) Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: cuando la naturaleza de la enfermedad o lesiones lo requieran, y siempre con autorización del Departamento Médico y de la Central de Asistencias de El Prestador se proveerá este tipo de tratamiento.
- j) Límite de gastos de asistencia médica: 1.- El Prestador cubrirá los gastos que se generen como consecuencia de las prestaciones detalladas en la presente cláusula, hasta el tope máximo de Dieciocho Mil Dólares Americanos (u\$s 18.000) por cada viaje fuera del territorio argentino. Dichos topes incluyen además de los gastos que generen las prestaciones detalladas en la presente cláusula, los gastos de odontología (apartado f), medicamentos (apartado e), traslado sanitario (cláusula 10), repatriación sanitaria (cláusula 11) y repatriación de restos (cláusula 19).
- k) Gastos Médicos por Preexistencias, Gastos médicos por lesiones causadas durante la práctica de un deporte y Gastos médicos por dolencias, controles o cualquier tipo de problema a causa de un embarazo:
- l) Estos servicios no se encuentran cubiertos sin embargo, podrían tener un tope de asistencia menor al tope de asistencia por asistencia médica en función de la cobertura activada.

Queda establecido que todos los gastos incurridos en un mismo viaje serán incluidos dentro del tope máximo establecido en la cláusula 9 j), que corresponda aplicar según el destino del viaje, independientemente de que el beneficiario tuviera eventualmente emitidos más de una cobertura informada. Una vez agotado el tope correspondiente, cesará toda responsabilidad por parte de El Prestador no teniendo derecho el beneficiario a ninguna prestación ni reintegro relacionado con los servicios cuyo límite de gastos se ha agotado, con prescindencia del lapso pendiente de vigencia del servicio.

Traslados sanitarios: En casos de emergencia, El Prestador organizará el traslado al centro asistencial más próximo al lugar del accidente o enfermedad, a fin de que el beneficiario reciba atención médica de acuerdo a las condiciones particulares que reciba el beneficiario al activar su voucher. Los gastos por traslado sanitario serán imputados a cuenta del límite máximo de gastos médicos conforme a lo establecido en el apartado j) de la cláusula 9.

Exclusiones:

Se encuentran excluidos de la cobertura asistencial contratada los tratamientos que se detallan a continuación:

- a) Tratamientos homeopáticos y quiroprácticos; acupuntura; fisio-kinesioterapia; curas termales, podología; terapia ocupacional, de medicinas no convencionales o alternativas.
- b) Tratamientos de trastornos psíquicos, de enfermedades mentales, de enfermedades o accidentes producidos por la ingestión de drogas, narcóticos, bebidas alcohólicas, medicinas sin prescripción médica; del alcoholismo; de la drogadicción o cualquier otra adicción.
- c) De partos y estados de embarazo, a menos que se trate de una complicación clara e imprevisible; y de estados de embarazo, cualquiera sea la naturaleza de la causa que motiva el tratamiento.
- e) De las enfermedades o lesiones derivadas de acciones riesgosas, de grave imprudencia o criminales del beneficiario, sean en forma directa o indirecta; intento de suicidio y sus consecuencias; del suicidio del beneficiario.
- f) De enfermedades o lesiones resultantes de tratamientos hechos por profesionales no pertenecientes a equipos médicos indicados por El Prestador y/o de tratamientos médicos o farmacéuticos que, habiéndose iniciado con anterioridad al inicio del viaje, produzcan consecuencias durante el mismo.
- g) El tratamiento y/o control de enfermedades crónicas, entendiéndose por Enfermedad Crónica a todo trastorno orgánico y funcional que modifica el estilo de vida, que es permanente, multicausal y que requiere largos periodos de cuidado, tratamiento paliativo y control. Son ejemplos, sin que esta enumeración tenga carácter taxativo: desordenes cardiovasculares crónicos incluyendo hipertensión, enfermedades respiratorias crónicas, afecciones renales crónicas, desordenes gastrointestinales y hepáticos crónicos, afecciones con compromiso inmunológico, tanto sea éste consecuencia de la misma enfermedad o de las drogas utilizadas para su tratamiento; oncológicas, del síndrome de inmunodeficiencia adquirido, diabetes, enfermedades neurológicas etc.
- h) Toda afección, dolencia o agudización acontecida como consecuencia de un viaje desaconsejado por el médico de cabecera o derivada de una actividad desaconsejada por el médico de cabecera. En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento de una enfermedad preexistente, El Prestador se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa.
- i) De consecuencias derivadas de la práctica profesional de deportes, de la práctica de deportes peligrosos, tales como automovilismo, motociclismo, boxeo, aladeltismo, parapente, jet-ski, ski acuático, trekking, rafting, alpinismo, paracaidismo, bungee-jumping, aviación, baseball, rugby, hockey sobre césped, hockey sobre hielo, hockey sobre patines, patinaje artístico sobre pista o sobre hielo, competencias aeróbicas y/o deportivas de todo tipo, tanto profesionales como amateur, deportes invernales practicados fuera de pistas reglamentarias, uso de trineos y medios de deslizamiento afines, carreras de caballos, de bicicletas, polo, cualquier clase de carrera de automóvil y exhibiciones, actividades artísticas como el ballet, acrobacia, deportes de aventura, de alto riesgo, etc., sin que la enumeración tenga carácter taxativo.
- j) De enfermedades ocasionadas por endemias, epidemias y pandemias.

Se encuentran excluidos de la cobertura asistencial, los gastos que se detallan a continuación:

- a) Las visitas médicas de control así hayan sido prescritas por el médico tratante para la evaluación del seguimiento de la enfermedad diagnosticada durante el viaje y/o aquellas que tengan por objeto la reposición de medicamentos, lentes, lentes de contacto, prótesis dentales etc. por pérdida, robo u olvido de los mismos;
- b) Los chequeos y tratamientos crónicos.
- c) Los gastos de prótesis y órtesis de todo tipo incluyendo prótesis endovasculares, desfibriladores, artículos de ortopedia; audífonos, anteojos, lentes de contacto, férulas, muletas, sillas de ruedas, nebulizadores, respiradores, etc.
- d) Los gastos de hotel, restaurantes y medios de transporte;
- e) En los casos de internación se encuentran excluidos los gastos extras y de acompañantes.

(x) Servicios Asisto:

Para solicitar los servicios, los beneficiarios deberán comunicarse telefónicamente al número habilitado 0810-362-1444 durante las 24 horas todos los días del año en todo el territorio nacional.

ASISTENCIA MOBILE

Computadoras Personales Notebook y PC de escritorio

- Ajustes y configuraciones sugeridas para mejorar el rendimiento del equipo, dicha actividad puede complementarse con la instalación de algún software específico, gratuito.
- Se excluye intervenciones que impliquen la apertura del equipo. Se ofrecerán opciones de almacenamiento en dispositivos externos para liberar memoria
- Instalación y configuración de accesorios o periféricos: Soporte/instalación de hardware externo, periféricos y accesorios tales como: Sistemas de Audio, Parlantes, Auriculares y Micrófonos, Fotográficas y de Video, Impresoras, Scanners y Multifunción, Teclados, Mouse y calibración de video. Conectividad: Router WIFI, con dispositivos Móviles, con otras computadoras dentro de la misma red.
- Almacenamiento: Pendrives, Discos externos, Compartidos en la red Hogareña. Se excluyen los periféricos cuando ellos o sus conexiones no sean compatibles con el equipo principal.
- Configuración de cuentas de Usuario: Cuentas de correo, redes sociales (Facebook; Twitter; LinkedIn; Youtube).

Dispositivos Móviles Celulares, Smartphones y Tablet

- Configuración de Store, Instalación y desinstalación de Apps. Los sistemas operativos cubiertos son Android e IOS.
- Sincronización de Datos e Información: Actividades de configuración de cuentas y habilitaciones en el dispositivo para sincronizar información de cuentas de correo, redes sociales u otras aplicaciones de acceso libre y curso legal permitidas por la plataforma del dispositivo.
- Configuraciones Avanzadas: Configuraciones necesarias para que un dispositivo móvil con conexión a Internet actúe como pasarela para ofrecer acceso a la red a otros dispositivos.
- Configurar un celular/Smartphone como Modem.
- Compartir contenidos multimedia. Configuración protocolos y herramientas para Bluetooth / NFC / DNLA o similares.
- Configuración de rastreo de equipos.
- Instalación y Configuración de Cuentas del Usuario: Cuentas de correo, redes sociales u otras aplicaciones de acceso libre y curso legal permitidas por la plataforma del dispositivo.
- Actualización del Sistema Operativo: La actualización se realizará hasta la última versión que se encuentre disponible para dicho dispositivo o sistema operativo.
- Asistencia en el Uso: Orientación, guía o soporte en el uso o utilización de Software y Hardware del dispositivo. Parámetros de seguridad, claves de equipo y antivirus. Asistencia en el primer uso y uso general. Mejoramiento de Performance y liberación de Memoria: Ajustes y configuraciones sugeridas para mejorar el rendimiento del equipo.
- Mejoramiento de uso de Batería: Ajustes y configuraciones sugeridas para mejorar el rendimiento de la batería.
- Asesoramiento en la compra: De acuerdo con las necesidades del Beneficiario y la ponderación de atributos que este considere, se realizará un análisis conjunto con posterior sugerencia en la compra de dispositivos móviles (Tablets, Celulares, Smartphones). Incluye el análisis y comparativa entre modelos y equipos

Entretenimiento Hogar

- Smart TV, TV LCD/LED, Equipos de Audio y Video Conexión y Configuración de Smart
- LED TV: Incluye soporte en las conexiones, configuraciones y calibraciones de audio y video del

dispositivo.

- Conectividad con otros equipos a través de la red hogareña.
- Conectividad con sistemas de Audio y/o parlantes externos.
- Realización de actualizaciones de Software de base (Firmware), siempre y cuando se encuentren las versiones libres y autorizadas por el fabricante del TV.
- Configuración de APPS y Multimedia: Configuración de aplicaciones estándares del Smart (Redes sociales, Skype/Videollamadas y Youtube)

Gaming

- Consola de Juegos, conexión de consolas: Asesoramiento para la conexión y la utilización del equipo (Store/Compras Online).
- Instalación de accesorios de consolas: La prestación se realizará solamente sobre accesorios originales y/o compatibles. Se excluyen accesorios no compatibles.

ASISTENCIA TRIBUTARIA

Los servicios de asistencia legal serán brindados por profesionales abogados matriculados, consisten en servicio de asesoramiento legal y no incluyen actuaciones ni judiciales ni administrativas.

El presente servicio se prestará: SIN LÍMITE DE COSTO Y HASTA 12 EVENTOS POR AÑO POR CADA UNA DE LAS ASISTENCIAS. Por este servicio y a solicitud del BENEFICIARIO/TITULAR, ASISTO brindará, vía telefónica, los servicios de referencia y consultoría legal exclusivamente y limitado a materia TRIBUTARIA, las veinticuatro (24) horas del día durante los trescientos sesenta y cinco (356) días del año. El servicio será solo de orientación telefónica y proveerá información sobre la legislación laboral vigente en la República Argentina y orientará al BENEFICIARIO/TITULAR sobre cómo manejarse en caso de despido involuntario. Si el BENEFICIARIO decidiera contratar al profesional, correrán a su exclusivo cargo los gastos y honorarios profesionales

Los servicios incluidos son:

- Orientación acerca de trámites de AFIP, ANSES y ARBA.
- Consultas sobre monotributo, autónomos e ingresos brutos.
- Asesoramiento sobre presentaciones del Impuesto a las Ganancias y Bienes Personales.
- Orientación acerca de venta de inmuebles y vehículos.

ASISTENCIA PSICOLOGICA

1. *Asesoramiento Psicológico 24 horas: a solicitud del beneficiario, transferirá su llamado con un profesional para que telefónicamente realice la contención y el asesoramiento ante el desempleo en la Aceptación y Elaboración Psicosocial de la Pérdida Laboral: El profesional que se designe, asesorará al beneficiario en la aceptación y elaboración psicosocial de la pérdida laboral, sugiriendo qué cosas hacer y ayudándolo a desarrollar una explicación pública del desempleo. Mediante la contención psicológica se intentará fortalecer los recursos emocionales del beneficiario para que no operen como un obstáculo en la búsqueda laboral a emprender. Se resaltarán principalmente el carácter productivo del sujeto, su pertenencia social y sus redes de apoyo y se apelará a la colaboración del entorno familiar para la elaboración exitosa de la pérdida.*

Los servicios incluidos son:

- *Asesoramiento en el Armado del Curriculum Vitae*
- *Asesoramiento en el Manejo de Entrevistas Laborales*
- *Asesoramiento sobre Métodos de Evaluación Psicotécnica y Entrevistas*

Todos los SERVICIOS de Asistencia Psicológica serán proporcionados con un límite de HASTA 3 (tres) EVENTOS POR AÑO EN CASO DE DESEMPLEO, FALLECIMIENTO DE UNA FAMILIAR O ACCIDENTE GRAVE.

BOLSO PROTEGIDO

- Traslado en taxi hasta el domicilio o comisaría más cercana: En caso de siniestro, entendido como el robo o hurto de las pertenencias del beneficiario, éste cuenta con la posibilidad de solicitar un traslado hasta su domicilio o comisaría más cercana. Los gastos del presente servicio serán HASTA UN MONTO DE \$5.000 (PESOS CINCO MIL) Y HASTA 1 (UN) EVENTO AL AÑO. El servicio se presta las 24 horas del día en todo el territorio nacional.

- Asistente virtual telefónica para trámites administrativos derivados del robo, denuncias, baja de teléfono celular y tarjetas de crédito. El beneficiario podrá solicitar asistencia para procesar la baja de su teléfono celular, en caso de haber sido sustraído, denunciar el robo de sus tarjetas de crédito con todos los sellos y coordinar cualquier tipo de trámite. Los gastos del presente servicio se prestará: SIN LÍMITE DE MONTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO.
- Reembolso de documentos en caso de robo o extravío: En caso de sufrir el robo o hurto de los documentos tales como documento de identidad, pasaporte, tarjetas de crédito y licencia de conducir, el beneficiario podrá solicitar el reembolso de los gastos incurridos en la reposición de dos de los documentos anteriormente mencionados, presentando la correspondiente denuncia policial, hasta el tope máximo de cinco mil pesos (\$ 5.000).
- Servicio de cerrajería derivado del robo: Cuando a consecuencia de robo en la vía pública de las llaves del DOMICILIO DECLARADO del BENEFICIARIO, a solicitud del mismo se enviará con la mayor brevedad posible un técnico especializado que realizará la asistencia de emergencia necesaria para realizar el cambio de combinación de la cerradura existente y la reposición de una copia de llaves. Los gastos del presente servicio se coordinará con prestadores de la red hasta el siguiente límite: hasta el tope máximo de CINCO MIL PESOS (\$ 5.000).
- Envío de remolque en grúa derivado del robo: En caso que en el siniestro le sean sustraídas al beneficiario las llaves de su auto y esto no permita la circulación autónoma de su VEHICULO, a solicitud de este se gestionará y cubrirá el costo hasta el tope máximo de diez mil pesos (\$ 10.000) y hasta un (1) evento por año. En todos los casos, el beneficiario deberá acompañar a la grúa durante todo el trayecto de traslado de la VEHICULO hasta el taller de destino o lugar indicado. Queda entendido que el SERVICIO DE REMOLQUE no se prestará a VEHICULOS con carga.

(xi) Servicio Accidentes personales 24 hs Sancor Seguros:

ACCIDENTES PERSONALES 24 HS – SANCOR SEGUROS

Modalidad de Cobertura:

Cobertura 24 horas.

Ampara durante las 24 hs. Los 365 días y en cualquier lugar del mundo.

Cobertura: Muerte e Invalidez permanente total y parcial- Cobertura Básica

Beneficio: Por indemnización.

Muerte e incapacidad permanente total: Indemniza el 100% del capital asegurado.

Incapacidad permanente parcial: Indemniza el porcentaje según el detalle taxativo que figura en las condiciones de póliza.

➤ Muerte Accidental: \$ 1.000.000

Invalidez Total o Parcial Permanente por Accidente: \$ 1.000.000

Exclusiones de Cobertura:

Incapacidades temporarias o transitorias.

Enfermedades de cualquier naturaleza.

Personal embarcado.

Explotación minas y canteras.

Vuelos privados y particulares. (No líneas regulares)

Justas Hípicas.

Participación en guerras y consecuencias de reacciones nucleares.

Accidentes que ocurran mientras el asegurado tome partes en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tenga por objeto pruebas de carácter excepcional o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.

Deportes peligrosos como: atletismo; paracaidismo; bunge-jumping; andinismo; alpinismo; etc.

☐Cualquier deporte practicado profesionalmente.

Condiciones de Ingreso y Requisitos de Selección

Límite de Ingreso: hasta los 80 años inclusive.

☐Límite de Permanencia: Sin límite de permanencia

Reclamo de la cobertura afectada:

☐Deberá realizar la denuncia administrativa ante Sancor Seguros dentro de las 72 hs. de ocurrido el siniestro.

☐En caso de consultas, comunicarse a los teléfonos 0800 444 2850 para que pueda ser debidamente asesorado.

Llamando al doctor:

Llamando al Doctor es un servicio a través del cual puede hacer consultas médicas por medio de video llamadas a profesionales médicos las 24 hs. los 365 días del año.

De este modo, frente a problemas sencillos de salud, se puede contactar a un doctor desde el lugar en que se encuentre, evitando esperas y traslados.

Para tener la aplicación deberá descargar la misma desde la siguiente web:

<https://www.sancorseguros.com.ar/llamandoaldoctor>

(xii) Sepelio Indemnizatorio Sancor Seguros:

Sepelio extensivo al grupo familiar primario

-Características del grupo a asegurar

Asegurados: Titulares y su grupo familiar

Beneficiarios: Serán los designados por el asegurado o en su defecto herederos legales

Vigencia anual

Cobertura

• **Muerte** (por enfermedad o accidente las 24hs los 365 días del año) incluyendo COVID-19.

TITULARES

EDAD MAXIMA DE INGRESO: 80 años inclusive

EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA: Hasta cumplir los: 99 años.

Cobertura Adicional AMPARO FAMILIAR: capital uniforme todo el grupo familiar: según opción contratada, alcance de la cobertura hasta los 75 años: grupo familiar primario del asegurado titular.

Límite de permanencia: Hasta los 99 años.

Suma Asegurada: Hasta **\$400.000**

No deberán presentar requisitos de selección médica.

Carencia:180 días a partir de la fecha de alta.

Cláusula de Preexistencias:

No se cubren los eventos que sean consecuencia de afecciones, enfermedades o adicciones conocidas o diagnosticadas a la fecha de incorporación a la cobertura.

Siniestros

Ante un siniestro debe comunicarse al 08004442850 dentro de las 72 horas corridas (3 días) del siniestro.

Ante un pedido de reintegro de Sepelio se deberá acompañar:

- Factura de servicio brindado a favor de familiar directo.

- Copia de certificado de defunción.

(xiii) Asistencia Vehículo Full Cober:

I. DEFINICION DE TERMINOS UTILIZADOS

1.1. Beneficiarios

a. Titular: Es la persona física informada a "Full Cober" como persona con derecho a "Los Servicios". No aplica para personas jurídicas.

b. Ocupantes del vehículo: Son las personas transportadas por el vehículo amparado por "Los Servicios" al momento del siniestro y de solicitar asistencia. Solo podrán acceder a "Los Servicios" la cantidad de ocupantes que la capacidad del vehículo habilita.

1.2. Vehículo amparado por "Los Servicios".

Es el motovehículo que el Titular esté conduciendo al momento de la avería o accidente. Dicho titular debe estar debidamente informado por "la Prestataria" a "Full Cober", en una base de datos según el formato convenido, a los fines de la prestación de "Los Servicios". Para revestir la calidad de moto -vehículo amparado, es condición esencial que el peso del rodado no exceda los 2500 kg., ALTURA MAXIMA 2.10, LARGO 5 MTS sin duales Se excluyen expresamente de la calidad de vehículo amparado, los vehículos de alquiler, con y sin chofer, los vehículos de transporte público de personas y los vehículos con ruedas duales. Con respecto a los vehículos que transportes mercadería, queda expresamente estipulado y aclarado que la carga no se encuentra amparada por el servicio y el asegurado deberá descargar la unidad previamente al traslado de la misma.

1.3. Domicilio Habitual.

Es el lugar de residencia habitual y permanente del titular, conforme surge del domicilio informado en la base de datos por "la Prestataria".

1.4. Avería.

Se entiende por avería, al desperfecto, o rotura de algún elemento mecánico que obste el normal desplazamiento del vehículo amparado por "Los Servicios".

1.5. Accidente.

Es el accidente de tránsito que involucre al vehículo amparado por "Los Servicios", que le ocasione daños que impidan su normal desplazamiento.

1.6 En Viaje.

Los Servicios de Asistencia al vehículo se prestan en viaje. Se entenderá por viaje, a la salida del beneficiario hacia cualquier destino dentro del territorio argentino situado a más de 200 kms. de su "domicilio".

II. SERVICIO DE ASISTENCIA AL VEHICULO. ALCANCES.

1. Área de cobertura.

Los servicios de Asistencia al Vehículo serán prestados por "Full Cober" en todo el territorio de la República Argentina, a partir de los 200 (doscientos) Km del domicilio habitual del titular estando en viaje

Los servicios detallados se brindarán única y exclusivamente a través de la Red de Prestadores de "Full Cober", no teniendo el titular y/o beneficiario derecho a reintegro alguno si el servicio fuere contratado directamente por el titular y/o beneficiario, salvo acuerdo previo y expreso con "Full Cober".

2. Solicitud de Asistencia.

Los servicios detallados en las presentes Condiciones Generales deberán solicitarse telefónicamente a la Central de Asistencias de "Full Cober", al número telefónico 0810-222-3992, informando concretamente:

- Nombre y apellido del titular.
- DNI
- Número de póliza.
- Patente del vehículo.
- Marca, modelo, año y color del vehículo.
- Lugar donde se encuentre.
- Problema del vehículo.

3 - Prestaciones.

a. Mecánica ligera.

Se considera mecánica ligera a la reparación sencilla, que pueda realizarse en el lugar de la avería del vehículo amparado por el servicio y que no requiera de la infraestructura de un taller mecánico para realizarse. Será "Full Cober" de acuerdo con su exclusivo criterio, quien decidirá el envío de una unidad de mecánica ligera al lugar de la avería.

Serán condiciones esenciales para que "Full Cober" disponga el envío de una unidad de mecánica ligera que:

- El lugar de detención del vehículo averiado reúna las condiciones de seguridad necesarias para los ocupantes, para el automóvil y para los prestadores designados por "Full Cober"
- La asistencia de acuerdo a las circunstancias del lugar, no deberá vulnerar normas municipales, provinciales ni nacionales de tránsito.
- El vehículo no haya pasado por zonas anegadas, tales como zonas inundadas.

Los costos de los repuestos que se coloquen en la mecánica ligera son a cargo del beneficiario y se encuentran sujetos a disponibilidad de los mismos en la unidad de mecánica ligera.

A los fines del cálculo del precio (ver "el Contrato"), se considerarán como dos (2) servicios los casos en que una unidad de mecánica ligera no pueda reparar o poner en marcha el vehículo designado y debiera realizarse un

acarreo del mismo.

b. Traslado ó Remolque del Vehículo.

En los casos en que por la naturaleza de la avería o del accidente, el vehículo amparado por “Los Servicios” no pudiera ser puesto en marcha o ser reparado rápidamente y, por tal motivo sea imposible continuar su marcha, “Full Cober” se hará cargo de la coordinación y de los gastos derivados del traslado o remolque del rodado hasta el taller de reparación que designe el beneficiario y que no exceda de un tope de QUINIENTOS (500) km. El servicio de remolque no comprende el traslado de un taller a otro para continuar con el arreglo del vehículo o para la cotización de la reparación.

Los vehículos siniestrados cuentan con PESOS OCHENTA MIL (\$80.000) de tope en concepto de extracción, ya sea de lagunas, acequias, etc, como así también en los casos en que el vehículo deba ser retirado de un garaje con dificultades de acceso. En estos casos y a los fines del cálculo del precio (ver “el Contrato”), se considerará como un servicio adicional al traslado ó remolque del vehículo designado.

c. Abastecimiento de combustible.

En caso de que el vehículo amparado se encuentre inmovilizado por falta de combustible, “Full Cober” lo asistirá trasladando el vehículo hasta la estación de servicio más próxima, siendo los gastos de combustible a total cargo del beneficiario.

d. Cambio de neumáticos.

En caso de que el vehículo designado se encuentre inmovilizado por avería de un neumático, “Full Cober” enviará un móvil de asistencia para auxiliar al conductor en el procedimiento de sustitución del neumático averiado. Para la prestación de este servicio, el neumático de auxilio deberá encontrarse en condiciones de acuerdo a las normas vigentes de tránsito.

e. Estancia por inmovilización / robo del vehículo:

En caso de inmovilización del vehículo por avería o accidente y cuando la reparación no pudiera ser efectuada en el mismo día del accidente o avería, Full Cober tomará a cargo los gastos de alojamiento hasta el límite máximo de 1 (un) día de alojamiento en hotel de categoría 3 estrellas. En ningún caso Full Cober cubrirá gastos de hotelería que superen el límite máximo por beneficiario. Esta cobertura se aplicará asimismo en caso de robo del vehículo designado, una vez cumplidos los trámites de denuncia ante las autoridades competentes. Este servicio solamente será brindado cuando el suceso ocurra a más de 200 km. del domicilio habitual declarado por el beneficiario.

f. Desplazamiento de beneficiarios por inmovilización:

En caso de inmovilización por avería o accidente del vehículo designado y cuando la reparación de este no pueda ser efectuada el mismo día de producido el accidente o la avería:

I. Full Cober se hará cargo del desplazamiento de los beneficiarios que viajaban en el vehículo designado, hasta el domicilio del Titular.

II. En el caso que el beneficiario optara por la continuación del viaje, Full Cober se hará cargo del desplazamiento hasta el lugar de destino inicial indicado por el beneficiario, siempre que la distancia a recorrer no sea mayor que la existente hasta el domicilio del Titular en la República Argentina.

III. Cuando el vehículo designado fuera sustraído o robado, Full Cober se hará cargo del desplazamiento hasta el domicilio del Titular o el lugar de destino inicial según los términos estipulados en la cláusula f., una vez cumplidos los trámites correspondientes ante las autoridades competentes.

IV. Los desplazamientos del beneficiario se harán en el medio que Full Cober considere más adecuado y con un tope máximo de reintegro de hasta CIENTO CINCUENTA MIL (\$150.000).

V. Este servicio solamente será brindado cuando el suceso ocurra a más de 200 km del domicilio habitual declarado por el beneficiario.

4. Límite de Servicios.

Los vehículos amparados por “Los Servicios” tendrán derecho a un máximo de 1 SERVICIO por mes.

5. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA AL VEHICULO.

5.1. Cese de la Asistencia.

La asistencia concluirá en el momento en que el vehículo amparado por “Los Servicios” haya sido puesto en marcha para su normal circulación, o arribe al lugar de destino del remolque según lo dispuesto en las presentes condiciones generales.

5.2. Rutas o autopistas concesionadas.

En caso de encontrarse el vehículo dentro de una traza concesionada, por condiciones contractuales entre los Concesionarios Viales y la Autoridad de Aplicación, el Beneficiario debe primero arbitrar los medios para recibir

asistencia del auxilio mecánico de la misma. Una vez asistido por este y una vez que fuera trasladado al lugar pertinente (es decir la primera salida disponible, puente sobre traza, primera estación de servicio, etc.), "Full Cober" procederá a brindar el servicio correspondiente de acuerdo a lo dispuesto en las presentes condiciones generales.

5.3. Gastos Excluidos

"Los Servicios" no incluyen la toma a cargo ni el reembolso de los siguientes gastos:

- * Gastos de alimentación y/o viáticos no autorizados.
- * Gastos de peajes.
- * Gastos de combustible, a excepción de lo previsto en el punto 3.b.
- * Gastos ni asistencia de ocupantes transportados bajo la modalidad "auto stop".
- * Los gastos derivados de reparación, mantenimiento y/o service en general del rodado, a excepción de los previstos en el servicio de Mecánica Ligera.
- * Gastos de asistencia ni remolque de vehículos ubicados en zonas inundadas, caminos que no estén abiertos al tránsito de vehículos, zonas de arenas blandas o movedizas, zonas de alto riesgo para la integridad físicas de los beneficiarios, prestadores y/o terceros. Cuando el vehículo se encuentra inmovilizado en zonas de alto riesgo, "Full Cober" evaluará el grado de peligrosidad y consecuentemente cuando el servicio no pueda ser prestado sin exponer la salud o integridad física de los terceros prestadores, beneficiarios y/o terceros, quedará eximida de prestar el servicio, sin que por ello deba abonar a los beneficiarios compensación o indemnización de ninguna naturaleza.
- * Los gastos por indemnización o reembolso en caso de sustracción, robo, hurto o apoderamiento ilegítimo de materiales, accesorios u objetos personales dejados en el vehículo designado.

Se excluyen asimismo de "Los Servicios" los siguientes casos:

- * Cuando el vehículo asegurado se hubiese averiado o accidentado como consecuencia de haber participado en picadas y/o cualquier otro tipo de práctica o competencia prohibida por las leyes de tránsito vigentes y/o haber intervenido en actividades delictivas.
- * Cuando el vehículo presente anomalías o desperfectos que infrinjan las leyes, decretos, ordenanzas o reglamentos de tránsito o que hagan desaconsejable su utilización.
- * Cuando el vehículo no esté asegurado por responsabilidad frente a terceros ó el conductor no esté debidamente habilitado para conducir, o se hubiera excedido el límite de ocupantes previsto para el vehículo.
- * Cuando el conductor se encuentre bajo el efecto de drogas o alcoholizado.
- * Cuando la inmovilización se deba a hechos de carácter extraordinario previstos en la cláusula "Circunstancias Excepcionales".
- * Cuando el vehículo no tenga neumáticos y/o cuando por un accidente sus neumáticos estén imposibilitados de rodar (en este último caso el servicio será prestado con demora condicional).
- * Remolques de vehículos que tuviesen elementos fuera de las normas del fabricante, que por sus características (peso, altura, ancho, etc.), no puedan ser transportados por vehículos de traslados convencionales.
- * Cuando el vehículo se encuentre o deba ser llevado a una zona peligrosa (villa, asentamiento, etc.)
- * Traslados de comisaria a comisaria.
- * Traslados de comisaria a depósito.
- * Traslados de taller a taller.
- * Traslados de taller a domicilio.
- * Traslados a cualquier tipo de peritaje.

III.- COBERTURA DE TERCEROS.

Cuando "Los Servicios" detallados en estas Condiciones Generales estén también amparados total o parcialmente por una póliza de seguros o cualquier otro tipo de cobertura, el beneficiario se obliga a efectuar todas las gestiones y reclamos necesarios ante la compañía de seguros o tercero que corresponda para lograr que estos respondan directamente y en primer término por el cumplimiento de las obligaciones correspondientes.

IV.- SUBROGACIÓN - CESION DE DERECHOS.

Asimismo "Full Cober", una vez que haya asistido al beneficiario, quedará automáticamente subrogada en todos los derechos y acciones que el beneficiario tenga contra el tercero civilmente responsable del accidente automovilístico o del siniestro del que haya sido víctima y que haya requerido la asistencia de "Full Cober", hasta el monto total de los gastos pagados por los servicios asistenciales suministrados. Para tales casos, queda desde ya convenido que el beneficiario o sus herederos, ceden y transfieren en forma irrevocable hasta el límite de lo

pagado por "Full Cober", todos los derechos y acciones contra el tercero civilmente responsable, comprometiéndose a suscribir toda la documentación que resulte necesaria para efectivizar la cesión irrevocable de tales derechos y acciones.

V. CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES

"Full Cober" queda eximida de toda responsabilidad por casos fortuitos o de fuerza mayor, tales como huelgas, actos de sabotaje, guerras, catástrofes de la naturaleza, dificultades en los medios de comunicación, dificultades en las vías de acceso al lugar de asistencia, etc. Cuando elementos de esta índole interviniesen, "Full Cober" se compromete a ejecutar sus compromisos dentro del menor plazo que fuere posible.

En periodo de Cuarentena, pandemias o aislamiento Sanitario dispuestos por el gobierno, los traslados serán condicionados y en la cabina de la GRUA no podrá viajar el asegurado, "Full Cober" se compromete a ejecutar sus compromisos dentro del menor plazo que fuere posible no asumiendo cargo alguno por traslado de personas

(xiv) Cuidados Prolongados por Accidente

CUIDADOS PROLONGADOS POR ACCIDENTE

Edad mínima de Ingreso 18 /Edad Máxima de ingreso 79/Edad Máxima de Cobertura : 80

Renta Mensual : \$ 70.000

Máximo meses de renta : 6 meses

Carencia : No tiene carencia

Plazo de Espera : 30 días

Tipo de Beneficio : Retroactivo

CONDICIONES ESPECÍFICAS -COBERTURA DE CUIDADOS PROLONGADOS -Alternativa C - Cobertura Retroactiva -Por accidente

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio previsto cuando el Asegurado sufra una incapacidad tal que le impidiera realizar al menos dos de las actividades de la vida diaria consideradas básicas, las cuales se enumeran y describen seguidamente, y siempre que el mismo no haya alcanzado la edad máxima de permanencia definida en las Condiciones Particulares a la fecha en la que se configure la referida incapacidad.

Actividades de la vida diaria:

- **Bañarse:** habilidad de lavarse uno mismo completamente en una bañera o una ducha o enjuague con esponja, con o sin ayuda de accesorios especiales.
- **Alimentarse:** habilidad de consumir alimentos que ya han sido preparados o están disponibles, con o sin uso de utensilios de adaptación.
- **Vestirse:** habilidad de:
 - ponerse o sacarse la ropa; y
 - abrochar o asegurar y desabrochar o liberar la vestimenta.
- **Higienizarse:** habilidad de, con o sin ayuda de equipos especiales:
 - sentarse en o levantarse del inodoro;
 - pararse cerca o alejarse del mismo; y
 - mantener un grado razonable de higiene personal para el cuerpo.
- **Transferirse:** habilidad de sentarse o levantarse de una silla (incluida la silla de ruedas) o de la cama. Si una persona puede moverse con la ayuda de equipos como bastón, muletas, andador, barras de sostén u otros equipos de soporte, entonces se considera que puede transferirse o cambiar de posición.

Se considerará al Asegurado incapaz de realizar algunas de las actividades de la vida diaria enumeradas precedentemente, si requiere la asistencia física de otra persona para realizarlas.

El Asegurador se compromete al pago de las prestaciones estipuladas en las presentes Condiciones Específicas, en el caso de que la persona designada como Asegurado, sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente que fuera la causa originaria de su incapacidad y siempre que la referida incapacidad se configure antes que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de permanencia definida en Condiciones Particulares.

Artículo 2º - Beneficio

La Compañía, una vez comprobada por parte de su auditoría médica la incapacidad descrita precedentemente, abonará al Asegurado una renta mensual, cuyo importe se consigna en las Condiciones Particulares.

La renta mensual se comenzará a abonar desde el primer día en el que se manifieste la incapacidad, siempre que la misma supere la cantidad de días completos y consecutivos establecidos como Plazo de Espera en las Condiciones Particulares, y se abonará sólo mientras el Asegurado padezca la referida incapacidad, hasta alcanzar el plazo máximo de pago de beneficio que también se estipula en dichas Condiciones Particulares.

El período de espera se empezará a contar desde el primer día en el que se configure la incapacidad cubierta.

Las fracciones menores al mes se indemnizarán en forma proporcional a los días del mes correspondiente.

A los efectos del cómputo del Plazo de Espera, si se hubiera abonado el beneficio previsto por esta cobertura y el Asegurado sufriera nuevamente una incapacidad cubierta originada por la misma causa, la nueva incapacidad se considerará como continuación de la anterior, salvo que entre una y otra haya transcurrido un período de doce (12) meses consecutivos.

La indemnización máxima a la que el Asegurado tendrá derecho para todos los eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza, será la correspondiente al plazo máximo de pago de beneficio estipulado en Condiciones Particulares.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás previstos en la póliza.

Artículo 3º - Requisitos para la validez del diagnóstico

Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio, que la incapacidad y la necesidad de asistencia hayan sido diagnosticadas por un profesional médico, debiendo informar tal situación directamente a la Compañía dentro de los 5 días de haberse producido el diagnóstico.

La Compañía debe contar, dentro de los 30 días de la fecha de alta del Asegurado, con un informe escrito por un especialista con el diagnóstico, tratamiento efectuado y cantidad de días durante los cuales el Asegurado ha permanecido con la incapacidad descripta en el Artículo primero, en formularios provistos por la Compañía y acompañado de documentación respaldatoria.

La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta Condición Específica, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

La Compañía queda facultada a solicitar al Asegurado, y éste se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que ésta necesite con relación a la indemnización a abonar.

Artículo 4º - Exclusiones Específicas

Quedan excluidas de esta cobertura las incapacidades producidas como consecuencia de:

- a) Maternidad: comprende toda incapacidad que se manifieste durante el embarazo, el parto y hasta dentro de los 45 días después del parto.
- b) Alteraciones mentales.
- c) Condiciones médicas originadas en enfermedades o accidentes preexistentes.
- d) Intervenciones quirúrgicas de cualquier tipo, aunque las mismas sean necesarias como consecuencia de una enfermedad o accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

Artículo 5º - Terminación de la Cobertura

La cobertura prevista en las presentes Condiciones Específicas terminará:

a) al diagnosticarse y pagarse el beneficio correspondiente al plazo máximo estipulado en Condiciones Particulares, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si las hubiere;

b) a partir del primer día del mes siguiente en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia estipulada en las Condiciones Particulares.

Si existiera prima de riesgo no corrido a la fecha de finalización de la cobertura de la presente Condición Específica, se procederá a la devolución de la misma.

(xv) Seguro de Asistencia Oncológica

ENFERMEDADES GRAVES - CANCER

Edad mínima de Ingreso 18 / Edad Máxima de ingreso 64/ Edad Máxima de Cobertura : 65

Tipo de Enfermedades Cubiertas : Cáncer Femenino : Ovario, Mama, Útero, Cuello , Cáncer Masculino: Próstata, Colon, Estomago

Suma Asegurada : \$ 150.000

Carencia : 90 días

CONDICIONES ESPECÍFICAS -BENEFICIO EN CASO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES -Alternativa A – Sin período de supervivencia

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio previsto en caso de diagnosticarse al Asegurado alguna de las Enfermedades Graves

definidas en el artículo siguiente y en la medida en que la cobertura de las mismas haya sido expresamente prevista en las referidas Condiciones Particulares.

Artículo 2º - Definición de las Enfermedades Cubiertas

Cáncer: se entiende por esta enfermedad toda forma de crecimiento descontrolado de células malignas positivamente diagnosticado como cáncer -neoplasma maligno- por un profesional especializado. Quedan incluidos en la cobertura la Leucemia (excepto leucemia linfática crónica), los Linfomas y la Enfermedad de Hodgkin (linfogranuloma / linfosarcoma).

Artículo 3º - Beneficio

La Compañía abonará el Capital Asegurado previsto para cada una de las Enfermedades Cubiertas, una vez comprobado el diagnóstico de alguna de las enfermedades arriba definidas por su auditoría médica.

El Capital Asegurado se pagará una sola vez aunque la misma enfermedad se manifieste con posterioridad.

La Compañía, comprobado el siniestro y en caso de corresponder, pondrá a disposición del Asegurado el importe del Capital Asegurado especificado en las Condiciones Particulares.

La puesta a disposición de la indemnización a cargo de la Compañía se efectivizará dentro de los 15 días de cumplimentada la documentación necesaria para acreditar el derecho a la indemnización reclamada.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.

Artículo 4º - Requisitos para la validez del diagnóstico

La Compañía debe contar, dentro de los 30 días de la fecha de diagnóstico, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, con un informe escrito con el diagnóstico de un especialista acompañado de documentación respaldatoria originada en estudios clínicos, radiológicos, histológicos o de laboratorio.

La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta Condición Específica, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Artículo 5º - Exclusiones Específicas

Cáncer:

Quedan excluidos de esta cobertura:

- 1) Toda forma de tumores benignos.
- 2) Los estadios precoces de los tumores malignos, entendiéndose por tales a todas aquellas neoplasias que logran su curación total con gastos mínimos de tratamiento y/o prácticas médicas, cuyos costos de curación resultan de bajo impacto económico, quedando incluidos entre otros los siguientes:
 - a) Etapa A del Cáncer del Colon de la clasificación de Dukes.
 - b) Etapa A del Cáncer de la próstata, o cánceres prostáticos que histológicamente son descritos en la clasificación TNM como T1 (incluyendo T1 (a) ó T1 (b) o que son de otra clasificación equivalente o menor).
 - c) Tumores que presentan los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos descritos como Lesiones Premalignas, tumores benignos o pólipos.
 - d) Carcinoma in situ, no invasivo.
 - e) Melanomas de menos de 1.5 mm de espesor, determinado por examen histológico, o invasión menor del nivel de Clark 3.
- 3) Cualquier Cáncer de la piel, excepto el melanoma maligno invasor de la dermis o a mayor profundidad; todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.

Artículo 6º - Terminación de la Cobertura

La cobertura prevista por cada enfermedad terminará al diagnosticarse la misma y pagarse el beneficio previsto, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si las hubiere

(xii) Seguro de Asistencia por Trasplantes

Edad mínima de Ingreso 18 /Edad Máxima de ingreso 64/ Edad Máxima de Cobertura : 65

Trasplantes Cubiertos

Capital Medula Ósea 1.000.000,00

Hepático 1.000.000,00

Pulmonar 1.000.000,00

Cardiopulmonar 1.000.000,00

Cardíaco 1.500.000,00

Renal 500.000,00

Páncreas 1.000.000,00

Cornea 250.000,00

CONDICIONES ESPECÍFICAS -COBERTURA PARA TRASPLANTES DE ÓRGANOS

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio previsto cuando el Asegurado sea sometido a alguno de los trasplantes que se detallan en las Condiciones Particulares.

La Compañía no cubrirá los retrasplantes, cuando los mismos sean requeridos por haberse producido el rechazo por parte del paciente del órgano trasplantado. En dichos casos, la Compañía sólo abonará el capital correspondiente al primer trasplante, sin adeudar capital alguno por los reemplazos que pudieran efectuarse.

Artículo 2º - Definición de los Trasplantes Cubiertos

Se define trasplante como la transferencia de órganos que puede ser: desde un individuo vivo (aloinjertos), del mismo individuo (autoinjertos) o de un cadáver (cadavérico).

Las indemnizaciones previstas en las presentes Condiciones Específicas no incluyen, en ningún caso, la provisión de órganos, quedando en un todo de acuerdo a las leyes nacionales establecidas al respecto.

Trasplante de Médula Ósea:

- Médula Ósea Autológica para:
 1. Linfoma de no-Hodgkin, estado III A o B o estado IV A o B
 2. Linfoma de Hodgkin, estado III A o B o estado IV A o B
 3. Leucemia aguda linfocítica después de la primera o segunda recaída
 4. Leucemia aguda no-linfocítica después de la primera o segunda recaída
 5. Tumores de célula embrionaria
- Médula Ósea Alogénica para:
 1. Anemia aplástica
 2. Leucemia aguda
 3. Inmunodeficiencia severa combinada
 4. Síndrome de Wiskott-Aldrich
 5. Osteoporosis infantil maligna (enfermedad de AlbergSchonberg)
 6. Leucemia mielógena crónica (LMC)
 7. Neuroblastoma, estado III o IV en niños mayores de un año
 8. Beta talasemia homocigote (talasemia mayor)
 9. Linfoma de Hodgkin, estado III A o B o estado IV A o B
 10. Linfoma de no-Hodgkin, estado III A o B o estado IV A o B

Trasplante Hepático: trasplante de hígado en el Asegurado que presente insuficiencia hepática crónica terminal o aguda terminal, no tumoral y cuando se hayan agotado todos los tratamientos alternativos posibles.

Trasplante Pulmonar: trasplante del órgano para una asegurado con insuficiencia respiratoria irreversible y con compromiso de vida severo, para quien no exista tratamiento alternativo.

Trasplante Cardiopulmonar: trasplante del bloque cardio-pulmonar para un asegurado con insuficiencia cardiorrespiratoria irreversible y con compromiso de vida severo, para quien no exista tratamiento alternativo.

Trasplante Cardíaco: trasplante de corazón proveniente de un dador, en el Asegurado que presenta insuficiencia terminal irreversible con severo deterioro de la salud y compromiso de vida y cuando se hayan agotado todos los tratamientos alternativos disponibles.

Trasplante Renal: trasplante de riñón proveniente de dador vivo o cadavérico, en Asegurado con insuficiencia renal crónica, no portador de tumores en general y que se encuentre en tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Trasplante de Páncreas: trasplante de páncreas para el Asegurado con lesiones traumáticas o degenerativas, sin otra alternativa para mantener la vida.

Trasplante de Córnea: trasplante de una córnea para el Asegurado con lesiones traumáticas o degenerativas, sin otra alternativa terapéutica para mantener o recuperar la visión.

Artículo 3º - Beneficio

La Compañía, una vez comprobada la realización del trasplante por parte de su auditoría médica, abonará al Asegurado el Capital Asegurado previsto para cada trasplante en las Condiciones Particulares.

En caso de efectuarse simultáneamente más de un trasplante de los detallados en el listado referido, se abonará el de mayor capital asegurado y se adicionará el 20% del capital asegurado correspondiente al trasplante de menor valor.

La Compañía, comprobado el siniestro y en caso de corresponder, pondrá a disposición del Asegurado el importe del Capital Asegurado especificado en las Condiciones Particulares o en el respectivo Certificado Individual.

La puesta a disposición de la indemnización a cargo de la Compañía se efectivizará dentro de los 15 días de cumplimentada la documentación necesaria para acreditar el derecho a la indemnización reclamada.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás previstos en la póliza.

Artículo 4º - Requisitos para la validez del diagnóstico

La implantación de órganos se reconocerá cuando se hayan agotado todos los otros medios y recursos disponibles o sean inconvenientes o insuficientes como alternativa terapéutica de salud o conservación de la vida.

Para cualquier solicitud de indemnización por trasplante es condición ineludible e indispensable haberlo comunicado previamente al INCUCAI o a cualquier organismo que en el futuro lo reemplace, a excepción de aquellos que no requieran tal comunicación.

Es indispensable, asimismo, que se cumplan en todas sus partes las disposiciones de la Ley de Trasplantes de Órganos, sus modificatorias y reglamentaciones.

El Asegurado deberá informar directamente a la Compañía cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de efectuarse un trasplante dentro de los 5 días de haber sido notificado del mismo, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

La Compañía debe contar, dentro de los 30 días de realizado el trasplante, con un informe escrito por un especialista con el diagnóstico y tipo de trasplante efectuado en formulario provisto por la Compañía, acompañado de documentación respaldatoria originada en certificaciones y resultado de estudios practicados. Asimismo, el Asegurado deberá certificar la realización previa de los estudios de Histocompatibilidad.

La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta Condición Específica, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Artículo 5º - Exclusiones Específicas

Quedan excluidos de la cobertura:

a) Trasplantes ilícitos o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.

(xiii) Seguro de Asistencia Fracturas

SALUD MAS FRACTURAS

Edad mínima de Ingreso 18/ Edad Máxima de ingreso 64/ Edad Máxima de Cobertura : 65

INTERVENCIONES 600 Intervenciones - Según BVM - BVM 0 \$ 90.000 BVM 1 \$ 45.000 BVM 2 \$ 19.500 BVM 3 \$ 10.500 BVM 4 \$ 6.750 BVM 5 \$ 2.250 BVM A \$ 1.350 BVM B \$ 900 BVM C \$ 600 BVM D \$ 360 BVM E \$ 5.400 Cada intervención específica tiene asignado un valor de BVM. Según condiciones de póliza.

CAPITALES COBERTURAS TRASPLANTES Trasplante Médula Ósea \$ 300.000 \$ Hepático \$ 300.000 Pulmonar \$ 300.000 Cardiopulmonar \$ 300.000 Cardíaco \$ 450.000 Renal \$ 150.000 Páncreas \$ 300.000 Córnea \$ 75.000

CAPITALES ENFERMEDADES GRAVES Infarto de Miocardio \$ 90.000 By Pass \$ 90.000

CAPITALES PRÓTESIS Prótesis neuroquirúrgicas Válvula de Hidrocefalia \$ 13.500,00 Clips para aneurismas \$ 13.500,00 \$ Prótesis de cirugía abdominal Malla de Marlex o abdominales de otro tipo \$ 2.700,00 Prótesis auditivas Audífonos \$ 6.300,00 Prótesis auricular \$ 2.700,00 Prótesis mamaria Prótesis de mama vinculada a cirugía reparadora exclusivamente para mama \$ 3.600,00 Órtesis y ortopedia Tutor externo para miembro superior e inferior \$ 25.200,00 Pierna y brazo ortopédico \$ 29.700,00 Órtesis corta doble barra \$ 2.700,00 Órtesis corta o resorte de Codeville \$ 4.050,00 Órtesis larga con articulación en rodilla \$ 11.700,00 Valva o férula corta acolchada \$ 1.260,00 Férula larga acolchada \$ 2.070,00 Férula larga acolchada con apoyo isquiático \$ 2.700,00 Férula larga con articulación de rodilla -anillas o suiza- \$ 4.230,00 \$ Corset termoplástico bivalvado \$ 3.870,00 \$

CAPITALES RENTA DIARIA POR ACCIDENTE Renta diaria por internación por accidente en Centro Médico Asistencial sala común \$ 1500 diarios \$ 2500 diarios \$ 4000 diarios Renta diaria por internación por accidente Terapia Intensiva \$ 2250 diarios \$ 3750 diarios \$ 6000 diarios A partir del tercer día de internación. Máximo 30 días. Cobertura retroactiva al primer día.

Carencias y preexistencias: - No se dará cobertura por Enfermedades Preexistentes a la contratación de la póliza - Se aplicará una carencia de 90 días para todas las intervenciones quirúrgicas y Prótesis. - Se aplicará una carencia de 120 días para TRASPLANTES - Corazón: Carencia 90 días - Las coberturas por accidente no aplican carencia - Para las intervenciones "11.04.01 Parto" y "11.04.03 Operación Cesárea Clásica" el período de carencia a considerar será de 300 días y para el caso de "11.04.02 Evacuación uterina 2º trimestre de embarazo" dicho período de carencia será de 150 días

CAPITALES FRACTURAS -Capital asegurado \$ 18.000,00 Cadera, Pelvis, Cuello 100% Cráneo, Omóplato 75% Fémur, Clavícula, Esternón 63% Húmero, Rótula, Codo 50% Antebrazo, Pierna, Mandíbula 45% Muñeca, Malar, Tobillo, Mano, Pie 40% Vértebra, Costilla 38%

DENUNCIAS DE SINIESTRO

Para realizar un denuncia enviar documentación requerida a denuncias@beneficiosa.com.ar

1. TRASPLANTES

- “Formulario de denuncia de siniestro –Salud” aportado por la compañía (FORM. STROS. SALUD 001/ 05-2019)

- Ficha de inscripción al INCUCAI
- Historia clínica completa foliada con sellos de la institución médica.

2. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

(600- DE ACUERDO AL NOMENCLADOR NACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS Y SANATORIALES DEC.2935 Y 3115/77 Y MODIFICACIONES)

- “Formulario de denuncia de siniestro –Salud” aportado por la compañía (FORM. STROS. SALUD 001/ 05-2019)

- Historia clínica completa foliada con sellos de la institución médica.
- Protocolo quirúrgico.
- Para parto- cesárea: Certificado del nacido vivo.

3. RENTA DIARIA

(DEBE SUPERAR LAS 3 NOCHES Y SE PAGA RETROACTIVO AL 1º DÍA)

- “Formulario de denuncia de siniestro –Salud” aportado por la compañía (FORM. STROS. SALUD 001/ 05-2019)

- Historia clínica foliada de la internación con sellos de la institución médica (desde el ingreso hasta el alta)

4. PRÓTESIS

- “Formulario de denuncia de siniestro –Salud” aportado por la compañía (FORM. STROS. SALUD 001/ 05-2019)

- Informe del médico tratante que indique la prótesis.
- Historia clínica completa foliada con sellos de la institución médica.

5. FRACTURAS DE HUESOS

- “Formulario de denuncia de siniestro –Salud” aportado por la compañía (FORM. STROS. SALUD 001/ 05-2019)

- Historia clínica completa foliada con sellos de la institución médica.
- Estudios médicos realizados (radiografías, resonancias, etc.)

6. ENFERMEDADES GRAVES: CANCER

- “Formulario de denuncia de siniestro –Salud” aportado por la compañía (FORM. STROS. SALUD 001/ 05-2019)

- Historia clínica completa foliada con sellos de la institución médica.

7. ASISTENCIA MÉDICA Y DOMICILIARIA- CUIDADOS PROLONGADOS

- “Formulario de denuncia de siniestro –Salud” aportado por la compañía (FORM. STROS. SALUD 001/ 05-2019)

- Historia clínica completa foliada con sellos de la institución médica

“EXCLUSIONES: Las prestaciones no cubiertas se encuentran detalladas en el **REGLAMENTO DE CONTRATACION DE AMTAE PLANES DE COBERTURA PARCIAL PLAN PLATINO** y, asimismo, se aclara que se encuentran excluidas todas las prestaciones que no se encuentran expresamente detalladas en el presente anexo”.

REGLAMENTO DE CONTRATACION DE LA ASOCIACION MUTUAL DE TRABAJADORES ARGENTINOS ESTATALES (AMTAE)

PLANES DE COBERTURA PARCIAL

El presente Reglamento de Contratación de la Asociación Mutual de Trabajadores Argentinos Estatales (AMTAE) de Planes de Cobertura Parcial (el "Reglamento" y/o "Reglamento de Contratación") contiene las condiciones de contratación y los lineamientos generales de cobertura de los planes de COBERTURA PARCIAL que brinda AMTAE, razón por la cual, a los efectos de regir la relación del asociado y/o adherente con AMTAE este instrumento se complementa con el anexo correspondiente a las condiciones particulares del plan de COBERTURA PARCIAL (el "ANEXO AL PLAN DE COBERTURA PARCIAL") , y los demás instrumentos individualizados en el punto 17 del presente.

Se entiende por plan de COBERTURA PARCIAL a aquel cuyo objeto consiste en la cobertura de las prestaciones médico asistenciales que se encuentran enumeradas y descriptas taxativamente en el "ANEXO AL PLAN DE COBERTURA PARCIAL". Contrariamente, se entiende por plan de COBERTURA INTEGRAL a aquel que cubre como mínimo el Programa Médico Obligatorio y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la Ley 24.901 y sus modificatorias.

IMPORTANTE: EN CASO QUE UD. DESEE CONTRATAR UNA COBERTURA QUE ALCANCE LA TOTALIDAD DE LAS PRESTACIONES DEL PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO Y LAS DEL SISTEMA DE PRESTACIONES BASICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD PREVISTA EN LA LEY 24.901 Y SUS MODIFICATORIAS, NO DEBE CONTRATAR UN PLAN DE COBERTURA PARCIAL DE AMTAE SINO UN PLAN DE COBERTURA INTEGRAL. SE ACLARA QUE AMTAE NO BRINDA PLANES DE COBERTURA INTEGRAL.

Los planes de COBERTURA PARCIAL que brinda AMTAE y su documentación contractual se encuentran debidamente autorizados por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Los planes de COBERTURA PARCIAL regulados por el presente Reglamento de Contratación NO INCLUYEN, bajo ninguna circunstancia, la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO), ni del Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad (Ley 24.901 y modificatorias), ni podrá interpretarse, como el otorgamiento de un plan de Cobertura Integral, toda vez que ello se encuentra expresamente excluido de su objeto que se limita en forma exclusiva, excluyente y taxativamente a las prestaciones acordadas y cuantificadas en el "ANEXO AL PLAN DE COBERTURA PARCIAL" que integra el presente.

(iv) ASOCIACION AL PLAN DE COBERTURA PARCIAL

1.1 Individual: Podrán asociarse a los planes de COBERTURA PARCIAL las personas capaces para contratar.

1.2 Grupo Familiar: Podrán integrar el Grupo Familiar adhiriéndose a la contratación de un Titular, que deberá ser una persona con capacidad para contratar, las siguientes personas pagando una cuota adicional:

Como Grupo Familiar Directo:

1.2.1 Hijos solteros, hasta 18 años, a cargo exclusivo del Titular.

1.2.2 Los hijos del cónyuge del Titular que cumplan los requisitos establecidos en el punto 1.2.1.

1.2.3 Menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa.

1.2.4 La persona que conviva con el afiliado Titular en unión de hecho debidamente acreditada.

1.2.5 Toda otra persona por fuera de los antes detallados podrán integrar el Grupo Familiar Indirecto.

1.3 Modificaciones del Grupo Familiar.

1.3.1 Los hijos solteros serán automáticamente asociados en calidad de Titular cuando cumplan los 18 años.

1.3.2 Los hijos menores de 18 años que contrajeran matrimonio deberán, para conservar su antigüedad, asociarse como nuevo Grupo Familiar, rigiendo en tal supuesto el mismo límite de tiempo y bajo las mismas condiciones descriptas en 1.3.1.

1.3.3 En el supuesto de que, con posterioridad al perfeccionamiento del contrato, el Titular quisiera incorporar nuevos integrantes al Grupo Familiar, será de aplicación lo dispuesto en los puntos 1.4 y 1.5.1 del presente Reglamento de Contratación.

1.4 Condiciones de Ingreso:

1.4.1 Las personas humanas interesadas en ingresar a AMTAE en un plan de COBERTURA PARCIAL, deberán completar y suscribir la respectiva solicitud de ingreso y una declaración jurada de salud sobre enfermedades preexistentes, patologías secuelas, cirugías llevadas a cabo, tratamientos recibidos con anterioridad o que se esté llevando a cabo al momento de la solicitud, y toda otra información requerida en la referida declaración. El solicitante es personalmente responsable por la información suministrada en su declaración jurada, como así también por la correspondiente a cada uno de los integrantes de su Grupo Familiar. A tales fines la solicitud se considera unitaria y la falsedad y/o falta de coincidencia entre lo declarado, informado y lo efectivamente acreditado por uno u algunos de los integrantes del grupo, generará sin más el derecho resolutorio y/o de anulabilidad de la contratación correspondiente a todo el Grupo Familiar.

1.4.2 Condición Esencial: La veracidad, exactitud e integridad de la información suministrada por el solicitante en la/s declaración/es jurada/s son condiciones fundamentales y esenciales para la celebración del contrato de afiliación, toda vez que dicha información deviene indispensable para el otorgamiento del consentimiento de AMTAE a fin de perfeccionar el contrato. En consecuencia, la inexactitud, falacia o divergencia de la información suministrada por el solicitante en dicha/s declaración/es con la realidad, generará sin más la facultad de resolver el contrato por exclusiva culpa del solicitante o asociado, debiendo notificarse en forma fehaciente la voluntad en tal sentido. La/s declaración/es jurada/s implica/n autorizar en forma irrevocable a AMTAE a solicitar cuanta información estime pertinente a los fines del efectivo control y verificación de los datos allí consignados. A tales efectos, dicha facultad incluye entre otros la renuncia al amparo en el secreto profesional y el relevamiento del mismo a los médicos y/o todo otro prestador de salud que los hubieren tratado con anterioridad y posterioridad a la fecha de la solicitud de ingreso; como así también la conformidad irrevocable para que sean exhibidas a AMTAE y/o a los profesionales y/o instituciones a través de los cuales brinda cobertura médico asistencial, sus historias clínicas, antecedentes y toda otra documentación relacionada con la ejecución de las prestaciones a cargo de AMTAE. En el supuesto de ser los prestadores los que se negaren a suministrar la información, el asociado se obliga a requerirla y proveerla a AMTAE, bajo apercibimiento de generar causal de resolución contractual. El cumplimiento de tal obligación deberá serlo en el plazo máxima de setenta y dos (72) horas de serle requerida.

1.5 Perfeccionamiento del contrato:

1.5.1 El contrato solo quedará perfeccionado en el momento en que AMTAE acepte la solicitud de contratación, lo que sucederá cuando: a) AMTAE así lo comunicare expresamente al solicitante o b) el solicitante reciba las credenciales definitivas. El mismo criterio se aplicara en el supuesto previsto en el punto 1.3.3 de este Reglamento de Contratación.

2 CUOTAS MENSUALES

2.1 El asociado deberá abonar la cuota mensual por mes adelantado, el día 28 de cada mes. La falta de recepción de la "Factura" o "Aviso de Vencimiento" del mes en curso, no exime al asociado de la obligación de Pagar en término. La cuota se considera por mes calendario no resultando proporcionable por ninguna circunstancia en función de la fecha de alta o baja del beneficiario.

2.2 Mora: Se define como mora la falta de pago de la cuota del mes en curso, a partir de la fecha de vencimiento (día 28 de cada mes). Sin perjuicio de ello, AMTAE otorgará al asociado un "plazo de pago" de 15 (quince) días corridos contados desde el vencimiento de la obligación, para el pago de la cuota mensual sin cargos ni intereses de ningún tipo, sujeto a condición de que en dicho "plazo de pago" el asociado abone íntegramente la cuota mensual. Si durante el "plazo de pago" el asociado no pagara íntegramente la cuota mensual, AMTAE aplicara a partir de la fecha de vencimiento de la obligación (mora), un interés compensatorio y moratorio equivalente a una vez y media la tasa activa que para sus operaciones de descuento a Treinta (30) días aplica el Banco de la Nación Argentina, con más los gastos administrativos y/o de rehabilitación.

2.2.1 Desde el vencimiento del plazo de pago y mientras persista el incumplimiento, se exigirá el pago de la/s cuota/s vencida/s con antelación a cualquier prestación cubierta por el PLAN DE COBERTURA PARCIAL elegido. Dicho pago deberá serlo con más los intereses, gastos administrativos y/o de rehabilitación correspondientes.

En caso de regularización, la prestación se brindará sin cargo en los rubros que correspondiere. La falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas o alternadas, será causal de resolución del contrato en forma automática y sin necesidad de interpelación judicial y/o extrajudicial alguna. Dicha resolución no extingue las deudas que el asociado mantenga con AMTAE, quedando reservado el derecho a exigir su pago.

2.2.2. En caso de que el Titular, cuyo contrato haya sido resuelto de conformidad con lo manifestado precedentemente, pretenda incorporarse al sistema de contratos administrados por AMTAE deberá, previa cancelación de la deuda pendiente, cumplir con las condiciones vigentes para los nuevos solicitantes. A tal fin deberá presentar la documentación correspondiente, la que quedará sujeta a la aprobación por parte de AMTAE, aplicándose en tales casos todo lo previsto en los Puntos 1.4 y 1.5 del presente.

3 INALTERABILIDAD DEL EQUILIBRIO CONTRACTUAL.

3.1.1 Siendo el contrato de PLAN DE COBERTURA PARCIAL uno de aquellos caracterizados como moderno, nacido en forma bilateral, que se inserta en un sistema propio con efectos plurilaterales y conexos, en el cual el equilibrio del mismo no se agota en las prestaciones entre las partes inmediatas, sino en la subsistencia de una ecuación económica-prestacional-financiera; es que deben preservarse los elementos constitutivos, las modalidades de cumplimiento y fundamentalmente su integración técnica prestacional, frente a un objeto (prestaciones de salud taxativamente establecidas en cada plan) cuya natural evolución irradia complejas convergencias cuantitativas y cualitativas.

3.1.2 Las características propias y específicas del contrato de PLAN DE COBERTURA PARCIAL, requieren un análisis amplio que evite circunscribirlo al cartabón tipificado por la legislación, ya que el mismo es de tracto sucesivo, vitalicio, integrador de un sistema plurilateral, aleatorio, conmutativo, oneroso y de adhesión.

3.1.3 Especificado el cuadro general regulador y descriptas las obligaciones de las partes en el presente instrumento, corresponde determinar aquellas conductas debidas en pos de preservar los efectos multilaterales que se irradian a partir de la participación en el sistema referido y fundamentalmente la correspondencia de las prestaciones en un contrato cuya nota relevante es la larga duración fundada en la prestación vitalicia y en la indeterminación del plazo.

3.1.4 Consecuencia de lo expuesto es que AMTAE se obliga a:

a) Preservar las condiciones prestacionales para brindar una adecuada cobertura de las prestaciones contratadas (único parámetro válido para ponderar la voluntad de las partes y la ecuación económica resultante);

b) Sostener la oferta de prestadores en niveles equiparables a la cartilla ofrecida al tiempo de celebrar el contrato (siendo la contratación de terceros un hecho que no depende solo de la voluntad de la empresa, la obligación se limita a sostener el nivel cuantitativo y cualitativo meritudo);

c) No resolver el contrato en forma unilateral sin que se produzcan algunas de las causales expresamente establecidas.

d) A no modificar unilateralmente las obligaciones recíprocas entre las partes;

e) A preservar la ecuación económica-financiera existente al tiempo de contratar y con ello proteger el plan prestacional de COBERTURA PARCIAL. La movilidad de las prestaciones recíprocas solo podrá responder a la causa fin del contrato y a las expresamente previstas en el presente. Las cuotas mensuales, aranceles adicionales o complementarios y coseguros/copagos deberán ser aumentadas por AMTAE, en los siguientes casos: a) aumento de los gastos administrativos, b) aumento de los costos de prestación del servicio, c) incorporación de servicios, tecnología, prestaciones, medicamentos, prácticas e innovaciones médicas que se produzcan en cada PLAN DE COBERTURA PARCIAL—en el supuesto de corresponder, d) incrementos de impuestos, tasas y servicios, e) incrementos salariales y de honorarios profesionales o asistenciales, y f) aumentos en la tasa de consumo. Con la finalidad de evitar y/o disminuir tales aumentos AMTAE podrá disponer la inclusión de coseguros o copagos;

f) A restablecer el equilibrio de la ecuación económica-financiera del contrato, de conformidad con los parámetros previstos en el inciso precedente, notificándolo en los términos del punto 18.2 con no menos de treinta (30) días corridos de antelación al vencimiento del pago del mes en que se efectivice dicho restablecimiento. AMTAE podrá prorrogar, sin costo alguno para el afiliado, el plazo de pago de la cuota en la que debe producirse el incremento de precio, debiendo siempre respetar los treinta (30) días de anticipación al aumento determinado. El plazo mencionado solo podrá ser disminuido en el supuesto de que existan hechos extraordinarios ajenos a la voluntad de las partes, tales como hiperinflaciones, periodos de alta inflación, devaluaciones, emergencias económicas, conmociones interiores o exteriores, etc., que desequilibren la economía del sector y del contrato; y

g) Determinar los medios de notificación, a los fines de comunicar los incrementos de cuotas descriptos en el apartado f), serán válidos para toda otra notificación necesaria relativa a la contratación. Las notificaciones incorporadas en las facturas y/o cupones recibos serán medios idóneos para concretarlas.

h) A facultar al contratante asociado, que no aceptare la modificación de las cuotas, a resolver el contrato sin cargo alguno.

4 PERIODICIDAD y MONTO DE LOS AUMENTOS.

4.1.1 Los incrementos de las cuotas mensuales, aranceles adicionales o complementarios y/o coseguros podrán realizarse con una periodicidad no inferior a tres (3) meses. En cada caso, el incremento estará sujeto a los índices de inflación.

4.1.2 No obstante lo dispuesto en el punto precedente, en caso de hiperinflación, incrementos superiores al veinticinco por ciento (25%) en la paridad cambiaria, aumentos superiores a dicho porcentaje en los rubros mencionados en el inciso e) del punto 3.1.4 en caso de que se produzca cualquier otro proceso económico extraordinario y ajeno a la voluntad de las partes que desequilibre la ecuación económico-financiera existente al tiempo de contratar, AMTAE quedará facultada/obligada a preservar el sistema prestacional mediante el incremento de las cuotas mensuales, aranceles y/o coseguros.

5 SUSPENSION DE SERVICIOS.

5.1.1 AMTAE suspenderá sus servicios al afiliado y/o de todo el Grupo Familiar, sin necesidad de notificación previa, en las siguientes situaciones:

- Mora en el pago de las cuotas mensuales conforme lo previsto en el punto 2.2; y
- En caso de no abonar de inmediato las liquidaciones por prestaciones aranceladas (copagos) y/o no cubiertas por el PLAN DE COBERTURA PARCIAL elegido.

5.1.2 La suspensión de servicios no obliga a AMTAE a indemnizaciones, pagos ni reintegros de ningún tipo al asociado.

6 RENUNCIA O MUERTE DEL TITULAR. CAMBIOS DE PLAN.

6.1.1 La renuncia o muerte del Titular de un Grupo Familiar produce la resolución de pleno derecho de la asociación de todos los integrantes del mismo y la pérdida de sus beneficios.

6.1.2 La renuncia deberá ser formulada por el Titular en forma escrita restituyendo sus credenciales y la de todos los integrantes del Grupo Familiar, sin perjuicio de lo cual deberá cancelar su deuda pendiente con AMTAE (cuotas, copagos, excedentes de topes que se hubieren producido, etc.).

6.1.3 Si existieren deudas con AMTAE y/u otros prestadores, la renuncia o muerte del Titular no extinguirá dichas obligaciones, quedando reservado el derecho de exigir su pago.

6.1.4 Si uno o más miembros del Grupo Familiar quisieren continuar su asociación a AMTAE, podrán hacerlo exclusiva y excluyentemente en el mismo PLAN DE COBERTURA PARCIAL contratado por el Titular y para mantener la antigüedad de su cobertura deberán concurrir a nuestras filiales o puntos de venta autorizados, dentro de los treinta (30) días de producido el hecho, para conformar un nuevo grupo con COBERTURA PARCIAL, abonando las cuotas desde el momento de producida la renuncia o muerte, de modo de mantener la continuidad de la afiliación de COBERTURA PARCIAL.

6.1.5 El sistema de PLANES DE COBERTURA PARCIAL de AMTAE admite el cambio de plan a un plan de COBERTURA PARCIAL distinto al originariamente contratado por parte del asociado Titular. Si el afiliado Titular pretendiera contratar un plan distinto al originalmente adherido, previamente deberán cumplir con las condiciones vigentes para los nuevos solicitantes para el plan que se desee contratar. A tal fin deberá presentar la documentación correspondiente, la que quedará sujeta a la aprobación por parte de AMTAE, aplicándose en tales casos todo lo previsto en los Puntos 1.4 y 1.5 del presente. En caso de que AMTAE lo aprobara, se lo considerará como una nueva contratación, sin antigüedad reconocida.

7 ALTAS Y BAJAS DEL GRUPO FAMILIAR

7.1.1 Todo asociado debe comunicar a AMTAE dentro de los Treinta (30) días cualquier modificación que se produjere en su Grupo Familiar .

7.1.2 Para conservar su antigüedad, el integrante de un Grupo Familiar dado de baja por su Titular deberá constituir una nueva asociación exclusiva y excluyentemente en el mismo PLAN DE COBERTURA PARCIAL contratado por el Titular, dentro de los treinta (30) días posteriores a dicha baja abonando la cuota desde el momento de producida la baja, de modo de mantener la continuidad de la afiliación.

8 FALTAS GRAVES, INCUMPLIMIENTOS, SUSPENSION DEL SERVICIO, RESOLUCION Y NULIDAD DEL PLAN DE COBERTURA PARCIAL

8.1 AMTAE tendrá derecho a considerar faltas graves, incumplimientos contractuales que la facultará a emplazar al afiliado y/o suspender la prestación del servicio y/o resolver el contrato en el supuesto de corresponder, en los siguientes casos:

- a. Si el asociado o cualquier miembro de su Grupo Familiar tuviera una grave inconducta con personal de AMTAE y/o cualquiera de sus prestadores;
- b. Si el asociado o cualquier miembro de su Grupo Familiar no denuncia el extravío de la credencial y ello produjese un clon a AMTAE;
- c. Si el asociado o cualquier miembro de su Grupo Familiar facilita las credenciales que le fueran entregadas por AMTAE a terceras personas a fin de que las mismas utilicen los servicios cubiertos por el PLAN DE COBERTURA PARCIAL contratado;
- d. Si el asociado o cualquier miembro de su Grupo Familiar requiere innecesariamente los servicios prestados por AMTAE, o los requiere para personas no asociadas a AMTAE;
- e. Si el asociado o cualquier miembro de su Grupo Familiar usa indebidamente o con dolo el sistema de prestaciones del plan de COBERTURA PARCIAL;
- f. Si el asociado o cualquier miembro de su Grupo Familiar no respetara, en forma reiterada, los turnos solicitados;
- g. Si el asociado incurre en falta de pago de tres (3) cuotas mensuales consecutivas o alternadas conforme lo dispuesto en el Punto 2.2.2;
- h. Si el asociado o cualquier miembro de su Grupo Familiar, ya sea por acción u omisión, impide o frustra el ejercicio de la subrogación prevista en el Punto 16;
- i. Si el asociado o cualquier miembro de su Grupo Familiar efectúa una declaración falsa, inexacta o incompleta en relación a los médicos que lo/s han tratado en los doce (12) meses anteriores a la suscripción de la solicitud de ingreso prevista en el Punto 1.4.1 o en la información brindada en la Declaración Jurada de salud del Punto 1.4.1;
- j. Si el asociado o cualquier miembro de su "Grupo Familiar" no se somete al procedimiento previsto en el Punto 12.3.5.

8.2 Si se determinara que el solicitante omitió informar, en la Declaración Jurada prevista en el Punto 1.4.1, una enfermedad y/o patología secuelar preexistente, se generará sin más la facultad de resolver el contrato a todo el Grupo Familiar por exclusiva culpa del solicitante o asociado, debiendo tan solo notificarse en forma fehaciente la voluntad en tal sentido, quedando AMTAE facultada para exigir el reintegro de las prestaciones que hubiere efectuado con más los daños y perjuicios que se le hubieren causado.

9 CREDENCIALES

9.1 Toda vez que AMTAE acepte el ingreso del solicitante, le entregará al mismo una credencial provisoria que lo acredita como asociado. Los servicios ofrecidos en este PLAN DE COBERTURA PARCIAL podrán ser utilizados con la presentación de esta credencial. Asimismo, la mutual pondrá a disposición en la página web la cartilla digital.

9.2 Este comprobante tiene una validez de treinta (30) días, lapso durante el cual se entregará la Credencial Definitiva, que se presentará, junto con el documento de identidad, cada vez que se requieran servicios contemplados en el PLAN DE COBERTURA PARCIAL del asociado.

9.3 Tanto la constancia provisoria como la Credencial Definitiva son intransferibles.

9.4 En caso de extravío de su credencial, el socio deberá notificarlo a AMTAE dentro de las 48 hs. siguientes a la perdida.

10 PROFESIONALES

10.1 AMTAE ofrece prestadores de reconocida capacidad. Los asociados podrán elegir entre los profesionales de las distintas especialidades pertenecientes a la cartilla de su PLAN DE COBERTURA PARCIAL, quienes serán los únicos autorizados para indicar estudios complementarios o practicas terapéuticas que se encuentren expresamente previstas en PLAN DE COBERTURA PARCIAL.

11 COBERTURAS

11.1 El detalle de las prestaciones médico asistenciales del PLAN DE COBERTURA PARCIAL y los tiempos de espera para acceder a las mismas, se rigen en forma exclusiva, excluyente y taxativa de conformidad al ANEXO AL PLAN DE COBERTURA PARCIAL.

12 LIMITACIONES DE COBERTURA

12.1 Carencias o tiempos de espera: se define como período de carencia o espera al lapso entre el ingreso del asociado al PLAN DE COBERTURA PARCIAL y el momento en que empiezan a regir los beneficios del mismo, detallados en el ANEXO AL PLAN DE COBERTURA PARCIAL correspondiente a cada Plan.

12.1.1 En aquellos casos en que AMTAE hubiese dado por cumplidos ciertos periodos de carencia o espera, aquellos no expresamente modificados mantendrán sus fechas de vigencia originales, debiendo cumplirse los plazos previstos desde la fecha de efectivo ingreso al plan.

12.2 Enfermedades Preexistentes y/o Patologías secuelares:

12.2.1 Se considerarán enfermedades preexistentes, aquellas que el asociado padeciera al momento de suscribir la declaración jurada de salud prevista en el Punto 1.4.1.

12.2.2 Se considerarán patologías secuelares, a aquellas que sean consecuencia de tratamientos médicos de cualquier tipo.

12.2.3 No tendrán cobertura las enfermedades y/o patologías secuelares preexistentes, excepto las que hubieran sido informadas por el asociado en la declaración jurada de salud y expresamente aceptadas por escrito por AMTAE y en las condiciones establecidas a tal efecto.

12.2.4 Tampoco tendrán cobertura las patologías secuelares por tratamientos o cirugías realizadas con posterioridad al ingreso, que sean efectuados por profesionales que no pertenezcan a la cartilla de prestadores correspondientes al PLAN DE COBERTURA PARCIAL contratado.

12.2.5 En caso de que AMTAE determine que el solicitante padecía una enfermedad y/o patología secuelar preexistente no consignada en la declaración jurada de ingreso, se generara sin más la facultad de resolver el contrato por exclusiva culpa del solicitante o asociado, debiendo tan solo notificarse en forma fehaciente la voluntad en tal sentido, quedando AMTAE facultada para exigir el reintegro de las prestaciones que hubiere efectuado con más los daños y perjuicios que se le hubieren causado. En caso de que AMTAE presuma, en base a indicios objetivos y razonables, la preexistencia de una enfermedad y/o patología secuelar que no haya sido informada en la declaración jurada prevista en el Punto 1.4.1, y solo para el supuesto en que se tenga que acreditar algún extremo técnico, se aplicará el siguiente procedimiento:

a) AMTAE notificará al asociado que se realizará una Junta Medica tendiente a determinar la preexistencia de una enfermedad y/o patología secuelar, indicando la fecha en la que el asociado deberá concurrir obligatoriamente. Dicha Junta estará compuesta por tres (3) profesionales de la Salud designados por AMTAE. El asociado podrá concurrir con un profesional de la salud por él elegido libremente y a su cargo.

b) El asociado deberá realizarse los estudios y análisis que la Junta Médica determine, los que estarán a cargo de AMTAE.

c) La Junta Medica se encuentra facultada a solicitar las historias clínicas y/o cualquier otra documentación o información en poder de los profesionales de la salud a los que el contratante haya relevado del secreto profesional conforme a lo dispuesto en el Punto 1.4.2.

d) Determinada por la Junta Medica la preexistencia de una enfermedad y/o patología secuelar, el contrato podrá ser resuelto de pleno derecho y sin otro requisito que la notificación fehaciente en tal sentido. El no sometimiento a la Junta Medica convocada, la negativa a la realización de los estudios y análisis solicitados, la negativa al acceso a las historias clínicas y/o cualquier otra documentación o información en poder de los profesionales de la salud a los que el asociado haya relevado del secreto profesional, como así también la negativa de relevar del secreto profesional en los casos que sea necesario; será causal de resolución del contrato.

13 EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las exclusiones específicas de cada plan de COBERTURA PARCIAL que se detallan en los ANEXOS AL PLAN DE COBERTURA PARCIAL correspondientes, quedan expresamente excluidas de todos los planes de COBERTURA PARCIAL que AMTAE brinda a sus asociados:

a) Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y todos los casos imputables al asociado u otros previstos por la ley.

b) Cualquier servicio y/o suministro recibido con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del beneficiario bajo el PLAN DE COBERTURA PARCIAL al que haya adherido, o después de la terminación de la misma, haya ocurrido o no la enfermedad o el daño accidental mientras la cobertura estaba en vigencia.

- c) Cualquier servicio y/o suministro no prescripto por un médico; cualquier tratamiento de un beneficiario que sea proporcionado por un miembro familiar directo del mismo, aunque este sea médico, a menos que el mismo pertenezca al listado de prestadores de AMTAE.
- d) Internaciones para efectuar exámenes complementarios, análisis, estudios y/o tratamientos de clínica o cirugía que a criterio de la Auditoría Médica de AMTAE puedan ser efectuados en forma ambulatoria.
- e) Internación o permanencia en internación de estados terminales y/o irreversibles.
- f) Cualquier servicio o suministro que sea experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, incluyendo, pero no limitado a, cualquier tratamiento, procedimiento, cirugía, equipo, medicamento, uso de medicamento, dispositivo o suministro. Para ser experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, un servicio o suministro deberá cumplir uno o más de los siguientes criterios: - Que tal suministro o servicio no esté de acuerdo con las normas generalmente aceptadas por la práctica médica en la República Argentina; - Que tal suministro o servicio no esté incluido en el Nomenclador Nacional.
- g) Investigación, tratamiento y/o intervenciones quirúrgicas para la infertilidad, tales como inseminación artificial o asistida, fertilización in vitro, monitoreo de la ovulación, etc., cualquiera sea su indicación.
- h) Prestaciones que no se encuentren previstos en el ANEXO AL PLAN DE COBERTURA PARCIAL contratado por el asociado.
- i) Drogas o medicación no aprobadas por el Ministerio de Salud y/o Autoridad de Aplicación que lo reemplace: medicamentos importados, de venta libre, homeopáticos, cosmetológicos o recetas magistrales, ya sean para uso ambulatorio o en internación.
- j) Internación por afecciones no cubiertas por AMTAE.
- k) Internaciones: todo tipo
- l) Tratamientos no reconocidos.
- m) Guardias médicas.

14 AFILIACIONES CORPORATIVAS

14.1 El asociado que se incorpore a PLAN DE COBERTURA PARCIAL de AMTAE en virtud de convenios corporativos celebrados por esta última con otras Empresas, mantendrá su condición de tal hasta tanto la Empresa a través de la cual se hayan incorporado comunique en forma fehaciente a AMTAE la finalización del vínculo que dio lugar a dicha incorporación a través de esta modalidad, o cuando finalice por vencimiento de plazo y/o se extinga por cualquier causa la vigencia del convenio corporativo oportunamente celebrado por AMTAE.

14.2 El asociado incorporado a un PLAN DE COBERTURA PARCIAL mediante un Convenio Corporativo podrá solicitar su continuidad como "Particular" a ese mismo PLAN DE COBERTURA PARCIAL. Para el supuesto de que AMTAE no comercialice al público en general dicho PLAN DE COBERTURA PARCIAL, ofrecerá continuidad en un plan de COBERTURA PARCIAL de similares características (Plan Equivalente). Para mantener la antigüedad de su cobertura deberán concurrir a nuestras oficinas, dentro de los treinta (30) días de producido el hecho, para contratar exclusiva y excluyentemente el mismo PLAN DE COBERTURA PARCIAL al precio de venta al público (y/o un Plan Equivalente, en caso de corresponder), debiendo en su caso abonar las cuotas desde que hubiera cesado su condición de asociado corporativo, de modo de mantener la continuidad de la afiliación de COBERTURA PARCIAL.

14.3 A tal fin el contratante deberá:

No registrar mora por las obligaciones a su cargo con AMTAE y/o cualesquiera de sus prestadores; Contar con al menos tres (3) años de afiliación al PLAN DE COBERTURA PARCIAL; Abonar la cuota correspondiente al plan de COBERTURA PARCIAL equivalente suscripto.

15 ASOCIADOS CON OBRA SOCIAL

El asociado no podrá derivar recursos de la Seguridad Social para el pago de la cuota mensual del PLAN DE COBERTURA PARCIAL.

16 SUBROGACION

16.1 AMTAE quedara automáticamente subrogada en todos los derechos del asociado contra los terceros por cuya acción u omisión este último haya sufrido lesiones que motiven la prestación de los servicios contratados. En tal caso el asociado estará obligado a prestar a AMTAE toda la información y cooperación necesaria a fin de posibilitar el ejercicio de todas las acciones de que fuere titular contra dichos terceros, hasta el límite de los gastos incurridos y cubiertos por AMTAE a tal efecto, el asociado deberá otorgar a AMTAE, en su caso, las autorizaciones y/o poderes para asuntos judiciales o extrajudiciales que fueren necesarios, y estará obligado a concurrir ante las citaciones que recibiere.

16.2 El asociado responderá ante AMTAE por toda acción, omisión o actitud de su parte que impida o frustre el ejercicio de la subrogación establecida en el presente.

17 DOCUMENTOS QUE INTEGRAN EL CONTRATO DE COBERTURA PARCIAL

17.1 La Solicitud de Ingreso del PLAN DE COBERTURA PARCIAL, la Declaración Jurada de Enfermedades del PLAN DE COBERTURA PARCIAL, el ANEXO AL PLAN DE COBERTURA PARCIAL integran el presente y son suscriptos y entregados de manera simultánea con el mismo, recibiendo el solicitante una copia de dicha documentación, de lo cual se deja expresa constancia.

17.2 Queda expresamente establecido que la incorporación como contratante al sistema implica la plena aceptación de lo establecido en los documentos referidos precedentemente, que regirán las relaciones entre AMTAE por un lado, y el solicitante, su Grupo Familiar, y las personas que a posteriori pudiesen incorporarse al mismo, por el otro, desde el momento de su perfeccionamiento y hasta la finalización de su vigencia.

18 COMUNICACIONES

18.1 Las notificaciones previstas en el presente podrán realizarse por cualquier medio, inclusive los medios digitales como mail, redes sociales, página web, WhatsApp, teléfono, IVR, etc.

18.2 El asociado Titular de un plan de COBERTURA PARCIAL podrá elegir sus preferencias de envío, siempre de tipo digital (entre otras: facturas, notificaciones de aumentos generales, notificaciones varias, etc.).

19 AUTORIZACION

19.1 El asociado y los miembros de su Grupo Familiar autorizan a AMTAE a brindar los datos previstos en el artículo 5, párrafo 2, inciso c) de la Ley N 25.326 a AMTAE u entidades vinculadas a fin de recibir información relativa a los distintos servicios o productos ofrecidos por ellas.

20 VIGENCIA

20.1 El presente contrato será por tiempo indeterminado y quedará perfeccionado conforme a lo previsto en el punto 1.5.

20.2 Todo asociado podrá resolver unilateralmente el presente, en cualquier tiempo y sin expresión de causa, aplicándose lo establecido en el punto 6 en cuanto fuera pertinente.

20.3 AMTAE solo podrá resolver el contrato en los supuestos expresamente previstos en el presente.

ANEXO AL REGLAMENTO DE CONTRATACION DE AMTAE PLANES DE COBERTURA PARCIAL

EXCLUSIONES / PRESTACIONES NO CUBIERTAS: Adicionalmente a las exclusiones detalladas en el Punto 13 del **REGLAMENTO DE CONTRATACION DE AMTAE PLANES DE COBERTURA PARCIAL** quedan expresamente EXCLUIDAS DEL LOS PLANES DE COBERTURA PARCIAL DE LA MUTUAL las siguientes prestaciones medico asistenciales:

- Análisis clínicos: **Atento a Normas de trabajo de Bioquímico del Nomenclador Nacional, se encuentran EXCLUIDOS los siguientes:**
 - Todas las determinaciones por RIE
 - 155
 - 17 cetosteroides fraccionados
 - 262 Dehidroepiandrosterona en orina
 - 272 Extracción en domicilio;
 - 273 Domicilio por km recorrido
 - 303 Estrógenos fraccionados
 - 426 Gonadotropinas Hiposifisarias, uno y dos niveles;
 - 760 Proteico, clearence;

 - 539-Dopaje de I G E
 - Lípidos totales;
 - Lipidograma electroforético

- Hemoglobina Glicosilada
- Dosaje de fármacos o drogas
- Subunidad B HCG
- No se cubre serología ni determinaciones por RIE
- No cubre Sub B en: 293 test de embarazo en orina, reacción inmunológica, gravindex – orthotest-.
- Periodoncia: Se excluye cirugía periodontal con técnica de regeneración tisular guiada.
- Enfermería Domiciliaria: No comprende la provisión de descartables, ni medicamentos, quedando expresamente excluidas las urgencia, acompañamiento, higiene, cuidados especiales del beneficiario, así como la solicitud de prácticas que no cuenten con la indicación médica correspondiente, o cuando el paciente se encuentre con internación domiciliaria. Ninguna prestación podrá ser requerida sin expresa indicación médica y sin la presentación de dicha indicación acompañada del resumen de historia clínica, quedando sujeta la prestación a la aprobación de la auditoría médica correspondiente. Todas las prestaciones se contabilizan por año calendario no siendo acumulativas. Asimismo, todas las prestaciones cuentan con co-seguro de atención que se abona en el momento de realizada la misma, sin excepción.
- Atención por guardia médica en los lugares indicados en la cartilla médica. Se excluye la guardia odontológica. Kinesiología, Fisiatría y Fonoaudiología a Domicilio.
- Prótesis ortopédicas
- Traslados terrestres y aéreos.
- Estudios de alta complejidad como: Video Colonoscopias y Endoscopias
- Toda otra prestación médico asistencial que NO se encontrare expresamente incluida y descripta en este plan ***, aunque la misma fuera consecuencia y/o se derive de una prestación cubierta.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de Salud Mental. Consultas psiquiátricas y psicológicas. Internación Psiquiátrica.
- Tratamientos de Alcoholismo y adicciones en ambulatorio y en internación.
- Tratamientos de Trastornos de Alimentación en ambulatorio y en internación (Obesidad, Anorexia y Bulimia)
- Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad (Ley 24.901 y modificatorias)
- Cualquier tipo de Internación Clínica, en especial y sin perjuicio de toda otra: Derechos y gastos sanatoriales, estudios, medicamentos y material descartable.
- Oftalmología: cirugías ambulatorias y de internación, derechos y gastos sanatoriales, honorarios del cirujano y equipo, medicamentos y material descartable. Topografía y paquimetría, lol master. Pentacam, Retinofluoresceinografía, fotocoagulación convencional, Fotocoagulación con rayo láser.
- Lentes de Contacto.
- Cualquier tipo de Internación Clínica, en especial y sin perjuicio de toda otra: Derechos y gastos sanatoriales, Estudios, Medicamentos y material descartable.
- Cualquier tipo de Internación Quirúrgica, en especial y sin perjuicio de toda otra: Derechos y gastos sanatoriales, Honorarios el cirujano y equipo, estudios, monitoreo intraoperatorio, medicamentos y material descartable.
- Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: Derechos y gastos sanatoriales; honorarios, medicamentos y material descartable.
- Gastos extras dentro o fuera de la internación (acompañantes, enfermería adicional, refrigerios, etc.)
- Prótesis y Ortesis: Prótesis e implantes internos, Prótesis y ortesis externas.
- Flebología: en especial y sin perjuicio de toda otra atención: Tratamiento esclerosante por cualquier método.
- Endoscopia.
- Litotricia Renal por cualquiera de sus métodos.
- Hemoplasmoterapia.
- Hemodiálisis en caso de insuficiencia renal aguda y crónica. Diálisis peritoneal.
- Maternidad: Método Psicoprofiláctico del Parto, Atención del parto normal, distócico o cesáreo, derechos y gastos sanatoriales, honorarios del Obstetra y equipo, medicamentos y material descartable, atención del recién nacido, Nursery, estudios genéticos de diagnóstico al recién nacido, monitoreo fetal, scan fetal, translucencia nucal, ecografía 3d y superiores.
- Neonatología: estudios de hemodinamia; estudios cine-angiograficos; angioplastia transluminal; Internación; derechos y gastos sanatoriales; honorarios del cirujano y equipo, medicamentos y material descartable.
- Trasplantes: Estudios pre y post-trasplante; derechos y gastos sanatoriales; honorarios del cirujano y equipo; monitoreo Intraoperatorio; medicamentos y material descartable.
-

- Enfermedades Oncológicas: tratamiento de enfermedad oncológica de base: Quimioterapia, Radioterapia (cualquiera de sus modalidades), Tratamiento inmunológico, anticuerpos monoclonales, terapia génica, factores estimulantes de colonias.
- Biguanidas, Sulfonil ureas, Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4, liraglutide o similares, lancetas o tiras reactivas de control glucémico, sistema flash de monitorización de glucosa, bombas de insulina.
- Cualquier tipo de tratamiento referido a Diabetes, en especial y sin perjuicio de todo otro: tratamiento con Insulina, Biguanidas, Sulfonil ureas, Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4, liraglutide o similares, lancetas o tiras reactivas de control glucémico, sistema flash de monitorización de glucosa, bombas de insulina.
- Tratamiento de Patologías incluidas en la ley 26.689 de Enfermedades poco frecuentes y modificatorias.
- Prestaciones médico-asistenciales definidas en la Ley de Identidad de Género Ley 26.743 y sus modificatorias.
- Prestaciones médico-asistenciales definidas en la Ley de Reproducción Medicamento Asistida 26.862 y sus modificatorias.
- Prestaciones médico-asistenciales definidas en la Res. 791/99 de Miastenia Gravis y modificatorias.
- Vertebroplastia en ninguna de sus variantes, ni cirugía
- Válvulas de derivación ventricular
- Métodos de Anticoncepción
- Tratamiento de la enfermedad celíaca, incluidas las harinas, premezclas u otros alimentos libres de gluten, contemplados en la Ley 26.588 y sus modificatorias.
- Prestaciones médico-asistenciales definidas en la Ley 27.306 Dislexia y modificatorias
- Neuroestimuladores: dispositivo y cualquier otro concepto relacionado con la práctica.
- Atrofia Mioespal: estudios diagnósticos y tratamiento farmacológico específico.
- No se cubre el reintegro de ningún tipo de medicamentos.
- Internaciones en establecimientos geriátricos, internaciones para cura de reposo, para tratamientos de adelgazamiento o rejuvenecimiento.
- Dietología; cosmetología y podología; objetos para el confort personal tales como aparatos de radio, televisión o servicios de peluquería o belleza; alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipos para ejercicios o aparatos similares.
- Hidroterapia y curas similares
- Reposición de sangre y plasma. Factores hematológicos.
- Transfusiones
- Enfermedades Reumatológicas: Artritis Idiopática Juvenil - Artritis Psoriática - Artritis Reumatoidea - Dermatomiositis - Enfermedad de Behcet - Esclerosis Sistémica - Espondilitis Anquilosante - Fibromialgia - Miopatías - Sarcoidosis - Síndrome de Sjogren - Uveitis - Vasculitis - Policondritis Recidivante Polimialgia Reumática - Enfermedad de Paget - Artritis Reactiva.
 - Esclerosis Múltiple
 - Enfermedades Pulmonares Crónicas: Asma- EPOC- Fibrosis Quística - Hipertensión Pulmonar.
 - Insuficiencia Renal aguda y crónica
 - Hemofilia: Existen varios tipos: Hemofilia tipo A (Factor VIII) - B (Factor IX).
 - Enfermedades Raras o Huérfanas: Enfermedades que afectan a un número pequeño de personas en comparación con la población general. Son potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y alto nivel de complejidad. La mayoría de ellas son enfermedades genéticas. Enfermedades: Gaucher - Fabry - Pompe - Mucopolisacaridosis — Turner.
 - Alteraciones de la Hormona de Crecimiento (GH - growth hormone)
 - Fenilcetonuria
 - Enfermedades inflamatorias intestinales: Enfermedad de Crohn / Colitis Ulcerosa y sus diversas variantes.
 - Hepatitis Crónicas B - C - D — E: Excluye tratamiento medicamentoso específico.
- Maculopatía y Retinopatías
- Acupuntura
- Equinoterapia
- Tratamiento de cámara hiperbarica
- Tratamiento por radiofrecuencia
- Odontología: Todo lo que corresponde a la parte protética, Obturaciones con Luz Halógena en todas las piezas., Ortodoncia, Implantes, Radiología extra oral (ej. panorámicas; telerradiografía, estudios cefalométricos)

- Tratamientos de Infertilidad/Fertilidad asistida: Investigación, tratamiento y/o intervenciones quirúrgicas para la infertilidad, tales como inseminación artificial o asistida, fertilización in vitro, monitoreo de la ovulación, etc., cualquiera sea su indicación.
- Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y todos los casos imputables al asociado u otros previstos por la ley.
- Cualquier servicio y/o suministro recibido con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del beneficiario bajo el plan al que haya adherido, o después de la terminación de la misma, haya ocurrido o no la enfermedad o el daño accidental mientras la cobertura estaba en vigencia.
- Cualquier servicio y/o suministro no prescripto por un médico; cualquier tratamiento de un beneficiario que sea proporcionado por un miembro familiar directo del mismo, aunque éste sea médico, a menos que el mismo pertenezca al listado de prestadores.
- Internaciones para efectuar exámenes complementarios, análisis, estudios y/o tratamientos de clínica o cirugía .
- Internación o permanencia en internación de estados terminales y/o irreversibles
- Cualquier servicio o suministro que sea experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, incluyendo, cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, uso de medicamento, dispositivo o suministro. Para ser experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa.
- Drogas o medicación no aprobadas por el Ministerio de Salud y/o Autoridad de Aplicación que lo reemplace: medicamentos importados, de venta libre, homeopáticos, cosmetológicos o recetas magistrales, ya sean para uso ambulatorio o en internación.
- Tratamientos u operaciones en etapa experimental no reconocidos por organismos o instituciones oficiales de la República Argentina.
- Exclusiones medicamentos: ANOREXIGENOS, ADELGAZANTES, DERMATOLOGICOS ACIDOS RETINOIDES, DIETETICOS, ALIMENTICIOS, DROGA ORLISTAT, DROGAS ONCOHEMATOLOGICAS, ENERGIZANTES, ESTIMULANTES DE LA DISFUNCION SEXUAL, ELEMENTOS DE CONTRASTE, ANESTESICOS, FLORES DE BACH, GINSENG, FORMULAS MAGISTRALES, HERBORISTERIA, HOSPITALARIOS, INTERNACION, PARCHES Y CHICLES PARA DEJAR DE FUMAR, PERFUMERIA, COSMETICA, DERMATOCOSMETICA, PRODUCTOS PARA TRATAR LA ESTERILIDAD, QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLASICA (ONCOLOGICOS). VENTA LIBRE, DESCARTABLES EN GRAL. TODOS LOS PRODUCTOS QUE CONTENGAN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES DROGAS: ACETATO DE LEUPROLIDE – ETANERCEPT – LINEZOLID – PALVIZUMAB – SIBUTRAMINA.

Asimismo, se deja constancia que se puede subir de plan en cualquier momento pero con una carencia de 6 meses para iniciar el uso del nuevo y, para bajar de plan, se requiera la previa permanencia de un año.