

ANEXO PRESTACIONES PLAN DE COBERTURA PARCIAL PLATA

EL PLAN PLATA 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 esquiascopia; 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, **OTORRINOLARINGOLOGIA** Examen funcional laberíntico; Audiometría; Logoaudiometría; 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, **UROLOGIA** Dilatación uretral, **ASISTENCIA EN CONSULTORIO** Consulta Médica.(excepto psiquiatría/psicología), **RADIOLOGIA** 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.

ANALISIS CLINICOS: 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, clearance; 539- Dopaje de I G E Lípidos totales; Lipidograma electroforetico; Hemoglobina Glicosilada; Dosaje de fármacos o drogas; Subunidad B HCG. **ANALISIS CLINICOS:** 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); baciloscopía dir. Ziehl Nielsen ; baciloscopía 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 ; creatininas- cpk –; Creatinina orina o sangre ; clearance 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 trasnspeptidasa ; 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 ; Kpvt ; clearance 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 AUTORIZACION 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)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 \$15.000 –

- Nivel 2 = hasta \$30.000 –

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 retrocavernosa trigeminal	2
Neurotomía intermediario vestibular	2
Intervenciones nervios ópticos	2
OPERACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS	2
OPERACIONES EN EL OIDO MEDIO	
Cirugía de glomus yugularis	2
Cirugía 2º y 3º nervio facial	2
OPERACIONES EN EL OIDO INTERNO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	2
Cirugía del saco endolinfático	2
Cirugía conducto auditivo interno	2
Tratamiento quir. neurinoma acústico	1
OPERACIONES EN LA LARINGE	2
Operación comando de laringe	2
OPERACIONES EN GLANDULA Y CONDUCTOS SALIVALES	2
Operación comando de parótida	2
OPERACIONES EN LA BOCA	1
Operación comando piso de boca	1
OPERACIONES EN LA LENGUA	2
Operación comando de lengua	2
OPERACIONES EN EL PALADAR Y UVULA	2
Operación comando de paladar	2
OPERACIONES EN AMIGDALAS, ADENOIDES Y FARINGE	1
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	1
Adrenalectomía bilateral	
OPERACIONES EN EL TÓRAX	1
OPERACIONES EN PULMON, PLEURAY MEDIASTINO	
Lobectomía, <u>bilobectomía</u> o <u>neumonectomía</u>	
Resección enfisema bulloso bilateral	2
OPERACIONES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR	2
CIRUGIA CARDIOVASCULAR CON CIRCULACION EXTRACORPÓREA	
Tratamiento quirúrgico cardiopatías con hipotermia	
Reemplazo válvula cardíaca	2
Doble reemplazo valvular	2
Reemplazo valvular y plástica de otra	2
Cierre de defectos septales	2

OPERACIONES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR

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

OPERACIONES DEL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN	2
OPERACIONES EN EL ESÓFAGO	
<u>Esófagoectomía total</u> y reconstrucción en un tiempo	
Reemplazo de esófago	2
OPERACIONES EN EL ESTÓMAGO	2
Gastrectomía total	
OPERACIONES EN EL COLÓN Y RECTO	2
Colectomía total c/ restitución tránsito	
Colectomía total con ileostomía	1
Operaciones radicales p/ megacolon	1
Operaciones radicales p/ <u>megacolon(2)</u>	2
<u>Colonproctomía total</u>	2
<u>Proctosigmoidectomía</u>	2
OPERACIONES EN EL HIGADO Y VIAS BILIARES	2
Lobectomía hepática	
Segmentectomía	2
OPERACIONES EN EL PANCREAS	1
<u>Duodenopancreatocistomía</u>	
OPERACIONES DEL APARATO URINARIO Y GENITAL	2
OPERACIONES EN EL RIÑÓN Y URETER	
<u>Nefroureterectomía total</u> c/ cistectomía parcial	
Derivaciones ureterales	1
OPERACIONES EN LA VESIGA	1
Cistectomía total	
<u>Cistoplastia con colon</u> o <u>ilicistoplastia</u> agrandamiento vesical	1
OPERACIONES EN EL ÚTERO	1
Cirugía comando de útero y anexos	
OPERACIONES DEL SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO	1
ARTROPLASTIAS	
Reemplazo de <u>artroplastia</u> cementada	
AMPUTACIONES Y DESARTICULACIONES	1
Amputación <u>interileoabdominal</u>	
TRATAM. QUIR. POR PROCEDIMIENTOS COMBINADOS. MISCELANEAS	1
<u>Dissectomía</u> cervical, dorsal o lumbar con artrodesis	1

(vi) 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: desórdenes cardiovasculares crónicos incluyendo hipertensión, enfermedades respiratorias crónicas, afecciones renales crónicas, desórdenes 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.

“EXCLUSIONES: Las prestaciones no cubiertas se encuentran detalladas en el REGLAMENTO DE CONTRATACION DE AMTAE PLANES DE COBERTURA PARCIAL PLAN PLATA 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.

1. 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 medico 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 meritulado);

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 produjere 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 secuelas:

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 secuelas, a aquellas que sean consecuencia de tratamientos médicos de cualquier tipo.

12.2.3 No tendrán cobertura las enfermedades y/o patologías secuelas 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 secuelas 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 exclusive 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 Auditoria Medica 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 Hipofisarias, uno y dos niveles;
 - 760 Proteico, clearance;
 - 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 encuentre expresamente incluida y descrita 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 Medicamente 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 - Uveítis - Vasculitis - Policondritis Recidivante Polimialgia Reumática - Enfermedad de Paget - Actritis 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 (FactorIX).
 - 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 hiperbárica
- 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.