

REGLAMENTO DE ACCESO A PRESTACIONES EMBARAZO

1) Disposiciones generales:

El presente reglamento determina los derechos y obligaciones al acceso a las Prestaciones Embarazo del Sanatorio del Oeste.

2) Incorporaciones: Admisiones:

La declaración jurada será puesta a consideración del Sanatorio del Oeste quien decidirá su aceptación o rechazo para acceder a las prestaciones.

3) Terapia Neonatal:

Si el recién nacido requiriera Terapia Neonatal, se posee sin costo las primeras 24 hs; excedido ese plazo, los padres se harán cargo de los costos de la prestación en forma particular o de la derivación hacia otro centro asistencial y de los gastos derivados del mismo.

4) Pago:

“A” Se deberá cancelar la totalidad del costo del Parto por Cesárea antes de ingresar al séptimo mes de embarazo, en caso de realizarse el pago con tarjeta de crédito, se deberá haber realizado la operación contando con la autorización satisfactoria por parte del banco emisor.

5) Autorizaciones:

“A” Las autorizaciones de las Prestaciones acreditan la posibilidad de recibir las prestaciones detalladas en el pto 8, debiendo ser exhibido cada vez que sea requerido.

“B” La metodología, confección y formato de las autorizaciones es facultad exclusiva del Sanatorio del Oeste. Se encuentra penada por la ley la adulteración, uso indebido por terceros no inscriptos o por personas con suspensión de servicios.

6) Honorarios:

Sanatorio del Oeste abonará los honorarios de sus profesionales según las practicas preestablecidas y no se hará responsable del pago de acuerdos que las embarazadas puedan convenir directamente con los profesionales.

7) Exclusiones:

Prestaciones Embarazo no es un plan de salud y Sanatorio del Oeste no es una obra social, ni una empresa de medicina prepaga, ni una compañía de seguros, y como tal no se encuentra obligado a cubrir, bajo ninguna circunstancia, prestaciones del plan médico obligatorio, PMI, ni del sistema de prestaciones básicas para personas con discapacidad (ley 24.901 y modificatorias, ya sea en forma parcial o total), y sólo se limita a ser un paquete de prestaciones que se brindan dentro del Sanatorio y para embarazos normales sin complicaciones.

SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS Y DEBERÁN SER ABONADAS POR LAS EMBARAZADAS LAS SIGUIENTES PRESTACIONES:

- La atención médica de cualquier índole que no esté relacionada con el embarazo.
- Ante amenaza de aborto, la internación deberá ser abonada por la embarazada.
- Descuentos en medicamentos que no estén relacionados con el embarazo.
- En caso de legado por aborto espontáneo la internación estará cubierta recién con el pago del 50% del plan.
- Surfactante – Globulina anti RH.

- las prácticas que surjan en las consultas de guardia
- Transfusiones de sangre, medicación de catástrofe

8) PRESTACIONES INCLUIDAS:

- ✓ Gastos, honorarios y anestesia por Parto Normal o Cesárea
- ✓ 72 hs de Internación En Hab. Individual (según disponibilidad)
- ✓ 24 hs. de Neonatología (En caso de ser necesario)
- ✓ Materiales Descartables habituales.
- ✓ 6 consultas con el Obstetra elegido que la acompañará durante todo el Embarazo.
- ✓ 3 consultas de Guardia Obstétrica las 24hs(las prácticas que surjan de la consulta de guardia NO están incluidas)
- ✓ 2 Ecografías 2D
- ✓ 2 Monitoreos fetales.
- ✓ 2 Análisis de laboratorio completo (1 por cada trimestre)
- ✓ Electrocardiograma y apto quirurgico
- ✓ Descuento en Farmacias del 20%
- ✓ Análisis FEI y vacuna hepatitis B

En virtud de lo que antecede la embarazada, acepta los términos y condiciones establecidas en este "Reglamento General - Prestaciones Embarazo"

Se firman 2(dos) ejemplares de un mismo tenor, quedando uno en su poder y otro para Sanatorio del Oeste.

*Consta de una carilla.

Fecha: ___/___/_____

Edad: _____

Nombre y Apellido Embarazada:

DECLARACION JURADA DE SALUD	RESPUESTA
Especifique el PESO (kilogramos) / ALTURA (metros):	
¿HIPERTENSION?	
¿DIABETES?	
¿POSEE EMBARAZO GEMELAR?	
¿REALIZO TRATAMIENTO DE FERTILIZACION?	
¿PARTOS PREMATUROS ANTERIORES?	
¿HIPO o HIPERTIROIDISMO?	
¿PROBLEMAS RENALES?	
¿EPILEPSIA?	
ASMA	
HIV	
¿CANTIDAD DE CESAREAS ANTERIORES?	
¿ENFERMEDADES CRONICAS? En caso afirmativo detalle debajo	

Firma: _____

DNI: _____

Celular: _____

Domicilio: _____

Forma de pago: _____

**SANATORIO
DEL OESTE**

ITUZAINGÓ / CASTELAR / MERLO

- Vacunas recién nacido fuera de las inclusiones pto 8