

ANEXO AL REGLAMENTO DE CONTRATACIÓN GENERAL

El presente ANEXO AL REGLAMENTO DE CONTRATACIÓN GENERAL de MEMED SA, en adelante "Mundo Médico", que será de aplicación para todos los asociados al **PLAN "IOMA PLUS"**. Este plan se ajusta a las características de un plan complementario de COBERTURA PARCIAL, conforme al REGLAMENTO DE CONTRATACIÓN GENERAL de "Mundo Médico", y a la Ley N° 26.682, su Decreto Reglamentario N° 1993/20311 y la Resolución N° 1277/20319, encontrándose debidamente presentado en la Superintendencia de Servicios de Salud bajo Código de RNEMP 115416.

EL PLAN IOMA PLUS CUBRE EXCLUSIVA, EXCLUYENTE Y TAXATIVAMENTE LAS PRESTACIONES DESCRITAS EN EL PRESENTE ANEXO. EL PLAN IOMA PLUS EXCLUYE TODAS LAS PRESTACIONES TAXATIVAMENTE DETALLADAS EN EL "REGLAMENTO DE CONTRATACIÓN GENERAL" COMO TODAS LAS AQUELLAS QUE NO SE DESCRIBEN COMO COBERTURA.

No tendrán cobertura, bajo ninguna circunstancia, la totalidad de las prestaciones médico asistenciales del Programa Médico Obligatorio, ni del Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad (Ley 24.901 y modificatorias), así como tampoco otras prestaciones médico asistenciales que no se encuentren expresamente previstas y detalladas en el presente ANEXO, aunque las mismas se deriven y/o tengan relación con las prestaciones médico asistenciales cubiertas. Asimismo, las prestaciones médico asistenciales incluidas en el plan IOMA PLUS se cubrirán bajo las técnicas convencionales, expresamente autorizadas, de la medicina basada en la evidencia.

Este plan adopta las características de "Sistema Cerrado", es decir, los asociados sólo podrán utilizar los prestadores incluidos en la cartilla de profesionales y servicios contratados por "Mundo Médico" para brindar las prestaciones médico asistenciales expresamente previstas y detalladas en el presente ANEXO.

La cobertura del plan IOMA PLUS prevista en el presente se brindará exclusivamente en la jurisdicción de Buenos Aires, pudiendo "Mundo Médico", brindar, por el intermedio de una empresa contratada, el acceso a un servicio de asistencia al viajero bajo las modalidades y topes de cobertura que ellas otorguen.

EL PLAN IOMA PLUS CUBRE EXCLUSIVAMENTE LAS SIGUIENTES PRESTACIONES MÉDICO ASISTENCIALES: Sin perjuicio de las exclusiones específicas que se detallan en el "REGLAMENTO DE CONTRATACIÓN GENERAL"

Referencias/Terminología:

Cargo/copago: refiere al pago que debe abonar el asociado para acceder a la prestación médico asistencial.

Tope: refiere a la cantidad de prestaciones médico asistenciales cubiertas por el plan por un tiempo determinado, por persona o por cantidad de personas que existan en el grupo familiar.

Límite: refiere a la edad que debe tener el asociado para acceder a la cobertura de una prestación médico asistencial

Carencia: Tiempos de Espera para comienzo de la utilización de Servicios, en caso de necesidad previa, se deberá abonar los valores de los gastos y honorarios totales de la prestación solicitada al prestador de forma privada.

1.1 CONSULTAS MÉDICAS DE LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES:

- Clínica Médica, Pediatría, Ginecología, Cardiología, Cirugía General, Cirugía Infantil, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Hematología, Infectología, Nefrología, Neumonología, Neurología, Nutrición, Oftalmología, Traumatología, Otorrinolaringología, Proctología, Reumatología, Urología, Flebología, Odontología.

Cargo/copago: Sin Costo, No acumulables

Tope: Individual (1 mensual), a partir de 2 personas (2 mensual), las excedentes valor diferencial.

Límite: ingreso hasta los 99 años

Carencia: 1er día del alta de cobertura.

1.2.1 ESTUDIOS Y PRÁCTICAS DE DIAGNÓSTICO SIMPLES:

- Radiografía simple sin contraste (hasta 2 exp)
- Radiografía simple con contraste (1 exp.)
- Ecografía nomenclada
- Electrocardiograma
- Fondo de ojos
- Ecocardiograma
- Electroencefalograma simple
- Colposcopia

Con las exclusiones específicas detalladas en el presente ANEXO Y EN EL REGLAMENTO DE CONTRATACIÓN GENERAL.

Cargo/copago: Sin Costo, No acumulables

Tope: Individual y matrimonio (1 mensual), a partir de 3 personas (2 mensual), las excedentes valor diferencial.

Límite: ingreso hasta los 99 años

Carencia: 1 día de la fecha del alta de cobertura.

1.2.2 ANÁLISIS DE LABORATORIO:

- Análisis de laboratorio de rutina: hasta 8 determinaciones cualquiera de las siguientes: (Hemograma; eritrosedimentación, glucemia, creatinina en sangre, colesterol total, triglicéridos, ácido úrico, orina completa, hepatograma, grupo y factor RH, coagulograma, uremia, ionograma)

Con las exclusiones específicas detalladas en el presente ANEXO Y EN EL REGLAMENTO DE CONTRATACIÓN GENERAL.

Cargo/copago: Sin Costo, no acumulables

Topo: Individual (1 semestral), a partir de 2 personas (2 Semestral) Lo excedente a valor diferencial

Límite: ingreso hasta los 99 años

Carencia: 1 día de la fecha del alta de cobertura.

1.3 ESTUDIOS Y PRÁCTICAS ESPECIALIZADAS:

- Ergometría
- Presurometría
- Espirometría
- Mamografía
- Ecografías no nomencadas
- Tomografía (sin contraste)
- RNM (sin contraste)
- Prácticas de odontología: (extracción simple o restauración de canino a canino)

Con las exclusiones específicas detalladas en el presente ANEXO Y EN EL REGLAMENTO DE CONTRATACIÓN GENERAL.

Cargo/copago: Sin Costo, no acumulables

Topo: Individual y matrimonio (1 anual), a partir de 3 personas (1 Semestral), las excedentes valor diferencial.

Límite: ingreso hasta los 99 años

Carencia: 6 meses de la fecha del alta de cobertura.

1.3.1 PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS

- Kinesiología
- Fonoaudiología
- Psicología

Con las exclusiones específicas detalladas en el presente ANEXO Y EN EL REGLAMENTO DE CONTRATACIÓN GENERAL

Cargo/copago: Con costo a valor diferencial

Topo: 30 sesiones al año.

Límite: ingreso hasta los 99 años

Carencia: 1 de la fecha del alta de cobertura.

2) EXCLUSIONES: PRESTACIONES NO CUBIERTAS:

Adicionalmente a las exclusiones detalladas en el Punto 13 del Reglamento de Contratación General, quedan expresamente EXCLUIDAS DEL PLAN las siguientes prestaciones médico asistenciales:

- a. Internaciones clínicas de ningún tipo, ni de urgencia o domiciliarias.
- b. Intervenciones quirúrgicas de ningún tipo, ni ambulatorias ni que conlleven a una internación.
- c. Todos los gastos de Anestesia, que serán facturados según la asociación o profesional correspondiente.
- d. Centellografía, Cámara gamma, Impedanciometría, Electronistagmografía, Polisomnografía, Tomografía emisión de positrones (PET). Medicamentos y materiales de contraste utilizados en los estudios y tratamientos citados. Sustancias radioactivas.
- e. Laboratorios fuera de los de Rutina detallados en el Punto 1.2 y radioinmunoensayo
- f. Rehabilitación
- g. Testificación (alergia)
- h. Reeducación Postural Global
- i. Urgencias Odontológicas
- j. Cirugías oftalmológicas, Tonometría, Examen de Campo y Agudeza Visual,

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.

En virtud de lo que antecede, el beneficiario, acepta y conoce los términos y condiciones del presente ANEXO, del REGLAMENTO DE CONTRATACIÓN GENERAL, Y Cartilla Médica del plan elegido.*Consta de 2 carillas.

FECHA __/__/__ CATEGORÍA PLAN _____ Firma aclaración del TITULAR: _____

TITULAR: _____ DNI: _____

INTEGRANTE 2: _____ DNI: _____

INTEGRANTE 3: _____ DNI: _____

INTEGRANTE 4: _____ DNI: _____

INTEGRANTE 5: _____ DNI: _____

INTEGRANTE 6: _____ DNI: _____