

Reglamento General de Prestaciones Médicas Plan Oro /Silver

1) Disposiciones generales:

“A” El presente reglamento determina los derechos y obligaciones de los beneficiarios adheridos a las prestaciones médicas que brinda Mundo Médico; al igual que las condiciones particulares de cada plan elegido y sus ampliaciones, limitaciones y/o modificaciones que Mundo Médico pudiera introducir en el futuro.

“B” La incorporación como afiliado de Mundo Médico, implicará la aceptación de este reglamento; el que regirá las relaciones entre Mundo Médico y el solicitante, las personas que éste incorpore y/o los beneficiarios.

“C” Se deja constancia que Mundo Médico es una Prepaga Médica, inscrita en R.N.E.M.P n° 115416, con cobertura en una única jurisdicción, con planes parciales de primer y segundo nivel del programa médico obligatorio, en los términos establecidos por el Art. 7 inc. c. de la ley Nro. 26.682, y el Decreto Reglamentario 1993/2011 y su modificatorio 66/2019, razón por la cual a lo largo del presente se detallarán aquellas prestaciones que serán cubiertas y aquellas excluidas conforme a la ley.

2) Condiciones para el Ingreso

“A” Para ser afiliado de Mundo Médico, el interesado debe tener capacidad jurídica para contratar y deberá suscribir la solicitud de ingreso, la declaración jurada de salud y suministrar toda otra información o estudio solicitado por nuestra Auditoría Médica, siendo la exactitud y veracidad de los datos declarados la condición y requisito esencial para su incorporación y permanencia..

“B” El solicitante es responsable por la información suministrada sobre él y de todo el grupo familiar a su cargo. La ocultación que le hicieran terceros a incorporar y/o beneficiarios no constituye eximente de su responsabilidad.

“C” Toda solicitud de afiliación y declaración jurada será puesta a consideración de Mundo Médico. De Acuerdo a la Ley 26.682, evaluada su solicitud y declaración jurada de salud por nuestra auditoría, se autorizará la inscripción como afiliado y se establecerá el valor definitivo del plan

“D” En caso que el solicitante o un miembro de su grupo familiar declare y/o padezca alguna enfermedad preexistente, el mismo no será incorporado hasta tanto se expida la Autoridad de Aplicación en relación al valor adicional a la cuota a abonar.

“E” La condición de afiliado se adquiere en el momento en que Mundo Médico hace entrega de credencial, cartilla e informa el valor definitivo de la cuota mensual.

“F” Mientras no haya sido adjudicada la solicitud, su firmante podrá retractarla.

“G” Transcurridos 30 días hábiles desde la presentación de la solicitud de ingreso, si ésta no fuera aceptada expresamente por Mundo Médico, se considerará rechazada.

“H” Toda afiliación tendrá un período mínimo de tres meses, plazo a partir del cual se puede solicitar la baja de la misma. En caso de solicitar la baja con antelación a este periodo, el afiliado deberá abonar el remanente hasta cancelar las tres primeras cuotas, las que se deben abonar en concepto de gastos comerciales, administración y otros gastos incurridos en el alta de los afiliados.

“I” El pago de la cuota mensual será una condición indefectible para contar con la cobertura correspondiente. Se considerará que la cuota se encuentra paga cuando se abone la totalidad del monto facturado. No serán válidos los pagos parciales.

3) Calidad de Asociado

“A” La asociación podrá ser Individual o en Grupo Familiar.

“B” Se considerará como "Titulares" a aquellos beneficiarios con capacidad jurídica de contratar, que hayan suscrito la solicitud de ingreso, y que hayan sido aceptados bajo las condiciones del Art 2 del presente.

“C” En caso de afiliación de un grupo familiar integrado solo por menores de edad, la solicitud de ingreso deberá ser suscrita por un mayor capaz, y a cargo de los mismos, quien será el titular y responsable de la afiliación.

“D” Grupo Familiar, podrán solicitar integrar el grupo familiar el cónyuge o concubino, hijos del titular, hijos del cónyuge, menores que estén exclusivamente bajo guarda y tutela del titular, todos siempre y cuando sean solteros hasta los 21 años de edad no emancipados, o hasta los 25 años inclusive si acreditan fehacientemente que se encuentran cursando regularmente estudios.

“E” Toda baja o modificación en la constitución del grupo familiar, deberá ser comunicada por el titular personalmente por medio de una nota y/o enviada por medio fehaciente a Mundo Médico, la misma será evaluada y aceptada según normas Art 2. De igual forma se deberán comunicar las renunciaciones o el ingreso a la mayoría de edad de los menores y mayores a 65 años..

“F” todos los integrantes que dejen de cumplir cualquier de las condiciones anteriormente descriptas deberán conformar una nueva solicitud de

afiliación individual.

4) Incorporaciones a grupos familiares existentes:

“A” Las condiciones de ingreso en la cláusula 2, son obligatorias para todos aquellos interesados a adherirse a un grupo familiar ya existente.

“B” El Titular presta conformidad de abonar el adicional definitivo correspondiente al nuevo beneficiario, el cual una vez aprobado su ingreso de acuerdo a lo estipulado en el Art. 2 del presente, se facturará el mes completo sin importar el día de ingreso, en idénticas condiciones al grupo familiar

“C” Atento no estar incluido en la cobertura que ofrece la empresa, el PMI, el recién nacido, hijo/a de una afiliada de Mundo Médico, podrá ser incorporado al grupo familiar evaluada su solicitud de ingreso, declaración jurada de salud y entregando fei, ecografía de caderas y todo aquel estudio que se incorpórase como obligatorio al nacimiento. De ser aceptada, el Titular deberá abonar la cuota mensual con el nuevo importe, o en caso de encontrarse paga la cuota del mes en curso deberá abonar el adicional correspondiente.

5) Cambio de plan

“A” El Titular podrá solicitar la inclusión del grupo familiar entero, sin posibilidad de división, en planes de mayores o menores beneficios, reservándose Mundo Médico el derecho de aceptar o rechazar sin invocación de causa la solicitud recibida.

“B” Las condiciones de ingreso de la cláusula 2 del presente es de obligatoriedad inclusive para todas las solicitudes de cambio de plan.

“C” Evaluada la solicitud y declaración jurada de salud por nuestra auditoría, se estipulará el valor definitivo del nuevo plan.

“D” Aprobado el cambio de Plan por parte de Mundo Médico, el Titular presta conformidad de abonar la cuota de mayor valor de los planes intervenidos por el mes entero.

“E” El titular es responsable por la pérdida de beneficios y/o corte de tratamientos de todo el grupo familiar.

6) Revocación y término de la incorporación:

“A” La comprobación por Mundo Médico -en cualquier momento- de falsedades en la declaración jurada, ocultación, reticencia u omisión de circunstancias o antecedentes relativos al asociado titular o sus incorporados y/o beneficiarios, que debieron ser declaradas en la solicitud de ingreso y/o al tiempo de la incorporación, conforme lo que se establece cláusula 2 del presente, aun siendo desconocidas en el momento de la solicitud de afiliación, facultará a Mundo Médico a dejar sin efecto la incorporación con cualquier antigüedad, tanto por el titular como todo su grupo familiar, permitiendo a Mundo Médico exigir una indemnización por los gastos incurridos.

“B” Sin perjuicio de lo previsto en los párrafos precedentes, Mundo Médico podrá dejar sin efecto la incorporación de todo el grupo familiar con justa causa de ocurrir los siguientes hechos:

i) Trato agravante u ofensivo al personal o profesionales adheridos a Mundo Médico.

ii) Falta de pago en término de tres facturas mensuales (consecutivas o alternadas).

iii) No haber denunciado en tiempo oportuno el extravío de la credencial, en caso de que ésta llegara a ser utilizada por terceros antes de la denuncia.

iv) Utilización de la credencial hallándose en mora en el pago de la cuota y/o incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones con Mundo Médico.

v) Incurrir en dos o más inasistencias a citas y entrevistas concertadas con el auditor médico o profesionales adheridos a Mundo Médico.

vi) Demora o falta de pago a Mundo Médico, sanatorios, laboratorios y entidades adheridas a Mundo Médico, en concepto de pagos por prestaciones no cubiertas y/o excedentes en los toques de Plan al que el asociado se hallare adherido.

vii) Facilitar o permitir a terceros el uso de la credencial (aun cuando no llegare a concretarse perjuicio alguno).

viii) Requerimiento innecesario del servicio de urgencia y emergencias, o para la atención de personas no asociadas a Mundo Médico.

ix) Uso indebido del sistema de prestaciones y/o reintegros.

x) Tentativa o efectiva comisión de cualquier acto tipificado como delito en la legislación vigente, o de cualquier acto con dolo o culpa grave del que pudiera resultar daño, contra o en perjuicio de Mundo Médico y/o de su personal y/o de los profesionales y/o entidades adheridas

“C” El titular podrá rescindir unilateralmente y sin expresión de causa, su incorporación, luego de tres meses de su inicio, tal como surge del Art. 2 inc. “F” del presente, comunicándose por medio fehaciente a Mundo Médico, debiendo encontrarse con el pago de la cuota mensual al día y, comunicándose con quince (15) días de anticipación al vencimiento de la siguiente cuota, restituyendo su credencial y las de los beneficiarios y/o incorporados. Sin perjuicio de ello y a efectos de evitar el ejercicio abusivo de este derecho, el mismo podrá ser ejercido solamente una vez por año.

“D” Cuando la rescisión unilateral abarque sólo a algún o algunos de los miembros del grupo familiar, Mundo Médico podrá considerar rescindida la incorporación de todo el grupo.

7) Renuncia o Muerte del Titular:

“A” 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.

“B” La renuncia deberá ser formulada por el titular en forma fehaciente, restituyendo sus credenciales y la de todos los integrantes del grupo, debiendo cancelar su deuda pendiente con Mundo Médico (cuotas, coseguros, excedentes de cobertura, etc). Se considera comunicación fehaciente únicamente: la presentación personal (firmado la comunicación en la sede) o por telegrama colacionado o carta documento.

“B” La renuncia deberá ser comunicada en forma fehaciente quince (15) días antes del vencimiento de la siguiente cuota. Si la renuncia fuera comunicada después del décimo quinto (15) día del mes, el afiliado deberá abonar la cuota completa del mes en curso y la del subsiguiente.

“C” Ante el fallecimiento del titular, los familiares del mismo podrán continuar asociados a Mundo Médico si así lo solicitaren dentro de los 30 días de la defunción debidamente acreditada. Esta nueva asociación se concertará con un familiar mayor de edad a cargo, previa aceptación debiendo abonar la cuota que informe Mundo Médico. En caso de tratarse de planes ya no comercializados por la empresa, se asignará un plan de similares características a un valor actualizado.

“D” Si existieren deudas con Mundo Médico y/u otros prestadores, la renuncia o muerte del titular no extinguirá dichas obligaciones, quedando reservado el derecho de exigir judicialmente su pago al renunciante y/o a sus causahabientes según corresponda.

8) Carnets o Credencial:

“A” Los carnets y/o credenciales serán provistos únicamente por Mundo Médico y deberán ser retirados exclusivamente por el titular.

“B” Son de carácter personal e intransferible; acreditan la condición de afiliado, debiendo ser exhibido cada vez que sea requerido.

“C” La metodología, confección y formato de los carnets es facultad exclusiva de Mundo Médico. Se encuentra penada por la ley la adulteración, uso indebido por terceros no inscriptos o por beneficiarios con suspensión de servicios.

“D” Los carnets poseen fecha de vencimiento, para la renovación de los mismos, los afiliados deben encontrarse al día con la cuota mensual.

9) Responsabilidad exclusiva de los prestadores:

“A” La responsabilidad por la actuación de prestadores que brindan atención a los asociados de Mundo Médico, será a exclusivo cargo y responsabilidad de los aquellos profesionales, establecimiento y/o instituciones adheridas al sistema en que se atiendan los asociados, no existiendo derecho alguno de acciones contra Mundo Médico.

10) Prestación de servicios

“A” Mundo Médico prestará los servicios asistenciales según el plan elegido, y lo hará mediante la autorización de órdenes de atención (podrá cobrar coseguros y/o aranceles cuando corresponda según la cobertura del plan, en la autorización o luego de realizada la prestación).

La forma de utilización de las órdenes será establecida en el plan adherido. El titular (y su grupo familiar), siempre deberá presentar el carnet (excluyente) para requerir y retirar las órdenes de atención.

11) Mora:

“A” “Todo afiliado que no hubiese abonado la cuota al día 11, se encontrará en estado de mora automática. Esto implica la suspensión de los beneficios; no pudiendo - en tal caso- utilizar los servicios de Mundo Médico hasta la regularización de las cuotas con sus respectivos intereses.

“B” Al momento en que el afiliado registre deuda se le notificará a su medio fehaciente de notificación elegido en su declaración jurada de ingreso, y se lo invitará a regularizar su situación, debiendo hacerlo antes de acumular de tres facturas adeudadas.

“C” El afiliado que adeude tres (3) cuotas consecutivas o no, será dado de baja, debiendo devolver los carnets y órdenes de consulta que se encuentren en su poder, dentro de las 48 horas, quedando Mundo Médico facultado a reclamar judicial o extrajudicialmente el pago de la deuda, con sus intereses, gastos y costas.

“D” La pérdida de la categoría como afiliado (y de su grupo familiar) no libera al mismo del compromiso de pago de la deuda, más los intereses que correspondan, actualizaciones, gastos extrajudiciales y/o judiciales en que obligaría a incurrir a la empresa en razón de su incumplimiento. Si estando el socio en mora y suspendido, incurriera en la utilización de los servicios médicos contratados, Mundo Médico podrá también reclamar el monto por las prestaciones usufrutuadas, con más los daños y perjuicios ocasionados.

“E” Todo pago posterior a la baja no rehabilitará al afiliado en su carácter de tal, salvo expresa autorización de la empresa.

“F” Los intereses por mora serán fijados por la tasa activa del banco nación más 15% TNA.

12) Cuotas:

“A” El importe que debe abonar el titular en concepto de cuota, será establecido por Mundo Médico dependiendo del plan contratado,

composición del grupo familiar, rangos etarios y declaración jurada de salud.

“B” La cuota deberá ser pagada del 1 al 10 de cada mes en forma adelantada, en las oficinas de Mundo Médico, por tarjeta de crédito o por el medio que ésta última tenga habilitado, los que serán comunicados expresamente a los afiliados. En caso de pago por otros medios deberán presentar en la empresa personalmente la constancia de pago, para la extensión del recibo correspondiente.

“C” Las cuotas mensuales podrán ser actualizadas en proporción a los aumentos en los precios de insumos y prestaciones médicas, complementando los aumentos que autorice la autoridad de aplicación.

“D” El asociado tiene la obligación de conservar los tres (3) últimos recibos de pago. Estos deberán tener correlatividad. Si Mundo Médico lo solicitara -por presunción de deuda- y el socio no lo presentare, deberá abonar las que le faltaren a valor actualizado.

“E” El afiliado acepta y se encuentra en conocimiento de las edades de los rangos etarios del plan elegido, los cuales modifican las cuotas mensuales, produciéndose a partir de los 25 años y cada 10 años. En el momento que algún integrante supere la edad tope del rango etario de su cuota, podrán -sujetos a la aceptación de Mundo Médico- continuar con su calidad de afiliado, abonando el cambio arancelario correspondiente.

“F” El afiliado acepta y se encuentra en conocimiento que mediante las facturas mensuales la empresa puede otorgar bonificaciones comerciales, corporativas o por permanencia, de manera temporal, con o sin plazo determinado, pudiendo ser eliminadas sin expresión de causa con 30 días de anticipación. Se deja constancia que la eliminación o el fin de las bonificaciones no implica aumento de cuota, ni pagos de adicionales de prestaciones no cubiertas.

13) Cobertura:

“A” Prestadores: Mundo Médico será directo responsable del pago de las prestaciones a los profesionales y/o establecimientos de cartilla, conforme las condiciones de cada plan. Mundo Médico no se hará responsable del pago de acuerdos que los asociados puedan convenir directamente con los profesionales y/o establecimientos adheridos, siendo solo válidas las autorizaciones expresamente emitidas por Mundo Médico. Ninguna orden será válida sin la correspondiente autorización.

“B” Mundo Médico podrá modificar la composición de prestadores de la cartilla de cada plan, respetando las prestaciones cubiertas conforme cada plan elegido y lo estipulado en el presente reglamento. En tales casos, los asociados no podrán pretender continuar con un prestador dado de baja, debiendo elegir entre los restantes para la continuación de los tratamientos, salvo casos de necesidad manifiesta debidamente acreditada pero solo hasta la finalización de dicho tratamiento. El asociado que no aceptare tal modificación podrá rescindir el contrato sin recargo alguno y sin responsabilidad alguna de la empresa.

“C” Los planes brindados por Mundo Médico están inscriptos como parciales de primer y segundo nivel del programa médico obligatorio conforme al Art 7 inc. “c” de la ley 26.682 y su Reglamentación, siendo las prestaciones cubiertas y limitadas según las condiciones al plan adherido, las cuales se encuentran indicadas en el formulario del plan y detalladas por código de Nomenclador Nacional en la cartilla médica, sección “Cobertura de Planes”.

“D” Para el acceso a las prestaciones cubiertas se podrá cobrar coseguros según Resolución N° 58-E o aranceles superiores convenidos según la cobertura del plan adherido y prestador a utilizar, pudiendo solicitarse el pago en la autorización de la prestación, al hacer uso de la misma o por pago diferido en la siguiente factura.

14) Comunicación fehaciente:

“A” El asociado deberá denunciar un domicilio dentro del país y un correo electrónico donde se envíaran y se considerarán debidamente recepcionadas todas las notificaciones y facturas electrónicas mensuales.

“B” Cualquier cambio de domicilio o de correo electrónico, deberá ser comunicado por escrito a Mundo Médico; caso contrario, se considerará como válida toda comunicación remitida a lo declarado en la solicitud de afiliación.

15) Prestaciones excluidas de la cobertura

“A” Tratamientos, enfermedades y/o lesiones preexistentes a la fecha de ingreso a Mundo Médico.

“B” Toda práctica diagnóstica o terapéutica, quirúrgica o no, que sea preparatoria o concomitante o consecuencia y/o secuela directa o indirecta de cirugías o prácticas no cubiertas.

“C” Cualquier servicio y/o suministro recibido con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura al asociado; o después de la terminación de la misma, haya o no ocurrido el daño accidental o manifestado la enfermedad mientras la cobertura estaba en vigencia

“D” Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales o cualquier gasto proveniente de un accidente in itinere, siendo la atención responsabilidad de la ART contratada por el empleador. En caso de no poseer seguro de riesgos de trabajo, el afiliado asume el compromiso de contratar un seguro de accidentes personales para la cobertura de su actividad laboral.

“F” Asistencias prestadas al asociado como consecuencia de lesiones auto provocadas y las que sean consecuencia de intento de suicidio.

“G” Prestaciones emergentes de accidentes ocurridos por la práctica habitual de cualquier tipo de deportes no declarado, aficionado, profesional o federado, siendo responsabilidad de la institución correspondiente o en su caso, del afiliado de contratar un seguro que cubra las lesiones de dicha actividad.

“H” Prestaciones Nomencladas excluidas: Acorde al Art 7 de la ley 26.682 y su Reglamentación, en la sección “Cobertura de Planes” de la cartilla médica de cada plan, se encuentran pormenorizadamente detalladas las prestaciones excluidas de la cobertura ordenadas por código del Nomenclador Nacional indicando que se cubre y que se excluye conforme a la ley.

“I” La Medicina Prepaga es un contrato de aseguramiento y no un sistema de seguridad social, son los usuarios quienes determinan los grados de cobertura y los tipos de beneficios para sí mismo o su grupo familiar al seleccionar un determinado plan de cobertura. Mundo Médico al estar exceptuado de brindar todas las prestaciones del Plan Médico Obligatorio, tendrá el derecho de negar la cobertura de aquellas prestaciones que se encuentran excluidas en el presente contrato y aquellas nuevas que se incorporen en el futuro sin una adecuación correspondiente de la cuota pactada. El afiliado ante la necesidad de una prestación y/o medicación no cubierta, acepta y presta conformidad que debe asistir a un ente privado a su cargo u hospital público. Solo en el caso que la misma se realice o sea provista por un Prestador dentro de la cartilla y el afiliado o su grupo familiar lo desean, Mundo Médico podrá autorizar la prestación previo depósito de los gastos a incurrir. En caso de superarse el presupuesto original por complicaciones, los mismos serán facturados en la factura del mes siguiente, debiéndose abonar en su totalidad, perdiendo la calidad de afiliado en caso de mora en el pago.

“J” Los planes brindados se encuentran inscriptos como parciales de primer y segundo nivel de PMO resolución 201/2002, motivo por el cual se excluye todas las prestaciones de 3er nivel de alta complejidad y medicamentos de alto costo, incluidos para los planes PMO o superadores por Resoluciones según Nros. 500 del 27/01/ 2004, 2048 30/4/2003, 1276 16/8/2002, 6080 17/9/2003, 475 27/5/2002 y 5600 29/8/2003, y todas aquellas con recupero mediante SUR 1200/12 y las que las sustituyan o complementen a través de leyes o resoluciones que incluyen nuevas prestaciones.

“K” Equipo interdisciplinario y prestaciones incluidas en la ley 26.657 de Salud Mental,

“M” Tratamientos y prestaciones de discapacidad, rehabilitaciones, acompañantes terapéuticos, como cualquier otro tipo de beneficios conforme a la ley 24.901 y sus reglamentaciones. Trastorno del espectro autista y/o esquizofrenia, trastorno genético de los cromosomas del par 21.

“N” Acorde al Art 7 de la ley 26.682 y su Reglamentación, a continuación se encuentran el detalle de los tratamientos e insumos excluidos de la cobertura:

i) Cirugía estética, cosmética o plástica no reparadora, afecciones provocadas por alcoholismo y/o drogadicción y sus tratamientos, exámenes escolares, laborales o de pre ingresos, alergias crónicas, enfermedad de Turner, hemofilia, epilepsia medular, Malformaciones o enfermedades congénitas y crónicas, Tratamientos flebo esclerosantes, lipoaspiración, alergias crónicas, estimulación temprana, esterilidad y fertilización asistida

ii) Enfermedades infectocontagiosas: Lepra, infección por HIV, SIDA, poliomieltitis, tétanos, rabia, tuberculosis con baciloscopia, sífilis primaria y secundaria, y otras de similar complejidad.

iii) Aborto provocado, IVE, procedimientos anticonceptivos, colocación de dispositivos intrauterinos y control de los mismos.

iv) Estudio genético prenatal , criopreservación de sangre del cordón umbilical, terapias y estudios previos genéticos, ecografías de varias dimensiones, leches maternizadas o comunes para bebe, pañales, protectores o bombachas de incontinencia.

vii) Operaciones comando, operaciones por robots. Cirugía para Parkinson. Cirugía de la Epilepsia. Semillas radiactivas para el cáncer de próstata. Diálisis crónica. Traslado, evaluación pre trasplantes y Trasplantes de órganos. Bypass gástrico, cirugía bariátrica. Cambio de sexo, Cirugía con refractiva con excimer laser. Radioterapia y Pet Scan. Drogas quimioterápicas y de alto costo

viii) Internaciones: por enfermedades crónicas, seniles, psiquiátricas, por toxicomanías o cualquier tipo de adicción, Internación en institutos geriátricos, psiquiátricos o de cualquier tipo de rehabilitación, internación domiciliaria de cualquier tipo, los traslados que no sean del domicilio al sanatorio, Prácticas o tratamientos médicos a domicilio, acompañante en internaciones. Gran Quemado, Internaciones prolongadas de más de 30 días de internación clínica o quirúrgica, en los casos que se exceda dicho número de días, el afiliado o su grupo familiar podrá optar de abonar al prestador el pago diario por la continuidad de la internación o coordinar la derivación a otro centro público o privado a su costo.

ix) Colocación, extracción y/o complicaciones y/o secuelas relacionadas con la utilización del DIU, o algún otro método de anticoncepción o contracepción.

x) Provisión de: Armazón y cristales de anteojos y lentes de contacto,

Lentes intraoculares, Material descartable no cubierto por el módulo de internación clínica o quirúrgica. Marcapasos Cardiodesfibriladores. quimioembolización.. Traspositores y aparatos de frecuencia modulada, cualquier tipo de stents, prótesis cardiovasculares y de alta complejidad terapéutica, implantes cocleares, Prótesis ortopédicas, tutores, material de osteosíntesis, audífonos, desfibriladores, oxígeno domiciliario o mochilas de oxígeno, máscaras de C-pap, B-pap y/o cualquier otro tipo de asistente respiratorio domiciliario, aparatos para fisioterapia, provisión accesorios ortopédicos. Provisión de sillas de ruedas y camas ortopédicas, colchones, almohadas especiales, plantillas, zapatos, bastones.

“O” La cobertura en medicamentos ambulatorios, crónicos (resolución 310), inmunosupresores o PMI, serán como máximo el descuento que posee el plan elegido, no se cubrirá medicamentos al 70% y/o 100% bajo ninguna circunstancia, aun teniendo un certificado con beneficios obligatorios para agentes de la seguridad social como para planes PMO o superadores.

“P” Todo gasto incurrido en Hospitales Públicos o Salas Municipales sin convenio.

16) Preexistencias y/o Patologías secueles -Valores diferenciales

“A” Se considerarán enfermedades preexistentes todas aquellas que el asociado padeciera al momento de suscribir la declaración jurada, conocidas o no, que se originaron y/o se encuentra desarrollando al ingreso.

“B” En caso de enfermedades preexistentes, la cobertura por parte de Mundo Médico quedará sujeta a la resolución de la Autoridad de Aplicación sobre la determinación específica del valor diferencial que deberá abonar el afiliado, la cual se computará desde el primer día de ingreso.

“C” Maternidad: El estado de embarazo (conocido o no) al momento de afiliarse, será considerado como una preexistencia.

“D” Se considerarán patologías secueles, a aquellas que sean consecuencia de tratamientos médicos con anterioridad al ingreso y con posterioridad que sean efectuados por profesionales que no pertenezcan a la cartilla de prestadores correspondientes al Plan contratado.

“E” En caso de que Mundo Médico determine que el solicitante padecía una enfermedad y/o patología secuelar preexistente no consignada en la declaración jurada de ingreso, se generará sin más la facultad de resolver el contrato por exclusiva culpa del solicitante o asociado, debiendo tan sólo notificarse en forma fehaciente la voluntad en tal sentido, quedando Mundo Médico facultada para exigir el reintegro de las prestaciones que hubiere efectuado con más los daños y perjuicios que se le hubieren causado.

“F” En caso de que Mundo Médico presuma, en base a indicios objetivos y razonables, la preexistencia de una enfermedad y/o patología que no haya sido informada en la declaración jurada y sólo para el supuesto en que se tenga que acreditar algún extremo técnico, se aplicará el siguiente procedimiento:

“..” Mundo Medico notificará al asociado que se realizará una Junta Médica tendiente a determinar la preexistencia de una enfermedad y/o patología, indicando la fecha en la que el asociado deberá concurrir obligatoriamente. El asociado podrá concurrir con un profesional de la salud por él elegido libremente y a su cargo.

“..” El asociado deberá realizarse los estudios y análisis que la Junta Médica determine

“..” La Junta Médica tendrá acceso a las historias clínicas y/o cualquier otra documentación o información

“..” Determinada por la Junta Médica 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 Médica convocada, o la negativa a la realización de los estudios o 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.

17) Odontología

“A” Acorde al Art 7 de la ley 26.682 y su Reglamentación, a continuación se encuentra el detalle de la cobertura odontológica.

“B” Cobertura con coseguros: consulta odontológica cod1.01 , Operatoria Dental: cod2.01, cod2.02, radiografía periapical cod 9.01, extracción dentaria cod 10.1, Odontopediatría consulta cod 7.01.

“C” Exclusiones: consultas sin turnos cod 1.04; obturación códigos 2.05/06/07/08/09; Endodoncia código 3.01/02; Odontología Preventiva cod5; Radiología: Rx seriada y panorámica cod 9.01.04/05, Cirugías 10.05/10.06, Odontología especializada nivel 2, implantes, ortodoncia cod 6, prótesis cod 4.

“D” Para las prestaciones excluidas los prestadores podrán cobrar valores arancelarios convenidos de forma directa con el afiliado.

“E” No se cubre prestaciones fuera del PMO

18) Suspensión de Servicios:

“A” Mundo Médico se reserva el derecho de suspender total o parcialmente la prestación de los servicios que brinda en caso de fuerza mayor o

[illegible]