

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 "FLEX QC 20"**. 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° 1993/2011 y la Resolución N° 1277/2019, encontrándose debidamente presentado en la Superintendencia de Servicios de Salud bajo Código de RNEMP 115416.

EL PLAN FLEX QC 20 CUBRE EXCLUSIVA, EXCLUYENTE Y TAXATIVAMENTE LAS PRESTACIONES DESCRITAS EN EL PRESENTE ANEXO. EL PLAN FLEX QC 20 EXCLUYE TODAS LAS PRESTACIONES TAXATIVAMENTE DETALLADAS EN EL "REGLAMENTO DE CONTRATACIÓN GENERAL" COMO TODAS LAS AQUELLAS QUE NO SE DESCRIBEN COMO COBERTURA EN ESTE ANEXO.

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 FLEX QC 20 se cubrirán bajo las técnicas convencionales, expresamente autorizadas, de la medicina basada en la evidencia.

La cobertura del plan FLEX QC 20 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 FLEX QC 20 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:

- Guardia médica, 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 65 años y permanencia hasta los 75 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 65 años, permanencia hasta los 75 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 65 años, permanencia hasta los 75 años

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

1.3 ESTUDIOS Y PRÁCTICAS ESPECIALIZADAS:

- Ergometría
- Presurometría
- Espirometría
- Mamografía
- Ecografías no nombradas
- 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 65 años, permanencia hasta los 75 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 65 años, permanencia hasta los 75 años

Carencia: 1 de la fecha del alta de cobertura.

1.4 MÓDULO DE INTERNACION CLINICA

- Guardia 24hs
- Habitación en piso
- Terapia intensiva con ARM o SIN ARM

Material descartable incluido: guías, sondas, cánulas, jeringas, agujas, bolsas colectoras de orina

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

Cargo/copago: Sin costo lo incluido en el módulo de internación, con costo las exclusiones.

Topo: 30 días al año por persona

Límite: ingreso hasta los 65 años, permanencia hasta los 75 años

Carencia: 60 días de la fecha del alta de cobertura y habiendo cumpliendo los requisitos establecidos por auditoría médica.

1.5 MÓDULO DE INTERVENCIONES

Sin perjuicio de las exclusiones específicas que se detallan en el presente ANEXO Y EN EL REGLAMENTO DE CONTRATACIÓN GENERAL, el PLAN CUBRE EXCLUSIVAMENTE las siguientes intervenciones:

1.5.1 ATENCIÓN DE URGENCIAS (*1)

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	Cobertura	CARENCIA
80208	Laparotomía exploradora	100%	60 días
80524	Apendicectomía	100%	60 días
110314	Escisión de glándula de Bartholino.	100%	60 días
50202	Traqueostomía o traqueotomía como única operación	100%	60 días
1219	Vendas y Yesos	100%	0 días
50407	Drenaje pleural con trocar	100%	60 días
80607	Trombosis Hemorroidal	100%	60 días

80616	Drenaje absceso perianal	100%	60 días
110210	Raspado uterino terapéutico. Legrado (Excluye IVE)	100%	60 días
121402	Incisión, escisión, biopsia, suturas de músculos.	100%	60 días
121608	Amputación de dedo de la mano	100%	60 días
121609	Amputación de dedo del pie	100%	60 días
121932	Traccion continua cutanea.	100%	60 días
130105	Incision y drenaje de absceso superficial	100%	60 días
130110	Sutura de heridas	100%	60 días
130204	Cierre plastico	100%	60 días
40104	tiroidectomia sub-total-hemitiroidectomia	100%	60 días
40105	Extirpación de quiste tirogloso.	100%	60 días
40106	puncion biopsia de tiroides.	100%	60 días
50408	puncion de cavidad pleural para lavaje,	100%	60 días
70801	Angioplastia coronaria h/2 stent	100%	6 meses
50410	biopsia de grasa pre-escalenica.	100%	60 días
80204	tratamiento quirurgico del onfalocelo.	100%	60 días
80214	drenaje de absceso subfrenico (como unic	100%	60 días
80601	anoplastia (estenosis) con o sin esfinte	100%	60 días
100109	biopsia renal percutanea. pielografia pe	100%	60 días

Cargo/copago: Gastos facturados por la asociación de anestesiología del distrito correspondiente, material protésico de corresponder.

Tope: sin tope

Límite: ingreso hasta los 65 años, permanencia hasta los 75 años

Carencia: según la cantidad de días especificados por práctica de la fecha del alta de cobertura.

1.5.2 LISTADO DE ATENCION Y CIRUGÍAS PROGRAMADAS (*2)

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	Cobertura	CARENCIA
130301	Atención del pte con quemaduras 2º Y 3º 5%	80%	60 días
130302	Atención del pte con quemaduras 2º Y 3º + 5%	80%	60 días
130303	Atención del pte con quemaduras 2º Y 3º Z/FUNC	80%	60 días
31301	Amigdalectomía adenoidectomía	80%	6 meses
130107	Destrucción de piel/verruca	80%	6 meses
80525	Extracción instrumental de fecalomas	80%	6 meses
100210	Reseccion endoscopica de cuello	80%	6 meses
100510	Punción de derrame escrotal no incluye internac.	80%	6 meses
100710	Circuncisión	80%	6 meses
110315	Himenotomia incisión y drenaje si es en qx con anest.	80%	6 meses
130113	Escisión de lipoma gigante	80%	6 meses
60109	Escisión de cuadrante mamario	80%	1 año
80606	Hemorroidectomia	80%	1 año

50409	Punción biopsia de pleura o pulmón	80%	1 año
60111	Punción biopsia de mama	80%	1 año
80203	Hernioplastia unilateral	80%	1 año
80708	Colecistectomía translaparoscópica	80%	1 año
90107	Punción biopsia de ganglio	80%	1 año
100406	Prostatomía, drenaje.	80%	1 año
100504	Orquidopexia unilateral	80%	1 año
100709	Frenulotomía - Fimosis - Postioplastia	80%	1 año
122002	Artroscopia simple de rodilla	50%	1 año
110213	Traquelectomía o conización (única intervención).	80%	1 año
100306	Electrocoagulación o resección	80%	1 año
100506	Tto quirúrgico del hidrocele	80%	1 año
110262	Histeroscopia diagnóstica	80%	1 año

Cargo/copago: Abona los gastos facturados por la asociación de anestesiología del distrito correspondiente, material protésico de corresponder y el % del valor de la práctica quirúrgica no cubierta.

Tope: sin tope

Límite: ingreso hasta los 65 años, permanencia hasta los 75 años

Carencia: según la cantidad de días especificados por práctica (cuadro 1.5.2) desde el 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. Emergencias odontológicas
- b. Maternidad: en caso de requerir maternidad (asistencia del embarazo y parto o cesárea) se deberá contratar y abonar adicionalmente el módulo "Maternidad"
- 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. Reeducción Postural Global
- i. Cirugías oftalmológicas, Tonometría, Examen de Campo y Agudeza Visual,

Toda otra prestación médico asistencial que NO se encontrare expresamente incluida y descrita 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 4 carillas.

FECHA __/__/____ CATEGORÍA PLAN _____

Firma aclaración del Solicitante: _____

Aclaración del Solicitante: _____ DNI: _____

INTEGRANTE 2: _____ DNI: _____

INTEGRANTE 3: _____ DNI: _____

INTEGRANTE 4:	_____	DNI:	_____
INTEGRANTE 5:	_____	DNI:	_____
INTEGRANTE 6:	_____	DNI:	_____