

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 "JUB 3"**. 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 JUB 3 CUBRE EXCLUSIVA, EXCLUYENTE Y TAXATIVAMENTE LAS PRESTACIONES DESCRITAS EN EL PRESENTE ANEXO. EL PLAN JUB 3 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 JUB 3 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 solo podrán utilizar los prestadores incluidos en la cartilla de profesionales y servicios contratados por "LA PREPAGA" para brindar las prestaciones médico asistenciales expresamente previstas y detalladas en el presente ANEXO.

La cobertura del plan JUB 3 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 JUB 3 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.

Topo: 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

Topo: Individual (1 mensual), Matrimonio (2 mensual), las excedentes valor diferencial.

Límite: ingreso hasta los 79 años y permanencia hasta los 85 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

Topo: Individual (1 mensual), Matrimonio (2 mensual), las excedentes valor diferencial

Límite: ingreso hasta los 79 años y permanencia hasta los 85 años

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

1.2.2 ANÁLISIS DE LABORATORIO:

- Análisis de laboratorio de rutina: 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

Tope: 8 determinaciones por semestre, las excedentes valor diferencial

Límite: ingreso hasta los 79 años y permanencia hasta los 85 años

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

1.3 ESTUDIOS Y PRÁCTICAS ESPECIALIZADAS:

- Ergometría
- Presurometría
- Espirometría
- Mamografía
- Ecografías no nomencladas
- 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

Tope: 1 por semestre por grupo familiar, las excedentes valor diferencial.

Límite: ingreso hasta los 79 años y permanencia hasta los 85 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

Tope: 30 sesiones al año.

Límite: ingreso hasta los 79 años y permanencia hasta los 85 años

Carencia: 1 de la fecha del alta de cobertura.

1.4 MÓDULO DE INTERNACION CLINICA

- Guardia 24hs
- 3 Días Habitación en piso por internación
-

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 3 días al mes por persona, los días excedentes a valor diferencial.

Tope: 10 días al año por persona por persona, los días excedentes a valor diferencial.

Límite: ingreso hasta los 79 años y permanencia hasta los 85 años

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

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. INTERVENCIONES QUIRURGICAS de ningún tipo, cargándose en la factura mensual todos aquellos gastos y honorarios como consecuencia de intervenciones quirúrgicas de urgencia que hayan sido necesarias en una internación.
- c. Terapia intensiva con ARM o SIN ARM se cobrará coseguro del 50% del valor del convenio con el prestador.
- d. Todos los gastos de Anestesia, que serán facturados según la asociación o profesional correspondiente.
- e. 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.
- f. Laboratorios fuera de los de Rutina detallados en el Punto 1.2 y radioinmunoensayo
- g. Rehabilitación
- h. Testificación (alergia)
- i. Reeducción Postural Global
- j. Cirugías oftalmológicas, Tonometría, Examen de Campo y Agudeza Visual,

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.

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: _____