

IDHCE:

Número de Socio:

Solicitud de Afiliación N°:

Fecha:
.....
.....

Vendedor:

Código vendedor:

Complete solo en caso de realizar Traspaso de Aportes
 Obra Social: Directo:
 Stand By:

Adicionar al titular: N°Apellido.....Nombre.....

DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR:

I	Fecha de nacimiento	.....	.....	.....	Edad:	Plan Elegido:

Apellidos:

Nombres:

Documento tipo:	N°	Sexo	M	F
-----------------------	----------	------	---	---

Apellido solt. materno: Nacionalidad:

CUIL / CUIT: - - Teléfono Celular:

Teléfono Particular: email:

Domicilio de facturación: Calle.....N°.....Piso.....Depto.....

Localidad:C.P:.....Provincia:.....Otros Datos:

Domicilio de particular: Calle.....N°.....Piso.....Depto.....

Localidad:C.P:.....Provincia:.....Otros Datos:

Observaciones:

.....

.....

2				IDHCE:				Número de Socio:			
Fecha de nacimiento		.....	.....	.....	Edad:	Plan Elegido:			Sexo.	M	F
Apellidos:											
Nombres:						Documento tipo:		N°			
Nacionalidad:											
Apellido solt. materno:						Parentesco:					
CUIL / CUIT: -						email:					

3				IDHCE:				Número de Socio:			
Fecha de nacimiento		.....	.....	.....	Edad:	Plan Elegido:			Sexo.	M	F
Apellidos:											
Nombres:						Documento tipo:		N°			
Nacionalidad:											
Apellido solt. materno:						Parentesco:					
CUIL / CUIT: -						email:					

4				IDHCE:				Número de Socio:			
Fecha de nacimiento		.....	.....	.....	Edad:	Plan Elegido:			Sexo.	M	F
Apellidos:											
Nombres:						Documento tipo:		N°			
Nacionalidad:											
Apellido solt. materno:						Parentesco:					
CUIL / CUIT: -						email:					

Observaciones:											
.....											

DATOS DE FACTURACIÓN:

Consumidor Final:		Responsable Inscripto:		Otro		CUIT:.....
Empresa/Persona Jurídica:.....						CUIT:.....
Email Empresa:.....						

Entrega de Credencial: Domicilio:.....	<input type="checkbox"/>
Centro de Atención (Indique Cual)	<input type="checkbox"/>

SOLICITUD DE DÉBITO AUTOMÁTICO:

Tipo de Tarjeta: .....N°																				
CBU Banco:																				

Firma Titular de la Tarjeta:

Aclaración: DNI:

Firma Titular del Plan:

Aclaración: DNI:

EXCLUSIVO MENORES DE 18 AÑOS

Firma Titular del Padre, Madre o Tutor:

Aclaración: DNI:

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Quien suscribe, declara bajo juramento que las respuestas a las preguntas que se consignan a continuación, sus ampliaciones y aclaraciones, han sido completadas teniendo pleno conocimiento de que cualquier ocultamiento, falsedad o reticencia sobre su verdadero estado de salud, determinará que el Plan de Salud del Hospital Italiano quede facultado a rescindir el contrato de medicina prepaga, de conformidad con lo establecido por el Art. 9 del Dec. 1993/11.

Las declaraciones juradas de salud deben ser firmadas de forma INDIVIDUAL y PRESENCIAL (siempre que sea mayor de 18 años).

Marque en la siguiente tabla una cruz en el casillero SI o NO, si padece o padeció en algún momento cualquiera de los problemas y/o patologías que se mencionan a continuación. Realice libremente las aclaraciones que considere importantes.

		SI	NO	ACLARACIONES
1	Hipertensión arterial (Presión alta)			
2	Diabetes			
3	Uso de insulina			
4	Arritmia Cardíaca			
5	Enfermedad Cardiovascular (Coronarias, Infarto, Angina de pecho)			
6	Insuficiencia Cardíaca (Falla del Corazón)			
7	Enfermedad de las arterias (Carótida, aorta, piernas o brazos)			
8	Enfermedad Cerebrovascular (ACV, Accidente Isquémico Transitorio)			
9	Problemas de Memoria y otras funciones mentales superiores (Demencia)			
10	Otras enfermedades Neurológicas			
11	Problemas hormonales			
12	Colesterol elevado			
13	Enfermedades de la sangre (sean estas benignas o no) u órganos linfáticos (bazo, ganglios)			
14	Enfermedades del Hígado (Hepatitis, Cirrosis)			
15	Enfermedades Digestivas (trastornos en la digestión, hemorragias digestivas, trastornos evacuatorios)			
16	Problemas Respiratorios			
17	Infecciones agudas o crónicas			
18	Trastornos del estado de ánimo (como ansiedad y depresión)			
19	Problemas con la alimentación o el peso corporal			

	SI	NO	ACLARACIONES
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			

Firma (de ser menor debe firmar padre/madre o responsable)

Aclaración:.....

DNI:..... Fecha:.....



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Quien suscribe, declara bajo juramento que las respuestas a las preguntas que se consignan a continuación, sus ampliaciones y aclaraciones, han sido completadas teniendo pleno conocimiento de que cualquier ocultamiento, falsedad o reticencia sobre su verdadero estado de salud, determinará que el Plan de Salud del Hospital Italiano quede facultado a rescindir el contrato de medicina prepaga, de conformidad con lo establecido por el Art. 9 del Dec. 1993/11.

Las declaraciones juradas de salud deben ser firmadas de forma INDIVIDUAL y PRESENCIAL (siempre que sea mayor de 18 años).

Marque en la siguiente tabla una cruz en el casillero SI o NO, si padece o padeció en algún momento cualquiera de los problemas y/o patologías que se mencionan a continuación. Realice libremente las aclaraciones que considere importantes.

		SI	NO	ACLARACIONES
1	Hipertensión arterial (Presión alta)			
2	Diabetes			
3	Uso de insulina			
4	Arritmia Cardíaca			
5	Enfermedad Cardiovascular (Coronarias, Infarto, Angina de pecho)			
6	Insuficiencia Cardíaca (Falla del Corazón)			
7	Enfermedad de las arterias (Carótida, aorta, piernas o brazos)			
8	Enfermedad Cerebrovascular (ACV, Accidente Isquémico Transitorio)			
9	Problemas de Memoria y otras funciones mentales superiores (Demencia)			
10	Otras enfermedades Neurológicas			
11	Problemas hormonales			
12	Colesterol elevado			
13	Enfermedades de la sangre (sean estas benignas o no) u órganos linfáticos (bazo, ganglios)			
14	Enfermedades del Hígado (Hepatitis, Cirrosis)			
15	Enfermedades Digestivas (trastornos en la digestión, hemorragias digestivas, trastornos evacuatorios)			
16	Problemas Respiratorios			
17	Infecciones agudas o crónicas			
18	Trastornos del estado de ánimo (como ansiedad y depresión)			
19	Problemas con la alimentación o el peso corporal			

	SI	NO	ACLARACIONES
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			

Firma (de ser menor debe firmar padre/madre o responsable)

Aclaración:.....

DNI:..... Fecha:.....



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Quien suscribe, declara bajo juramento que las respuestas a las preguntas que se consignan a continuación, sus ampliaciones y aclaraciones, han sido completadas teniendo pleno conocimiento de que cualquier ocultamiento, falsedad o reticencia sobre su verdadero estado de salud, determinará que el Plan de Salud del Hospital Italiano quede facultado a rescindir el contrato de medicina prepaga, de conformidad con lo establecido por el Art. 9 del Dec. 1993/11.

Las declaraciones juradas de salud deben ser firmadas de forma INDIVIDUAL y PRESENCIAL (siempre que sea mayor de 18 años).

Marque en la siguiente tabla una cruz en el casillero SI o NO, si padece o padeció en algún momento cualquiera de los problemas y/o patologías que se mencionan a continuación. Realice libremente las aclaraciones que considere importantes.

		SI	NO	ACLARACIONES
1	Hipertensión arterial (Presión alta)			
2	Diabetes			
3	Uso de insulina			
4	Arritmia Cardíaca			
5	Enfermedad Cardiovascular (Coronarias, Infarto, Angina de pecho)			
6	Insuficiencia Cardíaca (Falla del Corazón)			
7	Enfermedad de las arterias (Carótida, aorta, piernas o brazos)			
8	Enfermedad Cerebrovascular (ACV, Accidente Isquémico Transitorio)			
9	Problemas de Memoria y otras funciones mentales superiores (Demencia)			
10	Otras enfermedades Neurológicas			
11	Problemas hormonales			
12	Colesterol elevado			
13	Enfermedades de la sangre (sean estas benignas o no) u órganos linfáticos (bazo, ganglios)			
14	Enfermedades del Hígado (Hepatitis, Cirrosis)			
15	Enfermedades Digestivas (trastornos en la digestión, hemorragias digestivas, trastornos evacuatorios)			
16	Problemas Respiratorios			
17	Infecciones agudas o crónicas			
18	Trastornos del estado de ánimo (como ansiedad y depresión)			
19	Problemas con la alimentación o el peso corporal			

	SI	NO	ACLARACIONES
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			

Firma (de ser menor debe firmar padre/madre o responsable)

Aclaración:.....

DNI:..... Fecha:.....



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Quien suscribe, declara bajo juramento que las respuestas a las preguntas que se consignan a continuación, sus ampliaciones y aclaraciones, han sido completadas teniendo pleno conocimiento de que cualquier ocultamiento, falsedad o reticencia sobre su verdadero estado de salud, determinará que el Plan de Salud del Hospital Italiano quede facultado a rescindir el contrato de medicina prepaga, de conformidad con lo establecido por el Art. 9 del Dec. 1993/11.

Las declaraciones juradas de salud deben ser firmadas de forma INDIVIDUAL y PRESENCIAL (siempre que sea mayor de 18 años).

Marque en la siguiente tabla una cruz en el casillero SI o NO, si padece o padeció en algún momento cualquiera de los problemas y/o patologías que se mencionan a continuación. Realice libremente las aclaraciones que considere importantes.

		SI	NO	ACLARACIONES
1	Hipertensión arterial (Presión alta)			
2	Diabetes			
3	Uso de insulina			
4	Arritmia Cardíaca			
5	Enfermedad Cardiovascular (Coronarias, Infarto, Angina de pecho)			
6	Insuficiencia Cardíaca (Falla del Corazón)			
7	Enfermedad de las arterias (Carótida, aorta, piernas o brazos)			
8	Enfermedad Cerebrovascular (ACV, Accidente Isquémico Transitorio)			
9	Problemas de Memoria y otras funciones mentales superiores (Demencia)			
10	Otras enfermedades Neurológicas			
11	Problemas hormonales			
12	Colesterol elevado			
13	Enfermedades de la sangre (sean estas benignas o no) u órganos linfáticos (bazo, ganglios)			
14	Enfermedades del Hígado (Hepatitis, Cirrosis)			
15	Enfermedades Digestivas (trastornos en la digestión, hemorragias digestivas, trastornos evacuatorios)			
16	Problemas Respiratorios			
17	Infecciones agudas o crónicas			
18	Trastornos del estado de ánimo (como ansiedad y depresión)			
19	Problemas con la alimentación o el peso corporal			

	SI	NO	ACLARACIONES
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			

Firma (de ser menor debe firmar padre/madre o responsable)

Aclaración:

DNI: Fecha:



CONDICIONES GENERALES COMUNES A TODOS LOS PLANES

PRIMERA: Objeto: La SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES, es una entidad de medicina prepaga en los términos de la Ley 26.682 y a través de su Plan de Salud ofrece prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana con una red de prestadores propios o contratados para ciudadanos argentinos.

El sistema médico prepago que ofrece el Plan de Salud del Hospital Italiano, no contempla la libre elección de prestadores, por lo que todas las prestaciones médico asistenciales se brindan a los afiliados a través de prestadores propios o contratados en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires.

El Plan de Salud no cubre la atención de especialistas que no pertenezcan a la Cartilla de Prestadores ni prácticas que el Hospital Italiano no realice o no estén incorporadas al Programa Médico Obligatorio.

SEGUNDA: Condiciones de ingreso: Para afiliarse al Plan de Salud, el solicitante deberá suscribir la Solicitud de Ingreso, presentando DNI, aceptar las condiciones de contratación correspondientes al Plan elegido y la cuota diferencial en el caso que corresponda; asistir a la entrevista de ingreso y completar la Declaración Jurada de Salud consignando en ella enfermedades y/o patologías preexistentes. Los datos deberán ser completos y veraces. La omisión o falsedad de información en la Declaración Jurada de Salud faculta al Plan de Salud a resolver el contrato con justa causa.

La Auditoría Médica será el órgano Institucional encargado de evaluar la solicitud de ingreso y la Declaración Jurada de Salud, pudiendo requerir estudios complementarios para completar el proceso de ingreso.

TERCERA: Responsabilidad del solicitante: El solicitante es personal y jurídicamente responsable por sus datos y los correspondientes a menores e incapaces a su cargo, no pudiendo aducir ignorancia como eximente de esta responsabilidad.

Las personas legalmente incapaces podrán contratar a través de representante legal. El representante legal deberá acompañar a la Solicitud de Ingreso debidamente suscripta, documentación que acredite facultades para contratar en nombre del incapaz y autorización escrita para que el incapaz sea objeto de atención médica, intervenciones quirúrgicas y cualquier otra prestación.

CUARTA: Patologías Preexistentes: Las patologías preexistentes al momento de celebrar el contrato podrán dar lugar a:

- a) El cobro de una cuota Diferencial por Preexistencia, que se adiciona a la cuota común del Plan contratado por el afiliado. La duración del periodo de pago de la cuota diferencial no podrá extenderse por más de 3 años consecutivos, al cabo de los cuales el afiliado pasará a abonar la cuota común del plan contratado, vigente al momento del cese del periodo de pago de cuota diferencial. El valor de la Cuota Diferencial por Preexistencia es establecido por el Plan de Salud y autorizado por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- b) Establecer periodos de acceso progresivo (CARENCIAS) para aquellas prácticas y/o servicios superadores del Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente. El periodo máximo por el que se puede establecer una carencia es de 12 (doce) meses corridos, excepto que, por resolución de la Superintendencia de Servicio de Salud la cobertura a la patología que originó la carencia ingrese al PMO, lo cual la hará cesar en forma inmediata.

QUINTA: Vigencia: Dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la aceptación de la Solicitud de Ingreso y al pago de la cuota correspondiente, se le otorgará número de afiliado que lo identificará en forma individual y única, permitiéndole comenzar a utilizar los servicios de acuerdo a la modalidades del plan que haya contratado.

SEXTA: Extinción del contrato: El presente contrato se podrá rescindir por las causales que se detallan:

1. A solicitud del Afiliado: Todo Afiliado titular o adicional, mayor de 18 años podrá solicitar la baja del Plan contratado. Las modificaciones de plan, de facturación o la baja del grupo familiar completo solo se realizará a solicitud del titular. En todos los casos, la solicitud de baja debe ser gestionada personalmente en cualquiera de los centros de atención del Plan de Salud o notificada en forma fehaciente. Asimismo, sólo a solicitud del titular del Plan podrá realizarse la incorporación de nuevos adherentes a un grupo familiar.
2. Vencido el tercer mes impago se resolverá el vínculo contractual y se procederá a la baja del servicio médico. El Plan de Salud se reserva el derecho de reclamar judicialmente las sumas adeudadas.

3. Por **FALSEDAZ U OMISIÓN** de los datos consignados en la Declaración Jurada de Salud.
4. Por fallecimiento del afiliado notificado al Plan de Salud por cualquiera de sus familiares acompañando el correspondiente certificado de defunción.
5. Por inconducta, comportamiento inapropiado y/o actos de violencia que lesionen física, emocional o moralmente a las personas o los bienes que integran la SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES o a cualquier prestador contratado, ejercida en forma directa por el Afiliado o por cualquier integrante del grupo familiar.

SÉPTIMA: Beneficio por fallecimiento del titular: En caso de muerte del titular, los integrantes del grupo familiar primario contarán con la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO) sin cargo durante un período de DOS (2) meses, contados desde la fecha de fallecimiento del titular. Una vez vencido dicho plazo, el cónyuge supérstite, el descendiente de mayor edad o su representante legal, o cualquier otro miembro del grupo familiar a cargo, podrán optar por la continuidad, para lo cual cualquiera de los mencionados deberá constituirse como titular del plan, informándolo al Plan de Salud por medio fehaciente con una antelación de 20 días hábiles al vencimiento del plazo. Vencido el plazo sin manifestación alguna respecto de la voluntad de continuar afiliados:

- a) Operará la baja del grupo.
- b) Plan de Salud emitirá la facturación de las cuotas a nombre de cualquiera de los integrantes del grupo mayores de edad.

OCTAVA: Cuotas: Las cuotas mensuales deberán abonarse por mes adelantado en la fecha indicada en la factura correspondiente. La falta de recepción de la factura del mes en curso, no exime al afiliado de la obligación de pagar en el plazo establecido en la factura del mes anterior.

La cuota del Plan de Salud se abonará en forma completa por todos los integrantes del grupo y no se admitirán pagos parciales para algún miembro en forma individual.

El valor de las cuotas mensuales y/o las cuotas diferenciales podrán ser modificados de conformidad con las resoluciones que emita la Superintendencia de Servicios de Salud.

NOVENA: Mora: Se define como mora a la falta de pago de la cuota del mes en curso, a partir de la fecha del último vencimiento que figura en la factura.

A partir de dicha fecha, Plan de Salud percibirá intereses punitivos tomando como tasa el doble de la tasa activa del Banco Nación Argentina por la demora en el pago.

Para que cualquier internación sea aprobada, todas las cuotas vencidas deberán encontrarse pagas a esa fecha, incluidos los intereses punitivos si correspondiere.

De no producirse tal regularización de las cuotas adeudadas, todas las prestaciones se facturarán a los valores correspondientes a pacientes privados, sin derecho a reintegro posterior.

Durante el segundo mes impago los afiliados sólo podrán hacer uso de las prestaciones incluidas en este Plan, abonando en cada caso los aranceles institucionales por prestación vigentes para pacientes privados. Estos pagos no son susceptibles de ser reintegrados, aunque se regularice posteriormente la deuda de cuotas.

Tras la falta de pago de 3 meses consecutivos, el Plan de Salud procederá a la baja del servicio conforme Cláusula 6.2.

DÉCIMA: Solicitud de reincorporación:

El afiliado que sea dado de baja por mora y desee reincorporarse al plan de salud, deberá abonar la totalidad de la deuda más los intereses devengados a la fecha de pago y suscribir una nueva solicitud de ingreso. La nueva contratación se registrará por las condiciones y valores vigentes para nuevos afiliados sin conservar las condiciones anteriores a la baja, ni el número de afiliado ni se computará como antigüedad el periodo de afiliación anterior.

DÉCIMO PRIMERA: Prestadores: El Plan de Salud podrá modificar parcialmente la nómina de prestadores y la estructura asistencial y/o de tecnología sanitaria incluida en los planes de cobertura de su cartilla, garantizando una adecuada equivalencia en la prestación de los servicios contratados.

DÉCIMO SEGUNDA: Exclusiones:

- a) Cualquier prestación, servicio y/o suministro no contemplado expresamente en el presente contrato como modalidad de prestación de servicios comunes a todos los planes o en las características específicas del plan contratado y que no resulte de cobertura obligatoria para las entidades de medicina prepaga de conformidad a lo establecido en la Ley 26.682.
- b) Cualquier prestación, servicio y/o suministro no prescripto por profesionales propios o contratados del Plan de Salud.
- c) Cualquier prestación, servicio, insumo, medicamento o suministro que se encuentre en etapa experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, incluyendo, pero no limitado a, cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, uso de medicamento o dispositivo.
- d) Prestaciones que no se encuentren incluidas en la cobertura del Programa Médico Obligatorio (Res. 201/02 MS).
- e) Drogas o medicación no aprobadas por el Ministerio de Salud y/o autoridad de aplicación que lo reemplace: medicamentos importados, de venta libre o aprobados para uso compasivo, homeopáticos, cosmetológicos o recetas magistrales, ya sean para su uso ambulatorio o en internación.
- f) Internaciones por afecciones no cubiertas por el Plan de Salud. Períodos de internación posteriores a la determinación del Alta Médica aún cuando la internación se desarrolle en el ámbito del Hospital Italiano de Buenos Aires.
- g) Internaciones y/o permanencia en la internación una vez prescripta el alta médica. Las internaciones sin indicación sean en el Hospital Italiano Central, en la sede del Hospital Italiano de San Justo o en cualquier prestador contratado serán facturadas al afiliado una vez notificada el alta médica.

DÉCIMO TERCERA: Vigencia: El presente contrato tendrá vigencia para las partes desde el momento de la aceptación de la Solicitud de Ingreso del interesado y hasta que el mismo sea rescindido por cualquiera de las causales contenidas en estas disposiciones o las que rigen sobre la extinción de los contratos en general en la República Argentina.

DÉCIMO CUARTA: Ley aplicable: El presente contrato y sus Anexos serán interpretados y regidos de conformidad con la Ley Argentina. Las Partes acuerdan que todo conflicto relacionado con la interpretación o alcance del mismo se someterán a los Tribunales Nacionales Ordinarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, renunciando expresamente a cualquier otra jurisdicción que pudiere corresponder.

DÉCIMO QUINTA: Habeas Data: Por medio de la presente, en mi carácter de TITULAR DE LOS DATOS (En caso de ser menor de edad, Padre, Madre, o Tutor) presto mi CONSENTIMIENTO para que el HOSPITAL ITALIANO en su carácter de RESPONSABLE DEL BANCO DE DATOS, efectúe el tratamiento de mis datos personales, conforme a las especificaciones que a continuación se detallan: consentimiento para el tratamiento de mis datos personales alcanza a mi imagen y a los datos facilitados por mi parte en formularios electrónicos, como también de la totalidad de mis datos personales que se encuentren en poder del HOSPITAL ITALIANO con motivo de mi relación con el mismo. INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO:

1. Los datos serán tratados con la exclusiva finalidad de poner en práctica el proceso de atención sanitaria, y sólo serán cedidos a su financiador (Obra social o sistema de medicina pre-paga) y a los terceros que el HOSPITAL ITALIANO considere necesarios para el cumplimiento de dicha finalidad. Como en este Hospital se desarrollan trabajos de investigación con la finalidad de mejorar la atención médica y detectar posibles nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento, este consentimiento incluye la utilización de los datos médicos que se generen en su Historia Clínica con motivo de su atención y/o internación bien sea para trabajos de investigación o exposición con fines académicos. En ningún caso Usted podrá ser identificado.
2. Los datos serán archivados en los Bancos de Datos del HOSPITAL ITALIANO, de carácter electrónico, de titularidad del HOSPITAL ITALIANO, con domicilio en Perón 4190, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.
3. Los datos deberán ser facilitados con carácter obligatorio, por cuanto es imprescindible identificar fehacientemente al titular, para asegurar el correcto proceso de atención de su Salud.
4. La negativa a facilitar los datos o la inexactitud de los datos que brinde su titular podrá ocasionar graves inconvenientes en el proceso de su atención sanitaria.
5. El titular de los datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de sus datos en cualquier momento y a su sola solicitud ante el Responsable del Banco de Datos. La supresión no procede cuando pudiese causar perjuicios a derechos o intereses legítimos de terceros, o cuando existiera una obligación legal de conservar los datos (art. 16 inc. 5 Ley 25.326)

6. En cumplimiento de la Disposición N° 10/08 de la DNPDP, le hacemos saber que "El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326" y que "LA DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES", Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre la protección de datos personales".

7. Ud. será llamado por su Nombre y/o Apellido mientras espera ser atendido en nuestros puntos de atención al Paciente, no obstante Ud. tiene el derecho a ser llamado por los últimos tres números de su documento. Si así lo desea, por favor indíquelo en el anexo de hábeas data: Deseo ser llamado sólo por los últimos tres números de mi Documento.

MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMUNES A TODOS LOS PLANES

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: Objetivo: Proveer de cuidados continuos privilegiando la atención a partir de un médico de cabecera, y donde los afiliados tengan relación permanente y un acompañamiento integral para el cuidado, la recuperación y la rehabilitación de la salud.

1. CONSULTAS CON MÉDICO DE CABECERA: Las consultas requieren solicitud previa de turno, pero para los casos en que requiera una atención o consulta no programada podrá asistir sin turno previo al servicio de Guardia de Hospital Central y San Justo o Demanda Espontánea de los Centros Médicos en donde será atendido por el médico de turno. Podrá comunicarse con su Médico de Cabecera, a través de un sistema de radiomensajes (lunes a viernes de 8 a 20 hs.) u otro medio que el propio médico le indique. El Plan de Medicina Preventiva se realizará en forma personal para cada uno de los asociados teniendo en cuenta la edad, sexo y el riesgo particular de padecer determinadas enfermedades. El Médico de Cabecera determinará la oportunidad o necesidad de la consulta especializada emitiendo la correspondiente derivación.

SOLICITUD DE TURNOS: CENTRAL DE TURNOS:

Telefónicamente: Deberá comunicarse a su línea exclusiva: 4959-0550.

Horario de atención: lunes a viernes de 07:30 a 21:00 hs. Sábado de 08:00 a 14:00 hs.

Personalmente: Áreas de Reserva de Turnos (SIP: Servicio Integral al Paciente) ubicadas próximas a los accesos del Hospital: Tte. Gral. Juan Domingo Perón 4190, C.A.B.A., Potosí 4060, C.A.B.A., (sólo Pediatría). Horario de atención: lunes a viernes de 08:00 a 20:00 hs.

On line: Si ya ha sido atendido por nuestros profesionales médicos, puede reservar turno para consultas (en esa especialidad y con el mismo profesional), ingresando a nuestro Portal Personal de Salud:
[wttp://www.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/aprender/salud](http://www.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/aprender/salud).

2. CONSULTAS CON ESPECIALIDADES:

CONSULTAS SIN DERIVACIÓN: Podrá consultar en forma directa (sin necesidad de derivación), sin cargo, sin topes, ni limitaciones, previa solicitud de turno, con las siguientes especialidades: Ginecología – Obstetricia – Oftalmología – Hematología – Infectología – Odontología General Adultos – Odontopediatría y Guardia Odontológica.

CONSULTAS CON DERIVACIÓN: Las consultas con especialidades no detalladas en apartado anterior REQUIEREN DERIVACIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA -médico clínico, médico de familia o pediatra- de esta forma podrá elegir cualquier especialista de la Cartilla Médica en el Hospital Central, Centros Médicos o consultorios particulares.

Cuando el afiliado consulte cualquier especialidad sin contar con la derivación de su Médico de Cabecera, cualquiera fuere el motivo, podrá hacerlo abonando el valor de la consulta que el Plan de Salud estipule, el cual se acreditará en forma directa a la cuota mensual.

3. CONSULTAS A DOMICILIO: El paciente podrá requerir servicio de Médico a Domicilio, el cual se brinda en un radio que no supere los 50 km de la Ciudad de Bs. As. y con un copago por visita. El valor podrá ser actualizado por el Plan de Salud y se informará debidamente a los Afiliados.

4. URGENCIAS Y EMERGENCIAS: Podrá solicitar servicio llamando al 4959-5000.

Cuando la atención se produzca en el domicilio se categorizará como CONSULTA A DOMICILIO quedando a cargo del paciente abonar el valor que corresponda. Este servicio está disponible en un radio que no supere los 50 Km de la Ciudad de Bs. As.

ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y PARTO: Las afiliadas al Plan de Salud cuentan con cobertura durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento. Esta cobertura comprende:

a) Embarazo y parto: consultas, estudios de diagnóstico exclusivamente relacionados con el embarazo, el parto y puerperio, psicoprofilaxis obstétrica, medicamentos exclusivamente relacionados con el embarazo y el parto con cobertura al 100%.

b) Atención del recién nacido: Los nacidos de madres afiliadas al Plan de Salud cuentan con cobertura durante el primer mes de nacimiento para: estudios para detección de la fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística en el recién nacido. Consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, cobertura del 100% de la medicación requerida.

A efectos de que el recién nacido pueda continuar recibiendo prestaciones médicas a través del Plan de Salud deberá adquirir la condición de Afiliado durante los 30 días posteriores al nacimiento.

INTERNACIÓN: 100% de cobertura de la internación en cualquiera de sus modalidades (institucional, hospital de día o domiciliaria). La cobertura se extiende sin límite de tiempo en habitación compartida, a excepción de lo que corresponde a salud mental. Esta cobertura incluye: Derechos y Gastos Sanatoriales, Honorarios, Estudios Especializados, Medicamentos, Material Descartable.

SALUD MENTAL: El afiliado cuenta con atención ambulatoria hasta 30 visitas por año calendario con copago, no pudiendo exceder la cantidad de 4 consultas mensuales. Esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicodiagnóstico, psicoterapia de familia y de pareja.

INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA: Se cubrirá para patologías agudas en las modalidades: Institucional u Hospital de día hasta 30 días por año calendario.

FERTILIDAD: El Plan de Salud otorga a sus beneficiarios la cobertura establecida por Ley 26.862.

KINESIOTERAPIA: Hasta 30 sesiones por Afiliado por año calendario con copago para Planes Clásicos.

FONOAUDIOLOGÍA: Hasta 25 sesiones por Afiliado por año calendario sin copago.

ODONTOLOGÍA: Cobertura de todas las prestaciones del Nomenclador Nacional de Obras Sociales.

MEDICAMENTOS: Los afiliados al Plan de Salud contarán con los descuentos en los precios de lista de los medicamentos siempre que sean prescritos por profesionales propios o contratados del Plan de Salud y comprados en las farmacias propias o de la red contratada.

b) MEDICAMENTOS CON COBERTURA DEL 70%:

Los afiliados al Plan de Salud contarán con cobertura del 70% en medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes que requieran de modo permanente o recurrente el empleo de fármacos para su tratamiento siguiendo lineamientos establecidos en la Resolución 310/ 2004 del ministerios de Salud.

Esta cobertura se aplicará únicamente en las Farmacias Propias del Plan de Salud y siempre que la prescripción médica se adecue a lo establecido en la Ley de Medicamentos Genéricos (Ley Nº 25.649). Cuando exista más de una marca comercial de medicamentos para la misma patología, el Plan de Salud dispondrá la cobertura establecida en este apartado para al menos una de ellas. Esta cobertura solo se otorga a través de farmacias propias del Plan de Salud (no en compras realizadas en farmacias de cartilla), salvo situaciones excepcionales PREVIAMENTE autorizadas por la Auditoría Médica del Plan de Salud, quien informará en tiempo y forma el modo de efectivizar el beneficio.

OTOAMPLIFONOS: Se asegura la cobertura de otoamplifonos al 100% en niños de hasta 15 años a fin de garantizar un adecuado nivel de audición que les permita sostener una educación que maximice las potencialidades personales de cada.

Los afiliados que no se encuentren incluidos en esta cobertura, pueden contar con descuentos especiales en los casos que ello esté expresamente previsto por el Plan contratado.

ÓPTICA: Los afiliados al Plan de Salud cuentan con la cobertura sin cargo de un par de anteojos completos, de lejos ó cerca, (monofocales blancos) con armazón Standard bajo prescripción médica. Este beneficio podrá utilizarse 1 (una) vez cada 12 meses, no acumulable con otros descuentos ni transferible a otro afiliado y se brinda exclusivamente en las ópticas propias de Plan de Salud* Además, cuentan con precios especiales para la adquisición de amazones nacionales e importados, cristales, lentes de contacto, anteojos de sol y accesorios (Beneficio no acumulable ni transferible).

***Ópticas del Plan de Salud**

Casa Central (Tte. Gral J. D. Perón 4190)
Centro Médico Belgrano 2 (Virrey del Pino 2456)
Hospital Italiano de San Justo (Av. Pte. Perón 2231)

PRÓTESIS Y ORTESIS: La cobertura será del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente y del 50% en ortesis y prótesis externas, ambos casos con un tope que no podrá exceder el valor de la menor cotización en plaza y siempre que la indicación médica se efectúe por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto. No reconoce cobertura alguna sobre prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas, sean o no indicadas por profesionales del Hospital Italiano.

El Plan de Salud proveerá las prótesis nacionales y sólo se admitirán indicaciones de prótesis importadas cuando no exista similar de origen nacional.

Si no obstante el paciente optare por la prótesis importada, la obligación del Plan de Salud se extingue con la provisión de la prótesis nacional, quedando a cargo del afiliado cualquier diferencia en el valor; aún cuando sean indicadas por profesionales del Hospital Italiano.

DISCAPACIDAD: Los pacientes que cuenten con Certificado Único de Discapacidad emitido por autoridad competente, contarán con la cobertura especial determinada por la Ley 24.901.

El Plan de Salud cuenta con un Área de atención específica para pacientes con necesidades especiales, sita en Tte. Gral Perón 4253 Planta Baja, al que deberá dirigir todo requerimiento de prestaciones en el marco de la Ley de Prestaciones Básicas para Pacientes con Discapacidad.

El sistema médico prepago que ofrece el Plan de Salud del Hospital Italiano, no contempla la libre elección de prestadores, por lo que todas las prestaciones médico asistenciales se brindan a los afiliados a través de prestadores propios o contratados en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires.

El Plan de Salud no cubre la atención de especialistas que no pertenezcan a la Cartilla de Prestadores ni prácticas que el Hospital Italiano no realice o no estén incorporadas al Programa Médico Obligatorio. Plan de Salud no cubre en forma directa ni via reintegro la atención / tratamiento y/o consultas y/o internaciones y/o prestaciones de cualquier tipo realizadas por prestadores no pertenecientes a la Cartilla de Plan de Salud, no contratados por éste y sin que haya mediado autorización por parte del Area de Discapacidad.

ESPECIALIDADES: Cuentan con cobertura 100% la consulta en consultorio e internación

- Anatomía Patológica
- Diagnóstico por imágenes:
- Radiología, tomografía computada, resonancia magnética
- Anestesiología
- Cardiología y ecografía.
- Cirugía cardiovascular
- Endocrinología
- Cirugía de cabeza y cuello
- Infectología
- Cirugía general
- Farmacología Clínica
- Fisiatría (medicina física y rehabilitación)
- Cirugía infantil
- Cirugía plástica reparadora
- Gastroenterología
- Cirugía de tórax
- Geriatria
- Clínica médica
- Ginecología
- Dermatología
- Hematología
- Hemoterapia
- Oftalmología
- Medicina familiar y General
- Oncología
- Medicina nuclear: diagnóstico y tratamiento
- Ortopedia y traumatología

ASISTENCIA EN VIAJES: Modalidad de servicio.Prestaciones cubiertas:

El servicio de asistencia en viajes comienza a regir a partir de los 50 km del domicilio de facturación del afiliado y dentro del territorio de la República Argentina. Se cubren exclusivamente la atención de accidentes o emergencias a través de la red de Hospitales del Interior o de empresas contratadas al efecto. En ningún caso este servicio cubrirá patologías preexistentes al momento del inicio del viaje y/o de evolución prolongada que se vieran agravadas repentinamente. Asesórese sobre esta cobertura antes de iniciar su viaje.

RECUPERO DE GASTOS POR ACCIDENTES CON RESPONSABILIDAD DE TERCEROS:

Plan de Salud se reserva el derecho de accionar contra los terceros responsables por lesiones y accidentes provocados a afiliados y que hayan ocasionado gastos asistenciales del mismo a Plan de Salud.

ANEXO I: CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS POR PLAN

Planes JOVEN (Plan Joven “JOB” y Plan Joven Plus “JO+):

Podrán elegir este plan los solicitantes que reúnan las condiciones expuestas en las cláusulas Primera y Segunda de las Condiciones Generales, y que se encuentren entre los 16 y 35 años de edad. Se admite la afiliación en forma individual o grupal. La afiliación individual de menores de 18 años requiere autorización del padre, madre o progenitor afín, quién asumirá la responsabilidad legal para autorizar que el menor sea objeto de atención médica, y para asumir las obligaciones económicas que deriven del contrato de medicina prepaga. La afiliación grupal requiere la titularidad de un mayor de 18 años, sin perjuicio de que los demás integrantes sean menores.

Al cumplir los 36 años, todos los afiliados podrán optar por rescindir el contrato comunicando en forma fehaciente su voluntad con 30 días de anticipación o continuar siendo afiliados al Plan de Salud en las condiciones correspondientes al Plan Familiar.

De no mediar manifestación alguna por parte del afiliado, Plan de Salud continuará brindando servicios médicos bajo la modalidad y condiciones del Plan Familiar facturando el valor de cuota correspondiente a este último. Plan de Salud emitirá una notificación previa para que el afiliado resuelva o no la continuidad del servicio en los términos expresados.

Las prácticas, consultas, prestaciones y servicios podrán requerir derivación de médico de cabecera y/o pago de coseguros y/o tener requisitos específicos de acuerdo al detalle que se adjunta:

	PLAN JOVEN	PLAN JOVEN PLUS
URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
COBERTURA AMBULATORIA		
Apertura de Historia Clínica, consultas con su médico de cabecera (clínico, médico de familia) y especialidades sin derivación (ginecología, obstetricia, oftalmología, infectología, oncología y hematología)	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L (1)
Consultas con especialistas que requieran derivación en el Hospital, consultorios y en los centros médicos	C/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Consultas médicas a domicilio	C/C S/T S/L	C/C S/T S/L
Estudios diagnósticos de baja complejidad incluidos en el PMO	C/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Estudios diagnósticos de alta complejidad incluidos en el PMO	C/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Plan Materno Infantil (consultas, prácticas, mediamentos, vacunas y leches medicamentosas)	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Kinesiología (*)	30 sesiones C/C	30 sesiones S/C
Fonoaudiología (*)	25 sesiones C/C	25 sesiones S/C
Cirugía menor ambulatoria	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Tratamientos oncológicos	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Material descartable	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Asistencia al viajero, cobertura nacional (hasta 60 días)	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
COBERTURA EN INTERNACIÓN		
Hotelería	S/C S/T S/L Hab. comp.	S/C S/T S/L Hab. comp.
Internación Quirúrgica	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Internación Clínica	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Internación en Terapia intensiva y Unidad coronaria	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Trasplante de órganos	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Maternidad	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Neonatología	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Cirugía Refractiva (3)	50% de cobertura	50% de cobertura
MEDICAMENTOS		
Descuentos en red de farmacias para medicamentos ambulatorios.	(40-50%) (4)	(40-60%) (5)
Medicamentos para enfermedades crónicas (6)	70%	70%
ODONTOLOGÍA		
Consultas (no requiere derivación)	S/C S/T	S/C S/T
Odontología General, operatoria Dental, odontología preventiva, radiología, endodoncia, odontopediatría, periodoncia, cirugía y urgencias odontológicas	S/C S/T	S/C S/T
SALUD MENTAL		
Psicoterapias indicadas por médico de cabecera	30 sesiones C/C \$.....	30 sesiones C/C \$.....

ST	SIN TOPE	SL	SIN LÍMITE	SC	SIN COPAGO	CC	CON COPAGO
----	----------	----	------------	----	------------	----	------------

(*) Las sesiones se contabilizan por afiliado y por año calendario, que sean realizadas en Hospital Italiano Central, San Justo o periféricos, y no incluye ni aplica para sesiones de Osteopatía - RPG - drenaje Linfático.

(1) Se adicionan a las especialidades sin derivación mencionadas Dermatología, Traumatología y Otorrinolaringología. (3) Según normas de Auditoría Médica.

Auditoría Médica. (4) En las farmacias propias 50%, red contratada 40%. (5) En las farmacias propias 60%, red contratada 40%. (6) Descuento sólo está disponible en las farmacias del Plan de Salud de acuerdo a las normativas vigentes. **Los valores de los copagos incluyen IVA. Los mismos puede sufrir modificaciones al momento de la contratación.**

Planes FAMILIAR (Plan Familiar “FAB” y Plan Familiar Plus “FA+”)

Podrán elegir este plan los solicitantes que reúnan las condiciones expuestas en las cláusulas Primera y Segunda de las Condiciones Generales, en forma individual o en grupo familiar, a partir de los 36 años, hasta los 59 años inclusive. El grupo familiar podrá estar integrado por el titular mayor de 36 años, su cónyuge e hijos hasta 15 años. Los integrantes mencionados en el párrafo anterior que contrajeran matrimonio, deberán integrar un nuevo grupo. Cuando los hijos cumplan 16 años ingresarán en forma automática a la cobertura del Plan Joven, abonando las cuotas correspondientes a este último dicho plan.

Al cumplir 60 años todos los afiliados podrán optar por rescindir el contrato comunicando en forma fehaciente su voluntad con 30 días de anticipación o continuar siendo afiliados al Plan de Salud en las condiciones correspondientes al Plan Mayor:

De no mediar manifestación alguna por parte del afiliado, Plan de Salud continuará brindando servicios médicos bajo la modalidad y condiciones del Plan Mayor facturando el valor de cuota correspondiente a este último. Plan de Salud emitirá una notificación previa para que el afiliado resuelva o no la continuidad del servicio en los términos expresados.

Las prácticas, consultas, prestaciones y servicios podrán requerir derivación de médico de cabecera y/o pago de coseguros y/o tener requisitos específicos de acuerdo al Plan contratado según el detalle que se adjunta:

	PLAN FAMILIAR	PLAN FAMILIAR PLUS
URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
COBERTURA AMBULATORIA		
Apertura de Historia Clínica, consultas con su médico de cabecera (clínico, médico de familia o pediatría) y especialidades sin derivación (ginecología, obstetricia, oftalmología, infectología, oncología, hematología, cirugía pediátrica, traumatología infantil, dermatología infantil y ORL infantil)	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Consultas médicas con especialistas que requieran derivación en el Hospital, consultorios y en los centros médicos	C/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Consultas médicas a domicilio	C/C S/T S/L	C/C S/T S/L
Estudios diagnósticos de baja complejidad incluidos en el PMO	C/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Estudios diagnósticos de alta complejidad incluidos en el PMO	C/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Plan Materno Infantil (consultas, prácticas, medicamentos, vacunas y leches medicamentosas)	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Kinesiología (*)	30 sesiones C/C	30 sesiones S/C
Fonoaudiología (*)	25 sesiones C/C	25 sesiones S/C
Cirugía menor ambulatoria	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Tratamientos oncológicos	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Material descartable	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Asistencia al viajero, cobertura nacional (hasta 60 días)	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
COBERTURA EN INTERNACIÓN		
Hotelería	S/C S/T S/L Hab. comp.	S/C S/T S/L Hab. comp.
Internación Quirúrgica	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Internación Clínica	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Internación en Terapia intensiva y Unidad coronaria	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Trasplante de órganos	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Maternidad	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Neonatología	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Cirugía Refractiva (2)	50% de cobertura	50% de cobertura
MEDICAMENTOS		
Descuentos en red de farmacias para medicamentos ambulatorios.	(40-50%) (3)	(40-60%) (4)
Medicamentos para enfermedades crónicas (5)	70%	70%
ODONTOLOGÍA		
Consultas (no requiere derivación)	S/C S/T	S/C S/T
Odontología General, operatoria Dental, odontología preventiva, radiología, endodoncia, odontopediatría, periodoncia, cirugía y urgencias odontológicas	S/C S/T	S/C S/T
SALUD MENTAL		
Psicoterapias indicadas por médico de cabecera	30 sesiones C/C \$.....	30 sesiones C/C \$.....

ST	SIN TOPE	SL	SIN LÍMITE	SC	SIN COPAGO	CC	CON COPAGO
----	----------	----	------------	----	------------	----	------------

(*) Las sesiones se contabilizan por afiliado y por año calendario, que sean realizadas en Hospital Italiano Central, San Justo o periféricos, y no incluye ni aplica para sesiones de Osteopatía - RPG - drenaje Linfático.

(1) Disponible habitación individual o compartida. (3) En las farmacias propias 50%, red contratada 40%. (4) En las farmacias propias 60%, red contratada 40%.

(5) Descuento sólo está disponible en las farmacias del Plan de Salud de acuerdo a las normativas vigentes. **Los valores de los copagos incluyen IVA. Los mismos puede sufrir modificaciones al momento de la contratación.**

Planes MAYOR (Plan Mayor MAB y Plan Mayor Plus “MA+”):

Podrán elegir este plan los solicitantes que reúnan las condiciones expuestas en las cláusulas Primera y Segunda de las Condiciones Generales, en forma individual o por grupo familiar, a partir de los 60 años de edad.

Las prácticas, consultas, prestaciones y servicios podrán requerir derivación de médico de cabecera y/o pago de coseguros y/o tener requisitos específicos de acuerdo al Plan contratado según el detalle que se adjunta:

	PLAN MAYOR	PLAN MAYOR PLUS
URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
COBERTURA AMBULATORIA		
Apertura de Historia Clínica, consultas con su médico de cabecera y especialidades sin derivación (ginecología, otorrinolaringología, geriatría y oftalmología) en el Hospital, consultorios particulares en los centros médicos	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Consultas médicas con especialistas que requieran derivación en el Hospital, consultorios y en los centros médicos	C/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Consultas médicas a domicilio	C/C S/T S/L	C/C S/T S/L
Estudios diagnósticos de baja complejidad incluidos en el PMO	C/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Estudios diagnósticos de alta complejidad incluidos en el PMO	C/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Kinesiología (*)	30 sesiones C/C	30 sesiones S/C
Fonoaudiología (*)	25 sesiones C/C	25 sesiones S/C
Cirugía menor ambulatoria	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Tratamientos oncológicos	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Material descartable	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Asistencia al viajero, cobertura nacional (hasta 60 días)	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
COBERTURA EN INTERNACIÓN		
Hotelería	S/C S/T S/L Hab. comp.	S/C S/T S/L Hab. comp.
Internación Quirúrgica	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Internación Clínica	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Internación en Terapia intensiva y Unidad coronaria	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Trasplante de órganos	S/C S/T S/L	S/C S/T S/L
Cirugía Refractiva (2)	50% de cobertura	50% de cobertura
MEDICAMENTOS		
Descuentos en red de farmacias para medicamentos ambulatorios	(40-50%) (3)	(40-60%) (4)
Medicamentos para enfermedades crónicas (5)	70%	70%
ODONTOLOGÍA		
Consultas (no requiere derivación)	S/C S/T	S/C S/T
Odontología General, operatoria Dental, odontología preventiva, radiología, endodoncia, odontopediatría, periodoncia, cirugía y urgencias odontológicas	S/C S/T	S/C S/T
SALUD MENTAL		
Psicoterapias indicadas por médico de cabecera	30 sesiones C/C \$.....	30 sesiones C/C \$.....

ST	SIN TOPE	SL	SIN LÍMITE	SC	SIN COPAGO	CC	CON COPAGO
----	----------	----	------------	----	------------	----	------------

(*) Las sesiones se contabilizan por afiliado y por año calendario, que sean realizadas en Hospital Italiano Central, San Justo o periféricos, y no incluye ni aplica para sesiones de Osteopatía - RPG - drenaje Linfático.

(1) Disponible habitación individual o compartida. (3) En las farmacias propias 50%, red contratada 40%. (4) En las farmacias propias 60%, red contratada 40%. (5) Descuento sólo está disponible en las farmacias del Plan de Salud de acuerdo a las normativas vigentes. **Los valores de los copagos incluyen IVA. Los mismos puede sufrir modificaciones al momento de la contratación.**

PLAN MÁXIMO (GMX): Podrán elegir este plan los solicitantes que reúnan las condiciones expuestas en las Cláusulas Primera y Segunda de las Condiciones Generales. A diferencia de los demás planes, no tienen requisito de edad para contratación ni permanencia. Ofrece servicios orientados a la zona geográfica de San Isidro y Olivos con una red de prestadores ampliada con sanatorios, guardias y laboratorios en zona.

Posee acceso directo a todas las especialidades, sin la necesidad de la derivación del médico de cabecera y cuenta con prioridad de asignación de habitación individual para internaciones en el Hospital Italiano, sujeto a disponibilidad.

	PLAN MÁXIMO
URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS	S/C S/T S/L
COBERTURA AMBULATORIA	
Apertura de Historia Clínica, consultas médicas (todas las especialidades) en el Hospital Italiano, Centros Médicos del Plan de Salud y Consultorios Particulares	S/C S/T S/L
Consultas médicas a domicilio	C/C S/T S/L
Estudios diagnósticos de baja complejidad incluidos en el PMO	S/C S/T S/L
Estudios diagnósticos de alta complejidad incluidos en el PMO	S/C S/T S/L
Plan Materno Infantil (consultas, prácticas, mediantes, vacunas y leches medicamentosas)	S/C S/T S/L
Kinesiología (*)	30 sesiones S/C
Fonoaudiología (*)	25 sesiones S/C
Cirugía menor ambulatoria	S/C S/T S/L
Tratamientos oncológicos	S/C S/T S/L
Material descartable	S/C S/T S/L
Asistencia al viajero, cobertura nacional (hasta 60 días)	S/C S/T S/L
COBERTURA EN INTERNACIÓN	
Hotelería (habitación individual)	S/C S/T S/L
Internación Quirúrgica	S/C S/T S/L
Internación Clínica	S/C S/T S/L
Internación en Terapia intensiva y Unidad coronaria	S/C S/T S/L
Trasplante de órganos	S/C S/T S/L
Maternidad	S/C S/T S/L
Neonatología	S/C S/T S/L
Cirugía Refractiva (1)	50% de cobertura
MEDICAMENTOS	
Descuentos en red de farmacias para medicamentos ambulatorios	(40-60%) (2)
Medicamentos para enfermedades crónicas (3)	70%
ODONTOLOGÍA	
Consultas (no requiere derivación)	S/C S/T
Odontología General, operatoria Dental, odontología preventiva, radiología, endodoncia, odontopediatría, periodoncia, cirugía y urgencias odontológicas	S/C S/T
SALUD MENTAL	
Psicoterapias indicadas por médico de cabecera	30 sesiones C/C \$.....

ST	SIN TOPE	SL	SIN LÍMITE	SC	SIN COPAGO	CC	CON COPAGO
----	----------	----	------------	----	------------	----	------------

(*) Las sesiones se contabilizan por afiliado y por año calendario, que sean realizadas en Hospital Italiano Central, San Justo o periféricos, y no incluye ni aplica para sesiones de Osteopatía - RPG - drenaje Linfático.

(1) Según normas de Auditoría Médica, (2) En las farmacias propias 60%, red contratada 40%. (3) Descuento sólo está disponible en las farmacias del Plan de Salud de acuerdo a las normativas vigentes. **Los valores de los copagos incluyen IVA. Los mismos puede sufrir modificaciones al momento de la contratación.**

Firma Int. 1:

Aclaración: DNI:

Firma Int. 2:

Aclaración: DNI:

Firma Int. 3:

Aclaración: DNI:

Firma Int. 4:

Aclaración: DNI:

Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial. Infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de internet: www.buenosaires.gov.ar Ley 2792 CABA.

Superintendencia de Servicios de Salud. Órgano de Control: 0800-222-salud (72583) www.sssalud.gov.ar Ley 26.682 - R.N.E.M.P. 4-1314-5.

