

Multiasistencia Servicios de Salud



CONDICIONES PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO
SOLICITE EL SERVICIO AL: 0800-444-0001

CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO

A los efectos de la Prestación de los Servicios que se detallan en este Condicionado, se entiende por beneficiario al asegurado y a su grupo familiar en primer grado de consanguinidad cuando corresponda. Las prestaciones detalladas en el presente se brindarán en el ámbito de la República Argentina, salvo en los casos que expresamente se indique lo contrario.

Los servicios mencionados se prestarán con una periodicidad anual conforme a la fecha de inicio de vigencia de la póliza con los límites y condiciones que se detallan para cada caso particular.

Obligaciones del Beneficiario

Para permitir al Prestador asistir al beneficiario, queda expresamente establecido para todos los servicios comprendidos a continuación, la obligación a cargo del beneficiario serán las siguientes:

- 1) Obtener la autorización del PRESTADOR a través de su Central Operativa antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto.
- 2) Aceptar las soluciones propuestas por EL PRESTADOR para la efectiva recepción del servicio.
- 3) Facilitar al Prestador, todos los elementos necesarios para verificar fehacientemente la identidad de la persona asistida.
- 4) Facilitar al Prestador, toda la información necesaria requerida para la resolución del servicio.

A) CODIGO ROJO 24 Hs.

Emergencias y Urgencias médicas

La presente prestación se hará efectiva de manera inmediata en todos los casos donde la sintomatología informada por el solicitante del servicio refiere a un cuadro agudo el cual requiera una atención inmediata por presentar riesgo de vida real o potencial del titular del servicio o de familiares en primer grado de consanguinidad, y siempre que convivan con el titular del servicio.

La asistencia comprenderá la atención, el diagnóstico presuntivo, medidas y/o tratamientos preliminares de emergencias que el personal médico del Proveedor determine y el eventual traslado hasta el sanatorio, clínica u hospital que corresponda.

Este beneficio se brinda únicamente en el domicilio declarado al momento de contratar el servicio o residencia habitual y sin límite de requerimientos por domicilio.

B) ORIENTACION MÉDICA TELEFONICA 24 Hs.

Asesoramiento Médico Telefónico con Profesionales

El beneficiario del servicio podrá solicitar asesoramiento médico telefónico brindado por profesionales sobre los temas que se detallan a continuación.

- Asesoramiento acerca de dudas e interrogantes relacionados a la salud en general
- Orientación sobre medicación, reacciones adversas, efectos secundarios, contraindicaciones.
- Orientación materno-infantil.
- Recomendaciones dietarias generales vinculadas a trastornos médicos.
- Consultas sobre evolución de distintos tratamientos.
- Valoración de la necesidad de consulta con especialistas
- Información sobre centros médicos de la red pública y privada
- Contacto y datos de prestadores médicos a domicilio y en consultorio
- Contención de pacientes hasta la resolución de la emergencia

Este servicio se brinda sin límite de solicitudes.

C) ASISTENCIA TERCERA EDAD

Las prestaciones que a continuación se detallan para este servicio se brindarán en el domicilio particular declarado por el titular del servicio o residencia habitual al momento de contratar la prestación.

Alcance de la Cobertura Asistencia Tercera Edad

1. Servicio de acompañante en establecimiento médico

Si a causa de un acontecimiento previsto por la póliza, fuera aconsejado bajo prescripción médica, EL PRESTADOR asumirá los gastos de un acompañante calificado, enfermeras/os, designado por el Beneficiario que permanecerá junto al beneficiario durante la internación en un Sanatorio u Hospital Público. La prestación tiene un tope de cinco (5) días, limitado a un costo total de \$ 400.- por día.

2. Servicio de acompañante en domicilio

Si a causa de un acontecimiento previsto por la póliza, fuera aconsejado bajo prescripción médica, EL PRESTADOR asumirá los gastos de un acompañante calificado, enfermeras/os, designado por el Beneficiario que permanecerá junto al Beneficiario en el domicilio particular de este. Se extiende la prestación por convalecencia post internación. La prestación tiene un tope de tres (3) días, limitado a un costo total de \$ 400.- por día.

3. Bonificación de acompañante en Domicilio especial:

Consiste en una modalidad especial para pacientes sin patologías recientes que necesiten la atención de enfermeras o acompañantes. La prestación es ilimitada y tendrá un costo preferencial que será a cargo del titular del servicio.

4. Asesor Previsional:

Gestión informativa sobre realización de trámites previsionales. Se brinda orientación telefónica sobre horarios de atención, direcciones y datos para tramitación de jubilación, pensión, retiro por invalidez o estado de los trámites. La prestación es ilimitada.

El servicio de Asistencia a Tercera Edad no tiene límites de servicio.

D) ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

Alcances del servicio Asistencia Odontológica:

Los mismos serán prestados cuando exista dolor intenso, infección o cualquier otro imprevisto, y esta limitado al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dentaria. Las prestaciones son:

- Urgencias (Guardias odontológicas las 24 hs):
- Exámenes médicos (Historia Clínica, Diagnóstico, Pronóstico, Plan de Tratamiento)
- Radiografías (Periapicales y Coroneales)
- Operatoria dental (obturación simple, compuesta y compleja)

Límite de gastos de asistencia odontológica (Tope de Cobertura anual en todo concepto):

- | | |
|--------------------------|----------|
| - En Argentina: | \$ 1.500 |
| - Países limítrofes | \$ 2.000 |
| - En el resto del Mundo: | \$ 4.000 |

E) SEGUNDA OPINION MÉDICA PARA CASOS DE ENFERMEADES GRAVES DE ALTA COMPLEJIDAD

Prestaciones: El servicio de segunda Opinión Médica está constituido por la prestación de INTERCONSULTA DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA, a nivel nacional o internacional, según la evaluación en cada caso del Departamento Médico del PRESTADOR.

Este servicio será prestado a tenor de las definiciones establecidas a continuación:

Interconsulta de Segunda

Opinión Médica:

Por este servicio se entenderá el servicio de atención y respuesta a cualquier tipo de solicitud de información médica compleja formulada al Prestador, relativa a segundas opiniones médicas relacionadas con y sometidas a un asegurado titular o por un médico en su nombre.

El servicio de interconsulta según la definición anterior, será realizado a través de la red de prestadores del PRESTADOR, encargándose ésta de su transmisión a la institución médica correspondiente junto con el correspondiente cuestionario, que le será proporcionado al efecto, y las pruebas, biopsias, radiografías, resonancias magnéticas, o cualquier otra información médica que pueda ser necesaria para poder evaluar el caso.

Una vez recibida, EL PRESTADOR efectuará la interconsulta poniéndose en contacto con los médicos y hospitales que EL PRESTADOR decida como idóneos, especializados en la enfermedad o cuadro clínico del cliente que motiva la interconsulta.

El servicio de interconsulta se efectuará siempre sobre la base del historial médico del cliente y la correspondiente primera opinión médica efectuada por los médicos que le hayan atendido, siendo esta la condición previa para la prestación del servicio.

La respuesta de la interconsulta será transmitida por parte del PRESTADOR en el menor tiempo posible, a la que se adjuntará el informe médico del especialista consultado, mediante correo electrónico, o cualquier otro medio de comunicación rápido, y su original por correo. EL PRESTADOR se encargará de entregar el material al cliente.

El idioma utilizado tanto en la solicitud de la interconsulta como en la respuesta a la misma será siempre el castellano, por lo que los informes médicos deberán ir traducidos a este idioma. El costo de las traducciones de aquellos informes médicos que no hayan sido redactados en castellano, será por cuenta del beneficiario que haya solicitado este segundo diagnóstico.

Al tratarse de un servicio que se limita a proporcionar la información de una opinión médica, y siendo que la misma no determina ni recomienda un determinado curso de acción, EL PRESTADOR no será responsable por daños y/o perjuicios originados por las opiniones médicas de los médicos y/o profesionales consultados.

F) ASISTENCIA EN VIAJES

Área de cobertura y período de viaje

Las prestaciones detalladas en el presente se brindarán en:

- La República Argentina, a partir de los 100 Km. del domicilio declarado o residencia habitual del titular,
- El resto del mundo.

La asistencia se prestará en períodos de viaje que no superen los sesenta (60) días corridos por cada viaje, quedando expresamente excluidos los períodos de residencia permanente o transitoria en el extranjero. La finalización de los 60 días implicará automáticamente el cese de todos los servicios detallados en estas Condiciones Generales, incluyendo aquellos casos iniciados y en curso al momento del fin de dicho lapso, con excepción de los casos de internación ya iniciados, en los cuales los Servicios de Asistencia continuarán prestandose por un período complementario de hasta 10 (diez) días.

Los servicios asistenciales aquí incluidos deberán ser, en todos los casos, solicitados al PRESTADOR por teléfono al 0800-444-0001 desde la Argentina y el +54 0342 410-3176 desde el exterior o por cualquier otro medio previamente autorizados por la Central Operativa del PRESTADOR. Para solicitar la asistencia correspondiente, el beneficiario deberá, en todos los casos, indicar sus datos personales, el número de póliza, el número de D.N.I. o Cédula de Identidad, o pasaporte oficial que acredite identidad y fechas de viaje, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que necesita.

Las llamadas telefónicas que el beneficiario efectúe a tales efectos serán por cuenta del PRESTADOR, reintegrando éste el importe de dichas llamadas previa justificación correspondiente.

Asimismo los servicios, no podrán ser utilizados bajo ningún concepto, ni en ninguna circunstancia, para iniciar o continuar el tratamiento y/o asistencia de problemas que hubieran surgido durante el/los viaje/s anterior/es, independientemente de que los servicios que se soliciten hayan sido indicados por EL PRESTADOR o por terceros.

Los servicios comprenden exclusivamente el tratamiento del cuadro agudo que impida la continuación del viaje e incluyen:

Atención en consultorio o a domicilio para atender situaciones de urgencia en caso de enfermedad aguda y/o accidente.

Atención por especialistas: cuando sea indicada por los equipos médicos de urgencia, y autorizadas previamente por la Central Operativa de EL PRESTADOR.

Exámenes médicos complementarios: análisis de orina, sangre, radiografías, electrocardiografías y/o cualquier otro estudio que sea ordenado por los equipos médicos del PRESTADOR y autorizado por la Central Operativa del mismo.

Intervenciones Quirúrgicas: ordenadas por el Jefe de los equipos médicos del PRESTADOR en los casos de enfermedades graves y/o accidentes que requieran urgentemente este tratamiento y con autorización de la Central Operativa correspondiente.

Cuidados intensivos y unidad coronaria: Cuando la naturaleza de la enfermedad lo requiera y con la autorización del Jefe de los servicios médicos del PRESTADOR y de la Central Operativa correspondiente.

Traslado sanitario: Si fuera aconsejado el traslado a otro lugar más adecuado, EL PRESTADOR tomará a su cargo organizar el mismo y a su exclusivo cargo efectuará el traslado en aviones sanitarios, de línea, de tren o ambulancia según la gravedad del caso. Únicamente las exigencias de origen médico serán tomadas en consideración para decidir la elección del medio de transporte y el lugar de hospitalización.

En todos los casos el transporte deberá ser previamente autorizado por el Departamento Médico del PRESTADOR y la Central Operativa correspondiente.

Repatriaciones Sanitarias: Cuando el Departamento Médico del PRESTADOR estime necesario efectuar la repatriación sanitaria de un asegurado, como consecuencia de un accidente o enfermedad grave, la repatriación del asegurado será efectuada en avión de línea regular, con acompañamiento médico o de enfermera si correspondiese, sujeto a disponibilidad de plazas, hasta un establecimiento pertinente en el Territorio de La República Argentina. Este traslado deberá ser autorizado por el médico tratante.

Límite de gastos de asistencia en viaje:

El monto total de gastos por todos los servicios detallados en el apartado F) "Asistencia en Viajes" (excluidos los gastos de traslado y repatriación por fallecimiento), tienen los siguientes topes máximos por viaje y por beneficiario:

- En Argentina:	\$ 10.000
- Países limítrofes	\$ 15.000
- En el resto del Mundo:	\$ 30.000

Gastos de traslado y repatriación por fallecimiento

En caso de fallecimiento de un beneficiario durante el viaje, por accidente o enfermedad imprevista y no preexistente, EL PRESTADOR organizará y tomará a su cargo los gastos de traslado de féretro, trámites administrativos y transporte hasta el lugar de inhumación en Argentina, por el medio que EL PRESTADOR S.A. considere más conveniente. Los trámites, gastos de féretro definitivo, funeral e inhumación, serán a cargo de los familiares. Asimismo EL PRESTADOR tomará a su cargo los gastos de traslado de los restantes beneficiarios acompañantes, en el medio que EL PRESTADOR considere más adecuado y sujeto a disponibilidad, hasta el domicilio habitual.

Límite de gastos de traslado y repatriación por fallecimiento:

El monto total de gastos por todos los servicios de traslado y repatriación por fallecimiento tienen los siguientes topes máximos por viaje y beneficiario:

- En Argentina:	\$ 15.000
- Países limítrofes	\$ 20.000
- En el resto del Mundo:	\$ 40.000

Sublímite de gastos por medicamentos

EL PRESTADOR tomara a su cargo los medicamentos de urgencia, recetados para la afección que diere lugar a la asistencia, hasta un tope máximo por viaje y por beneficiario de:

- En Argentina:	\$ 300
- Países limítrofes	\$ 450
- En el resto del Mundo:	\$ 600

Topes incluidos en el límite general de Asistencia Médica, según lo dispuesto en el punto anterior.

G) EXCLUSIONES GENERALES DEL SERVICIO

CASOS DE FUERZA MAYOR

La prestación de todos los servicios contratados quedaran suspendidos en todos sus efectos, en caso de cataclismos, desastres climatológicos, catástrofes epidémicas, revoluciones, guerras, huelgas generales, de lock out, apogones generalizados, atentados terroristas, situaciones de desorden público y, en general, por la ocurrencia de aquellos hechos que puedan ser considerados caso fortuito o fuerza mayor, eximiendo de responsabilidad al Prestador.

Exclusiones del Servicio de Emergencias y Urgencias Médicas:

Todo tipo de internación clínica incluso la de urgencia o de emergencia o internación quirúrgica y cirugía.

- Terapia intensiva o unidad coronaria
- Terapias alternativas
- Maternidad, parto, patología del embarazo
- Tratamiento neonatal
- Trasplantes
- Traslados programados en ambulancias o traslados en ambulancias para efectuar estudios complementarios de diagnóstico y tratamiento.
- Hemodiálisis y diálisis peritoneal
- Prácticas en etapa experimental
- Todo tipo de tratamientos (histocompatibilidad, esterilidad, geriatría, obesidad alteraciones y/o enfermedades derivadas de alcoholismo, toxicomanía e intoxicaciones autoprovocadas, virus de inmunodeficiencia adquirida, enfermedades oncológicas, trastornos de la alimentación, entre otros)
- Lesiones causadas por estado de enajenación mental, en estado de ebriedad o bajo influencia de estupefacientes o alcaloides; lesiones autoprovocadas o causadas por tentativa de suicidio o por la participación en la comisión de delitos o riñas, salvo aquellos casos de legítima defensa.
- Prótesis y órtesis de cualquier naturaleza
- Prácticas de alta incidencia y bajo costo
- Las prácticas de diagnóstico y laboratorio.

Exclusiones del Servicio de Acompañante
EL PRESTADOR se encontrará eximido de la responsabilidad y obligaciones inherentes o derivadas de la relación laboral existente entre el titular del servicio y el acompañante calificado designado por este para realizar el servicio

Exclusiones para el servicio de Asistencia en Viajes.

Las obligaciones asumidas por EL PRESTADOR sólo regirán para accidentes y/o enfermedades repentinas y agudas contraídas con posterioridad a la fecha de inicio del viaje. Quedan expresamente excluidas todas las dolencias crónicas y/o preexistentes, así como sus consecuencias o agudizaciones. En estos casos, EL PRESTADOR sólo reconocerá, si a su exclusivo juicio correspondiere, la primera consulta clínica por la que se determine la preexistencia de la enfermedad.

REINTEGROS

EL PRESTADOR procederá al reintegro de los gastos, en los casos que así correspondiera, efectuados en las siguientes situaciones, siempre dentro de los topes establecidos para cada tipo de gasto y solo en los casos que EL PRESTADOR brinda el servicio a través del reintegro o en casos de fuerza mayor, siempre que de aviso al PRESTADOR dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho que origine la asistencia.

1. Todos los casos de reintegro deberán contar con la autorización previa de la Central Operativa DEL PRESTADOR.

Para permitir la evaluación del mismo, el titular del servicio deberá suministrar toda la documentación original necesaria que acredite, al exclusivo criterio del PRESTADOR., la recepción del servicio y la procedencia de los gastos incurridos, incluyendo, si fuera necesario, prescripción médica especificando el reposo aconsejado por el médico dependiendo del diagnóstico, detalle del medio de traslado en caso de ser necesario, facturas y recibos originales correspondientes.

Para todos los casos de reintegro, se deberá proveer detalle de los hechos, importes y conceptos de gastos incurridos.

2. Únicamente serán consideradas las solicitudes de reintegro que se presenten en las oficinas del PRESTADOR dentro de los sesenta (60) días de la fecha de ocurrencia de los hechos. Pasado dicho plazo, caducará el derecho del titular del servicio para recibir reintegro alguno.

3. Los reintegros se efectuarán en la República Argentina, en moneda local de curso legal, según la cotización de la divisa correspondiente en el mercado financiero Banco Nación, tipo vendedor del día anterior a la fecha de emisión del cheque de pago.

4. Todos aquellos servicios que no se adjunte comprobante original del gasto incurrido.

IMPORTANTE

Este servicio es SIN COSTO ADICIONAL y de URGENCIA para asegurados en el ramo SALUD de FEDERACION PATRONAL SEGUROS, consecuentemente destinado a un uso racional y limitado.

**SOLICITE EL SERVICIO AL
0800 - 444 - 0001**

Las 24 horas,
los 365 días del año

Desde el Exterior
+54 0342 410-3176