

PLAN DE SALUD SAMI COMPLEMENTARIO

REGLAMENTO - CONDICIONES GENERALES DE CONTRATACIÓN

Nombre y Apellido del Titular:.....

DNI:..... Afiliado OBRA SOCIAL PRIMARIA (IOMA) N°

Beneficiario Plan SAMI COMPLEMENTARIO N°

Domicilio:.....

Grupo Familiar a cargo:

Nombre y Apellido

DNI

Vínculo

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha de solicitud: Fecha de Ingreso:

El beneficiario sabe y conoce que CENTRO MEDICO DE MAR DEL PLATA - SAMI otorga prestaciones con carácter residual o complementario, lo que significa que tiene carácter integrativo de aquello que la persona posee y a fin de mejorar su calidad prestacional, pero en modo alguno suple las prestaciones que la Obra Social Primaria (IOMA) no otorgare o no quisiere otorgar, bajo ninguna circunstancia.

Así, si IOMA citado judicial o extrajudicialmente o en forma administrativa, no otorgare determinadas prestaciones, las mismas no podrán ser reclamadas a CENTRO MEDICO DE MAR DEL PLATA – SAMI, pues el presente no está incluido dentro de las normas, derechos y obligaciones alcanzados por la Ley de Medicina Prepaga N° 26.682 y sus decretos reglamentarios.

El beneficiario firma el presente contrato con SAMI al sólo efecto de complementar la cobertura que su Obra Social Primaria (IOMA) le brinda, y tiene validez únicamente respecto de lo expresamente aquí contemplado.-

PLAN DE SALUD SAMI COMPLEMENTARIO

REGLAMENTO - CONDICIONES GENERALES DE CONTRATACIÓN

El beneficiario renuncia a invocar los alcances de la Ley 26.682 y sus decretos reglamentarios respecto de SAMI, pues sabe y conoce que su cobertura prestacional de base es brindada por IOMA, limitándose sus efectos exclusivamente a la misma. De tal modo, el beneficiario sólo podrá reclamar la cobertura de la legislación vigente (PMO y/o normas especiales), por las patologías que correspondan, a IOMA, siendo ajeno a dicha cuestión el CENTRO MEDICO DE MAR DEL PLATA – SAMI.- Tal renuncia es perfectamente válida pues los alcances del vínculo de cobertura de salud son y serán exclusivamente con IOMA.-

El presente tiene su sustento en los usos y costumbres, art. 1 del Código Civil vigente, y en la posibilidad determinada por la legislación aplicable de dar coberturas parciales y limitadas con carácter complementario.- En tal sentido, si fuere suspendida o extinguida la cobertura que el beneficiario recibe de IOMA, simultáneamente se suspenderán o extinguirán los beneficios del presente Plan Complementario, toda vez que el mismo no implica en modo alguno poseer una obra social o prepaga de salud, sino un plan con determinados servicios superadores, inherentes a los que recibe de la Obra Social Primaria, que se suspenderá o extinguirá si así ocurriere con IOMA.-

1.- CONDICIONES DE INGRESO

Los requisitos para acceder al Plan SAMI Complementario de IOMA son:

- a.- Ser beneficiario o usuario activo del INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL (IOMA), tanto el titular como los integrantes del grupo familiar cuyo ingreso solicitare al Plan Complementario, incluido en el padron que dicha Obra Social Primaria posee para el Partido de General Pueyrredon.-
- b.- Haber firmado este Reglamento de plena conformidad, y la Declaración Jurada de Antecedentes de Salud, que forma parte integrante del presente.-

2.- CUOTA MENSUAL

El beneficiario se compromete a abonar mensualmente del 1 al 15 de cada mes, la cuota correspondiente al PLAN COMPLEMENTARIO, que al día de la fecha de suscripción del presente asciende a la suma de Pesos(\$).-

3.- COBERTURA

Una vez que SAMI haya aceptado el ingreso del beneficiario y su grupo familiar, éstos podrán acceder a las siguientes prestaciones, en el nivel de cobertura que se detalla a continuación:

a.- CONSULTAS MEDICAS EN CONSULTORIO

PLAN DE SALUD SAMI COMPLEMENTARIO

REGLAMENTO - CONDICIONES GENERALES DE CONTRATACIÓN

El beneficiario del Plan SAMI Complementario IOMA (en adelante Plan SC IOMA) podrá realizar consultas médicas en los consultorios de cualquiera de los profesionales prestadores de IOMA (incluidos en el padrón) **Tope mensual:** El beneficiario podrá realizar hasta **3 (tres)** consultas médicas por mes, a igual o distintos profesionales, bajo cobertura del 100% del arancel diferenciado a cargo de SAMI.

b.- CONSULTAS MÉDICAS EN DOMICILIO

El beneficiario abonará directamente en su domicilio al profesional que lo atienda, que pertenezca al servicio de atención domiciliaria contratado por el Centro Médico de Mar del Plata, y actualmente se encuentra a cargo de SERVISA, reservándose SAMI el derecho de contratar eventualmente otra empresa, lo cual en caso de ocurrir será informado a los beneficiarios del Plan SC IOMA en forma inmediata.-

En caso de requerir atención médica domiciliaria, el beneficiario podrá acceder al **50%** (cincuenta por ciento) de la cobertura del valor de la consulta por vía de **reintegro**.

El beneficiario deberá presentar en SAMI el comprobante de pago correspondiente a los fines de la obtención del reintegro, el cual se realizará CBU registrado para tal fin al momento del ingreso.-

Tope mensual: El beneficiario podrá realizar **una (1)** consulta médicas domiciliaria por mes, bajo cobertura del 50% a cargo de SAMI, por vía de reintegro.- Las consultas domiciliarias excedentes quedarán a exclusivo cargo del beneficiario.

c.- EMERGENCIAS MÉDICAS

En caso de urgencia o emergencia médica, entendiéndose por tal que se encuentre en riesgo su vida, el beneficiario dispondrá del servicio de ambulancia que SAMI tenga contratado al tiempo de requerirse la prestación, sin cargo alguno.- SAMI cubrirá la primera atención médica del paciente, los medicamentos, material descartables, y traslado en ambulancia al centro asistencial que determine, si fuere menester.-

d.- PRACTICAS MÉDICAS AMBULATORIAS

El beneficiario podrá **autorizar sin costo**, en cualquiera de los centros de atención (detallados en el punto 4), las prescripciones médicas que fueren indicadas por profesionales del padrón de IOMA. SAMI brindará cobertura al 100% de los honorarios médicos - básicos y diferenciales - de dichos profesionales, y las prácticas incluidas en el convenio vigente entre IOMA y Centro Médico de Mar del Plata, que se pone a disposición del beneficiario.-

PLAN DE SALUD SAMI COMPLEMENTARIO

REGLAMENTO - CONDICIONES GENERALES DE CONTRATACIÓN

Topes:

Código	Descripción	Cantidad	Por mes/año
140101	Testificacion Total.	1	1 Año
140102	Testificacion Parcial -HASTA Cuatro	1	1 Año
140104	Tratamiento Desensibilizante -INCLUY	1	1 Mes
180104	Ecografia Ginecologica.	1	1 Año
180106	Ecografia Mamaria Uni O Bilateral.	1	1 Año
180110	Ecografia Tiroidea.	1	1 Año
180111	Ecografia De Testiculos.	1	1 Año
180112	Ecografia Completa De Abdomen.	1	1 Año
180113	Ecografia Hepatica, Biliar, Esplenic	1	1 Año
180114	Ecografia De Vejiga O Prostata.	1	1 Año
180116	Ecografia Renal Bilateral.	1	1 Año
180117	Ecografia De Aorta Abdominal Dinamic	1	1 Año
180118	Ecografia Pancreatica O Suprarrenal.	1	1 Año
250191	Evaluacion Inicial Del Tratam.Rehabi	25	1 Año
250192	Evaluacion Seguimiento Trat.Rehabili	25	1 Año
300101	Oftalmodinamometria.	1	1 Año
300102	Campo Visual -CAMPIMETRIA Y/O Perime	1	1 Año
300104	Fondo De Ojo Y/O Esquiascopia -CON D	1	1 Año
300105	Tonometria. I/Consulta	1	1 Año
300106	Tonometria En Niños Con Anestesia Ge	1	1 Año
300107	Ejercicios Ortopticos, Por Sesion.	1	1 Año
300110	Tonografia -CON Tonografo Electronic	1	1 Año
300112	Retinografia Con Tres Placas -BILATE	1	1 Año
300114	Exoftalmometria. I/Consulta	1	1 Año
300115	Extraccion De Cuerpo Extraño Conjunt	1	1 Año
340601	Mamografia -SENOGRAFIA - Unicamente	2	1 Año
340602	Mamografia, Proyeccion Axilar -UNICA	1	1 Año
420101	Consulta Medica.	3	1 Mes
420158	Reint.Domicilio Por Ambulancia-Adulto	1	1 Mes
420161	Reint.Domicilio Por Ambulancia-Pediatra	1	1 Mes
423301	Consulta Psiquiatria loma-Cem	1	1 Año
423303	Consulta De Seguimiento O Control	2	1 Mes
423398	Difer.Consulta Seguim. Y/O Control I	4	1 Mes
423399	Diferenciado Consulta Psiquiatria lo	2	1 Año
429998	Diferenciado Consultas	3	1 Mes
662306	Modulo De Estudio De Coagulacion Com	1	2 Años
662309	Modulo De Estudios De Anemias	1	2 Años
663022	Aberrometria Bilateral	1	1 Año
880201	Campo Visual Computarizado.	3	1 Año
881008	Flujometria Urinaria Computarizada	2	1 Año
883470	Densitometria Osea Una Region	1	2 Años
884600	R.M.M. - 1º Exposicion - loma	1	30 Días

PLAN DE SALUD SAMI COMPLEMENTARIO

REGLAMENTO - CONDICIONES GENERALES DE CONTRATACIÓN

e.- MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

La cobertura en medicamentos ambulatorios que estén incluidos en el Vademecum IOMA, será del 50% (cincuenta por ciento), calculados sobre el costo excedente que abone el beneficiario, que no se encuentre cubierto por su Obra social Primaria (IOMA).-

f.- ODONTOLOGIA

La cobertura en prótesis dentales y ortodoncia será del 40% (cuarenta por ciento), exclusivamente a través de prestadores con los cuales SAMI tenga convenio al momento de requerirse la prestación.-

g.- TRASLADOS

La cobertura de los traslados interinstitucionales, dentro del Partido de General Pueyrredón, será al 100%, a través de SERVISA o la empresa con la cual el Centro Médico de Mar del Plata hubiere contratado dicho servicio al momento de requerirse el traslado.-

Otro tipo de traslados, dentro del Partido de General Pueyrredón, recibirán cobertura parcial, por vía de reintegro, contra entrega de la factura original.-

h.- ASISTENCIA AL VIAJERO

El beneficiario del Plan SC IOMA tendrá acceso a la cobertura de ASSIST CARD, nacional e internacional, de acuerdo a los términos y condiciones que se adjuntan en el anexo, y forman parte integrante del presente.-

4.- CENTROS DE ATENCION

El beneficiario podrá dirigirse para su atención y autorización de prácticas médicas a cualquiera de los centros de atención SAMI de Mar del Plata que se designan:

Clínica 25 de Mayo;

Clínica y Maternidad Colón;

Clínica Privada Pueyrredón;

Clínica del Niño y La Madre;

SAMI Libertad (Av. Libertad N° 4261)

PLAN DE SALUD SAMI COMPLEMENTARIO

REGLAMENTO - CONDICIONES GENERALES DE CONTRATACIÓN

5.- OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

El afiliado se compromete a observar y cumplir con las siguientes obligaciones:

- a.- Respetar las normas contenidas en el presente Reglamento, como así también las modificaciones a la que pudiere tener lugar, que aquí se prevean.-
- b.- Cumplir con el pago en término de las cuotas mensuales tanto de la Obra Social Primaria, como del Plan SC IOMA.-
- c.- Informar al SAMI en forma inmediata, de toda alta, baja o modificación que se produjere del estado afiliatorio en su Obra Social Primaria (IOMA), así como cambios dentro de su grupo familiar, y/o de sus datos personales, domicilio y/o teléfonos de contacto.-

6.- EXCLUSIONES

Queda excluido de cobertura toda prestación médico asistencial no contemplada expresamente en el presente Reglamento, aun cuando aquella no tuviere cobertura por parte de la Obra Social Primaria IOMA, y/o cuando se encontrare incluida en la cartilla de otros Planes SAMI integrales.-

Suscribo al pie como prueba de haber leído, comprendido y aceptado íntegramente los términos del presente, y de haber recibido copia del mismo, expresando mi adhesión voluntaria, en pleno ejercicio de mi libertad contractual y autonomía de la voluntad, por resultar conveniente a mis intereses y necesidades, en un todo de conformidad.-

Firma:

Aclaración:

Fecha: