

CONDICIONES DE INGRESO

Opta por:

Plan CON COPAGO ☐ Plan SIN COPAGO ☐

- Beneficios Especiales GEN 18-35 (°) ☐

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

El presente Plan Médico Asistencial comprende en cuanto a su cobertura la totalidad de las prestaciones básicas esenciales establecidas en el Programa Médico Obligatorio (P.M.O. y P.M.O.E.) actualmente vigente y sus modificatorias conforme lo determina la autoridad de aplicación, Resoluciones 1991/05 y 201/02 del Ministerio de Salud de la Nación, con más las extensiones de la misma según normativa interna vigente de Asociación Mutual SanCor Salud.

RECONOCIMIENTO

	COBERTURA
- Rehabilitación en ambulatorio (1):	25 Sesiones
. Fisiatría y kinesiología.	25 Sesiones
. Terapia ocupacional.	25 Sesiones
. Fonoaudiología.	30 Sesiones
. Psiquiatría/Psicología/Psicopedagogía.	
- Óptica (1)	
. Cristales comunes Lejos/Cerca.	100%
. Internaciones clínicas, quirúrgicas, parto o cesárea en Habitación Compartida.	100%
- Internaciones psiquiátricas (1).	30 días
- Ortopedia (1)	
. Calzado ortopédico y plantillas (2)	SI
- Traslados.	100%
- Servicio de emergencia/urgencia/médico a domicilio (4).	100%
- Asistencia en viaje:	
. Dentro del país, a través de la red de prestadores de A.M.S.S. o por la vía de reintegro a valores de A.M.S.S.	100%
- Medicamentos en Ambulatorio.	40%
- Anticonceptivos Orales	100%
- Vacunas:	
. Dentro del calendario oficial.	100%
. Fuera del calendario oficial.	40%
- Material de Contraste.	100%
- Ortodoncia (de 8 a 16 años) (2).	SI
- Ortesis y Prótesis Médicas. Provistas por A.M.S.S. por nombre genérico (1).	
. Nacionales (3)	
. Prótesis e implantes internos permanentes.	100%
. Ortesis y Prótesis externas (Tutores, Corset Ortopédico y Collar de Philadelphia).	50%
. Audífonos según valores de mercado.	50%
- Tratamiento para extracción de Células Madre - Según Programa (5)	30%

REFERENCIAS - RECONOCIMIENTO

- (1) Prestaciones cubiertas con límite. Reconocimiento con tope anual.
- (2) En los reconocimientos donde se especifica «SI», debe entenderse que el reconocimiento está sujeto a reglamentaciones de A.M.S.S. y valores en vigencia.
- (3) Cuando no hubiere en el mercado prótesis/ortesis nacionales similares a la prescripta, se reconocerán importadas, previa evaluación de Auditoría Médica y según valores topes de A.M.S.S.
- (4) En las ciudades según listado vigente para Asociados residentes o en tránsito.
- (5) Debiendo cumplimentar 12 meses de permanencia en el Plan con cobertura.

REFERENCIAS - CONDICIONES DE INGRESO:

Módulos corporativos:

- (A) **Módulo Combinado:** Adicional de hasta un 50% en Prótesis Médicas Nacionales. • Incremento de topes de Reintegros en Ambulatorio e Internación hasta en un 50%.
- (B) **Módulo Odontología:** Reconocimiento de montos extras para: • Implantes • Prótesis • Ortodoncia (hasta 30 años).
- (C) **Módulo Óptica:** Mayores reconocimientos en armazones y cristales comunes, bifocales y multifocales.
- (D) **Módulo Terapias Alternativas:** A través de la vía de reintegro, reconocimientos para: • Tratamientos Nutricionales • Quiropraxia • Homeopatía • Acupuntura • Reeduación Postural Global.
- (*) Beneficios GEN 18-35: • Ortodoncia: hasta los 35 años • Asistencia al Viajero Internacional: incluye Europa • Guardería de Mascotas • Acceso a plataforma de streaming de música a través de cuenta Premium de Deezer durante 12 meses • Médico Online: consultas 100% a través de Salud en Línea.

EXCLUSIONES GENERALES

- Afecciones causadas por desastres, sismos, inundaciones, guerra, tumulto, epidemias, huelgas, revoluciones, terrorismo, conflictos laborales o por uso indebido, abusivo o injustificado de los servicios.
- Coberturas de prácticas programadas en el exterior.
- Prácticas no reconocidas oficialmente por las Universidades Nacionales, el Ministerio de Salud y Acción Social y entidades médicas colegiadas.
- Internaciones geriátricas, internaciones por razones sociales o médicas irreversibles, cuyo tratamiento y control pueda efectuarse con atención domiciliaria.
- Prácticas o intervenciones experimentales.
- Prestaciones originadas por prácticas deportivas profesional, tentativas de suicidio.

EXCLUSIONES DE MEDICAMENTOS

- Acciones farmacológicas excluidas: según normativas A.M.S.S.
- Elementos accesorios para el diagnóstico y terapéutica (ej. jeringas y agujas para inyecciones, película radiográfica, etc.).
- Medicamentos de venta libre.
- Medicamentos generales y oncológicos incluidos en protocolos experimentales o en período de prueba.
- Medicamentos sin troquel.

Vigencia: 07/2019

ACCESO A LOS SERVICIOS

Según listado de prestadores / Atención con credencial o presentación de Formulario de Autorización Previa, si correspondiese.
Plan con copago: con descuento valor de orden / Plan sin copago: sin descuento valor de orden a excepción de la Consulta Médica en domicilio y Salud Mental en ambulatorio.

CONDICIONES EN EL USO DE LOS SERVICIOS

Las condiciones en el uso del Servicio de Atención de la Salud, son reguladas por normas y directivas establecidas por la Comisión Directiva y/o los órganos de ejecución de dicha Mutual, que los implementará en la forma y modo que estime conveniente, siendo las mismas obligatorias para la totalidad de los Asociados y Delegaciones Cooperativas y Filiales, y de cumplimiento obligatorio en todas sus partes.

En consecuencia, el Asociado firmante declara conocer y aceptar expresamente las normas, limitaciones, reconocimientos y/o planes de cobertura vigentes a la fecha y se obliga a notificarse de cualquier modificación de los mismos que efectúe Asociación Mutual SanCor Salud, conforme al reglamento respectivo. El Asociado recibe de conformidad en este acto copia del Formulario de Reconocimiento.

El Asociado, a los efectos de su relación con la Mutual constituye domicilio en la dirección consignada en la Solicitud de Ingreso y se somete voluntariamente ante cualquier diferendo a los Tribunales Ordinarios del domicilio legal de Asociación Mutual SanCor Salud (Avda. Independencia 206 - Piso 1° - Sunchales) renunciando a cualquier otro fuero o jurisdicción que pueda corresponderle, incluso al fuero Federal.

**Esteban Adrian
Rosa**

**FIRMA Y ACLARACIÓN
DEL TITULAR**