

REGLAMENTO GENERAL DE FEMEDICA

CONDICIONES DE CONTRATACION DEL SERVICIO Y REGLAMENTO GENERAL

FEMEDICA es el nombre que identifica al servicio de prestaciones médico-asistenciales, creado por la Federación Médica Gremial de la Capital Federal. Se trata de un servicio médico de carácter privado, solidario y sin fines de lucro.-

I.- DE LA COBERTURA – ACCESO A REGISTROS MEDICOS

FEMEDICA, se compromete al hecho de un tercero, es decir, a que los Profesionales, Centros y Establecimientos de su listado brinden a sus Asociados prestaciones y prácticas médico asistenciales con los alcances y modalidades de acceso que se establecen en este reglamento y en el cuadro general de prestaciones. Los servicios comprometidos comprenden todas las prestaciones previstas en el plan médico obligatorio.-

Los servicios comprometidos se brindan con los efectores integrantes de la cartilla únicamente. La cobertura de cartilla se extiende al ámbito de Capital Federal y hasta cuarenta kilómetros a contar del kilómetro cero Congreso Nacional.

FEMEDICA no tiene acceso directo a la información médica que reúnan los prestadores que brinden los servicios, sino que solamente accederá a la misma a pedido de la Auditoría Médica de la entidad. Tampoco ha organizado historia clínica centralizada ni una base de datos de historias clínicas y/o antecedentes médicos de los afiliados, mas allá del registro de prestaciones autorizadas o cubiertas.

EL AFILIADO, desde su incorporación al sistema, presta su conformidad para que los prestadores que le brinden servicios con cargo al sistema, suministren a la auditoría médica de **FEMEDICA**, cuando esta lo solicite, la información médica que corresponda a la atención brindada al afiliado y para que efectúe el archivo de la información y tratamiento de los datos a los fines estadísticos y para uso interno de la institución. **FEMEDICA** se compromete a tratar la información que se reciba bajo normas de confidencialidad.-

EL AFILIADO se compromete a facilitar los antecedentes médicos de su estado de salud, cuando le sean requeridos por la auditoría médica de **FEMEDICA**.-

II.- DE LA AFILIACIÓN INGRESO AL SISTEMA

La afiliación es voluntaria. Al momento de solicitar su ingreso el futuro afiliado deberá completar una solicitud de ingreso y una declaración de antecedentes médicos y de estado de salud, ambos con el carácter de declaración jurada. El suscriptor de la solicitud responde de la exactitud y veracidad de la información suministrada respecto de su persona y de las personas que desea incorporar junto con él, de acuerdo a las categorías que se prevén en el presente reglamento.

La información que se suministra en los documentos mencionados debe ser volcada de buena fe, a conciencia y contener toda la información que es de conocimiento del futuro afiliado respecto de su persona y de las personas que se incorporan junto con aquel en calidad de beneficiarios no titulares.

En caso de falsedad de esta declaración jurada, por inexistencia de buena fe de quien suscribe al completar la información, FEMEDICA queda facultada a disponer la resolución del contrato y la baja de la afiliación del titular y de los beneficiarios no titulares que integran el grupo familiar. Respecto de la cobertura de enfermedades preexistentes ver el Capítulo XI sobre preexistencias.-

FEMEDICA se reserva el derecho de rechazar o aceptar la solicitud de afiliación dentro de los treinta días de recibida la misma, con o sin expresión de causa. El afiliado, asimismo, puede dejar sin efecto la afiliación en cualquier momento, también puede arrepentirse de la contratación dentro de los diez días de suscripto el contrato.-

III.- CATEGORÍAS DE AFILIACION

FEMEDICA establece distintos valores de cuota mensual de afiliación dentro de cada plan, en base a una estimación de probabilidades de utilización de servicios y, consecuentemente, de costos para el sistema médico. A esos fines ha tomado como criterio para establecer los valores de las cuotas los siguientes rangos etáreos de las personas que se asocian al sistema.-

Por lo expuesto, se informa que el importe de la cuota mensual oportunamente contratado en virtud de la lista de precios vigente a la venta a la fecha de suscripción de la Solicitud de Ingreso a FEMEDICA será incrementado conforme las siguientes franjas etarias preestablecidas, las cuales serán debidamente informadas y rigen tanto para el usuario titular como para cada uno de los integrantes de su grupo familiar a su cargo (cf. art. 17 tercer párrafo Decreto 1993/2011 P.E.N. y normas complementarias y modificatorias): La relación de precio entre la primera franja etaria y la última no presenta una variación de más de TRES (3) veces, siendo que la primera franja será la menos onerosa y la última la más onerosa (cf. art. 17 del Decreto 1993/2011 y sus normas complementarias y modificatorias).-

El afiliado titular acepta que el valor de la cuota se incrementará dependiendo del cambio de categoría de cuota de acuerdo a la franja etaria en la que el usuario titular y/o los integrantes de su grupo familiar a cargo se encuentren.-

Asimismo, el afiliado titular acepta que el valor de cuota se incrementará de conformidad con los aumentos que la Autoridad de Aplicación autorice, los cuales serán aplicables a partir del período que establezca dicha Autoridad, incluso en el caso que el usuario que se incorpore, o aquel que siendo ya afiliado a FEMEDICA, adhiera al Sistema de libre Elección de Obras Sociales.-

1) Individual: Cuando se incorpora una persona a **FEMEDICA**, como asociado, sin familiares.

2) Grupo Familiar: Podrán incorporarse como beneficiarios no titulares junto con el afiliado titular, constituyendo un grupo familiar:

- El cónyuge del afiliado titular o la persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo, según la acreditación que determine la reglamentación de la Ley 26.682.-

- Los hijos del titular, cónyuge o conviviente, solteros hasta los 21 años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral;

- Los hijos del titular mayores de 21 años y hasta los 25 años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente;
- Los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa con fines de adopción que reúnan los requisitos previstos en el inciso a) del art. 14 de la Ley 26.682;
- Los hijos incapacitados con certificado de discapacidad vigente, mayores de 21 años, que se encuentren a cargo del afiliado titular;
- Los hijos menores de 21 años que desarrollan una actividad profesional, comercial o laboral y cesan en dicha actividad;
- Los hermanos incapacitados del afiliado titular, mayores de 18 años cuya curatela haya sido acordada por autoridad judicial al titular, que reúnan los requisitos establecidos en el inciso a) del art. 14 de la Ley 26.682;

Los recién nacidos podrán ser incorporados por el titular dentro de los treinta días de su nacimiento, presentando su documento de identidad y un certificado médico en el que conste su estado de salud y el día de su nacimiento. Transcurrido el plazo de treinta días corridos **FEMEDICA** se reserva el derecho de admisión del recién nacido.-

Los valores del grupo familiar varían según la cantidad de personas que integran el grupo y las edades de los mismos (un mayor y un hijo menor, dos hijos menores, dos mayores, etc.).

En caso que uno de los integrantes del grupo familiar alcance la edad para cambiar de categoría se incrementará la cuota únicamente respecto de ese afiliado.-

Los afiliados que, a partir de la entrada en vigencia de la Ley 26682 modificada por Decreto 1991/2011, cumplan 65 o más años de edad y cuenten con una antigüedad continua en la afiliación de diez o más años a esa fecha, no cambiarán de categoría de afiliación en razón de su edad.-

Las listas de valores se informan al momento de la afiliación y están a disposición de los asociados para su consulta.-

IV.- IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Los Afiliados de **FEMEDICA** serán provistos de la credencial que los identificará como tales. Su presentación será indispensable para el uso del servicio. La credencial será **personal e intransferible**, su uso indebido por terceros ó por socios constituidos en mora se encuentra expresamente prohibido.

En caso de robo o pérdida, se deberá comunicar a **FEMEDICA** tal circunstancia, haciéndose responsable de las consecuencias si omitiera hacerlo.

Además de la credencial deberá acreditar su identidad con documento nacional de identidad.-

V.- CAMBIOS DE PLAN

El cambio de plan del afiliado, en tanto supone un cambio de las obligaciones originalmente contraídas por las partes del contrato, estará sujeto a la conformidad previa de la Auditoría Médica de **FEMEDICA**, quien podrá rechazar el pedido del asociado con o sin expresión de causa. Además, sólo se podrá solicitar cambio de plan para pasar a un plan que se ofrezca al público en general al momento de la solicitud del asociado.-

Para que sea considerada la solicitud deberán tener una antigüedad de por lo menos 6 meses en un mismo plan de cobertura.

VI DOCUMENTOS QUE INTEGRAN EL CONTRATO. El contrato de medicina prepaga celebrado con FEMEDICA se integra con los siguientes elementos: a) Solicitud de Ingreso, b) Declaración Jurada, c) Cuadro de cobertura de Plan, d) Cartilla Médica del Plan, e) el presente Reglamento General de Servicios y Condiciones Generales de Contratación, f) condiciones especiales de afiliación aplicables a los planes que desregulan aportes de obra social, g) cuadro tarifario del plan elegido vigente a la fecha de afiliación; h) condiciones particulares de afiliación al plan elegido, e i) toda otra documentación médica que amplíe o complete información acerca del alta del usuario y de su grupo familiar a cargo en caso de corresponder.

Queda expresamente establecido que la incorporación como afiliado importa la plena aceptación de lo establecido en los documentos referidos precedentemente, que regirán las relaciones entre FEMEDICA y el titular de la cuenta y su grupo familiar a cargo en caso de corresponder por el otro, desde el momento de su perfeccionamiento y hasta la finalización de su vigencia.

Se deja expresa constancia que de forma previa al momento de perfeccionar el contrato el titular ha recibido la totalidad de los documentos aquí indicados que suscribe en dicho acto.

REGLAMENTO

CAPITULO I

Consultas médicas especializadas en consultorio y/o domicilio

El Afiliado puede solicitar libremente a cualquier prestador de cartilla, atención médica en su consultorio.-

En el caso de requerirse atención en psiquiatría, tanto para consultas como para tratamiento, se deberá concurrir en forma previa al centro de coordinación de atención en salud mental de **FEMEDICA**, donde se realizará la evaluación y se derivará al profesional que efectuará el tratamiento.-

La atención médica a domicilio, de urgencia, se realizará a través de aquellos prestadores habilitados a tal efecto. El Afiliado deberá solicitarla telefónicamente a los números que figuran en la cartilla de prestadores, vigente a la fecha de la solicitud de atención y abonar al prestador, en concepto de viáticos, el importe correspondiente.-

En casos especiales donde lo justifique el estado de salud del paciente y la necesidad de proceder a una atención médica coordinada, la Auditoría Médica podrá designar un médico referente cuyas tareas consistirán en constituirse en el responsable de la atención del Afiliado, organizar el proceso de estudio y tratamiento del paciente, realizar su seguimiento y coordinar su atención especializada.-

CAPITULO II

Prácticas Médicas, de Radiología y Bioquímicas:

Los exámenes y prácticas médicas, estudios de diagnóstico radiológicos y bioquímicos, en internación están incluidos como parte de la cobertura de internación correspondiente. En los casos de atención ambulatoria, deberán ser solicitadas por el médico tratante en

su recetario indicando la práctica requerida con diagnóstico certero o presuntivo y fecha de iniciación sintomatológica, debiendo especificarse cualquier característica especial de la misma. Las solicitudes de prácticas, estudios o tratamientos caducan a los 30 días (treinta) corridos de haber sido prescriptos.-

Deberá solicitarse autorización previa de la auditoría médica para las siguientes prestaciones:

Prácticas incluidas en el nomenclador nacional: Todas aquellas que se realicen por vía endoscópica, Tomografía axial computada, Radio Inmunoensayo, y todas las relacionadas con las siguientes especialidades: genética humana, nefrología, urología, radioterapia, medicina nuclear, hemoterapia y rehabilitación médica.-

Prácticas No incluidas en el Nomenclador Nacional: Todas salvo, Presurometría, o Holter de Presión, R.I.N., Hemoglobina Glicosada y Test de Fauces Rápido, PSA y HIV.-

Respecto de las prácticas no incluidas en el nomenclador nacional se cubrirán sólo aquellas que figuren en el listado de prácticas reconocidas por el sistema, por considerarse de comprobada eficacia para obtener mejores resultados de diagnóstico y tratamiento, a criterio de la auditoría médica de **FEMEDICA**.

Se aclara especialmente que las prestaciones de cirugía translaparoscópica y de cataratas con implante de lente intraocular se brindarán sólo con prestadores de cartilla designados a tal efecto por **FEMEDICA**.-

Todas las solicitudes de prestación deberán ser efectuadas por un médico integrante del listado de prestadores correspondiente al plan al que se encuentra adherido el asociado.-

CAPITULO III

Internación clínica, quirúrgica, psiquiátrica, terapia intensiva y/o unidad coronaria

Internación en establecimientos asistenciales: La cobertura comprende pensión, derechos sanatoriales, honorarios, estudios, prácticas y medicamentos, con las restricciones que se prevén en el presente reglamento en los capítulos específicos (p. ej. medicamentos). Las internaciones serán solicitadas por el médico tratante en su recetario, indicando la práctica, internación y/o intervención a efectuar con diagnóstico certero o presuntivo y fecha de iniciación sintomatológica, debiendo especificarse cualquier característica especial de la misma. En caso de internación programada deberá autorizarse con cinco días hábiles de anticipación como mínimo. En caso de internación de urgencia, esta documentación deberá ser presentada en la sede de **FEMEDICA** para su autorización el primer día hábil posterior de ocurrida. La falta de comunicación facultará a **FEMEDICA** para no reconocer los gastos que se produzcan por dicha internación.

Internación psiquiátrica: sólo se cubren patologías agudas y hasta treinta días por Asociado y por año calendario.-

Para internación Neonatológica, ver Capítulo IV.-

Todas las solicitudes de internación deberán ser efectuadas por un médico integrante del listado de prestadores correspondiente al plan al que se encuentra adherido el asociado.-

CAPITULO IV

MATERNIDAD: PARTO. NEONATOLOGÍA

Atención por maternidad: FEMEDICA brinda cobertura por la atención médica de la futura madre durante el embarazo y al recién nacido hasta el primer mes luego del nacimiento, por todas las prácticas incluidas en el Nomenclador Nacional. En parto normal o cesárea se cubrirán los gastos que éste demande.-

Atención Neonatológica: comprende la atención profesional del neonatólogo y la internación en nursery. En el caso de embarazos múltiples o con complicaciones que deriven en internaciones prolongadas las internaciones se realizarán en los establecimientos de la cartilla que indique la auditoría médica de **FEMEDICA**.-

Todo gasto de maternidad o atención del o de los recién nacido/s derivado de los tratamientos de esterilidad y/o fertilización asistida, se cubrirá únicamente con prestadores especialmente indicados para brindar atención conforme el régimen previsto en el capítulo de coberturas especiales de este reglamento.-

En el caso que la embarazada no fuere titular o cónyuge o conviviente del titular o no contare con una antigüedad de trescientos días en la afiliación a la fecha probable de parto, solamente podrá acceder a la atención de los prestadores que se identifican en la cartilla como autorizados a brindar cobertura en los términos del PMO. A tal efecto ver capítulo de coberturas especiales que forma parte del presente.-

Todas las solicitudes de prestación deberán ser efectuadas por un médico integrante del listado de prestadores correspondiente al plan al que se encuentra adherido el asociado.-

CAPITULO V

Medicamentos y material de contraste

Para beneficiarios internados en establecimientos médico asistenciales: La cobertura es del cien por ciento, como parte integrante de la internación que autorice **FEMEDICA**. No se brindará cobertura por reintegro en ningún caso.-

Para beneficiarios ambulatorios (es decir los medicamentos destinados a asociados no internados en establecimientos médico asistenciales): Los afiliados podrán adquirir medicamentos autorizados para su comercialización en nuestro país, por la autoridad competente, en las farmacias contratadas por **FEMEDICA**, con un descuento sobre el precio de venta al público. El porcentaje de descuento se informa en el cuadro general de prestaciones.-

Para ello, los medicamentos deberán ser prescriptos por médicos integrantes de la cartilla de prestadores en sus propios recetarios o

bien por médicos que presten servicios en algunos de los centros médicos, sanatorios o clínicas que integran la cartilla de prestadores y se deberá dar cumplimiento a los requisitos de emisión de recetas médicas que se informan en la cartilla de prestadores del plan de elección.-

FEMEDICA podrá circunscribir la provisión de medicamentos con descuento a los beneficiarios que padezcan patologías de carácter crónico a una o más farmacias específicamente indicadas, informando dicha circunstancia.-

Citostáticos - Oncológicos - Antivirales - Insulinas - Antihemofílicos - Hipoglucemiantes Orales y Medicamentos de Alto Costo en general: Los medicamentos enunciados precedentemente y en general todos aquellos que se consideran de alto costo, tanto en ambulatorio como en internación, tendrán cobertura solamente cuando la misma esté prevista como de forma obligatoria por el P.M.O. y en el porcentaje sobre el valor total de dicho medicamento que el P.M.O. establezca.

En todos los casos, para que se brinde cobertura, cuando ello corresponda según el P.M.O., los medicamentos deberán ser prescritos por los prestadores indicados especialmente por **FEMEDICA** para la atención de esa prestación y el beneficiario recurra a ellos para solicitar la atención de su patología. La provisión se efectuará en las farmacias o establecimientos que indique en cada caso **FEMEDICA** y con autorización previa de la auditoría médica. No se brindará cobertura por reintegro en ningún caso.-

La cobertura que se ofrece, respecto de estos medicamentos en internación o ambulatorio, en ningún caso será más amplia que la que establezca el P.M.O. vigente al momento de la prestación, con las exclusiones que se detallan en este capítulo.-

Plan Materno Infantil: Las afiliadas a **FEMEDICA** en planes de cobertura de maternidad, durante su embarazo tendrán cobertura del cien por ciento en medicamentos específicos para la patología de la embarazada durante la gestación y el puerperio.-

Los recién nacidos y durante el primer año de vida, en su condición de asociados a **FEMEDICA**, tendrán cobertura de medicamentos y leches medicamentosas, al cien por ciento.-

El beneficio de cobertura de plan materno infantil se brindará mientras así lo establezcan las normas del denominado P.M.O. y el mismo resulte de aplicación al régimen de cobertura médica prepaga.-

Medicamentos excluidos: Quedan excluidos de la cobertura de medicamentos, sea en ambulatorio o en internación, los siguientes:

- Medicamentos no incluidos en manual farmacéutico y/o Kayros
- Anorexígenos, orexígenos, anticelulíticos, reductores de la absorción de lípidos (tipo orlistat), reductores de adiposidades (tipo triac)
- PRODUCTOS COSMETICOS NO MEDICAMENTOSOS (jabones, champúes, cremas restauradoras, hemolientes, humectantes, nutritivas, protectoras, hidratantes, bronceadores, anticelulíticas, antialopécicos, etc).

- PRODUCTOS DIETETICOS Y ALIMENTICIOS: edulcorantes y/o sucedáneos del azúcar, sales de mesa modificadas, complementos alimenticios tanto en polvos como en soluciones orales y parenterales y complementos dietarios.
- Herboristería, homeopatía, productos con ginseng, productos de propaganda popular.
- leches maternizadas y enteras
- medicamentos que no tengan probada efectividad terapéutica
- pastas y polvos dentífricos o elementos fijadores de prótesis
- productos para el tratamiento de la disfunción sexual masculina (ej. sildenafil, lumix, vimax, viagra o similares)
- recetas o preparados magistrales y oficinales; soluciones parenterales, soluciones de uso en contactología
- medicación homeopática
- solventes indoloros que no sean de venta bajo receta y/o que no tengan troquel o código de barras
- todo medicamento sin su correspondiente troquel con código de barras incluido
- toxina botulinica
- vacunas no incluidas en calendario oficial (excepto las correspondientes a tétanos)
- productos de venta libre
- autovacunas

En el caso que alguno de esos medicamentos se encuentre incluido en la cobertura obligatoria para las entidades de medicina prepaga, el asociado podrá acceder a la cobertura en los términos del P.M.O., de acuerdo a la normativa prevista en este reglamento para coberturas especiales.-

Posibilidad de provisión directa: Se aclara que en el caso de medicamentos de alto costo, ambulatorios o en internación, cuando corresponda su cobertura según lo precedentemente expuesto, los mismos podrán ser adquiridos por **FEMEDICA**, a opción exclusiva de la entidad y previa autorización de la Auditoría Médica. Los medicamentos serán entregados al beneficiario quien deberá abonar el porcentaje correspondiente del precio de compra que se encuentra a su cargo si se trata de medicamentos para pacientes ambulatorios.-

Material de contraste ambulatorio: 100% de cobertura material de contraste iodado. Respecto del Material de contraste radioisotópico, la cobertura será según cuadro general de prestaciones.

En base a contrataciones con sus prestadores, **FEMEDICA** podrá optar por cubrir el material de contraste en el momento de realización de la prestación a través de emisión de la autorización correspondiente o bien reintegrar al afiliado el importe abonado.

CAPITULO VI

MATERIAL DESCARTABLE

El material descartable en prácticas o prestaciones ambulatorias y en internación: Será cubierto por **FEMEDICA** en su totalidad. No se brindará cobertura por reintegro en ningún caso.-

CAPITULO VII

PRÓTESIS Y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

Prótesis internas intraoperatorias: Se entiende que es aquel elemento de implante intraoperatorio, no odontológico, que reemplaza al órgano afectado con carácter permanente.-

La indicación de prótesis deberá hacerse de acuerdo a normas de P.M.O., por nombre genérico, no aceptándose marca o sugerencia de proveedores. Las prótesis podrán ser adquiridas por FEMEDICA, previa autorización de la Auditoría Médica.

Las **órtesis y prótesis externas** tendrán cobertura del cincuenta por ciento, en las mismas condiciones que las prótesis intraoperatorias.-

La cobertura ofrecida se limita solamente a las prótesis y elementos de fabricación nacional, solo se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional.-

Sin perjuicio de lo expuesto, si existiendo prótesis nacional el afiliado prefiere una prótesis importada, se le cubrirá hasta el valor de la prótesis nacional quedando la diferencia a cargo del afiliado (el valor a reintegrar será el de menor precio en plaza, cumpliendo las especificaciones técnicas requeridas).-

Prótesis miogénicas o bioléctricas: No serán cubiertas por FEMEDICA en ningún caso.-

Material de síntesis: Se cubrirá con el mismo régimen que las prótesis internas intraoperatorias.-

CAPITULO VIII

TRASLADOS PARA TRATAMIENTOS REHABILITANTES

Se utilizarán las ambulancias provistas por el sistema. Previamente deberá contarse con autorización de Auditoría Médica, ser indicada por un profesional de cartilla de **Femédica**, debiendo acreditarse la imposibilidad de deambular. La cobertura se efectuará entre dos puntos situados en un radio de 40 km. a contar del km. 0 Congreso (si excede esa distancia, la diferencia de costo será a cargo del Asociado).-

CAPITULO IX

Odontología

Se cubren todas las prácticas incluidas en el P.M.O. y también aquellas que están incluidas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Odontológicas, según sus normas, excepto prótesis. También se cubren aplicaciones de luz halógena.-

El sistema de atención ofrecido es el siguiente: Los servicios odontológicos de atención programada se brindan con prestadores especialmente contratados por **FEMEDICA** (centros odontológicos y consultorios profesionales). La atención de urgencia en casos de dolor o aquellos que no admitan dilación, se brinda solamente en los centros odontológicos especialmente designados al efecto y que se informan a los asociados en la cartilla del plan.-

Prestaciones Odontológicas no Amparadas: Prótesis ya sean fijas o removibles. Ortodoncia. Prestaciones no nomencladas.

No se aceptaran reintegros en este servicio, toda posible excepción por urgencias debidamente justificadas será analizada por el cuerpo de auditores. Sólo se brindarán prestaciones

realizables en consultorio, que no requieran anestesia total, ni internación.-

Algunos planes prevén el pago de coseguros por radiología en odontología. Los valores se establecen en el cuadro general de prestaciones.-

La Auditoría de **FEMEDICA** esta facultada para rechazar los pedidos de cobertura de prestaciones que no se encuadren dentro del sistema de cobertura o que no correspondan de acuerdo al estado de salud del paciente.-

CAPITULO X

COBERTURA EN TRANSITO EN EL INTERIOR DEL PAIS

Los servicios médico asistenciales previstos en el presente reglamento general se brindarán a los beneficiarios con los efectores existentes en la cartilla del plan, para aquellos beneficiarios que residan habitualmente en la zona de influencia de los mismos. La atención médica a domicilio se realiza hasta el radio de 40 km. del mojón del km 0 Congreso.

Los asociados que se encuentren, por razones de tránsito, fuera de la zona antes indicada, solamente podrán acceder a la atención médica de urgencia o emergencia, es decir cuando la misma no pueda ser demorada hasta su regreso al radio de la misma, la cobertura se brinda a través .del servicio contratado a tal efecto por **FEMEDICA**. En estos casos el asociado deberá comunicarse con la línea 0800 que figura en el reverso de su carnet.

Se considera en tránsito la salida por viaje del Beneficiario desde su residencia habitual, y su posterior regreso a la misma. Se cubrirán hasta 60 días corridos por viaje, con un máximo de 120 días por año calendario. Se deberá solicitar a **FEMEDICA** la autorización de cobertura para pacientes en tránsito antes de iniciar el viaje. Para afiliados en tránsito no se cubrirán medicamentos ambulatorios.-

No se cubren prestaciones realizadas en el extranjero.-

CAPITULO XI

Preexistencias

Al momento de solicitar su incorporación como Afiliado a **FEMEDICA**, el solicitante deberá completar con carácter de declaración jurada, un formulario especial donde detallará toda la información médica allí solicitada y en especial las incapacidades físicas, psíquicas, enfermedades, lesiones o accidentes sufridos, tratamientos y operaciones que se le hubieren efectuado o a los que se encontrare sometido, correspondientes al titular y a las personas que se incorporen junto con aquel como Beneficiarios no titulares. La declaración jurada, a opción del Afiliado, podrá ser entregada en sobre cerrado que le será provisto por la entidad y que será evaluado como secreto médico.-

No se cubren las incapacidades, enfermedades o lesiones preexistentes a la fecha de ingreso que, el asociado – siendo de su conocimiento - hubiese omitido declarar, en el formulario pertinente que completó al solicitar su ingreso a **FEMEDICA**.

Las preexistencias denunciadas y las que fueren ignoradas sin culpa por el Asociado al momento de su ingreso serán cubiertas por **FEMEDICA** en los términos que autorice la reglamentación de la Ley

26.682, y del Artículo 10 del Decreto nro. 1993/2011. Hasta tanto no se dicte la reglamentación **FEMEDICA** informará al Afiliado dentro de los sesenta días de recibida la solicitud de afiliación, los valores de la cuota que deberá abonar el Afiliado por la preexistencia declarada.-

Lo precedentemente establecido regirá aún en aquellos casos en que el Afiliado provenga de otro sistema de cobertura.

Se deja expresamente aclarado que la omisión de denunciar enfermedades preexistentes en la declaración jurada al ingreso del Afiliado, siempre que fueran de su conocimiento, se considera una grave violación a la regla de la buena fe. De no efectuarse la debida denuncia u ocultarse preexistencias, en forma total o parcial, **FEMEDICA**, desligará en forma definitiva su responsabilidad como prestataria de cobertura de las prestaciones relacionadas con la preexistencia, pudiendo exigir el reembolso del o los servicios ya efectuados en tal sentido, y también, a su opción, resolver la exclusión del Afiliado del sistema.-

CAPITULO XII

Coberturas Especiales:

Este capítulo se refiere a las situaciones, patologías o enfermedades, que se enuncian seguidamente, respecto de las cuales se establece un régimen especial de cobertura a cargo de **FEMEDICA**:

- Accidente cerebrovascular (A.C.V.): hasta 3 meses, prorrogable por Auditoria mientras se documente progreso objetivo en la evolución.
- Postoperatorio de traumatología: hasta 30 días prorrogables por Auditoria mientras se documente progreso objetivo en la evolución.
- Grandes accidentados: hasta 6 meses prorrogables por Auditoria mientras se documente progreso objetivo en la evolución.
- Estimulación temprana: según lo definido en el **Anexo II** de la Res. N° 201/2002 MS.
- DISCAPACIDAD: Prestaciones médico asistenciales relacionadas con discapacidad, se cubrirán conforme Ley 24.901, únicamente aquellas prestaciones obligatorias conforme dicha norma y sus reglamentaciones, siempre que estén debidamente relacionados con la patología que da origen a la incapacidad descrita en el certificado pertinente, emitido por la Autoridad competente.-
- Prestaciones relacionadas con alcoholismo, drogadicción o toxicomanías, y tratamiento y/o rehabilitación de estas enfermedades o adicciones.
- Prestaciones relacionadas con enfermedades crónicas en general, de tratamiento ambulatorio o con internación.
- Tratamientos rehabilitantes en enfermedades crónicas.
- Enfermedades Oncológicas.
- Enfermedad Celíaca, conforme Ley 26.588. Se cubrirá únicamente aquellas prestaciones obligatorias para las entidades de medicina prepaga conforme dicha norma y sus reglamentaciones.
- Epilepsia, se cubrirá conforme las previsiones de la Ley 25.404 y normas reglamentarias.
- Hemodiálisis crónica y diálisis peritoneal continua ambulatoria, siendo requisito indispensable la inscripción de los pacientes en el INCUCAI dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento.
- Practicas anticonceptivas que se encuentren incluidas dentro del régimen de interrupción legal de embarazo.

- Patologías congénitas.
- Enfermedad o infección de virus de H.I.V.
- S.I.D.A.
- Grandes quemados, cuando la superficie corporal afectada sea superior al 30%.
- Cirugía reconstructiva por patologías mamarias según Ley 26.872
- Provisión de marcapasos definitivos.
- Hemofilia; Factor VIII; Factor VII recombinado, Factor IX.
- Obesidad, trastornos de la alimentación en general.
- Otoamplifonos: Se brinda cobertura únicamente del 100% del de menor valor de mercado para menores de 15 años. Según P.M.O. También se brinda cobertura para personas con discapacidad en los términos de la ley 24901
- Óptica: Anteojos con lentes estándar cobertura del 100% hasta los 15 años, con intervención de la Auditoría.
- Trasplantes de Órganos y prestaciones relacionadas pre y post trasplante.
- Tratamientos de esterilidad y fertilización asistida. La misma se brindará en los términos y con el alcance definido en la Ley 26.862 y sus normas reglamentarias.-
- Todo gasto de maternidad o atención del o de los recién nacido/s derivado de los tratamientos de esterilidad y/o fertilización asistida
- Tratamientos ambulatorios o de internación con medicamentos de alto costo en general. A título ejemplificativo, se enuncian entre otros: citostáticos, oncológicos, antivirales, insulinas, hipoglucemiantes orales, antihemofílicos, Somatropina, Ceredace, Albúmina sérica humana y expansores plasmáticos, inmunomoduladores, monoclonales y similares, estreptoquinasas, heparinas de bajo peso molecular (la enumeración no es taxativa).
- Internación para cirugías de alto costo en general, con colocación de prótesis o elementos similares de implante interno de origen importado por no fabricarse en el país y que sean cubiertas conforme PMO y normas complementarias.-

En lo que se refiere a enfermedades crónicas, se aclara que a los efectos de este reglamento se define enfermedades crónicas, por oposición a agudas, como aquellas que evolucionan en forma prolongada (más de noventa días) y que son susceptibles de ocasionar secuelas funcionales y orgánicas. En esta definición se comprenden enfermedades físicas y mentales, cualquiera sea su etiología.-

Para la cobertura de prestaciones a que se refiere este capítulo, el Afiliado podrá acceder únicamente a los prestadores que se identifican en la cartilla médica como autorizados a brindar prestaciones a las que se refiere el capítulo coberturas especiales del reglamento general (P.M.O.) Si las prestaciones son de carácter programado y requieren autorización previa, la Auditoría Médica de FEMEDICA podrá indicar el prestador de la cartilla que brindará el servicio médico.

En los casos excepcionales, en que no se hubiere identificado prestador en la cartilla para la prestación médica requerida, la atención será cubierta exclusivamente en los centros y con los

prestadores que a esos fines específicos designe la Auditoría Médica de FEMEDICA.

CAPITULO XIII

Prestaciones no amparadas

Además de las prestaciones que se definen como no cubiertas en otros capítulos de este reglamento **FEMEDICA, no asume obligación alguna de cobertura respecto de las situaciones y enfermedades que se detallan seguidamente**, las que quedan excluidas de la cobertura médica asistencial contratada y los gastos que las mismas demanden estarán a cargo del Afiliado.

No se cubren por el sistema, todas las prestaciones que tengan o hayan tenido relación con:

- Cirugía estética embellecedora.
- Acupuntura, Quiropraxia, Homeopatía y similares.
- Tratamientos Termales, curas de reposo y similares, tratamientos de adelgazamiento, tratamientos de rejuvenecimiento, internación por ayuno prolongado, cámara hiperbárica, internaciones geriátricas, internaciones para rehabilitación, hidroterapia, cosmetología, celuloterapia, pedicura.
- Lesiones causadas por culpa grave o dolo del asociado, o en ocasión de tumulto, riña, actos de terrorismo o provenientes de conductas ilícitas en general, por fenómenos de carácter catastrófico o de epidemia, así como cualquier atención que se requiera a raíz de lesiones autoinfringidas, intento de suicidio, o como consecuencia de la práctica de deportes peligrosos o competitivos incluyendo la participación como conductor o acompañante, y sus secuelas.
- Toxicomanías e intoxicaciones autoprovocadas, así como tampoco lesiones que sobrevengan en estado de enajenación mental, ebriedad o bajo la influencia de drogas o intoxicaciones voluntarias.
- Enfermedades y/o accidentes de trabajo o profesionales y sus secuelas.
- Exámenes preocupacionales y/o periódicos.
- Complicaciones o secuelas que resulten de la negligencia del Afiliado por abandono del tratamiento o por no requerir asistencia en el momento oportuno.
- Medicamentos excluidos según se define en el capítulo correspondiente de este reglamento.
- Discapacidad: hidroterapia, curas similares, equinoterapia.
- Internación o permanencia en internación de estados terminales y/o irreversibles una vez superados los topes previstos en el Programa Médico Obligatorio Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente cf. Res.201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL y normas complementarias y modificatorias)-.
- Cualquier servicio o suministro que sea experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, incluyendo, pero no limitado a cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, uso de medicamento, dispositivo o suministro. Para ser experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, un servicio o suministro deberá cumplir uno o más de los siguientes criterios:

a) Que tal suministro o servicio no esté de acuerdo con las normas generalmente aceptadas por la práctica médica en la República Argentina y debidamente autorizado por la Autoridad de Aplicación en la materia (ANMAT);

b) Que tal suministro o servicio no esté incluido en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente cf. Res.201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL y normas complementarias y modificatorias)

- Reposición de sangre y plasma. Factores hematológicos. Transfusiones a domicilio. Drogas o medicación no aprobadas por el Ministerio de Salud y/o Autoridad de Aplicación que lo reemplace:

- Tratamientos u operaciones en etapa experimental no reconocidos por organismos o instituciones oficiales de la República Argentina.

- Los productos o medicamentos autorizados para producción y/o, comercialización, sólo serán reconocidos los productos para las indicaciones que específicamente estén autorizadas por las autoridades regulatorias nacionales.

- Diferencias por internación en departamentos o habitaciones especiales, no incluidas en la prestación que **FEMEDICA** contrate con los Centros Asistenciales Integrantes de la cartilla. Tampoco se cubren gastos por acompañantes de pacientes internados mayores de 10 años de edad, salvo indicación médica expresa y autorizada por Auditoría Médica de **FEMEDICA**, como así tampoco enfermería particular.

- Internaciones para diagnóstico y/o tratamiento de patologías que pueden ser atendidas en forma ambulatoria o que no se justifiquen medicamente.

- Complicaciones derivadas de la atención efectuada por profesionales fuera de cartilla.

- Prolongación de internaciones sin justificación médica, por motivos que se atribuyan al Afiliado.

- Internaciones posteriores al alta médica se encuentran exclusiva y excluyentemente sujeto a la evaluación efectuada por la auditoría médica de **FEMEDICA**.

- Cualquier servicio y/o suministro que no estuviere específicamente declarado como beneficio bajo el presente reglamento y no incluido en el Programa Médico Obligatorio vigente

- Material radiante intracavitario.

- Provisión de suturas mecánicas, las que sólo se proveerán contra presentación de Historia Clínica para su evaluación por Auditoría Médica.

- Internaciones geriátricas.

- Medicinas alternativas.

- Cobertura médica en el exterior en general, incluyendo consultas, internaciones, atención médica general, prácticas y tratamiento, medicamentos (enumeración no taxativa).

Si por la Ley 24.754 y su remisión a las Leyes 23.660, 23.661 y 24.455, por la Ley 26.682, y/o por otras normas reglamentarias u otras normas legales de aplicación, correspondiese la cobertura de estas prestaciones o de cualquier otra prestación que resulte excluida en otro capítulo del reglamento general, las prestaciones serán cubiertas solamente en la medida que las normas legales de aplicación así lo impongan, con el alcance mínimo y obligatorio que las mismas establezcan. En caso que

corresponda su cobertura se brindará la misma conforme el régimen de coberturas especiales previsto en este reglamento.- Esta obligación podrá ser suprimida o modificada por FEMEDICA en caso que se modifique dicha cobertura legal, total o parcialmente.-

CAPITULO XIV

Reintegros

FEMEDICA ofrece a los asociados de los planes Colega Plus, Universitario Plus, Colega Municipal 200, Colega Amap 200 y Familia, cobertura por reintegro de honorarios profesionales en prestaciones de diagnóstico y tratamiento tanto ambulatorias como en internación, siempre que estas prestaciones se encontraren incluidas dentro de la cobertura que **FEMEDICA** debe brindar a sus asociados con los prestadores de la cartilla, conforme las condiciones de cobertura expuestas en los capítulos precedentes de este reglamento general.-

No se encuentran sujetas al régimen de reintegro aquellas prestaciones que en el reglamento general se indican que se cubren únicamente con prestadores del sistema.-

Quedan excluidos de reintegro los medicamentos, prótesis y material descartable, tanto en prestaciones ambulatorias como en internación y los gastos sanatoriales por internaciones.-

Los reintegros se efectuarán siempre sobre la base de los gastos efectivamente realizados por el asociado, y hasta los valores que **FEMEDICA** hubiera abonado a sus efectores de la cartilla por dicha prestación.-

Los reintegros deben ser solicitados dentro de los treinta días de abonada la prestación que se pretende sea reintegrada. En todos los casos se deberá cumplir con los requisitos que se establecen seguidamente.-

Para el caso de servicios que no requieren autorización previa de Auditoría Médica, el afiliado deberá presentar en la sede de **FEMEDICA** un recibo o factura con constancia de su cancelación, emitida en legal forma, que indique la prestación realizada, lo abonado por ese concepto y adjuntar diagnóstico certero o presuntivo.-

En los casos de prestaciones que requieren autorización previa a la realización de la misma, se deberá tramitar previamente la correspondiente autorización.-

CAPITULO XV

Derechos y obligaciones de las partes

El vínculo que une a **FEMEDICA** con sus afiliados es de características esencialmente dinámicas y de larga duración. Por ello, el mismo estará sujeto a posibles cambios originados en: la decisión de incorporar nuevas prestaciones, o en la ampliación de las prestaciones a cubrir por disposiciones legales; y/o en la inclusión de adelantos terapéuticos o tecnológicos; y/o en la decisión de adecuar las características del plan de su elección a los constantes cambios que experimenta la ciencia médica; y/o en la variación de los costos de las prestaciones, de los bienes comprometidos y de los demás costos de las actividades de administrativas que posibilitan el funcionamiento y organización del servicio. Las modificaciones podrán comprender,

inclusive, el cambio de la modalidad de acceso a la prestación comprometida, y, también, los valores de las cuotas mensuales y, en su caso, según el plan contratado, de copagos.-

Esta posibilidad de adecuación del contenido contractual será ejercida por **FEMEDICA**, sobre pautas de razonabilidad y se fundará en las pautas expuestas, que actuarán como criterios o parámetros objetivos para disponer las modificaciones, buscando de resguardar – además - por un lado el equilibrio en la relación entre las partes y, por el otro, la necesidad de preservar el equilibrio económico del sistema que se sustenta con el aporte mensual del conjunto de asociados y las reservas técnicas del mismo. Por razones similares, la composición de la cartilla de prestadores estará sujeta a posibles modificaciones y/o actualizaciones, que comprenderán la posibilidad de excluir prestadores que actualmente se incluyen en la misma y disponer el alta de otros.-

Los cambios o modificaciones que se resuelvan se notificarán al asociado con una antelación no inferior a treinta días a la entrada en vigencia del cambio, por medio de nota dirigida al domicilio denunciado por el afiliado ante el sistema, y también conforme lo indicado en el acápite i) de este capítulo. El afiliado tiene derecho a rescindir, sin cargo, el contrato en caso de no aceptar las modificaciones. Atento las características del vínculo que une a las partes, el silencio del afiliado por más de treinta días se interpretará como aceptación de las modificaciones.-

FEMEDICA ha organizado un equipo de Auditoría Médica, siendo deber de los Afiliados facilitar a los Auditores Médicos la información necesaria para que puedan expedirse respecto de los pedidos de autorización solicitados.-

a) Cuota: el Afiliado deberá abonar una cuota mensual, cuyo valor podrá ser ajustado conforme a las pautas establecidas precedentemente, sujeto a la aprobación de la autoridad de aplicación conforme lo establece la Ley 26682 .-

La cuota deberá ser abonada por adelantado entre el 1º y el 10º día de cada mes, por los medios de pago establecidos. A los fines legales se fija como domicilio de pago el de **FEMEDICA**.-

La cuota se abona por periodos mensuales enteros, no admitiéndose su fraccionamiento en ningún caso.-

El afiliado titular acepta que el valor de la cuota se incrementará dependiendo del cambio de categoría de cuota de acuerdo a la franja etaria en la que el usuario titular y/o los integrantes de su grupo familiar a cargo se encuentren.-

b) Coseguros: Algunos planes de afiliación contempla el pago de coseguros por prestaciones ambulatorias. Las mismas se informan en el cuadro general de prestaciones de cada plan.-

c) Mora – Baja en la afiliación - Renuncia: La mora se produce de pleno derecho sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial previa.-

En caso de falta de pago de 3 (tres) cuotas consecutivas, **FEMEDICA** intimará de pago al usuario confiriéndole un plazo de diez días hábiles para que regularice el pago íntegro de las sumas adeudadas, bajo

apercibimiento de resolver el vínculo si vencido ese plazo no hubiere regularizados su situación.-

El Afiliado titular puede renunciar a **FEMEDICA** en cualquier momento, debiendo comunicar esa decisión por medio fehaciente con treinta días de anticipación. Hasta que la misma sea efectivizada, el Afiliado está obligado al pago de la cuota de afiliación.- Sin perjuicio de ello y a efectos de evitar el ejercicio abusivo de este derecho, el mismo podrá ser ejercido solamente una vez por año (cf. art. 9 Ley 26.682 y art. 9 inc. 1 Decreto 1993/2011 P.E.N. y normas complementarias y sus modificatorias).

El afiliado también puede hacer uso de la opción de la Baja de Servicios dispuesta por la Resolución 316/2018 de la Secretaría de Comercio y sus modificatorias.

En caso de renuncia, exclusión por sanción, o baja por mora del afiliado titular, no podrán permanecer en la afiliación los integrantes del grupo familiar y/u otras personas incorporadas junto con el titular como beneficiarios no titulares.-

Sin perjuicio de la baja en la afiliación por resolución del contrato o por renuncia, **FEMEDICA** tendrá derecho a reclamar el pago de las cuotas adeudadas, aunque no podrá exigir el pago como condición para admitir la renuncia o disponer la baja.-

d) Interés: Las sumas adeudadas en concepto de cuota de afiliación y coseguros cuando correspondan reglamentariamente, devengarán desde la mora un interés punitivo equivalente a la tasa activa del Banco de la Nación Argentina, promedio treinta días, con un recargo del cincuenta por ciento.-

e) Domicilio: el Afiliado debe informar su domicilio real que se tendrá como domicilio especial constituido a los fines del contrato y debe mantener actualizado su domicilio, informando fehacientemente cualquier cambio que se produjere. Asimismo el afiliado deberá informar un domicilio electrónico y mantener actualizado el mismo, informando cualquier cambio que se produjere.

Se tendrá por válido y constituido el último domicilio real y electrónico informado por el afiliado a todos los efectos legales. El afiliado acepta la validez de la notificación por domicilio electrónico en los términos del artículo 75 del Código Civil y Comercial de la Nación.

f) Fallecimiento del Titular: El deceso del afiliado titular no implica la caducidad de los derechos de su grupo familiar afiliado como beneficiarios no titulares. De acuerdo a lo establecido en el artículo 13 del Decreto 1993/2011, en caso de fallecimiento del afiliado titular, los integrantes del grupo familiar primario tendrán derecho a la cobertura del P.M.O. durante dos meses desde la fecha del deceso, sin obligación de efectuar pago alguno, en los términos establecidos en el capítulo de coberturas especiales de este reglamento general.-

Vencido dicho plazo el cónyuge supérstite, el descendiente de mayor edad o su representante legal, o cualquier otro miembro del grupo familiar a cargo, podrá optar por la continuidad, para lo cual cualquiera de los mencionados deberá constituirse como titular del plan.

g) Abstención de uso: en caso de mora el Afiliado no podrá hacer uso de los servicios de **FEMEDICA**. El sistema, en ese caso no será

responsable ni asumirá obligación alguna de brindar cobertura Médico-Asistencial al Afiliado mientras se encuentre moroso.

No obstante ello, subsiste la obligación del afiliado de abonar las cuotas impagas en concepto de derecho de permanencia en **FEMEDICA**.

h) Cesión de Derechos: El afiliado titular y los integrantes de su grupo familiar que obtengan la cobertura de prestaciones médico asistenciales de parte de **FEMEDICA** originadas en lesiones o enfermedades, causadas en accidentes de tránsito o cualquier otro tipo de hechos dañosos imputables a terceros, ceden los derechos que les asistan contra los responsables del daño y sus aseguradoras o garantes hasta su concurrencia con los importes desembolsados por **FEMEDICA** por dichas prestaciones.-

i) Notificaciones a los asociados: Las notificaciones a los asociados respecto de cualquier variación en las obligaciones asumidas por las partes en este vínculo de larga duración, incluyendo valores de cuota mensual y coseguros, se efectuarán por correo electrónico informado por el afiliado al momento de su incorporación a FEMEDICA o con posterioridad. Si no hubiere informado domicilio electrónico se notificarán al último domicilio real informado. Es deber del afiliado mantener su correo electrónico y domicilio real actualizado a efectos de recibir las notificaciones correspondientes. Sin perjuicio de ello, se tendrán por conocidas a través de la publicación de las mismas en la página web de la entidad. Las modificaciones en la cartilla de prestadores, cuando las circunstancias lo permitan, serán notificadas con la suficiente antelación.

Dejo constancia de la recepción de las presentes **CONDICIONES DE CONTRATACION DEL SERVICIO Y REGLAMENTO GENERAL** aceptando de conformidad sus términos, previa lectura. Asimismo que he recibido información detallada de sus alcances y las características del plan elegido y cobertura ofrecida.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los días del mes de del año

Firma: DNI

Aclaración: