

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:

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: .....

.....

<b>2</b>	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: .....				
<b>3</b>	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: .....				
<b>4</b>	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:.....

N° IDHCE Int. I

APELLIDO Y NOMBRE

### 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	Trastorno/enfermedad <sup>[1]</sup> (oncológica o no) en órganos reproductivos, mamas o problemas en la esfera sexual. Indique si tuvo problemas de fertilidad			
21	Si es varón, indique si tuvo algún trastorno/enfermedad (oncológica o no) en sus órganos reproductivos, próstata o problemas en la esfera sexual. Indique si tuvo problemas de fertilidad			
22	Otros trastornos anímicos que requirieron asistencia médica / medicación / internaciones			
23	Consumo de sustancias no indicadas por profesionales sanitarios (Incluir tabaco. Cantidad y tiempo)			
24	Consumo de alcohol (Cantidad y tiempo)			
25	¿Fue operado de algo alguna vez?			
26	¿Estuvo internado en los últimos 10 años?			
27	¿Tuvo alguna vez algún tumor o cáncer que requiriera algún tratamiento (fuera éste quirúrgico o no)?			
28	¿Alguna otra información importante relacionada con su salud?			
29	¿Tiene o es portador de alguna enfermedad congénita o del desarrollo?			
30	Antecedentes nefrológicos (riñones o vía urinaria)			
31	Enfermedades de la piel			
32	Antecedentes Oftalmológicos			
33	Antecedentes Traumatológicos			
34	Antecedentes gineco- obstétricos			
35	Enfermedad autoinmune o que fueran evaluadas en alguna ocasión por un reumatólogo, con afectación articular o no			
36	Alguna condición que sin configurar una patología requiera tratamiento sea electivo o no.			
37	Medicamentos que recibe habitualmente a la fecha			

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

Aclaración:.....

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

## REGLAMENTO PLAN VITA

### CONDICIONES GENERALES

**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 y/o instituciones y/o clínicas y/o sanatorios que no pertenezcan a la Cartilla de Prestadores ni prácticas que el Hospital Italiano no realice, no estén incorporadas al Programa Médico Obligatorio o no sean indicadas por el equipo médico de nuestra Institución.

**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 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 siguientes causas:

**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 sólo 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, a través del link Solicitud de Baja disponible en <https://www.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/plan/inicial> 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 falsedad 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, hostigamiento y/o actos de violencia y/o daños que lesionen física, emocional o moralmente a las personas o bienes de la SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES o

de cualquier prestador contratado, sea ejercida en forma directa por el Afiliado o por cualquier integrante del grupo familiar.

**SÉPTIMA: Reincorporación.** El afiliado dado de baja por cualquiera de las causales detalladas en los puntos 1 y 2 de la Cláusula precedente podrá solicitar la reincorporación al plan con las mismas condiciones prestacionales, antigüedad y valor de cuota dentro de los 90 (noventa) días corridos desde que se efectivizó la baja. Al efecto deberá abonar en un solo pago la totalidad de los importes adeudados y/o cesantes actualizados al momento de la reincorporación más la cuota correspondiente al mes en curso.

Vencido dicho plazo la nueva contratación se registrará por las condiciones y valores vigentes para nuevos afiliados sin conservar las condiciones anteriores a la baja ni se computará como antigüedad el período de afiliación anterior. Deberá completar Declaración Jurada de Salud y quedará sujeto a la aplicación de valor de Cuota Diferencial por Preexistencia si así lo determinara la Auditoría Médica.

**OCTAVA: 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. 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, informando 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.

#### **NOVENA: Cuotas:**

a. **Fecha y Forma de Pago** 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.

a. **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 la regularización de las cuotas adeudadas, todas las prestaciones se facturará a los valores correspondientes a pacientes privados del Hospital Italiano de Buenos Aires, 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 SEXTA punto 2

b. **Incrementos Generales:** El valor de las cuotas mensuales y/o las cuotas diferenciales y/o cargos adicionales y/o coseguros serán incrementados con el alcance y forma que autorice la Superintendencia de Servicios de Salud.

c. **Incrementos por edad:** El importe de las cuotas mensuales de los afiliados al Plan Vita se incrementará según franjas etarias cuando los afiliados superen los 49 años en un 32%; los 55 años en un 25%; los 60 años en un 12%, los 63 años en un 12%, los 64 años en un 21%. Para los afiliados mayores de 65 años de edad con menos de 10 años de antigüedad ininterrumpida en el Plan de Salud se aplicarán incrementos según matriz actuarial de ajuste por riesgo (Ley 26.682 Art 12, Res 419/2012, Dec 66/2019).

Los afiliados mayores de 65 años con más de 10 años de antigüedad ininterrumpida en el Plan de Salud quedarán exentos de incrementos por edad.

Sin perjuicio de los incrementos detallados precedentemente, el Plan de Salud podrá establecer bonificaciones y descuentos especiales cuyo alcance será debidamente informado a los afiliados beneficiados.

**DÉCIMA: 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 PRIMERA: 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.
- g) Internaciones y/o permanencia en la internación una vez prescrita 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 SEGUNDA 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 TERCERA: 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 pudiese corresponder.

**DÉCIMO CUARTA: 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 prepaga) 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.

## COBERTURA. ALCANCE Y MODALIDAD

**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.

**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. **PORTAL PERSONAL DE SALUD** [wtp://www.hospitalitaliano.org.ar/#/home/aprender/salud](http://www.hospitalitaliano.org.ar/#/home/aprender/salud). 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.

**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 del sistema de mensajería disponible en Portal Personal de Salud u otro medio que el propio médico le indique. El Médico de Cabecera determinará la oportunidad o necesidad de la consulta especializada emitiendo la correspondiente derivación.

**Consultas con especialidades médicas CON COSEGURO:** Podrá consultar en forma directa (sin necesidad de derivación) en ginecología, obstetricia, oftalmología, infectología, oncología, odontología y hematología

**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.

**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 coseguro por visita.

a) **URGENCIAS Y EMERGENCIAS:** Podrá solicitar servicio llamando al 4959-5000.

Cuando la atención se produzca en el domicilio se categorizará como CONSULTA A DOMICILIO (código Verde) 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.

**PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL:** Las afiliadas al Plan de Salud cuentan con cobertura durante el embarazo y en 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 dentro 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 mientras cuente con indicación médica en habitación compartida, a excepción de lo que corresponde a salud mental.

Esta cobertura incluye derechos y gastos sanatoriales, honorarios, estudios, medicamentos, material descartable.

**SALUD MENTAL:** El afiliado cuenta con atención ambulatoria hasta 30 visitas por año calendario con coseguro 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 25 sesiones por afiliado por año calendario con coseguro.

**FONOAUDIOLÓGIA:** Hasta 25 sesiones por afiliado por año calendario con coseguro.

**ODONTOLOGÍA Con Coseguro** Odontología general, operatoria dental, odontología preventiva, radiología, endodoncia, odontopediatría, periodoncia, y cirugía. Consulta de Urgencia y consulta programada. Solo incluye las prácticas incluidas en el Programa Médico Obligatorio (Res 201/2002 MS)

**MEDICAMENTOS:**

**a) Cobertura General** :Los afiliados al Plan de Salud contarán con descuentos del 50% 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 (Farmacia Hospital Italiano. Las compras realizadas en las farmacias de la Red de Farmacias externas contratadas contará con descuento del 40% .

**b) Cobertura 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 Ministerio de Salud.

Esta cobertura se aplicará únicamente en las Farmacias Hospital Italiano y siempre que la prescripción médica se adecue a lo establecido en la Ley de Medicamentos Genéricos (Ley N° 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 no aplica a compras realizadas en farmacias de la Red detallada en la 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.

**c) Cobertura 100%**. Exclusivamente para medicamentos indicados en internación y/o para beneficiarios de cobertura especiales ordenadas por la legislación vigente.

Farmacias Hospital Italiano

- SEDE CENTRAL - Tte. Gral. J. D. Perón 4190, Nivel 0 - ALMAGRO - Atención las 24 horas, todos los días.
- SEDE CENTRAL - Tte. Gral. J. D. Perón 4272, Nivel 4 - ALMAGRO - Lunes a viernes de 8.30 a 19.00 hs.
- SAN JUSTO - Pte. J. D. Perón 2231 - Lunes a viernes de 8.00 a 20.00 h y sábados de 9.00 a 14.00 hs.
- CABALLITO - Av. J. B. Alberdi 439 - Lunes a viernes de 8.30 a 19.00 hs.

**OTOAMPLIFONOS:** Se otorga 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.

**ÓPTICA:** Se otorga cobertura 100% de anteojos con lentes estándar a niños de hasta 15 años a través de la Óptica del Hospital Italiano EXCLUSIVAMENTE

Ópticas del Plan de Salud

- Hospital Italiano Central. - Tte Gral Perón 4272 4ª piso- Almagro- C.A.B.A.
- Hospital Italiano San Justo - Av. Pte Perón 2231- San Justo
- Hospital Italiano Belgrano II. – Virrey del Pino 2456 2º piso - C.A.B.A.
- Hospital Italiano Caballito – Juan B. Alberdi 447 2º piso – CA

**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 mioeléctricas 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 el paciente y/o el profesional optaren 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, al que deberá dirigir todo requerimiento de prestaciones en el marco de la Ley de Prestaciones Básicas para Pacientes con Discapacidad. Toda consulta o gestión debe ser ingresada a través del Portal Personal de Salud ([www.hospitalitaliano.org.ar](http://www.hospitalitaliano.org.ar))

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 y /o tratamientos y/o internaciones y/o medicamentos indicados por galenos que no pertenezcan al Plan de Salud.

El Plan de Salud no cubre prácticas o estudios que el Hospital Italiano no realice o no estén incorporadas al Programa Médico Obligatorio. Plan de Salud no cubre en forma directa ni vía 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 Área de Discapacidad.

#### RECUPERO DE GASTOS POR ACCIDENTES CON RESPONSABILIDAD DE TERCEROS:

El 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 al Plan de Salud.

#### RESUMEN DESCRIPTIVO DE COBERTURA

	Plan Vita
<b>URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS</b>	S/C S/T S/L
<b>COBERTURA AMBULATORIA</b>	
Apertura de Historia Clínica, consultas con su médico de cabecera (pediatra, clínico, médico de familia). Especialidades directas (sin necesidad de derivación) :ginecología, obstetricia, oftalmología y oncología).	S/C S/T S/L
Consultas con especialistas	C/C S/T S/L
Cargo consulta falta de derivación (1)	C/C S/T S/L
Atención en domicilio (consultas, sesiones, prácticas)	C/C S/T S/L
Estudios diagnósticos de baja complejidad incluidos en el P.M.O.	C/C S/T S/L
Estudios diagnósticos de media complejidad incluidos en el P.M.O.	C/C S/T S/L
Estudios diagnósticos de alta complejidad incluidos en el P.M.O.	C/C S/T S/L
Penalidad por ausencia turno programado, sin cancelación previa de turno hasta 24hs.	C/C S/T S/L
Plan Materno Infantil (consultas, prácticas, medicamentos, vacunas y leches medicamentosas)	S/C S/T S/L
Kinesiología (2)	25 sesiones C/C
Fonoaudiología (2)	25 sesiones C/C
Cirugía menor ambulatoria	S/C S/T S/L
Tratamientos oncológicos	S/C S/T S/L
Asistencia al viajero, cobertura nacional (hasta 60 días)	El servicio de Asistencia en viaje, es válido para la República Argentina a partir de los 50Km de su domicilio de facturación y durante 60 días desde el inicio del viaje.

<b>COBERTURA EN INTERNACIÓN</b>	
Hotelería	S/C S/T S/L
Internación Quirúrgica	
Internación Clínica	
Internación en Terapia intensiva y Unidad coronaria	
Trasplante de órganos	
Maternidad	
Neonatología	
Prestación Cirugía Refractiva (3)	Sin Cobertura
<b>MEDICAMENTOS</b>	
Descuentos en red de farmacias para medicamentos ambulatorios.	(40-50%) (4)
Medicamentos para enfermedades crónicas determinadas según P.M.O. (5)	70%
<b>ODONTOLOGÍA</b>	
Consultas de urgencias	S/C S/T S/L
Operatoria dental (Arreglo de caries).	S/C S/T S/L
Especialidades: Odontología preventiva, radiología, endodoncia, odontopediatría, periodoncia y cirugía. Solo incluyen las prácticas detalladas en el PMO.	C/C S/T S/L
Odontología a domicilio	C/C S/T S/L
<b>ÓPTICA</b>	
Cobertura anual de anteojos con lentes estándar, bajo prescripción médica.	Hasta 15 años de edad inclusive.
<b>SALUD MENTAL</b>	
Psicoterapias indicadas por médico de cabecera	30 sesiones C/C

<b>ST</b>	SIN TOPE
<b>SL</b>	SIN LÍMITE
<b>SC</b>	SIN COPAGO
<b>CC</b>	CON COPAGO

(1) 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, San Justo, 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. (2) Las sesiones se contabilizan por afiliado y por año calendario. (3) Según normas de Auditoría Médica. (4) En las farmacias propias 50%, red contratada 40%. (5) Descuento sólo está disponible en las farmacias del Plan de Salud de acuerdo a las normativas vigentes.

Podrá consultar el valor de los coseguros o copagos vigentes en <https://www.argentina.gob.ar/sss/valores-copagos>

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.gob.ar](http://www.buenosaires.gob.ar) Ley 2792 CABA.

Superintendencia de Servicios de Salud. Órgano de Control: 0800-222-salud (72583)

[www.sssalud.gob.ar](http://www.sssalud.gob.ar) Ley 26.682 - R.N.E.M.P. 4-1314-5.