Indice General

1 Manual del Beneficiario 3

2 Beneficiarios 3
2.1 Beneficiario Titular 3
2.2 Beneficiarios Dependientes 3
2.3 Requisitos para ser considerado beneficiario 4
2.4 Responsabilidad del Beneficiario Titular 4
2.5 Identificación del beneficiario 5
2.6 Cancelación del carácter de beneficiario y pérdida de los servicios y beneficios del Plan Asistencial 5
2.7 Suministro u omisión de información 6

3 Planes Asistenciales 7
3.1 Clasificación general 7
3.2 Modificación de servicios y/o beneficios 9
3.3 Servicios y/o beneficios optativos 9
3.4 Modificación del precio de las cuotas y/u otras - Criterios y/o parámetros objetivos para su determinación 9
3.5 Cartilla de prestadores 10

4 Normas Administrativas 10
4.1 Facturación y Cobranzas 10
4.2 Mora 12
4.3 Cambios de plan - Pase de plan por empresa a individual 12
4.4 Licencias 13
4.5 Tiempos de Espera 14

5 OMINT y la Red de Prestadores 14
5.1 Responsabilidad de los prestadores de servicios del Sistema Cerrado de OMINT y del Sistema Abierto 15
5.2 Profesionales Consultores de OMINT 15

6 Alcance de los servicios.....15
6.1 Alta Médica en Internación.....15
6.2 Maternidad.....15
6.3 Utilizando el Sistema Abierto.....16
6.4 Presupuestos quirúrgicos.....18
6.5 Internaciones relacionadas.....18
6.6 Prestaciones de cobertura obligatoria.....19
6.7 Cobertura brindada exclusivamente con prestadores definidos por OMINT.....19
6.8 Riesgos y gastos diversos no cubiertos.....20
6.9 Asistencia Domiciliaria.....23

7 Servicios y/o beneficios adicionales y/u optativos.....24
7.1 Extensión sin cargo de los servicios del plan asistencial (según planes).....24
7.2 Asistencia Médica al Viajero (según planes).....26
7.3 Módulo OMINT de Prótesis y Trasplantes (según planes).....33
7.4 Prótesis odontológica y Ortodoncia (según planes).....37

8 Condiciones particulares de planes Seniors.....40
8.1 Beneficiarios.....40
8.2 Facturación y Cobranzas.....41
8.3 Profesionales Consultores de Seniors.....41
8.4 Servicios y/o beneficios adicionales y/u optativos.....41

9 Definiciones.....43

1 Manual del Beneficiario

El 'Manual del Beneficiario' está constituido por: el Reglamento, la Cartilla Médica, los apartados de Utilización de los servicios, Guía de emergencias y Urgencias, Beneficios del Plan asistencial, y el Cuadro de beneficios del plan, con las modificaciones posteriores que introduzca **OMINT**. El 'Manual del Beneficiario', así como toda la documentación pertinente extendida por **OMINT** constituyen las normas que rigen la relación entre **OMINT** y el beneficiario titular.
OMINT podrá efectuar actualizaciones al Manual del Beneficiario en cualquier momento y las mismas serán comunicadas a través de los medios habituales de comunicación que utiliza **OMINT**, pudiendo el beneficiario titular optar entre aceptar íntegramente la propuesta de **OMINT** o bien renunciar a su condición de beneficiario titular, lo cual implica la renuncia de todos los beneficiarios dependientes.

2 Beneficiarios

2.1 Beneficiario Titular

Se llama 'beneficiario' a toda persona que se haya incorporado a **OMINT** para la obtención de los servicios y beneficios descriptos en sus planes de asistencia médica y/u odontológica (también llamados 'Planes asistenciales' o simplemente 'Planes', en el texto de este Manual y en toda la documentación extendida por **OMINT**).
Podrá ingresar como beneficiario titular cualquier persona mayor de 18 años y menor de 65 años. Los menores de 18 años no pueden ser beneficiarios titulares, por lo tanto, sólo pueden estar cubiertos como beneficiarios dependientes en un grupo familiar.

2.2 Beneficiarios Dependientes

El beneficiario titular podrá incluir en su plan asistencial a los miembros del llamado grupo familiar primario (cónyuge menor de 65 años e hijos solteros menores de 21 años), a los hijos solteros entre 21 y 30, y hasta dos familiares a cargo, menores de 65 años –cuyo ingreso estará sujeto a la aprobación de **OMINT**–, que se llamarán 'beneficiarios dependientes' u 'otros beneficiarios'.

2.3 Requisitos para ser considerado beneficiario

Cuando en el texto de este Manual o bien en toda la documentación extendida por **OMINT** se menciona el término 'beneficiario', éste comprende a cualquier beneficiario, sea titular o dependiente.

Se consideran beneficiarios de un plan asistencial a:

a. Las personas que están expresamente indicadas como tales en la solicitud de ingreso firmada por el beneficiario titular, y desde la fecha en que dicha solicitud haya sido aprobada por **OMINT**. Se considera aprobada la misma cuando se le entrega al beneficiario titular las credenciales y el Manual del Beneficiario correspondientes a su plan. Los trámites previos que el beneficiario realiza, así como el pago de la primer cuota, son "ad referéndum" de la posterior aprobación por parte de **OMINT**. **OMINT** podrá rechazar el ingreso de cualquier persona sin invocar las causas de dicho rechazo. Mientras no haya sido aceptada la solicitud de ingreso, el firmante de la misma podrá retractarla, con reintegro, en caso de existir, de las sumas entregadas a **OMINT**.

b. Las personas que, con posterioridad al ingreso del titular, se incorporen como beneficiarios dependientes, mediante solicitud fehaciente a **OMINT** por parte del beneficiario titular. En tales casos **OMINT** podrá aceptar la solicitud, o bien rechazar la misma. Para la incorporación de un beneficiario dependiente recién nacido a partir del día de su nacimiento en las condiciones que correspondan y siempre que dicho nacimiento se haya producido a través de **OMINT**, el beneficiario titular deberá solicitarlo fehacientemente dentro de los 15 días corridos posteriores a su nacimiento (trámite necesario aún en partos por Sistema Cerrado). Transcurrido este plazo, el ingreso del recién nacido como beneficiario dependiente estará sujeto a aprobación por parte de **OMINT**. El plazo de incorporación mencionado precedentemente no regirá para los casos en los que el recién nacido deba utilizar servicios médicos en forma inmediata que requieran autorización fehaciente de **OMINT**. En éstos casos deberá ser dado de alta en **OMINT** previo a la obtención, si correspondiere, de la autorización de la cobertura solicitada.

2.4 Responsabilidad del Beneficiario Titular

En todos los casos el beneficiario titular es responsable por todos los daños y perjuicios

causados a **OMINT** como consecuencia de la omisión o reticencia de información y / o por la falsedad de la misma y/o de la incorrecta utilización de los servicios.

2.5 Identificación del beneficiario

Todo beneficiario recibe una credencial personal que es intransferible, en la que consta su número de asociación. La presentación previa de la credencial y del Documento Nacional de Identidad por parte del beneficiario a los prestadores del Sistema Cerrado de **OMINT**, es requisito esencial para obtener todos los servicios y/o beneficios, de acuerdo con las indicaciones y normas establecidas en este Manual o en toda otra documentación pertinente de **OMINT**.
Los cargos administrativos que se generen por renovación o extravío de la credencial, serán incluidos, cuando correspondiere, al beneficiario titular en su factura – resumen de cuenta.

2.6 Cancelación del carácter de beneficiario y pérdida de los servicios y beneficios del Plan Asistencial

El carácter de beneficiario se pierde automáticamente, lo cual significa que se cancelan definitivamente todos los servicios y beneficios incluidos en el plan asistencial, sin necesidad de notificación previa o interpelación por parte de **OMINT**, a partir de la fecha en que el beneficiario titular se encuentre en cualquiera de las siguientes situaciones:

a. Falta de pago a la fecha de vencimiento del importe total consignado en las facturas resúmenes de cuenta de **OMINT**, cuando la deuda comprenda dos cuotas consecutivas y/o dos facturas resúmenes de cuenta mensuales consecutivas.
b. Utilización de los servicios y/o beneficios estando en situación de mora.
c. Facilitar o permitir a terceros no beneficiarios el uso de los servicios y/o beneficios brindados por **OMINT**, incluyendo el servicio de emergencias, urgencias y/o atención médica a domicilio de **OMINT**, el uso de la credencial y/o cualquier otra documentación extendida por **OMINT** a sus beneficiarios.
d. Comprobación de simulaciones o fraudes en la solicitud de ingreso y/o declaración jurada de salud y/o cualquier otra información y/o documentación brindada y/o entregada por el beneficiario.
e. Trato agraviante u ofensivo, de palabra o de hecho, al personal de **OMINT** o a los profesionales de la red de prestadores de servicios del Sistema Cerrado de **OMINT**.

Asimismo, la relación existente entre **OMINT** y el beneficiario titular será considerada como de tiempo indeterminado, no pudiendo **OMINT** proceder a su rescisión sin causa. La relación podrá ser rescindida por el beneficiario titular en cualquier momento, sin necesidad de invocar causa alguna y sin que dicha rescisión genere derecho alguno en concepto de indemnización o resarcimiento de ninguna especie en favor de **OMINT**. Para que la rescisión sea válida, la misma deberá ser notificada a **OMINT** en forma fehaciente y tendrá vigencia a partir del primer día del mes siguiente al de la fecha de recepción de la notificación.
Sin perjuicio del ejercicio de la facultad rescisoria, el beneficiario titular deberá cancelar las sumas adeudadas a **OMINT** que pudieran corresponder por servicios, aranceles, viáticos, saldo anterior adeudado, intereses y gastos administrativos por mora y todo otro gasto incurrido por el mismo y los beneficiarios dependientes, hasta la fecha de rescisión.
Todo beneficiario titular que perdiera la condición de asociado, sea por el motivo que fuere, deberá proceder en forma inmediata a restituir su credencial y las de los beneficiarios dependientes.
La baja del beneficiario titular acarrea en forma automática la baja de los beneficiarios dependientes.

2.7 Suministro u omisión de información

Los beneficiarios titulares deberán comunicar por escrito, en forma fehaciente y dentro de los 15 días corridos de producido, todo cambio en la información que oportunamente fuera suministrada a **OMINT**.

El beneficiario titular deberá facilitar a **OMINT** todos los informes y elementos que le sean solicitados a fin de analizar y aclarar las causas o consecuencias de las enfermedades o lesiones, los medios utilizados para su tratamiento, y eventualmente sobre los honorarios facturados o abonados.

Toda información falsa suministrada a **OMINT** o bien toda omisión o reticencia de información sobre circunstancias conocidas por el beneficiario, tanto verbal como escrita (ejemplo: datos en la solicitud de ingreso, declaración de salud, documentación en caso de solicitud de beneficios, cartas a **OMINT**, etc.) dará derecho a **OMINT** a resolver automáticamente la relación establecida entre **OMINT** y el beneficiario titular, sin consecuencias para **OMINT**. La falsa información como las omisiones o reticencias, harán

perder al beneficiario la cobertura de los gastos que le hubiese correspondido, cualquiera fuese el sistema de atención utilizado.

3 Planes Asistenciales

3.1 Clasificación general

a. Planes de atención cerrados, donde el beneficiario, para poder obtener los beneficios que se detallan en este Manual, deberá utilizar exclusivamente el Sistema Cerrado (*) de **OMINT**.
Para planes de atención cerrados, **OMINT** solamente reconocerá gastos producidos por el Sistema Abierto (**) hasta los topes establecidos en el plan, cuando el beneficiario se haya visto obligado a recurrir a profesionales y/o establecimientos asistenciales ajenos al Sistema Cerrado de **OMINT** ocasionados únicamente por enfermedad aguda o accidente encontrándose fuera del radio de acción de **OMINT** (viajes y/o vacaciones en el interior o exterior del país). Se aclara que aún en caso de internación ordenada por un médico del Sistema Cerrado de **OMINT** en un sanatorio del Sistema Cerrado de **OMINT** no se cubrirán los gastos sanatoriales ni honorarios médicos si intervienen profesionales ajenos al listado actualizado de la cartilla correspondiente.

b. Planes de atención mixtos, donde el beneficiario podrá optar por utilizar el Sistema Cerrado (*), el Sistema Abierto (**) o el Sistema Combinado (***).
Para planes de atención mixtos, se aclara que si interviniera un profesional ajeno al Sistema Cerrado de **OMINT**, aún en caso de internación ordenada por un médico del Sistema Cerrado de **OMINT** en un sanatorio del Sistema Cerrado de **OMINT** se cubrirán los gastos sanatoriales y honorarios médicos por Sistema Combinado (***) hasta los topes establecidos en el plan.

(*) Sistema Cerrado
Se entiende que se utiliza el Sistema Cerrado cuando en todos los actos médicos de una asistencia intervienen exclusivamente los médicos o profesionales (excluidos los consultores), centros y establecimientos asistenciales, centros de diagnóstico, sanatorios y farmacias, es decir, los prestadores de servicios que figuran en el listado actualizado de la cartilla correspondiente a cada plan.
Utilizando el Sistema Cerrado, los gastos estarán a cargo de **OMINT**, cuando corre-

spondiere, de acuerdo con las condiciones y normas establecidas en este Manual.
Utilizando el Sistema Cerrado, la prescripción de medicamentos y estudios de diagnóstico deberá ser realizada por profesionales pertenecientes al Sistema Cerrado de **OMINT**.
Esta definición es la utilizada en todo el texto de este Manual y en toda la documentación extendida por **OMINT**.

(**) Sistema Abierto
Se entiende que se utiliza el Sistema Abierto cuando en todos los actos médicos de una asistencia intervienen médicos o profesionales, centros y establecimientos asistenciales, centros de diagnóstico, sanatorios, es decir, los prestadores de servicios que son ajenos al listado actualizado de la cartilla correspondiente a cada plan.
Utilizando el Sistema Abierto, todos los gastos (honorarios de los cirujanos y anestesistas y sus equipos respectivos, aranceles, etc.) serán abonados directamente por el beneficiario y reintegrados posteriormente por **OMINT,** cuando correspondiere, de acuerdo con las condiciones y normas establecidas en el Reglamento, y según el plan de cobertura elegido.
Esta definición es la utilizada en todo el texto de este Manual y en toda la documentación extendida por **OMINT**.

(***) Sistema Combinado
Se entiende que se utiliza el Sistema Combinado cuando en todos los actos médicos de una asistencia intervienen médicos o profesionales ajenos al Sistema Cerrado de **OMINT**, aún cuando sea parcialmente o en combinación con otros integrantes del mismo y cuando al mismo tiempo, el beneficiario recurre a centros y/o establecimientos asistenciales, centros de diagnóstico, sanatorios y farmacias del Sistema Cerrado de **OMINT**.
Utilizando el Sistema Combinado, los honorarios médicos de los cirujanos y anestesistas y sus equipos respectivos o profesionales serán abonados directamente por el beneficiario y reintegrados posteriormente por **OMINT**, cuando correspondiere, de acuerdo con las condiciones y normas establecidas en este Reglamento según el plan de cobertura elegido.
Los demás gastos estarán a cargo de **OMINT**, cuando correspondiere, de acuerdo con las condiciones y normas establecidas, según el plan de cobertura elegido.
Esta definición es la utilizada en todo el texto de este Manual y en toda la documentación extendida por **OMINT**.

3.2 Modificación de servicios y/o beneficios

OMINT podrá introducir nuevos servicios o beneficios y/o suprimir o modificar las modalidades de algunos de ellos, según los distintos planes, como así discontinuar uno o más de sus planes asistenciales. Salvo circunstancias extraordinarias, imprevisibles y/o ajenas a la voluntad de **OMINT**, tales modificaciones se comunicarán a los beneficiarios titulares de acuerdo con las normas vigentes. Las mencionadas modificaciones responderán a causas tales como aumento de los costos de prestación de los servicios, incorporación de servicios, tecnología, prestaciones, medicamentos y prácticas médicas como así también variaciones en los costos generales y administrativos de **OMINT** como ser incrementos salariales y de honorarios profesionales o asistenciales e incrementos de impuestos, tasas y/o sus bases de calculo.
El beneficiario titular podrá optar entre permanecer asociado a **OMINT** aceptando las nuevas condiciones y/o modalidades o renunciar a su condición de beneficiario, en forma fehaciente. Dicha renuncia implica la de todos los beneficiarios (titular y dependientes). Las modificaciones de servicios y/o beneficios no otorgarán derecho al beneficiario titular ni a los beneficiarios dependientes, a indemnización o resarcimiento por concepto alguno.

3.3 Servicios y/o beneficios optativos

OMINT podrá ofrecer en sus planes asistenciales, en cualquier momento, servicios y/o beneficios optativos, que pueden ser nuevos, adicionales y/o complementarios. En todos los casos **OMINT** definirá, según lo estime conveniente, la fecha de vigencia de los nuevos servicios y/o beneficios, el procedimiento de aceptación o rechazo de tales servicios y/o beneficios y también los ajustes que puedan corresponder en caso de aceptación en cuanto a precios, aranceles, procedimientos, condiciones y normas correspondientes.

3.4 Modificación del precio de las cuotas y/u otros – Criterios y/o parámetros objetivos para su determinación

OMINT se reserva el derecho de modificar el valor de las cuotas y de los servicios o beneficios optativos requeridos por los beneficiarios, introducir aranceles en las prestaciones brindadas por el Sistema Cerrado, incluir o modificar copagos, o cobrar gastos administrativos.
Salvo circunstancias sobrevinientes, extraordinarias, imprevisibles y/o ajenas a la voluntad

de **OMINT**, tales variaciones se comunicarán a los beneficiarios titulares con una anticipación de sesenta días corridos a su entrada en vigencia.
Las mencionadas modificaciones responderán a causas tales como aumento de los costos de prestación de los servicios, incorporación de servicios, tecnología, prestaciones, medicamentos y prácticas médicas como así también variaciones en los costos generales y administrativos de **OMINT** como ser incrementos salariales y de honorarios profesionales o asistenciales e incrementos de impuestos, tasas y/o sus bases de calculo.
El beneficiario titular podrá optar entre permanecer asociado a **OMINT** aceptando las nuevas condiciones y/o modalidades o renunciar a su condición de beneficiario, en forma fehaciente. Dicha renuncia implica la de todos los beneficiarios (titular y dependientes).

3.5 Cartilla de prestadores

El listado de prestadores que integran la cartilla médica de **OMINT** podrá sufrir modificaciones en el tiempo por cuanto la referida cartilla se ajusta a la conveniencia y voluntad de los prestadores de integrarla como así también al criterio de selección y contratación de **OMINT**, garantizando la calidad de las prestaciones contratadas.

4 Normas Administrativas

4.1 Facturación y Cobranzas

OMINT enviará mensualmente al beneficiario titular una factura resumen de cuenta con el detalle del importe total a pagar que deberá hacerse efectivo según el vencimiento que en ella se indique. Este importe total podrá incluir, además de la cuota mensual del plan asistencial, servicios o beneficios optativos requeridos por los beneficiarios, aranceles, viáticos, saldo anterior adeudado, intereses y gastos administrativos por mora y toda otra cuota o gasto que por servicios o beneficios resulte a cargo del beneficiario.
Los beneficiarios podrán adherirse al Sistema de Pago por Débito Automático, debiendo comunicarse a tal fin con **OMINT**.
Las cuotas mensuales de **OMINT** son establecidas en función del plan asistencial elegido por el beneficiario titular, su edad y según la constitución y edad de los beneficiarios del grupo familiar que figuren, al momento de la facturación, en la solicitud de ingreso y/o en su legajo, pudiendo además sufrir modificaciones posteriores en virtud de cada plan y según

la necesidad de cobertura propia en cada categoría etárea y de acuerdo con lo establecido en el apartado "Modificación del precio de las cuotas y/u otros – Criterios y/o parámetros objetivos para su determinación".
De acuerdo con el plan asistencial elegido, la cuota mensual sufrirá incrementos a partir de la fecha en que el beneficiario titular y/o los beneficiarios dependientes cumplan 20, 21 ó 26; 30; 50; 60, 65, 66 ó 70 años de edad. Estos aumentos que obedecen al incremento en los gastos y en la tasa de utilización de los servicios médicos, podrán alcanzar hasta un 50% (cincuenta por ciento) ó 60% (sesenta por ciento) según categoría etárea. Asimismo, y en algunos planes, se podrán obtener bonificaciones especiales en función de la antigüedad ininterrumpida en **OMINT**. Por otra parte, la cuota podrá sufrir incrementos o descuentos relacionados con modificaciones en la composición del grupo familiar formado por el beneficiario titular y beneficiarios dependientes.
Si el beneficiario titular no recibiera la factura resumen de cuenta, deberá requerir a **OMINT** la determinación del monto total a pagar, importe que debe abonarse en todos los casos por adelantado en día hábil, y antes de la fecha de vencimiento estipulada. Si al día de vencimiento no se efectúa el pago o bien se cancela sólo parcialmente el importe total indicado, se considera a todos los efectos que el beneficiario titular se encuentra en situación de mora.
Si el beneficiario titular tuviera alguna duda sobre los importes detallados en la factura resumen de cuenta, deberá solicitar la aclaración correspondiente antes del día de vencimiento, de lo contrario si no efectúa el pago total indicado se encontrará en situación de mora.
El día de pago se considerará en todos los casos el día que **OMINT** haya recibido efectivamente el importe correspondiente, o bien el día en que el beneficiario lo hubiese abonado en los bancos u otras bocas de cobranza no bancarias con que **OMINT** tiene un convenio especial para la cobranza de la factura resumen de cuenta.

Para las modalidades de pago descriptas a continuación, se considerará como día de pago a:

a) Fecha de emisión del comprobante, para pago telefónico por tarjeta de crédito.
b) Fecha de vencimiento de la factura de **OMINT**, para débito directo por tarjeta de crédito o débito en cuenta.
c) Fecha de emisión del cupón, para pago por tarjeta de crédito.
d) Fecha de emisión del comprobante, siempre que el pago sea realizado dentro del horario bancario, para pago electrónico y pago por cajero automático.

La no puntualidad estricta en el cumplimiento de los pagos, originará al beneficiario titular, aparte de otros efectos detallados en este Manual y en las comunicaciones de **OMINT**, recargos en concepto de intereses y gastos administrativos por mora, que se incluirán en la factura resumen de cuenta del mes siguiente. **OMINT** podrá modificar en cualquier momento la periodicidad de la fecha de vencimiento o bien la oportunidad para enviar la factura resumen de cuenta, como así también el importe de sus tarifas.

4.2 Mora

La mora del beneficiario titular se producirá por el mero incumplimiento de las obligaciones que asume frente a **OMINT**, sin que sea necesaria interpelación judicial o extrajudicial alguna.
La situación de mora produce la suspensión automática del plan asistencial, lo cual significa que quedan suspendidos todos los servicios y beneficios incluidos en el mismo. La regularización de la situación, mediante el pago de las sumas adeudadas, produce el restablecimiento del servicio desde el momento del pago.

4.3 Cambios de plan - Pase de plan por empresa a individual

4.3.1. Cambios de Plan

Sólo se aceptarán cambios a otro plan una vez al año, sujetos a la previa aprobación de **OMINT**. El beneficiario titular deberá hacer conocer su opción a **OMINT** entre el 1º y 20 de abril de cada año (fecha reglamentaria) y el plan por el cual opte comenzará a regir a partir del 1º de mayo del mismo año. La comunicación del beneficiario titular deberá recibirse por escrito en forma fehaciente.
Si el cambio fuese aprobado, no se permitirá un nuevo cambio (creciente o decreciente) hasta que hayan transcurrido 12 meses de la fecha de aprobación.

4.3.2. Pase de plan por empresa a individual

Cuando un beneficiario por empresa, obra social, etc. solicite su pase a beneficiario individual o directo, cualquiera sea la causa del pedido, para que la solicitud sea admisible el beneficiario deberá cumplir con los siguientes requisitos: i) No encontrarse en mora respecto de las obligaciones asumidas por él con **OMINT**; ii). Haber sido beneficiario de los servicios de **OMINT** por lo menos por un periodo de dos años y; iii) Notificar a **OMINT** su intención de contratar sus servicios en forma individual o directa dentro de los

treinta días de haberse producido la baja del servicio por empresa, obra social, etc. La incorporación como beneficiario individual se realizará al plan de salud para beneficiarios individuales o directos que resulte similar al que tenía por empresa, obra social, etc., debiendo abonarse el precio correspondiente al plan de salud para beneficiarios individuales y completarse la documentación requerida por **OMINT**.

4.4 Licencias

Se define como "licencia" al período durante el cual el beneficiario titular y/o los beneficiarios dependientes no abonarán la cuota mensual del plan asistencial ni gozarán de ninguno de los servicios y/o beneficios de su plan, manteniendo su antigüedad como beneficiario.
Únicamente se aceptarán pedidos de licencia por cambio de residencia a un país extranjero y por un período prefijado, a los beneficiarios con una antigüedad mínima de 12 meses y que estén en condiciones reglamentarias, sujetos a la aprobación de **OMINT**.
No se aceptarán más de tres pedidos de licencia en los últimos 10 años de asociación ininterrumpida, ni licencias por períodos menores a 6 meses ni mayores a 2 años. El período mínimo de radicación en la República Argentina, entre dos períodos de licencia, deberá ser de por lo menos 6 meses.
En caso de ser necesario una prórroga de la licencia otorgada, el socio deberá solicitarla por escrito antes del vencimiento de dicha licencia, indicando la cantidad de meses, la cual no podrá superar el máximo de 24 meses.
El beneficiario deberá presentar en **OMINT** a su regreso la documentación (pasaporte, pasajes y tarjetas de migraciones) que acredite su cambio de residencia.

Condiciones de reactivación o reincorporación en **OMINT**

a. Para ser reactivado sin tiempo de espera alguno, el socio deberá solicitar fehacientemente su reactivación a **OMINT** dentro de los 7 primeros días desde su arribo al país y entre el día 15 del mes en el que finaliza la licencia y el día 15 del mes siguiente.
b. En caso de no cumplir con lo estipulado en el punto anterior, el socio podrá ser reincorporado con las condiciones de un nuevo beneficiario (previa presentación de una Declaración Jurada de Salud, pudiendo **OMINT** determinar la necesidad de aplicar tiempos de espera).
c. Si por cualquier motivo, el beneficiario solicitase su reactivación antes de la

terminación del período de licencia prefijado, deberá abonar todas las cuotas correspondientes al período impago, en caso contrario, las condiciones de reincorporación serán las de un beneficiario nuevo (previa presentación de una Declaración Jurada de Salud, pudiendo **OMINT** determinar la necesidad de aplicar tiempos de espera).

d. En todos los casos la reactivación a **OMINT** tendrá vigencia a partir del primero del mes posterior al vencimiento de la licencia.

4.5 Tiempos de Espera

Se denomina Tiempo de Espera al período de tiempo durante el cual el beneficiario no tiene cubiertos algunos de los servicios, por lo que no puede hacer uso de ellos.
Los tiempos de espera, consignados y consensuados en la solicitud de ingreso, se establecen en función de los antecedentes médicos y de la edad del beneficiario.
El cumplimiento de los tiempos de espera es requisito indispensable para obtener los beneficios descriptos en el Reglamento.

5 OMINT y la Red de Prestadores

Cada prestador del Sistema Cerrado tiene un acuerdo con **OMINT** para atender las prestaciones convenidas exclusivamente en el domicilio profesional y en la especialidad que figura en la Cartilla Médica actualizada o sus modificaciones y no para otra, aunque la cumpliera en su práctica privada (por ejemplo: el profesional que atiende en más de un consultorio, el ginecólogo que no tiene acuerdo para obstetricia con **OMINT**, etc.). Por lo tanto, la cobertura del plan asistencial sólo abarcará las prestaciones convenidas en el domicilio y la especialidad indicada en la Cartilla Médica actualizada o sus modificaciones.
En caso en que un beneficiario consulte a un profesional del Sistema Cerrado en condiciones distintas a las contratadas, se considerará como si utilizara un prestador del Sistema Abierto.
Los prestadores del Sistema Cerrado de **OMINT** no están capacitados para brindar información de tipo administrativa u otra cualquiera ya que su función consiste exclusivamente en brindar la atención médica y/u odontológica requerida en cada caso.
A partir de la fecha de extinción de la relación entre **OMINT** y un prestador de servicios de la red de prestadores del Sistema Cerrado, los honorarios y/o facturas de sus servicios estarán a cargo del beneficiario.

5.1 Responsabilidad de los prestadores de servicios del Sistema Cerrado de OMINT y del Sistema Abierto

Dado que la asistencia médica y/u odontológica brindada se desarrolla según los lineamientos de la práctica privada, la responsabilidad de la misma estará a cargo, exclusivamente de los profesionales o instituciones que brindan efectivamente la prestación médica al beneficiario, ya sea que la asistencia se preste efectivamente por el Sistema Cerrado, como por el Sistema Abierto.
Sin embargo, si llegase a ocurrir un inconveniente con los prestadores del Sistema Cerrado, esta circunstancia deberá ser comunicada por escrito a **OMINT**, para que el Comité Médico pueda analizar y tomar las medidas que pudieren corresponder.

5.2 Profesionales Consultores de OMINT

La atención requerida y brindada por el profesional que figure como consultor de **OMINT**, será considerada a todos los efectos como la intervención de un profesional ajeno a **OMINT**. Por lo tanto, rigen en estos casos todas las condiciones y normas establecidas para el Sistema Abierto y Sistema Combinado.

6 Alcance de los servicios

6.1 Alta Médica en Internación

En caso de internación cubierta por el plan asistencial, **OMINT** no reconocerá ningún gasto realizado luego del alta firmada por el médico tratante o responsable de la internación.

6.2 Maternidad

El servicio y/o beneficio de maternidad se otorgará a la beneficiaria titular o a la cónyuge del beneficiario titular que figure como tal en la solicitud de ingreso.
Otras beneficiarias dependientes pertenecientes a otra categoría (hija, familiar a cargo), gozarán de la cobertura de maternidad sólo en los casos en que la ley vigente así lo exija. En este caso la cobertura se brindará sólo a través de los prestadores que **OMINT** designe a tal efecto.

6.3 Utilizando el Sistema Abierto

Para tramitar los reintegros de gastos médicos, el beneficiario deberá presentar el recibo original y/o factura que incluya, en todos los casos, las especificaciones detalladas en el siguiente cuadro:

	Nombre apellido del paciente	Lugar de la consulta	Diagnóstico y/o tratamiento realizado (*)	Nombre o Razón Social, especialidad y/o matrícula del profesional	Detalle de prestaciones realizadas (*)	Cantidad de sesiones	Importe abonado (desglosado en muneros y letras	Fecha y lugar de emisión del recibo y/o factura
Consultas en consultorio	X	X	X	X	X	-	X	X
Visitas a domicilio	X	X	X	X	X	-	X	X
Análisis, radiografías y otros exámenes complementarios	X	X	X	X	X	-	X	X
Radio/Cobalto y/o Quimioterapia	X	X	X	X	-	X	X	X
Kinesiología y Fonoaudiología	X	X	X	X	X	X	X	X
Alergia: Testificación y Tratamiento	X	X	X	X	X	X	X	X
Odontología	X	X	X	X	X	X	X	X
Sanatorios	X	-	X	-	X	-	X	X
Honorarios Quirúrgicos	X	-	X	X	X	-	X	X
Honorarios Clínicos	X	-	X	X	X	-	X	X
Maternidad	X	-	X	X	X	-	X	X

(*) Si la factura y/o el comprobante corresponde a más de una prestación, deberá indicarse la fecha en que las mismas fueron realizadas.

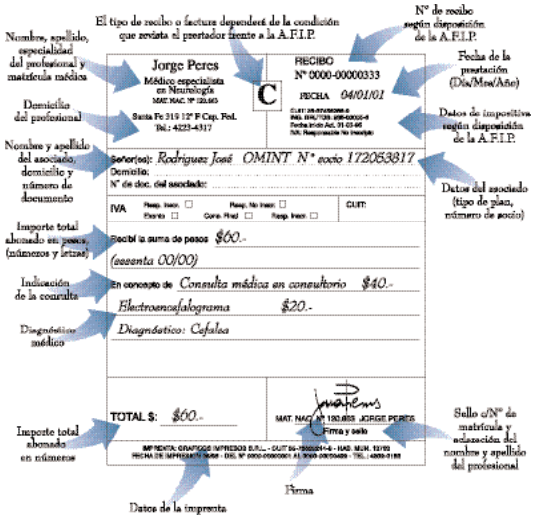
En determinados casos, a criterio del Comité Médico, y sólo con fines aclaratorios con respecto al reintegro solicitado, **OMINT** por intermedio de su Departamento de Auditoria Médica podrá solicitar al profesional y/o establecimiento asistencial actuante, a través del beneficiario, datos adicionales y/o complementarios a los presentados o bien una ampliación de la historia clínica.

Asimismo, la documentación deberá en todos los casos ajustarse a las siguientes notas aclaratorias:

a. Requisitos vigentes para la confección de la documentación

Las facturas y/o recibos correspondientes al pago de gastos médicos deberán cumplir con todos los requisitos legales reglamentados por la autoridad competente, vigentes al momento de la emisión de la referida documentación.

La Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) en su resolución general N° 3419/91 dispone que la documentación a presentar deberá ser original y contener los siguientes datos preimpresos: numeración consecutiva y progresiva de 12 dígitos, nombre y apellido o razón social, domicilio comercial, clave única de identificación tributaria (CUIT), leyenda: "IVA responsable inscripto"; "IVA responsable no inscripto"; "no responsable IVA" o "IVA exento" según corresponda. Al pie de página del comprobante, datos de la imprenta emisora. En caso que el importe total abonado supere la suma de $1.000 se deberá detallar además el apellido y nombre, domicilio, CUIT o número de documento de identidad del beneficiario. Si se tratase de un Ticket, éste deberá contener el N° de Controlador Fiscal (CF).



b. Vencimiento de la Documentación:
La documentación indicada tiene como vencimiento 30 días desde la fecha de la prestación, o bien desde el alta sanatorial en casos de internación, o bien desde el regreso al país en caso de gastos realizados en el extranjero. A partir de esa fecha el beneficiario perderá todo derecho al reclamo de reintegros.

c. Reintegro de gastos en el extranjero y/o en moneda extranjera:
Para poder proceder al análisis y reintegro de gastos médicos u odontológicos realizados por el beneficiario en el extranjero y/o en el país, expresados en una moneda diferente a la de curso legal en todo el territorio de la República Argentina, éste deberá presentar la documentación original requerida (ver cuadro anterior) en español o inglés. El beneficiario deberá presentar en **OMINT** a su regreso la documentación (pasaporte, pasajes y tarjetas de migraciones que acredite la fecha de arribo al país. Si la documentación estuviese en otro idioma, se deberá adjuntar además su traducción al español o inglés.
El reintegro se efectuará en la moneda de curso legal en todo el territorio de la República Argentina. A tal efecto, la conversión del gasto se hará de acuerdo al valor oficial, según el precio vendedor de cambio del Banco Central de la República Argentina correspondiente a la fecha de la prestación.

6.4 Presupuestos quirúrgicos

OMINT aconseja y ofrece al beneficiario de planes de atención mixtos la posibilidad de conocer con anterioridad a una intervención quirúrgica programada el monto de reintegro para un procedimiento quirúrgico determinado. Se recomienda seguir este procedimiento en todos los casos, para lo cual el beneficiario deberá presentar la documentación confeccionada por el médico tratante y que contenga la siguiente información: diagnóstico de la enfermedad, procedimiento quirúrgico a realizar y honorarios a cobrar desglosados para cada uno de los integrantes del equipo.

6.5 Internaciones relacionadas

En caso de planes de atención mixtos, cuando el beneficiario deba reinternarse por la misma causa o por una causa relacionada con la primera internación, sin que hayan transcurrido 90 días a partir del alta médica, rigen los saldos de topes de la primera internación, si los hubiera, hasta completar los mismos.

6.6 Prestaciones de cobertura obligatoria

La cobertura de **OMINT** comprenderá las prestaciones establecidas en el plan de salud contratado por cada beneficiario titular, que incluye asimismo las prestaciones del Programa Médico Obligatorio vigente o cualquier otro programa o norma que en el futuro lo reemplace. La cobertura será brindada cuando esté expresamente indicada para la patología específica del beneficiario y avalada con sólida evidencia científica admitida por las autoridades gubernamentales nacionales del sector salud, sociedades médicas/científicas argentinas de reconocido prestigio en la especialidad en cuestión, ANMAT, etc.

Todas aquellas prestaciones de cobertura obligatoria serán brindadas, según corresponda, por **OMINT** y/o por la Obra Social a la cual se halle afiliado el beneficiario titular y/o sus beneficiarios dependientes, de acuerdo al convenio suscripto entre **OMINT** y la Obra Social y con los prestadores que estas partes designen.

6.7 Cobertura brindada exclusivamente con prestadores definidos por OMINT

1. Sustancias radioactivas diagnósticas o terapéuticas, material de contraste, hemofiltración, ultrafiltración y hemoperfusión y equipos y elementos para oxigenoterapia ambulatoria. Anteojos, según normas legales vigentes. Audífonos, según normas legales vigentes, y órtesis. Hemodiálisis y diálisis peritoneal (en planes de atención mixtos hasta la quinta sesión o quinto día en agudos).
2. Consultas a un psiquiatra o psicólogo, independientemente del diagnóstico que las motivara; análisis, estudios y/o tratamientos ambulatorios por enfermedades mentales. Internación psiquiátrica. Consultas a profesionales vinculados con la Coordinación de Cuidados Domiciliarios y servicios prestados por Cuidadoras Personales, sean éstos servicios en domicilio o en institución.
3. Medicamentos citostáticos y quimioterápicos en internación. Medicamentos oncológicos en general, sólo pudiendo ser prescriptos por médicos oncólogos.
4. Productos nutricionales utilizados en internación para alimentación gastrointestinal y/o parenteral (en planes de atención mixtos hasta los topes vigentes).
5. Estudios y tratamientos ambulatorios o en internación y medicamentos específicos relacionados con el HIV/SIDA.
6. Prótesis y transplantes, según condiciones establecidas en el Programa Médico Obligatorio vigente.

7. Consultas a licenciadas en nutrición (dietista), con derivación de un profesional médico de cartilla.
8. Chequeo médico preventivo ambulatorio.
9. Transporte terrestre en ambulancia al centro asistencial más próximo, bajo Coordinación de Emergencias de **OMINT**.

6.8 Riesgos y gastos diversos no cubiertos

1. Excedente de gastos con relación a las coberturas y/o a los topes establecidos según plan.
2. Check-up laborales, accidentes de trabajo, enfermedades laborales y profesionales, u otras similares y/o sus complicaciones y/o incapacidades, contempladas en la legislación vigente sobre Riesgos del Trabajo. Estos deberán ser cubiertos por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) correspondiente.
3. Lesiones causadas como consecuencia de radiaciones, fenómenos naturales o catástrofes, actos de guerra civil o internacional, declarada o no, terrorismo, insurrección, tumultos populares, o bien por maniobras delictuosas o criminales de las que sea responsable el beneficiario, aunque sea en forma parcial. Gastos producidos por acciones y/u omisiones dolosas o culposas de terceros o derivaciones de las mismas, quedando autorizada **OMINT** para subrogarse, contra cualquier tercero, en los derechos y acciones que hayan motivado su intervención, los cuales son cedidos irrevocablemente por el beneficiario o sus herederos, hasta el costo total de los servicios que puedan haber sido suministrados por **OMINT**.
4. Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica de deportes peligrosos en competencias, demostraciones de pericia y/o velocidad de cualquier índole (aviación, parapente, aladelta, buceo, automovilismo, motociclismo, etc.) u otros deportes cuando el beneficiario no hubiera utilizado la protección adecuada.
5. Cirugía o tratamientos no reparadores de función: plásticos estéticos o cosméticos (post-cicatrices, cirugía de la cara, mamas, abdomen, liposucción, hipertrofia mamaria, gigantomastia, lipomastia, etc.) así como sus complicaciones. Estará cubierta la cirugía plástica inmediata e inicial post-accidente, que fuera necesaria según criterio de la Auditoria Médica de **OMINT**. Cirugía fibroquística o adenosis bilateral de las mamas, salvo precisa indicación de médico mastólogo.
6. Cirugía refractiva (excimer láser), salvo casos puntuales, según plan, patología, edad y grados de dioptrías, retoques post-cirugía refractiva, terapia fotodinámica de la retina.

7. Tratamientos quirúrgicos de carácter voluntario y/o religiosos: ligadura de trompas, circuncisión, vasectomía, etc. y/o sus complicaciones. La colocación de DIU y sus complicaciones se cubrirán sólo por Sistema Cerrado.
8. Prestaciones en el extranjero, sean o no realizables en la República Argentina, a excepción de la cobertura limitada para planes mixtos o cerrados detallado en el apartado "Planes Asistenciales–Clasificación General" y/o en el apartado "Asistencia Médica al Viajero".
9. Terapia ocupacional. Tratamientos kinesio-fisioterapéuticos en domicilio para pacientes no postrados. Internación en centro asistencial por enfermedad crónica irreversible cuando a criterio médico la misma pueda ser reemplazada por la modalidad de asistencia domiciliaria. Gastos en geriátricos o colonias. Reintegro de gastos ocasionados por asistencia a talleres de recreación y/o rehabilitación.
10. Estudios genéticos de investigación sobre paternidad y estudios o test genéticos prenatales en parejas sin antecedentes familiares de afecciones genéticas.
11. Extras sanatoriales, estadía y extras de acompañante en caso de internación de beneficiarios mayores de 12/14 años, y extras en acompañantes para menores de esas edades, según plan. Honorarios correspondientes a licenciadas en nutrición ("dietistas") dentro de internación, los que estarán incluidos en el ítem pensión de sanatorio. Ambulancia aérea. Transporte terrestre en ambulancia fuera de internación (consultas, controles, estudios, etc.) y/o en internación no cubierta por **OMINT**, aún en casos de emergencias y/o justificados.
12. Podología, cosmiatría (celulitis, tratamientos de belleza, 'peeling', kinesiología estética, etc.), drenaje linfático, presoterapia secuencial o no, masajes, ejercicio, acondicionamiento físico y/o gimnasia de cualquier tipo, hidroterapia, medicina alternativa: homeopatía, irisdiagnóstico, naturista, etc.; acupuntura, osteopatía, mesoterapia, quiropraxia, masoterapia, manipulación y toda práctica similar, aún cuando fuere realizada por un profesional y/o médico con título habilitante. Terapias o curas de revitalización o rejuvenecimiento, anti-stress (spa, etc.). Check up programado en instituciones o sanatorios, con o sin internación.
13. Plantillas, soportes, calzado ortopédico, elementos de uso en rehabilitación: pesas, pelota de trabajo, bastones, muletas, andador, silla de ruedas manuales y eléctricas, inodoros portátiles, cama ortopédica eléctrica y manual, y/o similares.
14. Procedimientos de diagnóstico, de laboratorio, y/o tratamientos, tales como perfusión de órganos, injertos, inyecciones y/o implantes de material diverso, células, tejidos y/u órganos, y/o sus complicaciones o consecuencias que no tengan

obligatoriedad legal; litotricia vesicular, cámara hiperbárica, terapéutica quelante, regeneradores y/o sustitutos óseos; análisis del pelo; estudios de la respiración durante el sueño; Iconografía.

15. Inseminación artificial o fertilización asistida (cualquiera fuera la técnica empleada), resuspensión y/o congelación de semen, conservación de óvulos y/o embriones, medicamentos para la inducción de la ovulación y/o estimulación ovárica y/o ingeniería o manipulación genética de toda índole.
16. Tratamientos y/u operaciones no reconocidas por Sociedades Médicas Científicas Argentinas y/o Autoridades Gubernamentales Nacionales del sector salud, Instituciones Oficiales o de países con alta vigilancia sanitaria como Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Japón o la Unión Europea. Tratamientos y/u operaciones no reconocidos por hallarse aún en etapa experimental como por ejemplo cirugía para la enfermedad de Parkinson, cirugía prenatal y cirugía para el implante del corazón artificial.
17. Cualquier tipo de enfermería adicional (cuidados, aplicación de inyecciones, curaciones, etc.) dentro y fuera de internación.
18. Internación por enfermedades nerviosas o mentales crónicas, curas de reposo o similares.
19. Medicación que no se encuentre reconocida por la Autoridad Sanitaria Nacional y medicación oncológica que no forme parte de esquemas terapéuticos aprobados por la mencionada autoridad.
20. Productos de venta libre en farmacias. Medicamentos adquiridos en farmacias para casos de enfermos en internación y la droga Sildenafil o similares.
21. Leches maternizadas, herboristería, suplementos dietarios, champúes, productos cosmetológicos y/o de protección solar; termómetros, vaporizadores, elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, chupetes, pezoneras; materiales de curación: antisépticos, gasas, tela adhesiva, jeringas, agujas, muñequeras, coderas o similares, fajas, vendas, pieles medicinales o para injertos, bolsas para la aplicación de frío/calor, nebulizadores, aerocámaras, reflectómetros, medias terapéuticas antiembólicas, estimuladores eléctricos (pelviano, etc.), pesarios o similares.
22. Productos nutricionales, alimenticios o dietéticos para alimentación gastrointestinal o parenteral fuera de internación, salvo los indicados y supervisados por médicos de cartilla de **OMINT**.
23. Reposición de sangre, plasma y sus derivados (crioprecipitados, etc.).
24. Prótesis cosméticas, peneanas, testiculares y esfínteres artificiales. Estimuladores

epidurales, neuroestimulador implantable, prótesis neurocibernéticas, prótesis electrónicas o computarizadas, excepto aquellos dispositivos que estén descriptos en las normas legales vigentes.

25. Prótesis dentomaxilares, ortodoncia y/u ortopedia de los maxilares según características de los planes; rellenos óseos (naturales o sintéticos, plasma rico en plaquetas) y membranas para regeneración tisular guiada de cualquier tipo; plásticas de gíngiva en tratamientos periodontales. Radiodiagnósticos con trazados especiales; resonancia magnética nuclear o tomografía computada de maxilar (Dento-Scan, etc.) como estudio pre-implantológico. Implantes dentarios (metálicos, cerámicos, etc.) y/o prótesis implan tosoportada, según planes. Selladores en mayores de 14 años, y en piezas dentarias temporarias. Topicación con flúor en mayores de 13 años. Tratamiento de lesiones de tejidos duros por medio de láser. Cualquier tipo de procedimiento de blanqueamiento dental. Complicaciones en casos de riesgos no cubiertos. Atención buco-dental y/o tratamiento post-accidentes (no de riesgos no cubiertos), salvo la inmediata o inicial (dentro de los primeros seis meses) que fuese necesaria según criterio del Departamento de Auditoría Odontológica (se aconseja consultar sobre limitaciones).
26. Prestaciones médicas o no médicas previstas en la Ley 24.901 sobre discapacidad y sus normas reglamentarias, quedando exceptuadas aquellas previstas en el Programa Médico Obligatorio vigente.

6.9 Asistencia Domiciliaria

Para aquellos beneficiarios en los que por la evolución clínica de su enfermedad no se justifique que permanezcan en un ambiente hospitalario, **OMINT** dispondrá de un servicio de asistencia domiciliaria, el cual permitirá al beneficiario completar el tratamiento iniciado en un centro asistencial. El servicio debe ser solicitado por el médico tratante y los alcances de la cobertura y tiempos de extensión serán determinados por la Auditoría Médica de **OMINT**. En el caso de enfermería, sólo se cubrirán los servicios profesionales, no estando cubiertos los servicios de acompañamiento de pacientes o cuidados no profesionales.

7 Servicios y/o beneficios adicionales y/u optativos

7.1 Extensión sin cargo de los servicios del plan asistencial (según planes)

7.1.1 Beneficios

A partir de la fecha de fallecimiento del beneficiario titular que no hubiere cumplido 65 años de edad, todos los beneficiarios indicados en el apartado 7.1.2 gozarán de los servicios del plan asistencial en que revistaban a esa fecha, o en el plan anterior en caso que no hubieren transcurrido 12 meses a partir del otorgamiento del último cambio de plan ascendente, con la exención únicamente del pago de la cuota mensual durante 12 ó 24 meses (según plan), debiéndose abonar mensualmente los aranceles y gastos administrativos, si los hubiere, o todo otro gasto que por servicios o beneficios sea a cargo del beneficiario.

7.1.2 Beneficiarios

Se encuentran comprendidos dentro de este beneficio, siempre y cuando el beneficiario titular fuese menor de 65 años en la fecha de producido el fallecimiento, sólo los beneficiarios dependientes identificados con el mismo número de asociación que el del titular fallecido y que se indican a continuación: cónyuge, hijos solteros menores de 30 años y familiares a cargo menores de 65 años. Se aclara que es también beneficiario el hijo póstumo. Alguno de los beneficiarios dependientes mencionados deberá asumir la condición de nuevo beneficiario titular.

7.1.3 Requisitos para obtener el beneficio

a. Haber cumplido 10 meses de asociación ininterrumpida a contar desde la fecha de ingreso a **OMINT**.
b. Haber transcurrido 10 meses a partir de la introducción de un cambio en la titularidad del grupo familiar.
c. No encontrarse en período de licencia el beneficiario titular y/o sus beneficiarios dependientes y/o no haber solicitado su reactivación en forma fehaciente, luego de haber finalizado la misma.
d. No encontrarse en situación de mora.
e. Solicitarlo en forma fehaciente a **OMINT** dentro de los treinta días de ocurrido el fallecimiento.

f. Presentar fotocopia del acta de defunción.
g. No tener o haber tenido causas judiciales y/o reclamos contra **OMINT** en sede administrativa.

En determinados casos, **OMINT** podrá solicitar a los familiares datos complementarios o aclaratorios que pudieren ser necesarios para evaluar la solicitud de Extensión Sin Cargo de los Servicios del Plan asistencial.

7.1.4 Improrrogabilidad del beneficio

Durante el período en el cual el grupo familiar estuviera amparado por este beneficio, el fallecimiento de su nuevo titular no adicionará un nuevo período de Extensión Sin Cargo de los Servicios del Plan asistencial, que finalizará en la fecha originariamente establecida.

7.1.5 Vencimiento del beneficio

Vencido el período de Extensión Sin Cargo de los Servicios del Plan asistencial, **OMINT** enviará al nuevo beneficiario titular la factura resumen de cuenta, incluyendo la cuota del plan asistencial vigente.

7.1.6 Limitaciones del beneficio

Durante el período en el cual el nuevo beneficiario titular y los beneficiarios dependientes estuviesen amparados por este beneficio, no se aceptarán:

a. Cambios a otros planes asistenciales.
b. Incorporación de otros beneficiarios.
c. Licencias.
d. Cobertura por gastos de maternidad correspondientes a la cónyuge que asume la titularidad y que correspondan a embarazos posteriores al fallecimiento del titular.

7.1.7 Cancelación del carácter de beneficiario y pérdida de los beneficios de la Extensión sin Cargo de los Servicios del Plan asistencial

El carácter de beneficiario se pierde automáticamente en cualquiera de las situaciones que se puntualizan en el apartado “Cancelación del carácter de beneficiario y pérdida de los servicios y beneficios del Plan Médico” de este Reglamento. Este beneficio también cadu-

ca automáticamente para el nuevo beneficiario titular o para cualquiera de los beneficiarios dependientes que durante el período de Extensión Sin Cargo de los Servicios del Plan asistencial contraigan matrimonio.

7.1.8 Inexistencia del beneficio

Este beneficio no rige en caso que el fallecimiento se produzca por alguna de las siguientes circunstancias:

a. Por participación en competencias, deportes, pruebas o demostraciones de pericia y/o velocidad de cualquier índole.
b. Por actos de guerra declarada o no, terrorismo, guerra civil, tumultos populares, insurrección, acontecimientos catastróficos, o bien por maniobras delictuosas o criminales de las que sea responsable, aunque en forma parcial.
c. Por practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en líneas regulares de transporte aéreo.
d. Por lesiones o intoxicaciones autoprovocadas, consciente o involuntariamente; abuso de bebidas alcohólicas y/o medicamentos; toxicomanía.
e. Como consecuencia de prácticas no cubiertas por **OMINT** (Ver Reglamento, Riesgos y Gastos Diversos no Cubiertos).

7.1.9 Modificación de servicios y/o beneficios

OMINT podrá en cualquier momento y por cualquier motivo suprimir o modificar las modalidades de este beneficio, según las normas legales vigentes. El beneficiario titular podrá optar entre permanecer incorporado a **OMINT** aceptando las nuevas condiciones y/o modalidades o renunciar dentro del plazo de 20 días corridos de la comunicación.
Dicha renuncia implica la de todos los beneficiarios incluidos en su solicitud de ingreso. Las modificaciones de servicios y/o beneficios no otorgarán derecho al beneficiario titular ni a sus beneficiarios dependientes a indemnización o resarcimiento por concepto alguno.

7.2 Asistencia Médica al Viajero (según planes)

Los servicios de asistencia médica al viajero brindados por **OMINT** son personales e intransferibles, rigen para viajes al exterior y solamente en casos de episodio agudo contraído y/o accidente sufrido con posterioridad a la fecha de salida del país, y durante un plazo de 120 (ciento veinte) días, de acuerdo con las condiciones de cada plan.

7.2.1 Características

El beneficiario podrá utilizar:

El Sistema de Coordinación de OMINT

Se entiende que se utiliza el Sistema de Coordinación de **OMINT**, cuando el beneficiario que posee el módulo de Asistencia al Viajero se comunica previamente con **OMINT**, ya sea telefónicamente o por otro medio de comunicación, y cuando en todos los actos médicos, odontológicos u otros de una asistencia, intervienen exclusivamente los médicos, profesionales, centros y establecimientos asistenciales, centros de diagnóstico, etc. que le fueron indicados por **OMINT** al beneficiario.

Utilizando este Sistema, los gastos incurridos estarán cubiertos por **OMINT**, hasta los topes establecidos en el Plan de Asistencia Médica al Viajero. Los excedentes de dichos topes, si los hubiere, serán reintegrados posteriormente por **OMINT**, cuando correspondiere de acuerdo con los alcances del plan asistencial elegido, según el apartado "Planes Asistenciales – Clasificación General", y con las condiciones y normas establecidas en el Reglamento de este Manual.

Se aclara que en ciertos casos y/o países, los gastos cubiertos por **OMINT**, deberán ser abonados directamente por el beneficiario y reintegrados posteriormente por **OMINT**, cuando correspondiere.

El Sistema Abierto

Se entiende que se utiliza el Sistema Abierto, cuando el beneficiario no se comunica previamente con **OMINT**, ya sea telefónicamente o por otro medio, y cuando en todos los actos médicos, odontológicos u otros de una asistencia intervienen médicos, profesionales, centros y establecimientos asistenciales, centros de diagnóstico, etc., a los que el beneficiario concurrió por su cuenta y orden.

Utilizando este sistema, todos los gastos serán abonados directamente por el beneficiario y reintegrados posteriormente por **OMINT**, cuando correspondiere, únicamente de acuerdo con los alcances y topes del plan asistencial elegido, según el apartado "Planes Asistenciales – Clasificación General", y con las condiciones y normas establecidas en el Reglamento de este Manual.

Se aclara que utilizando este sistema, no rige la cobertura de gastos adicionales detallada en el item "Cobertura de gastos adicionales".

7.2.2 Beneficios utilizando el Sistema de Coordinación de OMINT

Asistencia Médica

Beneficios Ambulatorios:

a. Consultas médicas a médicos clínicos o especialistas.
b. Exámenes complementarios de diagnóstico (análisis, radiografías etc.).
c. Medicamentos, siempre y cuando la prescripción de los mismos tenga una relación directa con la afección que motivó la consulta.

Beneficios en internación:

d. Internación sanatorial clínica o quirúrgica que comprende: Gastos Sanatoriales (Pensión, Servicios Especiales, Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Medicamentos, Material Descartable y Honorarios Médicos Clínicos, Quirúrgicos, de especialistas). En caso de no disponer la infraestructura médica necesaria en el lugar donde se produzca la urgencia, el Departamento de Emergencias de **OMINT** podrá coordinar el traslado del enfermo al centro asistencial más cercano (Consultar en **OMINT**, los correspondientes topes establecidos para estos ítems). Si el beneficiario o sus acompañantes decidieran efectuar el traslado sin avisar al Departamento de Emergencias de **OMINT**, la atención será considerada como si utilizase el Sistema Abierto.

Asistencia Odontológica

e. Las prestaciones odontológicas cubiertas por **OMINT**, serán sólo aquellas dirigidas al tratamiento del dolor (Consultar en **OMINT**, los correspondientes topes establecidos para este ítem). En ningún caso se reconocerán gastos de prótesis.

Cobertura de gastos adicionales

(sólo si se utiliza el Sistema de Coordinación de OMINT)

f. Convalecencia en hotel: Si después del alta sanatorial, el médico tratante indicase reposo fuera del establecimiento sanitario, **OMINT** se hará cargo del gasto de alojamiento exclusivamente para el paciente beneficiario de **OMINT** (Consultar en **OMINT**, los correspondientes topes establecidos para este ítem). Los gastos por extras y acompañante, estarán a cargo del beneficiario.
g. Situaciones especiales: Si el beneficiario que viajara como único acompañante de uno

o más menores de 15 años, se encontrase imposibilitado para ocuparse del/de los menor/es por causa de enfermedad aguda o accidente, a pedido de la familia, **OMINT** se ocupará de organizar el regreso del/de los menor/es al lugar de destino de su viaje o de su residencia permanente.

Si el beneficiario, estando solo en el exterior, fuese internado y dicha internación superase los días establecidos en su Plan de Asistencia al Viajero, si fuese necesario o razonablemente conveniente a criterio del Departamento de Auditoría Médica de **OMINT**, éste se hará cargo del desplazamiento de un familiar directo. (Consultar en **OMINT**, los correspondientes topes establecidos para este ítem).

h. Transmisión de mensajes urgentes: **OMINT** se encargará de transmitir mensajes urgentes a las personas indicadas por el beneficiario que se encuentre en el exterior, relativos a cualquier emergencia que estuviese cubierta por este Plan de Asistencia Médica al Viajero.

i. Transferencia de fondos: En caso de cualquier emergencia de un beneficiario que estuviese cubierto por este Plan de Asistencia Médica al Viajero, **OMINT** se podrá encargar de transferir fondos por el Sistema Bancario hasta el lugar donde se encuentre el beneficiario. Los gastos de transferencia y el dinero a transferir serán provistos y correrán por cuenta del beneficiario. Este beneficio se brinda sólo para algunos Planes de Asistencia Médica al Viajero.

j. Asistencia Legal: En caso de accidente por el cual se inicie contra el beneficiario algún proceso penal, en donde se le impute responsabilidad por el mismo, **OMINT** cubrirá hasta los topes establecidos en su plan:

j.1 Los gastos de fianza ante el tribunal correspondiente en casos en que el beneficiario fuese detenido y a efectos de lograr su libertad condicional.

j.2 Una suma de dinero en concepto de honorarios para el abogado interviniente. (Consultar en **OMINT**, el tope de dinero establecido para este ítem).

k. Traslado de restos: En caso de fallecimiento del beneficiario en el extranjero, **OMINT** organizará y tomará a cargo los gastos del féretro, trámites administrativos, preparación y transporte de los restos hasta el lugar de residencia, por el medio que considere más conveniente. (Consultar en **OMINT** el tope de dinero establecido para este ítem).

7.2.3 Como Utilizar los servicios

Utilizando el Sistema de Coordinación de OMINT

Cuando el beneficiario necesite utilizar cualquiera de los servicios del Plan de Asistencia Médica al Viajero, deberá comunicarse en forma telefónica con **OMINT**. En caso de comunicarse desde el exterior, el socio podrá pedir a la operadora que la llamada sea por "cobro revertido".
El beneficiario deberá mencionar claramente, nombre, Nº de socio de **OMINT**, lugar donde se encuentra y número telefónico y/o número de fax. Deberá indicar específicamente la causa de su llamado (Asistencia Médica, Odontológica, etc.) y brindar todos los datos adicionales que le sean requeridos. De ahí en más, el beneficiario deberá seguir las indicaciones que reciba por parte de **OMINT**, quien se encargará de coordinar toda la asistencia. Cuando le sea requerida, deberá presentar la siguiente documentación: credencial **OMINT** y cédula de identidad o pasaporte, donde deberá constar la fecha de salida y arribo al país.

Para los casos en que al beneficiario le corresponda algún tipo de reintegro por gastos médicos, odontológicos, de medicamentos y/u otros, deberá presentar a su regreso, en **OMINT**, la documentación completa según lo establecido en el Reglamento de este Manual.

Asimismo, **OMINT** se subroga, contra cualquier tercero, en los derechos y acciones que hayan motivado su intervención, los cuales son cedidos irrevocablemente desde ya por el beneficiario o sus herederos, hasta el costo total de los servicios por ella suministrados.

OMINT queda eximida de toda responsabilidad por casos fortuitos o de fuerza mayor, tales como huelgas, actos de sabotaje, guerras, catástrofes de la naturaleza, epidemias, dificultades en los medios de comunicación, etc. Cuando causas de esta índole interviniesen, **OMINT** se compromete a ejecutar sus compromisos dentro de sus posibilidades y en el menor plazo que fuere posible.

Las personas y/o profesionales designados por **OMINT** son tenidos como agentes directos del beneficiario sin recursos de naturaleza alguna contra **OMINT** en razón de tal designación.

OMINT se reserva el derecho de exigir al beneficiario el reintegro de cualquier gasto efectuado indebidamente, en caso de haberse prestado servicios no contratados, y/o fuera del período de vigencia de los mismos de acuerdo con lo establecido en el apartado "Utilizando el Sistema Abierto", y/o en forma diferente con lo estipulado en las Condiciones Generales.

Utilizando el Sistema Abierto

Para los casos en que al beneficiario le correspondan reintegros por gastos médicos y/u odontológicos, deberá presentar a su regreso en el Departamento de Administración de **OMINT**, la documentación completa según lo establecido en el Reglamento de este Manual.

7.2.4 Requisitos para obtener el beneficio

a. Estar al día en el pago de la cuota mensual.
b. Si la comunicación con **OMINT** resultase imposible en los casos de emergencia médica, el beneficiario podrá recurrir al servicio de urgencias médicas más próximo y dar aviso a **OMINT** dentro de las 48 horas, justificando dicha situación. De no efectuarse este aviso, las prestaciones serán consideradas como si utilizase el Sistema Abierto.
c. Aceptar las soluciones propuestas por **OMINT**.
d. Proveer a **OMINT** de la documentación que permita establecer la recepción y procedencia de la asistencia y toda información médica que fuera requerida por **OMINT**.
e. Otorgar autorización a **OMINT** o a sus médicos representantes para acceder a la historia clínica del beneficiario y/o contactar a sus médicos tratantes, facilitando sus datos y prestando colaboración a tal efecto.

7.2.5 Inexistencia del beneficio

Se agregan a los Riesgos y Gastos Diversos No Cubiertos, descriptos en el Reglamento de este Manual, aquellos relacionados con una maternidad (obstetricia y neonatología) a partir de la semana 22° de gestación, como así también los que no correspondan a una enfermedad aguda y/o accidente.

7.2.6 Marco jurídico

Cuando los servicios otorgados estén también cubiertos total o parcialmente por una póliza de seguros, por otro servicio de asistencia al viajero o cualquier otro medio, el beneficiario se obliga a efectuar todas las gestiones y reclamos necesarios ante la compañía de seguros o terceros que correspondan, para lograr que éstos respondan directamente y en primer término por el cumplimiento de las obligaciones correspondientes.

Asimismo **OMINT** se subroga, contra cualquier tercero, en los derechos y acciones que hayan motivado su intervención, los cuales son cedidos irrevocablemente desde ya por el beneficiario o sus herederos, hasta el costo total de los servicios por ella suministrados.

OMINT queda eximida de toda responsabilidad por casos fortuitos o de fuerza mayor, tales como huelgas, actos de sabotaje, guerras, catástrofes de la naturaleza, epidemias, dificultades en los medios de comunicación, etc. Cuando elementos de esta índole interviniesen, **OMINT** se compromete a ejecutar sus compromisos dentro de sus posibilidades y en el menor plazo que fuere posible.

Las personas y/o profesionales designados por **OMINT** son tenidos como agentes directos del beneficiario sin recursos de naturaleza alguna contra **OMINT** en razón de tal designación.

OMINT se reserva el derecho de exigir al beneficiario el reintegro de cualquier gasto efectuado indebidamente, en caso de haberse prestado servicios no contratados, y/o fuera del período de vigencia de los mismos de acuerdo con lo establecido en el apartado "Utilizando el Sistema Abierto", y/o en forma diferente con lo estipulado en las Condiciones Generales.

Para todas las cuestiones de derecho, relativas a la relación contractual entre el beneficiario y **OMINT**, queda pactada la aplicación de la legislación argentina y la jurisdicción de los tribunales ordinarios de la Ciudad de Buenos Aires, República Argentina, con excepción de cualquier otro fuero o jurisdicción. Todo reclamo del beneficiario a **OMINT** prescribirá a los 6 (seis) meses a partir de la ocurrencia del hecho. **OMINT** se reserva a su exclusivo criterio el derecho de alterar, modificar, anular y/o suprimir dichos servicios adicionales, según lo establecido en el apartado "Modificación de servicios y/o beneficios".

7.3 Módulo OMINT de Prótesis y Trasplantes (según planes)

Los beneficiarios que posean la cobertura adicional del módulo **OMINT** de Prótesis y Trasplante (PyT) gozarán de los siguientes beneficios:

7.3.1 Trasplantes

Características

Estarán cubiertos hasta los topes máximos establecidos en el módulo PyT para cada tipo de trasplante. Los montos establecidos incluyen todo gasto justificado relacionado con la internación y el acto quirúrgico del trasplante, como asimismo los gastos previos inmediatos del futuro trasplantado (salvo los gastos de diálisis crónica) y/o posteriores al mismo, y/o los de sus consecuencias o complicaciones. (Consultar en **OMINT** la modalidad operativa y los correspondientes topes actualizados.).

En el caso de un donante vivo no asociado a **OMINT**, se excluyen de la cobertura los gastos vinculados con la ablación de órganos o materiales anatómicos con fines de trasplante, así como todos los gastos previos inmediatos (atención, estudios, medicación, tratamientos, etc.) relacionados con el donante.

Todos aquellos gastos correspondientes a un donante cadavérico no asociado a **OMINT** no tendrán cobertura alguna.

Los trasplantes cubiertos por el módulo PyT son:

- Médula ósea (autólogo, heterólogo) para casos de:
  - aplasia medular idiopática o adquirida no secundaria a invasión neoplásica
  - tumores hemáticos (linfomas, leucemias)
- Cardíaco.
- Cardiopulmonar.
- Hepático.
- Renal.
- Córnea.

En caso de fallecimiento durante la internación del receptor, la cobertura se brindará hasta el 40% del tope máximo que corresponda, de acuerdo a los topes establecidos para cada trasplante en el módulo PyT.

Requisitos para obtener el beneficio

a. Estar al día en el pago de la cuota mensual.
b. No encontrarse en situación de mora.
c. Haber cumplido 19 meses de asociación ininterrumpida desde la fecha de la incorporación del módulo PyT.
d. En caso de retrasplante, haber transcurrido 12 meses entre uno y otro.
e. Tener menos de 70 años para el caso de trasplante de cornea.
f. No haber cumplido 65 años al momento de la indicación del trasplante.
g. No tener indicación formal de trasplante ni encontrarse en lista de espera en el INCUCAI en el momento de incorporación del módulo PyT.
h. No haber optado por recibir la cobertura de trasplante por otro sistema de cobertura ajeno a **OMINT**.

Como utilizar los servicios

Sistema Cerrado (Consultar en OMINT el listado actualizado de los correspondientes prestadores)

El beneficiario deberá solicitar en **OMINT** la correspondiente orden de internación y/o prestación, presentando la solicitud escrita del médico tratante donde conste nombre y apellido del paciente, diagnóstico, procedimiento a realizar, lugar y fecha de internación.

Sistema Abierto

En caso de recurrir a prestadores ajenos a **OMINT**, tanto en el país como en el exterior, todos los gastos serán abonados por el beneficiario y reintegrados por **OMINT**, cuando correspondiere, hasta los topes establecidos para el módulo PyT, y cumplidos 15 días corridos de haberse presentado en **OMINT** la documentación indicada en el apartado "Utilizando el Sistema Abierto" de este Reglamento. Al reintegro del módulo PyT no se le podrá acumular otros reintegros de ningún tipo.

7.3.2 Prótesis

Características

Estarán cubiertas hasta los topes máximos establecidos en el módulo PyT para cada evento.
(Consultar en OMINT, la modalidad operativa y los correspondientes topes actualizados).

Traumatológicas y ortopédicas
- Prótesis totales y parciales para reemplazo de cadera o de rodilla incluyendo el cemento que fuese necesario.
- Clavos, placas, tornillos, alambres y otros elementos de síntesis.
- Prótesis por amputación.
- Corset (tipo Taylor / Milwoket), sólo cuando se trate de la última alternativa terapéutica.
- Prótesis de columna.

Las renovaciones se reconocerán de acuerdo con la vida útil de la prótesis, salvo expresa indicación médica.

Cardiovasculares
- Marcapasos definitivos y sus catéteres uni o bipolares.
- Prótesis cardíacas valvulares: biológicas o mecánicas.
- Prótesis vasculares: biológicas y sintéticas, centrales o periféricas.
- Parches intracardíacos.

Las renovaciones se reconocerán de acuerdo con la vida útil de la prótesis, salvo expresa indicación médica.

Neuroquirúrgicas
- Válvulas para hidrocefalia y sus catéteres, reservorios de Richman y drenaje lumboperitoneal.
- Clips para aneurismas.

Las renovaciones se reconocerán de acuerdo con la vida útil de la prótesis, salvo expresa indicación médica.

Auditivas
- Audífonos (solamente unilateral): según características de las últimas dos audiometrías y del correspondiente estudio de selección de otoamplífonos, debiéndose adjuntar la indicación médica.

Las renovaciones se reconocerán cada 5 años. El mantenimiento y/o service de estas prótesis estará a cargo del beneficiario.

Oftalmológicas
- Lente intraocular (incluye el Healon) utilizado para cirugía de catarata.

Requisitos para obtener el beneficio

a. Estar al día en el pago de la cuota mensual.
b. No encontrarse en situación de mora.
c. Haber cumplido 30 meses de asociación ininterrumpida, desde la fecha de incorporación de este beneficio.
d. Para renovación de prótesis preexistentes al momento del ingreso: haber cumplido 30 meses de asociación ininterrumpida desde la incorporación de este beneficio.

Como utilizar los servicios

Sistema Cerrado (Consultar en OMINT el listado actualizado de los correspondientes prestadores)

El beneficiario deberá solicitar en **OMINT** la correspondiente orden de internación y/o prestación, presentando la solicitud escrita del médico tratante donde conste nombre y apellido del paciente, diagnóstico, procedimiento a realizar, lugar y fecha de internación.

Sistema Abierto

En caso de concurrir a prestadores ajenos a **OMINT**, tanto en el país como en el exterior, todos los gastos serán abonados directamente por el beneficiario, y reintegrados posteriormente por **OMINT**, cuando correspondiere, hasta los topes establecidos para el módulo PyT, y cumplidos 15 días corridos de haberse presentado en **OMINT** la documentación indicada en el apartado "Utilizando el Sistema Abierto" de este

Reglamento. Al reintegro del módulo PyT no se le podrá acumular otros reintegros de ningún tipo.

Inexistencia del beneficio

No se cubrirán en ningún caso:

a. Gastos originados por pérdidas o destrucción de elementos por parte del beneficiario.
b. Reparaciones o gastos de mantenimiento.
c. Indicación formal de implantación de prótesis preexistente al ingreso.

7.4 Prótesis odontológica y Ortodoncia (según planes)

7.4.1 Características generales

Los beneficios de Prótesis y Ortodoncia se brindarán únicamente por sistema de reintegros según se informa a continuación (ante cualquier duda, consultar en **OMINT** el alcance de cobertura):

a. Prótesis

Los topes por prestación se regirán de acuerdo al Nomenclador de Prótesis Odontológicas de **OMINT**. Los reintegros estarán supeditados a un tope global anual por persona o por grupo (según plan) y por plan. Cabe destacar que los reintegros por prótesis implanto-soportadas también se regirán de acuerdo al Nomenclador de Prótesis Odontológicas de **OMINT**.
Antes de efectuar el tratamiento, el beneficiario deberá presentar un presupuesto en el que se indiquen las prestaciones a realizar y el valor de las mismas, especificando las piezas afectadas, a fin de consignar el monto a reintegrar. Deberá presentar diagnóstico, plan de tratamiento y estudios complementarios. Eventualmente, el Comité de Auditoría Odontológica de **OMINT** podrá citar al paciente para su control.
No se podrá reemplazar ninguna prótesis hasta transcurridos como mínimo 5 años contados a partir de la fecha de finalización de la instalación de la prótesis, salvo causa funcional justificada y avalada por el Comité de Auditoría Odontológica de **OMINT.**

La interrupción o suspensión del tratamiento por parte del paciente antes de su finalización derivará automáticamente en la pérdida de todo reclamo por las consecuencias directas y/o indirectas que dicho tratamiento pudiere ocasionar .

b. Ortodoncia

Los reintegros estarán supeditados a un tope global de por vida o anual (que podrá estar compartido o no con el tope correspondiente a prótesis odontológicas), por persona o por grupo familiar (según plan) y por plan para ortodoncia y ortopedia maxilar, y se efectuarán en 2 pagos anuales con diferencia de 12 meses entre ambos o en cuatro pagos semestrales, según el plan, siempre y cuando continúe con el mismo plan de cobertura. Únicamente podrán acceder a este servicio los beneficiarios de 8 a 16 años de edad inclusive. El tope incluye consultas de diagnóstico, estudios radiológicos complementarios (teleradiografías, cefalogramas, etc.), aparatología correctiva, de contención y recambios.

El beneficiario deberá presentar el diagnóstico, el plan de tratamiento y estudios complementarios. Eventualmente, el Comité de Auditoría Odontológica de **OMINT** podrá citar al paciente para su control.
Los beneficiarios dados de baja o que suspendan el tratamiento perderán todo derecho a reclamo por los pagos de reintegros consignados aún no efectuados al momento de la baja o de la suspensión del tratamiento.
La interrupción o suspensión del tratamiento por parte del paciente antes de su finalización, derivará automáticamente en la pérdida de todo derecho a reclamo por las consecuencias directas y/o indirectas que dicho tratamiento incompleto pudiere ocasionar.

Pérdida o rotura de aparatología a cargo del beneficiario.

7.4.2 Cambio de plan

En el caso de un cambio de plan realizado luego del pago de la primera cuota:

a. Si el nuevo plan no contempla la cobertura de Ortodoncia u Ortopedia, el beneficiario perderá el derecho al pago de la segunda cuota de reintegro fijada en el apartado "Prótesis odontológica y Ortodoncia (según planes)–Punto b. Ortodoncia".
b. Si el nuevo plan contempla una modificación en el tope de reintegro de Ortodoncia u Ortopedia, el pago de la segunda cuota de reintegro fijada en el apartado "Prótesis

odontológica y Ortodoncia (según planes) – Punto b. Ortodoncia" será proporcional al nuevo monto estipulado.

7.4.3 Baja

En el caso de baja luego del pago de la primera cuota de reintegro fijada en el apartado "Prótesis odontológica y Ortodoncia (según planes) – Punto b. Ortodoncia", el beneficiario perderá el derecho al pago de la segunda cuota.

7.4.4 Modificación de topes

En los tratamientos con modalidad de reintegro en cuotas, según plan, los mismos se efectivizarán hasta el tope vigente a la fecha de pago de cada una de ellas.

7.4.5 Requisitos para obtener el beneficio de prótesis y ortodoncia

a. Estar al día en los pagos.
b. Haber cumplido con los tiempos de espera definidos.

7.4.6 Tiempos de Espera

Existirán tiempos de espera de acuerdo a lo informado a continuación:

a. Prótesis: 12 meses contados a partir de la fecha de ingreso del beneficiario al plan con módulo incluído. El Comité de Auditoría Odontológica de **OMINT** podrá, según su criterio y las características del caso, admitir excepciones en los casos de reposiciones de las 6 piezas dentarias frontales superiores y las 6 piezas dentarias frontales inferiores en casos de pérdidas de dichas piezas en accidentes ocurridos durante dicho período de tiempo de espera. Estas excepciones estarán sujetas a las normas y topes del módulo incluído en el plan contratado por el beneficiario.

b. Ortodoncia: 6 meses contados a partir de la fecha de ingreso del beneficiario al plan con módulo incluído.
No se contemplarán en ningún caso reducciones o eliminaciones de los tiempos de espera establecidos, en función de la empresa de medicina prepaga u obra social de

procedencia del beneficiario. Tampoco se contemplarán reducciones o eliminaciones de los tiempos de espera para beneficiarios que, habiéndose dado de baja, vuelvan a ingresar a **OMINT**. Los socios de **OMINT** que ingresen a estos planes por medio de un cambio de plan, cuyo plan de origen incluía el beneficio de prótesis y ortodoncia, estarán sometidos a los tiempos de espera, pero estos se contarán a partir de la fecha de ingreso al plan de origen, eliminándose en caso de haberse cumplido.

8 Condiciones particulares de planes Seniors

La relación de los beneficiarios de los planes SENIORS con **OMINT**, se encuentra regulada por el Reglamento de la empresa y las presentes disposiciones, que resultan modificatorias de las allí contempladas.
Consecuentemente, el Reglamento de **OMINT** y estas cláusulas especiales representan el estricto convenio entre las partes.
Los apartados del Reglamento de **OMINT** que se ven modificados y que resultan aplicables a los Planes Seniors son los que se detallan a continuación. En todo aquello que no haya sido objeto de expresa modificación por el presente Anexo, subsiste plenamente lo dispuesto en las cláusulas del Reglamento de **OMINT**.

8.1 Beneficiarios

El siguiente párrafo reemplaza el segundo párrafo del apartado "Beneficiario Titular"
Podrá ingresar como beneficiario titular de Planes Seniors cualquier persona mayor de 60 años y menor de 80 que cumpla con las condiciones que **OMINT** establezca.

El siguiente párrafo reemplaza el primer párrafo del apartado "Beneficiarios Dependientes"
El beneficiario titular podrá incluir en su plan Seniors a otros beneficiarios de su grupo familiar primario, que se llamarán "beneficiarios dependientes", siempre que sean mayores de 60 años y menores de 80 y que cumplan con las condiciones que **OMINT** establezca.

El siguiente punto reemplaza el punto b del apartado "Requisitos para ser considerado beneficiario"

Se consideran beneficiarios de un plan asistencial a:

b. Las personas que, con posterioridad al ingreso del titular, se incorporen como beneficiarios dependientes, mediante solicitud fehaciente a **OMINT** por parte del beneficiario titular. En tales casos **OMINT** podrá aceptar la solicitud, o bien rechazar la misma.

8.2 Facturación y Cobranzas

El siguiente párrafo reemplaza el tercer y cuarto párrafo del apartado "Facturación y cobranzas"

Las cuotas mensuales de **OMINT** son establecidas en función del plan asistencial elegido por el beneficiario titular, su edad de ingreso y la de sus beneficiarios dependientes. Una vez determinada la cuota, ésta se mantendrá invariable a lo largo del tiempo, salvo por aumentos generales de precios dispuestos en virtud del apartado "Modificación del precio de las cuotas y/u otros – Criterios y/o parámetros objetivos para su determinación".

8.3 Profesionales Consultores de Seniors

El siguiente párrafo reemplaza el apartado "Profesionales Consultores de OMINT"

Los beneficiarios de los planes asistenciales Seniors podrán acceder a los profesionales que figuran en su cartilla como Consultores solamente por derivación del Médico Personal, o en forma directa en el momento del ingreso para asesoramiento en la elección del Médico Personal. Fuera de estas dos situaciones, rigen todas las condiciones y normas establecidas en todos los capítulos de este reglamento referentes al sistema abierto.

8.4 Servicios y/o beneficios adicionales y/u optativos

Los siguientes capítulos se agregan al apartado "Servicios y/o beneficios adicionales y/u optativos".

8.4.1 Coordinadora de Cuidados

Seniors ofrece dentro de sus servicios la visita de la Coordinadora de Cuidados -si el análisis del formulario de ingreso así lo indicara- quien realiza un profundo relevamiento de la vivienda y de su estado de situación. Esta evaluación se repite anualmente con el propósito de detectar cambios respecto de la situación anterior. En caso de producirse algún

evento que genere la necesidad de una opinión de la Coordinadora, ésta puede ser solicitada a través del Centro de Atención al Socio quien gestionará la comunicación entre la Coordinadora y el socio. De considerarlo oportuno, el Médico Personal podrá solicitar su intervención.

8.4.2 Cuidadora Personal

El plan Seniors considera dentro de los beneficios incluidos en la cobertura servicios brindados por una Cuidadora Personal en domicilio, exclusivamente por indicación de la Coordinadora de Cuidados y con el previo acuerdo del Médico Personal, o bien por pedido directo del Médico Personal. Esta indicación está supeditada a que la condición del socio lo justifique y tiene límites de acuerdo al Plan.
Fuera de esta situación, el beneficiario de cualquier plan de **OMINT** puede acceder al servicio a su cargo con aranceles preferenciales. Esta misma alternativa es factible ante el deseo de continuar con el servicio una vez agotada la cantidad de horas anuales que le corresponden por Plan Seniors.

8.4.3 Talleres de Recreación / Rehabilitación

Los planes Seniors incluyen dentro de su programa de servicios, talleres de actividades recreativas organizadas por **OMINT**. El beneficio contempla la posibilidad de concurrir a una cantidad anual de talleres variable según plan.

El beneficiario podrá concurrir a una cantidad de talleres superior a la estipulada por su plan, a su exclusivo cargo, con aranceles preferenciales. Esta misma alternativa es posible para beneficiarios de cualquier otra línea de planes de **OMINT**.

El socio puede acceder por su libre elección al taller del tema que le interesa o puede solicitar asesoramiento u orientación para mejor adaptación a su necesidad y condición de salud, siempre dentro de las actividades organizadas por **OMINT**.

Una vez iniciada la participación en un taller, tiene dos (2) sesiones para evaluar la continuidad, suspensión o cambio de actividad. La interrupción de la concurrencia en cualquier momento posterior al mencionado se considerará como beneficio otorgado y cumplido salvo que la interrupción esté justificada por motivos de salud.

9 Definiciones

ACCIDENTE DE TRABAJO: todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo.

ACCIDENTE PERSONAL: lesión corporal, resultado exclusivo y directo de un accidente, es decir por un suceso súbito, inesperado y fortuito, causado por medios externos, violentos y visibles, independientemente de todas otras causas.

ASISTENCIA DOMICILIARIA: consiste en la atención profesional (médicos, enfermería, kinesiología) que por la condición clínica del paciente es necesario brindar en su domicilio con el fin de continuar un tratamiento iniciado en un centro asistencial.

ATENCIÓN MÉDICA EN DOMICILIO: es aquella consulta en la que por las características del síntoma o dolencia, no se requiere urgencia en la asistencia médica, pero la que impide al enfermo trasladarse a un consultorio médico.

CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA: es aquella que no repara problemas funcionales, siendo realizada preponderantemente para eliminar defectos o mejorar la apariencia del paciente, con fines cosméticos o de embellecimiento.

CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA: es aquella que se ocupa de la restauración, reconstrucción y corrección de la/s función/es dañadas por lesión, secuela de accidentes, crecimiento y desarrollo o malformaciones congénitas.

EMERGENCIA MÉDICA: es aquella situación caracterizada por la aparición de síntomas severos en forma aguda e inesperada, producidos por una enfermedad o lesión que pone en peligro la vida, para lo cual, y debido a la importancia o gravedad de la situación, se deben tomar acciones y decisiones en forma inmediata: ej. dolor torácico intenso, heridas o traumatismos severos, intensa sensación de falta de aire, pérdida de conciencia, desorientación, hemorragia severa, convulsiones, etc.

ENFERMEDAD AGUDA: enfermedad o evento médico, con momento de iniciación definido que puede requerir o no una terapéutica de urgencia o emergencia médica.

ENFERMEDAD CRÓNICA: situación caracterizada por una desviación o alteración de la estructura o función normal de una parte de un órgano o de un sistema (o combinación de ellos) del organismo, la que se manifiesta por un conjunto de síntomas y signos que superan, en general, los 3 meses de evolución, y cuya etiología, patología y pronóstico pueden conocerse o bien ser desconocidos.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: patología de tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus complicaciones, la que por su historia natural requiere para su desarrollo de un período de tiempo científicamente preestablecido (habitualmente de varios meses).

ENFERMEDAD PROFESIONAL: estado patológico derivado exclusivamente de la acción reiterada y lenta de los elementos anormales de una profesión o labor industrial.

HONORARIOS CLÍNICOS: honorarios de médicos clínicos y/o de especialistas prestados en internaciones y/o ambulatorio.

HONORARIOS QUIRÚRGICOS: honorarios médicos del cirujano, ayudante/s, instrumentadora y anestesista por intervenciones quirúrgicas.

MATERIAL DESCARTABLE COMÚN: cánulas, sondas, catéteres, tubuladuras, drenajes, gasas, antisépticos, guantes, hebras de sutura, etc.

MEDICAMENTOS: son aquellos fármacos o drogas que administrados por vía oral, inhalatoria, inyectable o tópica produce un efecto terapéutico o modificador de las funciones fisiológicas.

ORTESIS: todo aparato o sistema que reemplaza en forma parcial o total la o las funciones perdidas o disminuidas de un sistema, por ejemplo: férula, valva, chaleco, estribo, corset.

PENSIÓN: gasto de habitación standard y servicio de comida. Incluye el servicio habitual de enfermería del sanatorio, derecho clínico, asistencial y/o adicional, etc.

PRÓTESIS: cualquier elemento y/o dispositivo mediante el cual se repara y/o reemplaza artificialmente, en general por medio de una técnica quirúrgica, la falta anatómica o funcional de un órgano o parte de él.

SERVICIOS ESPECIALES: Incluyen derechos sanatoriales (operatorio, anestesia, monitoreo, etc.) y sus adicionales; análisis, radiografías y otros exámenes y/o estudios complementarios durante la internación en piso; ambulancia terrestre.

TERAPIA INTENSIVA/INTERMEDIA/UNIDAD CORONARIA: Comprende los gastos sanatoriales (excluyendo medicamentos y material descartable) y honorarios del equipo estable de Terapia Intensiva/Intermedia/Unidad Coronaria, que no pueden prestarse en las habitaciones sanatoriales comunes, por tratarse de enfermedades de alto riesgo que requieren medidas diagnósticas y/o terapéuticas especializadas.

URGENCIA MÉDICA: es aquella situación, en la que por sus características se requiere asistencia médica dentro de un lapso breve, pero en la que no se pone en peligro la vida ni la evolución de la afección, es decir, casos en los que se dispone de tiempo suficiente para brindar atención o derivar al enfermo a un centro asistencial.

EDICION MAYO 2004