

CONDICIONES GENERALES PARA LA PRESTACIÓN DEL PROGRAMA

eSalud

Pueden ser Beneficiarios:

- Titular
- Matrimonio (Titular y Cónyuge)
- Grupo Familiar (Titular, Cónyuge e Hijos hasta el cumpleaños 18)

1- MÉDICO CLÍNICO A DOMICILIO. Especialidades de Clínica Médica y Pediatría.

Este beneficio se brinda a los Beneficiarios según el tipo de servicio contratado por el Titular, siempre y cuando los Beneficiarios que integran su grupo familiar (cónyuges e hijos) habiten en el domicilio declarado al momento de contratar el servicio.

Costo de Copago: \$ 290 por visita.

Tope de cobertura: Hasta 2 eventos al año por Beneficiario.

Este servicio se brindará las 24 horas del día, los 365 días del año.

Carencia: 1 mes

2- TRASLADO MÉDICO TERRESTRE

Ante una visita de médico a domicilio y en caso de que el Beneficiario sufra una enfermedad grave, entendiéndose por enfermedad grave aquella que ponga en riesgo la vida del paciente, y a **solicitud del profesional tratante**, "COLÓN" gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre al centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada en la zona que lo permita. En caso de no existir un centro hospitalario cercano, "COLÓN" coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad.

Servicio sin límite de costo por evento.

Tope: Hasta 1 evento al año.

Este servicio se brindará las 24 horas del día, los 365 días del año.

Carencia: 1 mes

3- ODONTOLOGÍA DE URGENCIA

3.1. "COLÓN" brindará a los Beneficiarios, previa solicitud vía telefónica, el **SERVICIO DE PROGRAMACIÓN DE VISITAS** en el centro odontológico más cercano en horarios indicados, por cada institución, para situaciones de Urgencia. La materialización del servicio estará sujeta a la disponibilidad horaria del CENTRO ODONTOLÓGICO/PRESTADOR en convenio.

Servicio sin límite de costo por evento.

Tope: Hasta 3 eventos al año. Sin carencia.

Este servicio se brindará las 24 horas del día, los 365 días del año.

3.2. "COLÓN" brindará a los Beneficiarios la atención odontológica necesaria exclusivamente para situaciones profesionalmente calificadas como de **DOLOR DENTAL INTENSO**, a fin de solucionar la emergencia en el centro odontológico de su red más cercano a la RESIDENCIA PERMANENTE del Titular, además de proporcionarle un diagnóstico posterior para el inicio de tratamiento en caso de ser necesario. La atención cubierta por "COLÓN" considera exclusivamente los costos derivados de calmantes para el dolor, radiografías simples, extracción simple de cualquier pieza excepto muela del juicio, diagnóstico y presupuesto del tratamiento posterior. Cuando el BENEFICIARIO acuda a la consulta contará con los siguientes servicios:

A) EXÁMEN MÉDICO:

1. Historia Clínica y Diagnóstico: Elaboración de una Historia Médica adecuada en donde indagará acerca del estado de salud general del paciente, ya que el mismo puede padecer de enfermedades que lo comprometan sistémicamente, infecciones, tratamientos con radioterapia, supresión del sistema inmunológico o que el paciente esté consumiendo medicamentos que compitan sean antagónicos con alguno de los medicamentos que se puedan prescribir posteriores al tratamiento. Para ello, se realiza una anamnesis utilizando palabras de fácil comprensión para el BENEFICIARIO. Después de haber realizado una Historia Médica adecuada, se procede a confeccionar una Historia Odontológica en donde se deberá evaluar la condición general bucal del paciente y realizar un diagnóstico.

El presente servicio se prestará: SIN LÍMITE DE MONTO Y HASTA 3 EVENTOS AL AÑO.

2. Pronóstico y Plan de Tratamiento: Una vez establecido el diagnóstico, el profesional contratado realizará un pronóstico del cuadro que presenta el paciente e indicará el plan de tratamiento a seguir por el BENEFICIARIO en caso de ser necesario.

En todo caso, los gastos en que incurra el BENEFICIARIO por la prestación de los servicios profesionales dentales distintos a la atención de la emergencia dental, deberán ser cubiertos con recursos propios del BENEFICIARIO.

El presente servicio se prestará: SIN LÍMITE DE MONTO Y HASTA 3 EVENTOS AL AÑO.

B) RADIOGRAFÍAS:

Solo estarán contempladas las requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del CENTRO ODONTOLÓGICO/PRESTADOR asignado y podrán ser del tipo: Coronal y periapical. - Este servicio se brindará, cuando a consecuencia de una urgencia odontológica coordinada por "PRESTADOR", el médico odontólogo requiera tomar una radiografía dental para poder tratar al paciente.

El presente servicio se prestará: SIN LÍMITE DE MONTO Y HASTA 3 EVENTOS AL AÑO.

C) EXODONCIA SIMPLE O EXTRACCIÓN:

Este servicio se brindará, cuando a consecuencia de una urgencia odontológica coordinada por "PRESTADOR", el médico odontólogo requiera realizar una exodoncia para poder tratar al paciente. El presente servicio se prestará: SIN LÍMITE DE MONTO Y HASTA 3 EVENTOS AL AÑO.

Están dentro de la Cobertura (no incluye MOLAR DE JUICIO):

- Exodoncias o Extracciones simples en dientes permanentes.
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes temporales.
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes restos radiculares.
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes fracturados.

D) ALIVIO DEL DOLOR:

Este servicio se brindará, cuando a consecuencia de una urgencia odontológica coordinada por el "PRESTADOR", el médico odontólogo requiera utilizar analgésicos para poder tratar al paciente.

El presente servicio se prestará: SIN LÍMITE DE MONTO Y HASTA 3 EVENTOS AL AÑO.

4- ODONTOLOGÍA GENERAL: CONSULTA EN CONSULTORIO

La Consultas incluye: evaluación clínica, diagnóstico y material descartable.

Tope de cobertura: Hasta 1 evento al año, sin límite de monto.

Carencia: 1 mes

5- MEDIPHONE (línea informativa sobre temas de interés médico)

MEDIPHONE 24 - Orientación Médica Telefónica. El Beneficiario podrá solicitar orientación médica telefónica, la cual se registrará por los siguientes límites y condiciones:

1.a. El asesoramiento será realizado por un médico designado por el Prestador.

1.b. El asesoramiento se limitará a orientar al Beneficiario sobre: dudas e interrogantes relacionados a la salud en general; orientación sobre medicación, reacciones adversas, efectos secundarios y contraindicaciones; orientación materno-infantil; valoración de la necesidad de realizar una consulta médica con especialistas; valoración de la necesidad de activar el servicio de MEDICO A DOMICILIO.

1.c. Este servicio no brindará diagnósticos ni recomendará tratamientos o medicación.

1.d. Este servicio se brindará los 365 días del año, de 7 a 22 hs.

Servicios sin costo adicional.

Sin tope de cobertura. Sin carencia.

6- CHEQUEO MÉDICO

Este beneficio se brinda a los Beneficiarios y comprende la realización de: Radiografía de tórax frente + Electrocardiograma + Laboratorio (Hemograma, Hepatograma, Eritrosedimentación, Glucemia, Colesterol total, Urea, Triglicéridos y Orina completa).

Servicio con carencia: 6 meses contados desde la contratación por el Titular del servicio que cubra al Beneficiario solicitante.

Tope de cobertura: Hasta 1 evento al año, sin límite de monto.

7- DESCUENTO EN FARMACIAS por Emergencias.

Por el presente servicio, "COLÓN" pone a disposición de los Beneficiarios la posibilidad de recibir un descuento del 40% sobre la compra de medicamentos recetados. El servicio es exclusivo para el Beneficiario. - Cuando el Beneficiario requiera hacer uso del descuento mencionado, debe comunicarse con "COLÓN" a los Números asignados, para que éste le informe la FARMACIA ADHERIDA más cercana a su RESIDENCIA PERMANENTE o al lugar dónde este se encuentre. En todos los casos el Beneficiario debe llamar a "COLÓN" para autorizar la receta sobre la cual operará el descuento.

El Beneficiario debe presentar en todos los casos el DNI, no es preciso que el beneficiario concurra a la farmacia personalmente, puede hacerlo en su nombre cualquier persona que presente la documentación indicada. Serán recetarios válidos aquellos que fueren emitidos por profesionales particulares o instituciones médicas y debe figurar de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

Denominación de la entidad o médico interviniente

- Nombre y Apellido del Paciente
- Medicamentos recetados por principio activo. En todos los casos se deberá incluir una marca sugerida, incluida en el Vademécum
- Cantidad de cada medicamento

- Firma y sellos con N° de matrícula y aclaración
- Fecha de prescripción
- La validez de la receta será el día de la prescripción y los 30 días siguientes.

Topes de cobertura:

- Límites de cantidades: No cubre tratamientos prolongados, el servicio de “COLÓN” es siempre en el marco de la emergencia.
- Renglones por receta: La receta podrá contener hasta tres medicamentos prescritos, y cada uno deberá estar detallado en diferentes renglones.
- Envases por renglón: Cada medicamento detallado en los renglones ut supra mencionados tendrá un límite de 1 (uno) envase por renglón.
 - Medicamentos oncológicos, fuera de cobertura.

Los descuentos mencionados se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el Manual Farmacéutico o similares, con excepción de lo siguiente:

1. Accesorios. (Material de curaciones, descartable, tiras reactivas, etc.);
2. Agentes Inmunosupresores;
3. Agentes para contraste radiológico;
4. Dentífricos;
5. Derivados de la sangre y Eritropoyetina;
6. Droga Orlistat (Ej.: Xenical o productos de próxima aparición);
7. Droga Riluzol (Ej.: Rilutek o productos de próxima aparición);
8. Droga Sildenafil (Ej.: Viagra, Sildefil, Lumix o productos de próxima aparición);
9. Drogas Oncohematológicas (ej.: Leucomax, Neupogen, factores estimulantes de colonias).
10. Drogas utilizadas en el tratamiento del sida;
11. Elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, pastas, polvos e hilo dental;
12. Fórmulas magistrales, flores de Bach y herboristería;
13. Interferones;
14. Productos de perfumería, cosmética y dermatocosmética;
15. Productos de uso exclusivo en internación;
16. Productos de venta libre;
17. Productos dietéticos, alimenticios y leches;
18. Productos para quimioterapia antineoplásica (oncológicos);
19. Productos que actúan sobre el crecimiento. (Hormona de crecimiento y anabólicos);
20. Productos que regulan la natalidad. (Anticonceptivo orales, locales y productos para tratamiento de la esterilidad);
21. Productos sin troquel;
22. Soluciones parenterales de pequeño y gran volumen;
23. Sueros y vacunas;

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta. No se realizarán reintegros sin autorización de “COLÓN”; el Beneficiario debe abstenerse de incurrir en gastos en farmacias no autorizadas por “COLÓN”.

Las Farmacias prestadoras atenderán a los beneficiarios en el horario habitual de atención al público incluyendo sábados, domingos, feriados, y horarios nocturnos, conforme al régimen de turnos establecido que le corresponda. El beneficio del 40% de descuento no es acumulativo a cualquier otro descuento relacionado con las obras sociales, prepagas, etc. El descuento no opera sobre drogas genéricas.

En todos los casos el Beneficiario debe comunicarse con “COLÓN” telefónicamente para indicarle la farmacia más cercana y autorizar la prestación.

El presente servicio se prestará EXCLUSIVAMENTE al Beneficiario CON UN LÍMITE DE \$400 POR RECETA Y HASTA 1 EVENTO AL MES.

Las recetas deben ser extendidas por un médico de la Red.

8- DESCUENTO EN ORTOPEDIA en casos de Accidente.

Por el presente servicio, “COLÓN” pone a disposición del AFILIADO la posibilidad de recibir un descuento del 20%, sobre la compra elementos ortopédicos externos. Ej: *Muletas, cabestrillos, inmovilizadores externos, o similares.*

Topo de cobertura: \$200.- Carencia: 1 mes

9- KINESIOLOGÍA

“COLÓN” brindará al BENEFICIARIO, previa solicitud vía telefónica o web, el **SERVICIO DE COORDINACIÓN DE SESIONES DE KINESIOLOGÍA**, en los CENTROS MÉDICOS / PRESTADORES más cercanos. La materialización del servicio estará sujeta a la disponibilidad horaria de los CENTROS MÉDICOS / PRESTADORES en convenio.

Servicio con copago: Arancel preferencial.
Tope de cobertura: 30 sesiones anuales.
Carencia: 1 mes

10- CENTRAL DE TURNOS

“COLÓN” brindará al BENEFICIARIO, previa solicitud vía telefónica o web, el **SERVICIO DE COORDINACIÓN DE TURNOS** en los CENTROS MÉDICOS / PRESTADORES más cercanos, para interconsultas médicas ambulatorias. La materialización del servicio estará sujeta a la disponibilidad horaria de los CENTROS MÉDICOS / PRESTADORES en convenio.

Especialidades cubiertas en consultorios: Clínica Médica, Pediatría, Ginecología, Cardiología, Dermatología, Gastroenterología, Nutrición, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Ortopedia.
Diagnóstico por Imágenes y Prácticas Profesionales.

El BENEFICIARIO abonará un arancel preferencial por acceder a la Prestación bajo el sistema de copago, dicho arancel preferencial será en relación al valor particular que perciben los mismos.

Servicio con copago: Arancel preferencial.

Tope de cobertura, sin límite de eventos al año. Sin carencia.

11- OFTALMOLOGÍA: CONSULTA EN CONSULTORIO

Incluye consultas y prácticas oftalmológicas, examen de ojos, párpados y conjuntiva. Tratamiento médico y examen de rutina.

Tope de cobertura: Hasta 1 evento al año, sin límite de monto.

Carencia: 1 mes

12- ÓPTICA

Lentes aéreos orgánicos, monofocales, blancos o con anti réflex + armazón de stock.

Cobertura hasta \$1500.-

Un par cada 24 meses.

Servicio con carencia: 3 meses.

Anteojos fuera de stock, tratamientos adicionales a la lente o armazones de mayor valor que excedan los \$1500.- a cargo del beneficiario.

Para acceder al beneficio deberá llamar a la Central de Turnos donde se indicará la óptica más cercana.

Documentación necesaria:

- Orden médica confeccionada por profesional de la Red, en la cual debe constar: Diagnóstico, tipo de cristales y graduación.
- DNI.