	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 07 Código : F-GC-03 Fecha : 01/01/2024 Página 1 de 10
	NORMAS GENERALES	

Definiciones

Los que siguen constituyen los conceptos que determinan el sentido y alcance de los términos y abreviaturas utilizados tanto en el denominado “Contrato de salud” como en las presentes “Normas generales”:

Titular: persona física o jurídica que contrata los servicios de seguro médico con OAMI.

Beneficiario: persona que ingresa como asegurado/a a un grupo que ha sido contratado por el titular y que goza de los servicios del seguro. El titular podrá ser o no beneficiario.

Grupo: número del carné y del contrato. Una sola persona (titular) ya forma un grupo, como también son dos o más personas (titular y beneficiarios).

Plan de salud: es la denominación que recibe el conjunto de servicios contratados.

Anexo de Servicios de Salud: es el detalle del alcance de la cobertura médica según corresponda a cada Plan de Salud.

Prestadores: son los profesionales médicos, sanatorios, laboratorios y otros centros que prestan sus servicios médico-profesionales a los beneficiarios de OAMI según el plan correspondiente.

Declaración Jurada de Salud: documento sobre el estado de salud y/o enfermedades y/o intervenciones que alguna vez el titular o el o los beneficiarios presentaron.

Preexistencia: es aquella patología o condición, conocida o no, presente en el organismo antes de la firma del contrato de servicios de salud.

RN: Recién Nacido.

Prematurez: nacimiento previo a las 37 semanas de gestación.


Anomalías congénitas: Se trata de alteraciones físicas de naturaleza diversa, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior durante la vida.

Evento: todo hecho, acto o acontecimiento relacionado a un mismo cuadro clínico, condición, diagnóstico o tratamiento.

Ambulatorio: Eventos de baja o mediana complejidad que no requiere internación del beneficiario.

Urgencia: es la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera una necesidad inminente de atención para el Beneficiario. A los efectos de la cobertura, la calificación de un evento urgente es determinada por prestadores habilitados por OAMI.

Emergencia: es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del Beneficiario o la función de un órgano. A los efectos de la cobertura, la calificación de un evento como emergencia es

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 07 Código : F-GC-03 Fecha : 01/01/2024 Página 2 de 10
	NORMAS GENERALES	

determinada por prestadores habilitados por OAMI.

UTI: Unidad de Terapia Intensiva.

Nómina o Guía de Prestadores: es la lista de los profesionales con los que OAMI contrata para la prestación de los servicios a los beneficiarios del plan correspondiente.

Copago: es una modalidad mediante la cual el beneficiario abona al prestador de servicios un importe adicional al pago realizado por OAMI.

Visación: autorización de cobertura que OAMI realiza según el alcance del Anexo de Servicio del Plan de Salud contratado y las presentes normas generales.

Casos traumáticos: son aquellos derivados de una lesión de los órganos o los tejidos por acciones mecánicas externas.

Vigencia es la permanencia mínima requerida para acceder a determinadas prestaciones conforme al anexo de servicios del plan de salud.

Arancel preferencial Es precio especial que el Beneficiario abona directamente al Prestador por las coberturas que no se encuentran contempladas en el Anexo de Servicios.

Medios telemáticos: Son las herramientas y/o plataformas digitales (email, App, WhatsApp, u otros) puestas a disposición del beneficiario con el fin de que acceda de forma remota a los documentos que hacen parte de su vínculo contractual en formato digitalizado. Así como la solicitud de visaciones, presupuestos de cobertura, entre otros.

Página web: Sitio o portal que permite al beneficiario obtener información actualizada acerca de los servicios, la guía médica actualizada, App, contactos, promociones, entre otros elementos de utilidad para el usuario.

Documento Electrónico: es un mensaje de datos que representa actos o hechos, con independencia del soporte utilizado para su creación, fijación, almacenamiento, comunicación o archivo.

Domicilio electrónico: Dirección de correo proporcionada por las partes para las comunicaciones formales entre sí, surtiendo los mismos efectos que los realizados por escrito o en soporte de papel.

Firma Electrónica: es el conjunto de datos electrónicos, asociados de manera lógica a otros datos electrónicos, utilizado por el signatario como su medio de identificación y método para firmar (o validar) un documento electrónico


Servicios adicionales: Los mismos no forman parte del Anexo de Cobertura, debido a que son servicios sin costos que OAMI ofrece a los Beneficiarios por encima de la cobertura contratada.

1. SUJETOS BENEFICIARIOS DE LA COBERTURA CONTRATADA

Son, o pueden ser, Beneficiarios de la cobertura correspondiente al Anexo de Servicios del Plan de Salud escogido por el Titular:

- a. El Titular contratante.
- b. El/la cónyuge del Titular.
- c. El/los hijos del Titular.
- d. Otros Beneficiarios designados expresamente por el Titular.

1.1. La admisión del Titular, o de su cónyuge, mayor de 55 años quedará supeditada a un examen de salud efectuado por un profesional médico designado por OAMI.

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 07 Código : F-GC-03 Fecha : 01/01/2024 Página 3 de 10
	NORMAS GENERALES	

1.2. El/los hijos recién nacidos del Titular serán incorporados:

- a. Como beneficiario/s con los mismos derechos de la madre, siempre y cuando hayan nacido durante la vigencia del contrato con cobertura de maternidad y, dentro de los 30 días del nacimiento, el titular presente copia de los certificados de nacido vivo y de nacimiento expedido por el Registro Civil; o,
- b. Como beneficiario/s con las vigencias propias de un Beneficiario nuevo si no se reuniese cualquiera de los recaudos exigidos en el inc. a. o el/la Titular contrate una prima de maternidad a favor de la gestante.

1.3. Para la determinación de precio de ingreso o renovación, entre otros aspectos, OAMI tendrá en cuenta el rango etario de cada beneficiario de acuerdo a los siguientes grupos:

- 0 a 19
- 20 a 44
- 45 a 54
- 55 a 60
- 61 a 65
- 66 a 70
- 71 a 75
- 76 a 80
- 81 a 85
- 86 y más.

1.4. El Titular podrá designar otros que no se encuentren en relación de parentesco, o se hallen en otras distintas, previo cumplimiento de las condiciones precedentemente señaladas, así como el pago correspondiente establecido por OAMI.

1.5. En todos los casos, OAMI se reserva el derecho de admitir o no el ingreso del interesado y/o a condicionar la cobertura a chequeos de salud previos, realizado por profesionales asignados por OAMI u otros que considere pertinente para garantizar la calidad en la prestación del servicio.

2. DE LOS DOCUMENTOS

Para su ingreso, el Titular estará obligado a presentar copia del documento de identidad vigente propio y de cada uno de los beneficiarios y completar los formularios proveídos por OAMI, consistentes en:

- a. La **Declaración Jurada de Salud Adultos**, de carácter personal a los efectos de su ingreso como titular, así como de los que correspondan a los beneficiarios. Si éstos son mayores de edad, deberá contar con sus respectivas firmas. Tanto el titular como los beneficiarios son responsables solidarios de las consecuencias derivadas de cualquier error o falsedad en los datos consignados. En los ingresos pediátricos, la declaración jurada debe estar completada y firmada por el padre, la madre o el tutor legal.
- b. El **Chequeo Pre admisional/Certificado Médico**, cuando este documento sea solicitado por auditoría médica.
- c. **Anexos** que deban suscribir las partes ante situaciones especiales de los beneficiarios y/o de la cobertura.

3. DE LA ACREDITACIÓN DE LOS SUJETOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO CONTRATADO OAMI proporcionará una Credencial de Salud a cada beneficiario del servicio contratado, en la que constará:

- Nombre y Apellido.
- Número del documento de identidad.
- Número de Beneficiario/Número de grupo.
- Tipo de plan.

La presentación de la Credencial y la Cédula de Identidad es requisito indispensable para tener acceso a los servicios contratados. La no presentación de los mismos habilitará al prestador al cobro de sus aranceles privados y a OAMI, a denegar la cobertura, no efectuándose reembolso por este motivo.


En caso de rescisión anticipada, fallecimiento o permiso, es obligatoria la devolución de la Credencial de Salud a OAMI, caso contrario, seguirá vigente la responsabilidad del Titular y OAMI podrá hacer exigible el pago de la cuota correspondiente.

La Credencial de Salud es un documento de propiedad de OAMI. La sospecha de su adulteración o uso indebido autoriza a OAMI a formular la correspondiente denuncia ante el Ministerio Público.

En los casos de pérdida o extravío de la Credencial de Salud, el hecho debe ser comunicado inmediatamente por vía telefónica al Centro de Atención al Beneficiario para la anulación correspondiente.

4. DE LA HISTORIA CLÍNICA

El Titular autoriza suficientemente a OAMI a solicitar directamente a los diferentes prestadores de servicios los informes que ella requiera sobre la historia clínica, la utilización de los servicios o cualquier

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 07 Código : F-GC-03 Fecha : 01/01/2024 Página 4 de 10
	NORMAS GENERALES	

otra información que crea necesaria y se relacione con la ejecución del contrato firmado, sobre el mismo titular o cualquiera de los beneficiarios. Por su parte, OAMI se compromete a mantener siempre en resguardo de terceros no autorizados, la historia clínica, los diagnósticos médicos y los servicios utilizados por el/la titular y sus beneficiarios.

5. CONDICIONES DE LA COBERTURA CONTRATADA

5.1. Mora: La falta de pago de la cuota a su vencimiento producirá automáticamente la suspensión de la cobertura, corriendo por cuenta del/la titular el pago por los servicios cuando hiciere uso durante la suspensión. En caso de falta de pago de dos o más cuotas al vencimiento, la cobertura se reanudará luego de 24 hs. de haber cancelado el importe de las cuotas adeudadas.

5.2. Los límites y topes anuales establecidos para cada Plan de Salud: El servicio se contrata con limitaciones o topes anuales de uso de las coberturas, los que se establecen en cada plan de salud para el titular y cada beneficiario en forma individual. No son acumulativos, ni transferibles. Se entiende el tope anual como el tiempo del año-contrato.

5.3. Servicios prestados por profesionales que no figuran en la nómina de prestadores de OAMI: Cuando el prestador sea un profesional o institución que no integre la lista de prestadores de OAMI, los gastos y honorarios devengados no tendrán cobertura. Si el médico tratante no pertenece al listado de prestadores de OAMI, no tendrán cobertura sus honorarios, pero sí los servicios derivados de la atención sanatorial cuando dicha entidad se encuentre habilitada en la guía de prestadores para el plan de salud contratado.

5.4 De la Modalidad de Atención: Los titulares y los beneficiarios podrán, a su libre elección, optar por cualquier prestador y/o instituto de diagnóstico y/o tratamiento habilitado en la guía de prestadores de OAMI, dentro de los horarios, turnos y métodos que aquellos utilicen para la prestación del servicio.

5.5 OAMI se reserva el derecho de sustituir profesionales médicos, sanatorios e institutos de diagnóstico y/o tratamiento habilitados en la Guía de Prestadores o a mantener a los mismos con un sistema de copago con los beneficiarios, quedando la versión actualizada de la guía de prestadores a disposición de los mismos en el domicilio de OAMI, así como en su página web: www.oami.com.py.com

5.6 OAMI otorgará a sus beneficiarios toda la información referente al Anexo de Servicios, prestadores médicos, centros prestadores y otros, a través de los canales de comunicación habilitados para el efecto.

5.7 Anexo de Servicios de Salud: El detalle del alcance de la cobertura según el Plan de Salud contratado será proporcionado por los medios telemáticos disponibles. Así mismo el beneficiario podrá solicitarlo al Departamento correspondiente.

5.8 Si hubiere variaciones en la limitación y alcance de la cobertura de los Planes de Salud, corresponderá a OAMI la puesta en vigencia a partir de la renovación del contrato con el beneficiario.

6. CONSULTAS AMBULATORIAS

6.1. Se encuentran habilitados para consultas en consultorio todos los médicos que integran la guía de prestadores de OAMI.

6.2. Los médicos atenderán en sus consultorios particulares indicados en la Guía de Prestadores. Fuera de los horarios y días establecidos por el profesional, el mismo se reserva el derecho de cobrarla consulta, no efectuándose reembolso por este motivo.

6.3. Los beneficiarios se obligan a cancelar con la debida anticipación las citas convenidas a las que no podrán concurrir.


6.4. Todos los beneficiarios están obligados a firmar las planillas de control y consulta una sola vez por visita. También están obligados a firmar las visaciones realizadas para procedimientos ambulatorios.

6.5. La asistencia de los médicos para la atención profesional en el domicilio del titular o de los beneficiarios carece de cobertura, por lo que los honorarios correspondientes deberán ser abonados por el solicitante de tal asistencia.

6.6. Ciertos prestadores de servicios médicos podrán cobrarle al titular o beneficiarios un pago diferencial o un copago especial, según corresponda. Estos se encuentran individualizados en la guía de prestadores de OAMI.

7. SERVICIO DE AMBULANCIA A DOMICILIO

7.1. Este servicio, que es de cobertura inmediata, será prestado, durante las 24 horas del día, únicamente

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 07 Código : F-GC-03 Fecha : 01/01/2024 Página 5 de 10
	NORMAS GENERALES	

por los profesionales o empresas que integran la Guía de Prestadores de OAMI en los municipios de Asunción, Fernando de la Mora, Lambaré, Luque, Ñemby, San Lorenzo y Mariano Roque Alonso. Deberá ser solicitado a los teléfonos habilitados a ese efecto.

7.2. El servicio incluye los traslados: a) para atención de urgencia y emergencia, con imposibilidad de traslado del beneficiario en el caso que el paciente se encuentre impedido de concurrir a la consulta en institutos fijos (consultorios, sanatorios, clínicas, etc.) ya sea por las características de su enfermedad aguda (convalecientes, invalidantes, etc.), o por la forma de presentación (crisis aguda); b) a centros asistenciales, en el contexto del cuadro diagnosticado; y c) de pacientes internados, para estudios, cuando el caso lo requiera.

No rige la cobertura de ambulancia a domicilio para traslados de pacientes: a) en los casos no derivados de urgencia y/o emergencias; b) internados, desde el centro de diagnóstico al domicilio; y c) afectados por trastornos de la personalidad, psicológicos, depresión, crisis nerviosa, ansiedad y similares. Esta última es una lista enunciativa no limitativa. En los casos no cubiertos, el costo de la utilización de la ambulancia se facturará junto con la cuota siguiente.

8. HONORARIOS MÉDICOS EN INTERNACIONES CLÍNICAS Y/O QUIRÚRGICAS

8.1. Los honorarios de los prestadores en internaciones en sala, en terapia intensiva e intermedia para los casos clínicos, quirúrgicos y/o procedimientos, cuentan con cobertura conforme a lo detallado en el anexo de servicios de cada plan de salud.

8.2. La cobertura de honorarios está supeditada al tope máximo de internación previsto para cada plan de salud. Cumplido el mismo, el servicio posterior carece de cobertura.

8.3. En caso de que el médico tratante requiera la presencia de otro profesional como inter-consultante, el pedido debe estar previamente autorizado por OAMI.

8.4. En aquellos casos en que el médico tratante no sea un profesional habilitado por OAMI, no se cubrirá sus honorarios. Para los casos quirúrgicos sí serán cubiertos los honorarios de los demás integrantes del equipo quirúrgico, siempre que sean prestadores de servicios.

8.5. Los profesionales médicos que se encuentran individualizados en la guía de prestadores podrán percibir un copago especial.

8.6. La cirugía de eventración y otras recidivas tendrán cobertura si la primera cirugía ha sido cubierta por OAMI.

9. MATERNIDAD

9.1. La cobertura de maternidad comprende aquellos estudios y procedimientos relacionados al evento de embarazo contemplados dentro de los planes, entre ellos: honorarios por cesárea, parto normal, entre otros.

9.2. En los planes que no contemplen la cobertura de maternidad, se exceptúan las prestaciones del Anexo de Servicios que se encuentren relacionadas a los controles prenatales, parto o los derivados de estos.


9.3. La cobertura de maternidad será otorgada conforme a lo establecido en el Anexo de Servicios, siendo exclusiva para la Titular o Cónyuge del Titular una vez cumplida la vigencia mínima, de no contar con la misma, podrá adquirir la prima de maternidad para acceder a los servicios establecidos en ella. En caso de que otras beneficiarias requieran el servicio, deberán abonar la prima correspondiente.

9.4. En caso de prolongación de la estadía en el Sanatorio del RN por complicaciones, la cobertura será otorgada al mismo según el plan contratado. Dicha prolongación no implica extensión de la estadía de la madre o del o la acompañante.

9.5. La prematuridad del RN y sus complicaciones no posee cobertura, salvo lo especificado taxativamente en el capítulo PREMATUREZ del Anexo de Servicios.

10. ONCOLOGÍA

10.1 La cobertura de cirugías o tratamientos oncológicos se limita al primer procedimiento exclusivamente y se encuentra contemplada en el Anexo de Servicios, salvo lo establecido en las exclusiones de las presentes normas generales.

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 07 Código : F-GC-03 Fecha : 01/01/2024 Página 6 de 10
	NORMAS GENERALES	

10.2 En los diagnósticos oncológicos o de tumores, la cobertura de honorarios médicos será del 50% de lo establecido en el Anexo de Servicios de Salud.

10.3 En las cirugías con resultado de Anatomía Patológica benigno, OAMI reembolsará al Beneficiario el 50% de la diferencia abonada en concepto de honorarios, previa presentación de las documentaciones requeridas.

10.4 Los presupuestos serán emitidos conforme al punto 10.2, quedando el punto 10.3 sujeto a presentación y resultado de Anatomía Patológica.

11. ESTUDIOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS

11.1 La cobertura de los estudios, diagnósticos y tratamientos se detalla en el Anexo de Servicios, que serán aplicables conformes a estas Normas Generales.

11.2 Para acceder a esta prestación, la realización de los estudios deberá ser ordenada por un profesional médico prestador de OAMI, debiendo dichos estudios estar vinculados a su especialidad.

11.3 La orden de estudio de diagnóstico o tratamiento indefectiblemente deberá contener:

- a) Los apellidos y el/los nombres del/la paciente.
- b) El número de carné del/la paciente, expedido por OAMI.
- c) El diagnóstico definitivo o presuntivo.
- d) El estudio solicitado.
- e) La fecha de su emisión; y
- f) La firma y sello del médico que expide la orden.

11.4 Es obligatoria la Visación por OAMI de la orden médica, la que debe ser efectuada en su domicilio en forma personalizada, mediante correo electrónico u otro medio habilitado antes de la realización del estudio, tratamiento o procedimiento solicitado debiendo el beneficiario especificar el centro donde será realizado. Dicha Visación tendrá validez de treinta días.

11.5 Una vez realizado el estudio, el beneficiario firmará la orden visada.

11.6 Cuando se sobrepase el tope máximo previsto en el Anexo de Servicios, los estudios contarán con aranceles preferenciales.

11.7 No se visarán órdenes que contengan estudios agregados a la indicación del médico.

11.8 Los recargos por estudios realizados fuera del horario de atención no tendrán cobertura a excepción de los derivados de una urgencia y/o emergencia.

11.9 Los recargos por traslados de equipos a sanatorios o domicilio serán por cuenta de los Beneficiarios.

12. SERVICIOS SANATORIALES

12.1 La cobertura de servicios sanatoriales se encuentra especificada en el anexo de servicios.

12.2 La orden de internación debe ser expedida por un profesional médico habilitado.


12.3 La orden de internación debe ser comunicada a OAMI con antelación a la internación y contener:

- a) Los apellidos y el/los nombres del/la paciente;
- b) El número de carné del/la paciente, expedido por OAMI.
- c) El diagnóstico definitivo o presuntivo.
- d) La cantidad de días probables de internación.
- e) El tratamiento propuesto.
- f) La fecha de su emisión;
- g) La fecha de internación; y
- h) La firma y sello del médico que expide la orden.

12.4 El presupuesto para las internaciones programadas, tanto clínicas como quirúrgicas, será emitido en las oficinas de OAMI en el plazo de cuarenta y ocho horas hábiles, que se computará desde la presentación de la documentación respectiva.

12.5 A los efectos de la emisión de la cobertura, las órdenes de internación vinculadas con casos de urgencia y/o emergencia deben ser presentadas a OAMI dentro de las veinte y cuatro horas hábiles posteriores a la internación.

12.6 Para internaciones derivadas de accidentes de tránsito, heridas con armas blanca o de fuego en los que se pueda presumir la comisión de un hecho punible se dará intervención al Ministerio Público y la cobertura será otorgada en forma provisoria por OAMI hasta la emisión del acto conclusivo de la

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 07 Código : F-GC-03 Fecha : 01/01/2024 Página 7 de 10
	NORMAS GENERALES	

investigación a la que estará supeditado el otorgamiento de la cobertura definitiva. Se determinará la presencia de drogas legales y/o ilegales en el organismo. En caso de dar positivo o si el Beneficiario se niega a practicarse las pruebas pertinentes, OAMI no brindará cobertura alguna por el hecho. En caso de muerte encefálica, se aplicará el procedimiento de acuerdo a la legislación vigente. Si el resultado estableciera la muerte encefálica, OAMI finalizará toda cobertura.

12.7 Si el Sanatorio elegido por el beneficiario no dispusiese de habitación libre, el/los beneficiario/s serán internados en otro centro que integre la guía de prestadores de OAMI.

12.8 OAMI otorgará la cantidad de días en sala y/o unidad de terapia intensiva (UTI) de acuerdo al motivo de internación, evaluado a través de la auditoría médica, hasta el tope máximo de cada plan. Cumplido ello todos los servicios posteriores carecen de cobertura.

12.9 En caso de internación en sala de UTI, adulto o pediátrico, tendrán cobertura según lo establecido en el Anexo de Servicios de cada Plan de Salud. Durante la estadía en UTI no tendrán cobertura la habitación en sala para acompañantes. Los días en terapia intermedia utilizados serán restados de la cantidad de días contemplados para la UTI.

12.10 El tope en cobertura de medicamentos y descartables en internaciones clínicas, quirúrgicas, unidad de terapia intensiva (UTI) o una combinación de ellas será computado por cada evento.

13. SERVICIOS SANATORIALES DE URGENCIA

13.1 OAMI solo otorgará cobertura en servicios de urgencias o emergencia de sanatorios cuando el motivo o diagnóstico corresponda a estos términos. En caso contrario, el costo respectivo deberá ser abonado por el beneficiario.

13.2 Se hallan fuera de cobertura por parte de OAMI los servicios no derivados de urgencia o emergencia, tales como trastornos de la personalidad, psicológicos, depresión, crisis nerviosa, ansiedad, chequeos de rutina, aplicación de medicación ambulatoria y otros similares. La que antecede es una enunciación no limitativa.

13.3 Los Sanatorios brindarán los servicios de urgencia y/o emergencia, durante las 24 horas, los 365 días del año, en las especialidades que los mismos dispongan.

13.4 En casos de urgencia/emergencia, los Beneficiarios deberán recurrir a los sanatorios que integran la guía de prestadores de OAMI.

13.5 Si el médico de guardia considera necesaria la participación de otros profesionales, se deberá solicitar la concurrencia de profesional habilitado por OAMI.

13.6 Los estudios de diagnóstico derivados de la urgencia cuentan con cobertura, conforme al Anexo de servicios, salvo las exclusiones establecidas en el artículo 19 de esta norma.

14. TRATAMIENTOS DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS

Todos los estudios y tratamientos relacionados con diagnósticos de patologías congénitas carecen de cobertura, a excepción de los hijos nacidos bajo la cobertura de maternidad o con antigüedad adquirida de la madre conforme lo establecido en la cláusula 1.2 Inc. A. Serán aplicables exclusivamente para estos casos, las coberturas para anomalías congénitas que se encuentran detalladas en el Anexo de Servicios del Plan de Salud, apartado cirugías pediátricas.

Las coberturas se limitan exclusivamente a lo establecido en el Anexo de Servicios por lo que todo lo que no se encuentre detallado en el mismo carece de cobertura.


15. TRATAMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD

La cobertura se otorgará según lo establecido en el Anexo de Servicios de Plan de Salud.

16. SERVICIO DE ASISTENCIA INTERNACIONAL AL VIAJERO

16.1 Características del Servicio: Este servicio es opcional y con vigencia anual. El titular solicitará su inclusión y/o la de los beneficiarios del grupo mediante el pago de la prima adicional. Las coberturas están detalladas en la descripción de cobertura de Asistencia al Viajero de la empresa prestadora de este servicio.

16.2 Vigencia de la cobertura: Entrará en vigencia a partir de la inclusión en el Padrón de beneficiarios

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 07 Código : F-GC-03 Fecha : 01/01/2024 Página 8 de 10
	NORMAS GENERALES	

y la consiguiente entrada en vigencia del mismo. En caso de mora, el usuario será excluido automáticamente. Una vez que el cliente se encuentre al día con sus obligaciones, OAMI lo incluirá nuevamente en el siguiente padrón de beneficiarios, según fecha tope de actualización mensual.

17. BENEFICIOS ADICIONALES

Se trata de servicios adicionales que OAMI pone a disposición del Beneficiario con los alcances y límites de los acuerdos que la misma concluya. Dichos servicios podrán estar sujetos a modificaciones. Para acceder a los beneficios adicionales, el beneficiario deberá estar al día en el pago de las cuotas.

17.1 Servicios odontológicos: OAMI definirá, a través de convenios, los alcances y límites de estos servicios.

17.2 Servicios de sepelio: para contar con el servicio el titular deberá solicitar la asistencia a OAMI en la brevedad cuando se produzca el hecho. En casos de eventos múltiples, correspondientes a un mismo grupo familiar, el beneficio se extenderá hasta cinco servicios.

18. DESCUENTOS ESPECIALES

OAMI podrá acordar convenios de descuentos especiales en servicios relacionados a la salud a favor de sus beneficiarios, los cuales se otorgarán con la sola presentación de la credencial.

19. EXCLUSIONES

No cuentan con cobertura, por lo que OAMI podrá transferir con cargo paciente los montos relacionados a:

19.1 Los gastos médicos ambulatorios, de internación, honorarios profesionales directamente relacionados con aquellas enfermedades, lesiones y tratamientos que no se encuentren contemplados en el Anexo de Servicios, así como sus consecuencias.

19.2 Los gastos derivados de las prestaciones médicas realizadas por profesionales y/o centros médicos no incluidos en la Guía de prestadores, así como sus consecuencias.

19.3 Todos los servicios relacionados aquellas preexistencias, conocidas o no por el beneficiario.

19.4 Los tratamientos, intervenciones o estudios médico-laboratoriales vinculados a enfermedades o lesiones que sean consecuencia directa o indirecta de catástrofes, epidemias o pandemias oficialmente declaradas, así como de reacciones y accidentes nucleares.

19.5 Los tratamientos de estética, quirúrgicos o no, cualquiera sea la técnica o procedimiento que se utilice, incluyendo tratamiento para adelgazar de cualquier índole, sea mediante cirugía bariátrica (Balón Intra-gástrico, bypass gástrico, bandeado, banda gástrica ajustable) y sus eventuales complicaciones, así como los estudios de control previos y posteriores a dichas cirugía.

19.6 Todo tipo de evento derivado de la trasgresión de las leyes y reglamentaciones vigentes, en donde el/la beneficiario/a tomó participación en su comisión, sea en forma directa o indirecta.

19.7 Todo evento derivado de la participación en duelos, riñas, vandalismo, peleas callejeras o hechos punibles comprobados, así como en guerra civil o internacional, rebelión, sedición o motín, tumulto popular, guerrilla, terrorismo, huelga.

19.8 Tratamientos especializados en alergia, incluidas las vacunas.

19.9 Todos los casos vinculados a la infertilidad masculina o femenina, así como sus técnicas, tratamientos y/o exámenes de fertilización, en todos sus aspectos.

19.10 Cobertura de maternidad en caso de utilización de cualquier tipo de técnica de reproducción asistida.

19.11 Cobertura de tratamientos e internaciones relacionados con diagnósticos oncológicos, a partir del segundo evento.

19.12 Cobertura de diagnósticos oncológicos en los planes tipo C y tipo D

19.13 Los estudios de control posteriores en diagnósticos oncológicos.


19.14 Los tratamientos médicos anticonceptivos, incluidos la colocación de dispositivos, las consultas, honorarios médicos, tratamientos y los exámenes de control.

19.15 Los abortos provocados.

19.16 Las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

19.17 Los eventos derivados de los trastornos de la personalidad, psicológicos, depresión, crisis nerviosa, ansiedad, cualquiera sea la patología y sus consecuencias. Esta es una enunciación no limitativa.

19.18 Se hallan fuera de cobertura por parte de OAMI los servicios de urgencias para chequeos de rutina,

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 07 Código : F-GC-03 Fecha : 01/01/2024 Página 9 de 10
	NORMAS GENERALES	

aplicación de medicación ambulatoria y otros similares.

19.19 Los eventos derivados de automedicación, consumo de alcohol o de drogas o cualquier tipo de adicción, incluyendo sus consecuencias o las patologías derivadas de estas.

19.20 Las consecuencias derivadas de cualquier tipo de intento de autoeliminación, sea por la ingestión voluntaria de medicamentos en dosis superior a la indicada con fines terapéuticos, productos biológicos o sustancias tóxicas o venenosas, así como las lesiones auto inferidas de cualquier tipo y sus consecuencias.

19.21 Ningún servicio particular de enfermería, sea o no domiciliaria, así como los gastos de acompañantes en sanatorios o centros asistenciales en general.

19.22 Los eventos derivados de accidentes de trabajo, en general.

19.23 Los estudios y tratamientos de enfermedades, lesiones y accidentes derivados de la práctica deportiva profesional.

19.24 Los eventos derivados de la participación, como conductor o integrante de equipos, en competencias con vehículos de cualquier clase, así como los producidos en justas hípicas o en pruebas de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos autopropulsados.

19.25 La atención y los estudios médicos que resulten necesarios como consecuencia de la práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo autorizado.

19.26 Los servicios médicos necesarios para el tratamiento de afecciones causadas por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, escalamiento de montañas o la práctica del paracaidismo o el aladeltismo.

19.27 Los eventos derivados de actividades de alto riesgo: a) al armado de torres; b) buceos; c) a la sustitución de actores o actrices en calidad de dobles; d) a la conducción de personas como guías de montañas; e) manipulación de explosivos; f) jockey, g) en usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas; h) rugby i) práctica de deportes de contacto j) otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogo peligro. Esta es una enunciación no limitativa.

19.28 Los tratamientos de fisioterapia en pacientes internados o a domicilio


19.29 Los medicamentos, prótesis, órtesis y el material descartable que se detallan a continuación:

1 Extractos alérgicos; 2. Frasco de sangre; 3. Plasma; 4. Aparatos ortopédicos; 5. Gafas; 6. Lente intraocular; 7. Sangre y sus derivados; 8. Albúmina humana y similares; 9. Prótesis de cualquier tipo necesarias en la atención médico-quirúrgica, radiológica, odontológica e internaciones. 10. Faja de uso en parto/cesárea y/o para cualquier procedimiento quirúrgico o internación clínica. 11. Cosméticos en general, como shampoo, crema de enjuague, dentífrico, jabones, cremas u otros de similar carácter. 12. Toallas higiénicas, protectores diarios, pañal de adulto, toalla de papel, alcohol en gel, sujetador u otros análogos. 13. Artículos de bebés: tales como cremas, shampoo, leche, pezonera, succionador, quita leche, pañal, biberones, chupete, perita de goma, pinza umbilical, pulserita de identificación, agenda pediátrica. 14. Leche, alimentos especiales, preparados de nutrición enteral y parenteral. 15. Termómetro. 16. Vacunas en general y especialmente la anti RH y antitetánica. 17. CD para vídeo. 18. Sustancias visco elásticas en general, Lente Intra Ocular, solución salina, facoemulsificación (FACO), microscopio, diabólos, mallas. 19. Clips, trócares, hemosuc, fleboextractor. 20. Prótesis material de osteosíntesis, cabestrillo, férula digital, andador, bastón u otros de utilidad similar. 21. Tira de HGT (HemoglucoTest), lancetas, glucocheck, jeringas de insulina. 22. Enemol y sus descartables. 23. Vitaminas, hierro, energizantes u otros de utilidad similar. 24. Aerocámara, triflow y bombas de succión.

25. Bolsas para ostomias. 26. Medicamentos de uso habitual por el paciente, tales como antihipertensivos, antidiabéticos, hipolipemientes, no siendo esta individualización limitativa. 27. Medicamentos indicados al alta o las horas previas al alta o medicamentos en casos de internaciones de un día que consumirán en el domicilio.

19.30 Las consultas, técnicas o procedimientos que sean de medicina alópata, tales como medicina naturalista, homeopática, acupunturista, así como tratamientos médico-quirúrgicos, cualquiera sea la técnica o procedimiento realizados por profesionales no calificados y toda internación con fines de reposo que no tenga como finalidad la recuperación de la salud.

19.31 Los honorarios de profesionales médicos y costos de sanatorios, laboratorios e Institutos de diagnósticos no habilitados en la guía de prestadores de OAMI, así como el tratamiento o internación en centros asistenciales o por profesionales que no estén debidamente calificados o autorizados por las autoridades competentes de acuerdo a las leyes vigentes.

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión : 07 Código : F-GC-03 Fecha : 01/01/2024 Página 10 de 10
	NORMAS GENERALES	

19.32 Los tratamientos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como los relacionados con dicha enfermedad.

19.33 Los estudios y tratamientos, en general, relacionados con anomalías congénitas, salvo las expresadas en estas normas.

19.34 El tratamiento de quemaduras, cuando superan el 30% de la superficie corporal o requieran ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

19.35 Los trasplantes en general y sus consecuencias.

19.36 Los injertos en general y sus consecuencias.

19.37 Los tratamientos de radioterapia, cobaltoterapia, quimioterapia y otras terapias de tratamiento oncológico y sus consecuencias.

19.38 Los tratamientos de escleroterapia de várices, electrocoagulación cauterización y electrofulguración, salvo las expresamente citadas en el Anexo de Servicios.

19.39 Todo lo relacionado a diálisis por insuficiencia renal aguda o crónica.

19.40 Los tratamientos de laserterapia y similares.

19.41 Los eventos derivados de actividades militares, policiales o de guardias privadas.

19.42 Los honorarios por atención a familiares directos de los profesionales médicos (padres, hijos cónyuges, nietos).

19.43 Las consecuencias o complicaciones derivadas de la voluntad del paciente, sus familiares y/o responsables, de no ser tratado o interrumpir el tratamiento indicado por el médico tratante.

19.44 Las consecuencias derivadas del alta o retiro voluntario del paciente del centro prestador, antes de que ésta sea indicada por los profesionales tratantes.

19.45 Las consecuencias o complicaciones derivadas del incumplimiento de las prescripciones médicas.

19.46 Los eventos clínicos o quirúrgicos cuyo diagnóstico resulte inconsistente con estudios/informes previos o complementarios analizados por la Auditoría Médica.