

**ANEXO A**  
**CONDICIONES GENERALES DEL PROGRAMA DE “ELEBAR SALUD PLUS”**

**1. INTRODUCCION.**

**IGS** con su programa **ELEBAR SALUD PLUS** acerca Asistencia Médica a toda hora y en todo el territorio nacional. **IGS** brindará los Servicios en los términos y condiciones que se describen en la cláusula primera las 24 horas del día, los 365 días del año. Con tan sólo una llamada a los números **4390-7623 / 0810 222 7444**. **IGS** dispondrá de todos aquellos recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier contingencia prevista por el Servicio, sujetándose en la prestación del mismo a las condiciones pactadas.

**2. GLOSARIO DE TERMINOS**

Siempre que se utilicen letras mayúsculas en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

- A. **IGS:** INTEGRAL GROUP SOLUTION S.A.
- B. **AFILIADO:** Es el **AFILIADO** que esté incorporado y que haya contratado **ELEBAR SALUD PLUS**
- C. **BENEFICIARIO:** Son **BENEFICIARIOS** del **AFILIADO** el cónyuge o conviviente según art. 509 y siguientes del Código Civil y Comercial de la Nación, hijos y/o dependientes menores de 18 años que vivan permanentemente bajo su dependencia económica en una misma vivienda. Estos podrán gozar de todos los servicios a los que tiene derecho el **AFILIADO** de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente.
- D. **PESOS:** La moneda de curso legal vigente en la República Argentina.
- E. **SERVICIOS:** Los servicios de asistencia prestados en forma directa por **IGS**, o a través de terceros a quienes dicha compañía contrate bajo su exclusiva responsabilidad contemplada en el presente.
- F. **SITUACIÓN DE ASISTENCIA:** Todo hecho, acto, accidente de un **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** ocurrido en los términos y con las características y limitaciones establecidas en las condiciones generales del **PROGRAMA DE ASISTENCIA**, que den derecho a la prestación de los **SERVICIOS**.
- G. **ACCIDENTE:** Todo acontecimiento que provoque daños corporales a un **AFILIADO y/o BENEFICIARIO**, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad preexistente) que ocurra a un **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** durante la vigencia de las condiciones generales del **PROGRAMA DE ASISTENCIA**
- H. **EVENTO:** Cada suceso que implique una necesidad de hacer uso de los **SERVICIOS** y por el cual un técnico, empleado, médico, profesional, operador y/o ambulancia de **IGS** se presente ante un **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** para proceder a la prestación de los **SERVICIOS**.
- I. **REFERENCIA:** Información actualizada y fehaciente concerniente a los rubros detallados en el presente, que es provista por **IGS** telefónicamente al **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** en la solicitud del **PROGRAMA DE ASISTENCIA**
- J. **COORDINACIÓN:** Actividad administrativa provista por **IGS** que implica sincronizar distintas acciones y definir la manera más adecuada de aglutinar los recursos disponibles para cumplir con la solicitud del **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** en relación con los rubros detallados en el presente.
- K. **GESTIÓN:** Es el proceso mediante el cual se obtienen, despliegan y coordinan una variedad de recursos básicos para conseguir determinados objetivos en miras de la consecución de un fin específico.
- L. **COSTO PREFERENCIAL:** **IGS** trasladará a sus **AFILIADO y/o BENEFICIARIOS** las tarifas preferenciales que maneja con todos sus prestadores y que en todos los casos intentará ser menor al precio ofrecido en el mercado local.
- M. **PROVEEDOR:** Empresa o persona física especializada en los rubros detallados en el presente, que en representación de **IGS** asista al **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** en cualquiera de los servicios descritos en las presentes condiciones generales.
- N. **PERSONAL:** Es todo personal, permanente o transitorio, en relación de dependencia y/o contratado y/o bajo cualquier otra modalidad que destine **IGS** al cumplimiento del contrato, anexos y adendas, siendo a su exclusivo cargo la observancia de todas las obligaciones laborales y previsionales que correspondan al efecto.
- O. **PAIS DE RESIDENCIA:** Para fines de estas condiciones generales, el territorio de la República Argentina.
- P. **REPRESENTANTE:** Cualquier persona, sea o no acompañante del **AFILIADO** que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los **SERVICIOS**.

- Q. **RESIDENCIA PERMANENTE:** El domicilio habitual en la república Argentina que manifieste tener un **AFILIADO** al momento de suscribir el servicio de asistencia o cualquier otro domicilio que el **AFILIADO** haya notificado a **IGS** con posterioridad a la vinculación a las mencionadas condiciones generales de servicio, siempre que se encuentre dentro del territorio nacional. Domicilio que será considerado como el del **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** para los efectos de los servicios de asistencia objeto de estas condiciones generales.
- R. **REINTEGRO:** solo se procederá al reintegro cuando **IGS** lo considere conveniente, y para proceder al mismo se deberá presentar la documentación respaldatoria junto a la Factura, o documento que la reemplace, completa en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular y emitida por el Establecimiento, que acredite la prestación brindada al **AFILIADO y/o BENEFICIARIO**.
- S. **ENFERMEDAD:** toda condición médica que sufra el **AFILIADO y/o BENEFICIARIO**. que no sea preexistente a la Fecha de Inicio de los Servicios de Asistencia.

### **3. ASISTENCIA MEDICA EN PRIMERA INSTANCIA**

**IGS** pone a disposición de los **AFLIADOS** atención medica al momento orientado a atención por guardia, tratamientos sintomáticos leves, urgencia o accidente.

#### **3.1. TRASLADO MÉDICO TERRESTRE (AMBULANCIA) POR EMERGENCIA – 24 HS**

En caso de que el **AFILIADO/ BENEFICIARIO** sufra una enfermedad grave o accidente con riesgo de vida, a solicitud del **AFILIADO**, **IGS** 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, **IGS** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad **SIN COSTO NI LIMITE DE EVENTOS**.

En el presente servicio no se contemplan traslados programados, únicamente por urgencia y traslado en el momento.

#### **3.2. SERVICIO DE TELEMEDICINA**

A solicitud del **AFILIADO** se coordinará el enlace con un médico clínico para realizar una videoconferencia. De ser posible se brindará la asistencia en el momento, de lo contrario se agendará en el transcurso del día en un plazo no mayor a 12 hs. El médico realizará el diagnóstico y le brindará las indicaciones según la sintomatología presentada. De ser necesario y a criterio del profesional de salud, podrá recetarle medicamentos de venta libre o bajo receta. No se realizarán recetas a pacientes bajo tratamiento para continuidad del mismo o transcripciones de receta. El médico se reserva el derecho no hacer diagnóstico y derivar al paciente a una consulta personalizada.

**EL PRESENTE SERVICIO SERÁ PRESTADO CON UN LIMITE DE 12 EVENTOS POR AÑO Y SIN LIMITE POR EVENTO.**

#### **3.3. MEDICO A DOMICILIO**

En caso de que el **AFILIADO/ BENEFICIARIO** sufra una enfermedad o padecimiento agudo y que requiera la evaluación o diagnóstico de un médico general, a solicitud del **AFILIADO**, **IGS** gestionará el traslado del médico a la residencia del **AFILIADO**, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del **AFILIADO** siempre y cuando exista la infraestructura privada en la zona que lo permita. En caso de no existirla, **IGS** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad. **IGS** no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el beneficiario o terceros.

**EL SERVICIO DE MÉDICO A DOMICILIO SERÁ PRESTADO CON UN LIMITE DE 12 EVENTOS POR AÑO Y UN LIMITE DE \$8.000 POR EVENTO.**

#### **3.4. ENFERMERA A DOMICILIO**

En caso de que el **AFILIADO/ BENEFICIARIO** requiera colocarse inyecciones o realizarse curaciones de una herida o quemadura, a solicitud del **AFILIADO**, **IGS** gestionará el traslado de una enfermera a la residencia del **AFILIADO**, siempre y cuando exista la infraestructura privada en la zona que lo permita. **EL SERVICIO DE ENFERMERA A DOMICILIO SERÁ PRESTADO CON UN LIMITE DE 12 EVENTOS POR AÑO Y UN LIMITE DE \$7.000 POR EVENTO.**

### 3.5. ASISTENCIA ODONTOLÓGICA POR EMERGENCIA O DOLOR AGUDO

En caso de una situación de dolor dental intenso, **IGS** brindará al **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** la atención odontológica necesaria para solucionar la emergencia en el centro odontológico de su red más cercano a la **RESIDENCIA PERMANENTE** del **AFILIADO y/o BENEFICIARIO**, además de proporcionarle un diagnóstico posterior para el inicio de tratamiento en caso de ser necesario. La atención considera los costos derivados de calmantes para el dolor, radiografías periapicales y coronales, extracción simple de cualquier pieza (excepto muela del juicio), diagnóstico y presupuesto del tratamiento posterior.

**MONTO DE COBERTURA: \$10.000 HASTA 12 EVENTOS AL AÑO.**

### 3.6. DESCUENTO DEL 50% EN MEDICAMENTO RECETADOS

Por el presente servicio, **IGS** pone a disposición del **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** la posibilidad de recibir un descuento del 50% sobre la compra de medicamentos recetados. Cuando el **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** requiera hacer uso del descuento mencionado, debe comunicarse con **IGS** a los nros. asignados, para que ésta le informe la **FARMACIA ADHERIDA** más cercana a su **RESIDENCIA PERMANENTE** o al lugar dónde este se encuentre. En todos los casos el **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** debe llamar a **IGS** para autorizar la receta sobre la cual operará el descuento. El **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** debe presentar en todos los casos el DNI, no es indispensable que el **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** concorra a la **FARMACIA ADHERIDA**, 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 (o receta electrónica):

· Denominación de la entidad

· 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.

Límites de cantidades: Sin tratamiento prolongado

Renglones por receta: Hasta 3(tres)

Envases por renglón: Hasta 1 (uno)

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 utilizadas en el tratamiento del HIV;
10. Elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, pastas, polvos e hilo dental;
11. Fórmulas magistrales, flores de Bach y herboristería;
12. Interferones;
13. Productos de perfumería, cosmética y dermatocosmética;
14. Productos de uso exclusivo en internación;
15. Productos de venta libre;
16. Productos dietéticos, alimenticios y leches;
17. Productos que actúan sobre el crecimiento. (Hormona de crecimiento y anabólicos);

18. Productos que regulan la natalidad. (Anticonceptivo orales, locales y productos para tratamiento de la esterilidad);
19. Productos sin troquel;
20. Soluciones parenterales de pequeño y gran volumen;
21. Sueros y vacunas;

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

Las **FARMACIA ADHERIDA** atenderán al **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** 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 50% de descuento no es acumulativo a cualquier otro descuento relacionado con las obras sociales, prepagas, etc.

En todos los casos el **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** debe comunicarse con **IGS** telefónicamente para indicarle la

**FARMACIA ADHERIDA** más cercana y autorizar la prestación.  
**MONTO EN COBERTURA \$2.000 HASTA 12 EVENTOS AL AÑO**

#### **4. ASISTENCIA POR INTERNACIÓN**

Para acceder a los servicios contemplados en el presente clausulado se le solicitara al **AFILIADO** certificado médico de internación expedido por autoridad medica e indicando fecha de intervención y días de internación.

##### **4.1. SERVICIOS DE ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO/ ENFERMERO (NOCTURNO) POR INTERNACIÓN**

En caso que el **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** durante la INTERNACIÓN no pudiera ser acompañado por un familiar durante la noche y requiriera asistencia permanente según sea determinado por el equipo médico de **IGS** se cubrirá el costo de un acompañante nocturno (enfermero o acompañante terapéutico) El **EXCEDENTE** en caso de haberlo será abonado por el **AFILIADO**.

Este **SERVICIO** será brindado en las **PRINCIPALES CIUDADES** del país. En el resto de las ciudades el **IGS** hará su mayor esfuerzo por contactar a un acompañante nocturno con la mayor rapidez posible.

**Este servicio será prestado hasta un límite de \$6.000 diarios, con un límite máximo de 6 noches.**

##### **4.2. GUARDERIA CANINA POR INTERNACION**

A solicitud del **AFILIADO**, en el caso que el mismo se encuentre **INTERNADO** y solicite tanto una **GUARDERIA** O **EL PASEO DE SU MASCOTA** en este periodo de internación, bajo **AUTORIZACION Y DESIGNACION**. **IGS** podría solicitar certificado médico que acredite internación.

En el caso de haber excedentes en el servicio son a cargo del **AFILIADO**.

**Este servicio será prestado hasta un límite de \$7.000 diarios, con un límite máximo de 6 días.**

##### **4.3. SERVICIO DE LAVANDERÍA POR INTERNACIÓN**

A solicitud del **AFILIADO**, en el caso que el mismo se encuentre **INTERNADO** se coordinara el servicio de lavandería (valet – hasta 6 kgs de ropa o blanquería seca). El mismo consta de retiro y entrega en la **RESIDENCIA PERMANENTE DEL AFILIADO**

**Este servicio será prestado hasta un límite de \$5.000 por evento, con un límite máximo de 6 eventos.**

##### **4.4. REEMBOLSO DE CANASTA BASICA POR INTERNACIÓN**

**IGS** enviará al **DOMICILIO RESIDENCIAL** del **BENEFICIARIO** una canasta con alimentos básicos determinados por **IGS**.

La canasta podrá incluir todos o algunos de los siguientes alimentos: pan, galletitas, arroz, harinas, fideos, papas, batatas, azúcar, dulces, legumbres secas, hortalizas, frutas, carnes, leche, huevo, queso, aceites, bebidas, sal, vinagre, café, té, yerba.

El monto incluye alimentos y envío de la canasta.

**Este servicio será prestado hasta un límite de \$10.000 por internación con un límite de 3 internación al año.**

#### **4.5. REEMBOLSO DE GASTOS EN ORTOPEDIAS**

Por el presente servicio, **IGS** pone a disposición del **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** la posibilidad de recibir un descuento del 50% sobre el alquiler de silla de ruedas, muletas, bota "Walker", cuello ortopédico o philadelphia, andadores ortopédicos plegables, cabestrillos en casas de ortopedia. El presente servicio requiere prescripción médica y debe ser previamente autorizado por el equipo médico de **IGS**. Incluye alquiler de cama ortopédica (colchón hospitalario o antiescaras) y equipos de internación domiciliaria o baño ortopédico.

**Este servicio será prestado hasta un límite de \$10.000 por internación con un límite de 3 internación al año.**

#### **4. ASISTENCIAS PARA ELLAS**

**IGS** pone a disposición de las **AFILIADAS Y BENEFICIARIAS** asistencias en todo momento para el cuidado y la prevención de la salud femenina. Consultas y atención 24hs con los mejores especialistas con toda la discreción, sensibilidad e importancia que merecen las consultas médicas de género.

##### **4.1. EXAMEN PREVENTIVO MAMOGRAFÍA (ECOGRAFÍA DE MAMAS)**

Las **AFILIADAS/ BENEFICIARIAS** podrán coordinar con **IGS** y nuestra red de clínicas un **EXAMEN PREVENTIVO MAMOGRAFÍA (ECOGRAFÍA DE MAMAS)** con previa autorización de la cabina de servicios y prescripción médica.

**Este servicio será prestado hasta un límite de \$7.000 por evento con un límite de 1 evento al año.**

##### **4.2. EXAMEN PREVENTIVO CITOLOGIA (PAPANICOLAU)**

Las **AFILIADAS/ BENEFICIARIAS** al programa podrán coordinar con **IGS** y nuestra red de clínicas un **EXAMEN PREVENTIVO CITOLOGÍA (PAPANICOLAU)** con previa autorización de la cabina de servicios y prescripción médica.

**Este servicio será prestado hasta un límite de \$7.000 por evento con un límite de 1 evento al año.**

##### **4.3. PHONO OBSTETRA/ GINECOLOGO ONLINE: consultas y acompañamiento – 2da opinión MEDICA (EMBARAZO)**

A solicitud de la **AFILIADA/ BENEFICIARIA** se coordinará el enlace con un médico **GINECOLOGO U OBSTETRA** para realizar una videoconferencia o consulta telefónica. De ser posible se brindará la asistencia en el momento, de lo contrario se agendará en el transcurso del día en un plazo no mayor a 12 hs. El médico realizará el diagnóstico y le brindará las indicaciones según la sintomatología presentada. De ser necesario y a criterio del profesional de salud, podrá recetarle medicamentos de venta libre o bajo receta. No se realizarán recetas a pacientes bajo tratamiento para continuidad del mismo o transcripciones de receta. El médico se reserva el derecho no hacer diagnóstico y derivar al paciente a una consulta personalizada.

**Este servicio será prestado sin límite por evento y hasta de 4 evento al año.**

## **5. ASISTENCIAS PARA ELLOS**

IGS pone a disposición de los **AFILIADOS Y BENEFICIARIOS** asistencias en todo momento para el cuidado y la prevención de la salud masculina. Consultas y atención 24hs con los mejores especialistas con toda la discreción, sensibilidad e importancia que merecen las consultas médicas de género.

### **5.1. ANALISIS DE SANGRE ANTIGENO DE PROSTATA**

Los **AFILIADOS/ BENEFICIARIOS** podrán coordinar con **IGS** y nuestra red de clínicas un **ANALISIS DE SANGRE – ANTIGENO DE PROSTATA** con previa autorización de la cabina de servicios y prescripción médica.  
**Este servicio será prestado hasta un límite de \$7.000 por evento con un límite de 1 evento al año.**

### **5.2. EXAMEN RECTAL DIGITAL**

Los **AFILIADOS/ BENEFICIARIOS** podrán coordinar con **IGS** y nuestra red de clínicas un **EXAMEN RECTAL DIGITAL** con previa autorización de la cabina de servicios y prescripción médica.  
**Este servicio será prestado hasta un límite de \$7.000 por evento con un límite de 1 evento al año.**

### **5.3. PHONO UROLOGO O PROCTOLOGO ONLINE: CONSULTA, DUDAS – 2DA OPINION MEDICA**

A solicitud del **AFILIADO/ BENEFICIARIO** se coordinará el enlace con un médico **UROLOGO O PROCTOLOGO** para realizar una videoconferencia o consulta telefónica. De ser posible se brindará la asistencia en el momento, de lo contrario se agendará en el transcurso del día en un plazo no mayor a 12 hs. El médico realizará el diagnóstico y le brindará las indicaciones según la sintomatología presentada. De ser necesario y a criterio del profesional de salud, podrá recetarle medicamentos de venta libre o bajo receta. No se realizarán recetas a pacientes bajo tratamiento para continuidad del mismo o transcripciones de receta. El médico se reserva el derecho no hacer diagnóstico y derivar al paciente a una consulta personalizada.  
**Este servicio será prestado sin límite por evento y hasta de 4 evento al año.**

## **6. ELEBAR TE CUIDA**

IGS pone a disposición de los **AFILIADOS Y BENEFICIARIOS** asistencias en todo momento para el cuidado y la prevención de la salud. Chequeo medico anual, no deje de compartirnos los resultados para una segunda opinión.

### **6.1. ANALISIS DE LABORATORIO**

El **AFILIADO/ BENEFICIARIO**, tendrá derecho a solicitar la coordinación con un centro médico que IGS designe, para realizarse todos o algunos de los exámenes de laboratorio indicados a continuación: hemograma completo, creatinina, glucemia, uremia, TSH y Orina Completo, que hayan sido ordenados por el médico.

**Este servicio será prestado hasta un límite de \$6.000 por evento con un límite de 3 eventos al año.**

### **6.2. REVISIÓN OFTALMOLGOICA**

El **AFILIADO/ BENEFICIARIO**, tendrá derecho a solicitar la coordinación de hora con un centro médico, para realizarse el examen oftalmológico, la realización de la consulta será llevada a cabo con un profesional de la especialidad.

La consulta oftalmológica incluirá la revisión y prescripción profesional que es habitual en una primera consulta médica de especialidad y no incluirá exámenes complementarios o el pago de cualquier receta emitida por el oftalmólogo.

**Este servicio será prestado hasta un límite de \$6.000 por evento con un límite de 3 eventos al año.**

### **6.3. ELECTROCARDIOGRAMA**

El **AFILIADO/ BENEFICIARIO**, tendrá derecho a solicitar la coordinación de hora con un centro médico, para realizarse el examen de electrocardiograma con informe por Médico Cardiólogo, que hayan sido ordenados por el médico.

**Este servicio será prestado hasta un límite de \$6.000 por evento con un límite de 3 eventos al año.**

#### **6.4. RADIOGRAFIA DE TORAX**

El **AFILIADO/ BENEFICIARIO**, tendrá derecho a solicitar la coordinación de hora con un centro médico que IGS designe, para realizarse una placa o Radiografía panorámica de Tórax de frente que hayan sido ordenados por el médico.

**Este servicio será prestado hasta un límite de \$6.000 por evento con un límite de 3 eventos al año.**

#### **6.5. ASISTENCIA PSICOLOGICA VIRTUAL**

El **AFILIADO/ BENEFICIARIO** podrá tener acceso al servicio de Asistencia Psicológica telefónica en casos de Ansiedad, estrés, Depresión, Problemas familiares, Balance Vida Personal-Laboral, Adicciones y/o Situaciones de Crisis en la que contará con un profesional en salud mental las 24 horas, los 365 días del año.

**Este servicio será prestado sin límite por evento y hasta de 6 eventos al año.**

### **7. PACK PLUS**

Un pack de asistencias para que puedas gozar de los mejores beneficios y cuidar tu salud

#### **7.1. CONSULTA CON NUTRICIONISTA**

A solicitud del **AFILIADO/ BENEFICIARIO** se coordinará una videoconferencia con un médico nutricionista para evacuar todas las dudas o consultas que el **AFILIADO/ BENEFICIARIO** tenga en relación a sus hábitos alimentarios o enfermedades como: alergia alimentaria, anemia, anemia por deficiencia de hierro, anorexia nerviosa, aumento de peso, obesidad, bulimia, diabetes, colesterol. El mismo podrá efectuar un plan de alimentación (dieta) y un seguimiento para el cumplimiento del tratamiento.

**Este servicio será prestado hasta un límite de \$4.000 por evento con un límite de 6 eventos al año.**

#### **7.2. DESCUENTO DEL 50% EN LENTES RECETADOS**

Por el presente servicio, **IGS** pone a disposición del **AFILIADO/ BENEFICIARIO** la posibilidad de recibir un descuento del 50% sobre la compra de lentes recetados. Cuando el **AFILIADO/ BENEFICIARIO** requiera hacer uso del descuento mencionado, debe comunicarse con IGS a los N° asignados, para que esta le informe la **OPTICA ADHERIDA** más cercana a su **RESIDENCIA PERMANENTE** o al lugar dónde este se encuentre. En todos los casos el **AFILIADO/ BENEFICIARIO** debe llamar a **IGS** para autorizar la receta sobre la cual operará el descuento. 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
- Nombre y Apellido del afiliado/beneficiario
- 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.

Los descuentos mencionados se aplicarán únicamente sobre lentes recetados, con excepción de lo siguiente:

1. Accesorios
2. Productos de perfumería, cosmética y dermatocosmética;
3. Productos de venta libre
4. Marco

No se realizarán reintegros sin autorización de **IGS**; el **AFILIADO/ BENEFICIARIO** debe abstenerse de incurrir en gastos en ópticas no autorizadas por **IGS**.

Las ópticas prestadoras atenderán a los **AFILIADO + BENEFICIARIOS** en el horario habitual de atención al público.

El beneficio del descuento no es acumulativo a cualquier otro descuento relacionado con las obras sociales, prepagas, etc. El descuento no opera sobre anteojos para protección solar.

### **7.3. COORDINACIÓN DE SESIONES DE KINESIOLOGÍA**

En caso de ser recetado por su médico matriculado y autorizado por personal médico de IGS. Se coordinarán sesiones de rehabilitación en centro de kinesiología a designar por IGS hasta la suma de \$3.000 (tres mil pesos) y hasta 12 eventos al año.

Para hacer efectivo el reembolso se le solicitara al afiliado el ticket o comprobante que acredite la compra realizada, dentro de los 60 días de ocurrido el accidente, y el certificado médico correspondiente

### **7.4 RETIRO Y ENVÍO DE ESTUDIOS/ ANALISIS AL DOMICILIO**

A solicitud del **AFILIADO** y siempre que el centro médico lo permita, **IGS** coordinará el envío de resultados de análisis de laboratorio e imágenes al domicilio que el **AFILIADO** le indique.

El servicio se brinda con un LÍMITE DE \$3.000 Y HASTA 6 EVENTOS AL AÑO.

### **7.5 WELL TEST**

A solicitud del **AFILIADO/ BENEFICIARIO** y siempre que haya sido recetado por un medico se coordinaran para realizar los siguientes estudios y conocer el estado de salud del **AFILIADO**: riesgo coronario, espirometría, ergometría, prueba de esfuerzo, dolor cardiaco y ecografía de tórax.

El servicio se brinda con un LÍMITE DE \$8.000 Y HASTA 6 EVENTOS AL AÑO.

## **8. CASOS DE EXCEPCIÓN A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA**

**IGS** no prestará los **SERVICIOS** en caso de que se produzcan las siguientes situaciones:

- A)** La mala fe del afiliado comprobada por el personal de **IGS**.
- B)** Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.
- C)** Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
- D)** Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- E)** La energía nuclear radiactiva.
- F)** Enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos y de las diagnosticadas con anterioridad a la afiliación del programa **“ELEBAR SALUD PLUS”**
- G)** La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- H)** Enfermedades mentales.
- I)** La adquisición y uso de prótesis o anteojos.

## **9. OBLIGACIONES DEL AFILIADO:**

Con el fin de que el **AFILIADO** pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- A)** Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con **IGS**.
- B)** Queda entendido que en caso de que el **AFILIADO** establezca su residencia permanente en un lugar distinto al territorio de la República Argentina, la relación entre **IGS** y el **AFILIADO** se tendrá por extinguida, con lo cual **IGS** se verá liberada de su obligación de prestar los servicios contemplados en el presente contrato y el **AFILIADO** se verá liberado de su obligación de pagar las cuotas necesarias para recibir los servicios aquí establecidos.
- C)** Identificarse como **AFILIADO** ante los funcionarios de **IGS** o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

## **10. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA:**

En caso de que un **AFILIADO** requiera de los servicios contemplados, se procederá de la siguiente forma:

- A)** El **AFILIADO** que requiera del servicio se comunicará con **IGS** a los números telefónicos especificados en este Anexo.



- B) El **AFILIADO** procederá a suministrarle al funcionario de **IGS** que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como **AFILIADO**, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales; como la ubicación exacta del **AFILIADO**; un número telefónico en el cual localizarlo; descripción por el **AFILIADO** del problema que sufre, el tipo de ayuda que precise.
- C) Queda entendido que el personal de **IGS** únicamente prestará los servicios contemplados en este Anexo, a las personas que figuren como **AFILIADOS o BENEFICIARIOS**.
- D) Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, **IGS** le prestará al **AFILIADO** los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente Anexo y lo que le será comunicado a cada **AFILIADO** en el momento del alta del servicio.

En caso de que el **AFILIADO** no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados, **IGS** no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no-prestación de los servicios relacionados con el presente Anexo.

#### **11. LIMITE DE RESPONSABILIDAD.**

Queda expresamente establecido que **IGS** se obligará frente a los **AFILIADOS** y sus **BENEFICIARIOS** solo en los límites establecidos en el presente Anexo.

#### **12. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.**

Queda entendido que **IGS** podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad.