

NUEVA AFILIACION

CONTINUIDAD: en todos los casos de continuidad, se respetará la antigüedad, no habrá carencias ni se considerarán las preexistencias de salud.

Prepaga/Producto/Línea: _____, Plan: _____, Cuota acordada: _____, Adicional de cuota: _____, Total de cuota: _____

Fecha de Ingreso: __ / __ / ____

ENSALUD S.A - REGLAMENTO GENERAL DE SUS PLANES DE SALUD

El presente Reglamento General establece las condiciones de contratación y los lineamientos generales de cobertura, razón por la cual, a los efectos de regir la relación del asociado/afiliado y/o adherente con ENSALUD S.A. Medicina Privada PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, este instrumento se complementa con el anexo correspondiente a las condiciones particulares del plan contratado, la lista de precios aplicada al mismo y los instrumentos individualizados en el punto X del presente. El presente deberá estar firmado tanto por los nuevos ingresantes al servicio como también por los asociados que continúen la afiliación.

1 INTRODUCCIÓN

1.1 **Ensalud S.A.**, brinda a sus asociados directos, corporativos o de convenios prestacionales con otros administradores de salud, que deseen incorporarse a sus planes de salud, o que sean incluidos en los mismos en virtud de la aplicación de convenios que se rijan por las leyes y normas vigentes; todas las prestaciones del PMO, con los alcances de la normativa establecida por la Ley N° 26682 y sus decretos reglamentarios N° 1991 y 1993, ambos del 2011.

1.2 Todo lo que no esté suficientemente determinado en el presente REGLAMENTO GENERAL, se regirá por lo establecido en la referida Ley, sus ampliaciones, modificaciones y normativas legales que tengan aplicación sobre la cobertura médica que deban brindar las empresas de medicina prepaga, funcionando dicha legislación como la base para el otorgamiento de la cobertura de salud.

1.3 Para obtener la cobertura médica integral en cualquiera de los PLANES DE SALUD de ENSALUD S.A., EL POSTULANTE a ingresar, (En adelante EL ASOCIADO) deberá completar la SOLICITUD DE INGRESO, con su correspondiente Declaración Jurada de Salud, en todas sus partes, sin falsear ningún dato a incluir y abonar a ENSALUD S.A el pago de la primera cuota de asociado.

1.4 Para el caso que el ASOCIADO ya hubiere ingresado al sistema y se trate de una continuidad el afiliado mantendrá la antigüedad, sin generarle la firma del presente carencia alguna. A tal fin el afiliado continuador deberá presentar la última credencial para que la misma le sea cambiada por la nueva credencial para sí y/o el grupo familiar. Es condición de continuidad la firma del presente convenio.

1.5 El presente documento constituye el REGLAMENTO GENERAL de todos los PLANES DE SALUD ENSALUD S.A. En el mismo se establecen las condiciones generales que regulan la relación que LAS PARTES (ASOCIADO y ENSALUD S.A.) mantendrán entre sí a fin de respetar y hacer respetar los derechos y obligaciones que ambas tienen. Al firmar el presente documento, cuyo original obra en su poder y le fuera entregado al momento de su asociación; EL ASOCIADO toma conocimiento y acepta su contenido, comprometiéndose a cumplimentar con todo lo que a él le concierne en la relación contractual establecida con ENSALUD S.A.

1.6 Complementan este REGLAMENTO GENERAL, sin disminuir su alcance, sino aclarando los procedimientos y normas de accesibilidad al uso de los servicios contratados, los CUADROS DE BENEFICIOS de cada plan, la CARTILLA DE PRESTADORES, y las normas administrativas o de AUDITORÍA MÉDICA que ENSALUD S.A. aplique en cumplimiento de las leyes vigentes y con el objetivo de brindar a los ASOCIADOS la cobertura médica cuyo piso es el PMO y la ley N° 26682 y sus decretos reglamentarios N° 1991 y 1993, ambos del 2011. Todo ello constituye “EL CONTRATO” que firman LAS PARTES.

1.7 Los nuevos afiliados deberán firmar la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD, comprometiéndose a no falsear ningún dato. El falseamiento de datos de salud, lo hará pasible de los daños y perjuicios que el accionar pudiera causarle a ENSALUD.

1.8 Para el caso que se tratare de una relación de continuidad, el afiliado deberá firmar el reglamento de servicios y una ficha de actualización de datos que formarán parte del presente.

2 ASOCIACIÓN A LOS PLANES DE SALUD DE ENSALUD S.A.

2.1 CONDICIONES DE INGRESO:

Los postulantes a ingresar como SOCIOS de ENSALUD S.A. a alguno de sus planes de salud, deberán completar un formulario de SOLICITUD DE ADMISIÓN en todas sus partes, especialmente en la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD sobre enfermedades o afecciones preexistentes (DJS), patologías secuelas, cirugías llevadas a cabo, tratamientos recibidos con anterioridad o que se estén llevando a cabo al momento de la solicitud, individualizando los profesionales de la salud consultados en los últimos Doce (12) meses y toda otra información requerida en la referida declaración. El solicitante es personalmente responsable por la información suministrada en su declaración jurada, como así también por la correspondiente a cada uno de los integrantes de su Grupo Familiar. A tales fines la solicitud se considera unitaria y la falsedad y/o falta de coincidencia entre lo declarado, informado y lo efectivamente acreditado por uno u algunos de los integrantes del grupo, generará sin más el derecho resolutorio y/o de anulabilidad de la contratación por parte de ENSALUD.

Para el caso que fuera una afiliación por continuidad, el afiliado deberá firmar el presente contrato, la declaración jurada de salud a modo de actualización de datos.

Asimismo, deberá expresar por medio de una nota escrita su voluntad continuidad de afiliación. En ese caso la afiliación será sin carencias y se aceptarán las preexistencias dentro de los parámetros indicados por la ley N°26682 y sus decretos reglamentarios N° 1991 y 1993, ambos del 2011.

Condición Esencial: La veracidad, exactitud e integridad de la información suministrada por el solicitante en la/s declaración/es jurada/s son condiciones fundamentales y esenciales para la celebración del presente, toda vez que dicha información deviene indispensable para el otorgamiento del consentimiento de ENSALUD S.A. Medicina Privada – línea Planes Ensalud Gama, Delta, Quantum y Krono y Planes Endocter Integral, Total, Global, a fin de perfeccionar el presente contrato. En consecuencia, la inexactitud, falacia o divergencia con la realidad de la información suministrada por el solicitante en dicha/s declaración/es producida con dolo, ocultación maliciosa, error inexcusable, simulación o fraude, generará sin más la facultad de resolver el contrato por exclusiva culpa del solicitante o asociado, debiendo tan sólo notificarse en forma fehaciente la voluntad en tal sentido. Lo expuesto lo es sin mengua del derecho de ENSALUD S.A. Medicina Privada PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, de solicitar la nulidad del presente contrato, acción esta que podrá ejercerse por vía de acción y/o de excepción y/o de reconvención judicial. Notificada la resolución podrá pedirse la nulidad solo por vía de excepción y/o reconvención.

En la declaración jurada deben constar todos los antecedentes de salud de cada uno de los integrantes del grupo familiar ingresante.

Para el caso de continuidad, la afiliación será sin carencias y se aceptarán las preexistencias dentro de los parámetros indicados por la ley la ley N° 26682 y sus decretos reglamentarios N° 1991 y 1993, ambos del 2011.

Una vez auditados los antecedentes denunciados, de acuerdo a estos datos y los que surjan de los estudios complementarios que ENSALUD S.A. considere necesarios, se remitirá al solicitante dentro de los 30 días contados desde la presentación de la SOLICITUD DE ADMISIÓN, una nota de aceptación de la solicitud junto con la credencial de asociación, lo que dará el derecho al uso de los servicios contratados.

Para los casos de continuidad en la afiliación, el afiliado podrá presentarse a firmar el presente conjuntamente con la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD en cualquiera de nuestras sucursales donde le serán canjeadas las credenciales anteriores por las nuevas.

Las nuevas credenciales le serán entregadas en el término de 5 días hábiles pudiendo pasarlas a retirar en persona por cualquiera de las sucursales más próximas a su domicilio o pactando la entrega por medio de correo.

2.1.1 Para el caso de nuevos afiliados, la comunicación reseñada precedentemente es el único instrumento jurídico que avala el acceso al uso de los servicios contratados. Durante el período previo a la aceptación del solicitante, éste podrá desistir de su admisión, comunicando fehacientemente tal decisión sin que ello le traiga aparejada consecuencia alguna a su respecto.

2.1.2 En los casos en los que se detectara una clara preexistencia ocultada por EL NUEVO ASOCIADO; es decir que se incurriera en un falseamiento de la DJS previsto en el Art. 9 punto 2. "b" de la Ley 26682, si EL ASOCIADO hubiera abonado monto alguno de dinero en concepto de cuota de ingreso, se procederá a devolver al mismo la totalidad de la suma erogada, independientemente de los estudios que se hubieran efectuado.

2.1.3 Por el contrario, si la solicitud es aceptada por ENSALUD S.A, los montos que eventualmente hubiera abonado EL ASOCIADO, se imputarán a cuenta del pago de la primera cuota. En todos los casos ENSALUD S.A. cumplimentará lo establecido en al Art. N° 10 de la Ley 26682

2.1.4 En caso que su solicitud no fuera aceptada, el asociado nada tendrá que reclamar a ENSALUD S.A. por ningún concepto que no fuera el saldo de la suma abonada a cuenta de evaluación de admisión.

2.1.5 Los datos que EL ASOCIADO registre en su SOLICITUD DE ADMISIÓN y en la DJS son considerados confidenciales. En virtud de ello ENSALUD S.A no puede difundir su contenido a terceros, por ningún motivo, debiendo respetar el concepto de "Secreto médico" tanto para los nuevos como para los afiliados con continuidad.

2.1.6 A fin de que LAS PARTES (ENSALUD S.A. y EL ASOCIADO a ingresar) se adecuen estrictamente a las normativas vigentes, el TITULAR del grupo solicitante deberá completar la DJS de la SOLICITUD DE INGRESO o LA NOTA DE CONTINUIDAD, de su propio "puño y letra"

2.1.7 La confección de la SOLICITUD DE INGRESO por parte del TITULAR del grupo familiar autoriza a ENSALUD S.A. a solicitar a otros agentes de salud, todo tipo de información sobre el estado de salud de los ingresantes. A tal efecto dicha autorización incluye la renuncia al amparo en el secreto profesional y el relevamiento del mismo a los médicos y/o a todo otro prestador de salud que lo/s hubiera tratado con anterioridad y posterioridad a la fecha de la solicitud de ingresado como así también la "conformidad irrevocable" para que sean exhibidos a ENSALUD S.A. o los profesionales a través de ellos cuales brinda cobertura medico asistencial, sus historias clínicas, antecedentes y toda documentación relacionada con la ejecución de las prestaciones a cargo de ENSALUD S.A.

2.1.8 Para el caso que los prestadores anteriores se negaren a suministrar la información requerida, el asociado

se obliga a conseguirla y proveerla a ENSALUD S.A. dentro de las 72 horas hábiles de habersele requerido, bajo apercibimiento de generar causal de resolución contractual.

2.1.9 APROBACIÓN DE LA INCORPORACIÓN

El presente contrato sólo quedará perfeccionado en el momento en que ENSALUD S.A. Medicina Privada PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, acepte la solicitud de contratación, lo que sucederá cuando: a) ENSALUD S.A. Medicina PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, así lo comunicare expresamente al solicitante o b) entregare las nuevas credenciales.

Para el caso de los afiliados con continuidad, el contrato se renovará de hecho cuando el solicitante reciba las nuevas credenciales, sin carencias y se aceptarán las preexistencias dentro de los parámetros indicados por la ley la ley N° 26682 y sus decretos reglamentarios N° 1991 y 1993, ambos del 2011. A tal fin el afiliado deberá presentar una nota solicitando la continuidad en la afiliación.

En caso que no fuera aceptada la SOLICITUD DE INGRESO de contratación dentro de los 30 días de su presentación la misma deberá considerarse rechazada de hecho.

Derecho del consumidor: Una vez perfeccionado el contrato conforme a lo estipulado precedentemente, el asociado podrá, en el término de DIEZ (10) días, revocar el presente conforme a lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley N° 24.240 y modificatorias.

2.2 DURACIÓN DEL CONTRATO

2.2.1 El vínculo de responsabilidad legal entre EL ASOCIADO y ENSALUD S.A comenzará el día de la recepción, por parte de EL ASOCIADO de la nota de aceptación y la credencial de asociación al plan de salud de ENSALUD S.A.

2.2.2 Para los casos de afiliados con continuidad, el contrato se considera renovado automáticamente sin carencias y se aceptarán las preexistencias dentro de los parámetros indicados por la ley la ley N° 26682 y sus decretos reglamentarios N° 1991 y 1993, ambos del 2011.

2.2.3 La asociación a ENSALUD S.A. será por tiempo indeterminado. EL ASOCIADO podrá rescindir el contrato que lo vincula a ENSALUD S.A., en concordancia con lo estipulado en el Art. 9 ap. 1 del Decreto N° 1993/2011, con la sola obligación de notificarlo fehacientemente a ENSALUD S.A. con treinta (30) días de anticipación a la fecha en que tal rescisión deba hacerse efectiva, devengándose la cuota hasta el día en que efectivamente opere la rescisión, encontrándose facultado EL ASOCIADO a utilizar los servicios durante el plazo de preaviso. Todo consumo efectuado por EL ASOCIADO luego de rescindido el contrato estará a su exclusivo cargo, y en razón de ello le será facturado a valores de mercado. No se aceptará la aplicación de bajas retroactivas, excepto que existiera algún error en los procedimientos administrativos realizados por ENSALUD S.A.

2.3 CONDICIONES PARA SER SOCIO DE ENSALUD S.A.

2.3.1 Para obtener la condición de SOCIO de los planes de salud de ENSALUD S.A., el TITULAR del grupo familiar deberá tener 18 años cumplidos o ser menor emancipado, en este caso deberá presentar constancia notarial correspondiente a su emancipación. Las asociaciones podrán efectuarse en forma individual o conformando un grupo familiar, sobre el que el Titular asume la responsabilidad legal, administrativa y económica.

2.3.2 Para el caso que hubiere continuidad, el menor emancipado deberá ratificar la afiliación por medio del formulario de continuidad.

2.3.3 Podrán asociarse menores de edad hasta los 18 años, que ingresen solos a los planes de salud de

ENSALUD S.A. En tal caso, el representante legal del menor (padre, madre o tutor) deberá presentar el certificado de nacimiento que lo acredita como tal, éste será el responsable de firmar la SOLICITUD DE ADMISIÓN y la DJS. El representante legal deberá manifestar en forma fehaciente su conformidad con el hecho de que el menor sea asociado a ENSALUD S.A. y asumir la responsabilidad legal y económica que ello implica. A tal fin firmará el correspondiente FORMULARIO DE MINORIDAD por el que acepta el contenido del presente REGLAMENTO GENERAL de LOS PLANES DE SALUD DE ENSALUD S.A., y de las consecuencias derivadas de dicho REGLAMENTO para el caso de incumplimiento por parte del responsable a cargo de las obligaciones establecidas en el mismo.

2.3.4 El ingreso de menores de un año de edad deberá ser acompañando por otra persona mayor de edad.

2.3.5 Para recibir atención médica de cualquier tipo, los socios menores de edad deberán estar acompañados del representante legal, tutor o persona que abona la cuota mensual del menor.

2.4 SOBRE EL GRUPO FAMILIAR ASOCIADO

2.4.1 EL TITULAR del grupo familiar es el responsable de informar a ENSALUD S.A. sobre todas las modificaciones que se pudieran producir en relación al contrato que las partes mantienen entre sí como modificaciones en la cantidad de personas que integran el grupo, cambios de domicilio, teléfonos, direcciones de mail, etc. EL TITULAR también es responsable del pago de su cuota mensual en tiempo y forma. En caso de fallecimiento del Titular la situación deberá ser informada por cualquier integrante del grupo familiar presentando el correspondiente certificado de defunción. Las modificaciones y/o cambios de planes se tramitarán a través de un nuevo formulario de "SOLICITUD DE ADMISIÓN", y firma del formulario de CONTINUIDAD. Si fuere entregado en el término de 60 días siguientes al fallecimiento del titular, el grupo familiar continuará la afiliación sin carencias y se aceptarán las preexistencias dentro de los parámetros indicados por la ley la ley N° 26682 y sus decretos reglamentarios N° 1991 y 1993, ambos del 2011.

2.4.2 Para el caso que fuera posterior a los 90 días se deberá iniciar el trámite de afiliación como si nunca hubieran sido afiliados.

2.4.3 Cuando nazca un niño en el seno de un grupo familiar asociado a ENSALUD S.A., El recién nacido tendrá la misma cobertura que el/los padre/s, desde el momento de su nacimiento hasta los treinta (30) días de haber nacido. Durante este los padres deberán realizar todos los trámites de incorporación del menor a la cobertura de ENSALUD S.A., mediante la confección de un nuevo formulario de "SOLICITUD DE ADMISIÓN". Para conformar dicho ingreso los padres deberán presentar a ENSALUD S.A., toda la información que esta le solicite al respecto como Historia Clínica, Certificados de nacimiento, estudios realizados, etc. Transcurridos los treinta (30) días de plazo para asociar al menor y no habiéndose cumplido con la referida tramitación, ENSALUD S.A. se reserva el derecho de admisión respecto del menor.

2.4.4 Los hijos adoptivos, los menores en guarda legal y los menores que conviven con los Titulares, como así también familiares a cargo y convivientes serán aceptados en iguales condiciones que el Titular, en tanto y en cuanto cumplan con los circuitos de admisión y Auditoría Médica referidos en este REGLAMENTO GENERAL.

2.4.5 Para el caso de los convivientes y/o matrimonio civil, el solicitante deberá acreditar el vínculo con la documentación respectiva a fin de ser considerado grupo familiar. Para el caso que no la presente en el término de 30 días de indicado por Ensalud SA, el conviviente y/o miembro del matrimonio civil será considerado afiliado separado del titular.

2.4.6 La pérdida de la condición de socio de ENSALUD S.A. por parte del TITULAR, por renuncia o morosidad, hace perder la condición de socio a todo el grupo familiar. Para continuar con la cobertura convenida, los restantes miembros del grupo deben manifestar su interés de continuar bajo cobertura, y regularizar la situación dentro de un plazo de 30 días corridos. La renuncia del Titular a su condición de asociado motiva la

baja de todo el grupo familiar. Si dentro del referido plazo la reinscripción no se cumple, los integrantes del grupo perderán su condición de asociados. Para reingresar en este último caso deberá cumplirse con los circuitos de admisión y auditoría de ENSALUD S.A., como si se tratara de una nueva asociación.

2.4.7 En cambio, si se produjera la muerte del TITULAR, ENSALUD S.A. deberá dar cumplimentación a lo establecido en el Art. 13 de la Ley N° 26.682 otorgando dos meses de cobertura de las prestaciones del PMO, sin cargo para el grupo familiar. Para el caso de querer continuar con la cobertura y plan anterior, los miembros del grupo familiar deberán firmar las nuevas solicitudes de adhesión pudiendo mantener las mismas condiciones de contratación o cambiar el plan.

2.4.8 Los hijos que se emancipen del grupo familiar, casamiento, mayoría de edad (21 años) deberán convertirse en titulares de un nuevo grupo familiar, manteniendo su antigüedad como socio.

2.4.9 Podrán también formar parte del «Grupo Familiar», hijos solteros de 21 a 25 años y familiares a cargo del asociado titular vinculados al mismo en segundo grado de afinidad o consanguinidad, a exclusivo cargo del titular, abonando las sumas adicionales correspondientes, de conformidad con la lista de precios del Plan elegido.

2.4.10 En los contratos celebrados dentro de la categoría «Grupo Familiar», los beneficios en relación con maternidad rigen exclusivamente para el titular o cónyuge del titular que figure como tal en la Solicitud de Incorporación a Planes ENSALUD S.A. Medicina Privada PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL. Cualquier otra integrante del Grupo Familiar que quedase embarazada recibirá atención de acuerdo a lo establecido en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Sin embargo, para poder ingresar al PLAN MATERNO INFANTIL no podrá continuar dentro del grupo familiar y deberá abonar el nuevo plan en forma separada, conforme al costo del momento, debiendo suscribir un nuevo contrato de adhesión en forma directa y personal. Para el caso que la embarazada fuere menor de edad, el contrato deberá estar firmado por el padre, tutor o encargado siendo último responsable por el pago del nuevo plan

2.4.11 Los hijos solteros que cumplan 25 años y los hijos menores de 25 años que contraigan matrimonio, no podrán continuar integrando el «Grupo Familiar». El límite de edad no regirá en caso de hijos discapacitados a cargo del titular.

2.4.12 El titular de un contrato celebrado en la categoría de «Grupo Familiar» deberá comunicar a ENSALUD S.A. Medicina Privada PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, cualquier modificación que se produjere en el mismo dentro del plazo de TREINTA (30) días. El integrante de un «Grupo Familiar» que dejase de pertenecer al mismo en virtud de lo establecido precedentemente, podrá conservar su antigüedad celebrando un nuevo contrato dentro del plazo de TREINTA (30) días de la notificación de su desafectación del «Grupo Familiar». Asimismo, deberá abonar la cuota correspondiente al nuevo plan suscripto desde el momento de la desafectación mencionada, de forma tal de mantener la continuidad de su asociación ENSALUD S.A. Medicina Privada.

2.4.13 Afiliaciones Corporativas: Es la modalidad mediante la cual el asociado se incorpora a de ENSALUD S.A. Medicina Privada PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, en virtud de convenios corporativos celebrados por ésta última con otras Empresas. El asociado corporativo mantendrá su condición de tal hasta tanto la Empresa a través de la cual se haya incorporado comunique en forma fehaciente a ENSALUD S.A. Medicina Privada PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, la finalización del vínculo que dio lugar a dicha incorporación a través de esta modalidad, o cuando finalice la vigencia del convenio corporativo oportunamente celebrado por de ENSALUD S.A. Medicina Privada. El asociado incorporado mediante un Convenio Corporativo podrá solicitar su

continuidad como «Particular» contratando, mediante esa modalidad, un Plan equivalente y en las condiciones de comercialización vigentes a dicha data para los mismos, obligándose a suscribir la correspondiente documentación. A tal fin el asociado deberá: a. No registrar mora por las obligaciones a su cargo con de ENSALUD S.A. Medicina Privada PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, y/o cualesquiera de sus prestadores; b. Notificar su voluntad de continuar la asociación como asociado particular dentro de los TREINTA (30) días de producido el distracto laboral y/o la rescisión o resolución del convenio corporativo, previo cumplimiento del procedimiento establecido en el último párrafo del artículo 10 de la Ley N° 23.660; c. Contar con al menos DOS (2) años de asociación al sistema a la fecha de cualquiera de los dos eventos mencionados en el punto b., acreditando fehacientemente la fecha en que se produjo el primero de ellos; d. Abonar la cuota correspondiente al Plan equivalente suscripto desde la fecha de cualquiera de los dos eventos mencionados en el punto b (ART. 15 Ley 26682). Para el caso de no realizarse la solicitud dentro del término indicado, el asociado será considerado como cualquier asociado directo nuevo, debiendo respetar los períodos de carencia establecidos anteriormente.

2.4.14 Afiliaciones no Corporativas a través de Obras Sociales (Leyes N° 23660/23661): Es la modalidad mediante la cual el asociado se incorpora a ENSALUD S.A. Medicina Privada PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, en virtud de la adhesión al Sistema de Libre Elección de Obras Sociales previsto en el Decreto N° 1141/96, sus modificatorias y /o ampliatorios. El asociado incorporado mediante esta modalidad tendrá a su exclusivo cargo el pago a ENSALUD S.A. Medicina Privada - PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, de una suma de dinero igual a la diferencia entre el valor del Plan elegido y el monto de aportes y contribuciones que la Obra Social derive efectivamente a ENSALUD S.A. Medicina Privada PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, como así también los copagos, aranceles y extras que se establecen en la Lista de Precios y las Condiciones Particulares del Plan. Dadas las características propias del sistema de medicina prepaga -pago adelantado- y del Régimen de Obras Sociales -aporte a mes vencido-, el monto derivado de la efectiva acreditación de los aportes se producirá en un período posterior al correspondiente al de devengamiento de los mismos. Dicha circunstancia no significará reconocimiento alguno respecto del eventual diferimiento de la fecha de vencimiento de las cuotas, las que mantendrán su condición de pago adelantado.

3 AFILIACIONES DECRETO 1141/96 O NO CORPORATIVAS. -

3.1 Toda vez que en la operativa descripta por el Decreto N° 1141/96 se verifican tiempos administrativos de implementación, en virtud de los cuales el cambio efectivo de obra social (desregulación) se verifica por ante la Superintendencia de Servicios de Salud recién a los noventa días de perfeccionada la opción de cambio, sin perjuicio del momento en el que se hubiera confeccionado la SOLICITUD DE ADMISIÓN a ENSALUD S.A., el contrato de afiliación para el plan mejorador y el acceso de EL ASOCIADO a la cartilla del plan de ENSALUD S.A. efectivamente contratado, recién se producirá con el efectivo pago de la cuota, hecho que se producirá recién cuando el afiliado figure en los padrones de la Obra Social por la que hubiera optado. En ningún caso, con anterioridad a esa fecha y a ese hecho (pago de la cuota), EL ASOCIADO tendrá derecho a la cobertura médica de ENSALUD S.A.

3.2 EL ASOCIADO que hubiera contratado un plan de ENSALUD S.A. y cuyos aportes y contribuciones fueran derivados a ENSALUD S.A. conforme lo expuesto en la cláusula precedente podrá solicitar su continuidad como afiliado directo, para el caso en que por cualquier motivo se produjera su desvinculación laboral y/o falta de ingreso de sus aportes y contribuciones. En tal caso se procederá de acuerdo a lo estipulado en el punto 2.1 del presente REGLAMENTO GENERAL

3.3 CATEGORÍA DE LOS PLANES

3.3.1 Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún (21) años, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso; la persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación.

3.3.2 Los hijos al cumplir los 21 o los 25 años, según el caso, no pueden permanecer como integrantes del grupo al que pertenecían, y serán dados de alta como Titulares con las responsabilidades legales y administrativas que ello implica según lo expresado en el presente REGLAMENTO, independientemente de que el Titular del grupo al que pertenecía antes sea quien siga abonando su cuota, o si continúan conviviendo en el mismo domicilio del Titular anterior.

3.3.3 ENSALUD S.A. categoriza los grupos familiares que se incorporen a su cobertura médica como: 1. TITULAR; 2 MATRIMONIO, 3 ADICIONAL, valorizando cada uno de ellos de acuerdo a la edad en el siguiente esquema: hasta 29 años; de 30 a 35 años, de 36 a 40 años, de 41 a 50 años, de 51 a 60 años, de 61 a 65 años, de 66 a 70 años; de 71 a 75 años; de 75 a 80 años; de 80 a 84 años; de 85 a 89 años; de 90 a 94 años y de 95 o más años.

3.3.4 Son considerados ADICIONALES todos los familiares convivientes hasta segundo grado como hijos, hermanos y padres y todos los casos contemplados en el Art. 14 de la Ley N° 26682

3.3.5 ENSALUD S.A. podrá incorporar como “adicionales” a primos, tíos, suegros, sobrinos u otros familiares cosanguíneos o no, conniventes o no, según lo decidan oportunamente sus autoridades y sin que ello fije jurisprudencia y/o antecedente alguno. -

3.4 DOMICILIO LEGAL DE LAS PARTES

Los domicilios válidos para que LAS PARTES se comuniquen en forma fehaciente son los que oportunamente quedaran asentados en el formulario de SOLICITUD DE ADMISIÓN, y en las sucesivas actualizaciones que LAS PARTES crucen entre sí. Allí tendrán validez las notificaciones que se envíen mutuamente.

3.5 PROCEDIMIENTO PARA EL CAMBIO DE PLAN

3.5.1. Todos los cambios de plan se gestionarán a través de la confección de un nuevo formulario de SOLICITUD DE ADMISIÓN con su correspondiente DJS Todas estas solicitudes serán analizadas por ENSALUD S.A. Estarán en condiciones de cambiar de plan los socios que no sean morosos.

3.5.2. Las solicitudes de cambio de plan deberán presentarse antes del día quince (15) del mes y tendrán vigencia a partir del mes inmediato siguiente. Si en el nuevo plan existieran prestaciones superadoras del PMO y la ley 26682 y sus decretos reglamentarios N° 1991 y 1993, ambos del 2011. ENSALUD S.A. puede establecer para el acceso a las mismas, períodos de carencia. Las restantes prestaciones deberán ser brindadas sin inconvenientes ni plazos de espera.

3.5.3. Los cambios de plan pueden efectuarse luego de tener una antigüedad de por lo menos un año como socio de ENSALUD S.A. en el plan anterior.

3.5.4. Los consumos de las prestaciones con tope de sesiones se suman a los consumos de sesiones del nuevo plan.

4 ACCESO AL USO DE LOS SERVICIOS QUE BRINDA ENSALUD S.A.

4.1 Podrán acceder a los servicios que brinda ENSALUD S.A. todos sus asociados que se incorporaran a alguno de sus planes de salud y cumplieran adecuadamente con todas las normas establecidas en el presente REGLAMENTO GENERAL, los cuadros de beneficio de cada plan y concurrieran a los prestadores de la cartilla de ENSALUD S.A. munidos de su correspondiente credencial y documento de identidad.

4.2 ENSALUD S.A. se compromete a brindar en todo el territorio de la República Argentina, las prestaciones del PMO y 26682 y sus decretos reglamentarios N° 1991 y 1993, ambos del 2011 y/o normas que modifiquen el sistema en el futuro, a todos sus asociados que estén en condiciones legales de recibir esta atención.

4.3 ENSALUD S.A. brindará los servicios comprometidos todos los días del año, las 24 hs; inclusive domingos y feriados y no podrá suspender la prestación de servicios bajo ninguna circunstancia, excepto por razones de fuerza mayor como catástrofes, guerras, epidemias, huelgas, lock out y situaciones similares que sean ajenas a su accionar y voluntad, y expongan a ENSALUD S.A. a contingencias ajenas a los cálculos actuariales tenidos primordialmente en cuenta para llevar adelante su actividad, además de las enumeradas en el punto 5.1.

4.4 ENSALUD S.A. queda exenta de todo conflicto surgido entre sus asociados y los prestadores de cartilla en cuanto a acciones legales o de mala praxis que pudieran presentarse en caso de que el asociado hubiere utilizado su "libre elección" entre los prestadores de la cartilla de ENSALUD S.A.

4.5 Los profesionales cuyos servicios se ofrecen en la cartilla que ENSALUD S.A. entrega a sus asociados, en forma liberal y de acuerdo a su buen saber y entender, por lo que el hecho de que indiquen determinada práctica no implica que la auditoria medica de ENSALUD S.A. no pueda evaluarla y eventualmente ofrecerle una alternativa terapéutica. Asimismo, que los servicios de un profesional o institución sean ofrecidos en determinada especialidad, no quiere decir que se encuentre contratado para el resto de las especialidades que dicho prestador pudiera ofrecer, ni que un prestador ofrecido para realizar consultas médicas se encuentre contratado para realizar otro tipo de prácticas (por ejemplo, quirúrgicas). Es por ello que ante cualquier duda se recomienda consultar al respecto vía telefónica al 0800-999-1397 o acercándose a cualquiera de los Centros de Atención Personalizada.

4.6 Los asociados deberán adaptarse a las normativas y reglamentaciones propias con las que funcionan los prestadores de la cartilla de ENSALUD S.A. En caso de presentarse situaciones que por sus características puedan causar algún inconveniente a sus asociados, éstos deberán poner a ENSALUD S.A. en conocimiento de las mismas. A su vez, ENSALUD S.A. está obligada a ayudar a sus asociados en caso de que este tipo de problemas se presentasen y algún asociado solicitare su ayuda al respecto.

4.7 ENSALUD S.A. podrá modificar cuantitativamente la cartilla de prestadores y las normas de acceso al uso de los servicios siempre y cuando ello no modifique significativamente la calidad del servicio existente al momento de la incorporación del asociado al plan de salud de ENSALUD S.A. que correspondiere.

5. ALCANCES DEL SERVICIO

Carencias y Cobertura: Se entiende por carencia al período de tiempo que transcurre entre la entrada en vigencia del contrato y el momento en que el asociado puede gozar de los beneficios del mismo. Durante el período de carencia, el asociado podrá utilizar cualquier servicio abonando los aranceles correspondientes, o, en caso de prestaciones obligatorias, utilizando los prestadores exclusivos para la atención de prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) que se individualiza en la documentación anexa a la cartilla y, en su defecto, indique la Auditoría Médica entre los prestadores de cartilla, exclusivamente. Los niveles de cobertura y las carencias son propios de cada Plan, por lo que LOS MISMOS se rigen de conformidad a las Condiciones Particulares del Plan elegido.

5.1. Condiciones Generales – Cobertura

La cobertura que se brindará por este convenio será exclusivamente a través de los centros asistenciales y los profesionales de Cartilla, comprendiendo las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio - PMO- (Res. Nro. 201/02, 1991705 del Ministerio de Salud y sus modificatorias).

5.1.1. Consulta en Consultorio

El asociado podrá realizar la consulta en forma directa con los Médicos y Especialistas detallados por especialidad en la Cartilla Médica de cada Plan.

5.1.2. Prácticas de Baja y Mediana Complejidad

Son aquellas prácticas de rutina, exámenes complementarios y de diagnóstico, tales como análisis clínicos, radiografías, ecografías, etc. Cobertura del 100% con prestadores de la cartilla.

Para realizar todos los estudios de diagnóstico de baja y media complejidad (rutina de laboratorio, ecografía, estudios cardiológicos y estudios radiográficos) incluidos en el PMO e indicados por médicos de cartilla no requiere autorización previa.

5.1.3. Prácticas De Alta Complejidad

Son aquellas prácticas de alta tecnología y baja frecuencia, tales como tomografías computadas, resonancias magnéticas, medicina nuclear, doppler, densitometría ósea, etc. o practicas invasivas o con intervencionismo tales como punciones, endoscopias, etc.

Cobertura del 100% con prestadores de la cartilla y con AUTORIZACION PREVIA

5.1.4. Internación Clínica o Quirúrgica por Urgencia o Accidente

La solicitud de internación de urgencia, pedida por su médico de cartilla o por el servicio de guardia y/o emergencias, se podrá realizar en cualquier institución de cartilla sin autorización previa, ingresando por guardia

5.1.5. Internación Quirúrgica Programada

Es la Internación que se realiza para resolver una patología a través de un acto quirúrgico.

El médico tratante realizará la derivación quirúrgica al especialista correspondiente, esta orden será autorizada por Auditoría Médica derivando la resolución quirúrgica al prestador de cartilla que corresponda según la complejidad del caso a resolver.

5.1.6. En las Internaciones la cobertura del 100% corresponde a: pensión en habitación compartida o áreas cerradas según requerimiento médico, derechos y gastos sanatoriales, honorarios médicos, estudios diagnósticos o terapéuticos, medicación y material descartable durante la internación.

5.1.7. Prótesis e Implantes Quirúrgicos Nacionales

Cobertura del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente de origen nacional, por provisión directa a través de las instituciones contratadas. Esta prestación requiere autorización previa.

5.1.8. Prótesis Externas (No Quirúrgicas) Y Ortesis Nacionales

Cobertura del 50% (Corset, férulas y demás elementos de ortopedia). Esta prestación requiere autorización

previa.

5.1.9. Las indicaciones médicas se confeccionarán por nombre genérico, sin mención o sugerencia de marca u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto, ni proveedor de dicho material. No se recibirán ni tramitarán aquellas que no cumplan con estos requisitos.

5.1.10. Ante la solicitud de provisión de una prótesis o elemento de osteosíntesis se deberá adjuntar a la misma: Historia Clínica, Informes de estudios diagnósticos que confirmen la patología y toda información complementaria que permita girar con el destino adecuado los elementos solicitados, Receta extendida por el profesional tratante.

5.1.11. Internación Domiciliaria

Se entiende como internación domiciliaria a la prolongación de la internación aguda sanatorial, valida mientras se cumplan alguno de los siguientes parámetros: Aplicación de medicación endovenosa, Curación de escaras, Alimentación enteral x bomba

Con alguna de estas indicaciones, prescripto por el médico tratante de la Institución Sanatorial, se cubre el 100% de internación domiciliaria con los siguientes servicios: control médico, enfermería, kinesiología y rehabilitación e insumos, medicación y descartables

La cobertura estará dada en función del marco general que marca el PMO que se mencionan en los Anexos II y III con un 100% de cobertura y hasta la finalización del tratamiento indicado

La obligación de cobertura no contempla servicios de higiene y confort ni insumos o descartables de limpieza, higiene o incontinencia.

5.1.12. Cuidados Paliativos

La cobertura estará dada en función del marco general que marca el PMO, obligando a brindar las prestaciones que se mencionan en los Anexos II y III con un 100% de cobertura.

5.1.13. Salud Mental

Comprende la atención ambulatoria individual de cuadros agudos con profesionales especialistas de Cartilla en cumplimiento con la LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL. Atención Psicopatológica, neurosis, depresión, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil, bulimia y anorexia.

El Profesional coordinador del servicio de asistencia en Salud Mental determinará el tipo de tratamiento más adecuado derivándolo a los terapeutas de cada especialidad de su zona, previa autorización de la Auditoría Médica.

Prestaciones cubiertas: atención ambulatoria hasta 30 visitas por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad de 4 consultas mensuales. En las internaciones se cubrirán patologías agudas en la modalidad institucional u hospital de día, hasta 30 días por año calendario.

5.1.14. Odontología

El asociado podrá acceder a los siguientes servicios en los Profesionales de Cartilla: Consultas y Prevención, Obturación, Endodoncia y Periodoncia, Radiología, Incisión y drenaje de absceso intrabucal, Cirugía dento maxilar y Consultas de Urgencia (según PMO Vigente).

5.1.15. Rehabilitación

Fonoaudiología, Kinesiología, Fisiatría y Rehabilitación Cardiovascular

Se brindarán todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas que se detallan en el Anexo II de la Resolución 201/02 MS, ofreciendo la cobertura ambulatoria para rehabilitación motriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial, con los topes de sesiones por beneficiario por año de cada Plan

5.1.16. Atención Domiciliaria – Urgencias y Emergencias

La atención medica domiciliaria a través del Servicio de Urgencias, contempla la asistencia médica de un profesional en Clínica Médica o Pediatría para la asistencia primaria del cuadro

Si de esta evaluación surge la necesidad de una Internación de Urgencia la misma será coordinada por el Servicio de Urgencia

5.1.17. Traslados en Ambulancia

Este beneficio se brinda para los asociados que requieran traslado en camilla, desde, hasta o entre establecimientos de salud; con o sin internación y que sea necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología.

El médico tratante debe enviar el pedido indicando medio de traslado, las características del móvil y justificativo médico. Una vez recibido el pedido de traslado será necesaria la autorización de Auditoría Médica.

5.1.18. Farmacia - Cobertura Ambulatoria

Este beneficio en atención ambulatoria consiste en un descuento en Medicamentos incluidos en el Vademécum de ENSALUD SA, sobre el precio de referencia de los medicamentos de acuerdo al alcance de cada Plan.

Conforme lo establecido en la Res. Nº: 310/04 M.S. se cubrirá la medicación crónica con el descuento de cada Plan.

Las prescripciones deberán estar indicadas por su nombre genérico o principio activo.

5.1.19. Medicamentos Especiales

Tendrán cobertura del 100% la medicación inherente a las patologías previstas con esta cobertura de acuerdo a las Resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud como por ejemplo: Plan Materno Infantil, Diabetes, Anticoncepción, Oncología, HIV, Hepatitis B y C, etc.

Para acceder a la provisión de los medicamentos con cobertura del 100% el beneficiario deberá presentar: Historia Clínica, protocolo de tratamiento incluyendo dosis diaria y tiempo estimado del mismo, cumpliendo con las especificaciones previstas por la Superintendencia de Salud.

Esta medicación solo se entregará en las farmacias designadas por la Auditoria Medica y con autorización previa.

5.1.20. Vacunas

40% de descuento en Farmacias y Centros de vacunación adheridos, con la sola presentación de su credencial, Prescripción Médica y Documento de Identidad, siempre que las vacunas se encuentren incluidas en el Calendario Oficial y Resoluciones específicas.

5.1.21. Celiaquía

Cobertura asistencial a las personas con celiacía, que comprende la detección, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la misma, incluyendo las harinas y premezclas libre de gluten mediante reintegro hasta el tope mensual establecido por la Autoridad de Aplicación.

5.1.22. Óptica

Cobertura de un par de lentes estándar por año para retirar por la red de ópticas o mediante reintegro con tope prestacional.

5.1.23. Otoamplifonos

Cobertura del 100 % para niños de hasta 15 años según PMO y/o adultos discapacitados con autorización de Auditoría Médica.

5.1.24. Trasplante de Órganos

La cobertura estará encuadrada dentro de las leyes y disposiciones que regulan la actividad de los trasplantes de órganos en el país.

Se brinda cobertura total en estudios previos del paciente y del donante, internación y cirugía, con prestadores contratados.

5.1.25. Discapacidad

Se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. Se brindará cobertura conforme a ley 24901 a toda aquella persona que presente el Certificado Único de Discapacidad expedido por el Ministerio de Salud de la Nación.

Se entiende por cobertura del 100% para aquellas prestaciones, medicación, etc. exclusivamente inherentes a su discapacidad según Certificado.

5.1.26. Enfermedades Preexistentes y/o Patologías Seculares:

Se considerarán enfermedades preexistentes, aquellas que el asociado padeciera al momento de suscribir la declaración jurada prevista en el Punto 2. Se considerarán patologías seculares, a aquellas que sean consecuencia de tratamientos médicos de cualquier tipo. No tendrán cobertura las enfermedades y/o patologías seculares preexistentes que hayan sido informadas por el asociado en la declaración jurada precitada, excepto las que fueran expresamente aceptadas por ENSALUD S.A. Medicina Privada –PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, y en las condiciones establecidas al efecto.

Para el caso que el afiliado hubiere realizado la opción de continuidad no habrá carencias ni preexistencias que impidan el uso del sistema, conforme los términos anteriormente descriptos y con los alcances de la normativa establecida por la Ley N° 26682 y sus decretos reglamentarios N° 1991 y 1993, ambos del 2011

Tampoco tendrán cobertura las patologías seculares por tratamientos o cirugías realizadas con posterioridad al ingreso, que sean efectuados por profesionales que no pertenezcan a la cartilla de prestadores correspondientes al Plan contratado. En caso de que ENSALUD S.A. Medicina Privada - PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, determine que el NUEVO SOLICITANTE padecía una enfermedad y/o patología secular preexistente no consignada en la declaración jurada de ingreso, mediando dolo, omisión maliciosa, error inexcusable, simulación o fraude, se generará sin más la facultad de resolver el contrato por exclusiva culpa del solicitante o asociado, debiendo tan sólo notificarse en forma fehaciente la voluntad en tal sentido, quedando ENSALUD S.A. Medicina Privada - PLANES GAMA, DELTA,

QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, facultada para exigir el reintegro de las prestaciones que hubiere efectuado con más los daños y perjuicios que se le hubieren causado. Lo expuesto lo es sin mengua del derecho de ENSALUD S.A. Medicina Privada - PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, de solicitar la nulidad del presente contrato, acción esta que podrá ejercerse por vía de acción y/o de excepción y/o de reconvencción judicial. Notificada la resolución podrá pedirse la nulidad solo por vía de excepción y/o reconvencción. En caso de que ENSALUD S.A. Medicina Privada - PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, presuma, en base a indicios objetivos y razonables, la preexistencia de una enfermedad y/o patología secuelar que no haya sido informada en la DECLARACIÓN JURADA DE INGRESO prevista en el Punto 2., y sólo para el supuesto en que se tenga que acreditar algún extremo técnico, se aplicará el siguiente procedimiento: (I) ENSALUD S.A. Medicina Privada - PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, notificará al asociado que se realizará una Junta Médica tendiente a determinar la preexistencia de una enfermedad y/o patología secuelar, indicando la fecha en la que el asociado deberá concurrir obligatoriamente. Dicha Junta estará compuesta por tres (3) profesionales de la Salud designados por ENSALUD S.A. Medicina Privada -. El asociado podrá concurrir con un profesional de la salud por él elegido libremente y a su cargo. (II) El asociado deberá realizarse los estudios y análisis que la Junta Médica determine, los que estarán a cargo de ENSALUD S.A. Medicina Privada. (III) La Junta Médica tendrá acceso a las historias clínicas y/o cualquier otra documentación o información en poder de los profesionales de la salud a los que el contratante haya relevado del secreto profesional conforme a lo dispuesto en el Punto 2. (IV) Determinada por la Junta Médica la preexistencia de una enfermedad y/o patología secuelar, que no fuera declarada mediante dolo, omisión maliciosa, error inexcusable, simulación o fraude, el contrato podrá ser resuelto de pleno derecho y sin otro requisito que la notificación fehaciente en tal sentido. Ello lo es sin mengua del derecho de solicitar la declaración judicial de nulidad por vicio en la voluntad. Notificada la resolución podrá pedirse la nulidad sólo por vía de excepción y/o reconvencción.

El no sometimiento a la Junta Médica convocada, la negativa a la realización de los estudios y análisis solicitados, la negativa al acceso a las historias clínicas y/o cualquier otra documentación o información en poder de los profesionales de la salud a los que el asociado haya relevado del secreto profesional, como así también la negativa de relevar del secreto profesional en los casos que sea necesario; será causal de resolución del contrato.

5.2 Condiciones Generales – Exclusiones

Limitaciones absolutas -Prestaciones no brindadas por ENSALUD S.A.

Además de toda y cualquier patología preexistente a la fecha de contratación dolosamente ocultada por el afiliado al tiempo de contratar, se enumeran a continuación todas aquellas prestaciones no cubiertas por ningún Plan de Salud de ENSALUD S.A.:

5.2.1. Actividades submarinas de cualquier tipo.

5.2.2. Guerras en las que no intervenga la República Argentina. En las que sí intervenga, la cobertura se brindará de acuerdo a las pautas que determine en esa oportunidad la autoridad competente.

5.2.3. Participación en actos criminales o delictivos de cualquier tipo.

5.2.4. Afecciones derivadas de acontecimientos catastróficos de origen nuclear, aún sus efectos tardíos, sismos, inundaciones u otros fenómenos naturales y desastres en general.

5.2.5. Enfermedades profesionales y accidentes de trabajo. Todas aquellas situaciones previstas por las leyes vigentes como pasibles de ser cubiertas por las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART). Será obligación de EL ASOCIADO denunciar las mismas a su ART.

5.2.6. Prácticas de medicina alternativa: homeopatía, acupuntura, celuloterapia, quiropraxia, podología, hidroterapia, masoterapia y prestaciones similares y toda otra práctica no codificada en el Nomenclador Nacional. Prácticas experimentales o que no tengan consenso generalizado entre las Universidades de Medicina de nuestro país, aún en el caso de que los que las brindan sean profesionales con título habilitante para el ejercicio de la profesión.

5.2.7. Prestaciones que no sean autorizadas por la Auditoría Médica de ENSALUD S.A. por encontrarse fuera del PMO, y/o dentro de los alcances de la normativa establecida por la Ley N° 26682 y sus decretos reglamentarios N° 1991 y 1993, ambos del 2011.

5.2.8. Internaciones geriátricas o internaciones motivadas por razones no médicas.

5.2.9. Tratamientos estéticos, cirugía estética, tratamientos antiestrés, rejuvenecimientos, ayunos prolongados.

5.2.10. Todo tipo de tratamiento existente en la actualidad o que en el futuro se presente, respecto de la esterilidad, infertilidad y/o dificultades para la concepción (masculina y/o femenina), con excepción de lo establecido en el PMO. Tampoco gozarán de cobertura las consecuencias de los mismos, y las complicaciones derivadas de su aplicación.

5.2.11. Tratamiento por disfunciones sexuales femeninas y/o masculinas, sean éstas orgánicas, funcionales o mixtas. (Al igual que la provisión de métodos o elementos protésicos u ortésicos sustitutivos de órganos o funciones). Excepto las prestaciones que estén incluidas en el PMO

5.2.12. Autopsias.

5.2.13. Vacunas, excepto las contempladas en el Plan Materno Infantil y calendario oficial.

5.2.14. Productos nutricionales en pacientes ambulatorios.

5.2.15. Implantes dentales y prótesis odontológicas.

5.2.16. Cámara hiperbárica, excepto en los siguientes casos: enfermedad por descompresión, gangrena gaseosa y embolia gaseosa.

5.2.17. Cirugía refractiva (Por ej. Para miopía y astigmatismo).

5.2.18. Prestaciones médicas en el exterior.

5.2.19. Gastos extras en Internación (Televisión, teléfono, acompañante de pacientes según Plan, etc.)

5.2.20. Toda prestación que no se encuentre taxativamente incluida en los cuadros de beneficios de cada plan.

5.2.21. Prótesis y ortésis importadas. En el caso de las prótesis, cuando no exista similar nacional se cubrirá la importada de menor valor.

5.2.22. Tratamientos de lesiones provocadas voluntariamente por EL ASOCIADO y las que sean consecuencias de tentativa de suicidio o participación en riñas, revoluciones, subversión, tumultos populares, conflictos laborales, guerra declarada o no, crímenes u otros delitos o infracciones.

5.2.23. Tratamientos u operaciones que se hallen en etapa experimental y/o en etapa de investigación, es decir no reconocido por institutos oficiales y científicos.

5.2.24. Material radioactivo, material descartable especial, medios de contraste, en las prácticas no cubiertas.

- 5.2.25. Curas de reposo, tratamientos de rejuvenecimiento, tratamiento de adelgazamiento, internación por ayuno prolongado, baños termales, hidroterapia.
- 5.2.26. Internación para realizar exámenes complementarios y / o tratamientos clínicos o quirúrgicos, que, a criterio del Departamento de Auditoría Médica, puedan ser realizados en forma ambulatoria o que no se justifique médicamente.
- 5.2.27. Accidentes imputables a terceros y accidentes de trabajo, incluidas las enfermedades derivadas del accidente. En estos casos ENSALUD S.A. se reserva el derecho de otorgar cobertura y de requerir de quienes resultaren responsables, los gastos ocasionados por el tratamiento médico realizado a cuyos efectos se subrogará a la víctima o a sus herederos o derecho habientes en lo pertinente. EL ASOCIADO y/o los componentes de su grupo familiar, quedarán obligados a facilitar toda la información y colaboración para la concreción de este derecho y serán responsables de todo acto que perjudique a ENSALUD S.A.
- 5.2.28. Internaciones psiquiátricas fuera de lo establecido en el PMOE, Ley N° 26682 y sus decretos reglamentarios N° 1991 y 1993, ambos del 2011 o norma que el futuro lo reemplace.
- 5.2.29. Cobertura de IVE-ILE según Ley
- 5.2.30. Traslados en ambulancia fuera del área de cobertura.
- 5.2.31. Enfermedades infectocontagiosas de denuncia obligatoria en estructura prestacional propia (fiebre amarilla, peste, cólera, tífus, fiebre recurrente, etc.)
- 5.2.32. Transfusiones por aféresis. Excepto en caso de Trombocitosis esencial (si el recuento de plaquetas es mayor que 1.000.000/mm³). Material descartable, jeringas, agujas, bolsas colectoras de orina, bolsas de colostomía, sondas de todo tipo, catéteres, etc. en ambulatorio.
- 5.2.33. Cualquier prestación recibida por el asociado que se encuentre en mora.
- 5.2.34. Cualquier prestación recibida con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura correspondiente al plan elegido por el asociado.
- 5.2.35. Cualquier prestación recibida en Instituciones en las que el asociado tuviera derecho a acceder en forma gratuita.
- 5.2.36. Cualquier prestación o prescripción que no provenga de médicos pertenecientes al listado de prestadores de ENSALUD S.A. Medicina Privada PLANES GAMA, DELTA, QUANTUM, KRONO y PLANES ENDOCTER INTEGRAL, TOTAL, GLOBAL, excepto en los casos en que el asociado se encuentre afiliado a un plan que expresamente habilite el uso de profesionales ajenos a la cartilla médica de ENSALUD S.A. Medicina Privada.
- 5.2.37. Cualquier servicio y/o suministro proporcionado en relación con cualquier forma de complemento o incremento alimenticio, a menos que sea necesario para mantener la vida de un beneficiario que padezca de una enfermedad crítica y exclusivamente mientras el asociado se encontrare internado.
- 5.2.38. Reposición de sangre y plasma. Factores hematológicos.
- 5.2.39. Transfusiones a domicilio, drogas o medicamentos no aprobados por el Ministerio de Salud y/o Autoridad de Aplicación que lo reemplace. Medicamentos importados, de venta libre, homeopáticos, cosmetológicos o recetas magistrales, ya sean para uso ambulatorio o en internación.
- 5.2.40. Estudios genéticos con relación al embarazo, salvo los comprendidos en el PMO, Ley N° 26682 y sus

decretos reglamentarios N° 1991 y 1993, ambos del 2011.

5.2.41. Cualquier servicio y/o suministro relacionado con reversión de esterilización masculina o femenina; cualquier tratamiento para transformación sexual, disfunciones o insuficiencias sexuales; cualquier servicio o suministro proporcionado en relación con el control de la natalidad; todo ello salvo aquellas prestaciones médicas legalmente obligatorias, como las que resultan de las Leyes 26.130 y 24.754, sus normas complementarias y reglamentarias, y del Programa Médico Obligatorio (PMO).

5.2.42. Internaciones por afecciones no cubiertas por ENSALUD S.A. Limitaciones Relativas.

5.3. Limitaciones Relativas

Las limitaciones relativas a la atención de los asociados a ENSALUD S.A responden básicamente a las siguientes situaciones:

5.3.1. Incumplimiento de los plazos de espera. Se refiere a las limitaciones establecidas en el capítulo "Tiempos de Espera" para prestaciones no contempladas en el PMO

5.3.2. Exceso por sobre el tope de consumos establecidos en cada plan, para prestaciones limitadas.

5.3.3. Falta de pago de 3 cuotas sociales consecutivas, mensuales.

6. TEMAS ADMINISTRATIVOS

6.1 El uso de las credenciales.

6.1.1. Las credenciales constituyen un documento imprescindible para acceder al uso de los servicios contratados. Son propiedad de ENSALUD S.A. En caso de rescisión del vínculo entre las partes; cualquiera fuera la razón; los ex asociados tienen la obligación de reintegrarla a ENSALUD S.A.

6.1.1. En caso de pérdida de la credencial, EL ASOCIADO debe comunicar este hecho a ENSALUD S.A. dentro de las 48 horas, a fin de evitar su uso indebido por parte de terceros no asociados a los Planes de Salud. Los gastos que pudieran llegar a producir un tercero con la credencial de un asociado serán responsabilidad de EL ASOCIADO y en virtud de ello deberá resarcir a ENSALUD S.A. por los daños económicos producidos por estos consumos.

6.1.2. La credencial es intransferible. Su uso indebido, además del resarcimiento económico y las acciones penales que pudieran derivarse del mismo, es motivo de rescisión del presente convenio. EL ASOCIADO de ENSALUD S.A., deberá presentar junto a la credencial, el documento de identidad que acredite la misma y en razón de ello la titularidad de la referida credencial.

6.2. Las cuotas mensuales, aranceles adicionales o complementarios y coseguros.

6.2.1. La conformación del valor de cuota inicial que abona el grupo familiar asociado a ENSALUD S.A. se determina por la sumatoria de los montos de cada categoría de sus integrantes considerados en forma individual, según el esquema de categorías referidos en el punto 3.3.3 de este REGLAMENTO GENERAL y el valor de cuotas vigente al momento de la venta.

6.2.2. El monto del valor de la cuota que inicialmente abone un grupo familiar y/o titular, no sufrirá modificaciones a lo largo del tiempo, excepto cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones que no modifiquen el contenido del Art. 17 la Ley N° 26682:

6.2.2.1. Variación en más o en menos de la cantidad de personas que integren el grupo familiar.

6.2.2.2. Por envejecimiento del titular y/o de los integrantes de un grupo y los mayores de 65 años que no contaren con una antigüedad superior a los diez años como socio de ENSALUD S.A. y siempre de acuerdo con lo establecido en la Ley N° 26682

6.2.2.3. Los incrementos que autorice la autoridad de aplicación.

6.2.3. Los socios de ENSALUD S.A. deben abonar la cuota de su plan de salud por adelantado, eligiendo alguno de los mecanismos de cobranza que implemente ENSALUD S.A. (En locales de ENSALUD S.A., tarjeta de crédito, tarjeta de débito, débito automático, empresas de recaudación u otros).

6.2.4. El pago de la cuota vence los días 10 de cada mes o día hábil posterior. -

6.2.5. Los incrementos de las cuotas serán informados por ENSALUD S.A. con la debida anticipación, y en forma supletoria de conformidad a las autorizaciones, modalidades y plazos que establezca la Autoridad de Aplicación.

6.2.6. DEBITO AUTOMATICO POR TARJETA DE CREDITO

En aquellos supuestos en que el asociado opte por abonar el precio del plan contratado mediante el sistema de débito automático, la opción efectuada implica la autorización para que la entidad emisora de la tarjeta incluya en el resumen de cuenta el monto de dinero correspondiente al precio del Plan contratado y lo remita a ENSALUD S.A. Cuando el titular de la tarjeta de crédito no fuere el titular del Plan contratado, efectuará igual autorización que la prevista precedentemente, autorización que se considerará otorgada con la inserción de su firma en el anverso del presente. Salvo que fuere integrante del «Grupo Familiar contratado», el titular de la tarjeta de crédito no adquiere ningún derecho sobre el Plan de salud contratado.

6.2.7. Mora en el pago de las cuotas mensuales.

Transcurrido el plazo inicial de diez días de cada mes (Día 10: primer vencimiento) y en caso de que un asociado no hubiera abonado todavía su cuota mensual, se considera que el mismo ha entrado en mora. La mora se produce en forma automática sin necesidad de comunicación expresa al asociado. En tal caso se aplicará un interés equivalente a una vez y media la tasa activa que para sus operaciones de descuento a treinta (30) días que aplica el Banco de la Nación Argentina, con más los gastos administrativos y/o de rehabilitación sobre el saldo pendiente de pago hasta su efectiva cancelación.

6.2.8. El hecho de no haber recibido la correspondiente factura no modifica la condición de morosidad, en el caso de que el Titular, vencido el plazo determinado, no haya saldado la deuda.

6.2.9. Transcurridos diez días hábiles contados a partir de la fecha del primer vencimiento, es decir en el segundo vencimiento, si EL ASOCIADO no hubiera saldado la deuda, ENSALUD S.A. podrá aplicar al Titular del grupo familiar un recargo por los gastos administrativos de la gestión de cobranza, incluidos las costas y los costos judiciales en los que pudiera incurrir para procurar el cobro de los montos adeudados.

6.2.10. De acuerdo al contenido del punto 9, inciso 2 apartado "a" de la Ley N° 26682, la falta de pago de la cuota, durante tres meses consecutivos, implica la rescisión automática del contrato por parte de ENSALUD S.A. Para que la baja sea válida deberá intimarse en forma fehaciente al asociado moroso, para que normalice su situación en un plazo máximo de diez días. Si vencido dicho plazo el pago no se efectiviza, ENSALUD S.A. podrá dar de baja a todo el grupo familiar.

6.2.11. Los asociados que pretendan reincorporarse cuando su contrato haya sido rescindido por falta de pago deberán, previa cancelación de la deuda pendiente, cumplir con las condiciones vigentes para los nuevos solicitantes y ENSALUD S.A. se reserva el derecho de no admitir a la nueva incorporación para el caso en que la conducta del afiliado no se adecue a la ley vigente.

6.3. Los gastos administrativos.

En determinadas circunstancias ENSALUD S.A. podrá cobrar a sus asociados en forma excepcional y concepto de “Gastos de administración” y “gastos de ingreso” un monto a determinar en caso de provisión de cartilla, credencial, instructivos y elementos similares. Este monto se podrá facturar al momento de la asociación o durante cualquier momento de la permanencia de EL ASOCIADO, en ocasión en que el mismo requiera la provisión de nuevas cartillas, cambios de plan, renovación de credenciales o situaciones análogas, que impliquen por parte de ENSALUD S.A. la realización de una actividad administrativa o la provisión reiterada de un elemento (credencial, cartilla, reiteración de cobranzas domiciliarias sin resultado positivo, etc.)

7. SOBRE LAS PRESTACIONES QUE BRINDA ENSALUD S.A.

7.1. ENSALUD S.A. se compromete a brindar todas las prestaciones incluidas en el PMO, a sus asociados en condiciones legales de recibir las, en un ámbito geográfico que abarca desde el territorio nacional de la República Argentina.

7.2. ENSALUD S.A. publica su cartilla prestacional en web oficial.

7.3. Si posteriormente a su asociación un grupo familiar se radica fuera de este ámbito de cobertura, ENSALUD S.A. queda eximida de la responsabilidad de brindar los servicios referidos.

7.4. ENSALUD S.A. no cubrirá prestaciones efectuadas por prestadores ajenos a su cartilla excepto los hospitales públicos, en los que se reconocerán todos los servicios brindados a sus asociados.

7.5. ENSALUD S.A. tiene contemplado mecanismo de reintegro de gastos en sus planes vigentes y de acuerdo a lo establecido en los toques vigentes en cada plan.

7.6. ENSALUD S.A. definirá unilateralmente el listado de prestaciones que requieren autorización previa. Ante la necesidad de realizarse una prestación de alto costo, el asociado debe consultar a ENSALUD S.A. sobre las modalidades de cobertura que ésta tiene implementadas para cada prestación.

7.7. ENSALUD S.A. puede implementar mecanismos de pago de “coseguros” en determinadas circunstancias y en un todo de acuerdo con el PMO y demás normas vigentes. Los coseguros son pequeños pagos complementarios que los socios de algún plan de ENSALUD S.A. que contemple este mecanismo; deben hacer directamente a los prestadores de cartilla, en ocasión de realización de determinadas prestaciones establecidas en los cuadros de beneficio de cada plan.

8. PRESTACIONES QUE LLEVAN AUTORIZACIÓN PREVIA

ENSALUD S.A. se reserva el derecho de establecer mecanismos de “autorización previa” para que los asociados accedan a determinadas prestaciones. El listado de prestaciones en esta situación puede ser modificado por ENSALUD S.A. en forma unilateral. Al día de la fecha las prestaciones que requieren autorización previa de ENSALUD S.A. son las siguientes:

- 8.1. Todo tipo de internación
- 8.2. Prestaciones ambulatorias de alta complejidad: Consultar en “Atención al Socio” (A al S)
- 8.3. Prestaciones con tope de sesiones: kinesiología, fonoaudiología, salud mental.
- 8.4. Medicamentos de alto costo y baja incidencia. Consultar en A al S
- 8.5. Litotricia, Radioterapia, Acelerador Lineal, Hemodiálisis, TAC
- 8.6. Provisión de prótesis y ortésis.
- 8.7. Listado actualizado de prestaciones a disposición de los socios en ENSALUD S.A.

9. PERÍODOS DE CARENCIA O TIEMPOS DE ESPERA

Los períodos de carencia o tiempos de espera son los períodos que los asociados deben esperar para acceder a la utilización de los servicios e ENSALUD S.A. Los tiempos de espera aplican exclusivamente a prestaciones superadoras del PMO. Todas las prestaciones incluidas en el PMO no tienen períodos de carencia o de espera.

10. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

10.1. En aquellos casos en los que ENSALUD S.A. se vea en situación de cubrir por razones de urgencia, desconocimiento, u otras no previstas, algunas prestaciones cuya cobertura corresponde por ley a otros ámbitos como las ART, cuestiones penales, accidentes de tránsito etc., los asociados que recibieran esos servicios se comprometen a subrogar a ENSALUD S.A. los derechos de recupero de los montos injustamente erogados en atención médica del asociado en cuestión. En estos casos los asociados están obligados a informar, presentar la denuncia policial y colaborar con ENSALUD S.A. en todo lo que esté a su alcance para obtener el recupero de los gastos producidos como consecuencia de estas situaciones, así como suscribir toda la documentación pertinente a efecto de subrogar a ENSALUD S.A. en los derechos y acciones que pudieran corresponderle.

10.2. La falta de cumplimiento de EL ASOCIADO sobre lo especificado en el párrafo anterior, la reticencia en la colaboración, o asimismo el fraude, será motivo suficiente para la rescisión del contrato, independientemente del perjuicio que pudiera causar EL ASOCIADO a ENSALUD S.A., como así también la facultad de ENSALUD S.A. de incluir en la facturación al Titular del grupo familiar las prestaciones erogadas por ENSALUD S.A., más intereses y costas correspondientes.

10.3. Las partes fijan la jurisdicción a los fines de cualquier controversia en los Tribunales Ordinarios de la Capital Federal, con exclusión de cualquier fuero o jurisdicción y determinan que la ley aplicable sea la de la República Argentina.

10.4. DISOLUCIÓN DEL VÍNCULO CONTRACTUAL ENTRE LAS PARTES

ENSALUD S.A. podrá dar de baja o suspender la cobertura de determinado asociado cuando se cumpla alguna de las siguientes situaciones:

10.4.1. Falseamiento fehaciente de la DJS En estos casos ENSALUD S.A. ejercerá el derecho de facturar al

asociado las prestaciones indebidamente consumidas. Independientemente de ello ENSALUD S.A. cumplirá con lo especificado en el Art. 10 de la Ley N° 26682

10.4.2. MOROSIDAD EN EL PAGO DE LAS CUOTAS DE ASOCIADO:

Ante la falta de pago de TRES (3) cuotas íntegras y consecutivas ENSALUD S.A. notificará de inmediato al asociado la constitución en mora, intimándolo a regularizar el pago íntegro de las sumas adeudadas en un plazo de DIEZ (10) días hábiles. Vencido este último, se resolverá el vínculo contractual, con la finalidad de impedir el devengamiento de nuevos períodos de facturación.

10.4.3. Comisión de actos delictivos contra ENSALUD S.A., y acciones de ocultamiento, modificación o simulación de situaciones de cualquier naturaleza que involucren un perjuicio para ENSALUD S.A. (Por ejemplo, credencial transferida a terceros, etc.)

10.4.4. Incumplimiento fehaciente de las condiciones establecidas en el presente REGLAMENTO GENERAL.

10.4.5. Trato agravante con personal de ENSALUD S.A. o prestadores de cartilla en forma reiterada.

11. NOTIFICACIONES AL ASOCIADO TITULAR

11.1. El asociado titular recibirá una comunicación con las modificaciones que se realicen, las cuales podrán consistir en la actualización de beneficios, modificación en la nómina de prestadores, incorporación de beneficios adicionales, modificación del presente reglamento, etc.

11.2. De no recibir dicha modificación el asociado deberá reclamar a ENSALUD S.A. y no podrá alegar ignorancia de las modificaciones producidas.

12. AUTORIDAD DE CONTROL DE LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA, MUTUALES Y COOPERATIVAS QUE BRINDAN SERVICIOS DE SALUD

La Dirección General de Defensa y Protección al consumidor de la ciudad de Buenos Aires, tiene habilitado un servicio telefónico gratuito; el mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 09.30 a 16.30 horas y los sábados de 09.30 a 13.00 horas, llamando al 0800-999-2727 o personalmente en Esmeralda 340 Buenos Aires- Argentina.

Superintendencia de Servicios de Salud Av. Roque Sáenz Peña 530 CABA, lunes a viernes de 9:00 a 17:00
Centro de Atención Telefónica 0800-222-72583

En todos los aspectos que no se encuentren contemplados en este REGLAMENTO GENERAL, o contradigan total o parcialmente lo establecido por la Ley; se aplicará el criterio sustentado en la LEY N° 26682 y su correspondiente reglamentación.

FIRMA TITULAR

Aclaración:

DNI:

Fecha:

Email:

PARA FIRMA EN WEB

Grupo familiar

DNI	Nombre	Fecha de nacimiento	Vínculo

Solicitud firmada por:

DNI:
Nombre:
Fecha:
Email:
Dirección IP: