CONTRATO DE AFILIACIÓN

REGLAMENTO GENERAL DEL SERVICIO

CONDICIONES GENERALES DE AFILIACIÓN

LA PREPAGA ofrece sus planes de cobertura médico asistencial creados para brindar un eficiente servicio de atención médica, en cualquiera de las alternativas (planes) por los que el asociado haya optado. Con este objeto, cada asociado recibe al momento de su incorporación una credencial identificatoria, personal e intransferible con la cual, tendrá acceso a la utilización de los servicios contratados de acuerdo al plan elegido, ya sea a través de los profesionales, centros, laboratorios, clínicas y sanatorios que figuran en la cartilla o por sistema de reintegro de gastos según si es un plan con sistema cerrado o abierto. Durante el período de asociado las prestaciones que el socio demande deben encuadrarse en lo establecido en el Reglamento General, la Tabla de Beneficios y normativas de cada plan, y la Cartilla de Prestadores. Aquello no establecido en la Tabla de Beneficios del plan adherido y que exceda las prestaciones del Programa Médico Obligatorio y modificatorias, quedará a exclusivo cargo del asociado, y que en ocasión deba ser cubierto por LA PREPAGA, será brindado por exclusiva autorización y derivación de ésta última, asegurando la oferta de prestación en el o los prestadores contratados y con derivación exclusiva. De tal manera, todas aquellas prestaciones que no se encuentran bajo la cobertura del plan al cual se adhiera el asociado oportunamente, serán brindadas por LA PREPAGA con motivo de la aplicación de la ley 26682 y disposiciones complementarias a través de un sistema cerrado creado exclusivamente para el cumplimiento del P.M.O. la que será brindada exclusivamente por derivación de auditoria médica con profesionales y en entidades designadas por LA PREPAGA para su cobertura.

DEFINICIONES GENERALES

Asociado (afiliado) es toda persona que suscribe para sí y/o para su grupo familiar un plan de atención médica sobre la base de los lineamientos tradicionales de la medicina pre-paga. A los efectos del presente reglamento, se considerará al asociado titular del grupo familiar como representante del resto de los integrantes del mismo.

Interesado es toda persona con intenciones de adherir a su persona o a su grupo familiar a cualquiera de los planes de cobertura médica de la PREPAGA. No posee la condición de asociado al momento de la solicitud.

Sistema Cerrado es aquel por el cual el asociado es íntegramente atendido por los prestadores incorporados en la Cartilla de Prestadores, en los boletines informativos que periódicamente se emitan y se publiquen en la página web cober.com.ar y en toda comunicación formal que disponga la PREPAGA. Para la compra de medicamentos, las recetas deben ser confeccionadas exclusivamente por médicos de la Cartilla de Prestadores correspondiente al plan al cual el asociado esté adherido. Éste sistema no admite solicitud de reintegros, salvo previa y expresa autorización de la auditoría médica.

Sistema Abierto permite al asociado optar para su atención por prestadores ajenos a la PREPAGA, y obtener el reintegro de los gastos incurridos por aquellas prestaciones hasta los topes indicados en cada plan.

Tabla de Beneficio donde se explica en forma pormenorizada todas las prestaciones a las que el beneficiario puede acceder, y que la PREPAGA se ha comprometido a brindarle.

Carencias son los plazos de espera obligatorios que deberá cumplir el asociado para poder acceder a los servicios que brinda la PREPAGA. Los mismos se computarán a partir de la fecha en que se efectiviza el ingreso del asociado a la PREPAGA.

TERMINOS Y CONDICIONES

El presente Reglamento General establece las condiciones contractuales del servicio contratado y establece las pautas generales de la cobertura médica, que regirá la relación del Asociado con LA PREPAGA, en sus distintas marcas. Estas normas son comunes a todos los planes de la PREPAGA,

y se complementa con las condiciones particulares que puedan contemplarse para cada plan en su respectivo “Tabla de Beneficios y Anexos”. Los que conjuntamente con la “Solicitud de Ingreso” y la “Declaración Jurada de Salud – DDJJ” forman parte integrante del contrato suscripto.- La PREPAGA ofrece sus planes de cobertura médico asistencial creados para brindar un eficiente servicio de atención médica, en cualquiera de las alternativas (planes) por los que el asociado haya optado, circunscripta únicamente a la Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA). Con este objeto, cada asociado recibe al momento de su incorporación una credencial identificatoria, personal e intransferible con la cual, una vez cumplidos los plazos de espera -en caso de corresponder-, tendrá acceso a la utilización de los servicios contratados de acuerdo al plan elegido, ya sea a través de los profesionales, centros, laboratorios, clínicas y sanatorios que figuran en la cartilla o por sistema de reintegro de gastos según si es un plan con sistema cerrado o abierto. Durante el período de asociado las prestaciones que el socio demande deben encuadrarse en lo establecido en el Reglamento General, la Tabla de Beneficios y normativas de cada plan, y la Cartilla de Prestadores. El presente contrato tiene plazo de duración indefinido, no es solidario con otros convenios normalizados, y caduca si hay voluntad por parte del afiliado mediante una notificación expresa y fehaciente de su intención de rescisión con una antelación mínima de 30 días.- Aquello no establecido en la Tabla de Beneficios del plan adherido y que exceda las prestaciones del Programa Médico Obligatorio y modificatorias, quedará a exclusivo cargo del asociado. No intermediando objeción expresa por parte del asociado se asumirá que entiende, reconoce y acepta los alcances de la cobertura contratada.

CONDICIONES DE INGRESO

Personas Físicas podrán solicitar su ingreso para sí o para un tercero a la PREPAGA todas las personas físicas legalmente capaces que cumplan con las condiciones de ingreso estipuladas y las de su grupo familiar. Todo interesado en gozar de los beneficios de la cobertura médica que la PREPAGA brinda a sus asociados, debe suscribir una “Solicitud de Ingreso” que se complementará con la suscripción de la correspondiente “Declaración Jurada de Salud – DDJJ”, en la cual constarán los datos personales del interesado y de cada uno de los integrantes del grupo familiar, las incapacidades físicas, psíquicas, enfermedades que padecieren, lesiones, accidentes, intervenciones quirúrgicas, tratamientos a los que se hubiere o se encuentre sometido, tanto para el titular postulante como para las personas que desee incorporar. La PREPAGA podrá exigir y el postulante está obligado, a suministrar toda la información adicional que le sea requerida. La Declaración Jurada de Salud se constituirá como anexo integrante de la Solicitud de Ingreso, la cual deberá ser aprobada por la Auditoría Médica previo al ingreso en un plazo no mayor a los 30 días corridos desde la fecha de su confección. De no mediar intervención por parte de la auditoría se asumirá aceptada la afiliación. En el caso de solicitársele datos ampliatorios a cualquiera de los interesados, dicho plazo se extenderá por 30 días corridos desde requerida la información complementaria para determinar el ingreso del/de los interesados. La PREPAGA, adicionalmente a lo estipulado en el párrafo precedente, podrá disponer la realización de un exámen médico, si a juicio de su auditoría médica lo considerara. Dentro de los plazos establecidos aquí, la entrega de la credencial y/o copia de la solicitud y/o de cualquier otra documentación que vincule a la PREPAGA con el interesado, no implica la aceptación de su ingreso. La extensión de la credencial como así la operatoria normal de afiliación se llevarán a cabo a partir del momento de la solicitud, al sólo efecto brindar la cobertura solicitada mientras perduren los plazos que rigen la admisión de los interesados. En el supuesto de que no se admitiera la solicitud, la PREPAGA podrá solicitar el reintegro de aquellos gastos médicos aplicables a los interesados durante dicho período, como así también todo gasto administrativo incurrido en concepto de “procedimiento de admisión” u otros. En el caso de ser admitida la solicitud, se tomará como fecha de incorporación la efectivamente indicada en la solicitud de ingreso. Sin perjuicio de lo mencionado, la PREPAGA se reserva el derecho a “aceptar” o “rechazar” la incorporación de cualquiera de los interesados. Es requisito para iniciar el trámite de consideración de la Solicitud de Ingreso, efectuar el primer pago correspondiente al ingreso. En caso de aceptación de la solicitud de ingreso, mismo importe será imputado al pago de la primera cuota. En caso de rechazo se reintegrará el importe abonado al interesado deducidos aquellos gastos médicos y/o administrativos incurridos en el proceso. En caso que alguno de los interesados haya incurrido en omisiones, simulación, falsedad, fraude y/o reticencia en cualquiera de las informaciones requeridas en la Solicitud de Ingreso o en la

Declaración Jurada de Salud, la PREPAGA podrá:
• Considerar Nulo el convenio.
• Rescindir la afiliación.
• Establecer los nuevos límites de cobertura (plazos de carencia, topes, etc.).
• Modificar el costo de la cobertura solicitada, ajustándolo a la nueva situación, al momento de detectar la preexistencia.
Este Reglamento y las Normas para el uso de los Servicios serán los que rijan las relaciones entre el asociado y la PREPAGA. Por ello, pasados 30 días corridos desde la fecha de la solicitud, no se reconocerá reclamo alguno por compromisos de cobertura que no hayan sido comunicados al interesado.

RECIÉN NACIDOS

La incorporación de los recién nacidos no es automática y podrán ser asociados al grupo familiar de la madre dentro de los 10 (diez) días hábiles posteriores al nacimiento.

DOMICILIOS Y NOTIFICACIONES

El solicitante constituirá domicilio especial e informará su correo electrónico en la solicitud de ingreso, en los cuales serán válidas todas las notificaciones y comunicaciones que se le cursen. Es obligación del asociado notificar por escrito a las oficinas administrativas en la Avenida Federico Lacroze 3225 Capital Federal -C1426DNG- cualquier cambio de domicilio, correo electrónico o número telefónico. En caso contrario, será válida toda comunicación que le fuere cursada al último domicilio y/o correo electrónico denunciado.

COBERTURAS DEL SISTEMA CERRADO

Es aquel por el cual el asociado es íntegramente atendido por los prestadores incorporados en la Cartilla de Prestadores, en los boletines informativos que periódicamente se emitan y en toda comunicación formal que disponga la PREPAGA. Para la compra de medicamentos, las recetas deben ser confeccionadas exclusivamente por médicos de la Cartilla de Prestadores correspondiente al plan al cual el asociado esté adherido. Éste sistema no admite solicitud de reintegros, salvo previa y expresa autorización de la auditoría médica. Las prestaciones en la PREPAGA son brindadas a través de un Sistema Cerrado mediante la contratación de Planes Superadores. La atención de prestaciones durante el primer año de afiliación se brindarán acorde las condiciones del plan contratado, salvo que se trate de necesidades producto de afecciones preexistentes conocidas y no declaradas, o de prestaciones por fuera de la cobertura indicada en el PMO, en cuyo caso serán brindadas por exclusiva derivación de la auditoría médica al prestador más conveniente, sin perjuicio de la calidad y de la disponibilidad de la prestación. Se considerará que todas las prestaciones, sean preexistentes o no, serán brindadas dentro del Sistema de Atención Cerrado, por lo tanto sujetas a derivación y auditoria médica para la elección del prestador y demás consideraciones.

SISTEMA DE ATENCIÓN DIRECTA

El Sistema de Atención Médica Directa será de aplicación cuando por la naturaleza de la enfermedad se requiera de tratamientos, servicios de diagnóstico y medicaciones cuyas coberturas se rijan por normas especiales. Cuando se tratare de coberturas asociadas a enfermedades oncológicas, diabéticos, HIV, discapacidad, alto costo, transplantes, u otras por cuyo impacto sea relevante, deberá contactarse con la PREPAGA para un mayor asesoramiento respecto de los instructivos a seguir para acceder al Sistema de Atención Directa. La medicación o prácticas para tratamientos de alto costo, y/o excluidas del Programa Médico Obligatorio serán autorizadas y/o provistas directamente por la PREPAGA. Deberá presentar el plan de tratamiento con la indicación médica prescripta por un profesional de esta cartilla de la especialidad correspondiente. Deberá presentar en la PREPAGA la documentación necesaria para que la auditoría médica determine la derivación correspondiente. No se reconocerán reintegros por gastos que hayan sido ocasionados por fuera de la cobertura otorgada por el Sistema de Atención Directa.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA E INTERCONSULTA MULTIDISCIPLINARIA

La PREPAGA se reserva el derecho de organizar una segunda opinión médica con profesionales de

trayectoria y de su selección, cuando la auditoria médica interna así lo considere, para decidir respecto de la derivación y cobertura de determinadas patologías, indicaciones, tecnologías, u otras. La no concurrencia o rechazo de la misma, será considerado como decisión del afiliado de atenderse por fuera de sus sistema de cobertura a su exclusivo cargo y responsabilidad. Para los casos que se requiera la auditoría médica podrá solicitar una interconsulta multidisciplinaria con diferentes profesionales, a la que el afiliado deberá concurrir por su propio beneficio, y mediante la cual se emitirá un informe médico multidisciplinario que definirá lap osición de cobertura por parte de la PREPAGA.

INTERNACIONES

Toda internación programada deberá ser solicitada por un médico de cartilla o de alguna institución de cartilla, en cuyo caso deberá ser indicada en formulario del establecimiento. No obstante, LA PREPAGA deberá autorizar dicha internación previo a la fecha en que fue prevista. Para ello, podrá solicitar la documentación complementaria que considere necesaria a los efectos de agilizar el procedimiento de autorización. Las internaciones serán autorizadas y derivadas al centro de internación por la auditoría de LA PREPAGA. La asignación de la habitación individual o compartida según el plan, quedará sujeta a la disponibilidad en ese momento del establecimiento contratado. Si según el plan se autorizase la internación en habitación compartida, y el afiliado deseara una habitación individual, éste deberá abonar el arancel diferencial que correspondiere en el centro asistencial asignado.

CARTILLA MÉDICA DE PRESTADORES

Prestadores de Cartilla. LA PREPAGA podrá modificar parcialmente el listado de prestadores de sus cartillas, siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura, y sin que dicha modificación altere el objeto de la contratación del servicio, y el menú prestacional contratado se mantenga disponible en los prestadores disponibles. La modificación podrá deberse, entre otras causas, a incrementos de costos y servicios, alta y baja de tecnología o prestaciones, extinción de contratos con prestadores, imposibilidad de contratación o renovación de contratos vigentes, muerte, jubilación, disolución, cierre, quiebra o concurso, liquidación, etc del prestador, condena por mala praxis profesional, prestación insatisfactoria del servicio, u otros motivos justificados que así lo ameriten. El afiliado de no aceptar esas modificaciones podrá rescindir el contrato sin cargo, previa cancelación de las sumas adeudadas hasta la fecha de su decisión.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES LA PREPAGA

Sólo cubre la atención de enfermedades preexistentes al ingreso, que hayan sido fehacientemente declaradas por el interesado y expresamente aceptadas por LA PREPAGA, y luego de haberse determinado el valor de la cuota diferencial a cargo del afiliado correspondiente con las facultades previstas en la ley 26682 para la adecuación del valor diferencial por patología. Al efecto, es obligación del interesado declarar si en su grupo familiar algún integrante posee al momento de la solicitud alguna enfermedad sujeta a recrudescencias o recidivas, o que pudiera requerir estudios, investigaciones o tratamientos clínicos, quirúrgicos o de rehabilitación, a base de drogas u otros agentes. LA PREPAGA no cubrirá las enfermedades preexistentes conocidas que no hayan sido declaradas al ingreso por parte del interesado, tanto de su persona como de cualquier integrante de su grupo familiar, pudiendo rescindir el contrato de manera inmediata. En caso de que deba cubrirse la misma será derivada y autorizada necesariamente en forma previa por la auditoría médica quien tendrá a su cargo la selección del prestador y las condiciones para la prestación. Las enfermedades preexistentes que hayan sido eventualmente declaradas por el interesado y expresamente aceptadas por la PREPAG

OBLIGACIONES DEL AFILIADO TITULAR

• El asociado titular está obligado a abonar una cuota mensual según la categoría y personas que incorpore y el plan elegido, así como también se hará cargo de cualquier otro importe facturado por la PREPAGA a su cargo o a cargo de cualquier integrante de su grupo familiar.
• Es obligación del asociado titular comunicar de inmediato toda modificación y/o situación que se produzca en la integración del grupo. El titular es responsable de las obligaciones emergentes de su vinculación y de su grupo familiar, y es solidario de los perjuicios que puedan ocasionar los

mismos.
• Toda comunicación del asociado titular y/o integrante del grupo familiar con la PREPAGA, deberá ser efectuada en las oficinas centrales, en la Avenida Federico Lacroze 3225 -Capital Federal-, en forma escrita y fehaciente.
• El asociado titular y/o sus dependientes y/o sus derechohabientes subrogan a favor de la PREPAGA los derechos y acciones que correspondan contra un tercero con motivo de un accidente, para que la PREPAGA pueda reclamar del tercero responsable del accidente el reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia médica del asociado y/o dependiente accidentado hasta el monto de lo efectivamente abonado, más sus intereses al momento de su efectiva cancelación.

PRECIO DE LOS SERVICIOS / CUOTA MÉDICA

Como contraprestación por los servicios prestados, el asociado titular en su condición de responsable del grupo familiar, se obliga a efectuar el pago de la cuota mensual en forma adelantada, cuyo vencimiento operará dentro de los 10 días hábiles de cada mes. Dicha cuota se constituye como monto único e indivisible correspondiente a un grupo familiar en su totalidad, independientemente de la cantidad de integrantes que lo compongan. El precio de los servicios podrá ser modificado por causa fundada en: a) la incorporación de nuevos servicios, tecnologías y/o prestaciones, medicamentos, prácticas, innovaciones, b) en incrementos en los costos de la prestación de los servicios, c) aumento de costos administrativos en general, d) incrementos salariales, e) incrementos en los honorarios profesionales o asistenciales, f) incrementos de impuestos, tasas y/o servicios públicos y g) modificaciones en las tasas de consumos. Todo ello, sin perjuicio de las modificaciones que podrán sufrir las cuotas en concepto de cambios de categoría por edad, incorporaciones al grupo familiar u otros motivos enunciados en la presente o en normativas complementarias. Toda modificación que importe aumentos sobre el precio de las cuotas mensuales deberá ser notificada al afiliado titular con una antelación no inferior a 30 (treinta) días de su entrada en vigencia. Las cuotas serán abonadas en forma adelantada del 1 al 10 de cada mes, mediante la modalidad de cobrador a domicilio, transferencia bancaria, débito automático u otra modalidad que en el futuro se incorporase. Asimismo los pagos podrán realizarse en forma personal en la Administración Central, sita en la Avenida Federico Lacroze 3225 -Capital Federal-. Para el pago de facturación complementaria a la cuota mensual, ya sea ésta por reajuste, prestaciones no cubiertas o cualquiera fuera el caso, el pago de dichos servicios facturados por la PREPAGA al asociado deberá efectuarse el día que se establezca en la factura o subsiguiente hábil si fuese feriado. La no recepción o recepción fuera de término de la factura, no exime al asociado de su obligación de pago en término.

MORA EN EL PAGO

La falta de pago en término hará incurrir en mora de pleno derecho al asociado, sin necesidad de interpelación previa por parte de la PREPAGA, quedando facultado a:
• Aplicar intereses compensatorios y punitorios desde la fecha de vencimiento del primer pago en mora, equivalente a dos veces la tasa activa del Banco Nación para operaciones de descuento a 30 días al momento de sucederse la mora.
• Suspender en forma automática la cobertura de todas las prestaciones vigentes hasta la regularización de los pagos (para las atenciones programadas desde el primer mes de mora y para las urgencias a partir del 2 mes de mora) a partir de la hora cero del día siguiente a la del vencimiento. Todo ello sin perjuicio de las acciones pertinentes para obtener su cobro.
• Disponer la pérdida de los períodos de carencia -para los planes que lo contemplen- a partir de la hora cero del día siguiente a la del vencimiento cuando la mora persista por más de 30 días, siendo de cumplimiento obligatorio al momento de la reanudación en caso del pago total de lo adeudado.
• Dar de baja al titular y su grupo familiar, cuando la mora persista total o parcialmente por un plazo máximo consecutivo de 90 días y/o 3 (tres) meses, previa intimación de pago por medio fehaciente, reservándose la PREPAGA el derecho de un posterior reclamo por la vía pertinente por las cuotas adeudadas. La vigencia de la cobertura se reanudará a partir de la hora cero del día siguiente al pago total de lo adeudado, en el caso de regularizarse en su totalidad la situación. En ningún caso la PREPAGA se hará cargo de las prestaciones requeridas o utilizadas durante el período de mora. Asimismo, la PREPAGA tendrá el derecho a requerir el reintegro de cualquier prestación efectuada durante el período de suspensión, en concordancia con lo explicitado en párrafos precedentes. La

falta de pago en término de una sola cuota implica la morosidad y autoriza a LA PREPAGA a limitar las prestaciones al Sistema de Cobertura Cerrado y de Atención Directas sin previa intimación o notificación, según el Programa Médico Obligatorio, debiendo LA PREPAGA autorizar las prestaciones en su totalidad en forma previa a ser brindadas, realizando la derivación a los prestadores que la LA PREPAGA considere hasta tanto regularice su situación, ello sin perjuicio de lo indicado en el art 9 de la ley 26682.

CATEGORÍAS DE PRECIOS

Los Asociados se encuadran dentro de las siguientes categorías:
INDIVIDUAL - MATRIMONIO - HIJO - HIJO MAYOR DE 21 AÑOS HASTA 25 AÑOS - FAMILIAR A CARGO A su vez dentro de las categorías aquí mencionadas se incluyen distintas franjas etarias, a las que se le aplicará el correspondiente ADICIONAL POR EDAD, según el siguiente detalle: 21 años, 30 años y a partir de los 51 años, 56 años, 61 años, 64 años, 71 años, 76 años, etc. y sucesivamente cada 5 (cinco) años

CAMBIOS DE CATEGORÍA

La modificación de las Condiciones Generales de los asociados y/o de sus grupo familiar que implican un cambio de categoría, (casamiento, nacimiento, edad etc.) facultará a la PREPAGA a incluirlos automáticamente en la nueva categoría que correspondiere, rigiendo el nuevo precio a partir del primer día del mes en que se produjo la modificación, previa notificación al asociado. La PREPAGA se reserva el derecho de modificar parcial o totalmente las categorías constituidas para cada plan, los que serán debidamente informados.- - El precio no presentará una variación de más de 3 (tres) veces entre la primer franja etaria y la última.- LA PREPAGA podrá modificar los valores de las cuotas de los planes asistenciales, sin afectar el equilibrio en la relación entre las partes, previa autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud en su carácter de Autoridad de Aplicación de la ley 23660 y de acuerdo a la ley 26683, cuando tal modificación obedezca a variaciones de la estructura de costos y cálculo de riesgos. La modificación será informada con una antelación no inferior a 30 dias corridos y el asociado en caso de no aceptarla, podrá rescindir sin cargo la contratación. La comunicación será válida cuando sea por la vía del email informado por parte del titular, notificada por correo, o informada por intermedio de la factura mensual de servicios, sin perjuicio de otros medios válidos para la misma. Los valores de las cuotas podrán modificarse en función de la cantidad de los integrantes del grupo, de la edad de los mismos, y las categorías asignadas, las que podrán modificarse, de acuerdo al plan, a los 21, 30,55,60,65,70,75,80 años y asi sucesivamente cada 5 años, respetando las restricciones y topes incluidos en la ley y sus reglamentaciones.

CAMBIOS DE PLAN

El asociado podrá solicitar el cambio de plan que hubiere elegido por otro que le resulte más adecuado, quedando éste sujeto a la aprobación por parte de la PREPAGA. Los cambios de plan se aceptarán únicamente si no existieran saldos pendientes que pudiera mantener el asociado con la PREPAGA. Quienes efectuasen modificaciones en sus planes, se verán sujetos a los tiempos de espera, exclusiones y limitaciones que les fije la PREPAGA para el nuevo plan.

EXCLUSIONES GENERALES DE COBERTURA

La PREPAGA no cubrirá los gastos provenientes de las afecciones, internaciones y/o gastos médicos que directa o indirectamente sean consecuencia de:
• Lesiones o patologías provenientes de infracciones a las leyes, decretos, ordenanzas municipales y/o disposiciones de autoridades competentes.
• Afecciones, lesiones o patologías derivadas de hechos o maniobras delictivas o criminales.
• Las derivaciones médicas de intentos de suicidio, lesiones o patologías producidas intencionalmente por el beneficiario a sí mismo.
• Lesiones o patologías producidas dentro o fuera del país, como consecuencia de guerras, declaradas o no, insurrecciones, revoluciones y/o tumultos populares o colectivos.
• Tratamiento de enfermedades y estados patológicos producidos por intencional ingestión o administración de tóxicos, narcóticos, drogadicción y/o utilización de medicamentos sin orden médica.
• Lesiones, afecciones o patologías resultantes de deportes considerados peligrosos o situaciones

donde quedare evidenciado que el beneficiario hubiese puesto en peligro su seguridad física.
• Malformaciones o enfermedades congénitas (según el alcance del plan).
• Enfermedades y/o lesiones preexistentes a la fecha de ingreso, salvo aceptación expresa de la PREPAGA.
• Cirugía estética y todo tratamiento con fines estéticos.
• Lesiones, patologías, afecciones o complicaciones originadas en tratamientos efectuados por personas y/o profesionales no pertenecientes al equipo de la PREPAGA.
• Análisis o estudios genéticos y test alérgicos.
• Análisis o estudios muy complejos o especializados que no se realicen en los laboratorios del equipo de la PREPAGA. No obstante la PREPAGA reintegrará el importe correspondiente abonado por el socio de acuerdo con el alcance de la cobertura contratada.
• Radiocirugía.
• Tratamiento de Hidroterapia, celuloterapia y obesidad, curas de adelgazamiento, de rejuvenecimiento, de reposo o similares.
• Dietología, cosmetología y podología.
• Prácticas no reconocidas por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, prácticas terapéuticas que no hayan superado la etapa experimental o no se encuentren avaladas internacionalmente.
• Lesiones causadas por epidemias catastróficas o nucleares;
• Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y sus secuelas;
• Internaciones por patologías que puedan resolverse ambulatoriamente;
• Internaciones en establecimientos geriátricos.
• Gastos de acompañante, salvo que el internado fuera menor de 12 años.
• Diferencias de confort extras durante la internación.
• Todo gasto (estudios, cirugías, medicamentos, internaciones, etc.) relacionado con prestaciones no cubiertas por la PREPAGA y sus secuelas.
• Ropería del bebé, pañales para adultos.
• Cirugía plástica reparadora, consecuencia de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de ingreso, salvo aceptación expresa de la PREPAGA.
• Autopsias, salvo aceptación expresa de la PREPAGA
• Medicamentos y material descartable en prácticas ambulatorias, con excepción de aquellos planes que lo contemplen.
• Exámenes preocupaciones y/o periódicos, y certificados para ingreso a entidades escolares o deportivas privadas o estatales; exámenes de carácter laboral y/o previsional a cargo de terceros conforme las normas vigentes.
• Productos de venta libre estén o no incluidos en el manual farmacéutico, productos odontológicos: pastas, polvos o líquidos dentífricos; fórmulas especiales o artículos para limpiar dentaduras, jabones, artículos de tocador y/o belleza, productos para la estética; extracción de órganos y tejidos; edulcorantes y sustitutos de sal; adhesivos; antisépticos de uso externo: alcohol, agua oxigenada, etc; productos alimenticios y/o dietéticos; purgantes; anabólicos;
leches en polvo, salvo medicamentosas y maternizadas durante el plan materno infantil; anorexígenos y adelgazantes, antitabáquicos y antietilicos.
• Accidente o conflagración nuclear (contaminación radioactiva, y otros efectos y sus secuelas) guerras, etc., y sus secuelas.
• Estudios genéticos con relación al embarazo.
• 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.
• Internación por afecciones no cubiertas por la PREPAGA.
• Internaciones posteriores al alta médica.
• Gastos extras dentro o fuera de la internación (acompañantes, enfermería, plasma y sangre, factores hematológicos, medios de contraste, películas, etc.
No obstante las limitaciones y exclusiones de cobertura precedentes: la PREPAGA brindara estas prestaciones en tanto y en cuanto estén comprendidas, al momento de requerimiento del socio, en los términos del PMO (leyes 24.754, su remisión a las leyes 23.660 y 24.455 y resoluciones dictadas en su consecuencia).

RENUNCIA, CANCELACIÓN, Y EXTINCIÓN DEL CONTRATO.

El asociado podrá renunciar en cualquier momento, y por cualquier motivo. Su renuncia importará la desvinculación total y absoluta del mismo y de todo su grupo familiar. La renuncia del asociado titular implica la de todos los beneficiarios dependientes o de su grupo familiar, y deberá ser notificada fehacientemente y por escrito a la PREPAGA . La misma implica la suspensión de todos los beneficios, prestaciones y/o coberturas, y comprende la devolución de las credenciales correspondientes. La aceptación de la baja por la PREPAGA en modo alguno implica el reconocimiento de cancelación de deudas y/o gastos realizados con antelación a la misma. Si uno o más miembros del grupo quisieren continuar su asociación, deberán concurrir a nuestras oficinas, dentro de los Treinta (30) días de producido el hecho, para conformar un nuevo grupo, abonando las cuotas desde el momento de producida la renuncia o muerte, de modo de mantener la continuidad de la afiliación, y habiéndose recalculado el valor de la cuota a los nuevos integrantes.

Requisitos para presentar la renuncia.

• Haber abonado la cuota correspondiente al mes en curso, con independencia del día en que efectivamente efectúe la renuncia.

• Haber abonado las cuotas de los meses anteriores.

• No poseer deuda alguna por cualquier otro concepto (reajustes, cuotas anteriores, prestaciones no cubiertas, etc.)

Formalidades de la renuncia.

• Debe ser presentada por escrito en las oficinas centrales de la PREPAGA únicamente.

• Firmada por el titular del grupo familiar.

• Acompañada por las credenciales de todos los integrantes. La falta de cumplimiento de alguno de los requisitos establecidos suspenderá el trámite de baja, en cuyo caso el asociado titular asumirá la total responsabilidad por el uso de los servicios y deberá seguir afrontando el pago de las cuotas. En todos los casos y como requisito indispensable, el asociado deberá reintegrar sus credenciales y las de todo su grupo familiar, responsabilizándose civil y penalmente por el uso indebido de las mismas. En caso de mora, si ésta se extendiera por 90 días corridos a partir del primer vencimiento en mora, la PREPAGA podrá disponer la baja del asociado y su grupo familiar en forma automática, previa notificación por medio fehaciente.

LA PREPAGA podrá cancelar la asociación del beneficiario titular o de cualquiera de los integrantes del grupo familiar con causa justificada, debiendo comunicar el hecho en forma fehaciente al asociado, sin indemnización alguna y en forma inmediata, en los casos de producirse algunas de las causales de

cancelación de la asociación, las que a modo enunciativo se consideran: 1) Trato agraviante y ofensivo de palabra y/o de hecho al personal o profesionales adheridos a LA PREPAGA, mediare o no reiteración. 2) Utilización de la credencial hallándose en mora en el pago de cualquiera de sus obligaciones hacia LA PREPAGA, conforme lo expuesto precedentemente. 3) Facilitar o permitir a terceros el uso de la credencial 4) Requerimiento innecesario de los servicios o para personas no asociadas a LA PREPAGA. 5)Uso indebido o con dolo del sistema de prestaciones cerradas y/o reintegros. 6) Simulación, falsedad, fraude o reticencia en la Declaración Jurada de Salud. Falta de pago de lo adeudado por tres meses consecutivos desde la mora.

FALLECIMIENTO DEL TITULAR

En caso de muerte del asociado titular, se garantiza a los integrantes del grupo familiar primario la cobertura del Plan Médico Obligatorio (PMO) durante el período de 2 (dos) meses contados desde el día del fallecimiento, sin obligación de efectuar pago alguno. En caso de solicitar la continuidad de la afiliación y previo a la finalización de dicho plazo, cualquier integrante del grupo puede solicitar la titularidad, debiendo cumplimentar con los requisitos exigidos en el presente Reglamento General.-

EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DE LA PREPAGA

La PREPAGA podrá cancelar la asociación del beneficiario titular o de cualquiera de los integrantes del grupo familiar con causa justificada, debiendo comunicar el hecho en forma fehaciente al asociado, sin indemnización alguna y en forma inmediata, en los casos de producirse algunas de

las causales de cancelación de la asociación, las que a modo enunciativo se consideran:
• Trato agraviante y ofensivo de palabra y/o de hecho al personal o profesionales adheridos a la PREPAGA, mediare o no reiteración.
• No denuncia en tiempo oportuno del extravío de la credencial en el caso de que éste fuera utilizada por terceros antes de la denuncia.
• Utilización de la credencial hallándose en mora en el pago de cualquiera de sus obligaciones hacia la PREPAGA, conforme lo expuesto precedentemente.
• Facilitar o permitir a terceros el uso de la credencial, aunque no llegare a concretarse perjuicio alguno.
• Requerimiento innecesario de los servicios o para personas no asociadas a la PREPAGA.
• Uso indebido o con dolo del sistema de prestaciones cerradas y/o reintegros.
• Simulación, falsedad, fraude o reticencia en la Declaración Jurada de Salud.
• Falta de pago de lo adeudado por tres meses consecutivos desde la mora.
• Otros.

CONTRATACIONES Y AFILIACIONES CORPORATIVAS

El asociado y/o el grupo familiar que se vincule con la PREPAGA a través de convenios corporativos celebrados por ésta con la empresa para cual presta tareas laborales y/o servicios, mantendrá la afiliación hasta tanto la empresa por medio de la cual se hubieren incorporado, comunique en forma fehaciente la rescisión y/o revocación del vínculo que los uniera y/o hasta la finalización del contrato corporativo oportunamente suscripto con la PREPAGA. El Asociado podrá solicitar la continuidad de la afiliación como asociado titular dentro de los 60 (sesenta) días corridos de producido el distracto laboral y/o finalizado el contrato corporativo, contratando un plan equivalente al que poseía por la modalidad antes descripta, el cual se regirá bajo las condiciones de comercialización vigente al momento de la solicitud de continuidad, completando toda la documentación detallada en el presente Reglamento General y abonando la cuota debida desde la fecha de la extinción de la afiliación corporativa por cualquiera de sus causas.- Carencias: Se define como período de carencia el lapso entre el ingreso del asociado al Plan y el momento en que empiezan a regir los beneficios del mismo, detallados en el anexo correspondiente a cada Plan. Durante ese lapso, se podrá utilizar cualquier servicio abonando los aranceles correspondientes, o en caso de prestaciones obligatorias, utilizando a tal efecto los prestadores exclusivos para la atención de prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO)

AFILIADOS NO CORPORATIVOS QUE DESREGULAN APORTES

El asociado que se incorpore y/o el asociado que adhiera al Sistema de libre Elección de Obras Sociales, según la normativa vigente, deberá abonar directamente a la PREPAGA una suma de dinero igual a la diferencia de valor que surja entre el plan elegido y el monto de aportes y contribuciones que la obra social efectivamente derive a la PREPAGA, como así también toda otra diferencia de valor que se establezca en las condiciones particulares del plan elegido, por ejemplo; copagos, extras, aranceles, etc.-

CONSIDERACIONES ADICIONALES AL CONTRATO

La PREPAGA no se responsabiliza por los daños y perjuicios derivados de impericia, dolo, culpa, imprudencia o negligencia de los profesionales y centros que libremente requiera o utilice el asociados, ni de los que éstos pudieran sufrir en Sanatorios o Instituciones y/o que provinieran de los profesionales en ellos actuantes, de su personal dependiente y/o de terceros. La PREPAGA se reserva el derecho de modificar parcial o totalmente la Cartilla de Prestadores tanto en sus profesionales como en sus centros de diagnóstico e internación, debiendo observar el mantenimiento de la calidad asistencial y profesional contratada por el asociado. Todas aquellas prestaciones que no se encuentran bajo la cobertura del plan al cual se adhiera el asociado oportunamente, serán evaluadas, eventualmente autorizadas y brindadas por la PREPAGA con motivo de la aplicación de la ley 26.682 y disposiciones complementarias a través de un sistema cerrado creado exclusivamente para el cumplimiento del P.M.O. La cobertura encuadrada dentro del P.M.O. será brindada exclusivamente por derivación de la PREPAGA con profesionales y en entidades designadas por la PREPAGA para la cobertura del P.M.O., deberá manifestarla fehacientemente y tramitar la correspondiente autorización en la PREPAGA a los efectos de

coordinar la respectiva atención en caso de corresponder, ya que de intervenir un profesional o entidad ajeno a los designados por la PREPAGA se aplicarán las normas del plan oportunamente convenidas con sus limitaciones y exclusiones. Asimismo, el asociado y los miembros de su grupo familiar autorizan a la PREPAGA a brindar los datos previstos en el artículo 5, párrafo 2, inciso c) de la Ley N 25.326 a las sociedades controladas o vinculadas a COBENSIL S.A. en los términos de la Ley 19.550, a fin de recibir información relativa a los distintos servicios o productos ofrecidos por ellas.

DECLARACIÓN DEL AFILIADO

Declaro conocer y aceptar todos los términos y condiciones del reglamento general, las condiciones particulares del plan que suscribo, así como que la presente solicitud de incorporación a los planes de la PREPAGA y la Declaración Jurada de Salud reviste el carácter de Declaración Jurada, de modo tal que la exactitud y veracidad de los datos que en ellas se consigna resultan condiciones esenciales tanto para la vinculación con la PREPAGA como para su mantenimiento.
Los datos aportados serán incorporados al banco de datos de COBENSIL S.A., con domicilio en la Av. Federico Lacroze 3225 C.A.B.A. y se destinarán a brindar servicios a los asociados. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismo en forma gratuita en intervalos no inferiores a 6 (seis) meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de los normas sobre protección de datos personales.-

Los datos aportados serán incorporados al banco de datos de COBENSIL S.A., con domicilio en la Av. Federico Lacroze 3225 C.A.B.A. y se destinarán a brindar servicios a los asociados. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismo en forma gratuita en intervalos no inferiores a 6 (seis) meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de los normas sobre protección de datos personales.

Firma del interesado	Aclaración de Firma	Tipo y N° de Documento

Buenos Aires, ___ / ___ / ___