FUNDACIÓN MÉDICA DE MAR DEL PLATA

HPC HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD

REGLAMENTO GENERAL DE SERVICIOS, CONDICIONES GENERALES DE CONTRATACION Y CONDICIONES PARTICULARES DE PLAN I PLENO.

A.- CONDICIONES GENERALES.

I.- CONDICIONES DE INGRESO: Podrá adherirse a este sistema de medicina prepaga toda persona con capacidad jurídica de contratar, acreditando fehacientemente ser residente en la República Argentina y cumplimentando el régimen tributario que le corresponda**.** 1.- Podrá afiliarse al plan de salud, en condición de AFILIADO TITULAR, ya sea en forma individual o con su grupo familiar. 2.- Se entiende por grupo familiar a estos efectos exclusivamente a: a) el cónyuge del afiliado titular, b) los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, c) 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, d) los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún (21) años, con certificado de discapacidad vigente, e) los hijos del cónyuge, f) los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, g) La persona que mantenga una unión convivencial con el afiliado titular, independientemente de su género, y sus hijos. La unión convivencial deberá acreditarse con documentación o información sumaria expedida por la autoridad competente. 3) Los integrantes de un grupo familiar ingresan al sistema en calidad de BENEFICIARIOS NO TITULARES. Si son dados de baja del grupo familiar por su titular, u optan por excluirse voluntariamente del mismo, podrán continuar su afiliación, pudiendo optar por cualquiera de los planes que se encuentren comercializados al público en general por LA FUNDACION. Para mantener su antigüedad, deberán constituir una nueva afiliación, dentro de los sesenta (60) días hábiles posteriores a dicha baja. ----------

II.- CONDICIONES PARA FORMALIZAR EL INGRESO: Las personas interesadas en ingresar al sistema de medicina prepaga, deberán completar una solicitud de ingreso, y una declaración jurada adjuntando sus antecedentes médicos. Dichos elementos revisten el carácter de declaración jurada de salud sobre enfermedades existentes, patologías seculares, cirugías llevadas a cabo, tratamientos recibidos con anterioridad o que se estén llevando a cabo al momento de la solicitud, medicamentos consumidos, individualizando los profesionales de la salud consultados en los últimos doce (12) meses y toda otra información requerida en la referida declaración.

1) La veracidad y corrección de esta información es considerada un elemento vital para establecer un vínculo contractual entre LA FUNDACION y los beneficiarios de las prestaciones que la misma se compromete a prestar. ----------
2) Por otra parte, responde a la necesidad de obrar con buena fe y resulta fundamental para que los tratamientos médicos que se apliquen al solicitante sean efectivos, adecuados y no pongan en riesgo su salud o su vida. ----------
3) Por estas razones, esencialmente, 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. ----------
4) 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, dará sin más derecho a la Fundación a dar por rescindido el vínculo contractual, fundado en la falsedad del dato, sin que ello implique responsabilidad alguna para la institución, reservando la Fundación los derechos de acciones por daños y perjuicios que diera lugar, atento que la veracidad, exactitud e integridad de la información suministrada por el solicitante y/o por cualquiera de todos y cada uno de los miembros de su grupo familiar 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 la Fundación a fin de perfeccionar el presente reglamento. ----------
5) La/s declaración/s jurada/s implica autorizar en forma irrevocable a la Fundación a solicitar cuanta información estime pertinente a los fines del efectivo control y verificación de los datos allí consignados, sin generar obligación ni carga alguna en cabeza de la Fundación, rigiendo plenamente el deber de veracidad exigido en los puntos anteriores. En el supuesto de que los profesionales o instituciones tratantes se negaren a suministrar información sobre el afectado, el asociado se obliga a requerirla y proveerla a la Fundación bajo apercibimiento de generar causal de resolución contractual. El cumplimiento de tal obligación deberá serlo en el plazo máximo de quince días hábiles (15) a partir del momento de serle requerida por alguno de los medios previstos en este Reglamento. La Fundación podrá solicitar al interesado exámenes médicos complementarios, en caso de ser necesario para determinar una cuota diferencial.
6) Mientras no exista aceptación de la Fundación, las partes no tendrán vinculación alguna. Además, durante el citado plazo el interesado podrá comunicar su intención de no suscribir ningún contrato con la Fundación Médica de Mar del Plata. ----------

<u>III.- NORMAS ADMINISTRATIVAS:</u>

1) Credencial digital:

a) Al ingreso y con el pago de la primera cuota mensual, se pondrá a disposición de los BENEFICIARIOS, la credencial digital del Plan; la misma es de uso personal e intransferible. ----------

b) Para tener acceso a los servicios de La Fundación, además de la referida credencial, se deberá exhibir el documento de identidad. ----------
Facilitar o permitir a terceros su uso, dará derechos a La Fundación Médica de Mar del Plata a dar por rescindido el convenio, pudiendo promover las acciones civiles pertinentes y/o formular denuncias penales si correspondiera, tanto contra el afiliado, como contra el tercero usuario ilegal del servicio.

c) Historia clínica: En caso de no contar con Historia Clínica en el Hospital Privado de Comunidad, se procederá a la apertura al momento de la presentación de la solicitud de ingreso para la contratación de un plan de salud. La historia clínica es confeccionada y resguardada por la Fundación Médica de Mar del Plata, con arreglo a la normativa vigente, conservando el paciente pleno derecho de acceso, copia y confidencialidad de los datos allí consignados, conforme a lo dispuesto por la Ley 26.529, y a su vez, autoriza a la Fundación, a que la misma se lleve en soporte magnético, informático o el que en el futuro lo reemplace.

d) El Afiliado presta su consentimiento expreso para que la Fundación trate sus datos personales y de salud contenidos en la Declaración Jurada e Historia Clínica, con el fin exclusivo de gestionar la relación contractual y asistencial, garantizando el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y supresión conforme a la Ley 25.326.

2) Cuotas mensuales:

a) Las cuotas mensuales establecidas en el presente, se consideran un piso mínimo que deberá el afiliado cubrir todos los meses a los fines de mantener su plan activo.

b) Cuando ese mínimo no resulte alcanzado por lo recibido en concepto de pago de los aportes y contribuciones realizado por la obra social, la diferencia deberá abonarse por mes adelantado del 1 al 15 de cada mes. Las mismas deberán pagarse en forma completa, no aceptándose pagos parciales, y se consideran como pago a cuenta hasta que la Obra Social deposite a la Fundación Médica de Mar del Plata el importe correspondiente al titular.

c) Los medios habilitados para tal fin (Ripsa, Pago fácil, Bapro), a través de nuestro portal Mi HPC, botón de pago, adhesión a débitos automáticos, tarjeta de crédito, transferencia bancaria, Homebanking, todas las cajas el Hospital Privado de Comunidad a través de los referidos medios de pago habilitados, y cualquier otro medio que pueda incluirse en un futuro. -------

d) En caso de que el AFILIADO TITULAR opte por la modalidad de pago mediante débito automático en tarjeta de crédito o cuenta bancaria en bancos habilitados, se establecen las siguientes condiciones: El AFILIADO TITULAR es el único responsable de mantener la vigencia de la tarjeta de crédito o cuenta denunciada, contar con el límite de compra o saldo suficiente para cubrir la obligación, y de instruir correctamente a la entidad

emisora/bancaria para la aceptación de los cargos. La adhesión al débito automático no libera al AFILIADO TITULAR de su obligación de pago hasta tanto el importe sea efectivamente percibido por LA FUNDACION. En consecuencia, el AFILIADO TITULAR asume la carga de verificar mensualmente en su resumen de cuenta o tarjeta bancaria la efectiva realización del débito. Eventuales errores de procesamiento, rechazos técnicos, bajas de plásticos, falta de límite o cualquier contingencia imputable a la entidad administradora de la tarjeta o al banco emisor, serán inoponibles a LA FUNDACION. Ante la falta de ingreso del pago por cualquier causa ajena al acreedor, la mora se producirá de pleno derecho al vencimiento de la cuota (Art. 886 CCyCN). Subsidiariedad del Pago: Ante la detección de un débito no realizado o rechazado, el AFILIADO TITULAR deberá proceder de inmediato al pago de la acreencia mediante los canales alternativos habilitados indicados en el inc. c) precedente, dentro de las 48 horas hábiles posteriores al vencimiento, a fin de evitar los intereses moratorios y/o la suspensión del servicio/prestación.

e) A través del pago directo de la empresa del trabajador, debiendo éste dar autorización para su descuento.

3) Falta de pago de las cuotas:

No tendrán vigencia los beneficios del Plan si las cuotas de este plan no se encuentran al día o la Obra Social no ha pagado a la Fundación Médica de Mar del Plata los aportes correspondientes. ----------

a) En dicho caso el afiliado deberá abonar el 100% de la prestación, de acuerdo a los valores que la Fundación Médica de Mar del Plata tiene fijada para afiliados a Planes de Salud y que puede ser consultado por el afiliado toda vez que lo requiera en las cajas habilitadas en el Hospital Privado de Comunidad. ----------

b) La mora se producirá de pleno derecho el día 15 de cada mes, sin necesidad de intimación previa. La Fundación podrá suspender las prestaciones si el afiliado no regulariza su situación tras una intimación fehaciente por cualquiera de los medios de comunicación admitidos contractualmente. ----

c) Frente a la falta de pago, la Fundación Médica de Mar del Plata aplicará intereses punitorios por mora.

d) Las prestaciones se brindarán con la cobertura prevista en el Plan que resulte elegido por el Titular hasta el último día del mes abonado, sin embargo, se le otorgará un plazo de gracia hasta el último día del mes que correspondiera a la mora. A partir del siguiente mes las prestaciones serán cobradas al afiliado. Estos valores serán considerados definitivos sin derecho a solicitar reintegro por los mismos. La falta de pago en término de tres (3) cuotas integras y consecutivas, implicará la pérdida de su condición de afiliado, cuando previamente la Fundación hubiera intimado por cualquier medio

admitido contractualmente que se regularice dentro de diez días la situación, oportunidad que se brindará una sola vez. Si pese a la intimación referida la situación no se regularizara en el lapso otorgado, dicha circunstancia automáticamente implicará la pérdida de su condición de afiliado En este caso, si desea continuar afiliado al Plan, deberá proceder en todo, como si se tratara de una nueva vinculación y por lo tanto formular una solicitud o propuesta de ingreso y cumplir con todos los pasos y condiciones fijados, en el reglamento, incluido abonar la cuota de ingreso.----------

e) Las prestaciones de la Fundación Médica de Mar del Plata, serán las que se indican en el Plan que fuera elegido por el titular al momento de contratar. El Titular y los demás beneficiarios sólo podrán recibir los servicios contratados en forma exclusiva, excluyente y taxativa por parte de los profesionales médicos, odontólogos, bioquímicos, centros de diagnóstico y tratamiento, centros de internación y farmacias adheridas o que se encuentren en la cartilla de prestadores contratados por La Fundación, en relación al plan que fuera elegido. La Fundación no reconocerá ni reintegrará a los beneficiarios, pagos realizados a otras instituciones o profesionales que no pertenezcan a la cartilla del plan suscripto por él, salvo los casos excepcionales previstos en la cláusula VI del presente. En principio, las prestaciones, serán brindadas en las instalaciones que se encuentran bajo la administración directa de la Fundación por medio de los profesionales contratados por ella directamente o a través de otras entidades contratadas.

f) Domicilio del afiliado: Es obligación del afiliado comunicar a la Fundación Médica de Mar del Plata por escrito cualquier cambio de domicilio físico y/o electrónico y/o número de teléfono. Mientras no lo haga, se consideran subsistentes los domicilios y datos denunciados, y se tendrán por válidas las notificaciones que en ellos se practiquen.

IV.-NORMAS ADMINISTRATIVAS EN AFILIACIONES CON DERIVACION DE APORTES Y CONTRIBUCIONES.

a) El AFILIADO TITULAR acepta que, por haber elegido un plan de cobertura superador y complementario del Plan Médico Obligatorio (PMO) vigente Res. 201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL y normas complementarias y modificatorias, el saldo que arroje la diferencia entre los aportes efectivamente recibidos y el importe de su cuota, deberá ser abonado en los lugares habilitados, a fin de mantener la amplitud prestacional ofrecida por el plan por él suscripto.

b) Si el AFILIADO TITULAR adhiere al Sistema de libre Elección de Obras Sociales y persiste en la mora, La Fundación modificará el plan de cobertura del afiliado, por otro que contemple íntegramente los beneficios del Programa

Médico Obligatorio (PMO) vigente cf. Res.201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL y normas complementarias y modificatorias. ----------

c) La Fundación no reconocerá reclamo alguno respecto del monto y/o demora en la aplicación de los descuentos originados en la deducción de aportes y contribuciones en virtud que la correcta y oportuna recepción de los mismos dependen del empleador, de la Superintendencia de Servicios de Salud, del Anses, de Arca y finalmente de la Obra Social elegida por el adherente. La aplicación de deducciones como consecuencia de la derivación parcial de aportes y contribuciones del Régimen de Seguridad Social no implica modificación alguna respecto de las condiciones de cobertura y demás beneficios contemplados en el plan, así como tampoco los emergentes de la obligación del afiliado respecto del pago en término de sus cuotas y la atribución de La Fundación de modificar la prestación de servicios a su cargo ante la morosidad en el pago de sus cuotas, las que se regirán de acuerdo con lo establecido en el presente Reglamento General.----------

d) En el caso de que no estén abonadas las diferencias de cuota en los planes obligatorios, por un término de tres meses, se perderá la condición de afiliado activo.----------

V.- ACCESO A LOS SERVICIOS NORMAS GENERALES: Para acceder a los servicios el afiliado debe:

1 - Figurar en el padrón que mensualmente envía la obra social, y que la misma haya acreditado a favor de la Fundación Médica de Mar del Plata los aportes correspondientes y cumplir las obligaciones y las exigencias formales establecidas.
2.- Tener las cuotas de este plan al día.
3- Exhibir su credencial digital de afiliado y documento de identidad.
4- Abonar el coseguro correspondiente. -

VI.- REINTEGROS: La atención médica de los Afiliados debe realizarse exclusivamente a través de los prestadores propios o contratados que integran la Cartilla del Plan, por lo que por principio general NO se admitirán reintegros. Se entiende por "Reintegro" la modalidad de cobertura excepcional mediante la cual se restituye al Afiliado, total o parcialmente, las sumas abonadas por este a profesionales o instituciones ajenos a la Cartilla de Prestadores vigente, sujeto a las condiciones, límites y autorizaciones previas establecidas en el presente Reglamento.
Sin perjuicio del principio general establecido en el párrafo precedente, podrán autorizarse reintegros por vía de excepción, y siempre, ineludiblemente, mediante aprobación previa de la auditoria medica de la Fundación, en los únicos y siguientes casos:

1- **Prestaciones con Cobertura Específica:** Aquellas prácticas que, por la naturaleza del plan contratado, prevean expresamente la modalidad de reintegro (ej. Psicología, Cristales), dentro de los topes y límites estipulados en el Programa Médico Obligatorio (PMO) o los beneficios adicionales del plan.
2- **Inexistencia de Prestador**: En el caso de que la Fundación no cuente con un prestador específico para la patología, previa validación técnica y auditoria médica.

Requisitos administrativos. Para gestionar el reintegro, el Afiliado deberá presentar la solicitud dentro de los 30 días de realizada la prestación, adjuntando: a) Factura o recibo original emitido de conformidad con las normas vigentes de la ARCA (Agencia de Recaudación y Control Aduanero), donde conste nombre del paciente, diagnóstico clínico, N° de plan y número de Historia Clínica. b) Prescripción médica original que dio origen a la prestación. c) Constancia de la autorización previa de Auditoría Médica, cuando así corresponda.

Monto del reintegro. En todos los casos en que se autorice excepcionalmente un reintegro, el monto a reintegrar tendrá como límite máximo el valor que la Fundación abone a sus propios prestadores contratados por igual prestación, deduciendo los copagos o coseguros que correspondan según el plan del Afiliado. Bajo ningún concepto la Fundación se hará cargo de excedentes o diferencias tarifarias facturadas por un profesional o institución ajeno.

VII. **OBLIGACIONES DE SUBROGACION**: Sin perjuicio de los derechos de repetición que le correspondan en forma directa, La Fundación podrá subrogarse en los derechos del beneficiario respecto de la totalidad de los gastos, honorarios y demás servicios médicos, por los cuales haya debido abonar sumas de dinero y/o brindar beneficios directos y/o a través de terceros, en toda situación en la que el afiliado tenga derecho a ser resarcido por terceros responsables, inclusive compañías de seguros contratadas por éstos. Esta subrogación operará de manera automática y sin necesidad de notificación alguna, quedando obligado el adherente o sus derechohabientes a facilitar toda información y colaboración que esté a su alcance para posibilitar el pleno ejercicio de este derecho, siendo responsable de todo acto que lo perjudique. A tal efecto el afiliado deberá suscribir toda la documentación que fuera menester. En caso de negativa infundada, será interpretada que asume en forma directa y personal la responsabilidad que fuera imputable a terceros. La Fundación también tendrá derecho a recobrar hasta los montos de beneficios efectivamente otorgados, que el afiliado obtenga por demanda legal, convenio y/u otros medios, proveniente del tercero responsable o de un asegurado del afiliado, quien se compromete a otorgar los pertinentes mandatos en favor de los letrados que la Fundación Médica de Mar del Plata indique y/o los instrumentos que ratifiquen el compromiso contenido en este acápite.

***VIII*. <u>EXCLUSIONES GENERALES</u>:** Se definen como "Exclusiones" a aquellas patologías, prácticas, estudios, tratamientos, medicaciones, insumos o tecnologías médicas que, por no encontrarse taxativamente incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente, o por no haber sido expresamente contempladas como beneficios adicionales en las Condiciones Particulares del Plan, quedan fuera del objeto contractual y de la responsabilidad prestacional de la Fundación.
Las exclusiones serán aranceladas con el 100% del arancel previsto por la Fundación Médica de Mar del Plata, el que puede ser consultado en cualquiera de las cajas del Hospital Privado de Comunidad.

Son exclusiones generales las siguientes:

1) Estudios, prácticas, o tratamientos no incluidos en el PMO para los que el Hospital Privado de Comunidad no cuenta con la infraestructura instalada o profesionales habilitados, excepto los que expresamente queden reconocidos. El costo de los estudios, prácticas o tratamientos excluidos por esta razón no serán reconocidos ni reintegrados.----------

2) Estudios, medicamentos, prácticas y/o tratamientos ambulatorios o en internación realizados fuera del país.----------

3) Estudios, prácticas, tratamiento o medicamentos firmados o solicitados por médicos ajenos al plantel profesional del Hospital Privado de Comunidad, o en otras instituciones de salud, incluidos o no en el PMO. Se exceptúa de esta exclusión los casos de emergencia que debieran ser atendidos fuera de la ciudad de Mar del Plata con las limitaciones previstas en esta cláusula punto 1.

4) Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y todos los casos imputables a los beneficiarios, tales como lesiones en riña u otros previstos por la ley. ----------

5) Internaciones en establecimientos geriátricos, internaciones para cura de reposo, para tratamientos de adelgazamiento o rejuvenecimiento. Dietología; cosmetología y podología; objetos para el confort personal tales como aparatos de radio, televisión o servicios de peluquería y belleza; alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipos para ejercicios o aparatos similares, y/o cualquier otro que no haga estrictamente a las coberturas de salud acordadas en su plan. ----------

6) Afecciones y/o lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación en competencias o actividades deportivas de carácter peligroso (automovilismo,

motociclismo, karting, andinismo, etc.) y/u ocasionadas en estado de ebriedad o bajo la influencia de psicofármacos o alcaloides. ----------

7) Afecciones derivadas de catástrofes, guerras, revoluciones, huelgas parciales o generales, subversión, sismos e inundaciones. Secuelas de prácticas ilegales, cuando el afiliado sea el que las realice. Cirugía estética no reparadora. ----------

8) Prácticas de acupuntura, homeopatía, kiropraxia y toda otra práctica no reconocida oficialmente por la Universidad y Secretaría de Salud Pública de la Nación.----------

9) Prótesis u ortesis importadas, salvo cuando no exista similar nacional. ----------

10) Prótesis miogénicas o bioeléctricas. ----------

11) Enfermeras particulares. ----------

12) Toda patología o afección provocada por tentativa de suicidio, mutilaciones o calamidades públicas, generadas o sufridas de manera voluntaria o involuntaria.

13) En ningún caso se cubrirán medicamentos no aprobados y/o en vía de experimentación y/o esquemas terapéuticos que estén aún en experimentación o fase de prueba, no aprobados por autoridad competente o avalados por entidad científica representativa.

14) Reposición de sangre y plasma. Factores hematológicos. ----------

15) Transfusiones a domicilio.----------

16) Terapias alternativas para cualquier enfermedad, incluidas las oncológicas o malignas.----------

17) Medicamentos y productos farmacéuticos no cubiertos: edulcorantes, vitaminas, medicamentos de venta libre, recetas magistrales, accesorios de farmacia (gasas, vendas, artículos de goma, jeringas, etc.) material descartable en procedimientos ambulatorios, cosmiatría, anorexígenos, calcitonina.----------

18) Toda otra prestación no incluida en el Programa Médico Obligatorio (P.M.O) aprobado por Resolución 247/96 M.S y modificatorias.----------

IX. **MODIFICACIÓN A LAS CONDICIONES DEL PLAN:**

La Fundación podrá establecer libremente los valores de las cuotas de los planes de salud durante toda la vigencia del contrato, conforme lo dispuesto en el artículo 17 del Decreto N° 1993/2011 y sus modificatorios. Los aumentos en las cuotas podrán aplicarse de manera variable, de acuerdo con las condiciones del plan (con o sin copagos). La Fundación comunicará al Afiliado titular o beneficiarios, de manera clara y destacada, toda modificación en el valor de las cuotas y/o copagos, con una antelación no menor a TREINTA (30) días corridos previos al vencimiento de la obligación de pago.----------

X. SOLICITUD DE BAJA O RESCISIÓN UNILATERAL POR EL AFILIADO TITULAR.

1) La baja del plan o rescisión contractual sólo podrá ser solicitada por el afiliado titular.

2) El titular de la cuenta puede pedir la baja o rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, con cuota al día sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar en forma fehaciente esta decisión a La Fundación con treinta (30) días corridos de anticipación, quedando también habilitado a ejercer tal derecho a través del procedimiento directo previsto en el Sitio Web del Hospital Privado de Comunidad. Sin perjuicio de ello y a efectos de evitar el ejercicio abusivo de este derecho, el mismo podrá ser ejercido solamente una vez por año conforme lo establecido en la normativa vigente en la materia (cf. art. 9 Ley 26.682 y art. 9 inc. 1 Decreto 1993/2011 P.E.N. y normas complementarias y sus modificatorias). ----------

3) Hasta tanto no se cumpla con los mencionados requisitos, el afiliado titular se encuentra obligado al pago de las cuotas correspondientes con más sus intereses moratorios en caso de corresponder.----------

4) En ningún caso la renuncia del titular extinguirá las obligaciones pendientes quedando reservado el derecho de exigir judicialmente su pago. ----------

5) Si existieren deudas con La Fundación, la renuncia del titular no extinguirá dichas obligaciones, quedando reservado el derecho de exigir judicialmente su pago. -----

6) Si uno o más miembros del grupo familiar a cargo del titular quisieren continuar su relación contractual con La Fundación, para mantener la antigüedad de su cobertura deberán concurrir a sus oficinas, dentro de los sesenta (60) días hábiles de la solicitud de baja, para conformar un nuevo grupo o afiliación individual (cf. art. 1 Resolución 163/2018 SSSALUD y normas complementarias y sus modificatorias). ----------

7) La renuncia comunicada con posterioridad al día 15 del mes, no dará derecho a la reducción proporcional de la cuota correspondiente al mismo, la que deberá ser abonada íntegramente por el mes en curso. ----------

XI. RESCISIÓN UNILATERAL POR LA FUNDACIÓN.

La Fundación puede rescindir o resolver el contrato con el afiliado titular y/o cualquiera de los beneficiarios en los siguientes casos:

1. Cuando el Afiliado titular incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas integras y consecutivas del plan al que haya adherido, siempre que no las haya abonado dentro del plazo de diez (10) días hábiles por el que deberá ser intimado a hacerlo, conforme a lo establecido en la normativa vigente en la materia.

2. Por falsedad u omisión en la declaración jurada de salud que deberá suscribir a los fines de su afiliación, el afiliado titular y/o los integrantes de su grupo familiar, producida por no declarar u omitir una enfermedad o situación preexistente, en los términos del artículo 961 del CCYCN, conforme a lo establecido en el art. 9 de la ley 26.682 y art. 9. Decreto 1993/2011 P.E.N., normas complementarias y sus modificatorias. En caso de grupo familiar, sólo podrá excluirse al integrante respecto del cual se verificó el falseamiento u omisión, manteniéndose la afiliación del resto. ---

3. La Fundación comunicará la rescisión a uno de los domicilios denunciados por el Afiliado titular, ya sea por carta documento, correo electrónico u otro medio fehaciente, a su libre criterio. Asimismo, procederá a asentar la misma en sus registros informáticos.----------

4. Producida la notificación de rescisión, el afiliado titular y/o los beneficiarios, deberán abstenerse desde ese momento, de invocar el contrato extinto, a los fines de solicitar y/o utilizar los servicios de la Fundación Médica de Mar del Plata, siendo responsables civil y penalmente por el uso indebido de los mismos.----------

XI. **DOMICILIO**. En la solicitud de ingreso y en el contrato de prestación de servicios, el afiliado titular constituirá domicilio, el que tendrá la calidad de especial, respecto de su relación jurídica con La Fundación, en el cual serán válidas todas las notificaciones y comunicaciones que se le cursaren. -

1. Este domicilio subsistirá mientras el titular no comunicare su cambio por los medios habilitados al efecto.
2. En el caso de que el afiliado hubiere cambiado de domicilio sin ponerlo en conocimiento de La Fundación en forma fehaciente, toda comunicación judicial y/o extrajudicial que se le envíe al domicilio anterior será considerada válida a cualquier efecto.

3. Asimismo, el Afiliado Titular constituye como domicilio electrónico de notificación, en los términos del art. 75 del Código Civil y Comercial de la Nación, al correo electrónico que denuncia en el contrato, solicitud de ingreso y declaración jurada de salud, aceptando que serán válidas y vinculantes todas las notificaciones, comunicaciones, intimaciones e interpelaciones que La Fundación practique por ese medio.

B.- CONDICIONES PARTICULARES PLAN I PLENO.

El presente acápite constituye las Condiciones Particulares del Plan I Pleno y forma parte integrante e inseparable del presente Reglamento General de Contratación de Servicios de Salud de la Fundación.

Las disposiciones aquí contenidas complementan y, en caso de conflicto específico sobre beneficios o cartilla, prevalecen, sobre las condiciones generales, de acuerdo con la voluntad expresada por las partes al momento de la suscripción. El Afiliado declara haber sido debidamente informado, haber tenido a su vista, analizado y aceptado el alcance de la cobertura, topes de reintegro, y exclusiones específicas que se detallan a continuación para el plan elegido.

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

- **Carencias:** El Afiliado gozará de la totalidad de las prestaciones del Plan contempladas en el PMO desde su alta de ingreso, sin sujeción a períodos de espera o carencia.
- **Acceso Directo:** Las consultas médicas se realizan sin necesidad de derivación previa de médico de cabecera.
- **Desburocratización:** Los estudios y prácticas diagnósticas de baja complejidad no requieren autorización previa de auditoría, salvo las excepciones previstas en el Manual de Procedimientos.
- **Farmacia:** Descuento del **40%** en medicamentos ambulatorios de uso habitual, según Vademécum institucional.
- **Asistencia al Viajero:** Cobertura de urgencias y emergencias médicas a nivel nacional a través de la red de tránsito contratada.

2. RÉGIMEN DE COSEGUROS

El **Plan I Pleno** contempla la modalidad de **Copago/Coseguro** a cargo del Afiliado para todas las prestaciones (consultas, prácticas de baja y alta complejidad, e internación). El valor de dichos coseguros será el vigente al momento de la prestación, conforme la cartilla de aranceles de la Institución.

3. CUADRO DE PRESTACIONES

A continuación, se detalla el esquema de cobertura. Se recuerda que toda prestación al 100% se refiere a la cobertura de la tasa asistencial, sin perjuicio del **coseguro** correspondiente que el afiliado deba abonar.

PRESTACIÓN	*NIVEL DE COBERTURA*	*OBSERVACIONES*
Consultas Médicas	*100% **	*Con coseguro.*
Consulta Médica a Domicilio	***AP***	*Arancel Preferencial a cargo del afiliado.*
Medicamentos en Farmacias	*40%*	*Según Vademécum Institucional.*
Odontología	*100% **	*Con prestadores contratados.*
Laboratorio de Análisis Clínicos	*100% **	*Con coseguro.*
Radiología y Ecografía (Baja Comp.)	*100% **	*Con coseguro.*
Ecografía Doppler Color	*100% **	*Con coseguro.*
Dietología / Foniatría / Fonoaudiología	*100% **	***CT*** *(Con tope de sesiones).CC*
Kinesiología	*100% **	***CT/CC*** *Con orden médica y en centros propios.*
Alta Complejidad (TAC, RM, Cámara Gamma)	*100% **	*Con autorización previa y coseguro.*
Internación Clínica y Cirugía General	*100% **	*Con coseguro por día/evento.*
Salud Mental (Psiquiatría)	*100% **	*Consultas ambulatorias con coseguro.*

Referencias y Notas Legales:

(*) Cobertura según PMO: *Las prestaciones se brindan conforme al Programa Médico Obligatorio vigente.*

AP (Arancel Preferencial): *Importe fijo a cargo del afiliado por el servicio.*

CT (Con Tope): *Cantidad máxima de sesiones anuales según reglamentación interna y PMO.*

CC (Con Coseguro)

En Mar del Plata a los ..... días del mes de ……..... de …….....

.....
Firma del Afiliado Titular

.....
Apellido, Nombre y DNI del Titular.

<u>ASENTIMIENTO DE LOS BENEFICIARIOS</u>: El/los abajo firmante/s, en nuestro/mi carácter de beneficiario/s, por derecho propio y/o en ejercicio de la representación legal que nos/me compete respecto de los demás integrantes del grupo familiar, declaramos conocer y prestar nuestro/mi total y expreso asentimiento a la totalidad de las cláusulas y condiciones que componen el presente Contrato, así como a toda la documentación que lo integra como Anexos (Solicitud de Ingreso, Declaración Jurada de Salud, Reglamento General de Servicios y el cuadro de cobertura del plan elegido). Asimismo, ratifico/amos en todos sus términos la veracidad y exactitud de los datos proporcionados por el Titular.

....
Firma Beneficiario Firma Beneficiario

....
Apellido, nombre, DNI Apellido, Nombre, DNI

....
Firma Beneficiario Firma APODERADO
FUNDACION MEDICA DE MAR DEL PLATA

.....
Apellido, nombre, DNI