



REGLAMENTO, CONDICIONES Y NORMATIVA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

PLAN ACOMPAÑANTE DE SALUD

CONTENIDO

1. BENEFICIOS.....	2
1.1. ACOMPAÑANTE DE SALUD	2
1.2. TRASLADOS PROGRAMADOS	3
1.3. DETALLE DEL SERVICIO	3
1.4 GESTOR DE SALUD.....	3
2. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	4
3. COBERTURA	6
4. CLÁUSULAS GENERALES	6
4.1. OBJETO.....	6
4.2. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	6
4.3. DERECHO DE EQUIVALENCIA.....	6
4.4. FRANJAS ETARIAS	7
4.5. VALOR DE CUOTAS	7
4.6. PAGO DE CUOTAS MENSUALES	7
4.7. GRUPO FAMILIAR	7
4.8. RECLAMOS	7
4.9. EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR VOLUNTAD DEL USUARIO	8
4.10. EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR DECISIÓN DE LA ENTIDAD	8
4.11. CONDICIONES GENERALES DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS	9
4.12. MODIFICACIONES	9
4.13. VIGENCIA DE LOS SERVICIOS	10
4.16. DOMICILIO Y JURISDICCIÓN	11
4.17. FUERZA MAYOR.....	11
4.18. DATOS PERSONALES – CONFIDENCIALIDAD	12

“International Health Services Argentina S.A.” (“IHSA” y/o Contigo Salud) brinda una cobertura complementaria de su actual sistema de salud, limitada a los servicios médicos expresamente enumerados y descriptos en este documento.

Los términos, condiciones, modalidades y procedimientos establecidos en este documento regulan el plan parcial de salud contratado con **IHSA**.

1. BENEFICIOS

1.1. ACOMPAÑANTE DE SALUD

El plan comprende Acompañante de Salud en sanatorio o domicilio: el Usuario dispone de un **ACOMPAÑANTE DOMICILIARIO** en caso de internación y/o post-internación y/o enfermedad a domicilio con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con algún tipo de enfermedad aguda (con excepción de enfermedades agudas psiquiátricas y enfermedades crónicas de todo tipo y otras enfermedades preexistentes). Las labores que desarrollan están relacionadas con las necesidades básicas diarias del Usuario: Asistencia en la alimentación y bebida; limpieza de las áreas y utensilios donde se alimentó al paciente; Higiene y confort; aseo de las zonas donde se desarrolla la higiene del paciente; Asistir a desplazarse y deambular al paciente dentro del domicilio; Administrar la medicación vía oral indicada por el profesional médico y supervisado por el familiar (debe haber orden médica); Asistencia en la vestimenta.

El servicio cuenta con diferentes planes, a fin de adaptarse a las necesidades de cada afiliado:

(a) Plan 80: ofrece el servicio de acompañante domiciliario por módulos de mínimo 8 hs diarias - diurnas o nocturnas - hasta 3 módulos por día y con un total de 10 módulos por año calendario.

(b) Plan 120: ofrece el servicio de acompañante domiciliario por módulos de mínimo 8 hs diarias - diurnas o nocturnas - hasta 3 módulos por día y con un total de 15 módulos por año calendario.

(c) Plan 240: ofrece el servicio de acompañante domiciliario por módulo de mínimo 8 hs diarias - diurnas o nocturnas - hasta 3 módulos por día y con un total de 30 módulos por año calendario.

1.1.1. INCLUSIONES

El servicio de Acompañante de Salud incluye la asignación de una persona que le brindará al Usuario que se encuentra con prescripción médica en su domicilio las siguientes labores:

- Asistencia en la alimentación y bebida.
- Limpieza de las áreas y utensilios donde se alimentó al paciente.
- Higiene y confort.
- Aseo de las zonas donde se desarrolla la higiene del paciente.

- Asistir a desplazarse y deambular al paciente dentro del domicilio.
- Administrar la medicación vía oral indicada por el profesional médico y supervisado por el familiar (debe haber orden médica)
- Asistencia en la vestimenta.

1.1.2. EXCLUSIONES

Las tareas excluidas de los servicios son las siguientes: tareas de servicio doméstico como: Limpieza del hogar, lavado o planchado de Indumentaria del/los familiares, aseo de objetos personales o muebles dentro del domicilio, etc. Tareas de mantenimiento de prótesis u órtesis.

No realizará trámites ni gestiones personales del paciente de ningún tipo. No realizará tareas de enfermería profesional de ningún tipo y/o índole, que incluye pero no se limita a suministrar medicación vía enteral, parenteral, por catéter central, curaciones complejas, etc.

1.2. TRASLADOS PROGRAMADOS

Traslado de externación programado: cualquiera sea el plan elegido por el Usuario, éste cuenta con 2 (dos) traslados por externación sin cargo al año, destinado al traslado de pacientes de baja complejidad, cualquiera sea el plan elegido. Los mismos se brindarán en ambulancia común, sin médico y hasta una distancia máxima de 50 km de punto a punto y dentro de la zona de alcance operativa. El servicio deberá solicitarse y programarse con 48 horas de anticipación al momento de la externación del centro de salud. Traslados de mayores distancias o adicionales tendrán un arancel preferencial a cargo del titular del servicio.

1.3. DETALLE DEL SERVICIO

- 1.1 El servicio contará con una Central de contacto disponible de lunes a viernes de 9 a 18 hs, brindado por nuestro personal de orientación dedicado a dar las respuestas que el afiliado necesite. En cada uno de los planes ya descriptos, el afiliado activa el uso de las horas, solicitándolo con 72 hs hábiles de anticipación.
- 1.2 Las horas no consumidas en el año calendario, no son acumulables para siguientes períodos. Las solicitudes deben ser por día sin posibilidad de fraccionar las horas/módulos. Finalizado el total de módulos anuales, el beneficiario podrá contratar horas adicionales cancelando un arancel preferencial luego del consumo total del plan y según el plan contratado.
- 1.3 El servicio podrá ser solicitado únicamente por adultos mayores y/o familiares directos del Usuario.
- 1.4 En caso de enfermedad o internación, se deberá presentar una orden médica debidamente confeccionada que avale el pedido (excluye enfermedades agudas psiquiátricas y enfermedades crónicas de todo tipo y otras enfermedades preexistentes). En el supuesto de solicitar el servicio para casos de post-internación se deberá presentar el alta médica debidamente firmada y sellada por el médico.
- 1.5 El servicio se puede comenzar a utilizar luego pasados los 30 días del alta.

1.4 GESTOR DE SALUD

IHSA brindará el servicio complementario de asesoramiento y/o consultoría administrativa sanitaria, a cargo de un Gestor de Salud.

El Gestor de salud es una herramienta complementaria a los servicios brindados por la obra social y/o empresa de medicina prepaga del Usuario, que tendrá como finalidad asistir las consultas sobre gestiones, trámites y/o mayor información relativa a la cobertura de la obra social, empresa de medicina prepaga y/u otros planes que tenga el Usuario con IHSA .

Las consultas podrán ser realizadas a través de la línea de WhatsApp y/o telefónica dispuesta a tales fines por IHSA.

El asesoramiento que realizará el Gestor de Salud versará en torno a trámites-gestiones de índoles exclusivamente administrativas, pudiendo indicarse a modo de ejemplo:

- información sobre teléfonos útiles para turnos, reclamos y/u otras gestiones;
- documentación y procedimiento de internación.
- procedimiento para maternidad.
- información sobre prestaciones alcanzadas.
- información sobre zona de cobertura.
- Información sobre el acceso a la cartilla, centros médicos, especialidades, y demás prestaciones.
- Mecanismo de adhesión de un familiar

Se deja expresa constancia que no se encuentra incluido en el servicio de consulta y/o asesoramiento del Gestor de Salud en las siguientes acciones:

- Gestión de turnos ante la Obra Social y/o Empresa de Medicina Prepaga
- Gestión de reclamos ante la Obra Social y/o Empresa de Medicina Prepaga
- Gestión de reintegros ante la Obra Social y/o Empresa de Medicina Prepaga
- Gestión de autorización ante la Obra Social y/o Empresa de Medicina Prepaga
- Otras gestiones que requieran la voluntad expresa de la Obra Social y/o Empresa de Medicina Prepaga.

Todas las gestiones que resulten aquí excluidas deben ser canalizadas directamente por el Usuario ante la Obra Social y/o Empresa de Medicina Prepaga.

A su vez, se deja constancia que la presente se trata de una obligación de medio con el fin de ayudar al Usuario a mejorar la calidad de vida, logrando una comunicación eficiente con su obra social y/o empresa de medicina prepaga. De ninguna manera supone el reemplazo de la diligencia que debe tener este último en las gestiones administrativas frente a su cobertura de salud.

2. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Sin perjuicio de otras limitaciones especificadas en este reglamento en virtud de su naturaleza limitada y complementaria de otras coberturas médicas que posea el Usuario, se encuentran expresamente excluidas de los servicios médicos contratados -cualquiera fuera el plan elegido por el asociado- las siguientes prestaciones médicas:

- Internación clínica de cualquier tipo incluso la de urgencia o de emergencia
- Internación quirúrgica



- Terapia intensiva o unidad coronaria
- Maternidad, parto, patología del embarazo
- Tratamiento neonatal
- Tratamiento quirúrgico
- Cirugía cardiovascular
- Trasplantes
- Traslados programados en ambulancias a excepción de lo indicado en el apartado 1.2
- Traslados en ambulancia para efectuar estudios complementarios de diagnóstico y tratamiento.
- Hemodiálisis y diálisis peritoneal
- Prácticas en etapa experimental
- Tratamientos de histocompatibilidad, esterilidad, geriatría, obesidad
- Tratamiento de alteraciones y/o enfermedades derivadas de alcoholismo, toxicomanía e intoxicaciones autoprovocadas
- Tratamientos de lesiones causadas por estado de enajenación mental, en estado de ebriedad o bajo influencia de estupefacientes o alcaloides; lesiones autoprovocadas o causadas por tentativa de suicidio o por la participación en la comisión de delitos o riñas, salvo aquellos casos de legítima defensa.
- Tratamientos por el virus de inmunodeficiencia adquirida
- Prótesis y ortesis de cualquier naturaleza
- Prácticas de alto costo y baja incidencia
- Las prácticas de diagnóstico y laboratorio excluidas en este reglamento
- Las prácticas odontológicas excluidas en la descripción respectiva
- Las especialidades médicas no enumeradas en la cartilla médica y de prestadores
- Rehabilitación psicomotriz y sensorial
- Tratamiento de enfermedades oncológicas
- Tratamiento e internación por trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia)
- Plan materno infantil

Quedan expresamente excluidas de la cobertura que IHSA S.A. brinda a sus socios:

1. Prestaciones de neta índole social, o cuidados y acompañamientos que por su naturaleza corresponden a las obligaciones derivadas del derecho de familia.



- 2.- Tratamiento de lesiones o patologías derivadas de accidentes de trabajo, o enfermedades profesionales en el marco de la Ley de Contrato de Trabajo, o cubiertas por ART.
- 3.- Prestaciones originadas en caso fortuito o fuerza mayor.
- 4.- Homeopatía, acupuntura y otras prácticas no reconocidas oficialmente por las Universidades, el Ministerio de Salud de la Nación o entidades médicas colegiadas.
- 5.- Medicamentos no autorizados por el Ministerio de Salud / ANMAT o para tratamientos distintos de los previstos en la posología autorizada por ANMAT.
6. Exámenes preocupacionales 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 a las normas vigentes.

3. COBERTURA

IHSA cubre a los Usuarios dentro de los límites y con las modalidades especificadas en este reglamento, de acuerdo con las particularidades del plan elegido previa y voluntariamente por el mismo, al subscribir la solicitud de ingreso.

Se aclara el siguiente alcance geográfico: Buenos Aires (AMBA) Rodríguez, Gral. San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, La Plata, Lanús, Lomas de Zamora, Luján, Malvinas Argentinas, Marcos Paz, Merlo, Moreno, Morón, Quilmes, Pilar, Presidente Perón, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López, Zárate, Neuquén y Mendoza.

4. CLÁUSULAS GENERALES

4.1. OBJETO

El presente contrato tiene por objeto el otorgamiento de las prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios y usuarias, a través de una modalidad de asociación voluntaria, mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, con los alcances y extensión de cobertura previstos en el plan contratado.

4.2. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

La prescripción de medicamentos deberá ajustarse a lo previsto en la Ley N° 25.649 y sus modificatorias, de prescripción por nombre genérico, y su normativa reglamentaria. La entidad se encontrará eximida de cubrir medicamentos cuya prescripción no se ajuste a la Ley o no se encuentren incluidos en la cobertura prestacional contratada.

4.3. DERECHO DE EQUIVALENCIA

Toda modificación de la cartilla de efectores prestacionales que pudiere realizarse durante la vigencia de la relación contractual, garantizará que el usuario conserve en todo momento una adecuada equivalencia de la calidad de los servicios contratados. Si por cualquier causa o razón se excluyere a un prestador de la cartilla contratada con el cual el usuario hubiere iniciado tratamiento, éste tendrá derecho a seguir siendo asistido por dicho prestador hasta el alta médica de la patología existente en el momento de producirse la exclusión, sin costo adicional alguno. No obstante, lo expuesto, si los valores se apartan notoriamente del precio

de mercado, la entidad podrá solicitar autorización a la autoridad de aplicación a los fines de limitar el pago o reintegro a dicho valor.

4.4. FRANJAS ETARIAS

El valor de cuota del Plan contratado se podrá incrementar en función de la edad del usuario de acuerdo con las franjas etarias establecidas en el presente contrato y/o sus anexos.

4.5. VALOR DE CUOTAS

El valor de cuota para el plan contratado es el que surge, de manera clara y específica, del presente contrato y/o de los instrumentos anexos suscriptos con él.

El valor de la cuota se registrará por lo dispuesto en la Ley N° 26.682 y sus modificaciones y reglamentaciones; en particular las disposiciones de los artículos 12 y 17.

4.6. PAGO DE CUOTAS MENSUALES

La fecha de pago de la cuota mensual será la prevista en el presente contrato y/o sus anexos. No obstante, el usuario contará con un plazo de pago que no podrá ser inferior a CINCO (5) días corridos contados desde el vencimiento de la obligación, para el pago íntegro de la cuota mensual sin cargos ni intereses de ningún tipo. De lo contrario, la entidad se encontrará facultada para cobrar intereses desde la fecha de vencimiento de la cuota originalmente pactada. Sin perjuicio de ello, la entidad podrá prorrogar la fecha de vencimiento de la cuota, siempre que ello no implique imponer cargo adicional alguno al usuario.

Todo incremento de cuota autorizado por la autoridad de aplicación deberá ser notificado al usuario con no menos de TREINTA (30) días corridos de anticipación al vencimiento de la factura correspondiente al mes siguiente. En tal supuesto, el usuario tendrá el derecho de ejercer la facultad rescisoria (darse de baja) hasta el día del vencimiento de la próxima factura, sin que la entidad le pueda reclamar monto alguno correspondiente al mes en que se produjo la baja. En tal caso, la entidad deberá dejar sin efecto la factura previamente emitida, la que no le será oponible al usuario.

4.7. GRUPO FAMILIAR

Sin perjuicio de los integrantes que conforman el grupo familiar en la presente contratación, podrán incorporarse en el futuro nuevos integrantes en los términos del artículo 14 de la Ley N° 26.682 y su reglamentación sólo cuando su filiación responda a hechos sobrevinientes a la presente afiliación, tales como matrimonio, nacimiento de hijos, otorgamiento de adopción, constitución como tutor/curador, etc., dentro de los SEIS (6) meses de ocurrido el hecho. El o los familiares que no cumplan dicha condición, podrán afiliarse mediante contratación individual.

4.8. RECLAMOS

En caso de incumplimiento por parte de la entidad a las obligaciones asumidas por el presente contrato, o bien ante conflictos de interpretación de sus alcances, el usuario podrá contactarse con la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, sita en la calle Bartolomé Mitre 434 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1036AAH), Teléfono: (+5411) 4344-2800 / 0800- 222-SALUD (72583), www.sssalud.gob.ar, o bien en cualquiera de sus Delegaciones provinciales, e iniciar el procedimiento administrativo de reclamos. Asimismo, podrá realizar



los correspondientes reclamos y denuncias por ante las autoridades de Defensa del Consumidor.

4.9. EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR VOLUNTAD DEL USUARIO

El Usuario podrá rescindir en cualquier momento el contrato de cobertura, sin limitación ni penalidad alguna, debiendo comunicar fehacientemente a la entidad con TREINTA (30) días corridos de anticipación. 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.

La rescisión del titular no extinguirá la mora en el pago de los abonos mensuales o cualquier otra obligación a su cargo, así como tampoco, toda deuda exigible, quedando reservado el derecho de exigir judicialmente su pago.

Dicha comunicación podrá practicarse por medios electrónicos habilitados a tal fin o cualquier otro medio fehaciente y se le otorgará un número de trámite u otra constancia que le permita al usuario acreditar la baja. La rescisión deberá comunicarse al Centro de Atención al Cliente y presentar la solicitud de baja por escrito, completando el formulario correspondiente.

La rescisión comunicada con posterioridad al día 10 del mes, no da derecho al reintegro del abono de dicho mes.

Hasta tanto no se cumpla con los mencionados requisitos, el Usuario se encuentra obligado al pago de las cuotas correspondientes con más sus intereses.

4.10. EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR DECISIÓN DE LA ENTIDAD

IHSA podrá rescindir el contrato con el Usuario en los siguientes supuestos:

Falta de pago de TRES (3) cuotas íntegras y consecutivas. En este caso, para poder disponer la rescisión deberá haber intimado, en forma fehaciente al usuario, luego de encontrarse impagas las citadas cuotas y sin perjuicio de cualquier intimación que hubiera cursado previamente, a regularizar el pago íntegro de las sumas adeudadas en un plazo de DIEZ (10) días hábiles. Vencido dicho plazo sin que el usuario regularice la deuda, la entidad deberá comunicar fehacientemente al Usuario la rescisión del vínculo contractual. En cualquier caso, si la entidad optare por no comunicar la rescisión del contrato, se abstendrá de continuar devengando nuevos períodos de facturación más allá de las TRES (3) cuotas debidas, encontrándose sólo facultada a suspender el otorgamiento de prestaciones hasta tanto se regularice la deuda. Lo expuesto lo es sin perjuicio del derecho de la entidad de imputar los pagos parciales primero a intereses y el excedente, si existiese, a la deuda, cuota o período más antiguo.

- b) Uso indebido, doloso o fraudulento de los servicios médicos contratados.
- c) Utilización indebida o irrazonable de los servicios.
- d) Utilización de los servicios encontrándose en mora.
- e) Uso de los servicios por terceros no asociados.



- f) Falta de denuncia en caso de pérdida o extravío de las credenciales o uso indebido de las mismas, responsabilizándose civil y penalmente por tal situación.
- g) Con justa causa por falsedad u omisión de la declaración jurada del socio.
- h) En general, cuando el socio desarrolle cualquier conducta que configure un perjuicio económico indebido para IHSA y su masa de asociados.

4.11. CONDICIONES GENERALES DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

1. Las prescripciones, recetas, prácticas y procedimientos médicos deben ser indicados de manera exclusiva y excluyente por los profesionales del plantel médico de IHSA , no pudiendo realizarse transcripciones de recetas de otros profesionales.
2. Los planes a que accede el asociado no contemplan en ningún caso reintegros.
3. IHSA se reserva el derecho a modificaciones dando el aviso correspondiente con los 30 días de anticipación, tal como lo exige la normativa vigente.
4. La solicitud de ingreso se considera unitaria y la falsedad y/u omisión en la declaración jurada en los términos del art. 961 del CCCN, generará sin más el derecho resolutorio y/o de nulidad de la contratación para todos los asociados consignados en la solicitud de ingreso. A tal efecto la sola omisión de enfermedades o estados de situación no declarados constituye la falsedad de su declaración. Se deja expresa constancia que la persona titular de la cuenta conoce y acepta dicha condición. En consecuencia, la inexactitud, falsedad o divergencia con la realidad de la información suministrada por el asociado en dicha declaración generará sin más la facultad de resolver el vínculo, con justa causa.
5. La credencial es personal e intransferible, así como los derechos que confiere e identifica al plan contratado. La facilitación de la credencial para la atención de terceras personas será causal de resolución del contrato, reservándose IHSA el derecho a las acciones legales que considere pertinentes.
6. La credencial es propiedad de IHSA , y debe ser de vuelta en las oficinas de la misma, en caso de renuncia del socio, resolución o anulación del contrato.

4.12. MODIFICACIONES

IHSA podrá modificar parcialmente la nómina de profesionales, prestadores y Prestaciones incluidos en cartilla y reglamento, siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura ni importe un desmedro en la calidad de los servicios contratados ni se afecte la continuidad del tratamiento de las prácticas asistenciales en curso de ejecución del socio, a menos que las nuevas modificaciones introducidas fueran más convenientes para los asociados. Las modificaciones podrán deberse, entre otras causas, a incremento de costos y/o servicios, cambios tecnológicos, extinción de contratos con prestadores, imposibilidad de renovación de contratos, inhabilidades del prestador (personales y jurídicas), servicios defectuosos y cualesquiera otras causas de similar envergadura que impidieran la prestación de servicios satisfactorios y adecuados. Estas modificaciones serán comunicadas con la debida antelación, pudiendo el Usuario rescindir el servicio sin cargo, en caso de no aceptarlas, comunicando de manera fehaciente su decisión.



IHSA se reserva el derecho de modificar el precio de las cuotas, de los copagos (aranceles complementarios) y/o incluir copagos en prestaciones y/o en planes que no lo contemplaran inicialmente. Tales variaciones se comunicarán a los Usuarios titulares con una antelación mínima de 30 días corridos a su entrada en vigencia. Las mencionadas modificaciones podrán responder, entre otras causas fundadas, a: incremento de costos y/o servicios (medicamentos, prácticas, insumos, mantenimiento, impuestos, tasas y servicios, costos laborales, honorarios profesionales, seguridad social, devaluación, inflación, etc.), incorporación de nuevas tecnologías, prestaciones y/o prestadores. Frente a estas y otras causas, de no producirse variaciones en el precio de las cuotas, de los coseguros y/o la inclusión de estos últimos, se generaría un desequilibrio en la relación entre las partes, y una disminución en la calidad del servicio, con el consiguiente perjuicio para el asociado, ya que podría implicar un desmedro en las prestaciones comprometidas. Estas modificaciones serán comunicadas con no menos de 30 días corridos de antelación, pudiendo el asociado rescindir la vinculación, comunicando su decisión de manera fehaciente.

A cualquier evento de lo aquí estipulado se reputan válidas las notificaciones de aumento cursadas en el cuerpo de las facturas emitidas.

4.13. VIGENCIA DE LOS SERVICIOS

Los Usuarios podrán utilizar los servicios correspondientes al plan elegido a partir de la fecha que indique la solicitud de incorporación, fecha que también se tomará como inicio de los plazos de espera que estén expresamente indicados para algunas de las prestaciones contratadas.

El socio tendrá derecho a la utilización de los servicios médico – asistenciales contratados una vez obtenida la credencial habilitante, de acuerdo con las normas establecidas en el presente Plan.

Se deja expresa constancia que al momento de perfeccionar el contrato el titular ha recibido la totalidad de los documentos aquí referenciados que suscribe en dicho acto.

El presente contrato será por tiempo indeterminado, sin perjuicio del derecho de rescisión contemplado en el presente contrato.

El uso de los servicios implica el conocimiento y la aceptación de este contrato. En caso de que el Usuario no estuviere de acuerdo con el mismo, deberá abstenerse de utilizar los servicios ofrecidos por IHSA

4.14. CONTINUIDAD

Cuando, por cualquier circunstancia, se produzca una modificación en la condición de afiliación del usuario y/o en el tipo de cobertura contratada, éste tendrá derecho a solicitar la continuidad de su afiliación en IHSA, pudiendo optar por cualquiera de los planes que se encuentren comercializados al público en general. En todos los casos se conservará la antigüedad adquirida e IHSA solo podrá cobrar valor diferencial solo en aquellas patologías preexistentes que hubieren sido declaradas al momento de la afiliación originaria, las que continuarán vigentes en toda su extensión. Si la normativa aplicable no indicase otro plazo, la



solicitud de continuidad deberá realizarse dentro de los SESENTA (60) días de conocido por el usuario o beneficiario el cambio en la condición de afiliación y/o tipo de cobertura.

4.15. CAMBIOS DE PLAN

El usuario podrá solicitar el cambio de plan dentro de los comercializados por IHSA al público en general, sin que ello implique una nueva afiliación. IHSA solo podrá cobrar valor diferencial en aquellas patologías preexistentes que hubieren sido declaradas al momento de la afiliación originaria, las que continuarán vigentes en toda su extensión. En el caso de cambio a un plan de mayor cobertura, IHSA establece un período de permanencia mínima en dicho plan de DOCE (12) meses.

4.16. DOMICILIO Y JURISDICCIÓN

A todos los efectos que pudieren corresponder las partes constituyen domicilios: IHSA en el domicilio de su administración central, sito en Avenida Melián 2752, CABA y el Usuario en el registrado en su solicitud de ingreso, en los cuales serán válidas todas las comunicaciones y notificaciones que se cursen y que subsistirán en tanto no exista una comunicación fehaciente de cambio o modificación.

En el caso que el socio hubiere cambiado de domicilio sin ponerlo en conocimiento de IHSA en forma fehaciente, toda comunicación que se le envíe al domicilio anterior será considerada válida a cualquier efecto.

Las notificaciones previstas en el presente podrán realizarse por cualquier medio, como por ejemplo con las facturas mensuales emitidas periódicamente por IHSA y remitidas a los socios.

Este contrato se encuentra regido sin excepción y en todos sus puntos por las leyes de la República Argentina y serán interpretados de acuerdo a ellas.

Ante cualquier diferencia, desacuerdo o conflicto derivado de la interpretación, validez, alcance y/o aplicación del presente contrato, los asociados se comunicarán con el Centro de Atención al Cliente de IHSA de manera fehaciente, haciéndole llegar su reclamo, para que las partes traten de arribar a un acuerdo.

Para el caso que fuera necesario dilucidar cuestiones judiciales ambas partes se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Ordinarios con asiento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con renuncia a todo otro fuero y jurisdicción.

4.17. FUERZA MAYOR

La prestación de los servicios contratados quedará suspendida en todos sus efectos, en caso de cataclismos, desastres climatológicos, catástrofes epidémicas, revoluciones, guerras, huelgas generales, de lock out, apagones generalizados y, en general, por la ocurrencia de aquellos hechos que puedan ser considerados como caso fortuito o fuerza mayor, eximiendo de responsabilidad a IHSA. No se requerirá la conformidad de los Usuarios, ni será necesario aviso previo alguno.



4.18. DATOS PERSONALES – CONFIDENCIALIDAD

Los datos recabados por los formularios de suscripción correspondientes serán incorporados a una base de la cual es responsable IHSA. La información personal que los asociados declararen ante IHSA es totalmente confidencial en los términos de la Ley 25.326.

Los asociados podrán modificar los datos ingresados cuando lo deseen. Cualquier asociado, titular de los datos personales tendrá la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3° de la ley N° 25.326. Para ello tendrá derecho a solicitar y obtener información sobre los datos personales que IHSA tenga en su base, quedando IHSA obligada a proporcionar la información solicitada dentro de los cinco (5) días hábiles de haber sido intimada fehacientemente. Los asociados también podrán ejercer el derecho de rectificación cuando los datos que se posean fueran incorrectos.

Asimismo, los asociados, titulares de los datos personales podrán en cualquier momento solicitar el retiro o bloqueo, total o parcial de su nombre y cualquier otro dato personal de los bancos de datos a los que se refiere el artículo art 27 inciso 3° de la ley 25.326. Podrán realizar los pedidos de retiro o bloqueo personalmente en las oficinas comerciales de IHSA, quien procederá a cumplir con el pedido dentro de los cinco (5) días hábiles de recibida la notificación, procediendo a la baja de su solicitud y a la eliminación de su cuenta de la base de datos.

IHSA garantiza a sus asociados que utilizará los datos dentro de las pautas establecidas por la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales.

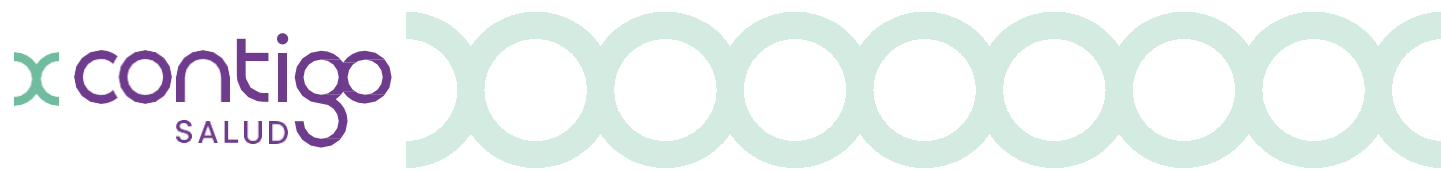
En caso de que los datos sean requeridos por la vía legal, administrativa o judicial correspondiente, IHSA se verá compelida a revelar los mismos a la autoridad solicitante. En la medida en que la legislación y normas de procedimiento lo permitan, IHSA informará a los asociados sobre estos requerimientos.

Los asociados declaran conocer que la dirección nacional de protección de datos personales, órgano de control de la ley N° 25.326, tendrá la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

En caso de que la información o los datos suministrados por el asociado no sean verdaderos, éste será responsable por los daños que este hecho pudiera ocasionar.

Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326.

El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.



En los términos de la Ley 26.529 y sus modificatorias, el paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud (historia clínica). El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información. El paciente es el titular de la historia clínica.