

PLAN COMUNIDAD CLASICO

CONTENIDO

1. BENEFICIOS	3
1.1 Servicio de urgencia y emergencia	3
1.2 Plataforma ŨMA	3
1.2.1 Módulo: Mi Especialista Online	3
1.2.2 Guardia Online	3
1.3 Consultas y prácticas ambulatorias en consultorios	4
1.3.1 Centros Médicos Contigo Salud	4
1.3.2 Centros médicos Externos Autorizados	4
1.4 Farmacias:	5
1.5 Kinesiología	6
1.6 Club Contigo	6
1.7 Gestor de Salud	7
1.8 Cobertura indemnizatoria	8
1.8.1 Cobertura indemnizatoria ante cirugía	8
1.8.2 Cobertura indemnizatoria ante internación	9
1.8.3 Cobertura indemnizatoria ante trasplantes	9
1.8.4 Cobertura indemnizatoria ante prótesis	9
2. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	9
3. COBERTURA	11
4. CLAUSULAS GENERALES	11
4.1 Objeto	11
4.2 Prescripción de medicamentos	11
4.3 Derecho de equivalencia	11
4.4 Franjas etarias	11
4.5 Valor de cuotas	12
4.6 Pago de cuotas mensuales	12
4.7 Grupo familiar	12
4.8 Reclamos	12
4.9 Extinción del contrato por voluntad del usuario	13
4.10 Extinción del contrato por decisión de la entidad	13
4.11 Condiciones generales de utilización de los servicios	14
4.12 Modificaciones	14
4.13 Vigencia de los servicios	15

4.14 Domicilio y jurisdicción.	16
4.15 Fuerza mayor.	16
4.16 Datos personales – confidencialidad.....	16

International Health Services Argentina S.A (en adelante IHSA y/o Emergencias) 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 y sus anexos regulan el plan parcial de salud contratada con IHSA S.A.

1. BENEFICIOS

1.1 Servicio de urgencia y emergencia

IHSA S.A. atenderá a los Usuarios en su domicilio, en la vía pública o cualquier lugar dentro del ámbito de cobertura geográfico indicado en la cláusula 4° del presente Plan.

En el Gran Buenos Aires y resto del país la atención será canalizada a través de empresas de primer nivel con las cuales mantenemos convenios de reciprocidad.

Dicha atención se prestará las 24 horas de los 365 días del año en los casos en los que existiera riesgo inmediato para la vida del Usuario, y comprenderá la atención, el diagnóstico presuntivo, medidas y/o tratamientos preliminares de emergencias que el personal médico de IHSA S.A. determine, y el eventual traslado en Unidades de Terapia Intensiva Móviles (UTIM) hasta el sanatorio, clínica u hospital que corresponda.

Este beneficio se brinda sin copagos y sin carencia.

1.2 Plataforma ÜMA

IHSA S.A brinda servicios de salud (en adelante “Consulta/s”) a través de la Plataforma de salud digital ÜMA (en adelante “Plataforma”).

La utilización de los servicios implica que los Usuarios conocen y aceptan los Términos y Condiciones especificados en el sitio web de la Plataforma https://umasalud.com/terminos_globales , los que incluyen condiciones de uso y requisitos técnicos específicos sobre los dispositivos y canales de acceso.

Los servicios de salud incluidos en el presente plan son únicamente aquellos que se describen a continuación:

1.2.1 Módulo: Mi Especialista Online

IHSA S.A brinda el servicio de video-consulta médica (en adelante “Consulta/s”) a través de la Plataforma de salud digital ÜMA (en adelante “Plataforma”).

Las Consultas son programadas con antelación, es decir el Usuario a los fines de utilizar el servicio deberá gestionar el turno a través de la Plataforma, y se otorgará la consulta de acuerdo a la disponibilidad.

Las especialidades médicas incluidas en el servicio son clínica, ginecología, cardiología y pediatría y/o aquellas que se encuentren además disponibles en la Plataforma.

Las Consultas son SIN LIMITES y sin COPAGO.

1.2.2 Guardia Online

IHSA S.A brinda el servicio de Guardia Online médica a través de la Plataforma de salud digital ÜMA (en adelante “Plataforma”).

El Servicio consiste en la atención médica, únicamente en la especialidad clínica y pediátrica, por demanda espontánea en línea las 24 hs todos los días del año.

El servicio de Guardia Online es SIN LIMITE y sin COPAGO.

1.3 Consultas y prácticas ambulatorias en consultorios

1.3.1 Centros Médicos Contigo Salud

Contigo Salud brinda el servicio de atención médica en centros médicos propios, ubicados en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires exclusivamente (en adelante “Centros Médicos Contigo Salud”), excluyendo el interior del país.

El Usuario conoce y acepta la ubicación de los centros médicos indicados, los cuales se encuentran además publicados en la página web <https://www.contigosalud.com.ar/contigo>

En los Centros Médicos Contigo Salud el Usuario podrá acceder a los siguientes servicios:

1.3.1.1 Consultas médicas

- Consultas médicas de todas las especialidades disponibles: sin límite, sin carencia y con copago.

1.3.1.2 Prácticas ambulatorias

Exclusivamente en los Centros Médicos Contigo Salud el Usuario podrá realizarse prácticas ambulatorias de baja complejidad en consultorio, sin límite, sin carencias y con arancel preferencial a excepción de toma de PAP, colposcopia y electro, que se encuentran incluidas en la consulta.

1.3.2 Centros médicos Externos Autorizados

IHSA S.A brinda el servicio de consulta médica en Centros Médicos Externos Autorizados, y/o con profesionales médicos incluidos en la Cartilla, los cuales podrán ser consultados por el usuario en <https://www.contigosalud.com.ar/cartilla>

En este sentido, Contigo Salud presta los siguientes servicios:

- Consultas médicas de todas las especialidades disponibles: sin límites, sin carencias con copago, el cual deberá abonar al momento de la atención.

Para acceder al servicio de consultas en centros médicos Externos Autorizados y/o profesional de cartilla, el Usuario deberá solicitar turno telefónicamente y/o canales de comunicación habilitados indicando especialidad y/o profesional seleccionado.

1.4 Farmacias:

La credencial de socio habilita al titular del servicio a obtener descuentos hasta el 40% (cuarenta por ciento) para la compra de medicamentos prescritos en la red de farmacias habilitadas.

El Usuario podrá consultar la información del descuento correspondiente con el profesional farmacéutico.

Dicho descuento sólo cubre las especialidades medicinales de "venta bajo receta" registradas en el país, que figuren en el manual farmacéutico, cuyas monodrogas y/o principios activos estén comprendidos dentro de lo dispuesto por el Ministerio de Salud, a excepción de las siguientes exclusiones:

- Accesorios de todo tipo
- Agonistas LH-RH
- Alimenticios en general
- Anorexígenos
- Anovulatorios y anticonceptivos
- Antiandrogénicos
- Antiestrogénicos
- Antiglucémicos
- Antineoplásicos (las drogas citostáticas y los antineoplásicos no citostáticos), oncológicos, coadyuvantes en oncología, específicos para tratamiento oncológico.
- Calcitriol
- Cerezyme (enfermedad de Gaucher)
- Cintas reactivas
- Dietéticos
- Disfunción sexual (Masculina y/o Femenina)
- D-nasa (enfermedad fibroquística)
- Eritropoyetinas
- Factor VIII y Antihemofílicos
- Flores de Bach
- Fórmulas magistrales
- Gliadel
- Hemoderivados y sustitutos de la sangre
- Homeopáticos
- Hormonas de crecimiento
- Hospitalarios (aunque figuren en el Manual Farmacéutico)
- Inmunostimuladores (Ej.: Neupogen)
- Inmunosupresores e inmunomoduladores (Incluye trasplantados)
- Insumos alimentación parenteral

- Interferón
- Isotretinoína
- Acetil carnitina
- Leches de todo tipo
- Material descartable
- Medicamentos para internados
- Medios de contraste
- Perfumería
- Productos para el tratamiento de la obesidad
- Productos para inhibir o producir la fertilidad
- Somatotropina
- Todos los productos que contengan alguna de las siguientes drogas y/o principios activos: Etanercept-Linezolid-Palvizumab.
- Tratamiento de la fenilcetonuria (medicación y alimentación)
- Tratamiento del Sida
- Tratamientos para drogadependientes.
- Tratamientos para la enfermedad fibroquística del páncreas
- Venta libre

Para acceder al beneficio deberá presentar prescripción médica debidamente confeccionada, con indicación de la monodroga y credencial identificatoria.

Podrá consultar la nómina de farmacias disponibles en cartilla en <https://www.contigosalud.com.ar/cartilla>

Se establece para la prestación del servicio de descuento en Farmacia el siguiente límite de cobertura: se agotará el descuento en farmacia cuando el afiliado, dentro del año calendario haya consumido en concepto de descuentos en medicamentos el valor equivalente a los últimos seis (6) abonos mensuales. El límite indicado podrá ser modificado a exclusivo criterio de IHSA y/o por las empresas proveedoras, haciéndole saber al afiliado con 30 días de anticipación.

1.5 Kinesiología

Este servicio incluye hasta diez (10) sesiones de kinesiología y Fisioterapia sin complejidad sin carencia y con copago.

Las sesiones se deben realizar únicamente con profesionales de cartilla.

1.6 Club Contigo

Club Contigo es una Plataforma Digital de Beneficios exclusiva para socio de Contigo Salud. A los fines de acceder a los beneficios, el Usuario debe ingresar a la web www.clubcontigo.com.ar y/o a través de la webapp con su teléfono móvil.

El ingreso del Usuario, y alta, se realizará con su número de Documento Nacional de Identidad.

A partir de su registración, podrá acceder a diversos descuentos en gastronomía, viajes, capacitaciones, indumentaria, espectáculos, universidades etc.

Los beneficios consistirán en descuentos en diversos productos y servicios, que pueden ser consultados en la página web antes indicada, a través de la cual el Usuario recibirá un código de descuento con las instrucciones para el uso del beneficio.

1.7 Gestor de Salud

Contigo Salud 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 Contigo Salud.

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

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.

1.8 Cobertura indemnizatoria

El servicio consta de una cobertura indemnizatoria en casos de intervenciones quirúrgicas, internaciones, trasplantes y prótesis conforme a detalle de las condiciones particulares el cual puede encontrar **ingresando aquí**.

El servicio será provisto por la empresa Experta Seguros S.A., y no refiere a un reintegro por costos de internación, intervenciones quirúrgicas, trasplantes y/o prótesis sino a una indemnización con valor fijo ante estos eventos, que podrá ser utilizada tanto para estos como para otros fines.

Serán alcanzados por este servicio aquellos asociados que hayan contratado el vigente plan desde los 18 años hasta la edad de 70 años inclusive, considerándose la misma como edades mínimas y máxima de ingreso. Sin perjuicio de ello, la edad máxima de permanencia en el servicio es de 75 años. Al sobrepasar esta edad el servicio quedará automáticamente sin efecto sin necesidad de notificación previa. En caso que el beneficiario tenga menos de 18 años el plan se ejecutara con todos los beneficios del caso pero el seguro indemnizatorio, contemplado en el presente apartado no aplicará.

En el caso de incurrir en algunos de los eventos enumerados ut supra y bajo las circunstancias detalladas en las condiciones particulares del seguro, el Usuario deberá comunicarse con el Centro de Atención al cliente de Contigo Salud dentro de los 30 días corridos, en donde se le informará la documentación respaldatoria necesaria a ser suministrada para hacer efectivo el cobro de la indemnización.

1.8.1 Cobertura indemnizatoria ante cirugía:

Carencia Intervenciones Quirúrgicas: 30 días.

Preexistencias: No se cubren los eventos que sean consecuencia de afecciones, enfermedades o adicciones existentes a la fecha de incorporación a la cobertura, por un periodo de 12 meses.

La cobertura por intervención quirúrgica no tendrá tope por cantidad de eventos, sino hasta alcanzar la suma asegurada detalladas en las condiciones particulares.

La cobertura por intervención quirúrgica, alcanza únicamente las cirugías enunciadas en la póliza que se adjunta al presente como parte integrante del Plan; y el monto a indemnizar será un valor fijo en dinero de acuerdo a la cirugía realizada.

1.8.2 Cobertura indemnizatoria ante internación

La renta por día de internación consistirá en una suma fija establecida según la complejidad de la internación (terapia intensiva y/o sala común).

Carencia: El plazo de carencia de la cobertura es de treinta (30) días.

Franquicia: el plazo de espera es de tres (3) días. Sin perjuicio de ello, en los casos que la internación supere los diez (10) días corridos, se cubre el total de los días; hasta el máximo de 30 días por internación. El tope anual de días a cubrir por internación es de 30 días.

Preexistencias: No se cubren los eventos que sean consecuencia de afecciones, enfermedades o adicciones existentes a la fecha de incorporación a la cobertura, por un periodo de 12 meses.

El servicio comprende internación en habitación normal y terapia intensiva. Habida consideración de la carencia respectiva indemniza los días que el asegurado debe permanecer hospitalizado, siempre y cuando el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de efectuar la internación clínica se hubiere producido durante la vigencia de la póliza y no corresponda a condiciones preexistentes. Cubre hasta 30 días por año.

1.8.3 Cobertura indemnizatoria ante trasplantes

El servicio consta de una cobertura indemnizatoria en casos de trasplantes conforme a detalle de condiciones particulares sin topes de eventos pero si hasta la suma asegurada detallada allí.

1.8.4 Cobertura indemnizatoria ante prótesis

El servicio consta de una cobertura indemnizatoria en casos de necesidad de prótesis relacionadas con las áreas Oftalmológicas, traumatología y ortopedia, cardiovasculares, neuroquirúrgicas y de cirugía abdominal sin tope de eventos hasta la suma asegurada detallada en las condiciones particulares.

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 asociado, 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
- 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 S.A. 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, Neuquen y Mendoza.

Sin perjuicio de ello, el área de cobertura detallada por localidad puede encontrarse ingresando a <https://ecommerce.emergencias.com.ar/cobertura/>

4. CLAUSULAS GENERALES

4.1 Objeto

El presente contrato tiene por objeto el otorgamiento de 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 regirá 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.

Contigo Salud podrá rescindir el contrato con el Usuario en los siguientes supuestos:

- a) 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 S.A. 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 S.A, 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 S.A 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 personalísima 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 S.A. el derecho a las acciones legales que considere pertinentes.
6. La credencial es propiedad de IHSA S.A., 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 S.A. 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 S.A. 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 y la misma se encuentre aprobada, 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 que el Usuario no estuviere de acuerdo con el mismo, deberá abstenerse de utilizar los servicios ofrecidos por IHSA S.A.

4.14 Domicilio y jurisdicción.

A todos los efectos que pudieren corresponder las partes constituyen domicilios: IHSA S.A. 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 S.A. 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 S.A. 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 S.A. 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.

4.15 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 S.A. No se requerirá la conformidad de los Usuarios, ni será necesario aviso previo alguno.

4.16 Datos personales – confidencialidad.

Los datos recabados por los formularios de suscripción correspondientes serán incorporados a una base de la cual es responsable IHSA S.A. La información personal que los asociados declararen ante IHSA S.A. 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 S.A. tenga en su base, quedando IHSA S.A. 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 S.A., 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 S.A. 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 que los datos sean requeridos por la vía legal, administrativa o judicial correspondiente, IHSA S.A. 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 S.A. 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 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.