

## CONDICIONES GENERALES DE AFILIACIÓN

### Condiciones Generales de Afiliación

Las condiciones generales de afiliación que aquí se detallan mas importantes del Contrato General de Afiliación a efectos que el afiliado pueda tener un resumen disponible y transparente de las condiciones centrales que rigen su cobertura. Ello sin perjuicio del contenido completo del Contrato General de Afiliación (o reglamento general de afiliación) por el cual se rigen las partes y que ha sido entregado al afiliado al momento de su incorporación, y complementa este resumen. Estas normas son comunes a todos los planes de LA PREPAGA, y se complementan y/o modifican con las condiciones particulares que puedan contemplarse para cada plan en su respectivo "Tabla de Beneficios y Anexos", las que tendrán prevalencia sobre el presente reglamento.

LA PREPAGA ofrece sus planes de cobertura médico asistencial creados para brindar un eficiente servicio de atención médica, en cualquiera de las alternativas (planes) por los que el asociado haya optado. Con este objeto, cada asociado recibe al momento de su incorporación una credencial identificatoria, personal e intransferible con la cual, tendrá acceso a la utilización de los servicios contratados de acuerdo al plan elegido, ya sea a través de los profesionales, centros, laboratorios, clínicas y sanatorios que figuran en la cartilla o por sistema de reintegro de gastos según si es un plan con sistema cerrado o abierto.

Durante el período de asociado las prestaciones que el socio demande deben encuadrarse en lo establecido en el Reglamento General, la Tabla de Beneficios y normativas de cada plan, y la Cartilla de Prestadores. Aquello no establecido en la Tabla de Beneficios del plan adherido y que exceda las prestaciones del Programa Médico Obligatorio y modificatorias, quedará a exclusivo cargo del asociado, y que en ocasión deba ser cubierto por LA PREPAGA, será brindado por exclusiva autorización y derivación de ésta última, asegurando la oferta de prestación en el o los prestadores contratados y con derivación exclusiva. De tal manera, todas aquellas prestaciones que no se encuentren bajo la cobertura del plan al cual se adhiera el asociado oportunamente, serán brindadas por LA PREPAGA con motivo de la aplicación de la ley 26682 y disposiciones complementarias a través de un sistema cerrado creado exclusivamente para el cumplimiento del P.M.O. la que será brindada exclusivamente por derivación de auditoría médica con profesionales y en entidades designadas por LA PREPAGA para su cobertura.

### Coberturas del Sistema Cerrado

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

Las prestaciones en LA PREPAGA son brindadas a través de un Sistema Cerrado mediante la contratación de Planes Superadores. La atención de prestaciones durante el primer año de afiliación se brindarán acorde las condiciones del plan contratado, salvo que se trate de necesidades producto de afecciones preexistentes conocidas y no declaradas, o de prestaciones por fuera de la cobertura indicada en el PMO, en cuyo caso serán brindadas por exclusiva derivación de la auditoría médica al prestador mas conveniente, sin perjuicio de la calidad y de la disponibilidad de la prestación. Se considerará que todas las prestaciones, sean preexistentes o no, serán consideradas dentro del Sistema de Atención Cerrado, por lo tanto sujetas a derivación y auditoría médica para la elección del prestador y demás consideraciones.

### Sistema de Atención Directa

El Sistema de Atención Médica Directa será de aplicación cuando por la naturaleza de la enfermedad se requiera de tratamientos, servicios de diagnóstico y medicaciones cuyas coberturas se rijan por normas especiales. Cuando se tratare de coberturas asociadas a enfermedades oncológicas, diabéticas, HIV, discapacidad, alto costo, hematólogicas, trasplantes, u otras que requieran de la utilización de insumos y prótesis por cuyo impacto sea relevante, deberá contactarse con LA PREPAGA para un mayor asesoramiento respecto de los instructivos a seguir para acceder al Sistema de Atención Directa, ya que la atención de dichos tratamientos y la cobertura médica de los mismos será coordinada y provista en forma directa mediante derivación y autorización previa de LA PREPAGA acorde a las mejores prácticas y necesidades del afiliado. Los medicamentos, tratamientos, o estudios dentro del sistema de atención directa serán provisto en prestadores seleccionados por la auditoría médica. También, la medicación o prácticas para tratamientos de alto costo, y/o excluidas del Programa Médico Obligatorio serán autorizadas y/o provistas directamente por LA PREPAGA. Deberá presentar el plan de tratamiento con la indicación médica prescrita por un profesional de esta cartilla de la especialidad correspondiente. Deberá presentar en LA PREPAGA la documentación necesaria para que la auditoría médica determine la derivación correspondiente. No se reconocerán reintegros por gastos que hayan sido ocasionados por fuera de la cobertura otorgada por el Sistema de Atención Directa.

### Segunda opinión médica e interconsulta multidisciplinaria.

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

### Internaciones

Toda internación programada deberá ser solicitada por un médico de cartilla o de alguna institución de cartilla, en cuyo caso deberá ser indicada en formulario del establecimiento. No obstante, LA PREPAGA deberá autorizar dicha internación previo a la fecha en que fue prevista. Para ello, podrá solicitar la documentación complementaria que considere necesaria a los efectos de agilizar el procedimiento de autorización. Las internaciones serán autorizadas y derivadas al centro de internación por la auditoría de LA PREPAGA.

La asignación de la habitación individual o compartida según el plan, quedará sujeta a la disponibilidad en ese momento del establecimiento contratado. Si según el plan se autorizase la internación en habitación compartida, y el afiliado deseara una habitación individual, éste deberá abonar el arancel diferencial que correspondiere en el centro asistencial asignado.

### Cambios de plan

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

### Enfermedades Preexistentes

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

### Precio y pago de los servicios

Las cuotas serán abonadas en forma adelantada del 1 al 10 de cada mes, mediante la modalidad elegida disponible.

### Forma de pago

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

### Categorías y cambios de categoría

LA PREPAGA podrá modificar los valores de las cuotas de los planes asistenciales, sin afectar el equilibrio en la relación entre las partes, previa autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud en su carácter de Autoridad de Aplicación de la ley 23660 y de acuerdo a la ley 26683, cuando tal modificación obedezca a variaciones de la estructura de costos y calculo de riesgos. La modificación será informada con una antelación no inferior a 30 días corridos y el asociado en caso de no aceptarla, podrá rescindir sin cargo la contratación. La comunicación será válida cuando sea por la vía del email informado por parte del titular, notificada por correo, o informada por intermedio de la factura mensual de servicios, sin perjuicio de otros medios válidos para la misma.

Los valores de las cuotas podrán modificarse en función de la cantidad de los integrantes del grupo, de la edad de los mismos, y las categorías asignadas, las que podrán modificarse, de acuerdo al plan, a los 21, 30,55,60,65,70,75,80 años y así sucesivamente cada 5 años, respetando las restricciones y topes incluidos en la ley y sus reglamentaciones.

### Renuncia o cancelación del servicio

El asociado podrá renunciar en cualquier momento, y por cualquier motivo. Su renuncia importará la desvinculación total y absoluta del mismo y de todo su grupo familiar.

La renuncia del asociado titular implica la de todos los beneficiarios dependientes o de su grupo familiar. La misma implica la suspensión de todos los beneficios, prestaciones y/o coberturas, y comprende la devolución de las credenciales correspondientes. La aceptación de la baja por LA PREPAGA en modo alguno implica el reconocimiento de cancelación de deudas y/o gastos realizados con antelación a la misma. Requisitos previos a presentar la renuncia. 1) Haber abonado la cuota correspondiente al mes en curso, con independencia del día en que efectivamente efectúe la renuncia. 2) Haber abonado las cuotas de los meses anteriores. 3) No poseer deuda alguna por cualquier otro concepto (reajustes, cuotas anteriores, prestaciones no cubiertas, etc.)

LA PREPAGA podrá cancelar la asociación del beneficiario titular o de cualquiera de los integrantes del grupo familiar con causa justificada, debiendo comunicar el hecho en forma fehaciente al asociado, sin indemnización alguna y en forma inmediata, en los casos de producirse algunas de las causales de cancelación de la asociación, las que a modo enunciativo se consideran: 1) Trato agravante y ofensivo de palabra y/o de hecho al personal o profesionales adheridos a LA PREPAGA, mediare o no reiteración. 2) Utilización de la credencial hallándose en mora en el pago de cualquiera de sus obligaciones hacia LA PREPAGA, conforme lo expuesto precedentemente. 3) Facilitar o permitir a terceros el uso de la credencial 4) Requerimiento innecesario de los servicios o para personas no asociadas a LA PREPAGA. 5) Uso indebido o con dolo del sistema de prestaciones cerradas y/o reintegros. 6) Simulación, falsedad, fraude o retención en la Declaración Jurada de Salud. Falta de pago de lo adeudado por tres meses consecutivos desde la mora.

### Afiliaciones corporativas o por empresa

Toda modificación en las condiciones de trabajo del afiliado titular obligatorio (distracto laboral, suspensión, etc) deberá ser informada a LA PREPAGA. De tal manera se mantendrá activa la afiliación hasta tanto la empresa informe fehacientemente dicha situación. El afiliado podrá solicitar la continuidad de la afiliación una vez informada la baja como asociado titular dentro de los 60 días corridos de producido el cese y o finalizado el contrato corporativo, contratando un plan equivalente, el que registrá bajo las condiciones de comercialización vigente al momento de la solicitud de continuidad, debiendo completar toda la documentación y abonando la debida cuota desde la fecha de la extinción corporativa por cualquiera de sus causas.

### Cartilla Médica de Prestadores

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