



REGLAMENTO GENERAL DE CONTRATACIÓN

El presente Reglamento contiene las condiciones de contratación y los lineamientos generales de cobertura médica tendientes a la prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios/as. A los efectos de regir la relación del afiliado/asociado y/o adherente, con AMC SALUD S.A. Este instrumento es complementario a las condiciones particulares del plan al cual el afiliado se encuentra suscripto y la lista de precios aplicada al mismo, que se regirán de acuerdo a las siguientes cláusulas:

1. ASOCIACIÓN AL PLAN

La adhesión podrá ser Individual o por Grupo Familiar.

1.1 INDIVIDUAL: podrán asociarse las personas capaces de contratar.

1.2 GRUPO FAMILIAR: podrán integrar el grupo familiar: - Titular, quién deberá ser una persona con capacidad para contratar. - Cónyuge. - Hijos solteros hasta sus 21 años a cargo exclusivo del titular; y hasta los 25 años en caso de acreditar que continúan sus estudios en una Institución aprobada por el Ministerio de Educación de la Nación. El límite máximo de edad no regirá en caso de hijos discapacitados a cargo del titular. - Familiares a cargo del titular, que convivan y se encuentren a exclusivo cargo de éste, abonando un precio diferencial.

1.3 MODIFICACIONES DEL GRUPO FAMILIAR

1.3.1 Los hijos solteros serán automáticamente dados de baja cuando cumplan los 21 años o 25 años según corresponda. Para no perder la antigüedad ni su cobertura, deberán concurrir a las oficinas de AMC SALUD S.A., dentro de los treinta (30) días siguientes, para conformar una asociación independiente de la original. Vencido dicho plazo, quedará a exclusiva y excluyente voluntad de AMC SALUD S.A, aceptar o rechazar la solicitud.

1.3.2 Todos los beneficios en relación con maternidad rigen exclusivamente para el titular o cónyuge del titular que figure como tal en la solicitud de ingreso. Cualquier otra integrante del Grupo Familiar que quedase embarazada, recibirá atención por Plan Médico Infantil hasta dentro de las 48 hs. de ocurrido el nacimiento.

2. CONDICIONES DE INGRESO

2.1 Las personas interesadas en afiliarse a AMC SALUD S.A. deberán completar y suscribir la respectiva solicitud de ingreso y una declaración jurada sobre enfermedades preexistentes, patologías seculares, cirugías llevadas a cabo, tratamientos recibidos con anterioridad o que se estén llevando a cabo al momento de la solicitud, individualizando los profesionales de la salud consultados en los últimos doce (12) meses y toda otra información requerida en la referida declaración. 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.

2.2 CONDICION ESENCIAL: La solicitud se considera unitaria y la falsedad y/o falta de coincidencia, inexactitud, falacia, divergencia con la realidad entre lo declarado, informado y lo



efectivamente acreditado por uno u alguno de los integrantes del grupo, generará sin más el derecho resolutorio y/o de anulabilidad de la contratación.

2.3 La/s declaración/es jurada/s implica autorizar en forma irrevocable a AMC SALUD S.A. a solicitar cuanta información estime pertinente a los fines del efectivo control y verificación de los datos allí consignados, renunciando al amparo del secreto profesional y el relevamiento del mismo de todo médico o prestador que lo haya tratado con anterioridad y posterioridad a la fecha de la solicitud de ingreso. En el caso que corresponda cobrar un valor adicional por preexistencia, dicho valor deberá ser previamente autorizado por la Superintendencia de Servicio de Salud, de acuerdo a la razonabilidad y adecuado calculo para cada tipo de preexistencia. En caso que la Superintendencia de Salud no se expida en el termino de cuarenta y cinco días, AMC SALUD S.A. podrá establecer un valor provisorio de la misma.

3. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO El contrato sólo quedará perfeccionado en el momento en que AMC SALUD S.A. acepte la solicitud de contratación, lo cual sucederá cuando lo informe expresamente o con la entrega de las credenciales.

4. CUOTAS MENSUALES

4.1 El asociado deberá abonar la cuota mensual por mes adelantado en la fecha indicada en la Factura. La falta de recepción de la misma no exime al asociado de la obligación de pagar en término.

4.2 La cuota se considera por mes calendario no resultado proporcionable por ninguna circunstancia en función de la fecha de alta o de baja del beneficiario.

4.3 MORA: se define como mora la falta de pago de la cuota del mes en curso, a partir de la fecha de vencimiento. A partir de dicha fecha, AMC SALUD S.A. podrá aplicar un interés compensatorio.

4.4 El valor de la cuota podrá ser aumento en virtud de los incremento que autorice la autoridad de aplicación u organismos que regulen a la empresas de medicina prepaga según la legislación vigente. El valor de la cuota se podrá incrementar en función de la edad del usuario/a de acuerdo con las franjas etarias que se establecen en el respectivo anexo.

4.5 La falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas, será causal de resolución del contrato de conformidad de lo establecido en la ley 26.682 art 9. Dicha baja no extingue las deudas que el asociado/a mantenga con AMC SALUD S.A, quedando reservado el derecho de exigir su pago.



5. INALTERABILIDAD DEL EQUILIBRIO CONTRACTUAL La voluntad de las partes al contratar y la causa fin de las obligaciones recíprocas, constituyen el objeto del contrato. Consecuencia de lo expuesto, AMC SALUD S.A. se obliga a:

a. Preservar las condiciones prestacionales equiparable a la contratada, incluidas en el Plan Medico Obligatorio vigente según resolución del Ministerio de Salud de la Nación y toda aquella prestación medico asistencial incorporada o que se incorpore como obligatorias para las Empresas de Medicina Prepagas en leyes especiales.

b. La prescripción de medicamentos deberá ajustarse a lo establecido en la ley 25.694 y demás normativas que regulen la materia. En relación a los pedidos de material ortesico, se deberá efectuar conforme el procedimiento que establece el PMO para dichas coberturas. AMC SALUD S.A. se eximirá de dar cobertura a las prescripciones medicas que no se ajusten a la normativa vigente.

5.1 AMC SALUD S.A. podrá modificar parcialmente la nómina de prestadores y de prestaciones de sus cartillas, siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura y sin alterar el objeto del servicio.

6. PERIODICIDAD Y MONTO DE LOS AUMENTOS

1. Podrá modificar los valores de las cuotas de los planes asistenciales, sin afectar el equilibrio de 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 26682 (arts. 5 inc. g y 17), cuando la modificación obedezca a variaciones en la estructura y costos y cálculo actuarial de riesgos.

6.2 La modificación será informada con una antelación no inferior a treinta (30) días y el socio, en caso de no aceptarla, podrá rescindir sin cargo la contratación.

6.3 Los valores de cuota de los planes se modificarán en función de la cantidad de los integrantes del grupo y de la edad de los mismos, incrementándose de acuerdo a la franja etaria establecida en cada plan.

7. En caso de reclamos la autoridad de control de las empresas de medicina prepagas es la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ORGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (72582) - WWW.SSSALUD.GOV.AR – Domicilia, calle Bartolome Mitre 434 de CABA – WWW.SSSALUD.GOV.AR

8. ALTAS Y BAJAS DEL GRUPO FAMILIAR

8.1 Todo asociado debe comunicar a AMC SALUD S.A. dentro de los treinta (30) días cualquier modificación que se produjere en su grupo familiar.

8.2 Para conservar su antigüedad, el integrante de un grupo familiar dado de baja por el titular, deberá constituir una nueva asociación, dentro de los sesenta (60) días posteriores a dicha baja abonando la cuota desde el momento de producida la baja, con el fin de mantener la continuidad de la afiliación.



8.3 En caso de muerte del titular no extinguirá dichas obligaciones, conservando su grupo familiar la cobertura que establece el plan médico obligatorio por el plazo de dos meses. Pasado dicho tiempo el grupo familiar podrá optar por la continuidad de la cobertura efectuando los cambios administrativos correspondiente de titularidad.

8.4 El usuario/a podrá durante la relación contractual cambiar el plan medico suscripto oportunamente por otro que en ese momento tenga vigencia de comercialización. Si se suscribe un plan superior al actual, el usuario/a y su grupo familiar deberán tener una permanencia de no menos de doce (12) meses en el nuevo plan suscripto.

9. RESOLUCION Y NULIDAD

9.1 AMC SALUD S.A. tendrá derecho a resolver el contrato en forma automática y sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, quedando facultada para exigir al asociado el pago de lo adeudado y los daños y perjuicios que hubiere causado, en los siguientes casos: - Si el asociado o cualquier miembro de su grupo familiar tuviera una grave conducta con personal de AMC SALUD S.A. y/o cualquiera de sus prestadores; - Si el asociado o cualquier miembro de su grupo familiar, facilita las credenciales que le fueran entregadas por AMC SALUD S.A. a terceras personas a fin de que las mismas utilicen los servicios cubiertos por el plan contratado; - Si el asociado incurre en falta de pago de tres (3) cuotas mensuales consecutivas; - Si el asociado o cualquier miembro de su grupo familiar usa indebidamente o con dolo el sistema de prestaciones cerradas y/o reintegros, o requieran innecesariamente los servicios prestados. - Si el asociado o cualquiera de su grupo familiar efectúa una declaración jurada falsa, inexacta o incompleta u omite enfermedad y/o patología secular preexistente, facultando a AMC SALUD SA. a rescindir el contrato por exclusiva culpa del solicitante. - El asociado deberá reintegrar sus credenciales y las de todo su grupo familiar, responsabilizándose civil y penalmente por el uso indebido de los mismos.

10. CREDENCIALES

10.1 Una vez que AMC SALUD S.A. acepte el ingreso del solicitante, le entregará la credencial que lo acredita como afiliado, para que pueda utilizar los servicios ofrecidos por su plan.

10.2 La credencial es personal e intransferible. La facilitación de la Credencial para la atención de terceras personas será causal de resolución del contrato, reservándose AMC SALUD S.A. las acciones legales que considere pertinentes.

10.3 En caso de extravío el socio deberá notificarlo dentro de las 48 hs. siguientes. Transcurrido dicho plazo se lo considerará responsable por la eventual utilización dolosa de la misma y se producirá la resolución del contrato si la misma causare un daño a AMC SALUD S.A.

11 AMC SALUD S.A. no reconocerá ni reintegrará a sus asociados pagos realizados a otras instituciones o profesionales que no pertenezcan a su listado, aun cuando correspondieren a prestaciones que no se pudieren efectuar a través de prestadores de su listado, con la sola excepción de los casos expresamente previstos en el plan suscripto por el afiliado vigente al momento de la prestación.

12. COBERTURAS



12.1 El detalle de las coberturas del plan y los tiempos de espera para acceder a las mismas, se rigen de conformidad al anexo correspondiente a cada Plan.

13. EXCLUSIONES

13.1 Quedan expresamente excluidas de la cobertura que AMC SALUD S.A. brinda a sus asociados:

13.1.1 Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y todos los casos imputables al asociado, tales como lesiones en riñas u otros previstos por la ley

13.1.2 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 o belleza; alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipos para ejercicios o aparatos similares.

13.1.3 Cualquier gasto incurrido cuando el beneficiario se encuentre en mora

13.1.4 Cualquier servicio y/o suministro que sea experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, incluyendo, pero no limitado a, cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, uso de medicamento, dispositivo o suministro. Para ser experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, un servicio o suministro deberá cumplir uno o más de los siguientes criterios: - Que tal suministro o servicio no esté de acuerdo con las normas generalmente aceptadas por la practica medica en la República Argentina - Que tal suministro o servicio no esté incluido en el Nomenclador Nacional.

13.1.5 Drogas o medicación no aprobadas por el Ministerio de Salud y/o Autoridad de Aplicación que lo reemplace: medicamentos importados, de venta libre, homeopáticos, cosmetológicos o recetas magistrales, ya sean para uso ambulatorio o en internación.

13.1.6 Tratamiento u operaciones en etapa experimental no reconocidos por organismos o instituciones oficiales de la República Argentina.

13.1.7 Prestaciones que no se encuentren previstas en Plan Médico Obligatorio

14. PRESTACIONES INCORPORADAS POR EL PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO

14.1 Las prestaciones incorporadas a la cobertura por imperio de la Resolución 247/96 M.S.A.S 201/2002 y sus modificatorias y/o ampliatorias, APLICABLES A LAS EMPRESAS DE Medicina Prepaga por la Ley 24754, serán brindadas a los beneficiarios exclusivamente en los servicios asistenciales y bajo las modalidades que en cada caso determine la Auditoría médica de AMC SALUD S.A., aun cuando los prestadores afectados a dichos servicios no se incluyan en las Cartillas y Guías de Profesionales y Servicios aplicables al plan.



15. AFILIACIONES A TRAVES DE OBRAS SOCIALES (LEY 23660/23661)

15.1 El asociado que se incorpore, o aquel que siendo ya asociado adhiera al Sistema de libre Elección de Obras Sociales previsto en el Dto. 1141/96, sus modificatorios y/o ampliatorios, tendrá a su exclusivo cargo el pago a AMC SALUD S.A. de una suma de dinero igual a la diferencia entre el valor del plan elegido y el monto de aportes y contribuciones que la Obra Social derive efectivamente a AMC SALUD S.A., como así también los copagos, aranceles y extras que se establecen en las Condiciones Particulares del Plan.

15.2 En caso de que AMC SALUD S.A. no cuente con la efectiva acreditación de los aportes ejercerá su derecho a facturar la totalidad del valor de la cuota del plan contratado por el asociado y reclamarle su pago íntegro para seguir gozando de las prestaciones médicas contratadas.

15.3 Ante incumplimiento de la obligación de pago referida en el punto 15.2, se procederá a brindar la cobertura que establece el Plan Médico Obligatorio.

16. COMUNICACIONES

16.1 Las notificaciones previstas en el presente podrán realizarse por cualquier medio, inclusive a través de boletines informativos emitidos periódicamente por SABER SA.

17. VIGENCIA

17.1 El presente contrato será por tiempo indeterminado y quedará perfeccionado conforme a lo previsto en el punto 3

17.2 Todo asociado podrá resolver unilateralmente el presente, en cualquier tiempo y sin expresión de causa, notificando su voluntad de forma fehaciente a AMC SALUD S.A. con treinta (30) días corridos de anticipación.

18. SUBROGACION. SABER SOCIEDAD ANONIMA quedará automáticamente subrogada en todos los derechos del asociado contra los terceros por cuya acción u omisión éste último haya sufrido lesiones que motiven la prestación de los servicios contratados. En tal caso el asociado estará obligado a prestar a AMC SALUD S.A. toda la información y cooperación necesaria a fin de posibilitar el ejercicio de todas las acciones de que fuere titular contra dichos terceros, hasta el límite de los gastos incurridos y cubiertos por AMC SALUD S.A. A tal efecto, y sin perjuicio de la subrogación que mediante la presente se concede, el asociado deberá otorgar a la empresa las autorizaciones y poderes para asuntos judiciales que fueren necesarios, y estará obligado a concurrir ante las citaciones que recibiere de corresponder. Asimismo, y sin perjuicio de lo expuesto precedentemente, el asociado responderá ante AMC SALUD S.A por toda acción, omisión o actitud de su parte que impida o frustre el ejercicio de la subrogación establecida en el presente, ello sin mengua de considerarse en forma expresa como causal de resolución contractual. El / / RECIBÍ UN EJEMPLAR DEL MISMO TENOR QUE EL PRESENTE REGLAMENTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE SABER SA Firma y aclaración del solicitante: _____

DNI: _____