

Reglamento general de servicios y contratación

H+B Plan de Salud | Hospital Británico

1. INTRODUCCIÓN

El HOSPITAL BRITANICO DE BUENOS AIRES, Asociación Civil, (en adelante HOSPITAL BRITANICO) es una entidad sin fines de lucro fundada en el año 1844, que brinda servicios médico-asistenciales a pacientes, asociados suyos o no.

El PLAN DE SALUD DEL HOSPITAL BRITANICO (en adelante "Plan de Salud") ofrece a la población general que así lo desee, la cobertura de su riesgo potencial de enfermedad por la modalidad de prepago a través de planes generales con distintos tipos de beneficios a elección del interesado, para sí mismo y/o su grupo.

El presente Reglamento contiene las Condiciones Generales de contratación y de cobertura médica que regirán los derechos y obligaciones de las partes del presente contrato (en adelante el "Reglamento").

Durante la vigencia del vínculo, las prestaciones que el/los beneficiario/s tendrá/n son aquellas que surgen de este Reglamento, del cuadro de beneficios del Plan que contrate/n (en adelante, el "Cuadro de Beneficios"), de la cartilla médica de profesionales y servicios médicos y odontológicos de cada plan de contratación respectivo (en adelante la "Cartilla", y juntamente con el Cuadro de Beneficios, las "Condiciones Particulares"), de la Ley 26.682, reglamentarias, concordantes y las que en el futuro las modifiquen y/o las reemplacen.

2. DEFINICIONES

2.1. Beneficiario: Es toda persona que goza de los beneficios y servicios del Plan de Salud descriptos en las Condiciones Particulares contratadas para cubrirse de los eventos médico-asistenciales que le pudiera llegar a ocurrir a partir de su incorporación y hasta la finalización del convenio.

2.2. Titular: Es toda persona con capacidad jurídica de contratar que voluntariamente elige contratar la cobertura del Plan de Salud para sí mismo y/o su grupo familiar. El titular es quien asume frente al Plan de Salud todas y cada una de las obligaciones emanadas del presente Reglamento, las Condiciones Particulares y sus modificaciones posteriores, de la Ley 26.682, reglamentarias, concordantes y las que en el futuro las modifiquen y/o las reemplacen.

2.3. Titular no Beneficiario: Es toda persona física o jurídica con capacidad jurídica de contratar que contrata los beneficios del Plan de Salud en favor de tercero/s. Esta persona, si bien es Titular, no es Beneficiario, no obstante lo cual asume ante el Plan de Salud todas y cada una de las obligaciones emanadas del presente Reglamento, las Condiciones Particulares y sus modificaciones posteriores, de la Ley 26.682, reglamentarias, concordantes y las que en el futuro las modifiquen y/o las reemplacen, incluido el pago de las cuotas correspondientes durante la vigencia del contrato.

2.4. Grupo Familiar: Se entiende como Grupo Familiar a quien/es la normativa vigente en la materia incluya como tal. Salvo modificación legal al respecto, se entiende por Grupo Familiar:(a) **Primario**, es el integrado por (i) el cónyuge del afiliado Titular; (ii) los hijos solteros hasta los veintiún (21) años no emancipados; (iii) los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive,

que estén a exclusivo cargo del afiliado Titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad competente; (iv) los hijos incapacitados y a cargo del afiliado Titular, con certificado de discapacidad vigente; (v) los hijos del cónyuge, que reúnan los requisitos establecidos precedentemente; (vi) los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa o guarda judicial con fines de adopción, que reúnan los requisitos establecidos precedentemente; (vii) los hijos menores de veintiún (21) años que cesen en la actividad profesional y/o comercial y/o laboral, podrán incorporarse como integrantes del grupo familiar a cargo del afiliado Titular; (viii) los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa o guarda judicial con fines de adopción, que reúnan los requisitos aquí establecidos; (ix) los hermanos incapacitados del afiliado Titular, mayores de dieciocho (18) años cuya curatela haya sido acordada por autoridad judicial que reúnan los requisitos establecidos precedentemente. (b) **No Primario**, es la persona que convive con el afiliado Titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación conforme documentación o información sumaria pertinente expedida por la autoridad competente.

2.5. Credencial: Es una tarjeta identificatoria, personal, única e intransferible -según el formato que el Plan de Salud determine e informe- que se utiliza en forma conjunta con el Documento Nacional de Identidad vigente y/o pasaporte para el caso de extranjeros o documento legal que lo reemplace para identificar a cada Beneficiario según las Condiciones Particulares contratadas.

2.6. Sistema Cerrado: Sistema por medio del cual el/los Beneficiario/s acceden única y exclusivamente a los beneficios brindados por los prestadores enumerados en la Cartilla, la que podrá sufrir modificaciones que serán debidamente notificadas por los medios de comunicación informados por el Plan de Salud. El Sistema Cerrado no contempla reintegro de ningún tipo.

2.7. Sistema Abierto: Sistema por medio del cual se le/s permite a los Beneficiario/s optar para su atención por prestadores no incorporados en la Cartilla, pudiendo obtener luego el reintegro de los gastos erogados de acuerdo con los límites y topes establecidos en las Condiciones Particulares.

2.8. Prestador: Se consideran como tales a los profesionales, centros de diagnóstico y tratamiento, instituciones de internación, policonsultorios, farmacias, etc., contratados por el Plan de Salud para la atención de los Beneficiarios.

2.9. Copago: Es el arancel a cargo del Titular o Titular no Beneficiario -conforme lo establezca la normativa vigente en la materia- previsto para determinadas prácticas médicas conforme lo referenciado en el Cuadro de Beneficios que se incluirá en la factura mensual y se adicionará a la cuota establecida para dicho plan o eventualmente fuera facturado y cobrado por el prestador contratado que realice la consulta/prestación.

2.10. Viático: Es el arancel a cargo del Titular o Titular no Beneficiario previsto para determinadas prestaciones requeridas a domicilio y que se encuentran excluidas de los servicios conforme el plan contratado, el cual no contará con ningún tipo de reintegro.

2.11. Reintegro: Es el importe que recibe aquel Titular o Titular no Beneficiario -en su caso- que hubiera contratado un plan con Sistema Abierto como consecuencia de haber efectuado gastos médico-asistenciales

con prestadores ajenos a la Cartilla de acuerdo con los límites y topes establecidos en las Condiciones Particulares y/o en la normativa vigente según el caso. No se reintegrarán prestaciones fuera del PMO y realizadas fuera del ámbito geográfico prestacional del Plan de Salud.

2.12. Prestaciones Médicas: Son las prácticas médico-asistenciales cuya cobertura se especifica en cada uno de los planes contratados y también aquellas prestaciones médicas obligatorias (en adelante "Programa Médico Obligatorio" o "P.M.O." o "PMO") conforme lo establecido por las Leyes 24.455, 24.754, Decreto 492/95 y la Resolución 247/96 y/o cualquier otra disposición actual o futura que se incorpore al mismo.

2.13. Atención a Domicilio: Es toda circunstancia que requiera una prestación médico-asistencial a domicilio que podrá ser programada, de urgencia o emergencia. El Beneficiario deberá comunicarse con el Sector de "**Urgencias Médicas**", solicitando la atención que necesite. En caso de corresponder, el Titular o Titular no Beneficiario deberá abonar el importe correspondiente al Viático conforme las Condiciones Particulares.

3. INGRESO AL PLAN DE SALUD

3.1. Requisitos para el Ingreso. Como requisito previo al ingreso al Plan de Salud, el solicitante deberá completar una Solicitud de Ingreso y una Declaración Jurada de Salud, cuya exactitud y veracidad serán condición inexcusable de (i) su incorporación al Plan de Salud, y (ii) del mantenimiento del vínculo contractual en cuestión.

3.1.1. Solicitud de Ingreso. En la Solicitud de Ingreso deberán constar los datos personales del solicitante Titular y/o Titular no Beneficiario y, si los hubiere, de las personas que pretenda incorporar como terceros y/o integrantes de su Grupo Familiar.

3.1.2. Declaración Jurada de Salud. En la Declaración Jurada de Salud el solicitante Titular deberá denunciar/informar las incapacidades, enfermedades, lesiones y/o cualquier tipo de dolencia y accidentes que hubiera sufrido y/o que padeciera y sus secuelas, como así también los tratamientos, operaciones y/o cirugías que se le hubieran efectuado y/o a las que se hubiera sometido tanto él, como las personas incorporadas al Plan de Salud como terceros y/o integrantes de su Grupo Familiar y en general, cualquier otro antecedente relacionado con el estado de salud de los mencionados Beneficiarios.

3.1.2.1. El solicitante Titular será personalmente responsable por la veracidad y exactitud de la información suministrada en la Solicitud de Ingreso y en la Declaración Jurada de Salud, como así también respecto de la veracidad y exactitud de la información suministrada de cada uno de los integrantes de su Grupo Familiar y/o terceros incorporados al plan, no pudiendo aducir desconocimiento en la falsedad y/o falta de coincidencia referida a la información brindada respecto de su Grupo Familiar y/o terceros incorporados.

3.1.2.2. La falsedad y/u omisión y/u ocultamiento y/o reticencia en la información brindada por el solicitante Titular en la Declaración Jurada de Salud facultará al Plan de Salud a adoptar cualquiera de las medidas descriptas en 5.4.1. del Reglamento.

3.1.2.3. Presentada la Solicitud de Ingreso y la Declaración Jurada de Salud, el Plan de Salud estará facultado a requerir, y el solicitante Titular obligado a suministrar, toda la información complementaria que estime corresponder. No obstante ello, las constancias que emanen de dicha información complementaria no podrán ser condicionantes para el ingreso del solicitante Titular ni de su Grupo Familiar y/o terceros incorporados al plan contratado, **excepto por los supuestos contemplados en 3.5.**

3.1.2.4. La edad del solicitante no podrá ser tomada como criterio de rechazo de admisión. Tampoco los supuestos contenidos en el artículo 1º de la ley 23.592.

3.2. Contratación Individual. Se trata del caso en que el carácter de Titular y Beneficiario recaer en la misma persona.

3.2.1. En los casos de ingreso al Plan de Salud de personas legalmente incapaces o con capacidad restringida en calidad de Beneficiarios, la persona física mayor de edad que contrate con el Plan de Salud a favor de un tercero lo hará en calidad de Titular no Beneficiario y asumirá ante el Plan de Salud todas y cada una de las obligaciones emanadas del presente Reglamento -incluida pero sin limitación, la de completar en forma veraz y exacta de la información suministrada en la Solicitud de Ingreso y en la Declaración Jurada de Salud-, de las Condiciones Particulares pactadas y sus modificaciones posteriores, de la ley 26.682, reglamentarias, concordantes y las que en el futuro las modifiquen y/o las reemplacen, incluido el pago de las cuotas correspondientes al plan contratado.

3.3. Grupo Familiar. Podrán integrar el Grupo Familiar del Titular en calidad de Beneficiarios no titulares, las personas mencionadas en el punto 2.4. del presente Reglamento y las que en el futuro se indiquen conforme lo establezca la normativa vigente en la materia.

3.4. Bajas y/o Modificaciones.

3.4.1. En caso de producirse cualquier modificación del Grupo Familiar (matrimonios, nacimientos, adopciones, defunciones, etc.), el Titular tendrá la obligación y será el único facultado para comunicar dicha modificación al Plan de Salud. Esta comunicación deberá ser efectuada en forma escrita, adjuntándose a dicha comunicación copia de la documentación que acredite dicha modificación (por ej., acta de matrimonio y/o de nacimiento y/o de defunción y/o de resolución judicial otorgando la adopción provisoria o definitiva, etc.).

3.4.2. Toda modificación que importe la incorporación de un nuevo miembro al Grupo Familiar se encontrará sujeta a idénticas condiciones de ingreso que las establecidas para la admisión del Titular y del Grupo Familiar.

3.4.3. Sin perjuicio del supuesto específico contenido en 5.2.1 del Reglamento, en los demás casos en que la modificación del Grupo Familiar importe la necesidad de un cambio de titularidad del Plan, el integrante de mayor edad o su representante legal deberá constituirse como Titular del plan, siempre y cuando se cumplan con los requisitos de Grupo Familiar conforme se describe en el presente Reglamento y en la normativa vigente en la materia.

3.4.4. En el caso de que un Beneficiario de un Grupo Familiar reciba cobertura por maternidad, este Beneficiario deberá salir del grupo tras el nacimiento junto al recién nacido y conformar un nuevo Grupo Familiar separado, salvo que el Beneficiario en cuestión sea el Titular o el cónyuge del Titular o conviviente

en unión de hecho con el Titular que cumpla con los recaudos legales para su acreditación.

3.5. Situaciones de Preexistencia. Diferencial por Preexistencia.

3.5.1. El Plan de Salud y con la autorización de los valores diferenciales para la admisión de usuarios emitida por la autoridad de aplicación según ley 26.682 y/o sus modificatorias, incorporará a las personas que padezcan (i) situaciones de preexistencia de carácter temporario y/o crónico y/o de alto costo y/o (ii) enfermedades y/o incapacidades no cubiertas ni previstas en el P.M.O., ello siempre y cuando dichas incapacidades y/o enfermedades hubiesen sido expresamente declaradas con exactitud por el solicitante Titular en la Declaración Jurada de Salud.

3.5.2. En estos casos, el Plan de Salud informará al solicitante el precio diferencial y, en su caso, el período de pago de la cuota diferencial.

3.5.3. El solicitante Titular tendrá un plazo de cinco (5) días hábiles –prorrogable únicamente por cinco (5) días hábiles más a pedido del solicitante Titular- para aceptar y/o rechazar el precio diferencial informado por el Plan de Salud, no admitiéndose en ningún caso la formulación de contraofertas.

3.5.4. Transcurrido el plazo indicado precedentemente sin que la aceptación sea comunicada en forma fehaciente y por escrito al Plan de Salud por parte del solicitante Titular, se considerará que la misma no fue aceptada, quedando en consecuencia sin efecto alguno la Solicitud de Ingreso originalmente presentada, sin necesidad de notificación expresa. No obstante ello, el solicitante podrá efectuar una nueva Solicitud de Ingreso, cumpliendo para ello con los recaudos previstos en este Reglamento.

3.6. Documentación Integrante del Contrato.

3.6.1. La siguiente documentación se considerará como parte integrante del contrato perfeccionado entre el solicitante Titular, para sí, su Grupo Familiar y/o terceros incorporados y el Plan de Salud:

3.6.1.1. Solicitud de Ingreso,

3.6.1.2. Declaración Jurada de Salud,

3.6.1.3. Cartilla del Plan,

3.6.1.4. Cuadro de Beneficios,

3.6.1.5. Credenciales,

3.6.1.6. El presente Reglamento, y

3.6.1.7. Toda otra documentación que amplíe o complete información acerca del alta de los Beneficiarios.

3.6.2. Queda expresamente establecido que la incorporación al Plan de Salud implica la plena aceptación de

lo establecido en los documentos referidos precedentemente, los que regirán las relaciones entre el Plan de Salud, por un lado, y el Titular del plan -y en su caso, los Beneficiarios-, por el otro, desde el momento de su perfeccionamiento y hasta la finalización de su vigencia.

3.6.3. Los términos y condiciones del presente Reglamento se encontrarán disponible para el Titular y los Beneficiarios en <http://www.hospitalbritanico.org.ar/plandesalud>, y podrán ser consultados allí en cualquier momento.

4. CUOTAS

4.1. El precio de la cobertura del plan contratado se debe abonar por adelantado en forma mensual y consecutiva dentro de los primeros días del cada mes antes de la Fecha de Vencimiento. Las facturas no podrán ser canceladas en forma parcial, sino que únicamente se aceptarán pagos por el importe total consignado en la correspondiente factura. Del mismo modo, tampoco se aceptarán pagos parciales o prorrateados cuando el inicio y/o fin de la cobertura tuviera lugar en una fecha que no fuera coincidente con el inicio de un mes.

4.2. Fecha de Vencimiento. Cada factura vencerá indefectiblemente en la fecha consignada como fecha de vencimiento en el documento correspondiente o el primer día hábil siguiente, en caso de que el vencimiento en cuestión fuese día inhábil.

4.2.1. En ningún caso la circunstancia de no recibir la factura o el instrumento de notificación de pago que se establezca, antes de la fecha habitual de vencimiento, podrá ser causal para omitir el pago en término de la cuota. En cualquier caso, la factura estará disponible para ser descargada electrónicamente por el Titular en cualquier momento en <http://www.hospitalbritanico.org.ar/plandesalud>, sujeto a las condiciones tecnológicas del sitio web.

4.2.2. Los pagos podrán efectuarse por todos los medios disponibles a esos fines y/o los medios habilitados en un futuro que serán informados por el Plan de Salud.

4.3. Variación del valor de la cuota mensual. El importe fijado para la cuota mensual podrá sufrir modificaciones en los términos previstos en la normativa vigente.

4.3.1. Toda modificación que sufriere la cuota mensual será informada al Titular en la forma y plazos establecidos en las disposiciones legales y contractuales vigentes al momento de su variación. Se podrá entender cumplimentada la información indicada con la notificación incorporada en la factura y/o carta informativa. Todo ello, salvo disposición en contrario por la autoridad de aplicación según ley 26.682 y modificatorias, con relación a la fecha de entrada en vigencia del nuevo valor de la cuota mensual.

4.3.2. En caso de que el Titular o Titular no Beneficiario, en su caso, no aceptara la variación del valor de la cuota mensual informada por el Plan de Salud, estará facultado a rescindir el contrato, debiendo notificar dicha decisión en forma fehaciente al Plan de Salud en los plazos establecidos por la normativa vigente en la materia. La falta de notificación fehaciente del ejercicio de esta facultad o el pago de la cuota correspondiente con el nuevo valor de la cuota importará la tácita aceptación de dicha variación.

4.4. Incumplimiento. La falta de pago o su pago fuera de término de cualquier cuota mensual hará incurrir al Titular en mora automática, sin necesidad de interpelación judicial y/o extrajudicial alguna.

4.4.1. La mora facultará al Plan de Salud a adoptar las siguientes medidas, a saber:

4.4.1.1. Aplicar intereses moratorios a la tasa que percibe el Banco de la Nación Argentina en sus operaciones de descuento a treinta (30) días, a calcular desde la fecha de mora hasta su efectivo pago;

5. TERMINACION DEL CONTRATO

5.1. Solicitud de Baja.

5.1.1. El Titular podrá rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión al Plan de Salud con treinta (30) días de anticipación.

5.1.2. La Solicitud de Baja por parte del Titular implicará la baja de todo el Grupo Familiar, si lo hubiera, salvo que alguno de los Beneficiarios (con capacidad legal para contratar) manifieste su intención de continuar conforme a los plazos y condiciones legales vigentes y además, se cumplan con los requisitos de Grupo Familiar conforme lo establecido en el presente Reglamento y la normativa vigente.

5.1.3. La facultad de rescisión del Titular podrá ser ejercida solamente una vez por año.

5.1.4. Dado que el pago del precio se realiza por mes adelantado –sistema prepago-, el ejercicio de la facultad indicada en 5.1.1. del presente Reglamento durante el transcurso de un mes cuyo precio ya hubiera sido pagado íntegramente no autorizará, en ningún caso, a requerir reintegro proporcional alguno.

5.1.5. Sin perjuicio de las facultades establecidas en los artículos 5.1.1. y 5.3.1 del presente Reglamento, el Plan de Salud conservará el derecho de reclamar judicial o extrajudicialmente el pago de las sumas que se adeuden.

5.1.6. En los casos que por cualquier causa y pese a ejercer la facultad referida en 5.1.1. precedente, el Titular y/o cualquier Beneficiario continuaran haciendo uso de los servicios médico-asistenciales contenidos en el plan correspondiente una vez vencido el plazo del preaviso arriba indicado, el Plan de Salud estará facultado a reclamar los reintegros de los importes de los servicios utilizados en forma indebida, con más los intereses y gastos según corresponda. En ningún caso, la prestación de los servicios contenidos en el plan correspondiente con posterioridad a la finalización del convenio importará una expresa y/o tácita renovación y/o continuidad del mismo.

5.2. Muerte del Titular.

5.2.1. En caso de fallecimiento del Titular y previa acreditación de la defunción en el Plan de Salud dentro de los treinta (30) días de acaecida, cualquiera de las personas autorizados por la normativa vigente que tuviera en ese momento la capacidad para contratar podrá solicitar al Plan de Salud la continuidad del Grupo

Familiar -siempre que se cumplan con los requisitos de Grupo Familiar conforme lo establecido en el presente Reglamento y la normativa- dentro del plazo y en las condiciones establecidas por la normativa vigente, debiendo designar entre uno de ellos, a un nuevo Titular (que podrá ser el que realizó la solicitud, u otro que posea la misma capacidad mínima) quien asumirá el resto de las obligaciones que le correspondan en ese rol.

5.3. Resolución por Mora.

5.3.1. En caso de falta de pago de tres (3) meses íntegros y consecutivos, el Plan de Salud podrá resolver el contrato inmediatamente y dar de baja al Titular y a su Grupo Familiar y/o terceros incorporados al plan, siempre que hubiera notificado (i) la situación de morosidad, (ii) la intimación a regularizar íntegramente el pago de las sumas adeudadas y (iii) la decisión de extinguir el vínculo contractual, conforme lo establecido por la normativa vigente.

5.4. Resolución por Falseamiento.

5.4.1. En los casos en que con posterioridad a la admisión de la Solicitud de Ingreso y dentro del período que a tal fin fije la autoridad de aplicación conforme ley 26.682 y/o sus modificatorias, se comprobare que el solicitante Titular incurrió en falsedad y/u omisión y/u ocultamiento en la información brindada en la Solicitud de Ingreso y/o en la Declaración Jurada de Salud, y/o reticencia a brindar la información adicional requerida respecto de él y/o respecto de algún miembro de su Grupo Familiar y/o tercero asociado al plan contratado, el Plan de Salud se encontrará facultado para: (i) resolver, por exclusiva culpa del Beneficiario, el vínculo contractual hasta allí existente, debiendo tan sólo notificar dicha decisión al Titular del plan, o (ii) declarar la nulidad del contrato. En cualquiera de los casos previstos, el Plan de Salud estará facultado para reclamar los daños y perjuicios ocasionados por tales conductas, así como el importe de las cuotas eventualmente adeudadas a la fecha de finalización.

5.5. Resolución con causa.

Además de los supuestos expresamente establecidos en el presente Reglamento, el Plan de Salud podrá resolver con causa el presente contrato y, con ello, dar de baja la cobertura respecto del Titular y todo su Grupo Familiar y/o terceros incorporados al plan y en su caso, y reclamar los montos adeudados por las vías legales correspondientes, cuando se configuren alguna de las siguientes causales:

5.1. Reiterados requerimientos objetivamente injustificados y/o abusivos y/o inadecuados de los servicios y, en particular, del servicio de Urgencias, pese a las observaciones realizadas por el Plan de Salud acerca de la indebida utilización del mismo;

5.2. Reiterados pedidos de reintegros por prestaciones inexistentes y/o fraguadas;

5.3. Facilitar y/o permitir a terceros el uso de la credencial del Plan de Salud, aun cuando no llegase a concretarse perjuicio alguno;

5.4. Reiterado comportamiento inadecuado y/o abusivo respecto de cualquier representante del Plan de Salud, sea este dependiente, contratado o subcontratado, incluyendo prestadores de la cartilla del Plan de Salud, pese a las observaciones realizadas por el Plan de Salud. En todos estos supuestos el Plan de Salud

notificará fehacientemente dicha decisión al Titular del Plan, quien deberá reintegrar las credenciales y las de todo su Grupo Familiar y/o terceros incorporados al plan, responsabilizándose civil y penalmente por el uso indebido de las mismas.

6. DOMICILIOS

6.1. En la solicitud de ingreso el Titular deberá constituir un domicilio postal dentro de la Ciudad de Buenos Aires y/o Gran Buenos Aires, y declarar un domicilio electrónico, que tendrán la calidad de especial respecto de su relación jurídica con el Plan de Salud, en los cuales serán válidas todas las notificaciones y comunicaciones que se le cursaren. Estos domicilios subsistirán mientras el Titular no comunicare su cambio.

6.2. Cambio de Domicilio. Es obligación del Titular comunicar en forma fehaciente cualquier cambio que pudiera ocurrir en el domicilio, número telefónico y/o dirección de correo electrónico oportunamente denunciados en la Solicitud de Ingreso.

7. CREDENCIALES

7.1. La Credencial entregada por el Plan de Salud al Titular y/o Beneficiario/s deberá ser exhibida ante cada Prestador conjuntamente con un documento de identidad en oportunidad de requerir alguna de las Prestaciones Médicas previstas en las Condiciones Particulares.

7.2. La utilización de la Credencial para la atención de terceras personas, con la autorización y/o culpa del Titular y/o Beneficiario, será causal de resolución del contrato, reservándose el Plan de Salud el derecho iniciar las acciones legales que considere pertinentes. Asimismo, el uso indebido de la credencial por parte del Titular y/o del Beneficiario facultará al Plan de Salud a exigir el pago de los consumos realizados indebidamente, con más los intereses y gastos que dicha conducta haya generado.

7.3. La Credencial será inhabilitada por el Plan de Salud o reemplazada en los siguientes casos: (i) finalización del vínculo; (ii) cambio del plan; (iii) errores en los datos contenidos en la/s tarjeta/s; (iv) cambio formatos/estilo, etc.

7.4. En caso de hurto, robo o pérdida, el Titular deberá comunicar dicha circunstancia en forma inmediata al Plan de Salud haciéndose responsable de las consecuencias civiles y/o penales si omitiera hacerlo.

8. CAMBIO DE PLAN

8.1. La solicitud de cambio de plan podrá ser formulada una vez por año por el Titular y presentada al Plan de Salud. Solo podrá solicitarse cambio de plan a planes a la venta al momento de presentar la solicitud.

8.2. Son requisitos previos para ello **(i) tener una antigüedad no menor de doce (12) meses como Beneficiario del Plan de Salud** y (ii) encontrarse al día en el pago de las cuotas.

8.3. El cambio de plan tendrá los siguientes efectos:

8.3.1. Regirá desde el mes siguiente al cambio efectuado, debiendo el Titular devolver en su totalidad las credenciales correspondientes al plan anterior.

8.3.2. El cambio de plan solicitado por el Titular, en su caso, incluirá a todos los integrantes del Grupo Familiar.

8.3.3. El Titular acepta la totalidad de las condiciones particulares de cobertura que se establezcan en el nuevo plan contratado, para sí, y para los integrantes del Grupo Familiar, incluido el precio correspondiente al nuevo plan que deberá abonarse a partir del mes siguiente al cambio efectuado.

8.3.4. El Titular deberá permanecer al menos 12 (doce) meses en el nuevo plan.

9. COBERTURA

9.1. Ámbito de Actuación.

9.1.1. La cobertura de salud brindada por el Plan de Salud en el marco de los contratos que suscribe con sus Beneficiarios será otorgada en el ámbito geográfico de la Ciudad de Buenos Aires y en ciertos partidos del Gran Buenos Aires, según Condiciones Particulares de cada plan.

9.1.2. La cobertura de Prestaciones Médico Asistencial que ofrece el Plan de Salud es individual mediante un vínculo contractual, renovable automáticamente en los términos y condiciones previstas en el presente Reglamento.

9.1.3. El Plan de Salud contrata con terceros, total o parcialmente, algunas de las prácticas o prestaciones ofrecidas; y en ciertos casos dichas prácticas o prestaciones se contratan para determinados planes. Las Condiciones Particulares enumeran acabadamente esta situación.

9.1.4. En ningún caso existirán incorporaciones fácticas de nuevas Prestaciones. En este sentido, cualquier prestación que pudiere haber sido brindada/reconocida excepcionalmente por el Plan de Salud por sí o por terceros a un Beneficiario y que no correspondiese de acuerdo con las Condiciones particulares y/o a la normativa vigente al momento de su prestación, no generará obligación futura de brindar dicha prestación por parte del Plan de Salud ni derecho futuro por parte del Beneficiario de exigir la misma.

9.1.5. El Plan de Salud cubre las prestaciones expresamente contempladas en el presente Reglamento y/o en las Condiciones Particulares, así como las Prestaciones y/o tratamientos incorporados por el PMO y normas legales especiales.

9.1.6. En aquellos casos en que un Beneficiario requiera una Prestación no contemplada ni por las Condiciones Particulares ni por el PMO ni por norma legal especial alguna, queda expresamente convenido que la totalidad de los costos, gastos y honorarios asociados a esa prestación estarán a cargo de ese Beneficiario.

9.1.7. El Plan de Salud no cubrirá la atención de Prestadores no incluidos en las Condiciones Particulares o no autorizados para prestación particular, cuando se trate de planes bajo Sistema Cerrado.

9.1.8. El Plan de Salud seleccionará a su exclusivo criterio los establecimientos, los profesionales y los protocolos de medicamentos y prótesis (únicamente aquellos que estuviesen aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología ("ANMAT") y por el Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica del Ministerio de Salud de la Nación conforme Resolución N° 432/92, Decreto N° 1424/97, Decreto N° 939/00, Decreto N° 178/17 y toda otra norma que en el futuro la complemente, sustituya o derogue).

9.1.9. No se reconocerán reintegros por las prestaciones realizadas en establecimientos y/o con profesionales no seleccionados/aceptados previamente por el Plan de Salud y/o conforme las Condiciones Particulares de cada plan y/o que no integran la cartilla de prestadores del Plan de Salud y/o que no estén autorizados para la prestación particular de que se trate.

9.2. Prestaciones incorporadas en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

9.2.1. Durante el período en que se considere obligatoria e imperativa la cobertura del PMO, el Plan de Salud cumplirá con la mencionada normativa. La cobertura se brindará exclusivamente por Sistema Cerrado.

9.2.2. Cada vez que un Beneficiario requiera una prestación incorporada por el PMO, y no contemplada en las Condiciones Particulares, deberá comunicarse con el Plan de Salud para informarse debidamente sobre la forma y condiciones en que éstas serán prestadas, quedando a cargo del Plan de Salud la selección de dicho prestador.

9.3. Límites a la Cobertura.

9.3.1. Tiempos de Espera. Es el lapso entre el ingreso del Titular y/o terceros y/o su Grupo Familiar al Plan de Salud y el momento en que empiezan a regir los beneficios del mismo, detallados en el Cuadro de Beneficios correspondiente al plan contratado. Durante este lapso, se podrá utilizar cualquier servicio abonando los aranceles correspondientes, o en caso de prestaciones obligatorias, utilizando a tal efecto los prestadores exclusivos para la atención de prestaciones del PMO.

9.3.2. Los tiempos de espera, son previamente establecidos por el Plan e informados al momento de su efectivo ingreso.

9.3.3. Los tiempos de espera correspondientes a cada plan rigen exclusivamente para acceder a prestaciones por el sistema abierto o para acceder a prestaciones por el sistema cerrado no incluidas en el PMO.

9.3.4. Respecto de las prácticas no incluidas en el PMO, se pactan y aceptan los tiempos de espera a partir de los cuales se podrán hacer uso de estas conforme Cuadro de Beneficios del plan contratado.

9.3.5. Exclusiones. Quedan expresamente excluidas de la cobertura que el Plan de Salud brinda a sus Beneficiarios aquellas prestaciones que (i) no están incluidas en el PMO ni (ii) en ley especial alguna ni (iii) en el plan contratado según Cuadro de Beneficios y también:

9.3.5.1. Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y los casos imputables a los Beneficiarios, tales como lesiones en riña u otros previstos por la ley y lesiones autoprovocadas. Además, cualquier daño corporal resultante del desempeño o participación habitual o aislada, sea o no con carácter profesional, en actividades excepcionalmente riesgosas, o de las que de cualquier manera pudieran emerger un riesgo superior al normal para quien las realice, salvo cuando se tratase de la profesión habitual de cualquiera de los Beneficiarios y hubiere sido declarada al Plan de Salud de manera fehaciente, ésta hubiera expresado de igual manera su aceptación y conformidad con la cobertura de esos riesgos.

9.3.5.2. Tratamientos de cosméticos de cualquier tipo, curas de adelgazamiento, de rejuvenecimiento, de reposo o similares. Podología; objetos para el confort personal, tales como aparatos de radio, televisión o servicios de peluquería o belleza; el alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipos para ejercicios o aparatos similares que no se encuentren autorizados por la ANMAT para su comercialización en Argentina.

9.3.5.3. Cualquier servicio 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: (a) Que tal suministro o servicio no esté de acuerdo con las normas generalmente aceptadas por la práctica médica en la Argentina; (b) Que tal suministro o servicio no esté incluido en el Nomenclador Nacional; y (c) Que tal suministro o servicio no se encuentre aprobado por la ANMAT para su comercialización en Argentina.

9.3.5.4. Cualquier servicio y/o prestación recibido con anterioridad a la fecha de vigencia de la cobertura bajo el Plan contratado, o después de la terminación de la misma, haya ocurrido o no la enfermedad o el daño accidental mientras la cobertura estaba en vigencia.

9.3.5.5. Tratamientos de incapacidades, enfermedades, lesiones preexistentes y/u otras preexistencias a la fecha de ingreso, salvo que hubiesen sido expresamente declaradas por el Titular en la Declaración Jurada de Salud y aceptadas por el Plan de Salud también en forma expresa y escrita.

9.3.5.6. Cualquier tipo de servicio relacionado con el fallecimiento de cualquiera de los Beneficiarios tales como sepelio, cremación, etc.

9.3.5.7. Toda prestación médico asistencial con origen en situaciones preexistentes no declaradas al momento de ingreso al Plan contratado.

9.4. Coberturas Complementarias

9.4.1. Cirugía estética: En aquellos planes que contemplen dicha cobertura se otorgará exclusivamente en el Hospital Británico y los Centros de Atención Ambulatoria del Hospital Británico habilitados al efecto, únicamente por médicos de la Cartilla del plan contratado que figuren en dicha especialidad y de acuerdo a las condiciones particulares del Plan contratado.

9.4.2. Cobertura al viajero: En aquellos planes que cuenten con un servicio de asistencia al viajero conforme las Condiciones Particulares de contratación de dicho Plan, la prestación de los servicios se regirá conforme las condiciones del Prestador contratado por el Plan de Salud y que se informarán en cada caso al Titular y/o Beneficiario correspondiente.

10. REINTEGROS

10.1. El Plan de Salud reintegrará al Titular y/o al Titular no Beneficiario -en su caso-, que hubiera contratado un plan mediante un Sistema Abierto, aquellos gastos médico-asistenciales efectuados con Prestadores ajenos a la Cartilla del plan contratado y con los límites y hasta los topes máximos vigentes, establecidos en el Cuadro de Beneficios y/o en la normativa legal vigente según el caso.

10.2. La tramitación de cualquier reintegro debe ser gestionado dentro los treinta (30) días de realizada la prestación.

10.3. Para todos los pedidos de reintegro –sin importar la prestación que lo motiva- se deberá presentar la documentación requerida por el Plan de Salud.

10.4. El incumplimiento de los requisitos solicitados invalidará la documentación presentada como prueba de las prestaciones recibidas y habilitará al Plan de Salud a rechazar fundadamente el reintegro solicitado, el que podrá ejecutarse una vez salvadas las observaciones realizadas. Para el caso de rechazo de la documentación de reintegro por parte del Plan de Salud, el Titular tendrá treinta (30) días para completar los requisitos.

10.5. Las Facturas/Recibos -los que deberán cumplir con la normativa fiscal vigente- para reintegros tendrán una validez de treinta (30) días a partir de la fecha de emisión.

10.6. Los reintegros serán abonados en la forma, condiciones y plazos establecidos por el Plan de Salud, en un plazo no menor de treinta (30) día según el caso.

10.7. Los topes anuales de reintegros, en los planes con Sistema Abierto, se regirán por los Cuadros de Beneficios. Asimismo, los importes a reintegrar de cada prestación reconocida se efectuarán teniendo en cuenta los topes unitarios o las condiciones definidas en el Cuadro de Beneficios del plan contratado según cada rubro detallado.

10.8. En caso de fallecimiento del Titular, los habilitados para efectuar los trámites y obtener el reintegro serán las personas declaradas herederos en la correspondiente Declaratoria de Herederos.

11. SUBROGACIÓN

11.1. Sin perjuicio de los derechos que le correspondan en forma directa, el Plan de Salud tendrá derecho a subrogarse en los derechos de un Beneficiario, de conformidad con la legislación vigente, respecto de la totalidad de los gastos, honorarios, demás servicios médicos, etc., por los cuales el Plan de Salud haya

debido abonar sumas de dinero y/o brindar beneficios directos y/o a través de terceros, en toda situación que el Titular y/o Beneficiario tenga derecho a ser resarcido por dichos gastos por terceros responsables, incluso contra compañías de seguros que hayan emitido póliza de responsabilidad civil y/u otra que cubra el evento y/o contra cualquier persona o entidad causante y/o responsable del daño y/o de la necesidad de cuidados.

11.2. El Plan de Salud también tendrá derecho a recobrar del Titular y/o Beneficiario cualquier monto de beneficios abonado, que el Titular y/o Beneficiario obtenga por demanda legal, convenio y/u otros medios, proveniente del tercero responsable o de un asegurador del Titular y/o Beneficiario y/o del tercero responsable.

11.3. Esta subrogación operará de manera automática y sin necesidad de notificación alguna, quedando el Titular y/o Beneficiario obligado a cooperar íntegramente con Plan de Salud en sus esfuerzos por obtener el pago de reembolso, incluyendo la provisión al Plan de Salud de cualquier información que le sea requerida por éste, orientada a la obtención de dicho pago o reembolso, y/o completar y presentar cualquier formulario de consentimiento, liberación, asignación, u otro documento que pudiera ser requerido por Plan de Salud para obtener dicho pago o reembolso. A su opción, el Plan de Salud podrá intimar al Titular y/o Beneficiario para que dentro del quinto día ejercite las acciones civiles y/o penales correspondientes contra todos los responsables y lo subroge en las mismas, sin perjuicio de la promoción de acciones directas por parte del Plan de Salud.

12. CONTRATACIÓN CORPORATIVA

12.1. El Beneficiario adherido por contratación corporativa a través de una empresa con la que hubiese cesado su relación laboral o contractual, podrá solicitar al Plan de Salud su continuidad y/o la continuidad del Grupo Familiar bajo la modalidad de contratación individual, en las condiciones establecidas en la normativa vigente. Idéntica solución corresponderá al Beneficiario, en el supuesto de extinción del contrato corporativo entre la empresa Titular (empleadora o contratante del Beneficiario) y el Plan de Salud conforme la normativa vigente en la materia.

13. ASOCIACIÓN A TRAVES DE OBRAS SOCIALES

13.1. El asociado que se incorpore, o aquel que siendo ya asociado adhiera al Sistema de Libre Elección de Obras Sociales previsto por el Decreto 1141/96, sus modificatorias y/o ampliatorias, tendrá a su exclusivo cargo el pago a Plan de Salud de una suma de dinero igual a la diferencia entre el valor del plan contratado y el monto de los aportes y contribuciones de la Obra Social que derive efectivamente al Plan de Salud, como así también los coseguros, aranceles y extras establecidos en las condiciones particulares del plan contratado.

13.2. Dadas las características propias del sistema de medicina prepaga –pago adelantado- y del Régimen de Obras Sociales –aporte a mes vencido-, el monto derivado de la efectiva acreditación de los aportes se producirá en un período posterior al correspondiente al de devengamiento de los mismos. Dicha circunstancia no importará, en ningún caso, reconocimiento alguno respecto del eventual diferimiento de la fecha de vencimiento de las cuotas, las que mantendrán su condición de pago adelantado.

14. DATOS PERSONALES

14.1. El Plan de Salud declara que mantiene vigente una Política de Protección de Datos Personales aplicable a los Titulares y Beneficiarios. La Política de Protección de Datos Personales se encuentra publicada en <http://www.hospitalbritanico.org.ar/plandesalud> .

15. MODIFICACIONES AL REGLAMENTO Y A LOS BENEFICIOS

15.1. El Plan de Salud podrá modificar el Reglamento y/o las Condiciones particulares, y/o eliminar todos o algunos de los planes sea con carácter general o con carácter particular -siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura contratada- y sin que el cambio altere el objeto del contrato o pudiere importar un desmedro en la calidad de los servicios comprometidos al momento de contratar.

15.2. La modificación podrá deberse, entre otras causales, a nuevas disposiciones legales, la baja de tecnología y/o prestaciones, extinción de contratos con prestadores, imposibilidad de contratación o renovación de contratos: muerte, jubilación, disolución, cierre, quiebra o concurso, liquidación, etc. del prestador, condena por mala praxis profesional, prestación insatisfactoria del servicio y/u otros motivos.

15.3. Las modificaciones serán notificadas al Titular del plan con al menos de treinta (30) días corridos de antelación y pudiendo el Titular rescindir sin cargo la contratación en caso de no aceptar dichas modificaciones.

15.4. La carga de notificación previa no aplicará en todos aquellos supuestos en que la modificación obedezca a causas ajenas a la voluntad del Plan de Salud (por ejemplo, rescisión del contrato o vínculo por parte de cualquier prestador, cierre del establecimiento del prestador por cualquier causa y/o razones de fuerza mayor y/o hechos fortuitos y/o imprevisibles).

16. VIGENCIA

16.1. El Titular y los Beneficiarios tendrán acceso a la cobertura de salud prevista en el presente Reglamento y en las Condiciones Particulares, luego de completar la Solicitud de Ingreso, la Declaración Jurada de Salud y la cancelación íntegra del precio correspondiente al primer mes según la forma de contratación en cada caso particular.

16.2. El contrato se mantendrá vigente por tiempo indeterminado hasta que el Titular o el Plan de Salud decidan su terminación únicamente por las causales previstas en el presente Reglamento o en las leyes vigentes.

17. COMUNICACIONES

17.1. Las notificaciones previstas en el presente podrán realizarse por escrito a los domicilios postales y/o

electrónicos establecidos en la Solicitud de Ingreso y también por medio de las facturas mensuales emitidas periódicamente por el Plan de Salud y/o los boletines informativos periódicos enviados a los Beneficiarios y/o a través de publicaciones en los portales y web del Plan de Salud.

17.2. El Titular acepta que toda comunicación enviada al correo electrónico denunciado en la Solicitud de Ingreso causa efecto de comunicación fehaciente aun cuando haya optado por modificar dicha información sin notificar dicha información previamente al Plan de Salud.

Este reglamento reemplaza y deja sin efecto a todos los reglamentos anteriores, sus diferentes versiones y modificaciones a partir del mes de agosto de 2021.

SR. CONSUMIDOR O USUARIO, ANTE CUALQUIER DUDA O RECLAMO DIRÍJASE AL ÁREA DE DEFENSA Y PROTECCIÓN DE CUALQUIER CENTRO DE GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNAL (CGPC) DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES Y/O AL TELÉFONO GRATUITO 147 DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.