



Cober Med Medicina Privada
Reglamento General de Afiliación

Definiciones Generales.

Asociado. (afiliado) Es toda persona que suscribe para sí y/o para su grupo familiar un plan de atención médica sobre la base de los lineamientos tradicionales de la medicina pre-paga. A los efectos del presente reglamento, se considerará al asociado titular del grupo familiar como representante del resto de los integrantes del mismo.

Interesado. Es toda persona con intenciones de adherir a su persona o a su grupo familiar a cualquiera de los planes de cobertura médica de Cober Med. No posee la condición de asociado al momento de la solicitud.

Sistema Cerrado. Es aquel por el cual el asociado es íntegramente atendido por los prestadores incorporados en la Cartilla de Prestadores, en los boletines informativos que periódicamente se emitan y en toda comunicación formal que disponga Cober Med. 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. Éste sistema no admite solicitud de reintegros, salvo previa y expresa autorización de la auditoría médica.

Sistema Abierto. Permite al asociado optar para su atención por prestadores ajenos a Cober Med, y obtener el reintegro de los gastos incurridos por aquellas prestaciones hasta los topes indicados en cada plan.

Tabla de Beneficio. Donde se explica en forma pormenorizada todas las prestaciones a las que el beneficiario puede acceder, y que Cober Med se ha comprometido a brindarle.

Carencias. Son los plazos de espera obligatorios que deberá cumplir el asociado para poder acceder a los servicios que brinda Cober Med. Los mismos se computarán a partir de la fecha en que se efectiviza el ingreso del asociado a Cober Med.

Normas Generales, Términos y Condiciones.

El presente Reglamento General establece las condiciones del servicio a las que se compromete Cober Med, y rige sus relaciones con el asociado. Estas normas son comunes a todos los planes de Cober Med, 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.

Cober Med 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, una vez cumplidos los plazos de espera, 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.

El presente contrato tiene plazo de duración, no es solidario con otros convenios normalizados, y caduca si hay voluntad por parte del afiliado mediante una notificación expresa de su intención de rescisión.

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.

No intermediando objeción expresa por parte del asociado se asumirá que entiende, reconoce y acepta los alcances de la cobertura contratada.



Condiciones de Ingreso.

Personas Físicas. Podrán solicitar su ingreso a Cober Med todas las personas físicas legalmente capaces que cumplan con las condiciones de ingreso estipuladas y las de su grupo familiar.

Todo interesado en gozar de los beneficios de la cobertura médica que Cober Med brinda a sus asociados, debe suscribir una "Solicitud de Ingreso" que se complementará con la suscripción de la correspondiente "Declaración Jurada de Salud – DDJJ", en la cual constarán los datos personales del interesado y de cada uno de los integrantes del grupo familiar, las incapacidades físicas, psíquicas, enfermedades que padecieren, lesiones, accidentes, intervenciones quirúrgicas, tratamientos a los que se hubiere o se encuentre sometido, tanto para el titular postulante como para las personas que desee incorporar. Cober Med podrá exigir y el postulante está obligado, a suministrar toda la información adicional que le sea requerida.

La Declaración Jurada de Salud se constituirá como anexo integrante de la Solicitud de Ingreso, la cual deberá ser aprobada por la Auditoría Médica previo al ingreso en un plazo no mayor a los 30 días corridos desde la fecha de su confección. De no mediar intervención por parte de la auditoría se asumirá aceptada la afiliación. En el caso de solicitársele datos ampliatorios a cualquiera de los interesados, dicho plazo se extenderá por 30 días corridos desde requerida la información complementaria para determinar el ingreso del/de los interesados.

Cober Med, adicionalmente a lo estipulado en el párrafo precedente, podrá disponer la realización de un exámen médico, si a juicio de su auditoría médica lo considerara.

Dentro de los plazos establecidos aquí, la entrega de la credencial y/o copia de la solicitud y/o de cualquier otra documentación que vincule a Cober Med con el interesado, no implica la aceptación de su ingreso. La extensión de la credencial como así la operatoria normal de afiliación se llevarán a cabo a partir del momento de la solicitud, al sólo efecto brindar la cobertura solicitada mientras perduren los plazos que rigen la admisión de los interesados. En el supuesto de que no se admitiera la solicitud, Cober Med podrá solicitar el reintegro de aquellos gastos médicos aplicables a los interesados durante dicho período, como así también todo gasto administrativo incurrido en concepto de "procedimiento de admisión" u otros.

En el caso de ser admitida la solicitud, se tomará como fecha de incorporación la efectivamente indicada en la solicitud de ingreso.

Sin perjuicio de lo mencionado, Cober Med se reserva el derecho a "aceptar" o "rechazar" la incorporación de cualquiera de los interesados.

Es requisito para iniciar el trámite de consideración de la Solicitud de Ingreso, efectuar el primer pago correspondiente al ingreso. En caso de aceptación de la solicitud de ingreso, mismo importe será imputado al pago de la primera cuota. En caso de rechazo se reintegrará el importe abonado al interesado deducidos aquellos gastos administrativos incurridos en el proceso.

En caso que alguno de los interesados haya incurrido en omisiones, simulación, falsedad, fraude y/o reticencia en cualquiera de las informaciones requeridas en la Solicitud de Ingreso o en la Declaración Jurada de Salud, Cober Med podrá:

- Considerar Nulo el convenio.
- Cancelar la afiliación
- Establecer los nuevos límites de cobertura (plazos de carencia, topes, etc.)
- Modificar el costo de la cobertura solicitada, ajustándolo a la nueva situación.

Este Reglamento y las Normas para el uso de los Servicios serán los que rijan las relaciones entre el asociado y Cober Med. Por ello, pasados 30 días corridos desde la fecha de la solicitud, no se reconocerá reclamo alguno por compromisos de cobertura que no hayan sido comunicados al interesado.



Recién Nacidos.

La incorporación de los recién nacidos no es automática y podrán ser asociados al grupo familiar de la madre dentro de los 10 (diez) días hábiles posteriores al nacimiento.

Domicilios.

El solicitante constituirá domicilio especial en la solicitud de ingreso, en el cual serán válidas todas las notificaciones y comunicaciones que se le cursen.

Es obligación del asociado notificar por escrito a las oficinas administrativas en la calle Teodoro García 3183 (PB) Capital Federal -C1426DNG- cualquier cambio de domicilio o número telefónico. En caso contrario, será válida toda comunicación que le fuere cursada al último domicilio denunciado.

Enfermedades Preexistentes.

Cober Med sólo cubre la atención de enfermedades preexistentes al ingreso, que hayan sido fehacientemente declaradas por el interesado y expresamente aceptadas por Cober Med. 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. Cober Med no cubriría las enfermedades preexistentes que no hayan sido declaradas al ingreso por parte del interesado, tanto de su persona como de cualquier integrante de su grupo familiar.

Las enfermedades preexistentes que hayan sido eventualmente declaradas por el interesado y expresamente aceptadas por Cober Med, se encontrarán sujetas a tiempos de espera obligatorios, independientemente del plan al cual adhiera. Sin perjuicio de ello, Cober Med podrá ajustar el valor de la cuota como consecuencia de dicha situación preexistente de salud.



Obligaciones del Asociados Titular.

- El asociado titular está obligado a abonar una cuota mensual según la categoría y personas que incorpore y el plan elegido, así como también se hará cargo de cualquier otro importe facturado por Cober Med a su cargo o a cargo de cualquier integrante de su grupo familiar.
- Es obligación del asociado titular comunicar de inmediato toda modificación y/o situación que se produzca en la integración del grupo. El titular es responsable de las obligaciones emergentes de su vinculación y de su grupo familiar, y es solidario de los perjuicios que puedan ocasionar los mismos.
- Toda comunicación del asociado titular y/o integrante del grupo familiar con Cober Med, deberá ser efectuada en las oficinas centrales, en Teodoro García 3183 (PB) -Capital Federal-, en forma escrita y fehaciente.
- El asociado titular y/o sus dependientes y/o sus derechohabientes subrogan a favor de Cober Med los derechos y acciones que correspondan contra un tercero con motivo de un accidente, para que Cober Med pueda reclamar del tercero responsable del accidente el reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia médica del asociado y/o dependiente accidentado hasta el monto de lo efectivamente abonado, más sus intereses al momento de su efectiva cancelación.

Precio de los Servicios.

Cuota.

Como contraprestación por los servicios prestados, el asociado titular en su condición de responsable del grupo familiar, se obliga a efectuar el pago de la cuota mensual en forma adelantada, cuyo vencimiento operará dentro de los 10 días hábiles de cada mes.

Dicha cuota se constituye como monto único e indivisible correspondiente a un grupo familiar en su totalidad, independientemente de la cantidad de integrantes que lo compongan.

El precio de los servicios podrá ser modificado por causa fundada en: a) la incorporación de nuevos servicios, tecnologías y/o prestaciones, medicamentos, prácticas, innovaciones, b) en incrementos en los costos de la prestación de los servicios, c) aumento de costos administrativos en general, d) incrementos salariales, e) incrementos en los honorarios profesionales o asistenciales, f) incrementos de impuestos, tasas y/o servicios públicos y g) modificaciones en las tasas de consumos. Toda ello, sin perjuicio de las modificaciones que podrán sufrir las cuotas en concepto de cambios de categoría por edad, incorporaciones al grupo familiar u otros motivos enunciados en la presente o en normativas complementarias.

Toda modificación que importe aumentos sobre el precio de las cuotas mensuales deberá ser notificada al afiliado titular con una antelación no inferior a 60 (sesenta) días de su entrada en vigencia.

Las cuotas serán abonadas en forma adelantada del 1 al 10 de cada mes, mediante la modalidad de cobrador a domicilio, transferencia bancaria, débito automático u otra modalidad que en el futuro se incorporase. Asimismo los pagos podrán realizarse en forma personal en la Administración Central, sito Teodoro García 3183 (PB) -Capital Federal-.

Para le pago de facturación complementaria a la cuota mensual, ya sea ésta por reajuste, prestaciones no cubiertas o cualquiera fuera el caso, el pago de dichos servicios facturados por Cober Med al asociado deberá efectuarse el día que se establezca en la factura o subsiguiente hábil si fuese feriado.

La no recepción o recepción fuera de término de la factura, no exime al asociado de su obligación de pago en término.

Mora en el pago.

La falta de pago en término hará incurrir en mora de pleno derecho al asociado, sin necesidad de interpelación previa por parte de Cober Med, quedando facultado a:



- Aplicar intereses compensatorios y punitivos desde la fecha de vencimiento del primer pago en mora, equivalente a dos veces la tasa activa del Banco Nación para operaciones de descuento a 30 días al momento de sucederse la mora.
- Suspender en forma automática la cobertura de todas las prestaciones vigentes hasta la regularización de los pagos (para las atenciones programadas desde el primer mes de mora y para las urgencias a partir del 2 mes de mora) a partir de la hora cero del día siguiente a la del vencimiento. Todo ello sin perjuicio de las acciones pertinentes para obtener su cobro.
- Disponer la pérdida de los períodos de carencia a partir de la hora cero del día siguiente a la del vencimiento cuando la mora persista por más de 60 días, siendo de cumplimiento obligatorio al momento de la reanudación en caso del pago total de lo adeudado.
- Dar de baja al titular y su grupo familiar, cuando la mora persista total o parcialmente por un plazo máximo consecutivo de 90 días, previa intimación de pago por medio fehaciente, reservándose Cober Med el derecho de un posterior reclamo por la vía pertinente por las cuotas adeudadas.

La vigencia de la cobertura se reanuda a partir de la hora cero del día siguiente al pago total de lo adeudado, en el caso de regularizarse en su totalidad la situación.

En ningún caso Cober Med se hará cargo de las prestaciones requeridas o utilizadas durante el período de mora. Asimismo, Cober Med tendrá el derecho a requerir el reintegro de cualquier prestación efectuada durante el período de suspensión, en concordancia con lo explicitado en párrafos precedentes.

Cambios de Categoría.

La modificación de las Condiciones Generales de los asociados y/o de sus grupo familiar que implican un cambio de categoría (casamiento, nacimiento, etc.) facultará a Cober Med a incluirlos automáticamente en la nueva categoría que correspondiere, rigiendo el nuevo precio a partir del primer día del mes en que se produjo la modificación, previa notificación al asociado. Cober Med se reserva el derecho de modificar parcial o totalmente las categorías constituidas para cada plan.

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 Cober Med. Los cambios de plan se aceptarán únicamente si no existieran saldos pendientes que pudiera mantener el asociado con Cober Med.

Quienes efectuasen modificaciones en sus planes, se verán sujetos a los tiempos de espera, exclusiones y limitaciones que les fije Cober Med para el nuevo plan.



Exclusiones Generales.

Cober Med no cubrirá los gastos provenientes de las afecciones, internaciones y/o gastos médicos que directa o indirectamente sean consecuencia de:

- ✓ Lesiones o patologías provenientes de infracciones a las leyes, decretos, ordenanzas municipales y/o disposiciones de autoridades competentes.
- ✓ Afecciones, lesiones o patologías derivadas de hechos o maniobras delictivas o criminales.
- ✓ Las derivaciones médicas de intentos de suicidio, lesiones o patologías producidas intencionalmente por el beneficiario a sí mismo.
- ✓ Lesiones o patologías producidas dentro o fuera del país, como consecuencia de guerras, declaradas o no, insurrecciones, revoluciones y/o tumultos populares o colectivos
- ✓ Tratamiento de enfermedades y estados patológicos producidos por intencional ingestión o administración de tóxicos, narcóticos, drogadicción y/o utilización de medicamentos sin orden médica.
- ✓ Lesiones, afecciones o patologías resultantes de deportes considerados peligrosos o situaciones donde quedare evidenciado que el beneficiario hubiese puesto en peligro su seguridad física.
- ✓ Malformaciones o enfermedades congénitas (según el alcance del plan).
- ✓ Enfermedades y/o lesiones preexistentes a la fecha de ingreso, salvo aceptación expresa de Cober Med.
- ✓ Cirugía estética y todo tratamiento con fines estéticos.
- ✓ Lesiones, patologías, afecciones o complicaciones originadas en tratamientos efectuados por personas y/o profesionales no pertenecientes al equipo de Cober Med.
- ✓ Análisis o estudios genéticos y test alérgicos.
- ✓ Análisis o estudios muy complejos o especializados que no se realicen en los laboratorios del equipo de Cober Med. No obstante Cober Med reintegrará el importe correspondiente abonado por el socio de acuerdo con el alcance de la cobertura.
- ✓ Radiocirugía.
- ✓ Tratamiento de esterilidad.
- ✓ Tratamiento de Hidroterapia, celuloterapia y obesidad, curas de adelgazamiento, de rejuvenecimiento, de reposo o similares.
- ✓ Dietología, cosmetología y podología.
- ✓ Prácticas no reconocidas por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, prácticas terapéuticas que no hayan superado la etapa experimental o no se encuentren avaladas internacionalmente.-
- ✓ Lesiones causadas por epidemias catastróficas o nucleares;
- ✓ Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y sus secuelas;
- ✓ Internaciones por patologías que puedan resolverse ambulatoriamente;
- ✓ Gatos de acompañante, salvo que el internado fuera menor de 12 años.
- ✓ Diferencias de confort extras durante la internación.
- ✓ Todo gasto (estudios, cirugías, medicamentos, internaciones, etc.) relacionado con prestaciones no cubiertas por Cober Med y sus secuelas.-
- ✓ Ropería del bebé, pañales para adultos.-
- ✓ Cirugía plástica reparadora, consecuencia de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de ingreso, salvo aceptación expresa de Cober Med.
- ✓ Autopsias, salvo aceptación expresa de Cober Med
- ✓ Medicamentos y material descartable en prácticas ambulatorias, con excepción de aquellos planes que lo contemplan.-
- ✓ Exámenes preocupaciones 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 las normas vigentes.-
- ✓ Productos de venta libre estén o no incluidos en el manual farmacéutico, productos odontológicos: pastas, polvos o líquidos dentífricos; fórmulas especiales o artículos para limpiar dentaduras, jabones, artículos de tocador y/o belleza, productos para la estética; extracción de órganos y tejidos; edulcorantes y sustitutos de sal; adhesivos; antisépticos de uso externo: alcohol, agua oxigenada, etc; productos alimenticios y/o dietéticos;



purgantes; anabólicos; leches en polvo, salvo medicamentosas y maternizadas durante el plan materno infantil; anorexígenos y adelgazantes, antitabáquicos y antielílicos.

- ✓ Accidente o conflagración nuclear (contaminación radioactiva, y otros efectos y sus secuelas) guerras, etc., y sus secuelas.-

No obstante las limitaciones y exclusiones de cobertura precedentes: Cober Med brindará estas prestaciones en tanto y en cuanto estén comprendidas, al momento de requerimiento del socio, en los términos del PMO (leyes 24.754, su remisión a las leyes 23.660 y 24.455 y resoluciones dictadas en su consecuencia).

Renuncia, Cancelación y Extinción del Contrato.

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, y deberá ser notificada fehacientemente y por escrito a Cober Med. 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 Cober Med en modo alguno implica el reconocimiento de cancelación de deudas y/o gastos realizados con antelación a la misma.

Requisitos para presentar la renuncia.

- Haber abonado la cuota correspondiente al mes en curso, con independencia del día en que efectivamente efectúe la renuncia.
- Haber abonado las cuotas de los meses anteriores.
- No poseer deuda alguna por cualquier otro concepto (reajustes, cuotas anteriores, prestaciones no cubiertas, etc.)

Formalidades de la renuncia.

- Debe ser presentada por escrito en las oficinas centrales de Cober Med únicamente.
- Firmada por el titular del grupo familiar.
- Acompañada por las credenciales de todos los integrantes.

La falta de cumplimiento de alguno de los requisitos establecidos suspenderá el trámite de baja, en cuyo caso el asociado titular asumirá la total responsabilidad por el uso de los servicios y deberá seguir afrontando el pago de las cuotas.

En todos los casos y como requisito indispensable, el asociado deberá reintegrar sus credenciales y las de todo su grupo familiar, responsabilizándose civil y penalmente por el uso indebido de las mismas.

En caso de mora, si ésta se extendiera por 90 días corridos a partir del primer vencimiento en mora, Cober Med podrá disponer la baja del asociado y su grupo familiar en forma automática, previa notificación por medio fehaciente.

Extinción del contrato.

Cober Med 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:

- Trato agravante y ofensivo de palabra y/o de hecho al personal o profesionales adheridos a Cober Med, mediare o no reiteración.
- No denuncia en tiempo oportuno del extravío de la credencial en el caso de que éste fuera utilizada por terceros antes de la denuncia.



- Utilización de la credencial hallándose en mora en el pago de cualquiera de sus obligaciones hacia Cober Med, conforme lo expuesto precedentemente.
- Facilitar o permitir a terceros el uso de la credencial, aunque no llegare a concretarse perjuicio alguno.
- Requerimiento innecesario de los servicios o para personas no asociadas a Cober Med.
- Uso indebido o con dolo del sistema de prestaciones cerradas y/o reintegros.
- Simulación, falsedad, fraude o reticencia en la Declaración Jurada de Salud.
- Falta de pago de lo adeudado por tres meses consecutivos desde la mora.
- Otros.

Consideraciones Generales.

En razón del sistema de libre elección establecido a favor de los asociados, Cober Med no se responsabiliza por los daños y perjuicios derivados de impericia, dolo, culpa, imprudencia o negligencia de los profesionales y centros que libremente requiera o utilice el asociados, ni de los que éstos pudieran sufrir en Sanatorios o Instituciones y/o que provinieran de los profesionales en ellos actuantes, de su personal dependiente y/o de terceros.

Cober Med se reserva el derecho de modificar parcial o totalmente la Cartilla de Prestadores tanto en sus profesionales como en sus centros de diagnóstico e internación, debiendo observar el mantenimiento de la calidad asistencial y profesional contratada por el asociado.

Todas aquellas prestaciones que no se encuentran bajo la cobertura del plan al cual se adhiera el asociado oportunamente, serán brindadas por Cober Med con motivo de la aplicación de la ley 24.754 y disposiciones complementarias a través de un sistema cerrado creado exclusivamente para el cumplimiento del P.M.O.

La cobertura encuadrada dentro del P.M.O. será brindada exclusivamente por derivación de Cober Med con profesionales y en entidades designadas por Cober Med para la cobertura del P.M.O., deberá manifestarla fehacientemente y tramitar la correspondiente autorización en Cober Med a los efectos de coordinar la respectiva atención en caso de corresponder, ya que de intervenir un profesional o entidad ajeno a los designados por Cober Med se aplicarán las normas del plan oportunamente convenidas con sus limitaciones y exclusiones.

Declaración del Solicitante.

Declaro conocer y aceptar todos los términos y condiciones del reglamento general, las condiciones particulares del plan que suscribo, así como que la presente solicitud de incorporación a los planes Cober Med y la Declaración Jurada de Salud reviste el carácter de Declaración Jurada, de modo tal que la exactitud y veracidad de los datos que en ellas se consigna resultan condiciones esenciales tanto para la vinculación con Cober Med como para su mantenimiento.

<u>Firma del Interesado</u>

<u>Aclaración de Firma</u>
<u>Tipo y N° de Documento</u>
<u>Fecha de firma</u>
Buenos Aires, ___ de _____ de _____