

Centro Asistencial

MEDICINA PRIVADA

CONTRATO - REGLAMENTO GENERAL DE LAS PRESTACIONES QUE BRINDA EL SERVICIO DE COBERTURA DE PRESTACIONES DE SALUD DEL CENTRO ASISTENCIAL DE LA ASOCIACION MÉDICA DEL DPTO CASTELLANOS – LEY 26682

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD · 0800-222-SALUD (72583) · RNEMP Nº 411255

El presente contrato regula el funcionamiento del Servicio Privado Solidario de Cobertura de Prestaciones de Salud, de la **Asociación Médica del Departamento Castellanos** (en adelante AMDC), desarrollado con la denominación “**Centro Asistencial**” (en adelante Centro Asistencial o CA) y lo/as adherentes al servicio (en adelante el/o/as adherente/s o usuario/a/s o afiliados), ya sean optativos, optativos monotributistas o desregulados de obras sociales, estos, por mejoramiento de sus servicios originarios.

I.- Las relaciones entre el Servicio Centro Asistencial y lo/as Usuario/as, se rigen por la solicitud de ingreso; las condiciones especiales del plan al que se adhieran los interesados; el cuadro de beneficios; el listado de prestadores y efectores prestadores a propuesta del Centro Asistencial y el presente Reglamento General, siendo éste común a todos los planes y adherentes/usuarios, cuyas relaciones en lo general se rigen por las normas legales que regulan la especie.-

ACLARACION: Las condiciones especiales del plan al que se adhieran los interesados; el cuadro de beneficios; el listado de prestadores y efectores prestadores a propuesta del Centro Asistencial, estarán permanentemente a disposición para la consulta de los interesados, en la sede de la A.M.D.C.; en sus agencias y en la página web oficial (www.centroasistencial.com.ar) de la institución.-

II.- La AMDC, con el Servicio “Centro Asistencial”, se instaura como Agente del Seguro de Salud, con el objeto de brindar cobertura a prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios que acepten adherirse al servicio, para lo cual tiene implementados diversos planes de coberturas de prestaciones médicas, que son de adhesión voluntaria y superadores o complementarios por mayores servicios, estructurados de conformidad a lo establecido por la Ley 26.682, su Decreto Reglamentario nº 1993/2011; por las Leyes 23.660, 23.661, 24.455, 24.901 y sus respectivas reglamentaciones, conocidos por la Superintendencia de Servicios de Salud y cuyos respectivos alcances, nivel de coberturas, carencias, co-seguros, limitaciones y exclusiones, se encuentran descriptos en los mismos y en estas Normas Generales para la utilización de los Servicios.-

Art. 1: Ámbito Geográfico: El Servicio Centro Asistencial, brinda sus prestaciones de cobertura de prácticas médico asistenciales, esencialmente en el ámbito geográfico que abarcan los Departamentos Castellanos, San Martín, San Cristóbal y 9 de julio de la Provincia de Santa Fe y Departamento San Justo de la Provincia de Córdoba, pudiendo, por decisión de la Comisión Directiva de la Asociación Médica del Departamento Castellanos, extender el ámbito geográfico a otros distritos del País.-

Art. 2: Prestaciones a cargo del Centro Asistencial: El Servicio Centro Asistencial, en sus planes de cobertura médico asistencial, se obliga a cubrir las prestaciones dispuestas por el Programa Médico Obligatorio vigente; las Resoluciones complementarias que dicte el Ministerio de Salud de la Nación y las Prestaciones Básicas para personas con discapacidad, previstas en la ley 24.901 y sus modificatorias; sin perjuicio de brindar cobertura también a las prestaciones mejoradoras del PMO que se indiquen en cada Plan particular. Con relación a los medicamentos, Centro Asistencial brindará cobertura, taxativamente, respecto de aquellos consignados en el PMO y sus resoluciones complementarias, a los valores establecidos en el vademécum y en la proporción del precio que se indique en la normativa.-

Art. 3: Usuarios Adherentes: Podrán adherirse al servicio de cobertura de prestaciones médico asistenciales “Centro Asistencial”, quienes se domicilien y residan realmente en el ámbito geográfico referido en el art. 1 precedente.-

ACLARACION: El cambio de domicilio o de residencia, por parte del adherente titular y su grupo familiar, fuera del ámbito geográfico de funcionamiento de este servicio, producirá la caducidad del contrato y se tendrá por finalizado, dada la imposibilidad de brindar las prestaciones por parte del “Centro Asistencial”.-

ACLARACION: Aunque, si el cambio de domicilio o de residencia, fuera de un miembro del grupo familiar adherido, por razones circunstanciales y temporales, podrá mantenerse en cabeza del titular, con derecho a recibir las prestaciones que se indiquen en el plan respectivo, dentro del ámbito geográfico referido en el art.1 y del ámbito geográfico de derivación que admita y disponga Centro Asistencial.-

Art. 4: Efectores – Prestadores: Las prestaciones médico asistenciales, cuya cobertura estará a cargo del Centro Asistencial, en el ámbito de los Departamentos Castellanos, San Martín, San Cristóbal y 9 de Julio de la Provincia de Santa Fe y San Justo de la Provincia de Córdoba y en el ámbito geográfico de derivación que admita y disponga Centro Asistencial, se brindarán exclusivamente por efectores/prestadores vinculados con la A.M.D.C., de cuya nómina –confeccionada a instancia exclusiva de la AMDC- los usuarios podrán elegir el efector/prestador de su preferencia, según los alcances del plan elegido.-

ACLARACION: Si el pretenseo usuario, soslayando estas previsiones, recurriera a la asistencia de efectores y/o profesionales de la salud extraños a las nóminas establecidas por Centro Asistencial, éste no tendrá obligación de afrontar la cobertura de la prestación que se trate. En dicha situación el usuario reticente, tendrá que hacerse cargo y afrontar con su propio peculio el pago de lo que le cobren, sin derecho a reintegro alguno.-

Art. 5: Atenciones fuera del ámbito geográfico - Derivaciones–Autorizaciones: La concurrencia a la atención con efectores/prestadores extraños al ámbito geográfico de actuación de la A.M.D.C. que se indica en el art.1, o sea, de centros de mayor complejidad (vg. establecidos en Santa Fe, Rosario, Córdoba o Buenos Aires), se dará por indicación del médico tratante local o con la autorización del Centro Asistencial y la cobertura se brindará previa autorización expresa y/o conformidad de la derivación por parte del Centro Asistencial, que emitirá la orden pertinente que deberá presentar el usuario para acceder a la consulta u atención que fuera.-

Art. 6: Derivación de Prestaciones: Las prestaciones médico asistenciales que deban efectuarse por efectores prestadores extraños a los definidos en el Art. 4, se brindarán exclusivamente por efectores/prestadores vinculados con la A.M.D.C., de cuya nómina –confeccionada a instancia exclusiva del Centro Asistencial-, los usuarios podrán elegir el efector prestador de su preferencia.-

.....
Aclaración / DNI del Afiliado

ACLARACION: Si el pretenseo usuario, soslayando estas previsiones, recurriera a la asistencia de efectores y/o profesionales de la salud, de extraña jurisdicción y extraños a la nómina del Centro Asistencial, sin la previa autorización o conformidad de éste, el Centro Asistencial no afrontará la cobertura. En dicha situación el usuario reacio, tendrá que hacerse cargo y afrontar con su peculio el pago de lo que le cobren, sin derecho a reintegro alguno.-

Art 7: Urgencias en tránsito en el país: En los casos de urgencias que se le presenten al usuario, estando en tránsito, fuera del ámbito geográfico que comprende el Servicio Centro Asistencial, pero dentro de la República Argentina, deberá recurrir al sistema concertador (*call center n° 0800-999-6400*) de turnos que el Centro Asistencial tiene implementado a tales fines e informado en sus medios de comunicación permanente con el afiliado. Las condiciones especiales de atención en casos de urgencias, estando en tránsito, estarán permanentemente a disposición para la consulta, en la sede de la A.M.D.C.; en sus agencias y en la página web oficial (www.centroasistencial.com.ar) de la institución.-

Art. 8: Nomina de efectores/ prestadores: La nómina o lista de los profesionales de la salud prestadores y de los institutos efectores, de la que los pretensos usuarios podrán elegir el que los asista, serán las propuestas a instancia exclusiva del Servicio Centro Asistencial, cuya nómina o lista actualizada estará permanentemente a disposición para la consulta de los interesados, en la sede de la A.M.D.C.; en sus agencias; en la página web (www.centroasistencial.com.ar) de la institución.-

Art. 9: El Servicio Centro Asistencial no brinda ni brindará cobertura de prestaciones de salud, de ningún tipo, fuera del territorio de la República Argentina.-

Ingreso al Servicio de Cobertura de Salud “Centro Asistencial”:

Art. 10: Adherente Titular: Podrá solicitar su incorporación al servicio de cobertura de prestaciones de salud “Centro Asistencial”, en carácter de usuario Adherente Titular, toda persona mayor de edad y capaz.-

Los menores de 18 años y los incapaces, sólo podrán incorporarse a través de la/s persona/s legalmente habilitada/s para representarlo/s, en cuyo caso la misma asume el compromiso de cumplimentar por el adherente que incorpora, todas las obligaciones emergentes del presente Contrato Reglamento.-

Las personas mayores de sesenta y cinco (65) años, que soliciten adherirse al servicio de cobertura de salud “Centro Asistencial”, podrán hacerlo en las condiciones establecidas por la normativa legal aplicable y sus reglamentaciones, especialmente en lo que respecta al valor de la cuota que tendrán que abonar, la que experimentará el ajuste técnico autorizado por la Autoridad de Aplicación.-

Art. 11: Beneficiarios Indirectos: El Adherente Titular podrá incorporar como beneficiarios indirectos, a sus familiares y/o personas a su cargo, con iguales servicios prestacionales, según lo prevé la Ley 26.682, en su art. 14..-

ACLARACION: Las personas por nacer quedarán automáticamente adheridas al titular del plan, a partir del momento en que se conozca su gestación y a partir del nacimiento quedará ratificada su adhesión automáticamente, con cargo para el titular de tener que abonar el mayor precio por la incorporación de la persona nacida, lo cual se reflejará en el comprobante de pago del precio del plan. Dentro de los treinta (30) días posteriores a la inscripción del nacimiento, el titular del plan deberá comunicar a la AMDC los datos de identidad del recién nacido. La exclusión de la adhesión deberá ser solicitada expresamente por el titular del plan que se trate.-

Art. 12: Afiliados mayores de 65 años: Los Afiliados ya incorporados, a partir de la fecha en que cumplan sesenta y cinco (65) años de edad y tengan menos de diez (10) años de afiliación en el Centro Asistencial, deberán abonar una cuota diferencial, en función del ajuste técnico autorizado por la Autoridad de Aplicación.-

Art. 13: Domicilio válido: El Adherente Titular deberá, a los efectos del presente contrato, constituir domicilio en la localidad que resida –siempre en el ámbito geográfico referido en el art. 1 precedente- debiendo comunicar dentro de los diez (10) días y en forma fehaciente al Centro Asistencial, cualquier modificación que se produjera respecto del domicilio constituido.-

ACLARACION: Toda comunicación cursada, al afiliado titular y/o a los afiliados beneficiarios indirectos, al domicilio constituido en la solicitud de afiliación, o en caso de cambio, al último debidamente notificado al Centro Asistencial, será plenamente válida a los efectos del presente.-

Art.14: Solicitud de ingreso - Contrato: El/la interesado/a, en adherirse a uno cualquiera de los planes de cobertura de salud que ofrece la AMDC, deberá completar y suscribir ésta solicitud de ingreso - contrato con la pertinente declaración jurada de antecedentes de salud, suministrando la totalidad de la información requerida en ella, correspondiente a él/la afiliado/a titular y a los afiliados adherentes indirectos que se incorporen. En el mismo acto deberá presentar toda documentación complementaria que le sea requerida por el Centro Asistencial.-

Si por cualquier circunstancia se produjera un cambio o modificación de la información suministrada originariamente y consignada en la solicitud de afiliación (vg. deceso, traslado, casamiento, mayoría de edad de beneficiario indirecto, cambio de domicilio, cambio del lugar de cobranza, etc.) el afiliado titular deberá, dentro de los diez (10) días de producido el cambio o modificación, informarlo personalmente por escrito o mediante notificación fehaciente al Centro Asistencial. El adherente titular es el obligado a denunciar los cambios que se produzcan.-

Los datos consignados en esta solicitud-contrato y sus anexos, ya se trate de los personales, como los de salud (preexistencias), son absolutamente confidenciales y tienen el carácter de declaración jurada.-

ACLARACION: La omisión de mala fe, de denunciar incapacidades físicas y/o psíquicas, enfermedades, lesiones o accidentes sufridos y tratamientos u operaciones que le hubiesen efectuado al suscriptor y/o a las personas que intente incorporar éste, como también el error u ocultamiento o falsedad de los datos e informaciones médicas que se consignen con mala fe, hará nulo el ingreso, dando derecho al Centro Asistencial a disponer la inmediata baja del titular y su núcleo de afiliados beneficiarios indirectos y reclamar al mismo los importes de las prestaciones que indebidamente se hubiesen requerido y otorgado, con más el resarcimiento de todos los daños y perjuicios ocasionados.-

.....
Aclaración / DNI del Afiliado

ACLARACION: Si el que omitiera o faltara a la verdad, de mala fe, se tratara de adherente al servicio Centro Asistencial, por desregulación del sistema de obra social, sufrirá la baja del Plan Mejorador y mantendrá su afiliación en el Plan Básico que prevé la Resolución 560/2012 de la Superintendencia de Servicios de Salud (cobertura Plan Médico Obligatorio con Cartilla de Prestadores Cerrada).-

El derecho de la AMDC, para proceder contra el infractor, por las causas que se indican en el presente, perdurará por un año desde la fecha de afiliación, caducando al transcurrir dicho lapso.-

Art. 15: Incorporación al sistema: Las incorporaciones al Servicio Centro Asistencial no serán limitadas en ningún caso por enfermedades preexistentes, en tanto se las declare al ingreso, ni por períodos de carencia, respecto de todas aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el Programa Médico Obligatorio o el que lo sustituya en el futuro.-

Carencias: Por el contrario, las prestaciones sanitarias superadoras o complementarias al Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente, tendrán el período de carencia que se indica en cada plan, para cada prestación, que nunca será superior a doce (12) meses.-

.....
Aclaración / DNI del Afiliado

Justifican el acceso progresivo a la cobertura de dichas prácticas, el alto costo, por tratarse de prácticas no habituales e innovadoras, cuya aplicación pone en riesgo económico al servicio solidario de cobertura de prestaciones médicas.-

Cuando por modificación de lo normado en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente, la prestación médica carente, complementaria o suplementaria, ingresare a un nuevo Programa Médico Obligatorio aprobado y publicado por la autoridad sanitaria, la carencia que se trate quedará automáticamente anulada.-

Art. 16: Constancia de Admisión: El Centro Asistencial comunicará al solicitante la decisión de admisión y emitirá las credenciales correspondientes que deberán ser retirados en las oficinas del Centro Asistencial por el interesado. El derecho de los usuarios adherentes (sea titular, sea afiliado indirecto) a recibir las prestaciones, sólo se activará a partir del pago de la cuota correspondiente al plan que se trate.-

Acreditación de la Condición de Usuario Adherente:

Art.17: Credenciales: El/la adherente titular y los beneficiarios indirectos adheridos al servicio Centro Asistencial, recibirán las correspondientes credenciales que acreditarán su condición de usuarios. Estas credenciales son personales e intransferibles, no pudiendo ser usadas en ninguna circunstancia por persona alguna que no sea aquella para la cual fue emitida.-

El/a usuario/a está obligado/a a comunicar de inmediato al Centro Asistencial la sustracción o extravío de la/s credencial/es y también proceder a su devolución cuando por cualquier circunstancia cese su vinculación al servicio.-

El uso indebido de las credenciales hará responsable al/a usuario/a, al/a adherente titular y a todos los involucrados por los daños y perjuicios que se pudieran producir al Centro Asistencial o a terceros.-

La credencial deberá ser exhibida, acreditando la identidad, como requisito indispensable para requerir servicios de salud y/o adquisición de medicamentos y para efectuar trámites administrativos. Solo posibilita la acreditación de la identidad, el correspondiente documento nacional de identidad.-

Art. 18: Preexistencias: Las enfermedades preexistentes, aun las que no fuesen conocidas por el usuario adherente en el momento de solicitar la incorporación al servicio, serán cubiertas por el Centro Asistencial con los alcances del Programa Médico Obligatorio (PMO) y lo normado por la Ley 26.682 (art. 10), las leyes complementarias y los decretos y resoluciones dictados en consecuencia, mediante la prestación de efectores vinculados con el Centro Asistencial al efecto.-

Art. 19: Precio Diferencial por Preexistencias: Las enfermedades preexistentes que se denuncien en la declaración jurada de ingreso, facultarán a la AMDC a percibir por el servicio una cuota a valores diferenciales.- Los usuarios titulares o adherentes que declaren enfermedades preexistentes; como así los adherentes mayores de sesenta y cinco años y/o con discapacidad que declaren enfermedades preexistentes, deberán afrontar el pago de la cuota del servicio de cobertura de prestaciones de salud diferenciada, en función del ajuste técnico que autorice la autoridad de aplicación.-

El Centro Asistencial, al momento de la adhesión comunicará al usuario el valor de la cuota diferenciada y el tiempo que regirá la misma, a las resultas de la autorización por parte de la autoridad de aplicación, a quien se le consultará de inmediato.-

Conocido el valor de la cuota que deberá pagar el afiliado, tendrá la opción de dejar sin efecto su pedido de incorporación al Centro Asistencial, dentro de los cinco (5) días posteriores a la comunicación fehaciente del importe de la cuota diferenciada.-

El importe que eventualmente hubiese abonado le será restituido siempre que no hubiese hecho uso de los servicios prometidos por el Centro Asistencial; transcurrido dicho lapso, sin que medie manifestación alguna por parte del interesado, se interpretará que acepta el valor de la cuota diferenciada, como así su permanencia en el sistema, debiendo abonar la cuota diferenciada por todo el tiempo que corresponda.-

La cuota diferenciada será susceptible de los aumentos generales que establezca la Superintendencia de Servicios de Salud.-

Modificaciones a la Suscripción Originaria:

Art. 20: Siendo de larga duración, la relación que une al Centro Asistencial y a los Adherentes, ésta regulación, como asimismo la oferta de servicios y prestadores, podrán ser modificada a instancia exclusiva del Centro Asistencial, cuando se lo estime pertinente.-

Asimismo y por similares motivos, el Centro Asistencial podrá modificar las nóminas de prestadores (tanto de profesionales, como de instituciones sanatoriales), lo cual comprende la posibilidad de excluir prestadores que al momento de la afiliación se encontraban incluidos en el respectivo listado y disponer el alta de otros.-

Los cambios o modificaciones que se expresan precedentemente serán comunicados a los usuarios, con treinta (30) días de anticipación a su efectiva aplicación, por los medios establecidos para la difusión de las noticias, anunciándolo inclusive, en el comprobante de cada cuota mensual. Consecuentemente el Adherente, en caso de no conformarlo las modificaciones, tendrá el derecho de rescindir por tal motivo el contrato, sin cargo alguno, hasta treinta (30) días posteriores a la efectiva aplicación de las modificaciones. Transcurrido dicho lapso sin

manifestación alguna por parte del adherente, se interpretará que ha consentido tácitamente las modificaciones.-

ACLARACION: En caso de producirse cambios de prestadores en la nómina vigente al momento de la contratación, el usuario tendrá derecho a seguir siendo asistido por el prestador de origen de su tratamiento hasta el alta médica de la patología por la que estuviere siendo tratado al momento de producirse el cambio, sin que tenga que afrontar costo adicional alguno. Pero, por nuevas manifestaciones patológicas, no tratadas por el prestador excluido, el usuario deberá recurrir a los prestadores de la lista en vigencia.-

Cambio de Plan:

Art. 21: El adherente titular podrá solicitar, en cualquier momento el cambio de plan al que se encuentra adherido, optando por planes de mayor cobertura. La vigencia de la cobertura en el nuevo plan se producirá a partir del mes inmediato posterior a la solicitud de cambio de plan. Igualmente, la aplicación de la cuota ajustada al nuevo plan que se elija, será a partir del primer día del mes posterior al de la solicitud de cambio.-

Carencias: Si el cambio de plan se produce antes de vencidos los plazos de carencias para aquellas prestaciones médicas, que las tengan previstas, la cobertura de dichas prácticas corresponderá a partir del vencimiento de los plazos de carencia desde la incorporación a la prepaga.-

Precio - Pago de Cuotas Mensuales:

Art. 22: Para tener derecho al uso de los servicios, el usuario deberá abonar antes del día diez (10) de cada mes, las cuotas mensuales que el Centro Asistencial fije para cada plan y categoría de afiliación y según la integración del grupo adherido.-

A partir del día once (11) de cada mes, el adherente deberá tener la cuota abonada correspondiente al mes en curso, para el uso del servicio de cobertura de salud.-

Para el caso de aquellas prestaciones que requieran contar con una autorización previa por parte del Centro Asistencial, la cuota deberá estar abonada indefectiblemente de manera previa a la autorización de dicha prestación.-

El usuario podrá optar entre las siguientes modalidades de pago: medios de pagos electrónicos, débito automático mediante tarjeta de crédito o débito, pago en banco, pago en Casa Central o en agencias.-

Al abonar el monto mensual dispuesto por el Centro Asistencial, se le hará entrega del comprobante de pago o de los comprobantes provisorios habilitantes para el uso del servicio.-

El usuario podrá modificar la modalidad de pago antes del día 15 de cada mes, para ser aplicada a la cobranza del mes siguiente.-

La mora en el pago se producirá de pleno derecho a partir del día once (11) de cada mes, por el sólo transcurrir del tiempo, sin necesidad de interpelación, intimación o requerimiento previo.-

Si el adherente no pagara en término la cuota establecida y realizara el pago después de su vencimiento, deberá abonar un interés punitivo de hasta dos veces y media (2 ½) la tasa activa promedio que percibe el Banco de la Nación Argentina, para las operaciones comunes de descuento de documentos a treinta días, desde la fecha del vencimiento, a partir del día once de cada mes y hasta el efectivo pago.-

El Centro Asistencial, se reserva el derecho a suspender la utilización de los servicios por falta de pago de la cuota mensual, previa comunicación al usuario en forma fehaciente.-

ACLARACION: El Centro Asistencial, por la falta de pago de tres (3) cuotas íntegras y consecutivas, tendrá derecho a resolver el contrato, previa intimación al usuario por medio fehaciente, para que en un plazo de diez (10) días hábiles proceda a regularizar el pago íntegro de las sumas adeudadas; transcurrido el plazo indicado sin que se dé cumplimiento a lo requerido, el contrato quedara concluido de pleno derecho.-

Ajuste de Precio de las cuotas:

Art. 23: El Centro Asistencial, a partir de la autorización que dé el Organismo de aplicación, tendrá el derecho a reajustar el valor de las cuotas mensuales de los distintos planes asistenciales, por causas fundadas en mayores costos y/o en la incorporación de servicios y/o tecnologías y/o prestaciones y/o si fuera necesario para mantener la calidad y/o el nivel prestacional, obligándose a comunicárselo al usuario, con treinta (30) días de anticipación a la entrada en vigencia del nuevo precio.-

El usuario que no aceptara el reajuste de la cuota, en el ínterin de los treinta (30) días tendrá derecho a rescindir el contrato, sin que le genere cargo alguno.-

Variación del Precio por Rango Etario:

Art. 24: El precio de cada uno de los planes que comercializa la AMDC, es diferente de acuerdo al plan que se trate, pero además es diferente por el grupo etario que comprenda cada contrato, de manera que durante el transcurso del contrato, el valor de la cuota del plan que se trate, cambiará de categoría, incrementándose, según la edad del adherente y sus adheridos, de acuerdo al esquema siguiente: 0 a 25 años; 26 a 29 años; 30 a 39 años; 40 a 49 años; 50 a 59 años; a partir de 60 años.

ACLARACION: La relación de precio entre la primer franja etaria y la última no será mayor a tres (3) veces, siendo que la primera franja será la menos onerosa y la última la más onerosa. Esta condición se establece en virtud de lo dispuesto por el art.17 del Dec. n° 1993/2011, sustituido por el Dec. n° 66/2019.-

Responsabilidad por utilización indebida de los servicios:

Art. 25: La utilización indebida de los servicios hará pasible al usuario de todas las acciones civiles y penales que pudieran corresponder, sin perjuicio del derecho del Centro Asistencial de exigir la restitución total del costo de las prestaciones, con más los daños y perjuicios. Se considerará uso indebido de los servicios, entre otros a) facilitar el uso de los servicios a un tercero ajeno al contrato; b) la adquisición de medicamentos para un tercero extraño al contrato; c) el uso de los servicios encontrándose en mora; siendo esta lista meramente ejemplificativa.-

Subrogación de Derechos:

Art. 26: Cuando la causa de las prestaciones médico asistenciales, sean por hechos, actos u omisiones de terceros que puedan ser objeto de reclamo resarcitorio por parte del usuario lesionado, o sus herederos o sus parientes, los derechos indemnizatorios de estos, por gastos de la asistencia médica sanatorial, se transfieren al Centro Asistencial, exclusivamente hasta el monto que impliquen dichos gastos, quedando subrogado Centro Asistencial para repetir lo que haya pagado de quien/es hayan causado las lesiones y/o de su aseguradora.-

Sin perjuicio de que esta cláusula es suficiente instrumento de la subrogación, igualmente los usuarios y/o sus herederos y/o sus derechohabientes, quedan comprometidos a suscribir toda la documentación que le fuera requerida por el Centro Asistencial, a los fines del ejercicio de la acción de repetición por subrogación.-

El usuario se compromete a suministrar toda información que le sea solicitada, para el mejor conocimiento de lo que le haya sucedido.-

Las acciones de repetición que ejerza el Centro Asistencial, no acarreará ninguna consecuencia, de ninguna índole al usuario.-

Reintegros:

Art. 27: A efectos de solicitar los reintegros que pudieran corresponder, en los planes que tengan previsto este beneficio o que sean admitidos por el Consejo de Administración del Servicio, el usuario deberá presentar un detalle original, la historia clínica de la práctica y un recibo oficial de acuerdo a las normativas vigentes de la AFIP, de lo que hubiese afrontado de su peculio.-

En los casos que corresponda, según se prevé en este contrato y en cada plan particular, los reintegros deberán ser solicitados dentro de los sesenta (60) días corridos de la fecha de la prestación. Transcurrido dicho plazo sin que se formule solicitud de reintegro, caducará automáticamente todo derecho a solicitar reintegro.-

Si presentada la solicitud de reintegro, el Centro Asistencial requiriese más información o documentación adicional, el usuario deberá suministrarla en el plazo de treinta (30) días corridos a contar del requerimiento.-

Los reintegros no observados, se harán efectivos conforme el importe resultante de su liquidación, bajo las condiciones del plan y de acuerdo al Nomenclador de prestaciones y aranceles del Centro Asistencial, dentro de los treinta (30) días de la presentación de la respectiva solicitud o de completados los datos ampliatorios solicitados; si el adherente registrase deuda con el Centro Asistencial, se procederá a debitar del monto a reintegrar la totalidad de las deudas que por cualquier concepto pudiera mantener el adherente con el sistema, reintegrándole el saldo si lo hubiera.-

Rescisión:

Art. 28: Por incumplimiento de las obligaciones de pago a cargo del usuario, el Centro Asistencial, podrá resolver el contrato con justa causa. La rescisión del contrato con el titular, implicará asimismo la rescisión con todos sus beneficiarios indirectos adheridos.-

Por su parte el adherente titular podrá rescindir el contrato en cualquier momento, comunicando su voluntad por escrito y de manera fehaciente a la prepaga, con treinta (30) días de anticipación. El ejercicio de este derecho por parte del adherente titular, implicará asimismo la rescisión del contrato con todos sus beneficiarios indirectos adheridos. Este derecho, podrá ser ejercido sólo una vez al año.-

Cómputo de Plazos:

Art. 29: Los plazos establecidos en este reglamento y siempre que expresamente no se indique lo contrario, se computan por días corridos.-

Art. 30: Los servicios de cobertura de las prestaciones asistenciales, que brinda el Centro Asistencial, se detallan en el cuadro de beneficios de cada plan, los que estarán permanentemente a disposición para la consulta de los interesados, en la sede de la A.M.D.C.; en sus agencias y en la página web oficial (www.centroasistencial.com.ar) de la institución.-

Prestaciones Especiales:

Art. 31: Serán consideradas prestaciones especiales, aquellas prestaciones, patologías o enfermedades no contempladas en el PMO, ni en regulaciones complementarias. Tales prestaciones no tienen cobertura por este Centro Asistencial, salvo el compromiso expreso establecido en el Plan particular, en cuyo caso y si no hubiese regulación legal, la cobertura será la que se acuerde con el usuario. Pero además, cuando el usuario solicite la cobertura de las prestaciones que aquí se tratan, de ser procedente el pedido, el Centro Asistencial autorizará

las mismas con cobertura parcial, únicamente en lugares específicos y con los profesionales que a tal fin determine. Consecuentemente con lo expresado precedentemente, el usuario no tendrá derecho a acceder a la totalidad de los prestadores de la cartilla, ni a elegir con cual prestador pretenda atenderse.-

Exclusiones:

Art.31bis: Se excluyen de toda cobertura, las prestaciones que correspondan al tratamiento de lesiones psicofísicas originadas por accidentes con automotores competitivos y/o en funciones de competitividad, generadas por la práctica de deportes que se consideran peligrosos y/o que se practiquen en forma profesional. Asimismo se excluyen de toda cobertura, las prestaciones que correspondan al tratamiento de contingencias del trabajo y enfermedades profesionales. También se excluyen de toda cobertura los medicamentos homeopáticos; los producidos por recetas magistrales o preparados no específicos; los que sean productos de venta libre y la leche no medicamentosa o maternizada. Además, se excluyen de toda cobertura los tratamientos novedosos, aun en investigación y por ende carentes de suficiente respaldo científico; como así los medicamentos con investigación en desarrollo y/o sin la aprobación de la ANMAT.-

Afiliados Corporativos:

Art. 32: Cuando el Centro Asistencial incorpore afiliados corporativos a través de la contratación directa con una Empresa, Asociación, Obra Social, etc. y no como Afiliado General, en caso de que por cualquier causa se produjese el cese de los servicios originados en tales contratos -inclusive por haberse extinguido la relación con la entidad contratante y/o la relación entre el afiliado y la entidad contratante- el usuario individualmente tendrá derecho a obtener cobertura mediante la contratación directa con Centro Asistencial incorporándose como afiliado general (optativo) a cuyos fines deberá cumplir con los siguientes requisitos: I. Notificar al Centro Asistencial, dentro de los treinta días de haber cesado la prestación de servicios contratada originariamente a través de una Empresa, Asociación, Obra Social, etc., su intención de incorporarse como afiliado general (optativo) en los términos establecidos en el Reglamento General del Centro Asistencial. II. Abonar el precio establecido para el plan al que se pretende incorporar sin poder ampararse en el valor anterior correspondiente al contrato que la Empresa, Asociación, Obra Social hubiere contratado originariamente con Centro Asistencial. La incorporación como afiliado optativo se realizará al plan que resulte similar al que venía gozando u otro de mayores coberturas que el afiliado prefiera debiendo abonar el precio correspondiente.-

De la Jurisdicción:

Art. 33. Las partes acuerdan que ante cualquier diferendo en la interpretación de este Reglamento o cualquier derecho derivado de la relación entre ellas se someterán a la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de la Ciudad de Rafaela (Provincia de Santa Fe), renunciado a cualquier otra jurisdicción o fuero e inclusive al fuero federal.-

....., DNI n°, en mi carácter de adherente titular, suscribo el presente, aceptando los términos regulatorios del servicio de cobertura de prestaciones de salud, que he leído atentamente, comprendiendo todos y cada uno de los alcances y efectos jurídicos de este reglamento.-

En prueba de conformidad, comprometiéndose las partes al fiel cumplimiento de lo acordado, previa lectura y ratificación, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, eny a los del mes dede 20.....-

.....
Firma / Aclaración / DNI del Afiliado