



TÉRMINOS Y CONDICIONES.

Para quienes deseen incorporarse como afiliado a este PLAN DE COBERTURA INTEGRAL, deberán aceptar estos términos y condiciones.

Estos términos y condiciones complementan el “Formulario de solicitud de afiliación” y la “Declaración Jurada de Salud” que suscribís al momento de solicitar la incorporación a este Agente del Seguro de Salud el que comprende los siguientes capítulos:

1. *DEFINICIONES.*
2. *AFILIACIÓN, MODALIDADES, CONSENTIMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.*
3. *CONDICIONES GENERALES - CLÁUSULAS ADICIONALES - SERVICIOS Y COBERTURA MÉDICO ASISTENCIAL - CÓMO UTILIZAR EL SERVICIO.*
4. *TARIFAS.*
5. *CONDICIONES GENERALES - CLÁUSULAS MÍNIMOS - RESOLUCIÓN 2400/2023 SSS.*
6. *CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS DE SALUD.*

1. DEFINICIONES.

1.1 FORMAS DE AFILIACIÓN: la incorporación a OSDIPP se puede realizar a través de distintas modalidades dentro de los términos de las leyes 23.660, 26.882 y sus normas complementarias.

1.1.2 AFILIACIÓN VOLUNTARIA: es aquella por medio de la cual el afiliado abona el valor total del plan comercial.

1.1.3 AFILIACIÓN MEDIANTE DERIVACIÓN DE APORTES Y CONTRIBUCIONES: es cuando los aportes y contribuciones de ley alcanza sólo una parte del plan superador de cobertura elegido quedando a cargo del afiliado y/o la empresa empleadora la diferencia existente entre el valor del plan comercial y los aportes y contribuciones derivados.

Son de carácter obligatorio y no son pasibles de devolución, tanto para la empresa como para el trabajador.

La derivación de ambos conceptos a OSDIPP generan, a favor del trabajador, el derecho a acceder a las prestaciones médico-asistenciales básicas del Programa Médico Obligatorio.

Los aportes y contribuciones podrán unificarse en caso de pluriempleo y/o sumatoria de aportes entre cónyuges o convivientes del mismo grupo familiar.

1.1.4 AFILIADO: es toda persona física que se incorpora a OSDIPP y recibe como contraprestación los servicios médico-asistenciales correspondientes al plan de cobertura elegido.

1.1.5 TITULAR DE LA AFILIACIÓN: se considera titular a la persona responsable de pago de cada grupo familiar. Asimismo, reviste dicho carácter el trabajador que, a través de una empresa, se incorpora a OSDIPP a fin de obtener los servicios de prestaciones médicas asistenciales que esta ofrece. La persona titular mantiene dicho carácter durante el tiempo que subsista el contrato de trabajo, la relación de empleo o cuando, por un acuerdo de desvinculación laboral, el afiliado se incorpore como socio directo.

1.1.6 GRUPO FAMILIAR: se considera grupo familiar primario el integrado por el cónyuge o conviviente de la persona afiliada titular, los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, 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 pertinente y presenten el certificado de alumno regular anualmente, los hijos incapacitados a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún (21) años, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial.

1.1.7 PLAN SUPERADOR: es aquel que OSDIPP comercializa al público en general brindando cobertura de prestaciones superadoras a las contempladas en el PMO (Plan Médico Obligatorio).

1.1.8 CONDICIONES//AFILIACIÓN: para quienes se incorporen a un plan superador, ya sea por derivación de aportes o en forma voluntaria, la solicitud de afiliación y

los antecedentes de salud tienen carácter de declaración jurada, reservándose OSDIPP el derecho de rescindir la afiliación en caso de falsedad o inexactitud de los datos consignados.

a. La adhesión al plan superador quedará perfeccionada una vez que la afiliación sea aceptada por OSDIPP.

b. Si la afiliación se produce mediante sistema electrónico, OSDIPP guardará y conservará una foto del DNI de quien solicite la adhesión a los planes superadores de salud comercializados al público en general.

2. AFILIACIÓN, MODALIDADES, CONSENTIMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

2.1 DECLARACIÓN JURADA DE SALUD: la declaración jurada de salud que el afiliado suscribe junto con el presente contrato sólo contemplará como preexistencia enfermedades o situaciones cuya prestación o tratamiento se encuentren contemplados dentro de la cobertura que el plan contratado abarca. En los casos de situaciones preexistentes del titular y/o un integrante del grupo familiar, la afiliación comenzará a brindarse una vez que la autoridad de aplicación se expida respecto al valor establecido por OSDIPP o cuando el afiliado titular manifieste conformidad con el valor diferencial provisorio determinado por OSDIPP. No se exigirá una nueva declaración jurada de salud cuando se realice un cambio de plan siempre y cuando se mantenga la continuidad de la afiliación.

En el caso de afiliados voluntarios y si declarasen patologías preexistentes, podrán establecerse valores diferenciales, previa autorización de la autoridad de aplicación (art. 10 Ley 26.682).

2.2 REINCORPORACIÓN: en caso de existir una deuda por cuotas impagas de una afiliación anterior, se informa que, para acceder a la nueva contratación, el solicitante deberá abonar la totalidad de la deuda y suscribir una nueva declaración jurada de salud.

2.3 CAMBIO DE PLAN:

a. Los cambios tendrán vigencia a partir del 1º día del mes siguiente y comprenderá, sin excepciones, a la totalidad del grupo familiar. No se procederá a cambio de plan cuando exista deuda.

b. Para el descenso de plan, se deberá permanecer como mínimo 12 meses en el plan.

2.4 DOBLE AFILIACIÓN-PROHIBICIÓN: se aclara que, de conformidad con lo dispuesto en el Dec. 292/95, Dec. 1608/04 y concordantes, ningún beneficiario del Sistema Nacional del Seguro de Salud puede estar afiliado a más de un Agente del Seguro de Salud, ya sea como beneficiario titular o como miembro del grupo familiar primario. En tal sentido, OSDIPP se reserva el derecho a rescindir la contratación del afiliado que registre 2 (dos) obras sociales al mismo tiempo.

2.5 PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: declaro que he tomado conocimiento y, en consecuencia, acepto las condiciones generales detalladas en la página web de OSDIPP además de la presente solicitud de afiliación. Asimismo, acepto las normas generales contenidas en la cartilla de prestadores del plan de servicio elegido. Declaro bajo juramento que los datos que constan en esta solicitud de afiliación - el que comprende los antecedentes de salud - son verdaderos y que las consecuencias de no proporcionarlos correctamente corren por cuenta de quien suscribe.

3.- CONDICIONES GENERALES - CLÁUSULAS ADICIONALES - SERVICIOS Y COBERTURA MÉDICO ASISTENCIAL - CÓMO UTILIZAR EL SERVICIO.

OSDIPP es una obra social que brinda sus prestaciones de servicios médico-asistenciales a todos sus afiliados domiciliados o con residencia permanente o transitoria en el ámbito geográfico de la República Argentina.

OSDIPP brinda asistencia médica de emergencia al viajero en el exterior sin costo adicional a través de Assist Card (según cobertura de plan). La cobertura se brinda por 60 días de viaje y hasta el tope correspondiente según plan.

3.1 SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO: el subsidio por fallecimiento es un beneficio que OSDIPP otorga a los miembros del grupo familiar primario, que estuviesen de alta al momento del fallecimiento del afiliado titular (según cobertura de plan).

3.2 MODIFICACIÓN DE CARTILLA: OSDIPP podrá modificar parcialmente la nómina de prestadores y de prestaciones de sus cartillas siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura y sin que el cambio altere el objeto del servicio o pudiere importar un desmedro en la calidad de los mismos

comprometidos al momento de solicitar la afiliación. La modificación podrá deberse, entre otras causas, a incremento de costos y/o servicios; alta y/o 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 otros motivos serios y justificados de similar envergadura.

3.3 EXCLUSIONES DE COBERTURAS:

- Tratamientos clínicos o quirúrgicos que se encuentren en etapa experimental, y/o no estén avalados o reconocidos científicamente por las Universidades Nacionales, el Ministerio de Salud, Entidades Científicas o Sociedades Médicas reconocidas, aun cuando fueran indicadas o realizadas por médicos con título habilitante.
- Baños termales, hidroterapia, acupuntura, quiropraxia y otras medicinas alternativas.
- Medicamentos importados, medicamentos no comercializados en la República Argentina (medicamentos no reconocidos por ANMAT o con indicaciones no previstas en su aprobación por este organismo).
- Tratamientos clínicos quirúrgicos que se opongán a Normas Legales Vigentes a nivel nacional.
- Equinoterapia.
- Internaciones psiquiátricas crónicas.
- Internaciones para la realización de estudios que pueden realizarse en forma ambulatoria.
- Internaciones en Instituciones Geriátricas.
- Internaciones en instituciones de rehabilitación que excedan los seis (6) meses de tratamiento de acuerdo con el PMO.
- Cosmetología, tratamientos de rejuvenecimiento, curas de reposo, tratamientos de alopecia cronoandrogenética. Tratamientos dermatológicos con fines estéticos.
- Lesiones sufridas como consecuencia de la participación profesional en competencias, pruebas, o demostraciones de pericia y/o velocidad de cualquier

índole (motociclismo deportivo, automovilismo deportivo, aladeltismo, paracaidismo, etc.).

- Lesiones causadas por maniobras delictuosas o criminales de las que sea responsable el afectado.

Internaciones en los procesos crónicos de cualquier etiología y patogenia, no reversibles ni mejorables con tratamientos médicos y/o quirúrgicos salvo los episodios agudos o complicaciones o estados terminales que aparecieran en el curso de dichos procesos.

- Cirugías plásticas y prácticas estéticas, sus consecuencias y/o complicaciones, salvo el plan que prevea dichas prácticas

- Exámenes laborales de salud.

- Enfermedades y/o accidentes relacionados con el trabajo previsto en la Ley de Trabajo en vigencia y enfermedades profesionales indicadas en dicha ley.

- Suplementos alimentarios no incluidos en el Formulario Terapéutico del Programa Médico Obligatorio.

- Internaciones, tratamientos y consultas realizados en Instituciones de Medicina Estética y/o de adelgazamiento con provisión de viandas o raciones diarias de alimento o estética.

- Programas estandarizados (no individualizados) de nutrición, chequeos preventivos no organizados por OSDIPP. Estudios de investigación diagnóstica (Screening) de población aun cuando fueran indicadas o realizadas por instituciones o médicos de la Cartilla de Prestadores.

- Medicina deportiva. Chequeos para el ingreso a instituciones educativas o deportivas.

- Tratamientos de ectoparasitosis capilares.

- Gastos extras en internación: Televisor, teléfono, comidas o bebidas no incluidas, etc.

- Estudios o chequeos preventivos poblacionales (no personalizados) de salud o en protocolos de investigación (Screening), aún si los mismos fueran realizados por Prestadores de Cartilla.

- Provisión de sangre.

- Prestaciones no contempladas en el Programa Médico Obligatorio.

– Se excluye de la cobertura por Sistema de Reintegros, todo tratamiento no cubierto por Sistema Cerrado, salvo los puntualmente especificados.

*Listado no taxativo.

3.4 COBERTURA POR DISCAPACIDAD: la cobertura integral por DISCAPACIDAD está garantizada exclusivamente para los beneficiarios titulares de un Certificado Único de Discapacidad (conf. art. 10° de la Ley 24.901). Todas las prestaciones requieren auditoría previa. Para acceder a esta cobertura, deberá comunicarse a discapacidad@osdipp.com.ar en forma previa al inicio de cualquier tratamiento, a fin de ser asesorado respecto a las prestaciones cubiertas y subespecialidades. Deberá realizarse una evaluación interdisciplinaria con el Equipo que OSDIPP designe a tal efecto, ya sea tanto al inicio o en cualquier etapa del tratamiento, con el fin de evaluar y ofrecer una orientación prestacional adecuada a las características de la persona con discapacidad. En cuanto a los medicamentos, serán cubiertos en forma integral aquellos que sean indicados para tratar la/s patología/s consignada/s en el Certificado Único de Discapacidad.

3.5 CAUCIÓN SANATORIAL: en caso de que el afiliado debiera requerir internación, se informa que el sanatorio puede solicitar un depósito previo para afrontar eventuales gastos que estuvieran fuera de la cobertura (extras, llamadas telefónicas, etc.). Al momento de alta, este depósito le será reintegrado por la institución sanatorial, deduciendo los gastos que pudieran haberse producido.

3.6 DISPONIBILIDAD SANATORIAL: ante la internación de urgencia o programada, la reserva de cama está sujeta a la disponibilidad de la institución elegida al momento de la internación. En caso de urgencia, la internación se brindará en el prestador que tenga disponibilidad dentro de la jurisdicción del domicilio del afiliado.

3.7 USO DE LA CREDENCIAL DIGITAL: la credencial digital es de uso obligatorio, personal e intransferible. Para acceder al servicio, deberá presentar la misma junto a su documento de identidad.

3.8 TRASLADOS DE URGENCIAS: se aclara que los afiliados accidentados serán trasladados hasta el lugar más cercano que posea complejidad requerida para la atención dentro del país. La prestación se brinda únicamente dentro de la República Argentina.

3.9 ENTREGA EN COMODATO: se hace saber que todos los insumos entregados por OSDIPP y/o cualquier otro prestador mediante comodato deben ser devueltos. La no devolución dará lugar a OSDIPP a agregar el costo de los mismos en la factura de la cuota mensual inmediatamente posterior a la intimación fehaciente. En el mismo sentido, OSDIPP podrá cobrar junto con la cuota mensual inmediatamente posterior a la intimación fehaciente, el monto que corresponda a eventuales diferencias y/o coseguros y/o copagos que el afiliado adeude a alguno de los prestadores de OSDIPP por las prestaciones recibidas.

3.10 ALTA SANATORIAL: obtenida el alta médica, la permanencia injustificada dentro de la institución sanatorial quedará a exclusivo cargo del afiliado.

3.11 INCUMPLIMIENTOS, FALTAS GRAVES, SUSPENSIÓN DEL SERVICIO, RESOLUCIÓN Y NULIDAD DEL PLAN DE COBERTURA SUPERADOR. Se consideran faltas graves y/o incumplimientos contractuales los siguientes supuestos:

- a. Si el afiliado titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo facilita las credenciales de OSDIPP a terceras personas a fin de que las mismas utilicen los servicios médico-asistenciales cubiertos por su plan de cobertura;
- b. Si el afiliado titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo solicita los servicios médico-asistenciales brindados por OSDIPP a favor de personas no afiliadas a OSDIPP;
- c. Si el afiliado o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo utiliza indebidamente o con dolo el servicio de prestaciones médico-asistenciales de su plan de cobertura;
- d. Si el afiliado titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo incurre en conductas violentas y/o amenazas al personal de OSDIPP y/o hacia cualquiera de sus prestadores;
- e. Acreditado alguno de los supuestos enunciados, OSDIPP se encuentra facultada a notificar en forma fehaciente al afiliado titular y/o suspender la prestación del servicio y/o resolver el contrato con justa causa.

3.12 PRESTACIONES EXCLUIDAS DE REINTEGRO: las siguientes prestaciones no serán cubiertas a través del sistema de reintegros en ningún plan.

- a. Prestaciones de discapacidad, salvo disposición expresa de OSDIPP.
- b. Internaciones psiquiátricas (salvo disposición expresa de OSDIPP).

c. Tratamiento del dolor.

d. Cualquier medicamento adquirido fuera de las normas establecidas.

e. Aquellas prestaciones realizadas en las que exista una relación de parentesco entre el efector y el paciente en los términos del Código Civil y Comercial de la Nación.

f. Toda prestación no cubierta por OSDIPP a través de sus prestadores contratados.

3.13 SUBROGACIÓN: OSDIPP se subroga en todos los derechos del afiliado contra los terceros y/o sus aseguradores de responsabilidad civil por cuya acción u omisión el afiliado haya sufrido lesiones que motiven la prestación de los servicios contratados.

3.14 NOTIFICACIONES FEHACIENTES: el afiliado acepta recibir en la dirección de correo electrónico informada todas las comunicaciones legales y administrativas emitidas por OSDIPP. Los datos de contacto indicados tendrán validez hasta tanto comunique los cambios a través de los canales habilitados.

3.15 REINTEGROS: la cuenta informada debe ser la del afiliado titular al momento de solicitar su afiliación y será utilizada por OSDIPP a efectos de realizar las acreditaciones de los reintegros solicitados. Las acreditaciones de éstos en la cuenta indicada tendrán efectos cancelatorios y liberatorios para OSDIPP en cuanto a la responsabilidad por eventuales perjuicios que pudieran derivarse por depreciación monetaria, demoras en la extracción u otras consecuencias adversas ajenas a la Obra Social.

Se hace saber que los reintegros realizados por OSDIPP a través de cualquiera de los sistemas electrónicos de pago, son sin cargo para el afiliado y cualquier débito y/o comisión que pueda observar en su extracto bancario correrá por cuenta de OSDIPP.

3.16 CÓMO UTILIZAR EL SERVICIO: ponemos a disposición la información en <https://www.osdipp.com.ar/informacion-util/> y <https://www3.osdipp.com.ar/cartilla-medica/>, la cartilla vigente de su plan con todos los profesionales, centros de salud y farmacias contratados por OSDIPP.

4.- TARIFARIOS.

Los valores de cuota de los planes superadores se conformarán en base a la cantidad de los integrantes del grupo y la edad de los mismos siguiendo las franjas etarias con su correspondiente incremento.

Las personas mayores de 65 años con menos de 10 años de antigüedad tendrán una cuota diferencial conforme Ley 26682 y Resolución 2407/2023 de la Superintendencia de Servicios de Salud.

****** Si para el pago de la cuota del plan de cobertura elegido utiliza aportes y contribuciones de la seguridad social, éstos se tomarán a cuenta de los valores informados.

4.1 MEDIOS DE PAGO: podrá abonar la cuota a través de los medios y canales electrónicos informados en la web de OSDIPP:

<https://www3.osdipp.com.ar/pago-de-facturas/>

4.2 FALTA DE PAGO: la falta de pago en término de una sola cuota implica morosidad y autoriza a OSDIPP a limitar las prestaciones, sin previa intimación o notificación, según el Programa Médico Obligatorio; sin perjuicio de rescindir la afiliación de ocurrir lo indicado en el artículo 9 de la Ley 26.682 y de reclamar los daños y perjuicios sufridos.

Producida la desvinculación del afiliado, quedará desactivada la credencial ACTIVA que OSDIPP pone a disposición del afiliado. En el caso que el afiliado aún posea una credencial física, la misma será desactivada inmediatamente y deberá devolverla a OSDIPP en forma presencial en algún Centro de Atención al Público.

4.3 MORA: la mora se produce de forma automática a los 5 días corridos contados desde el vencimiento de la cuota por la falta de pago. Habiendo operado dicho plazo, OSDIPP aplicará un interés compensatorio y punitivo desde la fecha de vencimiento original, con más los gastos administrativos y/o de rehabilitación.

4.4 INCREMENTO DEL VALOR DE LAS CUOTAS: OSDIPP podrá modificar el valor de las cuotas de los planes superadores de cobertura. La modificación será informada con una antelación de 30 días al vencimiento de la factura alcanzada por el incremento de la cuota, y en caso de no aceptación por parte del afiliado del importe informado, podrá rescindir sin cargo su afiliación.

4.5 TARIFAS VALORIZADAS: el afiliado que abone una cuota valorizada por sus antecedentes de salud o enfermedad preexistente, denunciada o detectada por OSDIPP, deberá pagar el valor total de la cuota informada y consentida, aun cuando decida darse de baja de la afiliación con anterioridad a saldar la cantidad de meses en la que se comprometió a abonar la misma.

5.- CONDICIONES GENERALES - CLÁUSULAS MÍNIMAS - RESOLUCIÓN 2400/2023 SSS.

5.1 OBJETO: el presente contrato tiene por objeto el otorgamiento de prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los afiliados, a través de una modalidad de afiliación voluntaria, mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, con los alcances y extensión de cobertura previstos en el plan contratado.

5.2 COBERTURA PRESTACIONAL: la cobertura prestacional contratada, sea su pago con o sin derivación de aportes y contribuciones, incluye en su totalidad y sin excepción las prestaciones médico asistenciales incluidas en el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación, el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad previsto en la Ley N° 24.901 y su normativa complementaria, y toda otra prestación de naturaleza médico asistencial incorporada y/o que se incorpore como obligatoria para las Entidades de Medicina Prepaga en leyes especiales. Asimismo, se encontrarán cubiertas las prestaciones adicionales y los prestadores que se detallan en el contrato, con los alcances y exclusiones que en cada caso se informan.

5.3 CARENCIAS: el afiliado accederá a las prestaciones mínimas obligatorias indicadas en la cláusula de “COBERTURA PRESTACIONAL” sin ningún tipo de restricción y/o períodos de carencia o espera. Las prestaciones adicionales informadas en el presente contrato se encontrarán sujetas a los períodos de carencia y/o espera que en cada caso se señalan.

5.4 DECLARACIÓN JURADA DE SALUD: la declaración jurada de salud que el afiliado suscriba junto con el presente contrato sólo contemplará como preexistencia enfermedades o situaciones cuya prestación o tratamiento se

encuentren contemplados dentro de la cobertura que el plan contratado abarca. En caso de cambio de plan, en cualquier momento de la relación contractual, no se exigirá firma de declaración jurada de salud.

5.5 PREEXISTENCIAS: las enfermedades y situaciones preexistentes que surjan de la declaración jurada que el afiliado voluntario suscribe junto con el presente contrato, son las únicas que podrán dar lugar al cobro de un valor diferencial. En caso de que corresponda cobrar un valor adicional por preexistencia, dicho valor deberá ser previamente autorizado por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, de acuerdo con la razonabilidad y adecuado cálculo actuarial con criterios objetivos y uniformes para cada tipo de preexistencia. A tal efecto, el afiliado se compromete a colaborar con OSDIPP y aportar toda la información que resulte necesaria a los efectos de la determinación del valor adicional por preexistencia. En caso de que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD no se expidiera, dentro del plazo de CUARENTA Y CINCO (45) días desde el momento en que hubiera sido requerida la autorización, OSDIPP de Medicina Prepaga podrá determinar un valor provisorio que tendrá vigencia hasta el momento en que el referido organismo de contralor se expida.

5.6 PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS: deberá ajustarse a lo previsto en la Ley N° 25.649, de prescripción por nombre genérico y su normativa reglamentaria. OSDIPP se encontrará eximida de cubrir medicamentos cuya prescripción no se ajuste a la Ley o no se encuentren incluidos en la cobertura prestacional contratada.

5.7 PRESTACIONES DE EMERGENCIA: en caso de duda sobre los alcances de la cobertura su plan, el afiliado tendrá derecho a recibir las prestaciones médicas de urgencia y/o emergencia, correspondiendo resolver luego si estas prestaciones se encontraban o no cubiertas.

5.8 DERECHO DE EQUIVALENCIA: toda modificación de la cartilla de efectores prestacionales que pudiere realizarse durante la vigencia de la relación contractual, garantizará que el afiliado conserve en todo momento una adecuada equivalencia de la calidad de los servicios contratados. Si por cualquier causa o razón se excluyera a un prestador de la cartilla contratada con el cual el afiliado hubiere iniciado tratamiento, éste tendrá derecho a seguir siendo asistido por dicho prestador hasta el alta médica de la patología existente en el momento de

producirse la exclusión, sin costo adicional alguno. No obstante, lo expuesto, si los valores se apartan notoriamente del precio de mercado, OSDIPP podrá solicitar autorización a la autoridad de aplicación a los fines de limitar el pago o reintegro a dicho valor.

5.9 FRANJAS ETARIAS: el valor de cuota del plan contratado se incrementará en función de la edad del afiliado de acuerdo con las franjas etarias establecidas en el presente contrato y/o sus anexos. De consignarse en anexo, éste sólo resultará válido y aplicable si se encuentra firmado por el afiliado, o aceptado por medios tecnológicos con validación específica para el caso de contrataciones a distancia, y allí se mencionan explícitamente los valores nominales y/o porcentajes de aumentos previstos para cada franja etaria, así como también los incrementos previstos para los mayores de SESENTA Y CINCO (65) años de edad que tuviesen menos de DIEZ (10) años de antigüedad en OSDIPP. La relación de precio entre la franja etaria menos onerosa y la más onerosa no podrá representar una variación de más de TRES (3) veces. De superarse dicho límite, la cuota deberá mantenerse en el tope máximo señalado. Esta cláusula deberá encontrarse transcrita en tipología y formato adecuadamente legibles para el afiliado. Si no estuviese establecido en el contrato y/o un anexo firmado o aceptado en donde se expliciten las franjas etarias, sus valores nominales y/o porcentajes de aumento, en un todo conforme con lo requerido en el primer párrafo, se interpretará que no se podrán aplicar aumentos por cambio de franja etaria en ningún momento de la relación contractual. La firma y/o aceptaciones indicadas podrán ser suplidas en contrataciones no presenciales por medios tecnológicos con validación específica.

5.10 VALOR DE CUOTA: el valor de cuota para el plan contratado es el que surge, de manera clara y específica, del presente contrato y/o de los instrumentos anexos suscriptos con él, debiendo en cualquier supuesto consignarse su valor en de modo claro e inequívoco. Asimismo, cuando se trate de planes con diferenciación de la cuota por franja etaria, se admitirá el cambio de categoría de cuota de conformidad con lo previsto en la cláusula “FRANJAS ETARIAS”. La factura y/o comprobante de pago y/o documentación equivalente a emitir en cada mes detallará de manera discriminada los montos que correspondan a: (I) cuota pura, (II) valor diferencial por

preexistencia, (III) impuestos aplicables y (IV) en su caso, montos que son abonados con aportes y contribuciones de la Seguridad Social.

5.11 PAGO DE CUOTAS MENSUALES: la fecha de pago de la cuota mensual será notificada mediante comunicación mensual al correo electrónico informado por el titular de la cobertura. No obstante, el titular contará con un plazo de pago que no podrá ser inferior a CINCO (5) días corridos contados desde el vencimiento de la obligación, para el pago íntegro de la cuota mensual sin cargos ni intereses de ningún tipo. De lo contrario, OSDIPP se encontrará facultada para cobrar intereses desde la fecha de vencimiento de la cuota. Sin perjuicio de ello, OSDIPP podrá prorrogar la fecha de vencimiento de la cuota, siempre que ello no implique imponer cargo adicional alguno al afiliado. Todo incremento de cuota autorizado por la autoridad de aplicación deberá ser notificado al afiliado con no menos de TREINTA (30) días corridos de anticipación al vencimiento de la factura correspondiente al mes siguiente.

5.12 DERIVACIÓN DE APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL: en caso de que, durante cualquier momento de la relación contractual, se abone el valor de la cuota mensual y -según el caso- sus adicionales, total o parcialmente, con la suma de los aportes y las contribuciones que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de la Ley N° 23.660 y/o los correspondientes al Régimen Simplificado Pequeños Contribuyentes, se detallará en el comprobante de pago de la cuota el importe -neto de gastos administrativos- imputado en concepto de aportes y contribuciones que será descontado por compensación. En ningún caso podrá OSDIPP acreditar y/o entregar total o parcialmente importes de aportes y contribuciones al afiliado, toda vez que los aportes y contribuciones pertenecen al sistema de seguridad social e integran el concepto de solidaridad al cual acceden. Igualmente, en el supuesto de que el afiliado cambie de obra social o de entidad de medicina prepaga, o simplemente rescinda el contrato con OSDIPP, los aportes y contribuciones señalados quedarán a favor de OSDIPP. En el supuesto de que, por cualquier motivo, el Agente del Seguro de Salud respectivo no derivara la suma de aportes y contribuciones correspondiente al afiliado, no se afectará en modo alguno la continuidad del contrato, pero el afiliado deberá continuar abonando el valor de cuota contratado.

5.13 GRUPO FAMILIAR: sin perjuicio de los integrantes que conforman el grupo familiar en la presente contratación, podrán incorporarse en el futuro nuevos integrantes en los términos del artículo 14 de la Ley N° 26.682 y su reglamentación sólo cuando su filiación responda a hechos sobrevinientes a la presente afiliación, tales como matrimonio, nacimiento de hijos, otorgamiento de adopción, constitución como tutor/curador, etc., dentro de los TRES (3) meses de ocurrido el hecho.

5.14 PROGRESIVIDAD DE LOS DERECHOS: ningún cambio que se produzca en las condiciones y/o características de la presente relación contractual, durante toda su vigencia, podrá generar menoscabo en los derechos que hubiere ya adquirido el afiliado, con la única excepción del cambio de plan por uno de menor cobertura que el propio afiliado pudiere solicitar, el que siempre deberá implicar un menor valor de cuota.

5.15 CONTINUIDAD: cuando, por cualquier circunstancia, se suscite una modificación en la condición de afiliación del afiliado y/o en el tipo de cobertura contratada, éste podrá solicitar la continuidad en OSDIPP, en cualquiera de los planes comercializados al público en general, conservando su antigüedad, sin exigírsele valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes, salvo aquellas que se hubieren determinado en su afiliación originaria, las que continuarán vigentes en toda su extensión. Si la normativa aplicable no indicase otro plazo, la solicitud de continuidad deberá realizarse dentro de los SESENTA (60) días de conocido por el afiliado el cambio en la condición de afiliación y/o tipo de cobertura.

5.16 CAMBIOS DE PLAN: el afiliado podrá, en todo momento, decidir el cambio de plan dentro de los comercializados por OSDIPP, sin que dicho cambio se considere como una nueva afiliación y sin exigírsele al titular y/o su grupo familiar valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes, salvo las que se hubieren determinado en su afiliación originaria, las que continuarán vigentes en toda su extensión. En el caso de cambio a un plan superior, se podrá establecer un plazo de permanencia mínimo allí, que será previamente informado al afiliado y nunca será superior a DOCE (12) meses. Del mismo modo, podrá limitarse el acceso a prestadores del nuevo plan, no incluidos en el anterior, por un plazo

máximo de hasta DOCE (12) meses, siempre que ello sea previa y debidamente informado al afiliado y la misma condición se encontrase prevista para nuevos ingresantes al plan.

5.17 RECLAMOS: en caso de incumplimiento por parte de OSDIPP a las obligaciones asumidas por el presente contrato, o bien ante conflictos de interpretación de sus alcances, el afiliado podrá contactarse con la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, sita en la calle Bartolomé Mitre 434 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1036AAH), Teléfono: (+5411) 4344.2800 / 0800.222.SALUD (72583), www.sssalud.gob.ar, o bien en cualquiera de sus Delegaciones provinciales, e iniciar el procedimiento administrativo de reclamos previsto en la Resolución N° 75/98 de dicho organismo, o la que en lo sucesivo la sustituya. Asimismo, podrá realizar los correspondientes reclamos y denuncias por ante las autoridades de Defensa del Consumidor.

5.18 FALLECIMIENTO: en caso de muerte del afiliado titular, los integrantes del grupo familiar conservarán la cobertura contratada según lo informado en el detalle de cobertura de plan.

En caso de fallecimiento de un integrante del grupo familiar distinto del titular, los restantes integrantes del grupo familiar conservarán la cobertura contratada, detrayéndose del valor de cuota a abonar la parte correspondiente al integrante fallecido.

5.19 EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR VOLUNTAD DEL AFILIADO: el afiliado podrá rescindir en cualquier momento el contrato de cobertura, sin limitación ni penalidad alguna, debiendo comunicar fehacientemente a OSDIPP con TREINTA (30) días corridos de anticipación. Dicha comunicación podrá practicarse por medios electrónicos habilitados a tal fin o cualquier otro medio fehaciente. OSDIPP deberá registrar la rescisión del afiliado en el momento mismo que éste se la comunique y mantener la cobertura acordada durante toda la vigencia del contrato, que no podrá exceder el plazo señalado en el párrafo anterior, aunque no involucre un mes completo. En este último caso, sólo se cobrará al afiliado el proporcional de la cuota respectiva. Con la conformidad del afiliado, OSDIPP podrá hacer efectiva la baja en un plazo menor al previsto en el párrafo primero. No podrá supeditarse el ejercicio de la facultad de rescisión contractual por parte del afiliado a la previa

cancelación de sumas adeudadas a OSDIPP. Sin perjuicio de ello, en caso de que el afiliado hubiere rescindido un contrato anterior con OSDIPP, no podrá incorporarse nuevamente, sea como titular o formando parte de un grupo familiar, sin antes abonar los montos adeudados, con más sus respectivos intereses y recargos correspondientes.

5.20 EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR DECISIÓN DE OSDIPP: OSDIPP sólo podrá rescindir el contrato con el afiliado en los siguientes supuestos: a) Por falta de pago de TRES (3) cuotas íntegras y consecutivas. En este caso, para poder disponer la rescisión deberá haber intimado, en forma fehaciente al afiliado, luego de encontrarse impagas las citadas cuotas y sin perjuicio de cualquier intimación que hubiera cursado previamente, a regularizar el pago íntegro de las sumas adeudadas en un plazo de DIEZ (10) días hábiles. Vencido dicho plazo sin que el afiliado regularice la deuda, OSDIPP deberá comunicar fehacientemente al afiliado la rescisión del vínculo contractual.

En cualquier caso, si OSDIPP optare por no comunicar la rescisión del contrato, se abstendrá de continuar devengando nuevos períodos de facturación más allá de las TRES (3) cuotas debidas, encontrándose sólo facultada a suspender el otorgamiento de prestaciones hasta tanto se regularice la deuda. Lo expuesto lo es sin perjuicio del derecho de OSDIPP de imputar los pagos parciales primero a intereses y el excedente, si existiese, a la deuda, cuota o período más antiguo. b) Por falseamiento de la declaración jurada de salud. En este caso, OSDIPP sólo podrá rescindir el contrato celebrado cuando se verifiquen las siguientes circunstancias que den cuenta de que el afiliado no obró de buena fe: (I) el afiliado omitió informar una enfermedad o situación preexistente a la afiliación en la declaración jurada; (II) el afiliado sabía de la enfermedad o situación preexistente. En caso de rescisión por falseamiento de la declaración jurada, OSDIPP se encontrará facultada para rechazar toda nueva afiliación del afiliado o usuaria por un plazo de DOCE (12) meses. En caso de contratación de grupo familiar, únicamente se podrá excluir por falseamiento al integrante respecto del cual se hubiere falseado la declaración jurada, conservándose la afiliación del resto del grupo familiar y reduciendo la cuota en la parte proporcional correspondiente al integrante excluido.

Adicionalmente OSDIPP podrá rescindir el contrato por los siguientes motivos:

- a. Si el afiliado titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo facilita las credenciales de OSDIPP a terceras personas a fin de que las mismas utilicen los servicios médico-asistenciales cubiertos por su plan de cobertura;
- b. Si el afiliado titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo solicita los servicios médico-asistenciales brindados por OSDIPP a favor de personas no afiliadas a OSDIPP;
- c. Si el afiliado o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo utiliza indebidamente o con dolo el servicio de prestaciones médico-asistenciales de su plan de cobertura;
- d. Si el afiliado titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo incurre en conductas violentas y/o amenazas al personal de OSDIPP y/o hacia cualquiera de sus prestadores.

6.- CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS DE SALUD:

Con el objetivo de recibir la mejor asistencia posible, concedo autorización para que OSDIPP acceda a los datos personales vinculados a mi salud que son producto de atenciones con diferentes profesionales o instituciones.

Estoy en pleno conocimiento de que mi historial de salud puede incluir: diagnósticos, prescripciones e indicaciones médicas, resultados de análisis de laboratorio e informes de prácticas diagnósticas.

Expreso este consentimiento de forma voluntaria con el único objetivo de favorecer el ejercicio de la medicina de forma efectiva y personalizada y facilitar la toma de decisiones médicas informadas con relación a mis tratamientos.