Reglamento Plan Superador para Beneficiarios Relación de Dependencia o Monotributistas.-

1.-Disposiciones Generales:

El presente reglamento, la normativa vigente, así como las modificaciones o ampliaciones que en el futuro pudieran introducirse como consecuencia de disposiciones legales, junto con la correspondiente Guía de Servicios que se entrega al Afiliado Titular, determinan los derechos y obligaciones de los afiliados.

2.-Beneficiarios:

Pueden afiliarse como tales las personas mayores de 18 años. Tendrán derecho a recibir cobertura, previo pago de la cuota correspondiente por parte del titular o tercero obligado, el siguiente Grupo Familiar Primario: a) el cónyuge del afiliado 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, los hijos incapacitados y 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 o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso; b) La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación.

3.-Incorporación:

La calidad de beneficiarios titular o familiar se adquiere a partir de la comunicación de aceptación de la afiliación mediante la emisión y entrega de la Credencial correspondientemente. La incorporación de adherentes debe ser solicitada previamente por el afilado titular.- En todos los casos se deberá completar una Declaración Jurada de Antecedentes de Salud y suscribir las autorizaciones que correspondan según el medio de pago convenido, del importe de la cuota mensual, sin cuyo requisito no se dará curso al trámite de incorporación y aceptación de la afiliación.

4.-Cuotas y pago adicional:

Los valores que surjan de la diferencia entre las cuotas mensuales, según el grupo familiar y el plan elegido, y el monto acreditado a la Obra Social en concepto de aportes y contribuciones, por los procedimientos que las Autoridades tienen establecidos o establezcan en el futuro, constituyen los pagos adicionales que deben ser abonados por el afiliado titular o tercero obligado al pago por los Planes Superadores, en forma mensual, en las fechas y por medio de los instrumentos de pago que se hubieran convenido al momento de la afiliación. La falta de cumplimiento en término de esta obligación determina la suspensión inmediata del derecho a las prestaciones del plan superador, sin necesidad de reclamo o notificación alguna, quedando a cargo de la Obra Social únicamente las prestaciones que determina el Programa Médico Obligatorio, en los términos establecidos por la ley 23.660, 23.661 y normativa reglamentaria. En

el supuesto de ser el afiliado monotributista se aplicará también lo prescripto por la ley 26.565 y decreto 01/2010 y normativa reglamentaria. La rehabilitación de las prestaciones del Plan superador, una vez producida la mora, requiere la cancelación total de la deuda acumulada con más los intereses y recargos. Los pagos parciales o irregulares no darán lugar a
la rehabilitación de los beneficios o prestaciones comprometidos. Por otro lado, el uso indebido del servicio en condiciones de falta de pago de uno o más adicionales, dará derecho a la Obra Social a exigir el resarcimiento de sus costos.
En el supuesto caso de que un tercero asuma la obligación de pago de la cuota en los términos indicados en el párrafo precedente y el mismo no abone la misma el afiliado se constituye como codeudor solidario, liso y llano.-
Asimismo, OSDEPYM podrá rescindir el contrato en los supuestos previstos por el artículo 9 de la ley 26.682 o el que en un futuro lo reemplace.

5.-Bonificaciones/Adicionales:

La bonificación otorgada sobre el precio de lista del plan se mantendrá siempre y cuando subsistan las circunstancias que la motivaron, como ser tipo de afiliado -relación de dependencia, monotributista- y/o domicilio declarado. Asimismo, quedará sin efecto la bonificación en caso de comprobarse el falseamiento de la declaración jurada de salud. En este último caso OSDEPYM podrá optar por rescindir el contrato en los términos del artículo 9 de la ley 26.682 o el que en un futuro lo reemplace.

6.-Coseguros:

En los casos en el que el plan contratado prevea copagos, los mismos deberán ser abonados por el afiliado al momento y en el lugar en donde se lleve a cabo la prestación, caso contrario, OSDEPYM facturará dichos importes al afiliado los que serán percibidos conforme el sistema de pago acordado.

7.-Cambio de cuota por edad:

< de 25 años	25 a 34	35 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	55 a 59 años	60 a 64 años
20% desc. S/ cuota base	10% desc. S/ cuota base	Cuota base	Cuota base +20%	Cuota base +30%	Cuota base +85%	Cuota base +210%

Los beneficiarios que al momento de cumplir los 65 años de edad tuvieran menos de diez años (10 años) ininterrumpidos de permanencia como afiliados de los Planes de Salud Pyme deberán abonar a partir del mes siguiente al de su aniversario, una nueva cuota mensual con un incremento del 80% (ochenta por ciento). Este incremento se calculará sobre el valor vigente a esa fecha para un Afiliado Titular individual del Plan que corresponda y se sumará a la cuota del Grupo Familiar afiliado, procediéndose luego a determinar el pago adicional correspondiente por diferencia entre este nuevo valor de la cuota y los aportes y contribuciones percibidos por OSDEPYM.

8.- Prestaciones cubiertas:

OSDEPYM brindara a sus afiliados las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud como las que surjan de la cartilla, a través de los prestadores y redes prestacionales contratados por OSDEPYM, de acuerdo con las condiciones previstas en la Guía de Servicios. No tendrán cobertura los estudios, prácticas y/o tratamientos ambulatorios o en internación, no incluidos en dichas normas legales, ni los realizados por profesionales y/o instituciones que no hayan sido contratados por OSDEPYM en forma directa o a través de sus redes prestadoras, excepto que OSDEPYM lo hubiera autorizado expresamente. La cartilla podrá ser consultada en la página web de OSDEPYM cuya dirección figura al anverso.

9.- Cobertura adicional

La cobertura de seguro de Accidentes Personales en la que se contempla fallecimiento, incapacidad permanente total y/o parcial, renta diaria por internación y reintegro de gastos de sepelio será brindada por COMPAÑIA DE SEGUROS LA MERCANTIL ANDINA SOCIEDAD ANÓNIMA o la que en un futuro la reemplace respetando las condiciones pactadas originalmente. OSDEPYM no resulta responsable por los incumplimientos en que pueda incurrir la compañía de seguros. Las condiciones del seguro podrán constatarse en https://www.osdepym.com.ar/files/info/20261019_OSDEPYM_Para_Afiliados.pdf

10- Normas y procedimientos de atención:

El beneficiario deberá respetar las normas generales de admisión, funcionamiento y horarios, y seguir los procedimientos para la atención de sus pacientes que tengan establecidos los profesionales e instituciones contratados por la Obra Social para brindarle los servicios comprometidos. No será responsabilidad de OSDEPYM la demora en la atención u otros inconvenientes que puedan surgir como consecuencia de la no observancia de esas reglas generales por parte del beneficiario.
Asimismo, de constatarse graves incumplimientos por parte del afiliado respecto de las normas de atención, OSDEPYM podrá requerir a la autoridad competente la rescisión del contrato y desafiliación del afiliado.
Medio de pago declarado: Por medio del presente quien suscribe declara que el pago se efectivizará con la tarjeta de crédito/caja de ahorro detallada en el punto “Cobertura-Forma de pago” y que el valor correspondiente a la cuota del plan contratado será debitado en forma automática de la tarjeta/cuenta denunciada en el presente. Los pagos serán abonados por el afiliado titular o tercero obligado al pago por los Planes Superadores.

11.- Declaración Jurada de Salud:

Los antecedentes de salud preexistentes a la contratación del plan deben ser informados en la declaración jurada de salud y facultarán a la obra social a fijar un valor diferencial de cuota que incrementará la misma de acuerdo al riesgo que dicha patología conlleva. El solicitante/titular es responsable por la información brindada en la declaración jurada, tanto respecto de su persona como de su grupo familiar. El falseamiento u ocultamiento de los antecedentes de salud del titular o alguno de los integrantes del grupo familiar en el momento de suscribir la declaración jurada de salud, facultará a OSDEPYM en forma inmediata a dejar sin efecto la afiliación, rescindiendo el contrato.

12.- Credencial:

La credencial de afiliación es intransferible, no pudiendo ser facilitada a terceras persona para su utilización, ello bajo pena de resolver el contrato y ser responsable el afiliado por los daños y perjuicios provocados, además de las denuncias penales correspondientes.

13.-Cambios de Plan:

A - El beneficiario podrá optar por un Plan de beneficios superiores en cualquier momento, si no adeudara ninguna cuota, recargo o pago por ningún concepto, cumplimentando la respectiva solicitud. No obstante, para el acceso a dichos beneficios superiores deberá abonar el monto adicional de la cuota que en cada caso se establezca. El cambio de Plan será válido para todo el grupo familiar registrado, no pudiendo ningún miembro de dicho grupo tener un plan diferente al del titular.
B- En el supuesto de falta de pago del plan superador seleccionado por parte del afiliado titular o tercero obligado al pago y/o rescisión del mismo, el afilado gozará, de corresponder, de las prestaciones establecidas en el Programa Médico Obligatorio conforme la cartilla del plan básico –PYME 800 o el que en un futuro lo reemplace-, rigiéndose la relación por las leyes
23.660, 23661 y normativa reglamentaria.- En el supuesto de ser el afiliado monotributista se aplicará lo prescrito por la ley 26.565 y decreto 01/2010 y normativa reglamentaria.-

14.- Accidentes, Subrogación de Derechos:

Cuando la Obra Social se hiciera cargo de prestaciones originadas en accidentes de tránsito, laborales, o, en general, situaciones que legalmente corresponda sean afrontadas por un tercero, el afiliado se obliga a subrogar sus derechos a favor de la misma y a brindar la información que la obra social le requiera a tal efecto.

15.-Rescisión:

El afiliado titular debe comunicar la rescisión, o la desvinculación de alguno de los familiares incluidos en su Grupo Familiar, de manera fehaciente como mínimo con treinta días de anticipación, momento en el cual corresponde la devolución de la credencial, caso contrario seguirá vigente la obligación de pago de la cuota emitida aunque la rescisión hubiere sido comunicada con carácter retroactiva. En caso de rescisión por falta de pago del afiliado o tercero obligado, en los términos fijados por la normativa vigente, el reingreso del mismo estará sujeto a la firma de un nuevo contrato y declaración jurada de salud, considerándose una nueva afiliación.
En el supuesto de rescisión del plan superador la relación se regirá de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 10.B.
La pérdida de condición de monotributista o la extinción de la relación laboral o el ejercicio de la opción de cambio de obra social en los término del decreto 504/98, Resolución 576/04 SSSalud y normas análogas no implican de por sí la resolución del contrato referido al plan superador, debiendo en todos los casos notificar de manera fehaciente la baja del plan en el plazo indicado más arriba. En dicho supuesto el beneficiario perderá la bonificación otorgada por tipo de afiliado, adicionándose al monto facturado el IVA.

16.- Domicilio:

El domicilio declarado por el beneficiario en la solicitud de inscripción será considerado como válido tanto a los efectos del envió de comunicaciones y documentación como en el referente a la asignación de los respectivos prestadores de los servicios comprometidos, siendo responsabilidad del afiliado titular comunicar cualquier cambio del mismo en forma inmediata.

17.- Jurisdicción Judicial:

Cualquier controversia y/o conflicto que derivara de las prestaciones de servicios objeto del presente Reglamento se someterá, expresamente, por ante los Tribunales competentes del lugar en donde se celebró el contrato o el domicilio del afiliado.

…… ……

…….

FIRMA DEL AFILIADO TITULAR FIRMA DEL RESPONSABLE DE PAGO EN

CASO DE SER UN TERCERO.-