

---

## **REGLAMENTO GENERAL**

### **DISPOSICIONES GENERALES:**

1. "PRIVAMED S.A.", en adelante PRIVAMED, tiene por objeto brindar a sus asociados atención médica, exclusivamente, a través de Sistema Cerrado o Sistema Mixto o Abierto (según Plan), recurriendo a los profesionales y/o entidades y Sanatorios que figuran en la cartilla de prestadores ("Cartilla Médica"), que será entregada al momento de la asociación.
2. La relación entre PRIVAMED y sus asociados se rige por la normativa vigente, las cláusulas reglamentarias aquí dispuestas y sus eventuales modificaciones, la solicitud de ingreso, así como las condiciones particulares del plan elegido, con las modificaciones vigentes al momento de la prestación.
3. Es responsabilidad del asociado titular y su grupo familiar, el conocimiento cabal de las presentes normas reglamentarias, sus derechos y obligaciones, y el alcance del Plan de cobertura seleccionado, no pudiendo, de esta manera, alegar ignorancia al respecto.
4. Toda mención en el presente reglamento al "PMO" se refiere al PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO impuesto en los términos de la Ley 24.754 y establecido por la Res. 201/02 del Ministerio de Salud de la Nación y sus modificatorias (Res. 310/04 MS y Res. 1991/05 MS entre otras).

### **CONDICIONES DE INGRESO:**

1. Todo interesado en ingresar a PRIVAMED deberá suscribir la correspondiente solicitud que importará una declaración jurada sobre sus datos personales y los de las personas que desee incorporar, señalando las incapacidades físicas y psíquicas, enfermedades o lesiones que padeciera o hubiere padecido, si estuviera cursando embarazo, accidentes sufridos, tratamientos y operaciones que se le hubieren efectuado o a los que se hallare sometido así como los medicamentos que recibió o debe recibir en forma habitual. Asimismo deberá adjuntar fotocopias de los documentos de identidad de cada integrante del grupo familiar, certificados de nacimientos de los hijos y libreta de casamiento.
2. Podrá solicitar el ingreso en condición de asociado titular, toda persona mayor de 18 años de edad legalmente capaz, con su grupo familiar primario (cónyuge y/o hijos solteros menores de 21 años no emancipados). También podrán integrar el grupo familiar:
  - Los hijos solteros mayores de 21 años y hasta los 25 años inclusive, que se encuentren a exclusivo cargo del asociado titular y que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad competente.
  - Los hijos incapacitados con certificado de discapacidad vigente y a cargo del asociado titular, mayores de 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 la normativa vigente.

- La persona que conviva con el asociado titular en unión de hecho, sea o no sea de distinto sexo y sus hijos.
  - La convivencia en unión de hecho deberá acreditarse conforme la documentación o información sumaria pertinente expedida por la autoridad competente.
  - Los hermanos incapacitados del asociado titular mayores de 18 años, cuya curatela haya sido acordada por autoridad judicial, que reúnan los requisitos establecidos en la normativa vigente.
  - Se considera asociado titular a aquel integrante del grupo, mayor de edad, que asume ante PRIVAMED la responsabilidad personal y la del grupo familiar.
3. Podrá solicitarse la adhesión individual de menores de edad, siendo el representante legal, en tal caso, responsable de todas las obligaciones frente a PRIVAMED.
  4. El solicitante constituirá domicilio especial en la solicitud de ingreso, en el cual serán válidas todas las notificaciones y comunicaciones que se le cursen. Este domicilio subsistirá mientras el titular no comunique su cambio por escrito y en forma fehaciente.
  5. PRIVAMED podrá requerir cualquier información complementaria que estime indispensable para considerar la solicitud de ingreso como así también certificados médicos del solicitante y/o de las personas a incorporar.
  6. El aspirante a ingresar a la cobertura releva del secreto médico a los profesionales y/o todo otro prestador que lo hubieren atendido con anterioridad y posterioridad a la fecha de la solicitud de ingreso; como así también presta su conformidad irrevocable para que sean exhibidas a PRIVAMED y/o a los profesionales y/o instituciones de la Cartilla Médica, sus historias clínicas, antecedentes y toda otra documentación relacionada con las prestaciones a cargo de PRIVAMED; por ende, renuncia a ampararse en el aludido secreto profesional. La responsabilidad por la provisión de información es a cargo exclusivo del aspirante a ingresar, o del asociado en caso de haber ingresado. A los fines del ingreso como de la prestación del servicio, el asociado acepta que no rige el secreto profesional para PRIVAMED y sus prestadores, tanto de los datos inherentes al estado de salud como de las prestaciones llevadas a cabo por prestadores de la Cartilla o ajenos a ésta.
  7. La solicitud de ingreso y la declaración jurada son una condición esencial para el ingreso a la cobertura. Deberán ser firmadas por el titular, quien al hacerlo responde de la exactitud y veracidad de la información suministrada a su respecto y de la que se refiere a las personas que desee incorporar y asimismo toma conocimiento que cualquier ocultación, falsedad, omisión, simulación o reticencia de datos o fraude en que hubiera incurrido importa un vicio del consentimiento y mala fe en la celebración del contrato y lo invalidará, quedando resuelto de pleno derecho y sin efecto alguno. PRIVAMED no dará cobertura en ningún caso de preexistencia, salvo acuerdo expreso ante la declaración de la misma, en la forma y por el plazo que en él se indique.
  8. Credencial: En el momento de la aceptación de su ingreso a PRIVAMED el asociado recibirá una credencial de carácter personal e intransferible, siendo

---

el único instrumento que lo acreditará como tal y que deberá exhibir, junto a su documento de identidad y la constancia de pago de la cuota del mes en curso, toda vez que requiera servicios cubiertos por PRIVAMED, a excepción de las salvedades previstas en el artículo 26 inciso b) de la Ley 26.682.

- La credencial es propiedad de PRIVAMED.
- Su extravío o robo deberá ser denunciado de inmediato a esta Entidad al teléfono 4371-4449.
- Su adulteración o uso indebido dará lugar a la acción penal correspondiente.
- Deberá ser restituida a pedido de la empresa en caso de extinción o cese de la relación contractual.

### **CATEGORÍAS Y MODIFICACIÓN DE CATEGORÍAS:**

1. Los asociados (titulares y adherentes) se encuadrarán en las siguientes categorías:
  - Individual
  - Individual con maternidad
  - Individual con maternidad con 1 hijo
  - Individual con maternidad con 2 y 3 hijos
  - Individual con 1 hijo
  - Individual con 2 y 3 hijos
  - Matrimonio (cónyuges o convivientes)
  - Matrimonio (cónyuges o convivientes) con 1 hijo
  - Matrimonio (cónyuges o convivientes) con 2 y 3 hijos
  - Hijo en grupo familiar de más de tres hijos
2. Se entiende por familiar a cargo a la persona vinculada al asociado titular en primer grado por consanguinidad o afinidad que se encuentre exclusivamente a su cargo, extremo que deberá ser acreditado fehacientemente, de la misma manera que en caso de declarar el carácter de convivientes.
3. PRIVAMED establece categorías de acuerdo a la conformación del grupo familiar y a las edades de sus integrantes. Las categorías definen, de acuerdo con cada plan, el precio de la cuota mensual del individual o del grupo familiar.
4. El valor de la cuota a abonar por el asociado se determina por el Plan seleccionado, las prestaciones, los prestadores, la conformación del grupo, la edad de los integrantes -franja etaria- y opcionales (Maternidad) contratados. Es por ello que al modificarse cualquiera de dichos parámetros, el valor de la cuota variará conforme tales modificaciones.
5. Recién nacido: Todo hijo recién nacido de un asociado titular podrá ser incorporado por éste a su grupo familiar, apersonándose en PRIVAMED dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha del nacimiento debiendo presentar el documento de identidad del recién nacido y certificado del médico tratante en el que conste la fecha de nacimiento y el estado de salud. Transcurrido dicho plazo, el ingreso a la cobertura se efectuará en forma individual, a través de una nueva incorporación, sin la antigüedad del grupo de sus padres.
6. PRIVAMED comunicará los cambios de categoría por edad en la factura u otra vía fehaciente, con treinta (30) días de antelación, a efectos de que el

- 
- asociado disconforme con el cambio de categoría por edad pueda ejercer su derecho a rescindir el contrato sin costo alguno.
7. Los precios diferenciales entre franjas etarias no podrán tener una variación superior a tres (3) veces al precio determinado entre la primera y la última franja etaria definida. A los usuarios mayores a 65 años que tengan una antigüedad en forma continuada mayor a diez años en PRIVAMED, no se les aplicará el aumento en razón de dicha edad. En el caso de personas mayores de 65 años que no cuenten con dicha antigüedad se aplicará un aumento en la cuota de acuerdo a la normativa vigente.
  8. Las franjas etarias se establecen de 0 a 25 años de edad, de 26 a 49, de 50 a 64, y de 65 en adelante; existiendo franjas intermedias, dependiendo del Plan, de 0 a 17 años de edad, de 18 a 25, de 26 a 34, de 35 a 49, de 50 a 59, y de 60 a 64. En caso de disconformidad con el cambio de categoría, el responsable o el titular podrán rescindir el contrato sin costo alguno.
  9. Cambio de categoría por cumplir 26 años de edad: El asociado integrante de un grupo familiar (hijo o familiar a cargo) que cumpliera 26 años de edad deberá cambiar de categoría, pasando a formar un nuevo grupo independiente del anterior, en la categoría "Individual" o "Individual con maternidad", en su caso, en el carácter de titular. En caso de disconformidad con el cambio de categoría, el responsable o el titular podrán rescindir el contrato sin costo alguno.
  10. Cambio de categoría por matrimonio: El asociado integrante de un grupo familiar (hijo o familiar a cargo) que contrajera matrimonio deberá cambiar de categoría, pasando a formar un nuevo grupo independiente del anterior, en la categoría "Individual" o "Individual con maternidad", en su caso, en el carácter de titular, pudiendo solicitar su inscripción en la categoría "Matrimonio", debiendo el cónyuge, en éste último caso, efectuar el trámite habitual de ingreso. En caso de disconformidad con el cambio de categoría, el responsable o el titular podrán rescindir el contrato sin costo alguno.
  11. Cambio de categoría por embarazo: La asociada titular o integrante de un grupo familiar (hija o familiar a cargo) que quedase embarazada, y que no hubiera previsto inicialmente el beneficio "Maternidad", deberá cambiar de categoría, pasando a formar un nuevo grupo independiente del anterior, en la categoría "Individual con maternidad" en el carácter de titular, durante el embarazo, y a "Individual con maternidad con 1 hijo", luego del parto, en caso de incorporación del recién nacido en los términos del presente reglamento. No obstante, dado que el beneficio "Maternidad" no estaba previsto desde el inicio, la cobertura del embarazo, el parto y el Plan Materno Infantil, de corresponder, se llevará a cabo en la forma prevista en el Capítulo Prestaciones del PMO (por exclusiva derivación de PRIVAMED con profesionales y en instituciones contratadas al efecto), no siendo de aplicación la Cartilla del Plan seleccionado, salvo que, por decisión y a criterio exclusivo de Auditoría Médica, se ofreciese la posibilidad de abonar un arancel adicional a convenir con PRIVAMED. En caso de disconformidad con el cambio de categoría, el responsable o la titular podrán rescindir el contrato sin costo alguno.
  12. En todos los casos de cambios de categorías el valor de la cuota será el que

---

corresponda para la nueva categoría, información que se brinda con el presente en planilla anexa.

13. En caso de surgir de la declaración jurada y/o de los datos o estudios complementarios del aspirante al ingreso, incapacidades físicas y/o psíquicas, enfermedades o lesiones pretéritas o actuales, si estuviera cursando embarazo, accidentes sufridos, tratamientos y operaciones que se le hubieren efectuado o a los que se hallare sometido así como los medicamentos que recibió o debe recibir en forma habitual, el mismo podrá acceder al Plan que PRIVAMED indique al efecto, abonando además un valor diferencial desde el inicio, que se establecerá conforme la preexistencia de que se trate, y según disposiciones de la autoridad de aplicación. Las preexistencias podrán ser de carácter temporario o crónico, y los valores diferenciales regirán para todos los asociados que se encuentren en dicha situación, sin excepción.
14. Cambios de Plan de cobertura: Los cambios de Plan implican un nuevo contrato, por lo que deberán ser solicitados por escrito por el titular del grupo la cual deberá ajustarse a los términos de la Ley 26.682. El nuevo plan tendrá vigencia a partir del día 1° del mes posterior.
15. En caso de fallecimiento del titular de un grupo, se aplicarán las disposiciones del artículo 13 de la Ley 26.682.

#### **DURACIÓN DE LA VINCULACIÓN:**

1. Renuncia: El titular podrá renunciar en cualquier momento. Su renuncia importará la desvinculación de todo su grupo familiar y/o sus incorporados y surtirá efecto el último día del mes en que fuera presentado. La renuncia deberá ser presentada por escrito en las oficinas de PRIVAMED acompañada de las credenciales del titular y/o de sus incorporados.
2. Saldos deudores: Si al momento de efectuarse la renuncia o la rescisión del contrato por el asociado, cualquiera fuera la causa de la misma, se encontrara un saldo deudor por cualquier concepto (cuotas mensuales impagas, reajustes, coseguros, facturas por prestaciones no cubiertas, excedentes de topes, que no figuren cubiertas por el PMO, etc.), el asociado titular será responsable del pago de dicha deuda, con más los intereses correspondientes previstos en el presente reglamento, hasta el momento del efectivo pago. En su caso, las sumas adeudadas no impedirán el ejercicio de la facultad de rescindir el contrato por parte del asociado.
3. Causales de rescisión por parte de PRIVAMED: Serán causas de baja de la vinculación del asociado titular y su grupo familiar, en el marco de la normativa vigente, las descriptas a continuación:
  - a. Trato indigno o indecoroso, de manera reiterada, de palabra o de hecho hacia el personal o profesionales de PRIVAMED o a prestadores adheridos, así como la eventual provocación de daños a los bienes de la empresa y/o prestadores adheridos
  - b. Falta de pago en término de la cuota mensual durante tres (3) meses consecutivos. En tal supuesto PRIVAMED notificará al deudor, al domicilio constituido por el asociado a los fines del presente contrato, intimándolo a regularizar la deuda completa, con más los intereses previstos en el presente

---

reglamento, en un plazo de diez (10) días, vencido el cual se resolverá de pleno derecho el vínculo contractual.

- c. Falseamiento, ocultación, omisión o reticencia de datos y circunstancias: PRIVAMED podrá anular la vinculación del titular y del grupo familiar en cualquier momento, si se comprobare respecto del asociado titular y/o miembro del grupo familiar el falseamiento, la ocultación, omisión o reticencia de datos y circunstancias de la solicitud de ingreso o en la información complementaria que se hubiere requerido; inclusive en el caso de preexistencias, y/o embarazos, conocidas por el asociado titular y/o miembro del grupo familiar. El interesado podrá realizar una nueva solicitud de ingreso con las correcciones pertinentes en la nueva declaración jurada y PRIVAMED evaluará la incorporación de acuerdo a las normas vigentes.

### **RESPONSABILIDAD DE PRIVAMED. MODIFICACIONES:**

1. Toda modificación reglamentaria y/o de las modalidades de los Planes y/o cualquier otra, que se produzca en los términos del presente reglamento y de la normativa vigente aplicable; así como toda modificación de efectores y/o profesionales contratados de la Cartilla, regirán para el asociado y su grupo familiar a partir de los treinta (30) días desde que le sean comunicadas tales variaciones por medio de, entre otras, envío de factura, circular y/o provisión de nueva cartilla y/o normas reglamentarias. Igualmente el asociado podrá denunciar una dirección de correo electrónico para el envío de información concerniente al servicio (factura de pago, cartilla, autorización de prestaciones, altas y bajas, entre otras), la cual reemplazará las comunicaciones por correo postal y/o en soporte papel. Comunicada la existencia de tales modificaciones, en caso que el asociado no la recibiera, deberá solicitar su entrega.
2. Modificación de prestadores, prestaciones y/o Planes de cobertura. Falta de aceptación: Las altas y bajas del plantel de prestadores, las modificaciones o cancelaciones de Planes de cobertura, y la inclusión de coseguros para los Planes o franjas etarias que inicialmente no los contemplaban, podrán responder, entre otras causas, a: incremento de costos y/o servicios, alta y/o baja de tecnologías y/o prestaciones, extinción de contratos con prestadores, imposibilidad de contratación y/o renovación, cierre, muerte, insolvencia, concurso, quiebra y/o liquidación de los mismos. Cuando la prestación del servicio se efectuara mediante Redes, Asociaciones o Colegios de Profesionales, el cese o la variación de los mismos indefectiblemente escapa a la voluntad de PRIVAMED. Los cambios operarán siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura que, en general, ha sido considerada al momento de la incorporación del asociado. Las modificaciones se comunicarán a los asociados titulares con una antelación mínima de treinta (30) días a su entrada en vigencia, salvo caso fortuito, fuerza mayor o causas ajenas a PRIVAMED. En caso de no aceptar las modificaciones, el asociado podrá rescindir el contrato sin costo alguno.
3. Modificación del precio de las cuotas y otros. Falta de aceptación: Conforme normativa vigente, para las eventuales modificaciones del valor de las cuotas,

---

coseguros y/u otros cargos referidos a la prestación del servicio, se procederá de la siguiente manera:

- PRIVAMED en base a la estructura de costos que implemente la Superintendencia de Servicios de Salud, conteniendo los cálculos actuariales necesarios, la verificación fehaciente de incrementos del costo de las prestaciones obligatorias, suplementarias y complementarias, las nuevas tecnologías y reglamentaciones legales que modifiquen o se introduzcan en el PMO en vigencia, el incremento de costos en Recursos Humanos y cualquier otra circunstancia que la autoridad de aplicación y las Entidades comprendidas en la reglamentación, consideren que incide sobre los costos del servicio y el precio de la cuota de los planes ya autorizados, coseguros y/u otros cargos, fundamentará la solicitud de autorización para el incremento respectivo al organismo referido conforme la estructura presentada.
  - Autorizado el aumento, PRIVAMED informará a los asociados titulares los incrementos que se registrarán en el monto de las cuotas, coseguros y/u otros cargos, con una antelación no inferior a los treinta (30) días a su entrada en vigencia. La notificación se cursará al asociado a través de la factura del mes precedente y/o mediante otra vía fehaciente.
  - En caso de no aceptar las modificaciones, el asociado podrá rescindir el contrato sin costo alguno.
4. Toda promoción o bonificación acordada al momento de la incorporación, o con posterioridad, lo es por tiempo limitado, conforme se estipule al momento de su otorgamiento. PRIVAMED comunicará con una antelación de treinta (30) días el cese o modificación de la promoción o bonificación acordada. En caso de no aceptar las modificaciones, el asociado podrá rescindir el contrato sin costo alguno.

#### **OBLIGACIONES DEL ASOCIADO:**

1. El asociado titular se encuentra obligado a abonar en tiempo y forma la cuota mensual cuyo valor es determinado por la categoría, número de personas que incorpore, su edad y Plan al que adhiere. Asimismo, deberán abonarse los coseguros por las prestaciones respecto de las cuales tales aranceles estén estipulados, conforme las condiciones del Plan de que se trate; dichos aranceles se facturarán en el momento de realizarse la práctica y por el prestador que la realice. La información relativa a los valores de la cuota y coseguros le será suministrada al asociado, mediante la "Tabla de beneficios" correspondiente al Plan, entregada con la solicitud de ingreso.
2. La mora en el cumplimiento de las obligaciones del asociado se produce por el mero transcurso del tiempo, en forma automática sin necesidad de interpelación y/o notificación previa. El hecho que el asociado incumpliese las obligaciones a su cargo, fuera o no en reiteradas oportunidades, no crea en su favor ningún tipo de beneficio o derecho. En todos los casos, las presentes normas mantienen su plena vigencia, y las facultades de PRIVAMED se mantendrán incólumes y sin menoscabo alguno.
3. Es obligación del asociado titular comunicar de inmediato toda modificación que se produzca en la integración y constitución del grupo familiar

- 
- (casamientos, nacimientos, fallecimientos) así como de domicilio. Todo cambio y/o modificación que se desee introducir en la vinculación con PRIVAMED deberá ser solicitado exclusivamente por el titular, el cual es responsable de las obligaciones emergentes de dicha vinculación y solidario de los perjuicios que pudieren ocasionar las personas por él incorporadas.
4. Subrogación: Por los gastos derivados de los servicios por prestaciones médicas y/o farmacéuticas de cualquier tipo, el titular queda obligado a subrogar en PRIVAMED todo derecho que le correspondiera a él o a un integrante de su grupo familiar respecto de terceros responsables de un daño causado al titular o a miembro de su grupo familiar, y por cuyo evento PRIVAMED hubiere brindado atención, y hasta el límite de lo abonado con más los intereses. En consecuencia PRIVAMED podrá requerir del asociado: copia de denuncia policial o acta de choque, número de póliza y nombre de la Compañía Aseguradora del Asociado y/o del tercero, una descripción de los hechos y cualquier otra documentación o dato de interés. El asociado deberá abstenerse de realizar cualquier acto que menoscabe o perjudique ese derecho de PRIVAMED.
  5. Es obligación del asociado respetar los reglamentos de los consultorios, sanatorios y laboratorios a los que concurra y cancelar con antelación suficiente las entrevistas o reservas que hubiere solicitado cuando no pudiere concurrir a ellas.
  6. El asociado y su grupo familiar y/o sus incorporados deberán abstenerse de utilizar la credencial y/o requerir servicios o prestaciones encontrándose suspendida la cobertura. Si obtuviesen por esa vía la prestación de servicios, PRIVAMED podrá repetir contra el asociado las sumas que con motivo del uso indebido de la credencial haya debido soportar o abonar a terceros, con más un interés punitivo equivalente a cuatro veces la tasa activa que para las operaciones de descuento a treinta días aplica el Banco de la Nación Argentina.
  7. Se considerarán incumplimientos de contrato todas aquellas acciones u omisiones del asociado y/o integrante del grupo familiar que constituyan una violación al principio de la buena fe contractual; entre otras, las descriptas a continuación:
    - La falta de pago de facturas por prestaciones médicas y/o farmacéuticas no cubiertas, a los treinta (30) días del vencimiento de la obligación.
    - Mal trato de palabra o de hecho al personal de PRIVAMED o a prestadores adheridos, y/o daño a los bienes, aunque no mediare reiteración. Asimismo, la comisión de delitos y/o daños y perjuicios en relación a PRIVAMED, su personal y prestadores.
    - Falta de denuncia del extravío de la credencial de PRIVAMED del asociado, y/o de las de su grupo familiar, cuando ello produjese daño a PRIVAMED.
    - Uso de la credencial de PRIVAMED para solicitar, intentar o lograr prestaciones médicas o beneficios de cualquier tipo destinados a terceros y/o asociados en mora, aunque ello no produjese daño a PRIVAMED.
    - Inasistencias reiteradas e injustificadas a entrevistas concertadas con prestadores adheridos, salvo las que hubiera cancelado con la debida antelación.



- 
- Utilización de la cobertura encontrándose suspendida por falta de pago.
  - Demora e incumplimiento en el pago a institutos asistenciales, laboratorios, y otras entidades adheridas de prestaciones no cubiertas y/o excedentes de topes respecto del plan al que el asociado estuviera adherido.
  - Solicitud injustificada del servicio de visitas médicas domiciliarias, de urgencias y/o emergencias, y/o solicitud de asistencia para terceros.
  - Uso de los servicios en forma injustificada, inadecuada y/o abusiva, o mediante comprobantes falsos o adulterados, y todo aquello que configure mala fe contractual por parte del asociado titular y/o integrante de su grupo familiar.
  - Solicitud de reintegros por prestaciones, gastos u honorarios mediante comprobantes falsos o adulterados, o por prestaciones realizadas en favor de terceros aunque las constancias sean auténticas.
  - Se entiende por terceros toda persona no asociada a PRIVAMED y ex asociados.
  - El incumplimiento del contrato por parte del asociado y/o miembro del grupo familiar autorizará a PRIVAMED a iniciar las acciones legales que por derecho correspondan, incluso penales y/o de daños y perjuicios, con más los intereses establecidos en el presente reglamento.
8. En caso de baja del grupo familiar o de alguno de sus integrantes, cualquiera fuere su causa, se deberán restituir las credenciales entregadas oportunamente por PRIVAMED.
  9. Los reclamos o solicitudes de cualquier índole, deberán presentarse por escrito en las oficinas de PRIVAMED.

#### **PAGO DE LA CUOTA MENSUAL Y DE LOS IMPORTES FACTURADOS:**

1. El pago de la cuota mensual que corresponda deberá efectuarse en forma adelantada hasta el día diez (10) de cada mes en los lugares habilitados o a las personas autorizadas a tal efecto. Todo otro medio para facilitar el pago que, en su caso, autorice la Superintendencia de Servicios de Salud, le será comunicada al asociado a efectos de su implementación, en caso de resultar factible y que el usuario elija.
2. La no recepción de la factura de la cuota mensual y demás conceptos no exime al asociado de la obligación de cancelarla en término. En el caso de pago con cheque, se tendrá como fecha de pago el de la acreditación efectiva del mismo.
3. Pago por adelantado: Es facultativo de PRIVAMED aceptar o no el pago por adelantado de más de una cuota mensual.
4. Mora. Suspensión de la cobertura. Baja por mora: La falta de pago en término hará incurrir en mora de pleno derecho al asociado, sin necesidad de interpelación previa, y causará la suspensión automática de la cobertura de todas las prestaciones, a partir de las cero horas del día siguiente al del vencimiento del plazo para el pago. La falta de pago en término de tres (3) cuotas mensuales consecutivas, ocasionará la baja por causa de mora, previa intimación a regularizar la deuda completa en un plazo de diez (10) días, vencido el cual se resolverá el vínculo contractual de pleno derecho.

5. Reanudación de la cobertura: Si el asociado abonara la totalidad de los importes adeudados y sus intereses dentro de los treinta (30) días de mora, la cobertura suspendida se reanudará a partir de las cero horas del día siguiente al del pago total de lo adeudado.
6. Si el asociado o sus incorporados hicieren uso de alguna prestación hallándose suspendida la cobertura, PRIVAMED tendrá derecho a requerir el reintegro de gastos por cualquier prestación efectuada durante el período de suspensión. La restitución de los importes abonados por PRIVAMED deberá efectuarse actualizada al día de pago.
7. Intereses punitivos: El asociado moroso deberá abonar las cuotas devengadas por el monto que éstas tengan establecido a la fecha de pago y los importes facturados que se encuentren impagos por el valor de las prestaciones que tengan fijado a dicha fecha; en ambos casos PRIVAMED podrá aplicar un interés punitivo equivalente a cuatro veces la tasa activa que para sus operaciones de descuento a 30 días aplica el Banco de la Nación Argentina.
8. La pérdida de calidad de asociado no libera al mismo de su obligación de pago de las cuotas adeudadas, recargos, intereses punitivos y costas judiciales o extrajudiciales que por derecho correspondan.
9. Reincorporación a la cobertura: El asociado dado de baja por mora que solicite su reincorporación a la cobertura de PRIVAMED deberá suscribir un nuevo contrato, sin posibilidad de continuidad respecto de su antigua afiliación.

#### **SISTEMAS DE COBERTURA:**

1. Sistema Cerrado: La cobertura de PRIVAMED se limita exclusivamente a las prestaciones médicas y/o farmacéuticas, especialidades, etc., provistas por los profesionales y/o Instituciones del listado de prestadores actualizado por PRIVAMED, según el alcance del Plan en el cual se encuentre adherido el asociado. En el sistema cerrado no se cubren, en ningún caso, prestaciones por fuera de la cartilla y/o del Plan seleccionado. En caso de realizarse prestaciones por fuera de la cartilla y/o del Plan seleccionado, las consecuencias y los costos de las mismas serán por cuenta y cargo del asociado, sin excepción, no correspondiendo reintegro en ningún caso.
2. Sistema Mixto o Abierto: Ofrece atención médica por sistema cerrado y cubre mediante reintegro los gastos por la atención médica del asociado cuando los profesionales actuantes, entidades o sanatorios sean ajenos a PRIVAMED hasta los topes fijados, y en las prestaciones expresamente contempladas, en la “Tabla de Beneficios” del Plan. En este caso, PRIVAMED no se responsabiliza por la prestación del servicio, ni por las consecuencias que pudieran derivar de la misma, ya que ha sido el asociado el que ha seleccionado el prestador.
3. En caso de realizarse prestaciones solicitadas por profesionales no adheridos y/o en entidades ajenas a la Cartilla, PRIVAMED autorizará la correspondiente orden si tal prestación se encontrara prevista en la cobertura y hasta los topes fijados en la “Tabla de Beneficios” del Plan.

4. Excepciones: Se cubren exclusivamente por sistema cerrado las prestaciones correspondientes a cirugía cardiovascular, neurocirugía, estudios y tratamientos relacionados con estas especialidades y estudios y tratamientos no nombrados donde los sistemas no son interrelacionables. No corresponde reintegro en ningún caso.
5. Planes con coseguros: Conforme Plan al que se encuentre adherido, el asociado deberá abonar un coseguro (copago o arancel complementario) en oportunidad de realizarse la prestación y al prestador correspondiente, de acuerdo a los valores establecidos en el PMO y sus actualizaciones. No se abonarán coseguros en aquellas prestaciones que así expresamente lo disponga el PMO vigente al momento de la realización de las mismas.
6. Recetas: En sistema cerrado, para la compra de medicamentos e insumos en farmacia, las recetas deberán ser confeccionadas exclusivamente por profesionales de la Cartilla correspondiente al Plan al cual el asociado se encuentre adherido.
7. Prescripción por Denominación Común Internacional: A los fines del descuento en farmacia, se aceptarán solamente las recetas y/o prescripciones médicas u odontológicas que expresaren el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de la forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración (conf. Res. 326/02 Ministerio de Salud de la Nación).
8. Exclusiones y limitaciones de cobertura: PRIVAMED cubrirá como mínimo en todos sus planes las prestaciones contempladas en el PMO vigente en cada momento del contrato. Con excepción de lo precedentemente expuesto, PRIVAMED en ningún caso cubrirá prestaciones (gastos sanatoriales, hospitalarios, medicamentos, estudios, honorarios y/o cualquier otra), originadas directa y/o indirectamente, o que consistan, en:
  - Tratamiento de alteraciones mentales y nerviosas calificadas como crónicas. Tratamiento de alcoholismo, tabaquismo, toxicomanías e intoxicaciones autoprovocadas (cualquiera sea su grado), y todas las consecuencias que pudieran derivar de las mismas.
  - Tratamiento de lesiones causadas por estado de enajenación mental, en estado de ebriedad o bajo influencia de estupefacientes o alcaloides, de lesiones autoprovocadas o causadas por tentativa de suicidio, o por la participación en la comisión de delitos o infracciones, en duelos, desafíos o riñas, salvo en los casos de «legítima defensa».
  - Tratamiento de incapacidades, enfermedades, lesiones y embarazos preexistentes a la fecha de incorporación, salvo que se aceptare expresamente y por escrito su cobertura. Asimismo, PRIVAMED no cubre aquellas incapacidades, enfermedades, lesiones y embarazos preexistentes a la fecha de incorporación que hubiesen sido omitidas de declarar ya sea dolosa o culposamente ante el requerimiento de PRIVAMED en el formulario pertinente que en carácter de declaración jurada se debe completar al ingreso.
  - Tratamientos o prácticas que fueran requeridas a consecuencia de prestaciones realizadas por fuera de la cartilla (por profesionales o en entidades ajenas a la cartilla de PRIVAMED, aún tratándose de planes abiertos), y/o del Plan seleccionado.

- Tratamiento de lesiones causadas por fenómenos de carácter catastrófico, de epidemias o pandemias, de las motivadas por actos de terrorismo, guerra civil o internacional, declarada o no, insurrección o tumultos populares, de lesiones sufridas como conductor, acompañante, participante o espectador en competencias, pruebas o demostraciones de pericia o velocidad (con automotores, embarcaciones, aeronaves u otros), o de cualquier otro deporte o práctica deportiva en general (profesional, amateur, o simple práctica), sean o no extremos, peligrosos, riesgosos o de contacto. En todos los casos el asociado asume plenamente las consecuencias que pudieran derivar de la práctica, participación, concurrencia o asistencia.
- Tratamiento de enfermedades crónicas, adquiridas o congénitas, cualquiera fuera su forma, grado o condición. Se entiende por enfermedades crónicas aquellas que son permanentes, dejan incapacidad residual y son causadas por alteraciones patológicas irreversibles, por ejemplo: enfermedades cardiovasculares, neurológicas, reumatológicas, respiratorias (incluida la pulmonar obstructiva), psíquicas, digestivas, hepáticas, metabólicas (celíaca, fibrosis quística, diabetes, entre otras), urinarias, de la sangre, de la piel, inmunodepresivas, oncológicas, trastornos o discapacidades motoras, mentales, sensoriales o cualquier otra (deglución, habla, vista, oído, entre otros).
- Tratamientos de rehabilitación, cualquiera sea la enfermedad (incluidas las crónicas) y la modalidad de atención, ya fuera en ambulatorio (incluido hospital de día), o en internación (domiciliaria o institucional).
- Internación en domicilio, centros o clínicas de rehabilitación, geriátricos, tercer nivel, grupos de autoayuda, comunidades terapéuticas, entre otros, cualquiera fuera la patología; como así también estudios de diagnóstico y/o tratamiento y/o prácticas en los lugares antes mencionados (laboratorio, imágenes, kinesiología, fisioterapia, enfermería, fonoaudiología, etc.), terapias educativas y de adaptación (con aparatos, animales o cualquier otra), y la provisión de material para el cuidado y/o rehabilitación, entre otros: silla de ruedas, cama ortopédica, colchones especiales, bastón, andador, oxígeno, concentrador, mochilas, set de tubos, respirador, oxigenador, CPAP, asistencia mecánica respiratoria, oxigenoterapia; estimuladores; sondas, pañales e indumentaria; construcción o acondicionamiento del hábitat residencial u otro, cualquiera sea el fin.
- Gastos extras fuera o durante una internación, acompañantes de mayores de quince años, medios de contraste, material radioactivo, sondas, cánulas, materiales descartables, marcapasos, catéter de Swan Ganz, balón de contrapulsación, reservorio de cardiotoromía, catéteres para arteriografías, cateterismos y angioplastías, stents de cualquier tipo, suturas mecánicas, albúmina, sangre o plasma y derivados, otros materiales, prótesis, ortesis y adhesivos, anteojos y lentes de contacto, polisomnografía, hemodiálisis (cualquiera fuera la insuficiencia).
- Tratamientos de alergia y pruebas de sensibilidad.
- Operaciones de cirugía plástica, estética y cosmética, o tratamientos de dicha índole, salvo la cirugía reparadora -no estética ni cosmética- realizada como consecuencia de accidentes ocurridos al asociado después de treinta días de

---

su ingreso, siempre y cuando se encuentre comprometida la función del órgano afectado. El asociado deberá acreditar el accidente y haber sido atendido inmediatamente con prestadores de cartilla mediante certificado médico pertinente.

- Tratamientos oncológicos (radioterapia, citostáticos y toda medicación oncológica). Inmunosupresores.
- Terapia radiante tridimensional conformada y/o cualquier otro tipo de terapia radiante no convencional.
- Alimentos de cualquier tipo, alimentación parenteral y enteral, leches en cualquiera de sus formas y presentaciones (aún medicamentosa), complementos y/o suplementos alimenticios, vitaminas y/o aminoácidos, productos dietéticos o dietarios.
- Tratamiento de hidroterapia, celuloterapia, dietología u obesidad, curas de adelgazamiento, de rejuvenecimiento, de reposo o similares, y cirugías (bariátricas entre otras) o prácticas relacionadas con las mismas.
- Estética, cosmetología y podología.
- Tratamiento de la diabetes (medicamentos y elementos para control y aplicación).
- Implante y/o transplante de tejidos u órganos; órganos artificiales; técnicas de fecundación asistida y/o artificial, en todas sus variantes; clonación, preservación celular y banco de tejidos, análisis y/o estudios y/o medicamentos relacionados con éstas. Asimismo se encuentran excluidos los análisis genéticos y todos los estudios, prácticas y consecuencias de la manipulación y/o la ingeniería genética.
- Enfermedades y anomalías congénitas.
- Estudios y tratamientos de disfunción sexual y/o trastornos de la fertilidad, cualquiera sea su origen.
- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y toda aquella prestación relacionada con la medicina laboral; como así también cualquier tipo de lesión o dolencia, como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades contraídas en ocasión o con motivo de la prestación de servicios o ejecución de obras por el asociado, cualquiera fuera la naturaleza del vínculo entre éste y el beneficiario del servicio o de la obra (laboral, civil, comercial, etc.).
- Internaciones para exámenes complementarios, análisis o estudios y tratamientos de clínica o cirugía que puedan efectuarse en forma ambulatoria a criterio exclusivo de la Auditoría Médica de PRIVAMED.
- Acupuntura, homeopatía, quiropraxia y toda práctica no autorizada por la legislación vigente, aún cuando fuere realizada por un profesional de la salud.
- Lesiones o afecciones provenientes de infracciones o violaciones cometidas por el asociado a las normas legales vigentes, o derivadas de hechos o maniobras delictuosas de las que sea responsable aún en forma parcial.
- Tratamientos complejos o especializados, perfusiones de órganos, inmunohematología, tratamiento de escoliosis, gran quemado, etc.
- Tratamientos o internaciones por enfermedades infectocontagiosas, cuya denuncia sea obligatoria por ley y requiera aislamiento. Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA-HIV).

- Todo gasto de análisis, estudios especializados, cirugía, internación, entre otros, por enfermedades y/o lesiones no cubiertas por PRIVAMED.
  - Urgencias e internación psiquiátrica y los medicamentos o tratamientos indicados por un psiquiatra.
  - Estudios clínicos que incluyan a los pacientes en protocolos de investigación.
  - Seguimiento domiciliario, servicio de enfermería, doméstico, asistentes de cualquier tipo, acompañantes terapéuticos y/o personas para el cuidado de enfermos.
  - Servicio de traslados y de transporte, cualquiera sea el tipo o las circunstancias, salvo los derivados de urgencias y/o emergencias médicas.
  - Subsidios, prestaciones y/o servicios sociales de cualquier tipo, educación común o especial, y todo aquello que no sea una prestación médica en estricto sentido, aún cuando se relacione con una patología y/o fuera prescrita por un profesional de la salud.
  - Autopsias; gastos de velatorio, sepelio y cualquier servicio fúnebre.
  - Medicamentos, prótesis o cualquier otro insumo médico que no se encuentre aprobado expresamente por la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnologías).
  - Tratamientos, análisis, prácticas diagnósticas u operaciones no reconocidas por las autoridades sanitarias argentinas.
9. No obstante las limitaciones y exclusiones de cobertura precedentes, PRIVAMED brindará dichas prestaciones en tanto y en cuanto se encuentren comprendidas en el PMO al momento del requerimiento, dentro de sus alcances, modalidades y limitaciones, y mientras la normativa aludida se encuentre vigente y resulte de aplicación en razón del lugar (Ley 24.754 y resoluciones dictadas en su consecuencia). (Ver Capítulo Prestaciones del PMO).
10. Cuando una prestación médica, complementaria o suplementaria excluida fuera incorporada expresamente al PMO vigente, su cobertura será obligatoria para PRIVAMED según alcances, modalidades y limitaciones que allí se establezcan.
11. Cualquier prestación o gasto que PRIVAMED brindara o realizara en exceso de la cobertura, ya fuera una prestación no prevista en el Plan, expresamente excluida, o ajena a sus obligaciones, será por cuenta y cargo del asociado, y PRIVAMED podrá exigir su pago o repetición por tratarse de una prestación ajena a sus obligaciones.
12. El asociado deberá tener presente que en situaciones de emergencia general y/o sanitaria, como consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor, ajenos a PRIVAMED, tales como epidemias, pandemias, plagas u otras, la prestación del servicio puede llegar a verse disminuida o interrumpida por colapso del sistema sanitario (público y/o privado).

### **BENEFICIOS. PRESTACIONES:**

1. Las prestaciones incluidas en el PMO, así como los alcances, modalidades, y limitaciones de aquellas superadoras o complementarias al PMO que brinda PRIVAMED, se detallan en la “Tabla de beneficios” correspondiente a cada

---

Plan, que se entrega en forma conjunta con el presente reglamento.

- De acuerdo al Plan seleccionado por el asociado, la cobertura de las prestaciones estará sujeta a los alcances, modalidades y limitaciones dispuestos en el PMO, y los coseguros, en su caso, deberán ser abonados en oportunidad de la prestación al prestador, conforme valores establecidos en el PMO y sus actualizaciones, salvo que se dispongan otros (menores) en la “Tabla de beneficios” del Plan seleccionado.
- El ámbito geográfico de prestación de servicios por parte de PRIVAMED es el correspondiente al domicilio de los prestadores de la Cartilla, no admitiéndose la solicitud de cobertura de prestaciones por fuera de dicha área.
- Autorización previa: Requieren autorización previa de PRIVAMED todas las internaciones clínicas o quirúrgicas, todas las prestaciones de mediana y alta complejidad y todas las prestaciones no nombradas y/o fuera del PMO. Para realizar el trámite de autorización el asociado deberá concurrir a nuestras oficinas munido de la credencial y la orden médica, o enviar la orden vía fax o correo electrónico. En la orden médica deberá constar nombre y apellido, número de asociado, práctica solicitada, diagnóstico presunto y/o definitivo, fecha, firma y sello del profesional solicitante.
- Adicionalmente se detallan los siguientes beneficios:
  2. Consultas: No habrá limitaciones en la cantidad de consultas en consultorio, o sanatorio, recurriendo a profesionales de Cartilla, privilegiando la atención a partir de un médico de familia o referente, a través del cual se accederá a los distintos especialistas de la Cartilla (por derivación de aquél). Si el asociado recurriera a la consulta de profesionales ajenos al plantel, abonará los honorarios respectivos, y en el caso de corresponder (plan mixto o abierto) solicitará reintegro según la “Tabla de Beneficios” de su plan y conforme lo establecido en el Capítulo Régimen de Reintegros.
  - Diagnóstico y tratamiento: Comprende análisis de laboratorio, radiografías, prácticas especializadas incluidas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Bioquímicas del PMO, tales como ecografía, ergometría, anatomía patológica, medicina nuclear, entre otras, utilizando los servicios de profesionales, entidades o sanatorios adheridos a PRIVAMED. No corresponde reintegro en ningún caso. No se autorizará ningún tipo de estudio que no sea prescripto por profesionales ajenos a la Cartilla.
  3. Honorarios quirúrgicos: No habrá limitaciones por intervenciones quirúrgicas en tanto sean efectuadas por profesionales de la Cartilla.
  4. Gastos de Internación: Comprende los gastos de internación sanatorial y derecho clínico o asistencial, con profesionales del plantel médico de PRIVAMED utilizando sanatorios adheridos, sin cargo.
  5. Gastos de pensión de acompañante: Se cubrirán, únicamente, los gastos de acompañante de menores de 15 años durante el período en que la internación se encuentre a cargo de PRIVAMED. Este beneficio no es extensible al menor que se encuentre en terapia intensiva, intermedia o unidad coronaria, donde el sistema de internación no permite alojar al acompañante.
  6. Derechos operatorios: Comprende los derechos de cirugía, de anestesia, de monitoreo y demás derechos quirúrgicos. En los sanatorios adheridos con profesionales del plantel, PRIVAMED cubrirá los gastos correspondientes a

---

los derechos citados precedentemente sin topes ni límites.

7. Cirugía cardiovascular y neurocirugía: exclusivamente con profesionales y sanatorios habilitados por PRIVAMED para dichas prestaciones. No corresponde reintegro en ningún caso.
8. Terapia intensiva y unidad coronaria: En caso de enfermedades de alto riesgo que requieran medidas diagnósticas o terapéuticas que no puedan efectuarse en las habitaciones sanatoriales comunes, se cubrirán los gastos de internación y atención en terapia intensiva o unidad coronaria.
9. Maternidad: Se entiende por "Maternidad" el beneficio que otorga la posibilidad de seleccionar a los prestadores de la Cartilla para la cobertura del embarazo, el parto y el Plan Materno Infantil.
  - Cubre a la titular (dentro de la categoría "Individual con Maternidad") o a la cónyuge del titular, que figure como tal en la Solicitud de Ingreso.
  - Toda otra mujer integrante del grupo familiar (hijas o familiares a cargo) que no haya optado por la categoría "Maternidad" no goza de este beneficio. En tal caso las prestaciones se otorgarán en los términos del PMO, por exclusiva derivación de PRIVAMED con profesionales y en instituciones contratadas al efecto, no siendo de aplicación la Cartilla del Plan seleccionado, salvo que, por decisión y a criterio exclusivo de Auditoría Médica, se ofreciese la posibilidad de abonar un arancel adicional a convenir con PRIVAMED.
  - Honorarios del obstetra, anestesista, partera y neonatólogo: Sin limitaciones con profesionales del plantel médico de PRIVAMED y utilizando sanatorios adheridos.
  - El recién nacido, gozará de la cobertura en los términos del Plan Materno Infantil integrante del PMO, por un plazo de treinta (30) días. En caso que el recién nacido no sea incorporado a la cobertura en dicho plazo, cesara su cobertura de pleno derecho.
  - Para acceder a la cobertura complementaria, el recién nacido debe ser asociado en los términos del presente reglamento.
10. Fisiatría y kinesiología: Se cubrirá exclusivamente con profesionales o en entidades habilitadas para dicha prestación por PRIVAMED, en forma ambulatoria según el plan de cobertura. No está comprendido en este beneficio la realización de sesiones a domicilio. No corresponde reintegro en ningún caso.
11. Medicamentos:
  - Descuento en farmacias adheridas: El asociado gozará de un descuento del 40% en el precio de los medicamentos del Manual Farmacéutico que adquiera en las farmacias adheridas a PRIVAMED.
  - Medicamentos para patologías crónicas y especiales: Se cubrirán en los términos del PMO, en las farmacias que se indiquen al efecto.
  - No corresponde reintegro en ningún caso.
  - La receta se extenderá escrita de puño y letra del profesional que la prescribe, integrante de la Cartilla, y en la que conste: fecha de la prescripción, nombre y apellido del asociado, número de socio con su barra respectiva, plan, identificación del medicamento por su nombre genérico y la cantidad del producto, indicada en números y letras. Si se prescribe mas de un envase del mismo medicamento o se aclara que es tamaño grande la receta deberá



---

contener la leyenda “tratamiento prolongado”; contendrá además el diagnóstico de certeza o presuntivo, firma y sello del médico con aclaración de su nombre y apellido y su número de matrícula profesional, si no estuvieren impresos en la receta respectiva. Sin perjuicio del porcentaje de cobertura dispuesto, se estará a lo que en la oportunidad de la prescripción del medicamento disponga, al respecto, el PMO.

- Las recetas deberán presentarse con la credencial de PRIVAMED, juntamente con el comprobante del pago de la cuota al día del asociado a cuya orden fue extendida y su validez caducará a los treinta (30) días de su fecha de emisión.
- Las recetas no podrán contener, cada una, más de tres medicamentos de venta bajo receta y en ningún caso se expendrán más de dos unidades por cada medicamento. Cuando se trate de antibióticos monodosis se expendrán hasta cinco (5) unidades por receta.
- En los casos en que el profesional no indique el tamaño de cada envase de medicamento, se expendrá el menor. En todos los casos se respetará escrupulosamente el tamaño prescripto por el profesional. No se aceptarán recetas correspondientes a asociados registrados como morosos, salvo que en el acto de la compra exhibieren el recibo que justifique que el pago se ha regularizado.

12. Medicamentos excluidos de cobertura:

- Productos para diagnóstico y accesorios (material de curaciones, descartables, etc.)
- Productos dietéticos, alimenticios y nutricionales (ésta categoría incluye el producto Aminoterapia).
- Preparados magistrales.
- Pastas dentales medicamentosas o no.
- Elementos fijadores y/o limpiadores de prótesis dentales, pastas, polvos e hilo dental.
- Herboristería.
- Productos de uso exclusivo en internación.
- Antialopécicos, factores estimulantes del crecimiento de faneras.
- Pantallas solares, dermoaclarantes, reconstituyentes dérmicos.
- Principio activo: Cerivastatin y Ginseng y sus asociaciones.
- Cosmetológicos, anticelulíticos, antioxidantes.
- Tópicos para verrugas.
- Antisépticos, anestésicos, antiseborreicos, antitabáquicos.
- Cicatrizantes.
- Edulcorantes, alimentos de cualquier tipo, alimentación parenteral y enteral, leches en cualquiera de sus formas y presentaciones (aún medicamentosa), complementos y/o suplementos alimenticios, vitaminas y/o aminoácidos, productos dietéticos o dietarios
- Productos de uso exclusivo en internación.
- Sales dietéticas.
- Pielas medicinales.
- Sueros.
- Productos de venta libre.

13. Prótesis y ortesis: Su cobertura se brinda en los términos del PMO y estará

---

sujeta a los alcances, modalidades y limitaciones allí dispuestos. Su provisión será efectuada exclusivamente por PRIVAMED, o por proveedor de ésta, no correspondiendo reintegro en ningún caso.

14. Psiquiatría y psicología: Se cubrirá exclusivamente con profesionales o en entidades habilitadas para dicha prestación por PRIVAMED. No corresponde reintegro en ningún caso.
- Mayores de 14 años: Serán entrevistados por el médico coordinador de PRIVAMED, quién luego de efectuar un diagnóstico indicará terapias destinadas a lograr un objetivo concreto, y derivará al paciente al especialista que corresponda acorde a las características del caso. Los tratamientos recomendados tendrán la cobertura según el plan correspondiente. En el supuesto que el paciente requiera un número mayor de sesiones, gozará de honorarios preferenciales para las consultas excedentes, las cuales estarán exclusivamente a su cargo.
  - Menores de 14 años: Los niños serán entrevistados por el médico coordinador de PRIVAMED. La cobertura será según el plan correspondiente.
15. Servicio de atención domiciliaria, urgencias y emergencias: PRIVAMED brinda a sus asociados un servicio de asistencia médica domiciliaria a cargo de médicos clínicos, cardiólogos y pediatras, durante las 24 horas del día, todos los días del año, salvo caso fortuito o fuerza mayor. La demora dependerá, entre otras, de la disponibilidad de medios humanos y materiales, la cantidad de pedidos y el estado del tránsito. En caso de demanda excesiva o de colapso del sistema (principalmente vinculado a patologías estacionales que impidan la prestación del servicio, incluso por causas fortuitas o de fuerza mayor), el paciente deberá trasladarse por sus propios medios a los centros asistenciales habilitados para su Plan (ver la Cartilla Médica apartado «Urgencias») El servicio se cubrirá de acuerdo a la “Tabla de Beneficios” correspondiente a cada Plan, dentro de la Capital Federal y hasta un radio de 40 km de la misma (tomando como Km 0 el Congreso de la Nación) exclusivamente por sistema cerrado, no correspondiendo reintegro en ningún caso.
- Tratándose de urgencia o emergencia, la visita se cubrirá sin topes, ni límites, ni cargo alguno, y será brindado por el servicio de urgencias y emergencias contratado por PRIVAMED.
  - En el caso de visita médica domiciliaria (sin urgencia ni emergencia) se priorizará de acuerdo a los síntomas y antecedentes que se mencionen al momento del llamado. Para la utilización de este servicio el asociado deberá abonar al momento de la prestación un “viático profesional” o coseguro conforme previsiones del PMO.
  - No corresponde reintegro en ningún caso.
16. Servicio de traslado: Se brinda exclusivamente a pacientes postrados y siempre y cuando se autorice bajo criterio de la Auditoría Médica de PRIVAMED, dentro de la Capital Federal y hasta un radio de 40 km. de la misma (tomando como Km 0 el Congreso de la Nación) exclusivamente por sistema cerrado, con las salvedades indicadas en el punto anterior, no correspondiendo reintegro en ningún caso.
17. Odontología: Se brinda exclusivamente por derivación de PRIVAMED al

---

servicio de odontología contratado para tales efectos (ver la Cartilla Médica). No corresponde reintegro en ningún caso.

18. Asistencia al viajero: Se brinda en los Planes que según “Tabla de beneficios” contemplan dicho beneficio opcional, siendo una contratación particular entre el asociado interesado y la empresa que por acuerdo con PRIVAMED establece aranceles preferenciales.
- Los servicios deben ser solicitados en todos los casos a cualquiera de las centrales operativas de Asistencia al Viajero, y se prestan a partir de los 100 km del domicilio declarado por el titular.
  - La asistencia se prestará en períodos de viaje que no superen los noventa (90) días por cada viaje fuera del país (sólo en países limítrofes), y treinta (30) días dentro de la República Argentina. La finalización de los plazos mencionados implicará automáticamente el cese de servicios aún en aquellos casos de internación ya iniciados.
  - Las modalidades, alcances y limitaciones del servicio se detallan en un folleto especial que vincula al asociado con Asistencia al Viajero.

### **RÉGIMEN DE REINTEGROS:**

1. Los reintegros por prestaciones efectuadas por profesionales, entidades o sanatorios ajenos a la Cartilla se efectuarán exclusivamente en los planes abiertos o mixtos que gocen de este beneficio, hasta los topes de la “Tabla de Beneficios” y bajo las condiciones del Plan seleccionado, vigentes al tiempo de la prestación, y cualquiera fuera el monto de la erogación efectuada por el asociado.
2. El asociado deberá remitir o entregar en nuestra Administración Central, o Agencias, los siguientes comprobantes: factura y/o recibo de pago original con detalle de las prestaciones efectuadas, firmada por el responsable de la misma con nombre y apellido del asociado y su número de credencial, y diagnóstico y tratamiento debidamente firmados por el profesional interviniente; pudiendo PRIVAMED solicitar copia de la historia clínica.
3. La solicitud de reintegro y la documentación requerida deberá ser presentada dentro de los treinta (30) días de la fecha de la prestación cuyo reintegro se solicite. Transcurrido el plazo, caducará el derecho a reintegro.
4. Si se requiriese información o documentación adicional, el asociado deberá suministrarla en el plazo de quince (15) días desde el requerimiento.
5. La documentación será rechazada en caso de presentar enmiendas, entrelíneas, sobrepasados y/o cualquier otra anomalía no salvadas de puño y letra del que la hubiere extendido.
6. PRIVAMED podrá deducir del importe a reintegrar, las deudas que registre el asociado.
7. Cuando el reintegro fuese procedente, será efectuado mediante entrega de cheque o de transferencia electrónica dentro de los veinte (20) días de recepción de la solicitud.

### **PRESTACIONES DEL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO):**

1. Prestaciones del PMO: Son las que se brindan conforme la cobertura médica ordenada en el Programa Médico Obligatorio, impuesto en los términos de la Ley 24.754 y establecido por la Res. 201/02 del Ministerio de Salud de la Nación y sus modificatorias (Res. 310/04 MS y Res. 1991/05 MS entre otras), dentro de sus alcances, modalidades y limitaciones, y mientras se encuentre vigente y resulte de aplicación en razón del lugar.
2. Las prestaciones que se cubren exclusivamente por el PMO, y no por el Plan seleccionado, se brindarán sólo por derivación de PRIVAMED, con profesionales y en entidades habilitadas expresamente al efecto por PRIVAMED en todas las especialidades, y/o los que en un futuro se habiliten (no por elección del asociado), aún en los casos de planes abiertos o mixtos (con reintegros).
3. Requisitos: El asociado a cualquier Plan de cobertura, que decidiera llevar a cabo prestaciones que se cubren exclusivamente mediante el PMO, y no por el Plan seleccionado, deberá manifestar expresamente dicha opción, con anterioridad a la iniciación de dicho tratamiento, concurriendo a nuestra Administración Central a los efectos de coordinar la atención correspondiente, toda vez que de intervenir un profesional o entidad ajenos a los habilitados por PRIVAMED para las prestaciones del PMO, se aplicarán las normas del Plan oportunamente seleccionado, con sus limitaciones y exclusiones, de acuerdo al presente reglamento, y los importes correspondientes serán facturados al asociado.
4. Enumeración: Las prestaciones del PMO, son las siguientes:
  - Atención primaria.
  - Embarazo, parto y Plan Materno Infantil. (con Vademécum de productos farmacéuticos para la embarazada y el primer año de vida del bebé).
  - Salud mental.
  - Atención odontológica.
  - Tratamiento de VIH-SIDA.
  - Medicamentos.
  - Internación.
  - Medios de diagnóstico.
  - Prótesis y ortesis.
  - Rehabilitación (sólo en ambulatorio).
  - Hemodiálisis.
  - Oncología.
  - Trasplante.
5. Esta enumeración no es taxativa. Toda prestación que la Superintendencia de Servicios de Salud haya incluido o agregue en el futuro en el PMO y a cargo de las entidades de medicina prepaga, se brindará según las normas de este capítulo, y no por las del Plan seleccionado.
6. Limitaciones y vigencia: Las prestaciones del PMO estarán sujetas a los límites y coseguros establecidos por la norma legal vigente del PMO.
7. Conforme artículo 1º de la Ley 2.792 CABA se informa que: «Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet [www.buenosaires.gov.ar](http://www.buenosaires.gov.ar).»

- 
8. Superintendencia de Servicios de Salud 0-800-222-72583 /  
[www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar)
9. R.N.E.M.P Inscripción N°1506.

**NOTA: LAS PRESENTES NORMAS REGLAMENTARIAS TIENEN VIGENCIA DESDE EL 1º DE ENERO DE 2017 Y ANULAN A TODAS LAS ANTERIORES.**

-----

Recibí normas reglamentarias vigencia a partir del 01/01/17:

Firma:

Aclaración:

DNI: