

REGLAMENTO GENERAL DE SERVICIOS Y CONTRATACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD – AMSS - (Art. 38 ley 24240)

1.- CALIDAD DE ASOCIADO: La asociación podrá ser individual o por grupo familiar. 1.a) Individual: Podrá asociarse a este sistema de medicina prepaga toda persona con capacidad jurídica de contratar, acreditando fehacientemente ser residente en la República Argentina y cumplimentando el régimen tributario que le corresponda. El usuario, integrante de un grupo familiar, dado de baja por su titular, para conservar su antigüedad, deberá constituir una nueva asociación, dentro de los sesenta (60) días hábiles posteriores a dicha baja, de modo de mantener la continuidad de la asociación. Todas las prestaciones del plan materno infantil vigente (cf. Anexo I Resolución 201/2002 MSAL y normas complementarias y modificatorias) rige en forma exclusiva, excluyente y taxativa para la asociada en calidad de titular, cónyuge o concubina conforme surge del formulario de Solicitud de Ingreso. 2.- AFILIACIONES NO CORPORATIVAS A TRAVÉS DE OBRAS SOCIALES (LEY 23.660/23.661). El usuario que se incorpore, o aquel que siendo ya usuario a AMSS adhiera al Sistema de libre Elección de Obras Sociales (cf. Decreto 9/1993 P.E.N. y normas complementarias y modificatorias), se registrará de conformidad a las pautas establecidas en el siguiente apartado, las cuales prevalecen por sobre lo dispuesto en las restantes cláusulas en tanto no se opongan a las presentes. En caso de enfermedades preexistentes y/o situaciones de preexistencias y/o patologías secuelas, la cobertura será brindada exclusiva y excluyentemente por derivación de AMSS y/o de la Obra Social de la cual resulte beneficiario el asociado/usuario y/o el integrante de su grupo familiar a cargo en caso de corresponder, a los profesionales y/o entidades habilitadas expresamente al efecto en todas las especialidades, aún en los planes abiertos. AMSS mantendrá las deducciones practicadas sobre el valor de la cuota solamente en el caso que los aportes y contribuciones recibidos por la Obra Social a través de la cual el usuario haya optado para derivar los aportes a AMSS sean efectivamente percibidos por esta última, en concepto de contraprestación por la cobertura de salud a otorgar. El usuario titular acepta que, por haber elegido un plan de cobertura superador y complementario del Plan Médico Obligatorio (PMO) vigente cf. Res.201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL y normas complementarias y modificatorias), el saldo que arroje la diferencia entre los aportes efectivamente recibidos y el importe de su cuota, serán abonados por los medios de pago habilitados, a fin de mantener la amplitud prestacional ofrecida por el plan por él suscripto. Si el usuario titular adhiere al Sistema de libre Elección

de Obras Sociales y persiste en la mora, AMSS modificará el plan de cobertura del afiliado por otro que contemple íntegramente los beneficios del Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente cf. Res.201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL y normas complementarias y modificatorias)-. Esta prestación puede ser brindada por prestadores directos de AMSS o terceras entidades contratadas a tal fin. Dadas las características propias del sistema de Medicina Prepaga - pago adelantado- y del Régimen de Obras Sociales -aportes a mes vencido-, el descuento derivado de la efectiva acreditación de los aportes se producirá en un período posterior al correspondiente al de devengamiento de los mismos, sin que ello signifique reconocimiento alguno respecto del eventual diferimiento de la fecha de vencimiento de las cuotas, las que mantienen su condición de pago adelantado. AMSS no reconocerá reclamo alguno respecto del monto y/o demora en la aplicación de los descuentos originados en la deducción de aportes y contribuciones en virtud que la correcta y oportuna recepción de los mismos dependen del empleador, de la Superintendencia de Servicios de Salud, del ANSES, de la AFIP y finalmente de la Obra Social elegida por el usuario. La aplicación de deducciones como consecuencia de la derivación parcial de aportes y contribuciones del Régimen de Seguridad Social no implica modificación alguna respecto de las condiciones de cobertura y demás beneficios contemplados en el plan, así como tampoco los emergentes de la obligación del afiliado respecto del pago en término de sus cuotas y la atribución de AMSS de modificar la prestación de servicios a sus cargo ante la morosidad en el pago de sus cuotas, las que se registrarán de acuerdo con lo establecido en el presente Reglamento General.

3. CONDICIONES PARA FORMALIZAR EL INGRESO: La persona interesada en ingresar al sistema de medicina prepaga de AMSS deberá suscribir la Solicitud de Ingreso, con más sus antecedentes clínicos; ambos instrumentos revisten el carácter de declaración jurada de estado de salud y toda otra información médica requerida por nuestra auditoría médica. El asociado es personalmente responsable por la información suministrada en su declaración jurada, como así también por la correspondiente a cada uno de los integrantes de su grupo familiar a su cargo. La solicitud de ingreso, integrante de este contrato, se considera unitaria y la falsedad y/u omisión en la declaración jurada en los términos del art. 961 CCYCN, generará sin más el derecho resolutorio para el usuario/asociado que hubiera incurrido en dicha falsedad y/u omisión consignados en la solicitud de ingreso, a tal efecto la sola omisión de enfermedades o estados de situación no declarado, constituye la falsedad de su declaración conforme art. 9 Ley 26.682 y art. 9 inc 2b) Decreto 1193/2011. Se deja expresa constancia que la persona titular de la cuenta, conoce y acepta dicha condición. Condición esencial: La veracidad, exactitud e integridad de la información suministrada por el solicitante en la declaración jurada es

condición fundamental y esencial para la celebración del presente, toda vez que dicha información deviene indispensable para el otorgamiento del consentimiento de AMSS a fin de perfeccionar el presente, con más la autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud, que en cada caso se requiera sobre el valor de cuota diferencial por cada enfermedad preexistente, que afecte al titular y/o usuario adherente. En consecuencia, la inexactitud, falacia o divergencia con la realidad de la información suministrada por el solicitante en dicha declaración generará la rescisión con justa causa dispuesta por el art. 9 de la Ley 26.682 y art. 9 del Decreto 1993/2011. Asimismo, AMSS podrá exigir del asociado la restitución del importe de las prestaciones que hubiere efectuado AMSS desde el ingreso, hasta la fecha de baja. La declaración jurada implica autorizar en forma irrevocable a AMSS a solicitar cuanta información estime pertinente a los fines del efectivo control y verificación de los datos allí consignados. A tales efectos, dicha facultad incluye entre otros la renuncia al amparo en el secreto profesional y el relevamiento del mismo a los médicos y/o todo otro prestador de salud que lo/s hubieren tratado con anterioridad y posterioridad a la fecha de la solicitud de ingreso; como así también la conformidad irrevocable para que sean exhibidas a AMSS y/o a los profesionales y/o instituciones a través de los cuales brinda cobertura médico asistencial, sus historias clínicas, antecedentes y toda otra documentación médica relacionada con la ejecución de las prestaciones a cargo de AMSS. En el supuesto de ser los prestadores los que se negaren a suministrar la información, el asociado se obliga a requerirla y proveerla a AMSS. El cumplimiento de tal obligación deberá serlo en el plazo máximo de quince (15) días hábiles de serle requerida. Perfeccionamiento del ingreso a nuestro sistema de medicina prepaga: El contrato sólo quedará perfeccionado al momento en que AMSS el asociado abone la primera cuota del plan elegido. Una vez perfeccionado el contrato de acuerdo con lo estipulado precedentemente, el usuario titular tiene derecho a revocar la aceptación durante el plazo de diez (10) días corridos (cf. art. 34 de la Ley 24.240 y normas complementarias y modificatorias). Asimismo, el asociado podrá rescindir en cualquier momento el contrato sin limitación y sin penalidad alguna debiendo notificar fehacientemente esta decisión a AMSS con treinta (30) días corridos de anticipación conforme art. 9 de la Ley 26.682. Sin perjuicio de ello y a efectos de evitar el ejercicio abusivo de este derecho, el mismo podrá ser ejercido solamente una vez por año conforme art. 9 inc 1) del Decreto 1993/2011.4.-AUMENTO DE CUOTAS MENSUALES. AMSS brinda cobertura médico-asistencial con diferenciación de la cuota por plan y por grupo etario. Por lo expuesto, se informa que el importe de la cuota mensual oportunamente contratado en virtud de la lista de precios vigente a la venta a la fecha de suscripción de la Solicitud de Ingreso de AMSS será incrementado conforme las siguientes

franjas etarias preestablecidas, las cuales serán debidamente informadas y rigen tanto para el usuario titular como para cada uno de los integrantes de su grupo familiar a su cargo (cf. art. 17 tercer párrafo Decreto 1993/2011 P.E.N. y normas complementarias y modificatorias): La relación de precio entre la primera franja etaria y la última no presenta una variación de más de TRES (3) veces, siendo que la primera franja será la menos onerosa y la última la más onerosa (cf. art. 17 del Decreto 1993/2011 y sus normas complementarias y modificatorias). Asimismo, el importe de la cuota mensual será incrementado por AMSS conforme los aumentos expresamente autorizados por la Superintendencia de Servicios de Salud en su carácter de Autoridad de Aplicación, los cuales serán debidamente informados conforme el Artículo 5o, inciso g) del Decreto No 1993/2011 y sus normas complementarias y modificatorias.

5.- CREDENCIALES. a) Toda vez que AMSS acepte el ingreso del solicitante, el mismo recibirá credencial definitiva, la cual una vez activa, se presentará junto con el Documento de Identidad, cada vez que se requieran servicios contemplados en el plan del asociado. b) La credencial de asociación es personalísima e intransferible, así como los derechos que confiere e identifica al plan al cual está asociado. La facilitación de la credencial para la atención de terceras personas será causal de resolución del contrato, reservándose AMSS el derecho a las acciones legales que considere pertinentes. c) En caso de extravío de su credencial, el asociado deberá notificarlo a AMSS dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la pérdida. Transcurrido dicho plazo, se lo considerará responsable por la eventual utilización dolosa de la misma y se producirá la resolución del contrato si dicha utilización causare un daño a AMSS. La credencial es propiedad de AMSS, y debe ser devuelta en las oficinas de AMSS, en caso de renuncia del asociado, resolución o anulación del contrato.

6.- BAJA TRANSITORIA. Cuando un asociado/ usuario se ausentare del país por un período que supere los noventa (90) días corridos, podrá solicitar la condición de "asociado ausente" mediante la cual se suspende temporalmente el servicio debiendo abonar el veinticinco por ciento (25%) de la cuota correspondiente a efectos de mantener su antigüedad. Este beneficio sólo podrá utilizarse una (1) vez por año calendario de vigencia del plan. Al retornar al país, el asociado acreditará en forma fehaciente su lugar y tiempo de permanencia en el exterior, como paso previo a la regularización del servicio. Este beneficio operará únicamente para todo el grupo familiar no pudiendo optar por el beneficio en forma individual.

7.- PROFESIONALES. a) El asociado tiene derecho de libre elección, en forma exclusiva, excluyente y taxativa entre la totalidad de los profesionales médicos, odontólogos, bioquímicos, centros de diagnóstico y tratamiento, centros de internación y farmacias adheridas, que se encuentren en la cartilla de prestadores contratados por AMSS del plan elegido. b) AMSS no reconocerá ni reintegrará al

asociado pagos realizados a otras instituciones o profesionales que no pertenezcan la cartilla del plan suscripto por el usuario, aún cuando correspondieren a prestaciones que no se pudieren efectuar a través de prestadores de su listado, con la sola excepción de derivación previa expresa por parte de AMSS y siempre que se trate de casos expresamente previstos en el plan suscripto por el asociado/usuario vigente al momento de la prestación. AMSS garantizará la prestación sólo con derivación previa expresa de la auditoría médica. c) AMSS no se encuentra obligada a cubrir por vía de reintegro las prestaciones establecidas conforme Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la Ley 24.901 y sus normas complementarias y modificatorias, siempre y cuando cuente con prestadores especialmente contratados. En caso que el plan contratado tenga el beneficio de reintegro y AMSS autorice la cobertura de un profesional ajeno a su cartilla se reintegrará, a pesar de contar con prestadores propios para esa prestación, conforme los montos que se fijan en la resolución del Ministerio de Salud 428/1999 y sus modificatorias y/o a los valores que tiene convenido con sus prestadores de cartilla.

8.- CAMBIOS DE PLAN. El asociado podrá solicitar su inclusión en planes de mayores o menores prestaciones y/o beneficios, conforme lo dispone la Resolución 163/2018 de la Superintendencia de Servicios de Salud y modificatorias.

9.- COBERTURAS. El detalle de las coberturas del plan y los tiempos de acceso progresivo a las mismas, se rigen en forma exclusiva, excluyente y taxativa de conformidad al presente reglamento y cuadro de cobertura de cada Plan pero de manera subsidiaria a la Ley 26.682 , que serán brindadas exclusiva y únicamente en el territorio nacional. Todo interesado en ingresar a la cobertura médica de AMSS que presente una enfermedad preexistente de acuerdo a las características y alcances previstos en la Ley 26.682 en lo que a enfermedades preexistentes se refiere, podrá acceder a un Plan de cobertura básico que garantizará las prestaciones incluidas en el Plan Médico Obligatorio (PMO) vigente cf. Res.201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL y normas complementarias y modificatorias), siempre y cuando el interesado acepte las condiciones de contratación propuestas en los términos generales del presente, entre otros: Abonar importe complementario de cuota por preexistencia que fije la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación en los términos del Art 10 Ley 26.682. Terminología: i.-Cargo/Copago (CC): importe que debe abonar el usuario para acceder a una determinada prestación médico asistencial. ii.-Tope (CT): Cantidad de prestaciones médico asistenciales cubiertas por plan por año calendario por persona. iii.-Límite (CL): Edad requerida por el asociado/usuario para acceder a la cobertura de una determinada prestación médico asistencial.

10. ACCESO PROGRESIVO: a) Acceso Progresivo: Se define como acceso progresivo (carencias) al período entre el ingreso del asociado al Plan y el momento en que puede comenzar a utilizar los beneficios de todas

aquellas prestaciones que son superadoras y complementarias del Plan Médico Obligatorio (PMO) vigente cf. Res.201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL y normas complementarias y modificatorias)-, detallados en el anexo correspondiente a cada plan y la utilización de la totalidad de los prestadores contratados (cf. art. 10 del Decreto 1993/2011 P.E.N.y normas complementarias y modificatorias). Durante ese lapso, se podrán utilizar todos los prestadores exclusivos para la atención de prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente cf. Res.201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL y normas complementarias y modificatorias)-, identificados en cada cartilla. b) Enfermedades Preexistentes o patologías secuelas: Se entenderá por enfermedad o situación preexistente, aquella que el asociado/usuario y/o su grupo familiar padeciera al momento de suscribir la declaración jurada de estado de salud prevista en el punto 3 del presente. Se entenderá por patología secuelas, aquellas que sean consecuencia de tratamientos médicos de cualquier tipo.. En caso que conforme evaluación efectuada por la auditoría médica de AMSS se determine que el solicitante y/o un asociado del grupo familiar padece una enfermedad preexistente, la cual surge a partir de la declaración jurada suscripta por el titular de la cuenta y/o de la documentación médica correspondiente, AMSS solicitará autorización a la Superintendencia de Servicios de Salud en su carácter de Autoridad de Aplicación para la determinación del valor diferencial conforme lo establecido en el art 10 de la Ley 26.682 y art. 10 del Decreto 1993/2011 P.E.N. y sus normas complementarias y modificatorias. c) Planes con reintegros: Los períodos de acceso progresivo (carencias) para acceder a prácticas por reintegro se aplican también a los cambios a planes de mayor beneficio, no sólo en tiempo de espera sino también en la normativa específica de la práctica a reintegrar y al monto a reintegrar (ej. Ortodoncia, se otorga el reintegro en tres etapas del tratamiento, si se otorgó un reintegro por el inicio del tratamiento, en un plan de inferior cobertura, pierde el derecho a solicitar la diferencia del monto de reintegro por la etapa ya otorgada).

CONTRATO DE COBERTURA DE SERVICIOS MÉDICOS ASISTENCIALES

El presente Contrato contiene las Condiciones Generales de Contratación y de Cobertura Médica que brinda AMSS y que regirán durante la vigencia del mismo; como así también los derechos y obligaciones de las partes. Este instrumento se complementa con los elementos detallados en el punto 12. 1.-GRUPO FAMILIAR: Podrán integrar el grupo familiar primario:

1. a) El titular, que deberá ser una persona con capacidad jurídica de contratar. A cargo del titular, en calidad de usuarios adherentes: Su cónyuge o persona que conviva con el usuario titular en unión de hecho, según la acreditación conforme documentación e información sumaria pertinente expedida por autoridad competente, según cada jurisdicción.
1. b) Hijos del titular, i) hijos del cónyuge o conviviente, solteros, hasta los veinticinco (25) años no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral

y los hijos menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa. ii) Hijos menores de 21 años que desarrollaban una actividad profesional, comercial o laboral y cesan en dicha actividad podrán incorporarse como integrantes del grupo primario a cargo del titular. iii) Hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del usuario titular y que acrediten que se encuentren cursando estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente. iv) Hijos incapacitados con certificado de discapacidad vigente y a cargo del usuario titular, mayores de veintiún (21) años.

2.- BAJAS Y/O MODIFICACIONES DEL GRUPO FAMILIAR:

2. a) BAJAS - El usuario titular es el único autorizado para comunicar la baja de un usuario del grupo familiar y/o su propia baja, mediante la suscripción del formulario pertinente.

2. b) MODIFICACIONES - Los usuarios solteros capaces, integrantes del grupo familiar, conformarán automáticamente una nueva cuenta como usuarios titulares cuando cumplan los 21 años, conservando su antigüedad; debiendo suscribir el reglamento, la solicitud de ingreso y declaración jurada para reconfirmar su nueva calidad de usuario dentro de un plazo de 30 días corridos desde el día de su mayoría de edad, siempre que no se encuentren contemplados en las excepciones previstas en el Art. 14 de la ley 26.682, que deberán ser debidamente acreditadas en el mismo plazo, manteniendo actualizada esta información ante nuestra entidad. - El hijo/a que contrajera matrimonio o inicie relación de concubinato deberá, solicitar la conformación de una nueva cuenta como titular dentro de los treinta (30) días corridos siguientes a la fecha del hecho, para conservar su antigüedad.

AMSS. El recién nacido del grupo familiar usuario a AMSS, podrá ser incorporado al sistema prepago de servicios médicos asistenciales, a partir del momento de su nacimiento. Para proceder a su incorporación en el plazo de (30) días corridos de producido el nacimiento, se deberá presentar su partida de nacimiento, DNI y certificado médico donde conste su estado de salud y el día y hora de su nacimiento y/o cualquier otra información médica complementaria solicitada por AMSS en caso de corresponder. En ese sentido las partes acuerdan que el trámite de asociación del recién nacido es responsabilidad exclusiva del usuario titular.

3-CUOTAS MENSUALES:

3.a) El usuario deberá abonar mensualmente el importe de la cuota del plan al cual se ha asociado. La falta de recepción de la factura del mes en curso, no exime al usuario de la obligación de pagar en término. La cuota se considera por mes calendario no resultando proporcionable por ninguna circunstancia en función de la fecha de alta o baja del usuario con causa en la naturaleza del vínculo de medicina prepaga. En el eventual supuesto que el usuario no hubiere recibido la factura en su domicilio particular, el usuario podrá acceder a la misma en forma electrónica a través de la página: www.sancorsalud.com.ar o pagar la cuota mensual sin factura en los

medios habilitados a tal efecto (Pago Fácil, Rapi Pago y Pago Mis Cuentas y cualquier otro medio que sea informado en la mencionada página web). La fecha de vencimiento de la cuota mensual es la que figura en cada factura. De optar el usuario por el pago posterior a la fecha de vencimiento, se aplicarán automáticamente intereses moratorios y compensatorios por cada día de retraso, monto que se verá reflejado en su próxima factura. 3.b) Mora: Se define como mora la falta de pago de la cuota del mes en curso, a partir de la fecha de vencimiento que figura en el aviso de vencimiento. A partir de dicha fecha, AMSS aplicará un interés compensatorio y punitivo equivalente a una vez y media la tasa activa que para sus operaciones de descuento a treinta (30) días aplica en Banco de la Nación Argentina, con más los gastos administrativos y/o de rehabilitación correspondientes. 3.c) Desde la fecha de vencimiento y hasta el último día del primer mes impago, se exigirá el pago de la cuota vencida. Dicho pago deberá ser abonado con más intereses, gastos administrativos y/o de rehabilitación correspondientes. 3.d) De persistir la mora por tres (3) cuotas íntegras y consecutivas, previa intimación al pago íntegro de las sumas adeudadas, con más sus intereses moratorios y compensatorios, vencido el plazo de diez (10) días hábiles desde la notificación, podrá a resolver el contrato (cf. art. 9 de la Ley 26.682 y art. 9 inc. 2a) del Decreto 66/2019 y normas complementarias y sus modificatorias). 3.e) AUMENTO DE CUOTA: AMSS brinda cobertura médico-asistencial con diferenciación de la cuota por plan y por grupo etario. El titular acepta que el valor de la cuota se incrementará dependiendo del cambio de categoría de cuota de acuerdo a la franja etaria en la que el usuario titular y/o los integrantes de su grupo familiar a cargo se encuentren (cf. art. 17 tercer párrafo Decreto 66/2019 P.E.N. y normas complementarias y modificatorias). Asimismo, el titular acepta que el valor de cuota se incrementará de conformidad con los aumentos que la Autoridad de Aplicación autorice, los cuales serán aplicables a partir del período que establezca dicha Autoridad, incluso en el caso que el usuario que se incorpore, o aquel que siendo ya usuario a AMSS adhiera al Sistema de libre Elección de Obras Sociales (cf. Decreto 66/2019 P.E.N. y normas complementarias y sus modificatorias), para lo cual el usuario, haya efectuado los trámites tres (3) meses previos al inicio de vigencia de la cobertura médico asistencial. Todo impuesto, tasa y/o contribución que grave la cuota del plan y/o los servicios médicos, asistenciales brindados conforme el presente, quedarán a cargo del titular en caso de resultar aplicables conforme la normativa vigente en la materia. 4- SOLICITUD DE BAJA. 4.a) La baja sólo podrá ser solicitada por el titular de la cuenta. 3.b) El titular de la cuenta puede rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a AMSS con treinta (30) días corridos de anticipación. Sin perjuicio de ello y a efectos de evitar el ejercicio abusivo de este derecho, el

mismo podrá ser ejercido solamente una vez por año conforme lo establecido en la normativa vigente en la materia (cf. art. 9 Ley 26.682 y art. 9 inc. 1 Decreto 1993/2011 P.E.N. y normas complementarias y sus modificatorias). Hasta tanto no se cumpla con los mencionados requisitos, el usuario se encuentra obligado al pago de las cuotas correspondientes con más sus intereses moratorios y compensatorios respectivos. También puede hacer uso de la opción de la Baja de Servicios dispuesta por la Resolución 316/2018 de la Secretaría de Comercio. 4.b) Si existieren deudas con AMSS, la renuncia del titular no extinguirá dichas obligaciones, quedando reservado el derecho de exigir judicialmente su pago. 4.c) Si uno o más miembros del grupo familiar a cargo del titular quisieren continuar su asociación a AMSS, para mantener la antigüedad de su cobertura deberán concurrir a nuestras oficinas, dentro de los sesenta (60) días hábiles de la solicitud de baja, para conformar un nuevo grupo (cf. art. 1 Resolución 163/2018 SSSALUD y normas complementarias y sus modificatorias).

5- FALLECIMIENTO DEL TITULAR. El fallecimiento del titular produce la resolución de pleno derecho del contrato con AMSS. Los integrantes del grupo familiar primario del titular fallecido, el cónyuge supérstite, el descendiente de mayor edad o su representante legal, o cualquier otro miembro del grupo familiar a cargo, podrán optar por la continuidad, para lo cual cualquiera de los mencionados deberá constituirse como titular del plan conforme art. 13 del Decreto 1993/2011 (Ref. Dto. 66/2019) y normas complementarias y sus modificatorias.

6- RESCISIÓN Y RESOLUCIÓN DEL CONTRATO. 6.a) El titular de la cuenta pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a AMSS con treinta (30) días corridos de anticipación. Sin perjuicio de ello y a efectos de evitar el ejercicio abusivo de este derecho, el mismo podrá ser ejercido solamente una vez por año (cf. art. 9 Ley 26.682 y art. 9 inc. 1 Decreto 1993/2011 P.E.N. y normas complementarias y sus modificatorias). 6.b) AMSS puede rescindir el contrato con el usuario cuando incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas íntegras y consecutivas, conforme lo establecido en la normativa vigente en la materia (cf. art. 9 Ley 26.682 y art. 9 inc. 2 a) 66/2019 P.E.N. y normas complementarias y sus modificatorias). 6.c) AMSS puede rescindir el contrato con el usuario con justa causa por falsedad u omisión de la declaración jurada en los términos del artículo 961 del CCYCN, conforme lo establecido en el art. 9 de la ley 26.682 y art. 9 inc. b) Decreto 66/2019 P.E.N. y normas complementarias y sus modificatorias. En todos los casos y como requisito indispensable, el usuario deberá reintegrar sus credenciales y las de todo su grupo familiar, responsabilizándose civil y penalmente por el uso indebido de las mismas.

7- DOMICILIO. 7.a) En la solicitud de ingreso el titular constituirá domicilio y denunciará una dirección de correo electrónico que tendrán la calidad de especial,

respecto de su relación jurídica con AMSS, en el cual serán válidas todas las notificaciones y comunicaciones que se le cursaren. Este domicilio subsistirá mientras el titular no comunicare su cambio por los medios habilitados al efecto. 7.b) En el caso de que el usuario hubiere cambiado de domicilio sin ponerlo en conocimiento de AMSS en forma fehaciente, toda comunicación judicial y/o extrajudicial que se le envíe al domicilio anterior será considerada válida a cualquier efecto. 8.-OBLIGACIONES DE AMSS: 8.a) Preservar las condiciones prestacionales para brindar una adecuada protección a la salud. 8. b) Sostener la oferta de prestadores en niveles cuantitativos y/o cualitativos equiparables a la cartilla ofrecida al tiempo de celebrar el contrato bajo un criterio de razonabilidad. 8.c) No resolver el contrato en forma unilateral y sin que se produzcan algunas de las causales expresamente establecidas por el presente Contrato de Cobertura de Servicios Médico Asistenciales y su Reglamento General de Servicios y Condiciones Generales de Contratación, y en virtud de lo establecido conforme la Ley 26.682, decretos reglamentarios y sus modificatorias. 8.c) A ofrecer y sostener un nivel de internación en condiciones similares a aquellas vigentes al momento de la voluntad de contratación.8.d) A no modificar unilateralmente las obligaciones recíprocas entre las partes. 8.e) A preservar la ecuación económica-financiera existente al tiempo de contratar y con ello proteger al sistema prestacional integral. 8.g) En caso de dar de baja algún prestador de cartilla AMSS se compromete a continuar brindando la cobertura en el prestador donde se estaba realizando el tratamiento especializado hasta el alta Médica; el criterio de alta se encuentra exclusiva y excluyentemente sujeto a la evaluación efectuada por la auditoría médica de AMSS. Pasada dicha instancia se continuará el tratamiento con un prestador de cartilla. AMSS se compromete a continuar brindando la cobertura en el prestador donde se estaba realizando el tratamiento hasta el alta Médica, salvo que pueda ser trasladado previa autorización médica a un prestador de cartilla, el criterio de derivación se encuentra exclusiva y excluyentemente sujeto a la evaluación efectuada por la auditoría médica de AMSS. 9- EXCLUSIONES. Quedan expresamente excluidas de la cobertura que AMSS brinda a sus usuarios: Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, accidentes in itinere y todos los casos imputables al usuario y/o a su grupo familiar a cargo, tales como lesiones en riña o contravenciones o delitos tipificados por ley. Internaciones en establecimientos geriátricos y/o residencias, internaciones para cura de reposo, para tratamientos de adelgazamiento o rejuvenecimiento. Dentro de cualquier internación autorizada, quedan excluidos: Cosmetología y podología; objetos para el confort personal tales como aparatos de radio, televisión entre otros o servicios de peluquería o belleza; alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipos para ejercicios o aparatos similares, grupo electrógeno, computadoras o notebooks, todo

requerimiento módulo cama para el acompañante del internado, a excepción de lo establecido en el Plan Médico Obligatorio (PMO) vigente cf. Res.201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL y normas complementarias y modificatorias)- Gastos extras dentro o fuera de la internación que no estén específicamente contemplados dentro de su plan. Cualquier servicio y/o suministro recibido con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del titular y/o usuario bajo el plan al que haya adherido, o después de la terminación de la misma, haya incurrido o no la enfermedad o el daño accidental mientras la cobertura estaba en vigencia. Cualquier servicio y/o suministro no prescripto por un médico integrante de la cartilla de prestadores del plan suscripto por el usuario; cualquier tratamiento de un asociado/usuario que sea proporcionado por un miembro familiar directo del mismo, aunque éste sea un médico, a menos que el mismo pertenezca al listado de prestadores de AMSS. Cualquier servicio y/o suministro proporcionado en relación con cualquier forma de complemento o incremento alimenticio, a menos que sea necesario para mantener la vida de un usuario que padezca de una enfermedad crítica y exclusivamente mientras el usuario se encontrare internado. Internaciones para efectuar exámenes complementarios, análisis, estudios y/o tratamientos de clínica o cirugía que a criterio de la Auditoría Médica de AMSS puedan ser efectuados en forma ambulatoria. Tratamientos de enfermedades crónicas (cardiovasculares, neurológicas, etc.), una vez superados los topes regulados por el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente cf. Res.201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL Y normas complementarias y modificatorias)-. Discapacidad: hidroterapia, curas similares, equinoterapia. Internación o permanencia en internación de estados terminales y/o irreversibles una vez superados los topes previstos en el Programa Médico Obligatorio Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente cf. Res.201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL y normas complementarias y modificatorias)-. Cualquier servicio o suministro que sea experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, incluyendo, pero no limitado a cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, uso de medicamento, dispositivo o suministro. Para ser experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, un servicio o suministro deberá cumplir uno o más de los siguientes criterios: - Que tal suministro o servicio no esté de acuerdo con las normas generalmente aceptadas por la práctica médica en la República Argentina y debidamente autorizado por la Autoridad de Aplicación en la materia (ANMAT); - Que tal suministro o servicio no esté incluido en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente cf. Res.201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL y normas complementarias y modificatorias) - Reposición de sangre y plasma. Factores hematológicos. Transfusiones a domicilio. Drogas o medicación no aprobadas por el Ministerio de Salud y/o Autoridad de Aplicación que lo reemplace:

medicamentos importados, de venta libre, homeopáticos, cosmetológicos o recetas magistrales, ya sean para uso ambulatorio o en internación. Al corriente de los productos autorizados para producción y/o, comercialización, sólo serán reconocidos los productos para las indicaciones que específicamente estén autorizadas por las citadas autoridades regulatorias nacionales. Estudios genéticos con relación al embarazo. Cualquier servicio o suministro proporcionado en relación con el control de la natalidad, salvo lo cubierto específicamente por la normativa vigente (cf. Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente cf. Res.201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL y normas complementarias y modificatorias). Internaciones por afecciones no cubiertas por AMSS. Internaciones posteriores al alta médica se encuentran exclusiva y excluyentemente sujeto a la evaluación efectuada por la auditoría médica de AMSS. Tratamientos u operaciones en etapa experimental no reconocidos por organismos o instituciones oficiales de la República Argentina. Cualquier servicio y/o suministro que no estuviere específicamente declarado como beneficio bajo el presente reglamento y no incluido en el Programa Médico Obligatorio vigente. Material descartable de uso ambulatorio. Tratamiento e internaciones causadas directa o indirectamente por la práctica de deportes de alto riesgo, tales como lesiones derivadas por la participación del usuario como conductor o acompañante en carrera de automóviles, motocicletas, motonáutica, aviación, paracaidismo, aladeltismo, buceo, caza submarina, esquí, etc., como así también las causadas por la práctica de actividades deportivas con carácter profesional o federado. 10-PRESTACIONES INCORPORADAS POR EL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO). Las prestaciones incorporadas luego de la fecha de ingreso a AMSS por imperio del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (P.M.O.E.) Res.201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL y normas complementarias y modificatorias) y sus modificatorias y/o ampliatorias, aplicables a las empresas de Medicina Prepaga por la Ley 24.754, serán brindadas a los usuarios exclusiva y excluyentemente en los prestadores indicados por AMSS para cada plan para las nuevas coberturas incorporadas al Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente -cf. Res.201/02 MSAL, Res. 310/04 MSAL y normas complementarias y modificatorias)-, en los casos que así corresponda. 11- SUBROGACIÓN. Sin perjuicio de los derechos de repetición que le correspondan en forma directa, AMSS podrá subrogarse en los derechos del usuario respecto de la totalidad de los gastos, honorarios y demás servicios médicos, por los cuales haya debido abonar sumas de dinero y/o brindar beneficios directos y/o a través de terceros, en toda situación en la que el usuario tenga derecho a ser resarcido por terceros responsables, inclusive compañías de seguros contratadas por éstos. Esta subrogación operará de manera automática y sin necesidad de notificación alguna, quedando obligado el usuario o sus derechohabientes a facilitar toda información y colaboración que esté a su alcance

para posibilitar el pleno ejercicio de este derecho, siendo responsable de todo acto que lo perjudique. A tal efecto el usuario deberá suscribir toda la documentación que fuera menester. En caso de negativa infundada, será interpretada que asume en forma directa y personal la responsabilidad que fuera imputable a terceros. AMSS también tendrá derecho a recobrar hasta los montos de beneficios efectivamente otorgados, que el usuario obtenga por demanda legal, convenio y/u otros medios, proveniente del tercero responsable o de un asegurado del usuario.

12- DOCUMENTOS QUE INTEGRAN EL CONTRATO. 12.a) La Solicitud de Ingreso, la Declaración Jurada, Cuadro de cobertura de Plan, la Cartilla Médica del Plan, el presente Contrato de Cobertura de Servicios Médico-Asistenciales, el Reglamento General de Servicios y Condiciones Generales de Contratación y toda otra documentación médica que amplíe o complete información acerca del alta del usuario y de su grupo familiar a cargo en caso de corresponder. 12.b) Queda expresamente establecido que la incorporación como usuario al sistema implica la plena aceptación de lo establecido en los documentos referidos precedentemente, que regirán las relaciones entre AMSS por un lado, y el titular de la cuenta y su grupo familiar a cargo en caso de corresponder por el otro, desde el momento de su perfeccionamiento y hasta la finalización de su vigencia. 12.c) Se deja expresa constancia que de forma previa al momento de perfeccionar el contrato el titular ha recibido la totalidad de los documentos aquí indicados que suscribe en dicho acto.

13- COMUNICACIONES. Las notificaciones previstas en el presente podrán realizarse por cualquier medio, como por ejemplo con las facturas mensuales o notas informativas emitidas periódicamente por AMSS remitidas al usuario; inclusive a través de los boletines informativos emitidos periódicamente por AMSS o publicaciones en la página web www.sancorsalud.com.ar . El usuario acepta que toda comunicación enviada por correo electrónico a la dirección denunciada por su parte en oportunidad de su ingreso a la cobertura médico-asistencial, causa efecto de comunicación fehaciente aun cuando el usuario haya optado por modificar dicha información sin notificar previamente a AMSS por los medios habilitados al efecto.

14- BONIFICACIONES: Se encuentran contempladas las siguientes bonificaciones a saber: 14.a) Bonificación por hijo: inclusiones de hijos dentro del grupo familiar hasta los 25 años inclusive; 14.b) Bonificación por forma de pago: elección del asociado de una forma de pago garantizada; 14.c) Bonificación por Responsable Inscripto: surge de la condición fiscal mencionada del asociado y sólo respecto del segmento que no derivan aportes de obras sociales. Se deja constancia que la vigencia de las mismas, serán otorgadas desde el inicio de la cobertura, y la extensión queda sujeta a consideración de cambios en el grupo familiar, cambios en la forma de pago o la condición de facturación.

15- VIGENCIA. El presente contrato será por tiempo indeterminado.

El titular de la cuenta puede rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a AMSS conforme lo establecido en el punto 6 del presente. 15-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 usuario titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo omite notificar previamente a AMSS por los medios habilitados al efecto, el extravío de su credencial y ello produjese un daño a AMSS; b) Si el usuario titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo facilita las credenciales que le fueran entregadas por AMSS a terceras personas a fin de que las mismas utilicen los servicios médico asistenciales cubiertos por el Plan de cobertura contratado; c) Si el usuario titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo solicita los servicios médico asistenciales brindados por AMSS a favor de personas no asociadas a AMSS; d) Si el usuario titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo utiliza indebidamente o con dolo el servicio de prestaciones médico asistenciales del plan de cobertura contratado; e) Si el usuario titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo incurre en una grave inconducta con personal de AMSS y/o cualquiera de sus prestadores; f) Si el usuario titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo incurre en conductas violentas y/o amenazas al personal de AMSS y/o hacia cualquiera de sus prestadores; Acreditado alguno de los supuesto enunciados, AMSS se encuentra facultada a intimar en forma fehaciente al usuario titular y/o suspender la prestación del servicio y/o resolver el contrato con justa causa.

NOTA: Se deja constancia de la recepción del presente Reglamento General de Servicios y Contratación de la Asociación Mutual Sancor Salud aceptando de conformidad el mismo.

Firma:

Aclaración:

DNI: