

**CLÁUSULAS MÍNIMAS QUE DEBERÁN CONTENER LOS CONTRATOS DE  
PLANES DE COBERTURA INTEGRAL ENTRE ENTIDADES DE MEDICINA  
PREPAGA Y USUARIOS**

1. **OBJETO:** el presente contrato tiene por objeto el otorgamiento de prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios y usuarias, a través de una modalidad de asociación voluntaria, mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, con los alcances y extensión de cobertura previstos en el plan contratado.
  
2. **COBERTURA PRESTACIONAL:** la cobertura prestacional contratada, sea su pago con o sin derivación de aportes y contribuciones, incluye en su totalidad y sin excepción las prestaciones médico asistenciales incluidas en el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación, el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad previsto en la Ley N° 24.901 y su normativa complementaria, y toda otra prestación de naturaleza médico asistencial incorporada y/o que se incorpore como obligatoria para las Entidades de Medicina Prepaga en leyes especiales. Asimismo, se encontrarán cubiertas las prestaciones adicionales y los prestadores que se detallan en el contrato, con los alcances y exclusiones que en cada caso se informan. En caso de duda respecto de la interpretación de las prestaciones adicionales detalladas, se interpretará en el sentido más favorable al usuario, considerándose cubierta la prestación de que se trate.
  
3. **CARENCIAS:** el usuario accederá a las prestaciones mínimas obligatorias indicadas en la cláusula de “COBERTURA PRESTACIONAL” sin ningún tipo de restricción y/o períodos de carencia o espera.

Las prestaciones adicionales informadas en el presente contrato se encontrarán sujetas a los períodos de carencia y/o espera que en cada caso se señalan, los que en ningún supuesto podrán superar los DOCE (12) meses. En caso de duda respecto de la interpretación del tiempo en el cual el usuario tiene derecho a

acceder a las prestaciones adicionales detalladas, se interpretará en el sentido más favorable al propio usuario, aplicándose el plazo más corto.

**4. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD:** la declaración jurada de salud que el usuario suscribirá junto con el presente contrato sólo contemplará como preexistencia enfermedades o situaciones cuya prestación o tratamiento se encuentren contemplados dentro la cobertura que el plan contratado abarca.

En caso de cambio de plan, en cualquier momento de la relación contractual, no se exigirá firma de declaración jurada de salud.

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

**6. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS:** La prescripción de medicamentos deberá ajustarse a lo previsto en la Ley N° 25.649, de prescripción por nombre genérico, y su normativa reglamentaria.

La entidad se encontrará eximida de cubrir medicamentos cuya prescripción no se ajuste a la Ley o no se encuentren incluidos en la cobertura prestacional contratada.

**7. PRESTACIONES DE EMERGENCIA:** En caso de duda sobre los alcances de la cobertura del plan contratado, el usuario tendrá derecho a recibir las prestaciones médicas de urgencia y/o emergencia, correspondiendo resolver luego si estas prestaciones se encontraban o no cubiertas.

**8. DERECHO DE EQUIVALENCIA:** Toda modificación de la cartilla de efectores prestacionales que pudiere realizarse durante la vigencia de la relación contractual, garantizará que el usuario conserve en todo momento una adecuada equivalencia de la calidad de los servicios contratados. Si por cualquier causa o razón se excluyere a un prestador de la cartilla contratada con el cual el usuario hubiere iniciado tratamiento, éste tendrá derecho a seguir siendo asistido por dicho prestador hasta el alta médica de la patología existente en el momento de producirse la exclusión, sin costo adicional alguno. No obstante lo expuesto, si los valores se apartan notoriamente del precio de mercado, la entidad podrá solicitar autorización a la autoridad de aplicación a los fines de limitar el pago o reintegro a dicho valor.

**9. FRANJAS ETARIAS:** El valor de cuota del Plan contratado se incrementará en función de la edad del usuario de acuerdo con las franjas etarias establecidas en el presente contrato y/o sus anexos. De consignarse en anexo, éste sólo resultará válido y aplicable si se encuentra firmado por el usuario, o aceptado por medios tecnológicos con validación específica para el caso de contrataciones a distancia, y allí se mencionan explícitamente los valores nominales y/o porcentajes de aumentos previstos para cada franja etaria, así como también los incrementos previstos para los mayores de SESENTA Y CINCO (65) años de edad que tuviesen menos de DIEZ (10) años de antigüedad en la entidad.

La relación de precio entre la franja etaria menos onerosa y la más onerosa no podrá representar una variación de más de TRES (3) veces. De superarse dicho límite, la cuota deberá mantenerse en el tope máximo señalado.

Esta cláusula deberá encontrarse transcrita en tipología y formato adecuadamente legibles para el usuario.

Si no estuviese establecido en el contrato y/o un anexo firmado o aceptado en donde se expliciten las franjas etarias, sus valores nominales y/o porcentajes de aumento, en un todo conforme con lo requerido en el primer párrafo, se interpretará que no se podrán aplicar aumentos por cambio de franja etaria en ningún momento de la relación contractual. La firma y/o aceptación indicadas podrán ser suplidas en contrataciones no presenciales por medios tecnológicos con validación específica.

**10. VALOR DE CUOTA:** El valor de cuota para el plan contratado es el que surge, de manera clara y específica, del presente contrato y/o de los instrumentos anexos suscriptos con él, debiendo en cualquier supuesto consignarse su valor en de modo claro e inequívoco. Sólo podrá ser aumentado por los incrementos que expresamente autorice el MINISTERIO DE SALUD en los términos de los artículos 5º, inciso g, y 17 de la Ley N° 26.682, y luego de cumplirse la notificación prevista en el artículo 5º, inciso g, del Decreto N° 1993/2011 (cfr. Decreto N° 66/2019). Asimismo, cuando se trate de planes con diferenciación de la cuota por franja etaria, se admitirá el cambio de categoría de cuota de conformidad con lo previsto en la cláusula “FRANJAS ETARIAS”.

La factura y/o comprobante de pago y/o documentación equivalente a emitir en cada mes detallará de manera discriminada los montos que correspondan a: (i) cuota pura, (ii) valor diferencial por preexistencia, (iii) impuestos aplicables y (iv) en su caso, montos que son abonados con aportes y contribuciones de la Seguridad Social.

**11. PAGO DE CUOTAS MENSUALES:** La fecha de pago de la cuota mensual será la prevista en el presente contrato y/o sus anexos. No obstante, el usuario contará con un plazo de pago que no podrá ser inferior a CINCO (5) días corridos contados desde el vencimiento de la obligación, para el pago íntegro de la cuota mensual sin cargos ni intereses de ningún tipo. De lo contrario, la entidad se encontrará facultada para cobrar intereses desde la fecha de vencimiento de la cuota originalmente pactada. Sin perjuicio de ello, la entidad podrá prorrogar la fecha de vencimiento de la cuota, siempre que ello no implique imponer cargo adicional alguno al usuario.

Todo incremento de cuota autorizado por la autoridad de aplicación deberá ser notificado al usuario con no menos de TREINTA (30) días corridos de anticipación al vencimiento de la factura correspondiente al mes siguiente. En tal supuesto, el usuario tendrá el derecho de ejercer la facultad rescisoria (darse de baja) hasta el día del vencimiento de la próxima factura, sin que la entidad le pueda reclamar monto alguno correspondiente al mes en que se produjo la baja. En tal caso, la entidad deberá dejar sin efecto la factura previamente emitida, la que no le será oponible al usuario.

## **12. DERIVACIÓN DE APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA SEGURIDAD**

**SOCIAL:** En caso de que, durante cualquier momento de la relación contractual, se abone el valor de la cuota mensual y -según el caso- sus adicionales, total o parcialmente, con la suma de los aportes y las contribuciones que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de la Ley N° 23.660 y/o los correspondientes al Régimen Simplificado Pequeños Contribuyentes, se detallará en el comprobante de pago de la cuota el importe -neto de gastos administrativos- imputado en concepto de aportes y contribuciones que será descontado por compensación. En ningún caso podrá la entidad acreditar y/o entregar total o parcialmente importes de aportes y contribuciones al afiliado, toda vez que los aportes y contribuciones pertenecen al sistema de seguridad social e integran el concepto de solidaridad al cual acceden. Igualmente, en el supuesto de que el usuario cambie de obra social o de entidad de medicina prepaga, o simplemente rescinda el contrato con esta entidad, los aportes y contribuciones señalados quedarán a favor de la entidad que los haya oportunamente percibido.

En el supuesto de que, por cualquier motivo, el Agente del Seguro de Salud respectivo no derivara la suma de aportes y contribuciones correspondiente al usuario, no se afectará en modo alguno la continuidad del contrato, pero el usuario deberá continuar abonando el valor de cuota contratado.

Si, por cualquier causa, se interrumpiere el vínculo del usuario con el Agente del Seguro de Salud, podrá continuar, con o sin su grupo familiar, contratando en forma directa cualquier plan que comercialice al público en general la entidad, conservando la antigüedad que detentasen y sin exigírsele valor diferencial alguno

en concepto de situaciones preexistentes, a excepción de las preexistencias que haya tenido al momento de la contratación originaria las que se mantendrán vigentes, debiendo el usuario abonar el valor íntegro de la cuota correspondiente al plan elegido.

**13. GRUPO FAMILIAR:** Sin perjuicio de los integrantes que conforman el grupo familiar en la presente contratación, podrán incorporarse en el futuro nuevos integrantes en los términos del artículo 14 de la Ley N° 26.682 y su reglamentación sólo cuando su filiación responda a hechos sobrevinientes a la presente afiliación, tales como matrimonio, nacimiento de hijos, otorgamiento de adopción, constitución como tutor/curador, etc., dentro de los SEIS (6) meses de ocurrido el hecho. El o los familiares que no cumplan dicha condición, podrán afiliarse mediante contratación individual.

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

**15. CONTINUIDAD:** Cuando, por cualquier circunstancia, se suscite una modificación en la condición de afiliación del usuario y/o en el tipo de cobertura contratada, éste podrá solicitar la continuidad en la entidad, en cualquiera de los planes comercializados al público en general, conservando su antigüedad, sin exigírsele valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes, salvo aquellas que se hubieren determinado en su afiliación originaria, las que continuarán vigentes en toda su extensión.

Si la normativa aplicable no indicase otro plazo, la solicitud de continuidad deberá realizarse dentro de los SESENTA (60) días de conocido por el usuario el cambio en la condición de afiliación y/o tipo de cobertura.

**16. CAMBIOS DE PLAN:** El usuario podrá, en todo momento, decidir el cambio de plan dentro de los comercializados por la entidad al público en general, sin que dicho cambio se considere como una nueva afiliación y sin exigírsele al titular y/o su grupo familiar valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes, salvo las que se hubieren determinado en su afiliación originaria, las que continuarán vigentes en toda su extensión.

En el caso de cambio a un plan superior, se podrá establecer un plazo de permanencia mínimo allí, que será previamente informado al usuario y nunca será superior a DOCE (12) meses. Del mismo modo, podrá limitarse el acceso a prestadores del nuevo plan, no incluidos en el anterior, por un plazo máximo de hasta DOCE (12) meses, siempre que ello sea previa y debidamente informado al usuario y la misma condición se encontrase prevista para nuevos ingresantes al plan.

**17. RECLAMOS:** En caso de incumplimiento por parte de la entidad a las obligaciones asumidas por el presente contrato, o bien ante conflictos de interpretación de sus alcances, el usuario podrá contactarse con la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, sita en la calle Bartolomé Mitre 434 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1036AAH), Teléfono: (+5411) 4344-2800 / 0800-222-SALUD (72583), [www.sssalud.gob.ar](http://www.sssalud.gob.ar), o bien en cualquiera de sus Delegaciones provinciales, e iniciar el procedimiento administrativo de reclamos previsto en la Resolución N° 75/98 de dicho organismo, o la que en lo sucesivo la sustituya.

Asimismo, podrá realizar los correspondientes reclamos y denuncias por ante las autoridades de Defensa del Consumidor de la jurisdicción cuyos datos a continuación se informan: [TELÉFONO, DOMICILIO, PAGINA WEB Y CORREO ELECTRÓNICO DE LA AUTORIDAD RESPECTIVA]

**18. FALLECIMIENTO:** En caso de muerte del usuario titular, los integrantes del grupo familiar conservarán la cobertura contratada durante un período de DOS (2) meses, contados desde el fallecimiento, sin obligación de efectuar pago alguno. Hasta el vencimiento de dicho plazo, el cónyuge supérstite, el descendiente de

mayor edad o cualquier otro miembro del grupo familiar a cargo, podrán optar por la continuidad pagando los dos meses indicados precedentemente, para lo cual cualquiera de los mencionados deberá constituirse como titular del plan. Del valor de cuota a abonar se detraerá la parte correspondiente al titular fallecido.

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

**19. EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR VOLUNTAD DEL USUARIO:** El usuario podrá rescindir en cualquier momento el contrato de cobertura, sin limitación ni penalidad alguna, debiendo comunicar fehacientemente a la entidad con TREINTA (30) días corridos de anticipación. Dicha comunicación podrá practicarse por medios electrónicos habilitados a tal fin o cualquier otro medio fehaciente y se le otorgará un número de trámite u otra constancia que le permita al usuario acreditar la baja.

La entidad deberá registrar la rescisión del usuario en el momento mismo que éste se la comunique y mantener la cobertura acordada durante toda la vigencia del contrato, que no podrá exceder el plazo señalado en el párrafo anterior, aunque no involucre un mes completo. En este último caso, sólo se cobrará al usuario el proporcional de la cuota respectiva.

Con la conformidad del usuario, la Entidad podrá hacer efectiva la baja en un plazo menor al previsto en el párrafo primero.

No podrá supeditarse el ejercicio de la facultad de rescisión contractual por parte del usuario a la previa cancelación de sumas adeudadas a la Entidad. Sin perjuicio de ello, en caso de que el usuario hubiere rescindido un contrato anterior con la entidad, no podrá incorporarse nuevamente, sea como titular o formando parte de un grupo familiar, sin antes abonar los montos adeudados, con más sus respectivos intereses y recargos correspondientes.

**20. EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR DECISIÓN DE LA ENTIDAD:** La entidad sólo podrá rescindir el contrato con el usuario en los siguientes supuestos:

a) Por falta de pago de TRES (3) cuotas íntegras y consecutivas. En este caso, para poder disponer la rescisión deberá haber intimado, en forma fehaciente al usuario, luego de encontrarse impagas las citadas cuotas y sin perjuicio de cualquier intimación que hubiera cursado previamente, a regularizar el pago íntegro de las sumas adeudadas en un plazo de DIEZ (10) días hábiles. Vencido dicho plazo sin que el usuario regularice la deuda, la entidad deberá comunicar fehacientemente al afiliado la rescisión del vínculo contractual. En cualquier caso, si la entidad optare por no comunicar la rescisión del contrato, se abstendrá de continuar devengando nuevos períodos de facturación más allá de las TRES (3) cuotas debidas, encontrándose sólo facultada a suspender el otorgamiento de prestaciones hasta tanto se regularice la deuda. Lo expuesto lo es sin perjuicio del derecho de la entidad de imputar los pagos parciales primero a intereses y el excedente, si existiese, a la deuda, cuota o período más antiguo.

b) Por falseamiento de la declaración jurada de salud. En este caso, la entidad sólo podrá rescindir el contrato celebrado cuando se verifiquen las siguientes circunstancias que den cuenta de que el usuario no obró de buena fe: (i) el usuario omitió informar una enfermedad o situación preexistente a la afiliación en la declaración jurada; (ii) el usuario sabía de la enfermedad o situación preexistente.

En caso de rescisión por falseamiento de la declaración jurada, la entidad se encontrará facultada para rechazar toda nueva afiliación del usuario o usuaria por un plazo de DOCE (12) meses. En caso de contratación de grupo familiar, únicamente se podrá excluir por falseamiento al integrante respecto del cual se hubiere falseado la declaración jurada, conservándose la afiliación del resto del grupo familiar y reduciendo la cuota en la parte proporcional correspondiente al integrante excluido.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO - CLÁUSULAS MÍNIMAS QUE DEBERÁN CONTENER LOS CONTRATOS DE PLANES DE COBERTURA INTEGRAL ENTRE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA Y USUARIOS

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 9 pagina/s.