



## **REGLAMENTO DE PRESTACIONES Y SERVICIOS**

El presente Reglamento describe las características, servicios, beneficios y normas generales de los Planes Médicos del INSTITUTO MEDICO ASISTENCIAL -IMA- COOPERATIVA DE PROVISIÓN DE SERVICIOS PARA PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR LTDA., en adelante I.M.A., y las instrucciones para una óptima utilización de los servicios.

I.M.A. aplica en la atención de sus sistemas de atención médica el modelo cooperativo y solidario, que identifica a la salud como un bien social, priorizando el concepto humanístico y los valores éticos que deben primar en la relación médico paciente.

Por ello sus planes de cobertura de prestaciones médico – asistenciales contemplan la posibilidad de un fácil acceso a un calificado grupo de profesionales, así como de instituciones sanatoriales del más alto nivel, conformando una organización solidaria de prestigio y calidad para la atención de la salud.

A la excelencia de la Medicina que brindamos, se une la capacidad y experiencia administrativa, que le prestará sus servicios con la máxima eficiencia y cordialidad. Este Reglamento, - y las modificaciones que en el futuro pudieran incorporarse – constituyen el medio de relación entre I.M.A. y el Abonado, por lo que señalamos la importancia de su exacto conocimiento.

### **1. SISTEMA CERRADO**

I.M.A. brinda cobertura mediante sistema CERRADO de salud. En este SISTEMA CERRADO, las prestaciones son brindadas por profesionales, establecimientos asistenciales, centros de diagnóstico y tratamiento, sanatorios, hospitales, farmacias, etc., que integran el Listado Actualizado proporcionado por I.M.A.

En caso de internación, la misma deberá ser ordenada por un médico integrante del Sistema a un sanatorio del Sistema. No se reconocerán honorarios, gastos ni reintegros de ninguna naturaleza por prestaciones realizadas por profesionales y/o instituciones no incluidos en el Listado Actualizado de I.M.A.

Para los casos de consultas, prácticas médicas o internaciones a realizar fuera de los prestadores que están en el listado de IMA; el abonado deberá requerir siempre y en forma previa para su realización la autorización por parte de IMA, la que será extendida por medio de la Dirección Médica o la Jefatura de Prestaciones Médicas de la Cooperativa.

El incumplimiento de dicha condición no dará derecho al ABONADO a petitionar ningún tipo de reintegro por los gastos que hubiera erogado.

## **2. AFILIACION**

**2.1. CALIDAD DE ASOCIADO:** La asociación podrá ser individual o por grupo familiar. Individual: Podrá asociarse a este sistema de medicina prepaga toda persona con capacidad jurídica de contratar, ser residente en la República

Quinta: Sin perjuicio de las exclusiones indicadas en el REGLAMENTO DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE IMA, quedan expresamente excluidas para IMA todos los accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, accidentes in itinere y todos los casos imputables al asociado, tales como lesiones en riña o contravenciones o delitos tipificados por ley, imputables al socio. Internaciones en Argentina y acreditar fehacientemente el cumplimiento del régimen tributario que le corresponda.

El asociado, integrante de un grupo familiar, dado de baja por su titular, para conservar su antigüedad, deberá constituir una nueva asociación, dentro de los treinta (30) días posteriores a dicha baja abonando la cuota desde el momento de producida la misma, de modo de mantener la continuidad de la asociación.

Todos los beneficios relacionados con la maternidad rigen exclusivamente para la asociada en calidad de titular, cónyuge o concubina conforme surge del formulario de Solicitud de Ingreso.

### **2.2. AFILIACIONES NO CORPORATIVAS A TRAVÉS DE OBRAS SOCIALES (LEY 23.660/23.661).**

El afiliado que se incorpore, o aquel que siendo ya afiliado adhiera al Sistema de libre Elección de Obras Sociales, se regirán de conformidad a las pautas establecidas en el siguiente apartado, las cuales prevalecen por sobre lo dispuesto en las restantes cláusulas en tanto se opongan a las presentes. La cobertura de enfermedades preexistentes y/o preexistencias, será brindada exclusivamente por derivación de I.M.A. y/o de la Obra Social a la que se encuentra afiliado, a los profesionales y/o entidades habilitadas expresamente al efecto en todas las especialidades, aun en los planes abiertos. I.M.A. 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 afiliado haya optado para derivar los aportes a I.M.A. sean efectivamente percibidos por esta última, en concepto de contraprestación por la cobertura de salud a otorgar. El afiliado acepta que, por haber elegido un plan de cobertura superador y complementario de PMO, 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 afiliado titular adhiere al Sistema de libre Elección de Obras Sociales y persiste en la mora por un saldo impago equivalente al valor total de la cuota al último día del mes, I.M.A. modificará el plan de cobertura del afiliado por otro que contemple íntegramente los beneficios del Programa Médico Obligatorio. Esta prestación puede ser brindada por prestadores directos de I.M.A. 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. I.M.A. 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 afiliado.

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 I.M.A. de modificar la prestación de servicios a sus cargo ante la morosidad en el pago de sus cuotas, las que se regirán de acuerdo con lo establecido en el presente reglamento general.-

**2.3.- CONDICIONES PARA FORMALIZAR EL INGRESO:** Las personas interesadas en ingresar al sistema de medicina prepaga de I.M.A. deberán suscribir la solicitud de ingreso, con más sus antecedentes clínicos; ambos instrumentos revisten el carácter de declaración jurada 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/o omisión en la declaración jurada en los términos del art. 961 CCyCN, generará sin más el derecho resolutorio y/o de nulidad de la contratación para todos los usuarios 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.

Asimismo, IMA podrá exigir al asociado la restitución del importe de las prestaciones que hubiera efectuado desde el ingreso hasta la fecha de baja. La declaración jurada implica autorizar en forma irrevocable a IMA a solicitar cuanta información estime pertinente a los fines del efectivo control y verificación de los datos allí consignados.

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 I.M.A. 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 asociado. En consecuencia, la inexactitud, falacia o divergencia con la realidad de la información suministrada por el solicitante en dicha declaración generará la aplicación del art. 9 de la ley 26.682 y Art. 9 del decreto 1993/2011, con justa causa. Asimismo I.M.A. podrá exigir del asociado la restitución del importe de las prestaciones que hubiere efectuado I.M.A. desde el ingreso, hasta la fecha de baja. La declaración jurada implica autorizar en forma irrevocable a I.M.A. 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 I.M.A. 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 I.M.A. En el supuesto de ser los prestadores los que se negaren a suministrar la información, el asociado se obliga a requerirla y proveerla a I.M.A. El cumplimiento de tal obligación deberá serlo en el plazo máximo de Setenta y Dos (72) horas de serle requerida.

Perfeccionamiento del ingreso a nuestro sistema de medicina prepaga: El contrato sólo quedará perfeccionado al momento en que I.M.A. el asociado abone la primera cuota del plan elegido. Una vez perfeccionado el contrato de acuerdo a lo estipulado precedentemente, el asociado podrá, rescindir en cualquier momento el contrato sin limitación y sin penalidad alguna debiendo notificar fehacientemente esta decisión a I.M.A. con treinta (30) días 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.

2.4. EL ABONADO TITULAR podrá contratar la cobertura, en su mismo plan, de otros beneficiarios que se llamarán “ABONADOS DEPENDIENTES”.

Se entiende por grupo familiar primario el integrado por: A) el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún (21) años, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso; B) La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación. La convivencia en unión de hecho deberá acreditarse conforme la documentación o información sumaria pertinente expedida por la autoridad competente, según la jurisdicción.”

2.5. No podrá ingresar como Abonado Titular o Dependiente persona mayor de 60 años, salvo en los planes específicamente elaborados para personas que superen esa edad. Las personas mayores de 60 años se podrán incorporar al sistema de I.M.A.; mediante la contratación del/os plan/es previsto/s especialmente para estos casos, el/los que será/n determinados especialmente por la Autoridad de Aplicación o, en su defecto, los que posea IMA debidamente aprobados para tales casos por esa Autoridad.

2.6. En aquellos planes que permitan incorporar al sistema de medicina prepaga, en carácter de familiar ADHERENTE a personas mayores de 60 años y menores de 65 años junto con un grupo familiar, este deberá estar compuesto como mínimo por cuatro (4) personas, la disminución de la cantidad mínima de personas que integran el grupo familiar o la baja del titular del mismo; producirá automáticamente la baja del familiar ADHERENTE.

2.7. Se considera aprobada la SOLICITUD DE INGRESO cuando se notifica al Abonado Titular la aceptación. La remisión de la liquidación mensual de pago equivale a la aceptación.

2.8. Con posterioridad a la afiliación, el Abonado Titular podrá solicitar a I.M.A. la incorporación de otros beneficiarios integrantes del grupo familiar primario, como Abonado Dependiente.

2.9. El recién nacido, de afiliado titular, conviviente o esposa tendrá cobertura de parto por parte de IMA conforme las condiciones del plan al cual se halla afiliado. En los restantes casos IMA no reconocerá la cobertura por parto bajo ninguna circunstancia por cuanto los beneficios se otorgan exclusivamente a los afiliados con las condiciones antes señaladas.- En caso que algún dependiente del afiliado desee obtener cobertura de parto, será condición previa su afiliación como titular.-

2.10. El recién nacido, de afiliadas cuyo parto haya sido cubierto por I.M.A. tendrá la cobertura del plan a que pertenezca su grupo familiar, por el plazo de 48 hs. contados desde el nacimiento. Transcurrido ese plazo, el Abonado Titular deberá solicitar su incorporación como Abonado Dependiente, como condición para tener cobertura.

2.11. La afiliación perdura hasta que I.M.A. o el Abonado expresen su decisión de rescindir, notificando de manera fehaciente a la otra parte. No se requiere causa alguna en los casos de rescisión solicitada por el abonado. 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. La rescisión se producirá de pleno derecho a los (30) treinta días corridos de la notificación. La rescisión efectuada por I.M.A. no otorgará derecho al Abonado a indemnización o resarcimiento por concepto alguno.

2.12. El Abonado Titular deberá abonar los gastos originados por servicios, aranceles y/o gastos incurridos por los abonados Adherentes hasta la fecha de rescisión

2.13. El Abonado Titular puede cancelar, en cualquier momento, la cobertura de los Abonados Dependientes, sin que éstos puedan invocar derechos contra I.M.A.. En estos casos, la rescisión se produce desde la notificación.

2.14. Todo Abonado que deje de serlo, por cualquier causa, debe proceder en forma inmediata a restituir su credencial y/o cualquier otra documentación extendida por I.M.A. que obrare en su poder.

2.15. El fallecimiento del titular no implica la caducidad de los derechos de su grupo familiar integrantes del contrato. En tal caso IMA garantiza a los integrantes del grupo familiar primario la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO) durante un período de DOS (2) meses, contados desde su fallecimiento, sin obligación de efectuar pago alguno. Una vez vencido dicho plazo, 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.

2.16. El usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes de uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, si lo solicita en el plazo de sesenta (60) días desde el cese de su relación laboral o vínculo con la empresa o entidad corporativa en la que se desempeñaba. El sujeto comprendido en el artículo 1º de la presente ley debe mantener la prestación del Plan hasta el vencimiento del plazo de sesenta (60) días. Las personas que ingresen en esta situación serán considerados BENEFICIARIOS NO TITULARES.



2.17. La adquisición de la mayoría de edad; el matrimonio, con o sin autorización paterna; y/o la emancipación por habilitación de edad, modifica parcialmente el contrato en relación a los Abonados Adherentes menores de 21 años quienes pasarán a revestir la categoría de abonado titular, abonando la cuota mensual a dicha condición.

### **3. SUMINISTRO U OMISION DE INFORMACION**

3.1. El aspirante a ingresar como Abonado Titular de cualquiera de los planes de salud de I.M.A. debe completar una SOLICITUD DE INGRESO en la que registre los datos del Abonado Titular y de cada uno de los integrantes del grupo familiar primario que ingresen como Abonados Dependientes.

3.2. Todo aspirante a Abonado Titular y Abonado Dependiente mayor de edad (su actual cónyuge) completará una DECLARACION JURADA sobre su estado de salud y antecedentes en forma veraz, auténtica y exhaustiva.

Los padres deberán completar y suscribir conjuntamente, la DECLARACION JURADA correspondiente a sus hijos menores de edad, aspirantes a Abonados Dependientes.

3.3. Completar verazmente las DECLARACIONES JURADAS es responsabilidad exclusiva de los aspirantes mayores de edad. Las DECLARACIONES JURADAS deberán ser llenadas por los aspirantes sin dejar espacios en blanco. Los espacios en blanco o las respuestas incompletas y/o dudosas serán interpretadas como falsedad o reticencia, según correspondiere.

3.4. Los Abonados Titulares y/o el Abonado Dependiente mayor de edad, deberán comunicar por escrito, en forma fehaciente y dentro de los (30) treinta días de producido, todo cambio en los datos e información suministrada a I.M.A. en las SOLICITUDES DE INGRESO y completar las DECLARACIONES JURADAS.

3.5. Se deben facilitar a I.M.A. todos los informes y elementos de diagnóstico y tratamiento que ésta juzgue necesarios. I.M.A. podrá requerir la realización, para el aspirante a Abonado Titular o los Dependientes, de todos los estudios que estime necesarios. Este deber de información perdura durante todo el contrato.

3.6. Las personas mayores de 55 años, deberán someterse a un examen de preingreso (examen clínico general, análisis de orina y sangre y examen cardiovascular) y a los exámenes complementarios que pudiera determinar el médico que realice el mismo, siendo el costo de ellos a cargo de la persona que solicite su incorporación.

3.7. La suscripción de la SOLICITUD DE INGRESO implica automáticamente la autorización del aspirante a Abonado Titular y su actual cónyuge para que I.M.A. requiera de los profesionales médicos y/o sanatorios y/o hospitales, toda la información que considere necesaria sobre antecedentes médicos del Abonado Titular y/o los integrantes del grupo familiar primario. Esta autorización perdura durante todo el contrato.

3.8. El ocultamiento de la intervención de un profesional, sanatorio o instituto, será considerada, por si sólo, reticencia dolosa, que anula el contrato posterior.

#### **4. RETICENCIA**

**4.1.** Toda declaración falsa u ocultamiento de circunstancias conocidas por los aspirantes a Abonado Titular o Abonado Dependiente mayor de edad, aún hechas de buena fe, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, en caso que I.M.A. las hubiese conocido, hace nulo el contrato en relación a todos los integrantes del grupo familiar primario (Abonado Titular y Dependientes).

**4.2.** I.M.A. deberá impugnar el contrato dentro de los cuatro (4) meses de conocida la omisión o reticencia.

**4.2.1.** No obsta a la posibilidad de impugnar el contrato la circunstancia de que se hubiese prestado cobertura a prestaciones vinculadas con la falsedad u ocultamiento ni percibido cuotas mensuales, luego del conocimiento y hasta el vencimiento del plazo establecido en el párrafo precedente (4.2.).

**4.3.** Si la reticencia fuere dolosa o de mala fe, el Abonado Titular (y/o el Dependiente mayor de edad, si se tratare de su declaración o de los hijos) deberán reintegrar a I.M.A. todos los gastos, por cualquier causa, que se hubiesen realizado por prestaciones desde la celebración del contrato.

**4.3.1.** Si el ocultamiento consistiere en circunstancias que hubieren impedido la incorporación de un Abonado como Dependiente (ej.: edad, emancipación, casamiento, divorcio, separación de hecho, etc.) o del acaecimiento del suceso que obliga al cese de la condición de Abonado Dependiente, se deberán reintegrar a I.M.A. todos los gastos, por cualquier causa, que se hubieren realizado por prestaciones desde la celebración del contrato o el acaecimiento del suceso. I.M.A., además retendrá el importe de todas las cuotas pagadas y tendrá derecho a percibir las que hubieren correspondido al estatus debido del Abonado.

**4.4.** Si la omisión fuere de buena fe, I.M.A. restituirá las cuotas pagadas, previa deducción de los gastos incurridos en el pago de prestaciones.

**4.4.1.** Sólo se considerará que existe buena fe cuando no se hubiere brindado la información requerida en las SOLICITUDES DE INGRESO o en las DECLARACIONES JURADAS por resultar imposible para el Abonado conocerla, actuando con un mínimo de diligencia.

**4.4.2.** las enfermedades preexistentes que fueren omitidas dolosamente falseando la declaración jurada, que de haberse conocido hubiera impedido su ingreso o modificado las condiciones del mismo, podrán ser excluidas de los beneficios. Las demás gozarán de los mismos cumplidos los períodos considerados máximos de carencia de acuerdo a lo establecido en el art. 2° del decreto 0698.

#### **5. PERDIDA DEL CARÁCTER DE ABONADO Y PERDIDA DE COBERTURA**

I.M.A. podrá declarar resuelto el contrato, sin que exista preaviso previo, en los siguientes casos:

**5.1.** Falta de pago en término de tres (3) cuotas mensuales consecutivas.

5.2. Utilización de los servicios, ya sea por el Abonado Titular como por cualquiera de los Dependientes, aún menores de edad, estando en situación de mora.

5.3. Realización o facilitación de simulaciones y/o fraudes referentes a solicitudes de servicios y/o beneficios, en connivencia o no con profesionales de la salud, que posibiliten el pago de prácticas no cubiertas o el pago por I.M.A. de prestaciones más onerosas.

5.4. Facilitar o permitir a terceros no Abonados, ya sea por el Abonado Titular como por cualquiera de los Dependientes, el uso de los servicios que brinda I.M.A., incluyendo el servicio de urgencias a domicilio, mediante el uso de credencial y/o cualquier otra documentación extendida por I.M.A. a sus Abonados Titulares o Dependientes.

5.5. La no denuncia, dentro del plazo de los dos (2) días, del acaecimiento de cualquier circunstancia que provoque el cese de los requisitos para ser Abonado Dependiente. Ello, sin perjuicio de lo establecido en el punto anterior.

5.6. La no denuncia dentro del plazo de cuarenta y ocho horas hábiles del extravío o pérdida de la credencial provista por I.M.A., sea o no utilizada fraudulentamente por terceros.

5.7. La negativa a suministrar la información que se le requiera y que I.M.A. juzgue necesaria para establecer el estado de salud del Abonado o admitir o rechazar tratamientos. Igual sanción tendrá la negativa a someterse a exámenes o juntas médicas.

5.8. Trato agresivo u ofensivo, de palabra o de hecho al personal o profesionales del sistema de I.M.A.

## 6. CUOTAS, FACTURACION, COBRANZAS

6.1 Se informa que el importe de la cuota mensual será incrementado en virtud de la lista de precios vigente a la fecha de ingreso y conforme las siguientes franjas etarias preestablecidas, las cuales rigen tanto para el asociado titular como para los integrantes del grupo familiar a su cargo:

<b>Rango etario</b>	<b>Asociado Individual</b>
<b>1</b>	<b>IND (0 a 20)</b>
<b>2</b>	<b>IND (21 a 30)</b>
<b>3</b>	<b>IND (31 a 40)</b>
<b>4</b>	<b>IND (41 a 50)</b>
<b>5</b>	<b>IND (51 a 60)</b>
<b>6</b>	<b>IND (61 a 65)</b>

La relación de precio entre la primer 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 conforme lo establecido en el art. 17 del Decreto 1993/2011.

Asimismo, el importe de la cuota mensual será incrementado por I.M.A. 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 5°, inciso g) del Decreto N° 1993/2011.



**6.2. I.M.A publicará mensualmente en la página web el valor de la cuota mensual que deberá ser descargada e impresa por el Abonado Titular a los fines de su pago y cancelación al plan que se halla suscripto.- En caso de imposibilidad deberá concurrir a las oficinas de I.M.A. a efectos del retiro de la boleta de pago pudiendo cancelarla en la misma oficina o en las bocas e pago habilitadas a tales fines, no siendo causal de eximición del pago de la cuota mensual la imposibilidad de su impresión, por cuanto el Abonado titular, cuenta con otra opción para el pago y su cancelación.**

**6.3 Las cuotas mensuales de IMA se determinarán de acuerdo al plan elegido por el Abonado y según la constitución del grupo familiar. El importe, periodicidad, fecha de vencimiento y composición de cada cuota correspondiente a cada grupo será fijado por IMA de acuerdo a lo estudios de costos que se realicen en forma periódica respecto de las prestaciones que otorgue a sus abonados; y conforme el plan que corresponda a cada uno y de acuerdo a las normas que disponga la Superintendencia de Seguros de Salud para estos casos; y podrán ser modificados por ésta con una comunicación previa de 30 (treinta) días de producirse la modificación a efectos que el abonado tome conocimiento de la misma y pueda ejercitar la opción de rescindir el contrato con IMA.-**

**Las enfermedades preexistentes se considerarán tales al ser determinadas a la fecha de confección de la declaración jurada de salud y su tratamiento en cuanto a prestaciones y fijación del valor de las cuotas se realizará conforme las disposiciones emanadas de la Autoridad de Aplicación para estos casos**

**6.3. Si el Abonado Titular no recibiera la factura correspondiente a la cuota mensual, o no recibiera la visita del cobrador, en caso de que éste sea el modo de cobro, deberá reclamarla a I.M.A. y pagar el importe correspondiente, a su vencimiento en las oficinas administrativas de la Institución.**

**6.4. El día de pago se considera el día que I.M.A. haya recibido el importe correspondiente, o acreditado en su cuenta el cheque o valor equivalente, o bien, el día que el Abonado lo haya abonado en los Bancos con que I.M.A. tenga convenio especial para el cobro de sus cuotas.**

**6.5. Los Abonados se obligan además, a pagar las órdenes de asistencia (coseguros) que establezca I.M.A. para la utilización de los distintos servicios.**

**6.6. En los planes especiales para empresas, éstas y el Abonado Titular se obligan solidariamente al pago de la totalidad del importe de la cuota correspondiente al plan seleccionado, en las condiciones establecidas en este capítulo.**

## **7. MORA**

**7.1. La mora del Abonado Titular se producirá automáticamente por el mero vencimiento del plazo establecido.**

**7.2. La falta de pago de una cuota mensual produce la suspensión automática de todos los servicios y/o prestaciones, tanto para el Abonado Titular como para los Dependientes. Sólo se reanudarán previo pago de la totalidad de las sumas adeudadas, con más recargo**

equivalente al doble de la tasa que para descuentos de documentos percibe el Banco de la Nación Argentina, desde la mora y hasta el pago.

7.3. La regularización no significa en ningún caso otorgar cobertura a prestaciones médicas requeridas o utilizadas durante el período en que el Abonado estuvo automáticamente suspendido; debiendo respetar los períodos de carencia que tiene determinado IMA para cada plan en particular.

7.4. Las afecciones, enfermedades y/o cualquier dolencia con origen o causa en el lapso de la suspensión de las prestaciones, se haya requerido prestación o no en ese lapso, no tendrán en el futuro cobertura de ninguna naturaleza.

7.4.1. El Abonado Titular y el Dependiente mayor de edad deberán suscribir nuevamente la DECLARACION JURADA, resultando aplicable en este caso lo establecido en los capítulos sobre “AFILIACION”, “SUMINISTRO Y OCULTAMIENTO DE INFORMACION” y “RETICENCIA”.

7.5. En los casos que el Abonado haya autorizado que I.M.A. incorpore a las liquidaciones mensuales conceptos distintos a los de la cobertura de servicios médicos, ya sea por servicios prestados por I.M.A. o actuando éstas como agentes de percepción de prestaciones de terceros, no se considerará total el pago que no contenga las sumas correspondientes a estos conceptos. El pago parcial hace incurrir en mora al Abonado, con todas las consecuencias previstas en este reglamento.

7.6. En los planes especiales para empresas, la mora en el pago por parte de ésta provocará la suspensión de los servicios de la totalidad de los grupos familiares comprendidos, Titulares y Dependientes.

7.6.1. I.M.A. no aceptará pagos parciales por la empresa o el Abonado, integrante de un grupo familiar comprendido, ya sea en un porcentaje del monto total o que se lo pretenda imputar a un grupo o Abonado en particular. No será posible la reanudación del servicio de cobertura en forma parcial.

## **8. ENFERMEDADES PREEXISTENTES**

8.1 Las enfermedades preexistentes se considerarán tales al ser determinadas a la fecha de confección de la declaración jurada de salud y su tratamiento en cuanto a prestaciones y fijación del valor de las cuotas se realizará conforme las disposiciones emanadas de la Autoridad de Aplicación para estos casos

## **9. TIEMPOS DE ESPERA (CARENCIAS)**

9.1. El Abonado deberá cumplir las siguientes carencias (Tiempo de espera), salvo que el plan contratado, o en las condiciones individuales que se pacten en el caso particular, se establezca específicamente un tratamiento distinto, más o menos favorable para el Abonado:

- 9.1.1. Consultas en consultorio y visitas a domicilio: inmediato;
- 9.1.2. Medicamentos, análisis, radiografías, exámenes complementarios de diagnóstico de baja complejidad: 30 días;
- 9.1.3. Exámenes complementarios de diagnóstico y/o tratamiento de mediana complejidad: 90 días;
- 9.1.4. Medicina nuclear, radiocobalto terapia: 180 días;
- 9.1.5. Internación quirúrgica o clínica: 300 días;
- 9.1.6. Maternidad: 300 días. La atención del embarazo, parto, puerperio, etc, será proporcionada después de 200 días del ingreso de la abonada si el parto fuera a término y a los 180 días si fuera prematuro; en ambos casos con el pago de un coseguro de hasta el 50 % del valor de los servicios prestados.
- 9.1.7. Tomografía computada y Resonancia Magnética Nuclear: 300 días;
- 9.1.8. Cirugía cardiovascular y Neurocirugía: 300 días;
- 9.1.9. Procedimientos diagnósticos, angiocardiológicos y/o neurocardiológicos: 300 días;
- 9.1.10. Internaciones quirúrgicas agudas o de urgencia: 30 días;
- 9.1.11 Rehabilitación del Abonado moroso: 180 días.

## 10. CAMBIO DE PLAN MEDICO

10.1 El asociado podrá solicitar por escrito con treinta (30) días de antelación su inclusión en planes de mayores o menores beneficios, reservándose I.M.A. el derecho de aceptar o rechazar la modificación solicitada, en función de la disponibilidad/capacidad/suficiencia del listado de prestadores del plan referido a fin de asegurar la calidad del servicio médico asistencial brindado. La modificación en caso de ser aceptada, tendrá vigencia desde la fecha que determine I.M.A..

10.2 En caso que I.M.A. aprobara el cambio de plan solicitado, para gozar de los beneficios el abonado deberá cumplir con los períodos de carencia del nuevo plan. Mientras esto ocurre, las prestaciones se regirán por las condiciones del plan anterior”

## 11. UTILIZACION DE LOS SERVICIOS

La utilización de los servicios de I.M.A. será efectuada por el Abonado Titular o Dependiente de acuerdo a las instrucciones de este REGLAMENTO, las contenidas en el respectivo PLAN DE PRESTACIONES Y SERVICIOS que haya suscripto y las COMUNICACIONES periódicas.

### 11.1. UTILIZACIÓN DEL SISTEMA

11.1. A) Acceso Progresivo: Se define como acceso progresivo al período entre el ingreso del asociado al Plan y el momento en que puede comenzar a utilizar REGLAMENTO GENERAL DE SERVICIOS Y CONTRATACIÓN los beneficios de todas aquellas prestaciones que son superadoras y complementarias del PMO vigente, detallados en el anexo correspondiente a cada Plan y la utilización de la totalidad de los prestadores contratados. Durante ese lapso, se podrán utilizar todos los prestadores exclusivos para la atención de prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO), identificados en cada cartilla.

B) Enfermedades Preexistentes: En caso que se determine que el solicitante 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 cada uno de los integrantes del grupo familiar con capacidad para contratar, I.M.A. 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.

**C) Planes con reintegros -** Las 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)

**11.2.1.** Cada médico o profesional del Sistema tiene un acuerdo con I.M.A. exclusivamente para la especialidad que figura en el Listado Actualizado y no para otra, aunque la cumpliera en su práctica privada. En ningún caso el Abonado podrá consultar a un médico o profesional del Sistema para una especialidad distinta a la que figura en el Listado actualizado.

**11.2.2. CONSULTAS:** El Abonado debe solicitar turno al profesional elegido, incluido en el Listado actualizado de I.M.A. anexo al presente Reglamento, concurriendo con la credencial correspondiente, último comprobante de pago y documento de identidad.

**11.2.3. EXAMENES COMPLEMENTARIOS:** Previa solicitud de turno, debe concurrir a la Institución o profesional elegido dentro del listado actualizado proporcionado por I.M.A., con su credencial, último recibo de pago, documento de identidad y orden confeccionada, firmada y sellada por el profesional que la ordenó y debidamente autorizada por administración.

**11.2.4. INTERNACIONES:** Deberá concurrir a la administración del Sistema con la solicitud de internación expedida por el profesional actuante, credencial y último recibo de pago. Obtenida la ORDEN DE INTERNACION deberá concurrir con ella, credencial y documento de identidad al Sanatorio derivado.

**11.2.5. INTERNACIONES URGENTES:** Pueden realizarse en los Sanatorios integrantes del Listado sin la orden respectiva, que deberá solicitarse dentro del plazo de cuarenta y ocho (48) horas hábiles posteriores a la fecha de la internación.

## **12. RESPONSABILIDAD POR PRESTACIONES MEDICAS**

Ofreciendo el Sistema de Salud de I.M.A. al Abonado alternativas de libre elección del prestador dentro de un amplio listado, la eventual responsabilidad civil emergente de las prestaciones estará a cargo exclusivo de los prestadores.

## **13. SERVICIOS NO CUBIERTOS**

**13.1. I.M.A.** no brindará cobertura de las enfermedades, tratamientos o prestaciones que se enumeran a continuación, salvo que el plan contratado lo establezca específicamente:

**13.1.1.** Lesiones o intoxicaciones provocadas conscientes o involuntariamente por abuso de medicamentos y/o bebidas alcohólicas, toxicomanías, etc., y sus consecuencias. Las lesiones producidas como consecuencia o en ocasión de los estados derivados de ellas. Las lesiones auto-infrigidadas o las provocadas a otro integrante del grupo familiar básico, Abonado a I.M.A.

13.1.2. Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, u otras similares, y/o sus complicaciones o secuelas.

13.1.3. Lesiones provocadas voluntariamente y/o tentativas de suicidio o que sean consecuencia como autor o participe en actos delictivos.

13.1.4. Lesiones causadas como consecuencia de radiaciones, fenómenos naturales o catástrofes, actos de guerra civil o internacional, declarada o no, insurrección, terrorismo, tumultos populares, maniobras delictuosas o criminales.

13.1.5. Lesiones producidas en accidentes de tránsito.

13.1.6. Cirugía o tratamientos no reparadores de función, ya sean plásticos, estéticos, cosméticos (por ejemplo: cirugía de cara, mamas, lipoaspiración, etc.) aunque los mismos estén justificados por una causa médica. Curas de adelgazamiento, de rejuvenecimiento, de reposo o similares.

13.1.7. Exámenes en salud (“Check Up”), tratamientos quirúrgicos de carácter voluntario y/o preventivo, aunque estén justificados médicamente, y sus complicaciones o secuelas.

13.1.8. La repetición de estudios o prácticas resultantes del cambio de profesional interviniente e inherentes a una misma dolencia.

13.1.9. Gastos de acompañante, excepto en internaciones pediátricas. Transporte de ambulancia en internación no autorizada. Transporte en ambulancia aérea.

13.1.10. La clasificación y estudios en la sangre y/o plasma de los dadores.

13.1.11. Lentes de contacto, pedicuría, gimnasia de cualquier tipo, iconografía, masoterapia. Tratamientos de belleza.

13.1.12. Gastos extras, en internación o fuera de ella. (Ejemplo: gastos de teléfono, alimentos del acompañante, habitación de distinta categoría a la reconocida en el plan, uso de TV, etc.)

13.1.13. Medicina alternativa (Por ejemplo: homeopatía, acupuntura, etc.) aun cuando fuere realizada por profesional con título habilitante. Tratamiento o intervenciones quirúrgicas en etapa experimental. Tratamientos biológicos, sexología, cirugía de cambio de sexo.

13.1.14. La atención de la maternidad de la afiliada que no sea Afiliada Titular o cónyuge actual del Titular que figure como tal, siendo Afiliada Dependiente, en la solicitud de ingreso y que no haya cumplido la carencia correspondiente. En los casos de producirse el parto durante el período de carencia, las prestaciones se facturarán conforme los aranceles vigentes.

13.1.15. Ortodoncia, ortopedia dental, prótesis dentomaxilares e implantes.

13.1.16. En el servicio de farmacia, no se encuentran cubiertos ni tendrán descuento en el precio de venta, los preparados o fórmulas magistrales, los

medicamentos homeopáticos. Los productos alimenticios, nutricionales o dietéticos. Medicamentos y productos de venta libre.

13.1.17. Tampoco se encuentran cubiertos ni obtendrán descuentos en farmacias los cosméticos, productos de perfumerías, de higiene personal, termómetros y todo material necesario para estudios, diagnósticos, tratamiento y/o curación. (Por ejemplo: películas radiográficas, medios de contraste, jeringas, agujas, gasas, etc.).

13.1.18. Los trasplantes de órganos y los estudios y tratamientos preparatorios, salvo aquellos planes que lo cubran con reglamentación específica.

13.2. El criterio del Directorio Médico de I.M.A. es salvaguardar la salud de los Abonados al Sistema y velar por la aplicación racional de los recursos aportados por los mismos, quedando a su exclusivo criterio aprobar:

13.2.1. La pertinencia o no de un método diagnóstico o terapéutico, en especial cuando los mismos se encuentran en una etapa experimental previa a la aprobación por la Comunidad Científica, o bien, existan otros medios con igual finalidad que brindan idéntico resultado.

13.2.2. Gastos correspondientes a consultas y visitas médicas, exámenes, tratamientos e internaciones que por las características del padecimiento o enfermedad no se justifican médicamente.

13.2.3. Internaciones crónicas en pacientes con diagnóstico irreversible de recuperación.

13.2.4 Criterio de Reconocimiento de Prestaciones: Cuando existiera discrepancia en cuanto al criterio de las prestaciones médicas y/o servicios que deba brindar IMA, se estará a las establecidas expresamente en el Plan Médico Obligatorio (PMO), quedando expresamente excluidas aquellas que aún reconocidas por la autoridad de aplicación no estén registradas en el PMO.

## 14. CREDENCIAL Y DOCUMENTACIÓN

14.1 Toda vez que I.M.A. 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 contratados en el plan del asociado.

14.2 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 I.M.A. el derecho a las acciones legales que considere pertinentes.

14.3 En caso de extravío de su credencial, el asociado deberá notificarlo a I.M.A. dentro de las 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 I.M.A.. La credencial es propiedad de y debe ser devuelta en las oficinas de I.M.A., en caso de renuncia del asociado, resolución o anulación del contrato.



## **15. SUBROGACION DE DERECHOS**

**15.1. I.M.A. queda subrogada en todos los derechos y acciones que correspondieren al Abonado Titular o Dependientes, por cobertura de tratamientos recibidos y cuya responsabilidad pudiera ser trasladada de terceros.**

**15.2. Los Abonados Titulares y Dependientes quedan obligados a suscribir toda la documentación que I.M.A. juzgue menester y brindar toda la información que le sea requerida, brindando la colaboración necesaria para efectuar las reclamaciones.**

## **16. MODIFICACIONES DE LOS SERVICIOS Y/O PRESTACIONES**

**16.1. IMA remitirá nota comunicando a todos los Abonados Titulares las modificaciones que se efectúen junto con la aprobación por parte de la Autoridad de Aplicación y dispondrá la exhibición de las mismas en sus oficinas para consulta.**

**16.2. I.M.A. podrá elevar o reducir la cuota mensual, introducir aranceles en las prestaciones del sistema, todo ello de conformidad con lo previsto en la cláusula 6.2. y las disposiciones emanadas de la Autoridad de Aplicación.**

## **17. BAJA TRANSITORIA.**

**17.1. Cuando un asociado se ausentare del país por un período que supere los Noventa (90) días, podrá solicitar la condición de “asociado ausente” mediante la cual se suspende temporalmente el servicio debiendo abonar el 25% de la cuota correspondiente a efectos de mantener su antigüedad. Este beneficio sólo podrá utilizarse una 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.**

### **PROFESIONALES:**

**17.2. El asociado tiene derecho de libre elección, 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 I.M.A. del plan elegido.**

**17.3. I.M.A. no reconocerá ni reintegrará al asociado pagos realizados a otras instituciones o profesionales que no pertenezcan la cartilla del plan suscripto por el asociado, 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 I.M.A. y siempre que se trate de casos expresamente previstos en el plan suscripto por el asociado vigente al momento de la prestación. I.M.A. garantizará la prestación sólo con derivación expresa de la auditoría médica.**

**17.4. I.M.A. no se encuentra obligada a cubrir por vía de reintegro las prestaciones de discapacidad, siempre y cuando cuente con prestadores especialmente contratados. En caso que I.M.A. 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 modificatoria**

## **18. REGLAMENTO, LEY Y JURISDICCION**

**18.1. Este REGLAMENTO, la SOLICITUD DE INGRESO, la DECLARACION JURADA, el LISTADO ACTUALIZADO de profesionales y prestadores, el PLAN DE PRESTACIONES Y SERVICIOS que contrate el Abonado y las COMUNICACIONES que efectúe periódicamente I.M.A. relativas a detalles para el uso de las prestaciones y/o servicios, es ley para las partes.**

**18.2. El domicilio a todos los efectos del contrato del Abonado Titular y Dependientes es el denunciado en la SOLICITUD DE INGRESO, salvo notificación fehaciente de su cambio.**

**18.3. En caso de conflicto las partes se someterán a los Tribunales ordinarios de la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe.**

**El presente reglamento ha sido confeccionado en base a las disposiciones de la ley 26.682, decreto reglamentario 1993/2011, ley 24.240, ley 26.361; decreto reglamentario 1798/1994, disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, del INAES y el Estatuto Social de IMA Coop. Ltda.**