

REGLAMENTO GENERAL DE SERVICIOS Y CONTRATACIÓN

El presente Reglamento contiene las condiciones generales de contratación y de cobertura médica, como así también los derechos y obligaciones de las partes que regirán durante la vigencia de la relación contractual, según sea el caso, que lo vincula a Parque Salud.

Respecto de quienes contratan con la entidad en calidad de usuarios, por razones que hacen a su objeto, a la operatoria de prestación de servicios de salud, y con el fin de garantizar su eficacia, se ha adoptado la modalidad de un contrato de adhesión. Sin perjuicio de ello, el presente Reglamento recepta la normativa que rige la materia: Ley 24.240; Resolución 9/2004 Secretaría de Comercio; Leyes 23.660 y 23.661; Ley 26.529; Ley 26.682; y sus disposiciones reglamentarias, concordantes y modificatorias. Este instrumento se complementa con los elementos detallados en el punto 19.

1. CONDICIONES GENERALES. INTRODUCCIÓN:

1.1. El contrato cuyas cláusulas aquí se reglamentan tiene por objeto brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los socios, a través de la modalidad de asociación voluntaria al sistema pago de adhesión de Parque Salud, así como también la de desregulación para acceder a planes complementarios y superadores del PMO, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, mediante la modalidad de contratación individual.

1.2. El presente Reglamento se ajusta a pautas definidas a fin de proveer: a) La mejor atención médico asistencial al socio; b) La máxima calidad técnica de los efectores de salud contratados conforme al plan elegido; y c) La más eficaz gestión de los recursos sanitarios en función de los principios de accesibilidad, integralidad y solidaridad.

1.3. Ofrece cobertura integral de la salud con las limitaciones previstas por el plan contratado.

1.4. El socio tendrá derecho a la utilización de los servicios médico – asistenciales contratados una vez obtenida la credencial habilitante, de acuerdo a las normas establecidas en el presente Reglamento y en las condiciones particulares de cada plan.

1.5. Los pacientes que requieran tratamientos de alta complejidad que no puedan ser brindados en los centros locales contratados, por razones de infraestructura, o en su defecto, porque no reúnan los requisitos que la auditoría médica de Parque Salud considere necesarios, podrán ser derivados a otras instituciones de acuerdo a las normas insertas en el punto 12.

1.6. El ámbito geográfico de aplicación de las pautas aquí mencionadas, y en general, de la vigencia de la relación contractual, se circunscribe en forma exclusiva a la Provincia de Córdoba.

1.7. Parque Salud ha adoptado para los planes que comercializa la modalidad de ajuste por riesgo según franjas etáreas tal como define el Art. 17 de la Ley 26.682, y la Resolución 419/2012 de la Superintendencia Servicios de Salud. En función de ello, el esquema de cuotas que se ofrece consta respecto de la primera franja etárea (18 a 50 años: cuota base) de distintos segmentos etéreos que incluyen bonificaciones de política comercial. Tales bonificaciones podrán ser suprimidas o modificadas en los casos en que se menciona infra.

2. CALIDAD DE SOCIO:

2.1. La asociación podrá ser individual o por grupo familiar.

2.1.a) Titular individual: Podrá asociarse a este sistema de medicina prepaga toda persona con capacidad jurídica de contratar, con residencia en la República Argentina y que acredite fehacientemente el cumplimiento del régimen tributario que le corresponda.

2.1.b) Grupo familiar: Podrán integrar el grupo familiar:

- El titular, que deberá ser una persona con capacidad jurídica de contratar.
- A cargo del titular, en calidad de integrantes del grupo familiar:
 - Su cónyuge o persona que conviva con el socio titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo, según la acreditación en documentación e información sumaria pertinente expedida por autoridad competente, según cada jurisdicción.
 - Hijos hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del socio titular y que acrediten que se encuentren cursando estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente.
 - Hijos incapacitados con certificado de discapacidad vigente y a cargo del socio titular, mayores de veintiún (21) años.

2.2. Bajas y/o Modificaciones del grupo familiar:

2.2.a) BAJAS

- El socio titular es el único autorizado para comunicar la baja de un integrante del grupo familiar mediante la suscripción del formulario pertinente y/o su propia baja, de acuerdo a las modalidades que se detallan en el punto 4.
- Aquellas bajas parciales que por su trascendencia impliquen un desbalanceo en las obligaciones asumidas y en el cálculo de riesgo previsto para dicha cuenta, implican la formación de un nuevo esquema de costos, cuyas modalidades serán pautadas por Parque Salud.

2.2.b) MODIFICACIONES

- El recién nacido cuya madre esté asociada a Parque Salud deberá ser incorporado al grupo familiar dentro de los treinta (30) días de producido el nacimiento. Se puntualiza que el trámite de inscripción del recién nacido es responsabilidad exclusiva del socio titular.
- 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. El recién nacido podrá ser incorporado al sistema, a partir del momento de su nacimiento y hasta los treinta (30) días posteriores a dicha fecha. Vencido este plazo el menor no será considerado socio de Parque Salud. Para proceder a su incorporación en el plazo antes mencionado (30 días desde su nacimiento), se deberá presentar su partida de nacimiento, DNI y/o cualquier otro dato solicitado por nuestra entidad en caso de corresponder.

2.3. CONDICIONES PARA FORMALIZAR EL INGRESO:

- Las personas interesadas en ingresar al sistema de medicina prepaga de Parque Salud deberán suscribir la solicitud de ingreso, con más su declaración jurada de enfermedades preexistentes y toda otra información requerida por nuestra auditoría médica. El solicitante es personalmente responsable por la información suministrada en su declaración jurada, como así también por la correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo familiar a su cargo. A tal fin la solicitud de ingreso se considera unitaria y la falsedad y/u omisión en la declaración jurada en los términos del art. 961 del CCCN, 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 declarados, constituye la falsedad de su declaración. Se deja expresa constancia que la persona titular de la cuenta, conoce y acepta dicha condición.

- En este sentido, cualquier falsedad, omisión o inexactitud de la misma, deliberada o no, invalidará la condición del socio, sin perjuicio del derecho de Parque Salud a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y sanciones penales que pudieran corresponder.
- Parque Salud sobre la base de esta declaración jurada de enfermedades preexistentes se reserva el derecho de proceder a la determinación de un valor diferencial en los términos del Art. 10 de la Ley 26.682; a la quita de las bonificaciones otorgadas, aplicando valores de cuota base (según Res. 419/2012 Superintendencia de Servicios de Salud), o bien resolver el contrato en los términos del Art. 9 de la mencionada Ley
- Sin perjuicio de ello, se puntualiza que los datos relacionados con la composición del grupo familiar también revisten el carácter de declaración jurada, por lo que cualquier modificación ulterior o pedido de alta durante la vigencia del contrato facultará a Parque Salud a proceder de conformidad con los Arts. 9 o 10 Ley 26.682, o bien a la quita de las bonificaciones otorgadas, aplicando valores de cuota base (según Res. 419/2012 Superintendencia de Servicios de Salud).
- 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 Parque Salud 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 socios. En consecuencia, la inexactitud, falsedad o divergencia con la realidad de la información suministrada por el solicitante en dicha declaración generará sin más la facultad de resolver el vínculo de conformidad con el Art. 9 de la ley 26.682 y Art. 9 del decreto 1993/2011, con justa causa.
- La declaración jurada implica autorizar en forma irrevocable a Parque Salud 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 Parque Salud 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 relacionada con la ejecución de las prestaciones a cargo de Parque Salud. En el supuesto de ser los prestadores los que se negaren a suministrar la información, el solicitante se obliga a requerirla y proveerla a Parque Salud, bajo apercibimiento de generar causal de resolución contractual. El cumplimiento de tal obligación deberá serlo en el plazo máximo de setenta y dos (72) horas de serle requerida.

2.4. INGRESO CON PATOLOGÍAS PREEXISTENTES DECLARADAS:

- El ingresante que padezca alguna patología/sintomatología en curso, o estado de situación, deberá consignarla al momento de solicitar el ingreso, debiendo acompañar todos los antecedentes documentales que se encuentren en su poder (estudios, historia clínica, protocolo quirúrgico, etc.) a efectos de que la auditoría médica de la entidad pueda proceder a la evaluación de los mismos con la mayor celeridad posible. Sin perjuicio de ello, y toda vez que la auditoría lo estime pertinente, podrán requerírsele informes complementarios.
- La auditoría médica de Parque Salud procederá a determinar el valor diferencial sobre la base de lo informado en la declaración jurada, de acuerdo a pautas y principios reconocidos por la autoridad de aplicación.

- Dentro del plazo de 15 quince días, a partir de la presentación de la totalidad de la documentación requerida, será comunicado al ingresante el valor diferencial determinado por la auditoría médica en función de dicha preexistencia.
- Una vez aceptada tal determinación por parte del usuario, así como las modalidades de pago y plazos, se perfeccionará el ingreso de acuerdo a lo establecido infra.
- Frente a cualquier eventualidad se dará intervención a la Superintendencia de Servicios de Salud, de conformidad con lo establecido en los Arts. 10 y 12 de la Ley 26.682 y sus Decretos y Resoluciones reglamentarias.
- De tomar intervención la Superintendencia de Servicios de Salud, así como cualquier otro organismo, y hasta tanto se resuelva la causa que da lugar a dicha intervención, se dará curso al ingreso precario aplicando valores de cuota base (Res. 419/2012 Superintendencia Servicio de Salud) respecto del plan escogido, y ciñéndose la cobertura exclusivamente a lo dispuesto por el Programa Médico Obligatorio (PMO).

2.5. PERFECCIONAMIENTO DEL INGRESO A NUESTRO SISTEMA DE MEDICINA PREPAGA:

- El contrato sólo quedará perfeccionado en el momento en que Parque Salud acepte la solicitud de ingreso y el socio abone la primera cuota del plan elegido, lo que sucederá cuando:
 - a. Parque Salud así lo comunicare expresamente al solicitante previo pago de la primer cuota por parte del socio y,
 - b. Se haga entrega de la credencial.

Una vez perfeccionado el contrato de acuerdo a lo estipulado precedentemente, el socio podrá rescindir en cualquier momento el contrato sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a Parque Salud con treinta (30) días 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.

3. CUOTAS MENSUALES:

3.1. El socio deberá abonar mensualmente el importe de la cuota del plan al cual se ha asociado. La falta de recepción del cupón de pago del mes en curso, no exime al socio de la obligación de pagar en término. La cuota se considera por mes calendario no resultando proporcional por ninguna circunstancia en función de la fecha de alta o baja del socio. En el eventual supuesto que el socio no hubiere recibido el cupón de pago en su casilla de correo, podrá imprimir la misma para su pago desde la página: www.parquesalud.com.ar, o pagar la cuota mensual 'sin factura' en los medios habilitados a tal efecto y cualquier otro medio que sea informado. La fecha de vencimiento de la cuota mensual opera los días 20 de cada mes.

3.2. Mora: La mora consiste en la falta de pago de la cuota del mes en curso, contando además con 10 días extras para abonar posterior a su vencimiento. Desde el primer día del mes siguiente, perderá los beneficios otorgados en el marco del plan superador, reconduciéndose la cobertura al plan básico (PMO) para los planes de carácter Obligatorio (derivación de aportes) y de inhabilitación del servicio para los planes voluntarios.

3.3. De persistir la falta de pago por tres (3) cuotas íntegras/parciales y consecutivas o no, Parque Salud constituirá en mora al socio intimándolo a regularizar el pago íntegro de lo adeudado por 10 días, vencidos los cuales, se procederá a resolver el contrato.

3. 4. En caso que el titular, cuyo contrato haya sido resuelto de conformidad con lo manifestado precedentemente, pretenda reincorporarse a Parque Salud deberá, previa cancelación de la deuda pendiente, cumplir con las condiciones vigentes para los nuevos solicitantes. A tal fin deberá presentar la documentación correspondiente. Parque Salud se reserva la facultad de rechazar el pedido de reincorporación del socio aún cuando cancele la totalidad de la deuda.

3.5. AUMENTO DE CUOTA:

- El titular acepta que el valor de la cuota podrá variar de acuerdo a lo que la autoridad de aplicación autorice, sin perjuicio de la franja etaria en la que el socio se encuentre. Se deja expresa constancia de que los cambios de franja etárea no constituyen un aumento de cuota. El incremento se implementará a partir del período que establezca la autoridad de aplicación, y por ende, de forma inmediata según lista de precios vigente, aún cuando el socio, en el caso de que su condición de afiliación sea obligatoria, haya efectuado los trámites tres meses antes o más, de acuerdo a la normativa vigente. Queda a cargo del titular cualquier impuesto, tasa o contribución que grave la cuota del plan o los servicios médicos – asistenciales.

4. SOLICITUD DE BAJA. RESCISIÓN POR PARTE DEL SOCIO.

4.1. La baja sólo podrá ser solicitada por el titular de la cuenta.

4.2. Los titulares de la cuenta pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a Parque Salud con treinta (30) días 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.

4.3. La solicitud de baja deberá ser solicitada por medio fehaciente disponible. Dicha baja se computará al último día del mes en que se solicite, siempre que sea tramitada hasta el día diez (10) o hábil posterior al mes en curso.

4.4. Si existieren deudas con Parque Salud, la rescisión del titular no extinguirá dichas obligaciones, quedando reservado el derecho de exigir judicialmente su pago.

5. MUERTE DEL TITULAR.

Para los planes de carácter obligatorio, el fallecimiento del titular no implica la caducidad de los derechos de su grupo familiar, integrantes del contrato. Dicho grupo familiar primario, contará con la cobertura del plan PMO durante los tres primeros meses posteriores al deceso, sin perjuicio de lo establecido en cada plan de cobertura contratado.

Para los planes Voluntarios y ante el fallecimiento del titular, su grupo familiar integrantes del contrato podrán solicitar la cobertura bajo un nuevo contrato bajo las condiciones del contrato que formaban parte, siempre y cuando su trascendencia no implique un desbalanceo en las obligaciones asumidas y en el cálculo de riesgo previsto para dicha cuenta, lo que implicaría la constitución de un nuevo contrato, cuyas modalidades serán pautadas por Parque Salud.

6. RESOLUCIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DE PARQUE SALUD.

6.1. Parque Salud puede resolver el contrato con el socio cuando incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas o no, íntegras o parciales, conforme lo establecido por el Art. 9 de la Ley 26.682 del CCCN.

6.2. Parque Salud puede resolver el contrato con el socio con justa causa por falsedad u omisión de la declaración jurada en los términos del Art. 9 de la Ley 26.682 y el Decreto 1993/2011 PEN.

6.3. Además de las causas enumeradas precedentemente, configuran causales de resolución contractual:

- Utilizar la credencial para solicitar prestaciones médicas o beneficios de cualquier tipo destinados a terceros no socios como así también cuando se la utilice para obtener prestaciones para el socio u otros socios que tuvieran suspendidos los servicios o hubieran sido dados de baja;
- Permitir, de cualquier modo, a terceros y a socios, la utilización de la credencial de Parque Salud;
- En forma general, desarrollar cualquier conducta que configure un perjuicio económico indebido para la entidad y su masa de asociados.

7. DOMICILIO Y CORREO ELECTRÓNICO.

7.1. En la solicitud de ingreso el titular constituirá domicilio que tendrá la calidad de especial, respecto de su relación jurídica con Parque Salud. En tanto que la dirección de correo electrónico proporcionada por el titular, será válida para todas las notificaciones y comunicaciones que se le emitan. El domicilio y correo electrónico subsistirá mientras el titular no comunique su modificación por los medios habilitados al efecto.

7.2. En el caso de que el socio hubiere cambiado de domicilio o correo electrónico sin ponerlo en conocimiento de Parque Salud en forma fehaciente, toda comunicación que se le envíe por esos medios será considerada válida a cualquier efecto.

8. CREDENCIALES.

8.1. Toda vez que Parque Salud 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 suscripto.

8.2. La credencial es personalísima e intransferible, así como los derechos que confiere e identifica al plan contratado. La facilitación de la credencial para la atención de terceras personas será causal de resolución del contrato, reservándose Parque Salud el derecho a las acciones legales que considere pertinentes.

8.3. La credencial digital que el socio puede obtener desde el sitio de autogestión, tiene la misma validez que la credencial definitiva.

9. CAMBIOS DE PLAN.

El socio podrá solicitar su inclusión en planes de mayores o menores beneficios, reservándose Parque Salud el derecho de aceptar o rechazar la modificación solicitada, que por su trascendencia implique un desbalanceo en las obligaciones asumidas y en el cálculo de riesgo previsto para dicha cuenta, sin invocación de causa. La modificación en caso de ser aceptada, tendrá vigencia desde la fecha que determine Parque Salud.

10 ACCESO PROGRESIVO:

10.1 Se define como acceso progresivo al período entre el ingreso del socio al plan y el momento en que puede comenzar a utilizar los beneficios de todas aquellas prestaciones que son superadoras y complementarias del Programa Médico Obligatorio (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 del plan anterior identificados en cada cartilla.

11. DERIVACIONES.

Las derivaciones serán facultad exclusiva de la auditoría médica de Parque Salud. El socio o los profesionales tratantes podrán proponer el centro de su preferencia entre los que integran la nómina que corresponda a su plan, pero la decisión reposará exclusivamente en la auditoría médica.

12. OBLIGACIONES DE Parque Salud:

a. Preservar las condiciones prestacionales para brindar una adecuada protección a la salud. Sostener la oferta de prestadores en niveles equiparables a la cartilla ofrecida al tiempo de celebrar el contrato.

b. No resolver el contrato en forma unilateral y sin que se produzcan algunas de las causales expresamente establecidas por la ley 26.682, decretos reglamentarios y sus modificatorias.

c. Ofrecer y sostener un nivel de internación en condiciones similares a aquellas que determinaron la voluntad de contratación.

d. No modificar unilateralmente las obligaciones recíprocas entre las partes.-

e. Preservar la ecuación económica-financiera existente al tiempo de contratar y con ello proteger al sistema prestacional integral.

f. En caso de dar de baja algún prestador de cartilla, Parque Salud se compromete a continuar brindando la cobertura en el prestador donde se estaba realizando el tratamiento hasta el alta médica, a menos que sea factible el traslado a un prestador de cartilla. Pasada dicha instancia se continuará el tratamiento con un prestador de cartilla.

g. Respetar los derechos de los usuarios en tanto pacientes, en particular los derechos de:

- Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socio-económica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

- Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socio-culturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

- Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;

- Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

- Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;
- Información sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.
- Interconsulta médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

15. EXCLUSIONES.

Quedan expresamente excluidas de la cobertura que Parque Salud brinda a sus socios, sin perjuicio de aquellas prestaciones expresamente contempladas en el plan contratado:

15.1. Prácticas y prestaciones no incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y en la Ley 24.901, o que cuya eficacia, a criterio de la entidad, no se encuentren avaladas por la medicina basada en la evidencia.

15.2. Cobertura de prestaciones de neta índole social, o cuidados y acompañamientos que por su naturaleza corresponden a las obligaciones derivadas del derecho de familia.

15.3. Cobertura de alimentación, con excepción de los casos previstos por Ley, los que se encuentran justificados médicamente para pacientes sensibles (Ej. recién nacidos hasta el año de edad), o durante la internación.

15.4. Tratamiento de lesiones o patologías derivadas de accidentes de trabajo, o enfermedades profesionales en el marco de la Ley de Contrato de Trabajo, o cubiertas por ART.

15.5. Cirugía estética o cosmética. Internaciones en establecimientos geriátricos. Internaciones para cura de reposo, para tratamiento de adelgazamiento o rejuvenecimiento. Dietología, cosmetología y podología.

15.6. Tratamientos secuelares, post-quirúrgicos o reintervenciones, derivadas de prestaciones médicas brindadas por otras coberturas, ya sea anteriores o simultáneas a la vigencia del presente contrato. No obstante ello, y de estimarlo pertinente la auditoría médica de la entidad, Parque Salud brindará tal cobertura eximiéndose de cualquier tipo de responsabilidad por las prestaciones no otorgadas por la misma.

15.7. Internaciones para efectuar exámenes complementarios, análisis, estudios y/o tratamientos de clínica o cirugía que a criterio de la auditoría médica de Parque Salud puedan ser efectuados en forma ambulatoria.

15.8. Prácticas o intervenciones experimentales, o que se requieran en el marco de un protocolo de investigación clínica.

15.9. Tratamientos de lesiones o patologías originados en actos delictivos en donde el beneficiario participe en forma activa.

15.10. Autopuestas en riesgo asumidas voluntariamente por el beneficiario, tales como la realización de pruebas y deportes extremos (parapente, paracaidismo, jumping,...).

15.11. Afecciones causadas por desastres sísmicos, inundaciones, guerras, tumultos, huelgas, revoluciones, terrorismo, conflictos laborales.

15.12. Actividades deportivas en forma profesional regidas por asociaciones o entidades regionales y/o municipales, comunales, provinciales o nacionales.

15.13. Tratamiento de lesiones de participar como conductor, acompañante o integrante de grupos de competición, pruebas o demostraciones de pericia o de velocidad de cualquier índole.

15.14. Homeopatía acupuntura y otras prácticas no reconocidas oficialmente por las Universidades, el Ministerio de Salud de la Nación o entidades médicas colegiadas.

15.15. Medicamentos no autorizados por el Ministerio de Salud / ANMAT. Medicamentos para tratamientos distintos de los previstos en la posología autorizada por ANMAT.

15.16. Prótesis miogénicas o bioeléctricas para equipamientos de amputados.

15.17. Exámenes preocupacionales y/o periódicos, y certificados para ingreso a entidades escolares o deportivas privadas o estatales; exámenes de carácter laboral y/o previsional a cargo de terceros conforme a las normas vigentes.

16. PRESTACIONES INCORPORADAS POR EL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO).

16.1. Parque Salud incluye en sus Planes de cobertura médico asistencial, las prestaciones incorporadas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación (Res. 201/2002) y el Sistema de prestaciones básicas para personas con discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificaciones.

16.2. Sin perjuicio de las puntuales coberturas superadoras y complementarias previstas para los planes que así lo prevén, las prestaciones mínimas previstas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), de acuerdo a la normativa citada, pueden ser ampliadas exclusivamente en función del dictamen de la auditoría médica de la entidad, y de acuerdo a criterios de medicina basada en la evidencia.

16.3. Las prestaciones de baja incidencia y alto impacto económico y tratamiento prolongado, incluidas en el Sistema Único de Reintegros (SUR) y previstas en la Resolución 46/2017 de la Superintendencia del Servicio de Salud, no se encuentran incorporadas al Programa Médico Obligatorio (PMO), por lo que su eventual cobertura queda sujeta al dictamen de la auditoría médica de la entidad, y al estricto cumplimiento de los criterios diagnósticos establecidos para el acceso a las mismas. No obstante, el acceso a su cobertura será progresivo, en los términos previstos en el Punto 11.

17. AFILIACIONES NO CORPORATIVAS A TRAVÉS DE OBRAS SOCIALES. PLANES SUPERADORES Y COMPLEMENTARIOS (LEY 23.660/23.661).

17.1. El BENEFICIARIO del sistema del seguro de salud que en virtud de una opción de cambio, contrate con su Obra Social un plan superador o complementario del PMO, cuyas prestaciones sean brindadas por Parque Salud por desregulación, será considerado socio (Obligatorio) en los términos del presente Reglamento. Idéntico tratamiento tendrá aquél que siendo ya socios a Parque Salud, modifique su segmento afiliatorio de Voluntario a Obligatorio. En ambos casos, el vínculo contractual con Parque Salud se regirá de conformidad con las pautas establecidas en el siguiente apartado, las cuales, en caso de discrepancia, prevalecen por sobre lo dispuesto en las restantes cláusulas por el principio de especialidad.

17.2. Por efecto de la desregulación, Parque Salud recibirá de la Obra Social por la que ha optado el beneficiario, el equivalente a sus aportes y contribuciones destinadas al seguro de salud de la Nación, deducidos los gastos administrativos de derivación. En este sentido, Parque Salud aplicará a la cancelación de la cuota los aportes y contribuciones efectivamente recibidos y

derivados por la Obra Social a través de la cual el socio haya optado para realizar la desregulación.

17.3. A su vez, la diferencia entre el importe de su cuota y los aportes efectivamente recibidos, deberán ser abonados por los medios de pago habilitados, a fin de mantener la amplitud prestacional ofrecida por el plan oportunamente suscripto.

17.4. A todo evento, se deja expresa constancia de que el valor de la cuota del plan escogido es el vigente en la lista de precios. La periodicidad en la aplicación de los aportes recibidos como cancelación, parcial o total, de la cuota, no implican en modo alguno una alteración del valor de la misma, ni es generadora de derecho alguno en favor de los socios obligatorios, sobre los que pesa la obligación de cancelar el total de dicha cuota.

17.5. En caso de existir un excedente de aportes, el mismo no estará sujeto a devolución, ni compensación de ningún tipo, toda vez que pertenecen por su naturaleza a la seguridad social, y no son susceptibles de generar créditos o compensaciones de ninguna índole.

17.6. La falta de pago de dos diferencias de cuotas alternadas o consecutivas, implicará la pérdida de los beneficios otorgados en el marco del plan superador, reduciéndose la cobertura al Plan Básico (PMO).

17.7. Esta prestación puede ser brindada por prestadores directos de Parque Salud o terceras entidades contratadas a tal fin.

17.8. Dadas las características propias del sistema de medicina prepaga – facturación por adelantado- y del régimen de Obras Sociales – pago de aportes a mes vencido-, la acreditación de los aportes no necesariamente se corresponderá con la fecha de emisión de factura, 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.

17.9. Parque Salud no reconocerá reclamo alguno respecto del monto y/o demora en la aplicación de aportes a los efectos de la determinación de la diferencia de cuota. Ello, en virtud de que la correcta y oportuna recepción de los mismos depende del empleador, de la Superintendencia de Servicios de Salud, del ANSeS, de la AFIP y finalmente de la Obra Social elegida por el socio.

17.10. Queda en la órbita exclusiva de responsabilidad del beneficiario brindar información atinente a la regularidad en el descuento de aportes y contribuciones por parte de su empleador; y notificar los casos de cambio de trabajo; de desvinculación laboral y de obtención del beneficio jubilatorio.

18 SUBROGACIÓN.

18.1. Sin perjuicio de los derechos de repetición que le correspondan en forma directa, Parque Salud podrá subrogarse en los derechos del socio 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 socio tenga derecho a ser resarcido por terceros responsables, inclusive compañías de seguros contratadas por éstos.

18.2. Esta subrogación operará de manera automática y sin necesidad de notificación alguna, quedando obligado el socio 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 socio deberá suscribir toda la documentación pública que fuera menester.

18.3. En caso de negativa infundada, será interpretada que asume en forma directa y personal la responsabilidad que fuera imputable a terceros. Parque Salud también tendrá derecho a recobrar hasta los montos de beneficios efectivamente otorgados, que el socio obtenga por demanda legal, convenio y/u otros medios, proveniente del tercero responsable o de un asegurado del socio.

19. DOCUMENTOS QUE INTEGRAN EL CONTRATO.

19.1. La solicitud de ingreso, la declaración jurada, credenciales, la cartilla médica del plan, el presente Reglamento y toda otra documentación que amplíe o complete información acerca del alta de los socios.

19.2. Queda expresamente establecido que la incorporación como solicitante al sistema implica la plena aceptación de lo establecido en los documentos referidos precedentemente, que regirán las relaciones entre Parque Salud por un lado, y el titular de la cuenta por el otro, desde el momento de su perfeccionamiento y hasta la finalización de su vigencia.

19.3. Se deja expresa constancia que al momento de perfeccionar el contrato el titular ha recibido la totalidad de los documentos aquí indicados que suscribe en dicho acto.

20. COMUNICACIONES.

20.1. Las notificaciones previstas en el presente podrán realizarse por cualquier medio, remitidas a los socios.

20.2. El socio acepta que toda comunicación enviada por correo electrónico a la dirección denunciada en oportunidad de su ingreso a la cobertura médico-asistencial, causa efecto de comunicación fehaciente aun cuando el socio haya optado por modificar dicha dirección sin notificar previamente a Parque Salud.

21. VIGENCIA.

El presente contrato será por tiempo indeterminado.

El presente Reglamento se encuentra sometido a la aprobación de la Superintendencia de Servicios de Salud.