

I BENEFICIOS

1. CONSULTAS Y PRÁCTICAS AMBULATORIAS EN CONSULTORIOS
 - 1.1. CENTROS MÉDICOS EMERGENCIAS
 - 1.2. CENTROS MÉDICOS EXTERNOS AUTORIZADOS
2. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
 - 2.1. ANÁLISIS DE LABORATORIO EN CENTROS AUTORIZADOS
 - 2.2. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN CENTROS AUTORIZADOS
 - 2.3. EXCLUSIONES
 - 2.4. SALUD MENTAL
 - 2.5. KINESIOLOGÍA
 - 2.6. FONOAUDIOLOGÍA
3. VISITAS MÉDICAS DOMICILIARIAS
4. EMERGENCIAS Y URGENCIAS
5. DESCUENTO EN MEDICAMENTOS
6. TRASLADOS
7. ACOMPAÑANTE
 - 7.1. SERVICIOS INCLUIDOS
 - 7.2. SERVICIOS NO INCLUIDOS
8. UMA
 - 8.1. ATENCIÓN MÉDICA ESPONTÁNEA
 - 8.2. ATENCIÓN MÉDICA CON ESPECIALISTA
9. COBERTURA INDEMNIZATORIA ANTE INTERNACIÓN Y CIRUGÍA

II EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

III COBERTURA

IV CONDICIONES GENERALES DE UTILIZACION DE LOS SERVICIOS

V CREDENCIALES

VI PAGO – MORA – EFECTOS

VII OTRAS SITUACIONES DE BAJA

VIII MODIFICACIONES

IX VIGENCIA DE LOS SERVICIOS

X RENUNCIA – RESCISIÓN

XI HISTORIA CLÍNICA UNICA COMPUTARIZADA EN CENTROS PROPIOS

XII DOMICILIO Y JURISDICCIÓN

XIII FUERZA MAYOR

PLAN SENIOR 10

REGLAMENTO, CONDICIONES Y NORMATIVA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

"International Health Services Argentina" a través de su división Emergencias brinda una cobertura complementaria de su actual sistema de salud, limitada a los servicios médicos expresamente enumerados y descriptos en este reglamento.

Los términos, condiciones, modalidades y procedimientos establecidos en este reglamento y sus anexos regulan la cobertura médica contratada con IHSA S.A

I BENEFICIOS

1. CONSULTAS Y PRÁCTICAS AMBULATORIAS EN CONSULTORIOS

1.1 CENTROS MÉDICOS EMERGENCIAS

A través de su propia red de centros médicos, IHSA S.A, presta los siguientes servicios:

- Consultas en clínica médica, oftalmología, cardiología y ginecología, sin límites, sin carencias y con copago.
- Otras consultas, sin límites, sin carencias y con copago en las especialidades médicas detalladas en la cartilla.
- Prácticas ambulatorias de baja complejidad en consultorio, sin límite, sin carencias y con arancel preferencial a excepción de toma de PAP, colposcopía y electro, que se encuentran incluidas en la consulta.

1.2 CENTROS MÉDICOS EXTERNOS AUTORIZADOS.

Como parte de los servicios del plan y a través de los centros médicos autorizados por IHSA S.A, presta los siguientes servicios:

- Acceso a consultas en clínica médica, oftalmología, cardiología y ginecología, sin límites, sin carencias y con arancel preferencial.
- Consultas en otras especialidades detalladas en cartilla, sin límites, sin carencias y con arancel preferencial.

Para acceder al servicio, deberá solicitar turno telefónicamente con el profesional / especialidad seleccionado. Podrá consultar la nómina de especialidades y Centros de Atención disponibles en cartilla en www.emergencias.com.ar/cartilla.

2 SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DE LABORATORIO EN CENTROS AUTORIZADOS

Comprende aquellos contemplados en el Nomenclador Nacional sin límite, con arancel preferencial y con los siguientes tiempos de espera:

De inmediato

- Análisis clínicos generales

A los 60 días

- Endocrinología y metabolismo
- Hematología

PLAN SENIOR 10

REGLAMENTO, CONDICIONES Y NORMATIVA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

A los 90 días

- Inmunología
- Drogas

A los 120 días

- Bacteriología y virología especializada

2.2 DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN CENTROS AUTORIZADOS

Comprende aquellas prácticas contempladas en el Nomenclador Nacional y que se detallan a continuación, sin límite y con arancel preferencial, con los siguientes tiempos de espera:

De inmediato:

- Ecografía
- Radiología simple
- Radiología contrastada (el arancel del contraste a cargo del paciente)
- Mamografía con o sin proyección axial

A los 90 días:

- Densitometrías
- Estudios cardiológicos (Ecocardiograma, ergometría)
- Estudios neurológicos (Examen funcional laberintico, electroencefalografía)

A los 120 días:

- Tomografía axial computada
- Resonancia nuclear magnética
- Doppler
- Medicina nuclear (Cámara Gamma)

2.3 EXCLUSIONES

Están excluidos de la cobertura del plan:

- Materiales descartables, sustancias de contraste y radioactivas que demanden cualquiera de los estudios de laboratorio y diagnóstico.
- Prácticas de laboratorio y diagnóstico que no figuren en el Nomenclador Nacional ni en el presente reglamento.

Mediante el pago de aranceles preferenciales el asociado podrá realizar en los centros indicados por IHSA S.A, estudios no incluidos en el Nomenclador Nacional o en el presente reglamento. El valor correspondiente a la/s práctica/s será confirmado por el laboratorio o el centro de diagnóstico al socio y deberá ser abonado en el momento.

Este Plan no contempla ningún tipo de servicio de diagnóstico por imágenes ni estudios de laboratorio a domicilio.

Podrá consultar la cartilla completa de Laboratorios y Centros de Diagnóstico disponibles en www.emergencias.com.ar/cartilla.

2.4 SALUD MENTAL

Comprende:

Prestaciones de psicopatología encarándolas como terapias breves, hasta 30 sesiones por asociado y por año calendario sin tiempos de espera y con arancel preferencial.

En caso de que el asociado requiera sesiones que exceden el límite previsto tendrá acceso a las mismas mediante el pago de aranceles preferenciales.

Prestaciones incluidas:

Entrevistas iniciales de orientación y/o admisión, Psicodiagnósticos, tratamientos: individuales vinculares o familiares y grupales, asistencia psicoterapéutica y psiquiátrica (por indicación profesional), tratamientos psicofarmacológicos, psicopedagogía, orientación vocacional.

Exclusiones:

- Demencias y síndromes cerebrales orgánicos
- Retardo mental, moderado, grave y profundo, y psicosis infantiles.
- Pacientes con dos intentos de suicidio y/o dos internaciones previas.
- Alcoholismo y drogadicción (en ambos casos si están incluidos la orientación y asesoramiento a los familiares del paciente).
- Internación
- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Bulimia y Anorexia.

2.5 KINESIOLOGÍA:

Incluye hasta 30 sesiones de kinesiología por año calendario, por persona, con arancel preferencial en prestadores de cartilla y Centros Propios.

2.6 FONOAUDIOLOGÍA:

Cobertura de 10 sesiones de Fonoaudiología por año, por persona, con arancel preferencial en prestadores de cartilla y Centros Propios.

3. VISITAS MÉDICAS DOMICILIARIAS:

La cobertura de este servicio de Atención Médica Domiciliaria es en Capital Federal, Gran Buenos Aires y algunas plazas del interior del país (aplica condiciones) y se presta durante las 24 horas de los 365 días del año. En aquellos casos que, como consecuencia de la atención resultare necesario el traslado, derivación o internación del asociado, el mismo se llevará a cabo hasta el sanatorio, clínica u hospital que corresponda. No se requiere solicitar un turno previo para acceder al servicio y se atiende conforme disponibilidad del médico. Posee Copago.

4. EMERGENCIAS Y URGENCIAS:

IHSA S.A. atenderá a los asociados en su domicilio, en la vía pública o cualquier lugar dentro de la Capital Federal, Gran Buenos Aires y algunas plazas del interior del país (aplica condiciones).

En el Gran Buenos Aires y resto del país la atención será canalizada a través de empresas de primer nivel con las cuales mantenemos convenios de reciprocidad.

Dicha atención se prestará las 24 horas de los 365 días del año en los casos en los que existiera riesgo inmediato para la vida del asociado, y comprenderá la atención, el diagnóstico presuntivo, medidas y/o tratamientos preliminares de emergencias que el personal médico de IHSA S.A. determine, y el eventual traslado en Unidades de Terapia Intensiva Móviles (UTIM) hasta el sanatorio, clínica u hospital que corresponda.

REGLAMENTO, CONDICIONES Y NORMATIVA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Este beneficio se brinda sin copagos y no se requiere solicitar un turno previo para acceder al servicio y se atiende conforme disponibilidad del médico.

5. DESCUENTO EN MEDICAMENTOS:

La credencial de socio habilita al titular del servicio a obtener descuentos hasta el 20% (veinte por ciento) para la compra de medicamentos prescriptos en la red de farmacias habilitadas. Dicho descuento sólo cubre las especialidades medicinales de "venta bajo receta" registradas en el país, que figuren en el manual farmacéutico, cuyas monodrogas y/o principios activos estén comprendidos dentro de lo dispuesto por el Ministerio de Salud, a excepción de las siguientes exclusiones:

- Accesorios de todo tipo
- Agonistas LH-RH
- Alimenticios en general
- Anorexígenos
- Anovulatorios y anticonceptivos
- Antiandrogénicos
- Antiestrogénicos
- Antiglucémicos
- Antineoplásicos (las drogas citostáticas y los antineoplásicos no citostáticos), oncológicos, coadyuvantes en oncología, específicos para tratamiento oncológico.
- Calcitriol
- Cerezyme (enfermedad de Gaucher)
- Cintas reactivas
- Dietéticos
- Disfunción sexual (Masculina y/o Femenina)
- D-nasa (enfermedad fibroquística)
- Eritropoyetinas
- Factor VIII y Antihemofílicos
- Flores de Bach
- Fórmulas magistrales
- Gliadel
- Hemoderivados y sustitutos de la sangre
- Homeopáticos
- Hormonas de crecimiento
- Hospitalarios (aunque figuren en el Manual Farmacéutico)
- Inmunoestimuladores (Ej.: Neupogen)
- Inmunosupresores e inmunomoduladores (Incluye trasplantados)
- Insumos alimentación parenteral
- Interferón
- Isotretinoína
- Acetil carnitina
- Leches de todo tipo
- Material descartable
- Medicamentos para internados
- Medios de contraste
- Perfumería
- Productos para el tratamiento de la obesidad
- Productos para inhibir o producir la fertilidad
- Somatotropina
- Todos los productos que contengan alguna de las siguientes drogas y/o principios activos: Etanercept-Linezolid-Palivizumab.
- Tratamiento de la fenilcetonuria (medicación y alimentación)

PLAN SENIOR 10

REGLAMENTO, CONDICIONES Y NORMATIVA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

-
- Tratamiento del Sida
 - Tratamientos para drogadependientes.
 - Tratamientos para la enfermedad fibroquística del páncreas
 - Venta libre

Para acceder al beneficio deberá presentar prescripción médica debidamente confeccionada, con indicación de la monodroga, credencial identificatoria y DNI. El descuento varía conforme el medicamento y podrá consultar la información con el profesional farmacéutico.

Podrá consultar la nómina de farmacias disponibles en cartilla en www.emergencias.com.ar/cartilla.

6. TRASLADOS:

- Dos traslados por año (1 de internación y 1 de externación)
- Para realizar el traslado de internación o externación CON/SIN médico debe tener una ORDEN/ALTA de su médico de cabecera indicando que se puede realizar el traslado CON/SIN la presencia de un profesional de la salud.
- Los traslados se realizan en la zona de AMBA (aplica condiciones)
- Solo se gestionan traslados terrestres por internaciones programadas.
- La prestación se podrá comenzar a utilizar después de los 60 días de la fecha de alta del servicio.

7. ACOMPAÑANTE:

- En internación o en domicilio hasta 40 horas por año calendario.
- Descuento en acompañante (tiempo extra) con arancel preferencial.
- Módulos de 8 horas.
- Las horas no consumidas en el año calendario, no son acumulables para siguientes períodos.
- Esta prestación se podrá comenzar a utilizar después de los 60 días de la fecha de alta del servicio.
- El servicio se deberá solicitar con un mínimo de 48 horas de antelación.

7.1 SERVICIOS INCLUIDOS

Darle al paciente de comer, beber, elaborar comidas, limpieza de las áreas y utensilios para la preparación de alimentos, asistir en la higiene personal, vestirlo y arreglarlo, aseo de las zonas donde se desarrolla la higiene del paciente, desplazarlo, asistirlo en deambular y/o trasladarse, realizar compras de ser necesario, administrar la medicación oral indicada por el profesional médico, entre otras.

7.2 SERVICIO NO INCLUIDOS

Limpieza del hogar, lavado o planchado de Indumentaria del/los familiares, aseo de objetos personales o muebles dentro del domicilio, etc. Tareas de mantenimiento de prótesis u ortesis. No realizará trámites ni gestiones personales del paciente de ningún tipo. No realizará tareas de enfermería profesional como suministrar medicación vía enteral, parenteral, por catéter central, curaciones complejas.

8.UMA:

REGLAMENTO, CONDICIONES Y NORMATIVA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

8.1 ATENCIÓN MÉDICA ESPONTÁNEA

Consultas médicas virtuales espontáneas durante las 24 horas. del día en 4 especialidades (Clínico / Pediatra / Cardiólogo / Ginecólogo) y el resto de las especialidades con arancel preferencial.

8.2 ATENCIÓN MÉDICA CON TURNOS

Consultas médicas virtuales con turno previo en 4 especialidades (Clínico / Pediatra / Cardiólogo / Ginecólogo) y el resto de las especialidades disponibles en UMA son con arancel preferencial.

9. COBERTURA INDEMNIZATORIA ANTE INTERNACIÓN Y CIRUGÍA

El servicio consta de una cobertura indemnizatoria en casos de cirugía o internación mayor a tres días. El monto a indemnizar será un valor fijo en dinero de acuerdo a la cirugía realizada (Consultar listado de cirugías incluidas) o un valor fijo diario en dinero para internaciones mayores a tres días.

El servicio será provisto por la empresa Seguros Orbis, y no refiere a un reintegro por costos de internación o cirugía, sino a una indemnización con valor fijo ante estos eventos, que podrá ser utilizada tanto para estos como para otros fines.

Serán alcanzados por este servicio aquellos asociados que hayan contratado el vigente plan hasta la edad de 75 años inclusive, y se mantendrá vigente para todos los asociados hasta la edad de 80 años inclusive. Al sobrepasar esta edad el servicio quedará automáticamente sin efecto.

En el caso de incurrir en una cirugía o internación bajo las circunstancias detalladas anteriormente, el asociado deberá comunicarse con el Centro de Atención al cliente de IHSA dentro de los 30 días corridos, en donde se le informará la documentación probatoria necesaria a ser suministrada para hacer efectivo el cobro de la indemnización.

Los asociados no deberán cumplimentar Declaración Jurada de Salud al momento de la incorporación a la cobertura en ningún caso.

9.1. Cobertura indemnizatoria ante cirugía

Carencia Intervenciones Quirúrgicas: Sin carencias.

Preexistencias: No se cubren los eventos que sean consecuencia de afecciones, enfermedades o adicciones existentes a la fecha de incorporación a la cobertura, por un periodo de 12 meses.

Aplica a las cirugías detalladas en el adjunto.

9.2. Cobertura indemnizatoria ante internación

Carencia Renta Diaria por Internación: Sin carencias.

Franquicia: 3 días

Preexistencias: No se cubren los eventos que sean consecuencia de afecciones, enfermedades o adicciones existentes a la fecha de incorporación a la cobertura, por un periodo de 12 meses.

El servicio comprende internación en habitación normal y terapia intensiva. Habida consideración de la carencia respectiva, indemniza los días que el asegurado debe permanecer hospitalizado, siempre y cuando el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de efectuar la internación clínica

REGLAMENTO, CONDICIONES Y NORMATIVA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

se hubiere producido durante la vigencia de la póliza y no corresponda a condiciones preexistentes. Cubre hasta 180 días por año.

Excepciones de indemnización por internación en casos de: Maternidad (hasta 45 post-parto), recién nacido (hasta 30 días), cirugías plásticas, cosméticas o por obesidad. Casos de intento de suicidio, duelo o riña que no sea en legítima defensa, por guerra, rebelión o tumulto popular, práctica de deportes / actividades extremos, utilización y accidente de moto, epidemias o pandemias, acontecimientos catastróficos, curas de reposo.

Consultar detalles sobre cobertura indemnizatoria y listado de cirugías incluidas en:

Condiciones Generales – Seguros Orbis
Resumen de requisitos y montos
Requisitos de Asegurabilidad

Edad Mínima de Ingreso: 14 años

Edad Máxima de Ingreso en el seguro: 75 años

Edad Máxima de Permanencia en el seguro: 80 años

Coberturas

Cobertura	Suma Asegurada	Edad Mínima	Edad Máxima	Permanencia	Periodo de Espera	Limitaciones
Intervenciones Quirúrgicas	\$ 50.000,00				No Aplica	
Renta Diaria por Internación	\$ 2.000,00	14 años	75 años (inclusive)	80 años (inclusive)	3 días de espera	180 días desde inicio

II EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

REGLAMENTO, CONDICIONES Y NORMATIVA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Sin perjuicio de otras limitaciones especificadas en este reglamento en virtud de su naturaleza limitada y complementaria de otras coberturas médicas que posea el asociado, se encuentran expresamente excluidas de los servicios médicos contratados -cualquiera fuera el plan elegido por el asociado- las siguientes prestaciones médicas:

- Internación clínica de cualquier tipo incluso la de urgencia o de emergencia
- Internación quirúrgica
- Terapia intensiva o unidad coronaria
- Maternidad, parto, patología del embarazo
- Tratamiento neonatal
- Tratamiento quirúrgico
- Cirugía cardiovascular
- Trasplantes
- Traslados programados en ambulancias
- Traslados en ambulancia para efectuar estudios complementarios de diagnóstico y tratamiento.
- Hemodiálisis y diálisis peritoneal
- Prácticas en etapa experimental
- Tratamientos de histocompatibilidad, esterilidad, geriatría, obesidad
- Tratamiento de alteraciones y/o enfermedades derivadas de alcoholismo, toxicomanía e intoxicaciones autoprovocadas.
- Tratamientos de lesiones causadas por estado de enajenación mental, en estado de ebriedad o bajo influencia de estupefacientes o alcaloides; lesiones autoprovocadas o causadas por tentativa de suicidio o por la participación en la comisión de delitos o riñas, salvo aquellos casos de legítima defensa.
- Tratamientos por el virus de inmunodeficiencia adquirida
- Prótesis y ortesis de cualquier naturaleza
- Prácticas de alto costo y baja incidencia
- Las prácticas de diagnóstico y laboratorio excluidas en este reglamento
- Las prácticas odontológicas excluidas en la descripción respectiva
- Las especialidades médicas no enumeradas en la cartilla médica y de prestadores
- Rehabilitación psicomotriz y sensorial
- Tratamiento de enfermedades oncológicas
- Tratamiento e internación por trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia)
- Plan materno infantil

III COBERTURA

IHSA S.A. cubre a los asociados dentro de los límites y con las modalidades especificadas en este reglamento, de acuerdo con las particularidades del plan elegido previa y voluntariamente por el mismo, al subscribir la solicitud de ingreso.

IV CONDICIONES GENERALES DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

1. Todos los servicios médicos detallados se brindan exclusivamente en los lugares descriptos en la cartilla de prestadores que es parte integrante de este reglamento como "Cartilla médica", o en los centros que IHSA S.A determine.
2. El asociado deberá observar las normas y reglamentos que dispongan los profesionales, consultorios, laboratorios, centros de diagnóstico y odontológicos adheridos a IHSA S.A.

PLAN SENIOR 10

REGLAMENTO, CONDICIONES Y NORMATIVA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

3. Las prescripciones, recetas, prácticas y procedimientos médicos deben ser indicados de manera exclusiva y excluyente por los profesionales del plantel médico de IHSA S.A, no pudiendo realizarse transcripciones de recetas de otros profesionales.
4. Los planes a que accede el asociado no contemplan en ningún caso reintegros.
5. Al momento de la atención, el asociado deberá presentar, la orden médica debidamente confeccionada por un profesional de nuestra cartilla, el DNI y la credencial de Emergencias.
6. IHSA S.A se reserva el derecho a modificaciones.

V CREDENCIAL

La credencial de cada asociado tendrá carácter personal e intransferible, debiendo ser exhibida por el mismo cada vez que se lo requiera. En caso de pérdida, robo o extravío el asociado deberá comunicarlo al centro de atención al cliente de Emergencias dentro de las 48 horas.

El asociado será responsable de las consecuencias que se produzcan por la omisión de comunicar dichas situaciones, reservándose IHSA S.A. el derecho a disponer la baja del asociado y su grupo y al recupero de los gastos que hubiera ocasionado por efecto de esa situación.

VI PAGO – MORA – EFECTOS

El pago de los servicios será mensual y mediante cancelación anticipada del 1 al 10 de cada mes mediante cualquiera de los procedimientos autorizados por IHSA S.A.

La falta de pago en término implicará mora de pleno derecho sin necesidad de requerimiento alguno y producirá la suspensión de los derechos del asociado sin perjuicio de quedar obligado al pago de intereses a la tasa de redescuento del Banco de La Nación Argentina que por entonces rigiere.

La falta de pago de dos meses de servicios consecutivos o alternados provocará, la baja automática del asociado titular y su grupo previa intimación. La suspensión de los servicios o la baja por falta de pago no libera al asociado de la obligación de abonar lo adeudado, intereses y gastos judiciales.

VII OTRAS SITUACIONES DE BAJA

En cualquier situación IHSA S.A. podrá disponer la baja del asociado y su grupo, sin derecho a compensación o indemnización alguna, por las siguientes causas:

- Uso indebido, doloroso o fraudulento de los servicios médicos contratados.
- Utilización indebida de los servicios.
- Utilización de los servicios encontrándose en mora.
- Uso de los servicios por terceros no asociados.
- Falta de denuncia en caso de pérdida o extravío de las credenciales.

VIII MODIFICACIONES

1. IHSA S.A. podrá modificar parcialmente la nómina de Prestadores y Prestaciones incluidos en cartilla y reglamento, siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura ni importe un desmedro en la calidad de los servicios contratados. Las modificaciones podrán deberse, entre otras causas, a incremento de costos y/o servicios, cambios tecnológicos, extinción de contratos con prestadores, imposibilidad de renovación de contratos, inhabilidades

REGLAMENTO, CONDICIONES Y NORMATIVA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

del prestador (personales y jurídicas), servicios defectuosos y cualesquiera otras causas de similar envergadura que impidieran la prestación de servicios satisfactorios y adecuados. Estas modificaciones serán comunicadas con no menos de 30 días corridos de antelación, pudiendo el asociado rescindir el servicio sin cargo, en caso de no aceptarlas, comunicando de manera fehaciente su decisión.

2. IHSA S.A. se reserva el derecho de modificar el precio de las cuotas, de los coseguros (aranceles complementarios) y/o incluir coseguros en prestaciones y/o en planes que no lo contemplaran inicialmente. Tales variaciones se comunicarán a los asociados titulares con una antelación mínima de 30 días corridos a su entrada en vigencia. Las mencionadas modificaciones podrán responder, entre otras causas fundadas, a: incremento de costos y/o servicios (medicamentos, prácticas, insumos, mantenimiento, impuestos, tasas y servicios, costos laborales, honorarios profesionales, seguridad social, devaluación, inflación, etc.), incorporación de nuevas tecnologías, prestaciones y/o prestadores. Frente a estas y otras causas, de no producirse variaciones en el precio de las cuotas, de los coseguros y/o la inclusión de estos últimos, se generaría un desequilibrio en la relación entre las partes, y una disminución en la calidad del servicio, con el consiguiente perjuicio para el asociado, ya que podría implicar un desmedro en las prestaciones comprometidas. Estas modificaciones serán comunicadas con no menos de 30 días corridos de antelación, pudiendo el asociado rescindir la vinculación, comunicando su decisión de manera fehaciente.

IX VIGENCIA DE LOS SERVICIOS

Los asociados podrán utilizar los servicios correspondientes al plan elegido a partir de la fecha que indique la solicitud de incorporación y la misma se encuentre aprobada, fecha que también se tomará como inicio de los plazos de espera que estén expresamente indicados para algunas de las prestaciones contratadas.

X RENUNCIA – RESCISIÓN

1. El asociado podrá rescindir este convenio de servicios médicos en cualquier momento, sin expresión de causa y sin que genere derecho a indemnización o compensación alguna y producirá efectos a partir de la comunicación fehaciente de dicha decisión a la otra parte.
2. El asociado podrá ejercer este derecho de renuncia si no se encuentra en mora en el pago de los abonos mensuales o de cualquier otra obligación a su cargo, debiendo en tal caso entregar de manera inmediata su credencial.
3. La renuncia comunicada con posterioridad al día 10 del mes, no da derecho al reintegro del abono de dicho mes.

Para rescisión deberá comunicarse al Centro de Atención al Cliente.

XI HISTORIA CLÍNICA ÚNICA COMPUTARIZADA

Los motivos de consulta, antecedentes médicos, prescripciones y todo otro dato relevante para la salud del asociado se registran en forma detallada en una Historia Clínica Médica Computarizada, sin costo adicional.

REGLAMENTO, CONDICIONES Y NORMATIVA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

El asociado autoriza el acceso a esta Historia Clínica por parte de los médicos o especialistas de IHSA S.A, en cualquiera de los lugares de atención y en oportunidad de cada consulta, o bien por requerimiento judicial o autoridad competente. Este documento en soporte magnético se constituye en el único documento de historia clínica que se conserva en nuestros archivos.

XIII DOMICILIO Y JURISDICCIÓN

A todos los efectos que pudieren corresponder las partes constituyen domicilios: IHSA S.A. en el domicilio de su administración central, sito en Avenida Melián 2752, CABA y el asociado en el registrado en su solicitud de ingreso, en los cuales serán válidas todas las comunicaciones y notificaciones que se cursen y que subsistirán en tanto no exista una comunicación fehaciente de cambio o modificación.

Para el caso que fuera necesario dilucidar cuestiones judiciales ambas partes se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Ordinarios con asiento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con renuncia a todo otro fuero y jurisdicción.

XIV FUERZA MAYOR

La prestación de los servicios médicos contratados quedará suspendida en todos sus efectos, en caso de cataclismos, desastres climatológicos, catástrofes epidémicas, revoluciones, guerras, huelgas generales, de lock out, apagones generalizados y, en general, por la ocurrencia de aquellos hechos que puedan ser considerados caso fortuito o fuerza mayor, eximiendo de responsabilidad a IHSA S.A.