

PLAN 450

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Para quien desee incorporarse como socios a este PLAN DE COBERTURA INTEGRAL, deberán aceptar estos términos y condiciones.

Estos términos y condiciones complementan el “Formulario de solicitud de afiliación” y la “Declaración Jurada de Salud” que suscribís al momento de solicitar la incorporación a este Agente del Seguro de Salud el que comprende los siguientes capítulos:

1. DEFINICIONES.
2. AFILIACIÓN, MODALIDADES, CONSENTIMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.
3. CONDICIONES GENERALES - CLÁUSULAS ADICIONALES - SERVICIOS Y COBERTURA MÉDICO ASISTENCIAL - COMO UTILIZAR EL SERVICIO.
4. TARIFAS.
5. CONDICIONES GENERALES - CLÁUSULAS MÍNIMOS - RESOLUCIÓN 2400/2023 SSS.
6. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS DE SALUD.

1. DEFINICIONES

1.1 FORMAS DE AFILIACIÓN: la incorporación a OSDE se puede realizar a través de distintas modalidades dentro de los términos de las leyes 23.660, 26.882 y sus normas complementarias.

1.1.2 ASOCIACIÓN VOLUNTARIA: es aquella por medio de la cual el afiliado abona el valor total del plan comercial.

1.1.3 ASOCIACIÓN MEDIANTE DERIVACIÓN DE APORTES Y CONTRIBUCIONES: es cuando los aportes y contribuciones de ley alcanza solo una parte del plan superador de cobertura elegido quedando a cargo del afiliado y/o la empresa empleadora la diferencia existente entre el valor del plan comercial y los aportes y contribuciones derivados.

1.1.4 APORTES Y CONTRIBUCIONES: los aportes son las retenciones que realiza la empresa al trabajador a través de su recibo de sueldo mientras que las contribuciones son el tributo que paga la empresa, conforme los porcentajes establecidos por la normativa vigente (Ley 23.660).

Los aportes y contribuciones son de carácter obligatorio y no son pasibles de devolución, tanto para la empresa como para el trabajador.

La derivación de ambos conceptos a OSDE generan, a favor del trabajador, el derecho a acceder a las prestaciones médico asistenciales expresamente establecidas en el Programa Médico Obligatorio, conforme términos de la Resolución 201/02 del Ministerio de Salud, concordantes, complementarias y reglamentarias.

Los aportes y contribuciones podrán unificarse en caso de pluriempleo y/o sumatoria de aportes entre dos o más personas del mismo grupo familiar.

1.1.5 PLAN SUPERADOR: es aquel que OSDE comercializa al público en general brindando cobertura de prestaciones superadoras a las contempladas en el PMO (Plan Médico Obligatorio).

1.1.6 TITULAR DE LA AFILIACIÓN: se considera titular al responsable de pago de cada grupo familiar. Asimismo, reviste dicho carácter el trabajador que a través de una empresa se incorpora a OSDE a fin de obtener los servicios de prestaciones médicas asistenciales que esta ofrece. El titular mantiene dicho carácter durante el tiempo que subsista el contrato de trabajo, la relación de empleo o cuando por un acuerdo de desvinculación laboral el afiliado se incorpore como socio directo.

1.1.7 AFILIADO: es toda persona física que se incorpora a OSDE y recibe como contraprestación los servicios médico asistenciales correspondientes al plan de cobertura elegido.

1.1.8 GRUPO FAMILIAR: se considera grupo familiar primario el integrado por el cónyuge o concubino 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 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. Los hijos conformarán el grupo familiar de la presente contratación hasta que alcance la edad de 25 años inclusive.

2.- AFILIACIÓN, MODALIDADES, CONSENTIMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

2.1 CONDICIONES//AFILIACIÓN: para quienes se incorporen a un plan superador, ya sea por derivación de aportes o en forma voluntaria la solicitud y los antecedentes de salud tienen carácter de declaración jurada, reservándose OSDE el derecho de rescindir la afiliación en caso de falsedad o inexactitud de los datos consignados.

a. La adhesión al plan superador seleccionado quedará perfeccionada (Art. 980 CCyC) una vez que la afiliación sea aceptada por OSDE.

b. Si la afiliación se produce mediante sistema electrónico, OSDE guardará y conservará una foto del DNI de quien solicite la adhesión a los planes superadores de salud comercializados al público en general.

c. En caso de optar por validar tus datos personales mediante la validación de datos biométricos, prestás consentimiento como titular de los datos para que OSDE en su carácter de cesionario confronte tus datos personales que se indican en párrafo siguiente con la base de datos del RENAPER, conforme a las especificaciones que a continuación se detallan: el presente consentimiento para el tratamiento de tus datos personales alcanza a los incluidos en tu Documento Nacional de Identidad (incluyendo datos biométricos de huella dactilar y de reconocimiento facial en confronte con lo que informa el web service del REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS. a. Los datos serán tratados con la exclusiva finalidad de validar tu identidad y verificar la vigencia de tu Documento Nacional de Identidad para OSDE b. Los datos confrontados serán destruidos una vez verificada la validez del Documento Nacional de Identidad y validada la misma, no pudiendo ser

almacenados. c. Los datos son facilitados con carácter obligatorio, por cuanto es imprescindible identificar fehacientemente al titular, para asegurar el correcto proceso de identificación. d. El titular de los datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de sus datos en cualquier momento y a su sola solicitud ante el RENAPER. e.- En cumplimiento de la Resolución AAIP N° 14/2018, le hacemos saber que la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales.

2.2 DECLARACIÓN JURADA DE SALUD: la declaración jurada de salud que el afiliado suscribe junto con el presente contrato sólo contemplará como preexistencia enfermedades o situaciones cuya prestación o tratamiento se encuentren contemplados dentro la cobertura que el plan contratado abarca. En los casos de situaciones preexistentes del titular y/o un integrante del grupo familiar, la afiliación comenzará a brindarse una vez que la autoridad de aplicación se expida respecto al valor establecido por OSDE o cuando el asociado titular manifieste conformidad con el valor diferencial provisorio determinado por esta organización. No se exigirá una nueva declaración jurada de salud cuando se realice un cambio de plan siempre y cuando se mantenga la continuidad de la afiliación.

2.3 REINCORPORACIÓN: en caso de existir una deuda por cuotas impagas de una afiliación anterior, se informa que para acceder a la nueva contratación el solicitante deberá abonar la totalidad de la deuda y suscribir una nueva declaración jurada de salud.

2.4 CAMBIO DE PLAN / PERMANENCIA MÍNIMA: cuando se opte por ascender un plan, se deberá contar con una antigüedad de afiliación mayor a 12 meses. Al realizarse el cambio, no habrá tiempo de espera para acceder a las prestaciones del nuevo plan superador

a. Los cambios tendrán vigencia a partir de la fecha de presentación o del 1° día del mes siguiente (según opte el afiliado). La opción de cambio comprende, sin excepciones, a la totalidad del grupo familiar. No procederá cambio de plan alguno cuando exista deuda.

b. Para el descenso de plan, se deberá permanecer como mínimo 12 meses en el plan.

2.5 DOBLE AFILIACIÓN PROHIBICIÓN: se aclara que, de conformidad con lo dispuesto en el Dec. 292/95, Dec. 1608/04 y concordantes, ningún beneficiario del Sistema Nacional del Seguro de Salud puede estar afiliado a más de un Agente de Salud, ya sea como beneficiario titular o como miembro del grupo familiar primario. En tal sentido, OSDE se reserva el derecho a rescindir la contratación del afiliado que registre 2 (dos) obras sociales al mismo tiempo.

2.6 PROTECCION DE DATOS PERSONALES: los datos aportados forman parte de un banco de datos de OSDE, con domicilio en Leandro N. Alem 1067 piso 9 CABA y serán tratados para brindar servicios a los afiliados. Podrán consultar las políticas de privacidad en www.osde.com.ar. El titular de los datos personales no se encuentra obligado a proporcionar datos sensibles. Asimismo, el titular se responsabiliza por la exactitud de los datos proporcionados. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a 6 meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo

establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, Órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. Declaro que he tomado conocimiento y en consecuencia acepto las condiciones generales obrantes o adjuntas a la presente solicitud de afiliación y las normas generales contenidas en la cartilla de prestadores del plan de servicio elegido, cuyo ejemplar me ha sido entregado. Declaro bajo juramento que los datos que constan en esta solicitud de afiliación - el que comprende los antecedentes de salud - son verdaderos y que las consecuencias de no proporcionarlos correctamente corren por cuenta de quien suscribe.

2.7 INTEGRIDAD ORGANIZACIONAL: se informa que OSDE cuenta con un departamento de Compliance y de Responsabilidad Social Empresaria, ambos llevan adelante políticas asistenciales para el cumplimiento de reglamentos y cuidados en el medio ambiente.

3.- CONDICIONES GENERALES - CLÁUSULAS ADICIONALES - SERVICIOS Y COBERTURA MÉDICO ASISTENCIAL - COMO UTILIZAR EL SERVICIO

3.1 COBERTURA EN EL EXTERIOR: La cobertura se brinda a través de la asistencia al viajero de Universal Assistance y/o la que la reemplace en el futuro para vos y tu grupo familiar incluido en tu afiliación por 90 días desde la fecha de salida de Argentina. Esta cobertura se mantiene mientras tu plan sea el 450 o 510. Registrá tu viaje en la web de Universal Assistance.

Para mayor información podés ingresar a (<https://www.osde.com.ar/novedades/beneficio-asistencia-viajero-universal-assistance-12730.html>).

Si querés ampliar la cobertura, podés consultar con Interturis, la empresa de viajes y turismo del Grupo OSDE, y acceder a tarifas exclusivas en asistencia al viajero.

Para hacerlo:

- Ingresá en la web: www.interturis.com.ar.
- Llamá al 0800.888.8687.
- Escribí por WhatsApp al 11.5575.8687.

Es importante tener en cuenta que:

OSDE es una obra social y, como tal, brinda sus prestaciones de servicios médico asistenciales a todos sus afiliados domiciliados o con residencia permanente o transitoria en el ámbito geográfico de la República Argentina.

3.2 SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO: el subsidio por fallecimiento es un beneficio que OSDE otorga a los miembros del grupo familiar primario, que estuviesen de alta al momento del fallecimiento del afiliado titular. Dicho subsidio consta de un año de servicio sin cargo a partir de la fecha del fallecimiento del titular. Los requisitos para acceder al mismo son:

- a. En caso de ser un afiliado directo, el titular debe poseer una antigüedad de 2 (dos) años en OSDE y si accedes al plan derivando aportes y contribuciones la antigüedad debe ser de 1 (un) año.
- b. El subsidio se otorga mediante la presentación de la solicitud de afiliación completa y fotocopia de la partida de defunción del titular.
- c. Si al momento del deceso del titular éste se encontrara afiliado en un plan 450 o superior, la cobertura se brindará en el plan 310.

3.3 MODIFICACIÓN DE CARTILLA: OSDE podrá modificar parcialmente la nómina de prestadores y de prestaciones de sus cartillas, siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura y sin que el cambio altere el objeto del servicio o pudiere importar un desmedro en la calidad de los mismos comprometidos al momento de solicitar la afiliación. La modificación podrá deberse, entre otras causas, a incremento de costos y/o servicios; alta y/o baja de tecnología y/o prestaciones; extinción de contratos con prestadores; imposibilidad de contratación o renovación de contratos; muerte, jubilación, disolución, cierre, quiebra o concurso, liquidación, etc. del prestador; condena por mala praxis profesional; prestación insatisfactoria del servicio y otros motivos serios y justificados de similar envergadura.

3.4 EXCLUSIONES DE COBERTURAS: se encuentran totalmente excluidas de cobertura por parte de esta entidad, prestaciones no previstas en el PMO, a salvedad de las prestaciones que se encuentren individualizadas en la cartilla prestacional bajo la insignia PS (Prestación Superadora); internación de crónicos con excepción de interurrencias clínicas y/o quirúrgicas; prácticas y/o terapéuticas que no hayan superado la etapa experimental o no se encuentren avaladas por estudios de medicina basada en la evidencia, se opongan a normas legales vigentes o se contrapongan al proceso natural de la vida del individuo; internaciones psiquiátricas crónicas; internaciones geriátricas; cosmetológica; internaciones en los procesos crónicos de cualquier etiología y patogenia, no reversibles ni mejorables con tratamientos médicos y/o quirúrgicos, salvo los episodios agudos o complicaciones o estados terminales que aparecieran en el curso de dichos procesos; prestaciones que sean consecuencia de contingencias laborales que deben ser otorgadas por las Administradoras de Riesgo de Trabajo -Ley 24.557 y decreto reglamentario-. Si por cualquier circunstancia esta entidad debiera atender las prestaciones excluidas de cobertura, el servicio se otorgará a través de un plan correspondiente a la cobertura del PLAN MÉDICO OBLIGATORIO con el prestador contratado a tal fin, independientemente del plan elegido por el socio.

3.5 COBERTURA POR DISCAPACIDAD: la cobertura integral por DISCAPACIDAD está garantizada exclusivamente para los beneficiarios titulares de un Certificado Único de Discapacidad (conf. art. 10° de la Ley 24.901). La misma será brindada exclusivamente a través de los prestadores contratados por OSDE a tal fin (conf. art. 6° Ley 24.901). Todas las prestaciones requieren auditoría previa. En tal sentido, para acceder a esta cobertura, deberá comunicarse con nuestro Centro de Atención Telefónica 0810.555.6733 en forma previa al inicio de cualquier tratamiento, a fin de ser asesorado respecto a las prestaciones cubiertas, subespecialidades no discriminadas en cartilla y prestadores a su disposición. Deberá realizarse una evaluación interdisciplinaria con el Equipo que OSDE designe a tal efecto, ya sea tanto al inicio o en cualquier etapa del tratamiento, con el fin de evaluar el plan propuesto por el médico tratante y así ofrecer una orientación prestacional adecuada a las características de la persona con discapacidad a través de los prestadores contratados por OSDE. En cuanto a los MEDICAMENTOS serán cubiertos en forma integral aquellos que sean indicados para tratar la/s patología/s consignada/s en el Certificado Único de Discapacidad.

3.6 PRESTACIONES SUPERADORAS: tienen un tiempo de espera de 12 meses todas las prestaciones superadoras o complementarias al Programa Médico Obligatorio, Resol. 201-02 MS y modificatorias, conforme lo dispuesto por la Ley 26.682 y el Dec. Regl. 1993/11, salvo que en la cartilla médica se especifique otro plazo.

3.7 PRESTADORES: si bien OSDE se compromete a garantizar la mayor y mejor oferta de profesionales e instituciones para su atención, el ingreso y egreso de prestadores de la cartilla es inherente al carácter dinámico del servicio que le ofrecemos, por lo que es posible que alguno de los profesionales o instituciones en ella mencionados, hayan dejado de ofrecer sus servicios a los asociados a OSDE al momento en que el usuario los requiera.

3.8 CAUCIÓN SANATORIAL: en caso que el afiliado debiera requerir internación se informa que el sanatorio puede solicitar un depósito previo para afrontar eventuales gastos que estuvieran fuera de la cobertura (extras, llamadas telefónicas, etc.). Al momento de alta, éste depósito le será reintegrado por la institución sanatorial, deduciendo los gastos que pudieran haberse producido.

3.9 DISPONIBILIDAD SANATORIAL: ante la internación de urgencia o programada la reserva de cama está sujeta a la disponibilidad de la institución elegida al momento de la internación. En caso de urgencia, la internación se brindará en el nosocomio que tenga disponibilidad dentro de la jurisdicción del domicilio del afiliado.

3.10 USO DE LA CREDENCIAL: la credencial es de uso personal e intransferible. Para acceder al servicio deberá presentar la misma junto a su documento de identidad.

3.11 TRASLADOS DE URGENCIAS: se aclara que los afiliados accidentados serán trasladados hasta el lugar más cercano que posea complejidad requerida para la atención dentro del país. La prestación se brinda únicamente dentro de la República Argentina.

3.12 ENTREGA EN COMODATO: se hace saber que todos los insumos entregados por OSDE y/o cualquier otro prestador mediante comodato, debe ser devuelto. La no devolución dará lugar a OSDE a agregar el costo de los mismos en la factura de la cuota mensual inmediatamente posterior a la intimación fehaciente. En el mismo sentido, OSDE podrá cobrar junto con la cuota mensual inmediatamente posterior a la intimación fehaciente, el monto que corresponda a eventuales diferencias y/o coseguros y/o copagos que el beneficiario adeude a alguno de los prestadores de OSDE por las prestaciones recibidas.

3.13 ALTA SANATORIAL: obtenida el alta médica en una internación cesará la cobertura por tal concepto. La permanencia injustificada dentro de la institución sanatorial quedará a exclusivo cargo del afiliado.

3.14 INCUMPLIMIENTOS, FALTAS GRAVES, SUSPENSIÓN DEL SERVICIO, RESOLUCIÓN Y NULIDAD DEL PLAN DE COBERTURA SUPERADOR. Se consideran faltas graves y/o incumplimientos contractuales los siguientes supuestos:

- a. Si el afiliado titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo omite notificar previamente a OSDE por los medios habilitados al efecto, el extravío de su credencial y ello produjese un daño a OSDE;
- b. Si el afiliado titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo facilita las credenciales que

le fueran entregadas por OSDE a terceras personas a fin de que las mismas utilicen los servicios médico asistenciales cubiertos por el plan de cobertura contratado;

c. Si el afiliado titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo solicita los servicios médico asistenciales brindados por OSDE a favor de personas no asociadas a OSDE;

d. Si el afiliado o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo utiliza indebidamente o con dolo el servicio de prestaciones médico asistenciales del plan de cobertura contratado;

e. Si el afiliado titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo incurre en conductas violentas y/o amenazas al personal de OSDE y/o hacia cualquiera de sus prestadores;

f. Acreditado alguno de los supuestos enunciados, OSDE se encuentra facultada a notificar en forma fehaciente al afiliado titular y/o suspender la prestación del servicio y/o resolver el contrato con justa causa.

3.15 PRESTACIONES EXCLUIDAS DE REINTEGRO: las siguientes prestaciones no serán cubiertas a través del sistema de reintegros en ningún caso, independientemente de la modalidad de incorporación que ostente el afiliado.

a. Prestaciones de discapacidad.

b. Check up.

c. Tratamientos alternativos de cualquier tipo.

d. Internaciones psiquiátricas.

e. Tratamiento del dolor.

g. Cualquier medicamento adquirido fuera de las normas establecidas.

h. Aquellas prestaciones realizadas en las que exista una relación de parentesco entre el efector y el paciente en los términos del Código Civil y Comercial de la Nación (ascendiente, descendiente, hermano, progenitor afín, pariente por afinidad hasta el primer grado, cónyuge, unión convivencial y conviviente).

oda prestación no cubierta por OSDE a través de sus prestadores contratados.

3.16 SUBROGACIÓN: OSDE se subroga en todos los derechos del afiliado contra los terceros y/o sus aseguradores de responsabilidad civil por cuya acción u omisión el afiliado haya sufrido lesiones que motiven la prestación de los servicios contratados.

3.17 NOTIFICACIONES FEHACIENTES: el afiliado acepta recibir en la dirección de correo electrónico informada todas las comunicaciones legales y administrativas emitidas por OSDE, como el envío de facturación, notificaciones sobre modificaciones en la cuota mensual, novedades sobre el servicio, etcétera, independientemente del uso de otros medios como el domicilio informado o teléfonos celulares. Los datos de contacto indicados tendrán validez hasta tanto comunique cambios a través de los canales habilitados.

3.18 REINTEGROS: la cuenta informada por el afiliado al momento de solicitar su afiliación, será utilizada por la entidad a efectos de realizar las acreditaciones de los reintegros solicitados. Las acreditaciones de los mismos en la cuenta indicada tendrán efectos cancelatorios y liberatorios para OSDE en cuanto a la responsabilidad por eventuales perjuicios que pudieran derivarse por depreciación monetaria, demoras en la extracción u otras consecuencias adversas ajenas a la Obra Social.

Se hace saber que los reintegros realizados por OSDE a través de cualquiera de los sistemas

electrónicos de pago, son sin cargo para el afiliado y cualquier débito y/o comisión que pueda observar en su extracto bancario correrá por cuenta de la entidad bancaria que posea el afiliado.

3.19 CÓMO UTILIZAR EL SERVICIO, PRESTACIONES SUPERADORAS: ponemos a disposición la cartilla vigente del plan 450 con todos los profesionales, centros de salud y farmacias contratados por OSDE y las prestaciones superadoras que contiene el plan 450 las que se encuentran individualizadas mediante la simbología (PS)

[Conocé nuestra cartilla online Plan 450](#)

4.- TARIFAS los valores de cuota de los planes superadores se conformarán en base a la cantidad de los integrantes del grupo y la edad de los mismos siguiendo las franjas etarias con su correspondiente incremento de acuerdo al siguiente cuadro tarifario:

OSDE - PLANES SUPERADORES								
BINARIOS - PLAN 450								
Conforme Resolución 2155/2024 de la SSSalud								
TARIFARIO CUOTA MAYO 2025 CON VENCIMIENTO JUNIO 2025								
Tarifa	Individual NEO (1)	Individual Joven (2)	Individual (3) (*)	Grupo Familiar (4)				
				Mat Neo (5)	Mat Jov (6)	Matrim (7) (*)	1° Hijo (8)	A partir 2° (9)
SOCIOS A TRAVÉS DE EMPRESAS **	301.247	450.446	681.477	602.494	900.892	1.069.779	176.034	101.524
SOCIOS DIRECTOS	344.748	511.366	774.071	689.496	1.022.732	1.217.206	201.047	118.780
SOCIOS DIRECTOS TIERRA DEL FUEGO	311.989,14	462.774,66	700.516,73	623.978,28	925.549,32	1.101.543,89	181.942,99	107.493,21
SOCIOS MONOTRIBUTISTAS **	311.989,14	462.774,66	700.516,73	623.978,28	925.549,32	1.101.543,89	181.942,99	107.493,21

SOCIOS A TRAVÉS DE EMPRESAS / SOCIOS DIRECTOS / SOCIOS DIRECTOS TIERRA DEL FUEGO

- 1) Sólo titular hasta los 27 años inclusive.
- 2) Sólo titular entre 28 y 35 años inclusive.
- 3) Sólo titular de más de 36 años.
- 5) Integrado por el titular y cónyuge o concubina, ambos hasta los 27 años inclusive.
- 6) Integrado por el titular más cónyuge o concubina, cuando la edad del mayor de ellos se encuentre entre 28 y 35 años inclusive.
- 7) Integrado por el titular más cónyuge o concubina cuando uno de ellos tenga 36 años o más.
- 8) Por el 1er hijo que se incorpore.
- 9) A partir del segundo hijo y por cada uno que se incorpore.

* Las personas mayores de 65 años con menos de 10 años de antigüedad tendrán una cuota diferencial conforme Ley 26682 y Resolución 2407/2023 de la Superintendencia de Servicios de Salud.

** Si para el pago de la cuota del plan de cobertura elegido, utilizas aportes y contribuciones de la seguridad social, estos se tomarán a cuenta de los valores informados.

SOCIOS A TRAVÉS DE EMPRESAS

4) Integrado por el Titular, Cónyuge o Concubina, menor bajo guarda e Hijos e Hijastros hasta los 25 años inclusive.

SOCIOS DIRECTOS / SOCIOS DIRECTOS TIERRA DEL FUEGO

4) Integrado por el Titular, Cónyuge o Concubina, menor bajo guarda e Hijos e Hijastros hasta los 20 años inclusive.

4.1 FRANJAS ETARIAS - PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS: se les aplicará el incremento establecido en la Resolución 2407/23 SSS, solo en aquellos casos que no poseen una antigüedad de 10 años en la contratación de forma continua e ininterrumpida de conformidad con el siguiente cuadro.

AÑOS ANTIGÜEDAD	SOCIOS SENIOR		
	65 a 69 años de edad	70 a 74 años de edad	75 años de edad en adelante
Menos de 6 meses	30 %	60 %	100 %
1 año	27 %	54 %	90 %
2 años	24 %	48 %	80 %
3 años	21 %	42 %	70 %
4 años	18 %	36 %	60 %
5 años	15 %	30 %	50 %
6 años	12 %	24 %	40 %
7 años	9 %	18 %	30 %
8 años	6 %	12 %	20 %
9 años	3 %	6 %	10 %

4.2 PROCESO DE FACTURACIÓN: el vencimiento de las cuotas de los planes superadores es a mes vencido. En el caso de los afiliados que derivan aportes de la seguridad social el vencimiento de la cuota operará a dos meses vencidos.

Se podrá abonar la cuota a través de los medios y canales electrónicos informados en la página web de OSDE. <https://www.osde.com.ar/index.html#!osde-formas-modo-pago.html>

4.3 PAGO CON DÉBITO AUTOMÁTICO: la aprobación del pago por débito automático estará supeditada a la decisión de OSDE y del emisor de la tarjeta. Entrará en vigencia a partir de la factura en la que aparezca la leyenda que indica que el saldo se debita en la cuenta correspondiente. Hasta ese momento se continuará abonando las facturas en la forma habitual. El resumen de cuentas de la tarjeta sirve como comprobante de pago.

En caso de que se solicite la baja del débito automático, la misma se hará efectiva cuando no aparezca en la factura la leyenda de débito.

Las cuotas de OSDE -que por norma se cancelan a mes vencido- serán incorporadas en el resumen de la tarjeta durante el mismo mes. Dado que los vencimientos de los resúmenes no son uniformes, puede darse el caso en que deba abonarse con algunos días de anticipación a la fecha que OSDE fija como vencimiento, pero siempre se hará bajo la modalidad de mes vencido.

4.4 FALTA DE PAGO: la falta de pago en término de una sola cuota implica morosidad y autoriza a OSDE a limitar las prestaciones, sin previa intimación o notificación, según el Programa Médico Obligatorio; sin perjuicio de rescindir la afiliación de ocurrir lo indicado en el artículo 9 de la Ley

26.682 y de reclamar los daños y perjuicios sufridos.

Producida la desvinculación del afiliado, quedarán desactivadas las aplicaciones que OSDE pone a disposición del afiliado. En el caso que el afiliado aún posea una credencial física, la misma será desactivada inmediatamente.

4.5 MORA: la mora se produce de forma automática a los 5 días corridos contados desde el vencimiento de la cuota por la falta de pago. Habiendo operado dicho plazo OSDE aplicará un interés compensatorio y punitivo desde la fecha de vencimiento original, con más los gastos administrativos y/o de rehabilitación.

4.6 INCREMENTO DEL VALOR DE LAS CUOTAS: OSDE podrá modificar el valor de las cuotas de los planes superadores de cobertura. La modificación será informada con una antelación de 30 días al vencimiento de la factura alcanzada por el incremento de la cuota, y en caso de no aceptación por parte del afiliado del importe informado, podrá rescindir sin cargo la presente oferta de servicios.

4.7 TARIFAS VALORIZADAS: el afiliado que abone una cuota valorizada por sus antecedentes de salud o enfermedad preexistente, denunciada o detectada por OSDE, deberá pagar el valor total de la cuota informada y consentida, aun cuando decida darse de baja de la afiliación con anterioridad a saldar la cantidad de meses en la que se comprometió a abonar la misma.

5.- CONDICIONES GENERALES - CLÁUSULAS MÍNIMAS - RESOLUCIÓN 2400/2023 SSS

5.1 OBJETO: el presente contrato tiene por objeto el otorgamiento de prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios y usuarias, a través de una modalidad de asociación voluntaria, mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, con los alcances y extensión de cobertura previstos en el plan contratado.

5.2 COBERTURA PRESTACIONAL: la cobertura prestacional contratada, sea su pago con o sin derivación de aportes y contribuciones, incluye en su totalidad y sin excepción las prestaciones médico asistenciales incluidas en el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación, el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad previsto en la Ley N° 24.901 y su normativa complementaria, y toda otra prestación de naturaleza médico asistencial incorporada y/o que se incorpore como obligatoria para las Entidades de Medicina Prepaga en leyes especiales. Asimismo, se encontrarán cubiertas las prestaciones adicionales y los prestadores que se detallan en el contrato, con los alcances y exclusiones que en cada caso se informan. En caso de duda respecto de la interpretación de las prestaciones adicionales detalladas, se interpretará en el sentido más favorable al usuario, considerándose cubierta la prestación de que se trate.

5.3 CARENCIAS: el usuario accederá a las prestaciones mínimas obligatorias indicadas en la cláusula de "COBERTURA PRESTACIONAL" sin ningún tipo de restricción y/o períodos de carencia o espera. Las prestaciones adicionales informadas en el presente contrato se encontrarán sujetas a los períodos de carencia y/o espera que en cada caso se señalan, los que en ningún supuesto podrán

superar los DOCE (12) meses. En caso de duda respecto de la interpretación del tiempo en el cual el usuario tiene derecho a acceder a las prestaciones adicionales detalladas, se interpretará en el sentido más favorable al propio usuario, aplicándose el plazo más corto.

5.4 DECLARACIÓN JURADA DE SALUD: la declaración jurada de salud que el usuario suscriba junto con el presente contrato sólo contemplará como preexistencia enfermedades o situaciones cuya prestación o tratamiento se encuentren contemplados dentro de la cobertura que el plan contratado abarca. En caso de cambio de plan, en cualquier momento de la relación contractual, no se exigirá firma de declaración jurada de salud.

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

5.6 PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS: la prescripción de medicamentos deberá ajustarse a lo previsto en la Ley N° 25.649, de prescripción por nombre genérico, y su normativa reglamentaria. La entidad se encontrará eximida de cubrir medicamentos cuya prescripción no se ajuste a la Ley o no se encuentren incluidos en la cobertura prestacional contratada.

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

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

5.9 FRANJAS ETARIAS: el valor de cuota del Plan contratado se incrementará en función de la edad del usuario de acuerdo con las franjas etarias establecidas en el presente contrato y/o sus anexos. De

consignarse en anexo, éste sólo resultará válido y aplicable si se encuentra firmado por el usuario, o aceptado por medios tecnológicos con validación específica para el caso de contrataciones a distancia, y allí se mencionan explícitamente los valores nominales y/o porcentajes de aumentos previstos para cada franja etaria, así como también los incrementos previstos para los mayores de SESENTA Y CINCO (65) años de edad que tuviesen menos de DIEZ (10) años de antigüedad en la entidad. La relación de precio entre la franja etaria menos onerosa y la más onerosa no podrá representar una variación de más de TRES (3) veces. De superarse dicho límite, la cuota deberá mantenerse en el tope máximo señalado. Esta cláusula deberá encontrarse transcrita en tipología y formato adecuadamente legibles para el usuario. Si no estuviese establecido en el contrato y/o un anexo firmado o aceptado en donde se expliciten las franjas etarias, sus valores nominales y/o porcentajes de aumento, en un todo conforme con lo requerido en el primer párrafo, se interpretará que no se podrán aplicar aumentos por cambio de franja etaria en ningún momento de la relación contractual. La firma y/o aceptación indicadas podrán ser suplidas en contrataciones no presenciales por medios tecnológicos con validación específica.

5.10 VALOR DE CUOTA: el valor de cuota para el plan contratado es el que surge, de manera clara y específica, del presente contrato y/o de los instrumentos anexos suscriptos con él, debiendo en cualquier supuesto consignarse su valor en de modo claro e inequívoco.). Asimismo, cuando se trate de planes con diferenciación de la cuota por franja etaria, se admitirá el cambio de categoría de cuota de conformidad con lo previsto en la cláusula “FRANJAS ETARIAS”. La factura y/o comprobante de pago y/o documentación equivalente a emitir en cada mes detallará de manera discriminada los montos que correspondan a: (i) cuota pura, (ii) valor diferencial por preexistencia, (iii) impuestos aplicables y (iv) en su caso, montos que son abonados con aportes y contribuciones de la Seguridad Social.

5.11 PAGO DE CUOTAS MENSUALES: la fecha de pago de la cuota mensual será la prevista en el presente contrato y/o sus anexos. No obstante, el usuario contará con un plazo de pago que no podrá ser inferior a CINCO (5) días corridos contados desde el vencimiento de la obligación, para el pago íntegro de la cuota mensual sin cargos ni intereses de ningún tipo. De lo contrario, la entidad se encontrará facultada para cobrar intereses desde la fecha de vencimiento de la cuota originalmente pactada. Sin perjuicio de ello, la entidad podrá prorrogar la fecha de vencimiento de la cuota, siempre que ello no implique imponer cargo adicional alguno al usuario. Todo incremento de cuota autorizado por la autoridad de aplicación deberá ser notificado al usuario con no menos de TREINTA (30) días corridos de anticipación al vencimiento de la factura correspondiente al mes siguiente. En tal supuesto, el usuario tendrá el derecho de ejercer la facultad rescisoria (darse de baja) hasta el día del vencimiento de la próxima factura, sin que la entidad le pueda reclamar monto alguno correspondiente al mes en que se produjo la baja. En tal caso, la entidad deberá dejar sin efecto la factura previamente emitida, la que no le será oponible al usuario.

5.12 DERIVACIÓN DE APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL: en caso de que, durante cualquier momento de la relación contractual, se abone el valor de la cuota mensual y -según el caso- sus adicionales, total o parcialmente, con la suma de los aportes y las contribuciones que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de la Ley N° 23.660, se detallará en el comprobante de pago de la cuota el importe -neto de gastos administrativos- imputado en concepto de aportes y

contribuciones que será descontado por compensación. En ningún caso podrá la entidad acreditar y/o entregar total o parcialmente importes de aportes y contribuciones al afiliado, toda vez que los aportes y contribuciones pertenecen al sistema de seguridad social e integran el concepto de solidaridad al cual acceden. Igualmente, en el supuesto de que el usuario cambie de obra social o de entidad de medicina prepaga, o simplemente rescinda el contrato con esta entidad, los aportes y contribuciones señalados quedarán a favor de la entidad que los haya oportunamente percibido. En el supuesto de que, por cualquier motivo, el Agente del Seguro de Salud respectivo no derivara la suma de aportes y contribuciones correspondiente al usuario, no se afectará en modo alguno la continuidad del contrato, pero el usuario deberá continuar abonando el valor de cuota contratado. Si, por cualquier causa, se interrumpiere el vínculo del usuario con el Agente del Seguro de Salud, podrá continuar, con o sin su grupo familiar, contratando en forma directa cualquier plan que comercialice al público en general la entidad, conservando la antigüedad que detentasen y sin exigírsele valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes, a excepción de las preexistencias que haya tenido al momento de la contratación originaria las que se mantendrán vigentes, debiendo el usuario abonar el valor íntegro de la cuota correspondiente al plan elegido.

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

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

5.15 CONTINUIDAD: cuando, por cualquier circunstancia, se suscite una modificación en la condición de afiliación del usuario y/o en el tipo de cobertura contratada, éste podrá solicitar la continuidad en la entidad, en cualquiera de los planes comercializados al público en general, conservando su antigüedad, sin exigírsele valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes, salvo aquellas que se hubieren determinado en su afiliación originaria, las que continuarán vigentes en toda su extensión. Si la normativa aplicable no indicase otro plazo, la solicitud de continuidad deberá realizarse dentro de los SESENTA (60) días de conocido por el usuario el cambio en la condición de afiliación y/o tipo de cobertura.

5.16 CAMBIOS DE PLAN: el usuario podrá, en todo momento, decidir el cambio de plan dentro de los comercializados por la entidad al público en general, sin que dicho cambio se considere como una nueva afiliación y sin exigírsele al titular y/o su grupo familiar valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes, salvo las que se hubieren determinado en su afiliación originaria, las que continuarán vigentes en toda su extensión. En el caso de cambio a un plan superior, se podrá establecer un plazo de permanencia mínimo allí, que será previamente informado al usuario y nunca

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

5.17 RECLAMOS: en caso de incumplimiento por parte de la entidad a las obligaciones asumidas por el presente contrato, o bien ante conflictos de interpretación de sus alcances, el usuario podrá contactarse con la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, sita en la calle Bartolomé Mitre 434 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1036AAH), Teléfono: (+5411) 4344-2800 / 0800-222-SALUD (72583), www.sssalud.gob.ar, o bien en cualquiera de sus Delegaciones provinciales, e iniciar el procedimiento administrativo de reclamos previsto en la Resolución N° 75/98 de dicho organismo, o la que en lo sucesivo la sustituya. Asimismo, podrá realizar los correspondientes reclamos y denuncias por ante las autoridades de Defensa del Consumidor de la jurisdicción cuyos datos a continuación se informan:

5.18 FALLECIMIENTO: en caso de muerte del usuario titular, los integrantes del grupo familiar conservarán la cobertura contratada durante un período de DOS (2) meses, contados desde el fallecimiento, sin obligación de efectuar pago alguno. Hasta el vencimiento de dicho plazo, el cónyuge supérstite, el descendiente de mayor edad o cualquier otro miembro del grupo familiar a cargo, podrán optar por la continuidad pagando los dos meses indicados precedentemente, para lo cual cualquiera de los mencionados deberá constituirse como titular del plan. Del valor de cuota a abonar se detraerá la parte correspondiente al titular fallecido. En caso de fallecimiento de un integrante del grupo familiar distinto del titular, los restantes integrantes del grupo familiar conservarán la cobertura contratada, detrayéndose del valor de cuota a abonar la parte correspondiente al integrante fallecido.

5.19 EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR VOLUNTAD DEL USUARIO: el usuario podrá rescindir en cualquier momento el contrato de cobertura, sin limitación ni penalidad alguna, debiendo comunicar fehacientemente a la entidad con TREINTA (30) días corridos de anticipación. Dicha comunicación podrá practicarse por medios electrónicos habilitados a tal fin o cualquier otro medio fehaciente y se le otorgará un número de trámite u otra constancia que le permita al usuario acreditar la baja. La entidad deberá registrar la rescisión del usuario en el momento mismo que éste se la comunique y mantener la cobertura acordada durante toda la vigencia del contrato, que no podrá exceder el plazo señalado en el párrafo anterior, aunque no involucre un mes completo. En este último caso, sólo se cobrará al usuario el proporcional de la cuota respectiva. Con la conformidad del usuario, la Entidad podrá hacer efectiva la baja en un plazo menor al previsto en el párrafo primero. No podrá supeditarse el ejercicio de la facultad de rescisión contractual por parte del usuario a la previa cancelación de sumas adeudadas a la Entidad. Sin perjuicio de ello, en caso de que el usuario hubiere rescindido un contrato anterior con la entidad, no podrá incorporarse nuevamente, sea como titular o formando parte de un grupo familiar, sin antes abonar los montos adeudados, con más sus respectivos intereses y recargos correspondientes.

5.20 EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR DECISIÓN DE LA ENTIDAD: la entidad sólo podrá rescindir el contrato con el usuario en los siguientes supuestos: a) Por falta de pago de TRES (3) cuotas

íntegras y consecutivas. En este caso, para poder disponer la rescisión deberá haber intimado, en forma fehaciente al usuario, luego de encontrarse impagas las citadas cuotas y sin perjuicio de cualquier intimación que hubiera cursado previamente, a regularizar el pago íntegro de las sumas adeudadas en un plazo de DIEZ (10) días hábiles. Vencido dicho plazo sin que el usuario regularice la deuda, la entidad deberá comunicar fehacientemente al afiliado la rescisión del vínculo contractual. En cualquier caso, si la entidad optare por no comunicar la rescisión del contrato, se abstendrá de continuar devengando nuevos períodos de facturación más allá de las TRES (3) cuotas debidas, encontrándose sólo facultada a suspender el otorgamiento de prestaciones hasta tanto se regularice la deuda. Lo expuesto lo es sin perjuicio del derecho de la entidad de imputar los pagos parciales primero a intereses y el excedente, si existiese, a la deuda, cuota o período más antiguo. b) Por falseamiento de la declaración jurada de salud. En este caso, la entidad sólo podrá rescindir el contrato celebrado cuando se verifiquen las siguientes circunstancias que den cuenta de que el usuario no obró de buena fe: (i) el usuario omitió informar una enfermedad o situación preexistente a la afiliación en la declaración jurada; (ii) el usuario sabía de la enfermedad o situación preexistente. En caso de rescisión por falseamiento de la declaración jurada, la entidad se encontrará facultada para rechazar toda nueva afiliación del usuario o usuaria por un plazo de DOCE (12) meses. En caso de contratación de grupo familiar, únicamente se podrá excluir por falseamiento al integrante respecto del cual se hubiere falseado la declaración jurada, conservándose la afiliación del resto del grupo familiar y reduciendo la cuota en la parte proporcional correspondiente al integrante excluido.

6.- CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS DE SALUD: con el objetivo de recibir la mejor asistencia posible, concedo autorización, para que OSDE acceda a los datos personales vinculados a mi salud que son producto de atenciones con diferentes profesionales o instituciones. Estoy en pleno conocimiento de que mi historial de salud puede incluir: diagnósticos, prescripciones e indicaciones médicas, resultados de análisis de laboratorio e informes de prácticas diagnósticas.

Expreso este consentimiento de forma voluntaria con el único objetivo de favorecer el ejercicio de la medicina de forma efectiva y personalizada; y facilitar la toma de decisiones médicas informadas en relación a mis tratamientos.