

Testimonio del reglamento reformado de servicios medico-asistenciales de la mutual federada “25 de junio” sociedad de proteccion reciproca.

TITULO I: “DE LOS ASOCIADOS COMPRENDIDOS, INGRESOS Y MODALIDADES”

ARTICULO 1: “De las condiciones generales”: Los asociados de Mutual Federada “25 de Junio” Sociedad de Protección Recíproca, cualquiera sea su categoría, podrán hacer uso de los servicios médico-asistenciales de salud, conforme a los planes de salud que elijan, en el servicio denominado **“FEDERADA SALUD”** y en cada uno de ellos con el nombre alfabético, numérico o alfanumérico y tipo de plan, conforme se determina en los **Artículos 4, 5, 6 y 7** de éste reglamento, en las condiciones y con los alcances que determinan la ley 20.321, las Resoluciones del Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social, la Ley 26.682 y sus Decretos Reglamentarios, el Estatuto Social y el presente Reglamento. La Mutual podrá incorporar asociados a cualquiera de los planes habilitados del presente reglamento, tanto en la condición de voluntarios como de obligatorios. Para postularse como asociados, los interesados deberán poseer nacionalidad argentina y residencia en el país, a excepción de lo previsto en el Artículo 15 de este Reglamento, o en caso de ser extranjeros, poseer certificado de residencia permanente otorgado por la Dirección Nacional de Migraciones, salvo excepciones que pueda autorizar el Consejo Directivo, completar la solicitud de ingreso y anexos que la Mutual disponga, los que tendrán el carácter de manifestación jurada, como así también suscribirán una declaración jurada de sus antecedentes de salud. Así mismo y de conformidad con lo dispuesto por el decreto 1991/2011 que ha incorporado al artículo 1º de la ley 26.682, a las mutuales que prestan servicios de salud a sus asociados, podrán hacer uso de los servicios regulados en este Reglamento, quienes contraten con la Mutual, la prestación de los que hubieren pactado en sus contratos, serán en las condiciones y durante el período de vigencia que el mismo establezca. Los contratantes también suscribirán una declaración jurada de antecedentes de salud al contratar. Se solicitará autorización a la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (SSS) respecto del texto modelo de los referidos contratos. En el caso en que se estuviere ante los supuestos del Art. 5 Ley 20321, las partes que hubiesen celebrado convenios con Mutual Federada 25 de Junio SPR no asumen la condición de asociados de la Mutual

ARTICULO 2: “De los Ingresos, egresos, orígenes y condición de asociados”: Podrán postularse como asociados en los planes de salud en forma individual o como grupo familiar colectivo, a cargo de un asociado titular, quienes cumplan los siguientes requisitos: Los aspirantes mayores por si mismos y por los menores incluidos en su grupo familiar, deberán completar una solicitud de ingreso, junto con una declaración jurada de salud de puño y letra. Para ser titular debe ser mayor de 18 años y como beneficiarios no titulares: a) el cónyuge del asociado titular, b) los hijos solteros hasta los veintiún (21) años o dieciocho (18) para el Plan Familia, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral. c) los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del asociado titular, cursen o no estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, d) los hijos menores de veintiún (21) años que desarrollan una actividad profesional, comercial o laboral y cesan en dicha actividad, e) los hijos incapacitados sin tope de edad con certificado de discapacidad vigente y a cargo del asociado titular, f) los hermanos del asociado titular declarados incapaces, mayores de dieciocho (18) años, cuya curatela haya sido acordada por autoridad judicial, g) los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, o guarda judicial con fines de adopción que reúnan los requisitos establecidos en este inciso; h) los hijos del cónyuge, i) la persona que conviva con el asociado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos. j) los hermanos menores de edad a cargo de un hermano mayor de edad asociado. La convivencia en unión de hecho para asociados obligatorios deberá acreditarse conforme a la documentación o información sumaria pertinente expedida por la autoridad competente, según la jurisdicción. En el caso de asociados voluntarios, posean o no hijos en común, ambos miembros de la pareja deberán firmar una nota dejando constancia de la unión civil. Para los matrimonios de asociados obligatorios, éstos deberán cumplir con las exigencias de las Obras Sociales y la SSS, presentando acta de matrimonio y copia de certificación negativa de ANSES, para cónyuges e hijos mayores de 21 años y hasta 25 años inclusive con certificado de alumno regular. Los matrimonios de asociados voluntarios deberán presentar copia acta matrimonio o libreta de familia. De cumplir con dichos requisitos, el/los aspirante/s deberá/n completar y presentar una solicitud de ingreso por duplicado, siendo el original para la mutual y la copia para el aspirante. Una vez ingresado como asociado, se dispondrá del presente reglamento, el manual de uso para asociados y la cartilla de prestadores vigentes publicados en www.federada.com.

2.1) “De los Ingresos por nacimiento de hijos de asociadas en cuyo parto haya sido a cargo de la Mutual”: Los hijos nacidos de asociadas a planes de salud que ingresen dentro de los 30 días de nacidos a la Mutual, cuyo parto haya sido a cargo de la Mutual, serán incorporados al grupo y plan en que se encuentre la misma. Se les reconocerá la misma antigüedad de ésta y tendrán derecho al uso inmediato de los servicios y cobertura retroactiva al día de su nacimiento, con el cargo mensual correspondiente.

2.2) “De los ingresos de hijos de asociadas o no asociadas, menores a un año cuyo parto no haya sido a cargo de la Mutual”: Para ingresar como asociado a un plan de salud a un hijo menor a un año de edad, cuyo parto no haya sido cubierto por la Mutual, su padre o tutor deberá acompañar con la declaración jurada de antecedentes de salud confeccionada con colaboración de su médico tratante: informe pediátrico completo, screening neonatal (resultados), informe médico obstétrico (ficha de parto). Más otoemisiones acústicas y Radiografía de cadera, cuando el aspirante tenga más de 90 días de vida. El ingreso estará sujeto a lo dispuesto por la Ley 26.682.

2.3): “De los hijos nacidos de asociados hijos de un titular (nietos del titular): a) Las hijas de asociados, menores de 21 años, que al momento del embarazo, revistan en la situación de integrantes del grupo familiar de sus padres y en caso de no contraer matrimonio, formar concubinato o independizarse, podrán permanecer hasta los 21 años de edad, en la misma categoría junto a su hija/o. b) Las hijas de asociados, mayores de 21 años y hasta 25 años, que en iguales condiciones, revistan en la situación de “Hija adicional soltera”, si ésta estuviera cursando estudios oficiales, podrán permanecer junto a su hija/o dentro del grupo familiar del titular, hasta los 25 años inclusive, debiendo presentar dentro de los 90 días de producido el nacimiento, información sumaria judicial que acredite la convivencia de ambos con el titular del grupo y que el menor se encuentra bajo su total cargo.

2.4) “De los tipos de orígenes para ingresos”: Los tiempos de espera ordinarios previstos para hacer uso de las prestaciones superadoras o complementarias del Programa Médico Obligatorio (PMO) se aplicarán conforme su procedencia descripta en cada Plan según sus orígenes. **2.4.1) “Del Origen I”:** Designa a todos los ingresantes que cumplan con los siguientes requisitos: hasta 30 años de edad o mayores de esa edad y provenientes de obras sociales o prepagas nacionales y regionales. En tales casos, los ingresantes, no tendrán períodos de carencia que cumplir, excepto para la práctica de Excimer Láser que requerirá de un año de carencia y de 18 (dieciocho) meses de carencia para la libre elección dentro de prestadores contratados para realizar tratamientos de Fertilización Asistida en cualquiera de sus modalidades, la que previo a cumplirse este plazo, será determinado por la Mutual. **2.4.2) “Del Origen II”:** Designa a todos aquellos ingresantes que cumplan con los siguientes requisitos: no posean cobertura o provenientes de prepagas unisanatorias, debiendo cumplir con carencias en la cobertura superadora: para Planes G1, 90 días, y para los planes G2, 180 días, excepto para la práctica de Excimer Láser que requerirá de un año de carencia y de 18 (dieciocho) meses de carencia para la libre elección dentro de prestadores contratados para realizar tratamientos de Fertilización Asistida en cualquiera de sus modalidades, la que previo a cumplirse este plazo, será determinado por la Mutual.

2.5) “De los Asociados Voluntarios y Obligatorios”: a) Se entenderá por asociados Voluntarios aquellos que se incorporen libremente a la Mutual en cualquiera de sus planes de salud habilitados al efecto, siendo en forma directa responsables del pago de sus obligaciones con la entidad conforme este reglamento. b) Se entenderá por asociados Obligatorios aquellos que se incorporen a la Mutual a través de los convenios que ésta suscriba con obras sociales de las leyes 23.660 y 23.661, previo trámite de desregulación de Obra Social y aceptación de la SSS, en su carácter de Prestadora, en virtud de lo cual la totalidad o parte del servicio arancelado de salud y cuota social o costo de la cuota del plan que elijan, sea pagado a la Mutual por parte de dichas obras sociales con los aportes y contribuciones previstos en las referidas leyes a su cargo para sus asociados obligatorios cuya cobertura del PMO se derive a esta Mutual. Se incluyen en esta categoría los monotributistas. Para la cobertura superadora del PMO, los asociados obligatorios abonarán mensualmente a la Mutual el diferencial de cuota en pesos, que corresponda según el plan que elijan.

2.6) “De los Egresos”: Los asociados que hubieren ingresado, pueden renunciar a su condición de tal, en forma individual, grupo familiar total o parcial, siempre sujeto a Auditoría Médica, firmando el formulario respectivo o utilizando un medio fehaciente remitido a la Mutual, pudiendo realizarlo cualquier día hábil del mes y tendrá vigencia a partir del primer día del mes siguiente. Los asociados podrán perder su condición de tal en los casos de exclusión y/o expulsión que establece el Estatuto Social y la ley 20.321. En los supuestos del Art. 1 Ley 26.682, Dto. Reglamentario 1991/2011, quienes se encuadren en los Servicios previstos en esas normas, pueden rescindir el mismo en cualquier momento, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a la Mutual con 30 días de anticipación. La Mutual podrá rescindir dichos contratos en los casos que establece el artículo 9 de la ley 26.682 y Art. 9 2)b) del Decreto Reglamentario 1993/2011. En todos los casos el/los renunciante/s deberá/n proceder a la devolución de todas las credenciales de asociados como así también los contratantes cuyos contratos hubiese sido rescindido. En cuanto a las bajas solicitadas por el asociado titular respecto de un integrante de su grupo, sin el consentimiento de éste último, dependiendo del caso deberá presentar: a) concubinos: Información sumaria de disolución de concubinato tramitado por cualquier integrante de la pareja. b) matrimonios: para asociados voluntarios será suficiente la presentación de copia de la Iniciación trámite de divorcio. Para asociados obligatorios, será necesaria la presentación de una copia de la sentencia de divorcio. c) hijos menores: solo debe ser solicitada por el titular del grupo.

ARTICULO 3: “De las afecciones preexistentes y de la omisión de su declaración al ingreso como asociado”: Para postularse como asociado ingresando en alguno de los planes de cobertura asistencial, o para contratar los servicios médico-asistenciales, los interesados deberán completar una declaración jurada de antecedentes de salud, que podrá ser confeccionada con la asistencia de su médico de cabecera, en la que manifiesten qué tipo de afecciones padecen en las condiciones que establece el artículo 10 de la ley 26.682 y su Decreto Reglamentario N° 1993/2011. En caso de que el aspirante declare alguna patología preexistente, la Mutual, para su admisión solicitará a la SSS la autorización de valores diferenciales justificados por su auditoría médica y la determinación del carácter temporario, crónico o de alto costo de la enfermedad preexistente, tanto para asociados voluntarios como obligatorios. La Mutual notificará al postulante el contenido de la nota elevada a la autoridad de aplicación. En caso que el postulante aceptara abonar el valor diferencial por el término de tiempo, cuya autorización se pidiera a la Autoridad de Aplicación (SSS), será incorporado como asociado, desistiéndose del trámite ante la autoridad de aplicación; excepto en el caso de las patologías crónicas en que deberá aguardarse por el valor diferencial que fije la Autoridad de Aplicación a tal efecto. La declaración de salud presentada tendrá una vigencia de 60 días desde la fecha de realización. En caso de no recibirse respuesta de la SSS en ese plazo, los aspirantes deberán reiniciar el trámite en forma completa. En aquellos casos donde el asociado hubiere omitido o falseado la declaración jurada de salud incluida en la solicitud de ingreso, la mutual según resolución de su Consejo Directivo podrá proceder a la expulsión como asociado en el caso de voluntarios, según los alcances de la ley 26.682 y del art. 180 del CCYCN. Para el caso de asociados obligatorios, donde la mutual presta servicios a Obras Sociales de la ley 23.660 y 23.661, en su carácter de prestador, el Consejo Directivo podrá aplicar una sanción que representa la pérdida de los derechos del asociado a permanecer en cualquiera de los planes superadores vigentes de la Mutual, correspondiendo, posteriormente a su comunicación, su paso al plan L90 Obligatorio de exclusiva cobertura PMO, en un único prestador polivalente que determine la Mutual especialmente, para el supuesto en que la Obra Social no le correspondiere su obligación de cobertura.

TITULO II: “DE LOS PLANES”

ARTICULO 4: “De los Tipos de planes”: Los distintos planes de Mutual Federada 25 de Junio se identifican con denominación alfabética, numérica o alfanumérica, y se agrupan en tres tipos, a saber: **G1, G2 y G3**. Cada uno de éstos contiene planes para asociados voluntarios y obligatorios, con la atención médico-asistencial, los alcances y modalidades que se especifican en los **Anexos I, II y III** respectivamente.

ARTICULO 5: “De los planes superadores del P.M.O.: Los planes son los siguientes: **5.1:** Planes G1: 1000 Superior, 1000, 2000, 1000 NG, 2000 NG, según detalle de cobertura **Anexo I**. **5.2:** Planes G2: 3000, 4000, 3000 NG, 4000NG, 5000 NG, Joven, Familia, según detalle de cobertura **Anexo II**. **5.3:** Planes G3: C-RO, C-ON, C-BB, C-SF, C-BA, BA-D, según detalle de cobertura en **Anexo III**. La cobertura de prestaciones superadoras al PMO está sujetas a modificaciones.

ARTICULO 6: “De los planes con exclusiva cobertura del P.M.O.”: L90 (Plan G3). Según detalle de cobertura **Anexo IV**.

ARTICULO 7: “De los planes con cobertura parcial del P.M.O: los planes son los siguientes: **7.1: Planes G1:** B y F, según detalle de cobertura **Anexo V**. **7.2: Planes G2:** 4000 especial, según detalle de cobertura **Anexo V**.

ARTICULO 8: “De los cambios de planes”: En caso de que el asociado optara por otro de los planes superiores al actual, con prestaciones superadoras o complementarias del Programa Médico Obligatorio (PMO), tendrá una carencia de 90 días para acceder a las nuevas prestaciones, no incluidas en el plan anterior, excepto para Excimer Láser que deberá esperar una carencia de 365 (trescientos sesenta y cinco) días y módulos de cirugía estética donde el periodo la carencia es de 2 años (por cada una). En el caso de optar por planes con menor cobertura, quedara sujeto a autorización de auditoría médica. Todo cambio de plan podrá solicitarse en cualquier día hábil del mes y de ser autorizado, tendrá vigencia a partir del primer día del mes siguiente. Sólo se aceptarán cambios a los planes habilitados a tal efecto. En el caso de quienes contraten deberá renegociarse una cláusula adicional al convenio originario, si es que el cambio no se encuentra previsto en el mismo.

TITULO III: “DE LAS FORMAS DE UTILIZACION DE LOS SERVICIOS”:

ARTICULO 9: “Del acceso a las prestaciones médicas”: Los asociados y/o quienes se encuadren en los Servicios previstos en el Art. 1 Ley 26682, Dto. Reglamentario 1991/2011, los contratantes del servicio médico-asistencial, que requieran cualquiera de las prestaciones contempladas dentro del plan en que revistan, deberán hacerlo a través de profesionales e instituciones contratadas por la Mutual según el plan, que ellos elijan o posean reglamentariamente y/o los comprendi-

dos en las entidades que los nuclean, cuyo detalle se encuentra publicado y a disposición de los asociados en la cartilla, disponible en su portal Web www.federada.com, dentro del link "cartilla médica" de conformidad con el Art.2 Ley 26682. La misma incluye información sujeta a modificaciones. La publicación de un profesional o institución no determina que todos los servicios y/o prestaciones que brindan los mismos estén cubiertos y/o contratados por Federada Salud. De acuerdo al tipo de plan o prestación a utilizar deberán contar con autorización previa o no, de acuerdo a las Normas Generales de Autorizaciones y Facturación transcritas en el Anexo VI.

ARTICULO 10: "De los topes y copagos": Las prestaciones incluidas en el PMO o superadoras que posean topes en cantidad de prestaciones y en cuantía de valores, así como también coseguros o copagos se regirán según Anexo VII.

ARTICULO 11: "De los Reintegros": Los asociados o contratantes que utilicen prestaciones brindadas por prestadores no comprendidos en los respectivos convenios suscriptos por la Mutual, de contemplarlo su plan, podrán solicitar el reintegro de lo pagado según los valores vigentes de Mutual Federada. Los reintegros deberán ser solicitados a la Mutual dentro de los 90 días en que los asociados hubieran efectuado la atención de la respectiva prestación. El monto de los reintegros serán los fijados por el Consejo Directivo.

ARTICULO 12: "De las exclusiones, limitaciones absolutas y coberturas subrogadas": La Mutual no brindará cobertura a: prestaciones o servicios no contemplados en la normativa vigente, en particular en el Programa Médico Obligatorio, a excepción de las prácticas superadoras incluidas en cada plan; prestaciones relacionadas con lesiones o afecciones derivadas de supuestos correspondientes a las Administradoras de Riesgos de Trabajo; provisión de sangre y plasma; prestaciones en etapa experimental o de investigación; prestaciones cuya cobertura no se encuentre reconocida por la A.N.M.A.T. y/o el Ministerio de Salud de la Nación; internaciones geriátricas; internaciones por cualquier tipo de proceso crónico no reversible ni mejorable a través de su tratamiento médico o quirúrgico, a excepción de episodios agudos, complicaciones o estados terminales que deriven de aquéllos, según lo determine la Auditoría Médica; cosmetología y cirugías estéticas, excepto las específicamente comprendidas y según topes de cobertura en el plan que así lo contempla, excepto las reparadoras; tratamientos de homeopatía, acupuntura, quiropraxia; prestaciones relacionadas con lesiones provocadas voluntariamente por el asociado y las que fueren consecuencia de tentativa de suicidio o resultantes de maniobras delictivas o criminales, como así también de la participación profesional en demostraciones de pericia, pruebas de velocidad o actividades deportivas de alto riesgo. Asimismo, y en caso de prestaciones que tengan como causa acciones dolosas o culposas de terceros, la cobertura se brindará previa subrogación a favor de la Mutual de los derechos y acciones de sus asociados, a los fines de que la Mutual pueda solicitar la restitución de los gastos y sus derivaciones a las correspondientes organizaciones aseguradoras o a los terceros generadores de tales acciones dolosas o culposas.

TITULO IV: "DE LOS SERVICIOS ARANCELADOS":

ARTÍCULO 13 "De las condiciones generales de aranceles": Los asociados y/o quienes se encuadren en los Servicios previstos en el Art. 1 Ley 26682, Dto. Reglamentario 1991/2011, los contratantes del servicio médico-asistencial, que opten por ingresar en alguno de los planes descriptos en el presente, abonarán mensualmente la cuota social y aranceles de servicios correspondientes al plan elegido. La facturación mensual correspondiente será enviada con la debida anticipación por vía correo electrónico, a la dirección que deben suministrar los asociados, directamente al titular del grupo familiar o individual según corresponda, cada cual también tendrá la opción de bajarla desde la Web www.federada.com y solo en caso de fuerza mayor podrá ser enviada por medios postales. Las cuotas correspondientes los planes voluntarios serán abonadas por mes adelantado y las cuotas correspondientes de los planes obligatorios serán abonadas a mes vencido. No obstante, el Consejo Directivo ha dispuesto la posibilidad de realizar pagos adelantados de un plazo de hasta 12 cuotas mensuales y consecutivas. Dichas cuotas serán calculadas en base al último valor publicado por la cantidad de meses elegidos y deberán ser cancelados en valores corrientes". El Consejo Directivo modificará el valor del arancel de servicios de acuerdo a lo prescripto por el artículo 5 inciso g) y el artículo 17 de la Ley 26.682 y sus Decretos Reglamentarios. El Consejo Directivo también podrá reajustar periódicamente el valor correspondiente a la cuota social y los copagos conforme al estatuto de esta mutual y normas legales vigentes.

ARTICULO 14: "De los valores de los servicios arancelados en los planes: El Consejo Directivo fijará los valores del arancel de servicio de acuerdo al artículo 17 de la Ley 26.682 y sus Decretos reglamentarios y el mismo se determinará según las franjas habilitadas de acuerdo a la Resolución 419/12 de la SSS. El Consejo Directivo para dichas franjas, podrá fijar las bonificaciones pertinentes según los segmentos etarios en rangos quinquenales y/o con las modificaciones que estime necesarias. Queda exceptuado del anterior procedimiento el valor de la cuota social que se rige por lo previsto en la Ley 20321.

ARTÍCULO 15: “De los descuentos en los valores de los servicios arancelados por viajes al exterior”: Los asociados que realicen viajes al exterior por un período no menor a sesenta (60) días corridos, podrán solicitar un descuento del 50% en el valor de los servicios arancelados que corresponden a su plan, previa presentación de la documentación que certifique su salida del país y estadía en el extranjero. En caso de grupos familiares, dicho beneficio se obtiene por integrante que certifique igual condición, pudiendo recibir individualmente este beneficio la totalidad de las personas que integran el grupo. Para ello, el descuento se calculará en base a la cotización de cada integrante vigente al momento de su aplicación. Siempre y cuando se encuentre respaldado por el cumplimiento de todos los requisitos exigidos, el descuento se otorgará de forma permanente y sin límites de tiempo. Dado que esta modalidad no supone la suspensión de los servicios, el asociado alcanzado por el beneficio podrá hacer uso de los mismos dentro de la República Argentina con previo aviso, excepto que su regreso temporario al país se prolongue por más de treinta (30) días, momento en que se dará por finalizado automáticamente el presente convenio.

ARTICULO 16: “De la responsabilidad de pago”: En los matrimonios y grupos familiares integrados al servicio, los cónyuges e hijos mayores de edad que lo compongan serán solidariamente responsables ante la Mutual por el pago de los aranceles, como así también de los reembolsos que cualquiera de los integrantes del grupo adeude a la Mutual. Respecto de los casos del Art. 5 Ley 20321, dicha responsabilidad de pago será regulada por sus convenios.

ARTICULO 17: “De los lugares de pago”: Las facturas y/o notas de débitos deberán abonarse a través de los medios de pagos habilitados o en su defecto los asociados podrán hacerlo exclusivamente por tarjetas de débito o crédito en la Casa Central, Delegaciones, Oficinas, o a través de los servicios financieros habilitados. Estos importes serán transferidos de acuerdo al Art. 17 del Decreto Reglamentario 1993/2012 de la Ley 26.682. Además podrán pagar sus facturas en las Agencias de la Mutual.

ARTICULO 18: “De la suspensión de los servicios”: Al cumplirse la primer mora, es decir con el incumplimiento que se mantenga al finalizar el primer mes impago, se producirá la suspensión automática de los servicios asistenciales, para aquellos asociados y/o quienes se encuadren en los Servicios previstos en el Art. 1 Ley 26682, Dto. Reglamentario 1991/2011, los contratantes del servicio médico-asistencial, y/o en los supuestos de los convenios del Art. 5 Ley 20321, que no hubieran abonado las referidas facturas y/o notas de débitos correspondientes a cualesquiera de los Servicios que de conformidad con el Estatuto brinda la Mutual a sus asociados. Si existiesen facturas y/o notas de débitos anteriores intermedias impagas, también se producirá la suspensión de servicios. Dicha suspensión de Servicios cesará al momento de la cancelación de los saldos impagos, restableciéndose la situación al momento de la Suspensión.

ARTÍCULO 19: “De la cobertura legal”: Los asociados obligatorios que cesen en su trabajo en relación de dependencia y se encuentren imposibilitados de abonar momentáneamente el valor de la cuota mensual en forma voluntaria, pueden solicitar la cobertura legal correspondiente por un término de 90 días, debiendo presentar copia de su distrato laboral (telegrama de renuncia o despido), credencial/es y nota del titular solicitando cobertura legal (exclusivamente PMO) desde la fecha de solicitud. Si transcurridos los 90 días optara por continuar en forma voluntaria, deberá solicitar el reintegro, quedando éste sujeto a las condiciones reglamentarias de la Mutual. Igual tratamiento tendrán aquellos asociados obligatorios que por circunstancias debidamente justificadas, no habiendo cesado en su relación de dependencia, o si su empleador no cumpliera en tiempo y forma con el pago de aportes y contribuciones; y/o los asociados no pudieran abonar las diferencias de valores para el plan superador oportunamente elegido, también se podrá brindar cobertura exclusiva dentro de los alcances del PMO, hasta que el asociado y/o patronal puedan regularizar los pagos correspondientes, posibilitando así recuperar el plan superador. Caso contrario, el plazo máximo de permanencia será hasta completar los meses necesarios que le permitan al asociado una nueva opción a otra obra social. Dicha cobertura, en estos casos, será brindada por La Mutual en el Plan L-90, en un único prestador médico asistencial polivalente que determine la Mutual especialmente. Para acceder a la misma se entregará al interesado una credencial provisoria donde conste la vigencia (tiempo) de la cobertura y el prestador asignado. Para acceder a los servicios el asociado deberá contar con autorización previa de la Mutual de todas y cada una de las prestaciones incluidas en dicho plan y abonar en forma anticipada los copagos/coseguros que correspondan en las oficinas de la Mutual.

ARTICULO 20: “De la situación de rescisión por mora”: La Mutual podrá excluir al asociado del padrón social o rescindir el convenio en los supuestos del Art. 5 Ley 20321, cuando incurra en la falta de pago de tres (3) períodos mensuales o facturas consecutivas.

ARTICULO 21: “De los aportes de emergencia”: Sin perjuicio de los aranceles mensuales establecidos en los artículos pertinentes del presente Título, el Consejo Directivo podrá fijar en caso de emergencia, un aporte adicional en la cuota social durante el lapso que dure la misma, de conformidad con la Ley 20321.

ARTICULO 22: “De los excedentes de aportes y contribuciones de asociados obligatorios”: Aquellos asociados del plan 1000 y 1000 Superior obligatorios, de la Nueva Generación (NG) que registren excedentes de aportes y contribuciones en relación a su cuota social y su arancel del servicio, constituirán una reserva para utilizar en servicios de salud no contemplados en su plan, o para el pago a cuenta de cuotas sociales y arancel de servicios de asociados que sean familiares directos. En caso de que los asociados que posean reservas, dejen de revestir esta condición de asociado obligatorio o se cambiara a otro plan, no podrán solicitar el cobro de los importes reservados. En los demás planes de salud, en caso de que los asociados posean excedentes de aportes y contribuciones no generaran reserva alguna ni permitirán la derivación de los mismos.

TITULO V: “DE LA COBERTURA EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TITULAR”

ARTICULO 23: En caso de muerte del asociado titular y/o del contratante del servicio médico asistencial, se garantiza a los integrantes del grupo familiar primario la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO) durante un período mínimo de dos (2) meses, contados desde su fallecimiento, sin obligación de efectuar pago alguno. Una vez vencido dicho plazo, el cónyuge supérstite, el descendiente de mayor edad o su representante legal, o cualquier otro miembro del grupo familiar a cargo, podrán optar por la continuidad, para lo cual cualquiera de los mencionados deberá constituirse como titular del plan. La cobertura será brindada a través del plan L 90 y/o el que lo reemplace (PMO). Dicha prestación reemplaza la cobertura de subsidios por fallecimiento que La Mutual deja de reconocer.

TITULO VI: “DE LAS DISPOSICIONES GENERALES”

ARTICULO 24: “Disposición transitoria”: El Consejo Directivo quedará facultado a introducir las modificaciones a este reglamento que el órgano de control determine.

Declaramos bajo juramento que la presente copia es expresión fiel del aprobado en le EX2018-57822848-APN- MGESYA# - SF 281