

REGLAMENTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE MEDICINA ESENCIAL S.A.

La relación contractual entre Medicina Esencial S.A. (en adelante Medicina Esencial), y los beneficiarios titulares y no titulares se regirá por el presente Reglamento, la Solicitud de Ingreso, la Declaración Jurada de Enfermedades Preexistentes (en lo sucesivo "Declaración Jurada"), la Cartilla de Prestadores, la Cartilla de Prestaciones correspondientes al plan contratado y el Listado de Precios vigente como así también las futuras modificaciones que se realicen con aprobación de la Autoridad de Aplicación de la Ley N° 26.682 (Ministerio de Salud a través de la Superintendencia de Servicios de Salud).

1. Beneficiarios:

1.1. Los beneficiarios pueden revestir calidad de titulares o no titulares.

1.1.1. Beneficiarios titulares: Podrán solicitar el ingreso a Medicina Esencial, en carácter de beneficiarios titulares las personas físicas que reúnan los siguientes requisitos: que sean legalmente capaces para contratar, que no adeuden a Medicina Esencial cuotas de anteriores afiliaciones y que tengan fijada su residencia en el ámbito territorial en el que Medicina Esencial brinde cobertura a través de su cartilla de prestadores, salvo que en forma excepcional Medicina Esencial lo autorice en forma expresa, teniendo en consideración las circunstancias del caso.

1.1.2. Beneficiarios no titulares: los beneficiarios titulares podrán incorporar a los integrantes de su grupo familiar primario, en calidad de beneficiarios no titulares. El grupo familiar primario se integra por las personas que revistan la siguiente relación con el beneficiario titular: - Cónyuge. - Hijos solteros hasta los 21 años de edad - Hijos solteros mayores de 21 y hasta los 25 años de edad inclusive, que se encuentran a su exclusivo cargo y que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente. - Hijos menores de 21 años de edad que hayan cesado en el desarrollo de una actividad profesional, comercial o laboral. - Hijos incapacitados a su cargo mayores de 21 años de edad con certificado de discapacidad vigente. - Hijos del cónyuge o del conviviente. - Menores cuya guarda y tutela haya sido acordada en forma judicial o administrativa o guarda judicial con fines de adopción que reúnan los requisitos antes establecidos. - Persona que conviva con el beneficiario titular en unión de hecho, que resulte acreditada conforme la documentación o información sumaria pertinente expedida por la autoridad competente. - Hermanos incapacitados del beneficiario titular mayores de dieciocho años cuya curatela haya sido acordada por autoridad judicial y que reúnan los requisitos antes detallados. - Otros ascendientes o descendientes por consanguinidad con el beneficiario titular que se encuentren a su cargo expresamente autorizados por la Superintendencia de Servicios de Salud. En estos casos la autoridad de aplicación autorizará valores diferenciales de las cuotas por la incorporación de dichas personas. - Toda otra persona a quien Medicina Esencial expresamente autorice.

1.2. Recién nacidos: La incorporación como beneficiarios titulares de los recién nacidos no resulta automática, excepto normativas que la Superintendencia de Servicios de Salud exponga y que al momento del nacimiento reglamenten tal situación. Podrán ser incorporados a un grupo familiar por el padre, madre o tutor que sea beneficiario titular dentro de los treinta de producido el nacimiento, abonando la cuota correspondiente.

1.3. Afiliaciones a través de Obras Sociales: Es la modalidad mediante la cual el beneficiario se incorpora a Medicina Esencial en virtud de la adhesión al "Sistema de Libre Elección de Obras Sociales" previsto en el Decreto N° 1141/96, sus modificatorias y/o ampliatorias. El beneficiario incorporado mediante esta modalidad tendrá a su exclusivo cargo el pago mensual a Medicina Esencial de una suma de dinero, igual a la diferencia entre el valor del Plan elegido y el monto de aportes y contribuciones que la Obra Social derive efectivamente a Medicina Esencial, como así también los copagos, aranceles y servicios adicionales correspondientes al plan contratado. Siendo el titular del grupo responsable de abonar los conceptos de cuota del plan elegido en forma íntegra cuando eventualmente no ingresaran aportes.

2. Ingreso al sistema: Las personas capaces, mayores de 18 años o menores de esa edad con habilitación o quienes lo hagan por representación parental, interesadas en ingresar a Medicina Esencial deberán completar y firmar de puño y letra en presencia de un funcionario de aquella, la siguiente documentación:

2.1. Solicitud de Ingreso: En este documento el interesado deberá consignar en forma verídica y auténtica todos los datos personales, y en su caso de su grupo familiar que allí se requieran, entregando fotocopias de todos los documentos de identidad, previa exhibición de sus originales. Dicha solicitud constituye una expresa voluntad de incorporación al sistema. El domicilio consignado será considerado como domicilio especial, como así también el correo electrónico y número de teléfono móvil y por tanto válido a todos los efectos de la relación contractual y notificaciones, salvo que en forma fehaciente notificara su cambio. La suscripción de la Solicitud de Ingreso y del presente reglamento, implicarán la notificación y aceptación de todas las normas contenidas en el presente y de las condiciones y características del plan elegido, las que constan en la pertinente cartilla de las condiciones de los planes. Los beneficiarios deberán informar en forma inmediata cualquier modificación que se produzca en los datos suministrados.

2.2. Declaración Jurada: Deberá completarse y suscribirse por los aspirantes capaces, mayores de edad o menores de esa edad con habilitación legal o por representación parental, de puño y letra una declaración jurada sobre enfermedades preexistentes, patologías secuelas, cirugías llevadas a cabo, tratamientos recibidos con anterioridad o que se estén llevando a cabo al momento de la solicitud, individualizando los profesionales de la salud consultados en los últimos doce meses y toda otra información requerida en la referida declaración dejándose aclarado que el solicitante tiene la obligación

de especificar cualquier dato relacionado con su estado de salud a pesar de no encontrarse incluido en el listado de enfermedades y/o dolencias y/o patologías enunciados en la misma.

El solicitante es personalmente responsable por la veracidad, exactitud e integridad de la información suministrada en su declaración jurada, como así también por la correspondiente a cada uno de los integrantes de su grupo familiar. A tales fines la solicitud se considera indivisible.

La/s declaración/es jurada/s implica autorizar en forma irrevocable a Medicina Esencial S.A a solicitar cuanta información estime pertinente a los fines del efectivo control y verificación de los datos allí consignados.

2.3. La aceptación y conformidad con el presente Reglamento.

3. Perfeccionamiento del contrato: Presentada la Solicitud de Ingreso, la Declaración Jurada y firmado el presente Reglamento Medicina Esencial será evaluado por Auditoría Médica.

El contrato se considerará perfeccionado, en la medida que el solicitante cumpla con los requisitos establecidos en el punto 1 del presente Reglamento, cuando Medicina Esencial así lo haya comunicado en forma expresa y por escrito, o bien se hayan entregado las credenciales definitivas al solicitante o se encuentre habilitado como usuario para acceder a la credencial virtual de la web y/o App de Medicina Esencial.

La percepción de un adelanto o de una cuota no implica perfeccionamiento del contrato ni aceptación de la solicitud, debiendo Medicina Esencial reintegrar dichas sumas en caso de no perfeccionarse por las causas legales que la habiliten.

4. Cuota mensual:

4.1. Generalidades: El beneficiario titular deberá abonar la cuota mensual correspondiente al plan de asistencia médica elegido, por mes adelantado antes del día de vencimiento de cada mes y que variará según la composición del grupo familiar a cargo. La falta de recepción de la factura no exime al beneficiario de su obligación de pagar en término, para lo cual podrá informarse en la página Web de Medicina Esencial www.medicinaesencial.com.ar, al teléfono 0800-444-3736 / 0341 5232222 / +54 9 3413 82-0000.

La cuota se considera por mes calendario no resultan proporcionada por ninguna circunstancia en función de la fecha de alta o baja del beneficiario. En caso de asociados por grupo familiar se abonará en forma integral y no se administrarán pagos parciales para algún miembro en forma individual.

No serán admitidos pagos parciales. En caso que, en forma excepcional fuese admitida, se imputarán en primer lugar, a la cancelación de los Intereses, y en segundo término a la cancelación de la/s cuota/s más antigua/s.

Cuando el ingreso de los asociados se realice en virtud de acuerdos celebrados por Medicina Esencial S.A. con obras sociales, el valor de la cuota mensual del plan de salud elegido por los afiliados ingresantes y sus grupos familiares, será el vigente en el mes de facturación. Dicho importe se cancelará en parte con los aportes que para los respectivos asociados transfiera la Obra Social a Medicina Esencial S.A., quedando el saldo restante a cargo de los asociados, hasta completar el monto de la factura mensual, que deberá ser cancelada conforme los plazos previstos en la misma.

4.2. Valor de la cuota y actualizaciones: El valor de la cuota que se determine al momento del ingreso será definido a partir de la grilla de valores para el plan elegido, cantidad de integrantes y edades del grupo familiar.

Los aumentos que se apliquen resultarán, previa autorización o fijación de la autoridad de control, por la determinación que efectuará Medicina Esencial fundada, en la estructura de costos con los cálculos actuariales que presente por ante la Superintendencia de Servicios de Salud justificada en el incremento del costo de las prestaciones obligatorias, suplementarias y complementarias, de las nuevas tecnologías, de los costos de recursos humanos, en las modificaciones que se introduzcan en el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) en vigencia por vía de reglamentaciones legales, en el incremento de costos de recursos humanos y cualesquiera otras circunstancias que incidan sobre los costos de la cuota de los planes. Los precios de los planes también se verán modificados por rangos etarios a través de saltos de grillas que se efectivizarán en las edades 26/30/45/55/65. A partir de los 65 años y con 10 años de antigüedad no se aplicará salto de grilla.

El valor del plan incluye los servicios adicionales que se ofrecen en el Anexo 1. Las bonificaciones a las que el interesado puede acceder son: por cantidad de integrantes de un grupo familiar, por medio de pago, o por referir otro nuevo socio, o sub 30, sujeto a promociones vigentes al momento de la asociación.

4.3. Mora: Cuando la afiliación sea voluntaria, la falta de pago de la cuota a su vencimiento hará incurrir al beneficiario titular y a todo el grupo familiar en mora, la que se producirá en forma automática, de pleno derecho y sin necesidad de notificación y/o interpelación alguna. A partir de la mora Medicina Esencial podrá aplicar un interés compensatorio y punitivo equivalente a una vez y media la tasa activa que para sus operaciones de descuento a treinta días que aplica el Banco de la Nación Argentina con más los gastos administrativos y/o de rehabilitación.

4.3.1. La falta de pago de Tres (3) cuotas consecutivas, será causal de resolución del contrato, debiendo previamente comunicar en forma fehaciente a los titulares usuarios la constitución en mora intimando a la regularización dentro del término de diez (10) días, conforme lo prevé el art. 9º de la ley 26.682 y mismo artículo del Decreto 1993/2011

Dicha baja no extingue las deudas que el asociado mantenga con Medicina Esencial S.A., quedando reservado el derecho a exigir su pago.

4.3.2. En caso de que el titular, cuyo contrato haya sido resuelto de conformidad con lo manifestado precedentemente, pretenda reincorporarse al sistema de contratos administrados por Medicina Esencial S.A. deberá, previa cancelación de la

deuda pendiente, con más sus accesorios, y cumplir con las condiciones vigentes para los nuevos solicitantes. A tal fin deberá presentar la documentación correspondiente, la que quedará sujeta a la aprobación por parte Medicina Esencial S.A.

5. Cobertura: Las prestaciones correspondientes a cada plan y sus condiciones de utilización, se rigen de conformidad a lo establecido en el ley 26.682 y concordantes, como así también por el presente Reglamento y cartilla del plan de salud elegido.

Los beneficiarios titulares y su grupo familiar se encuentran obligados a observar las condiciones que establece el plan de cobertura contratado respecto de extensión, limitaciones, topes, prestaciones fuera del ámbito de cobertura y exclusiones. Previa autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud, manteniendo una adecuada calidad de servicios, Medicina Esencial podrá modificar los servicios y características correspondientes a los diferentes planes. **Ámbito territorial:** La cobertura de prestaciones correspondientes al plan contratado por el beneficiario titular y su grupo familiar será otorgada por Medicina Esencial únicamente en aquellas localidades donde tuviera convenios vigentes con prestadores, conforme Cartilla de Prestadores, salvo que en forma excepcional Medicina Esencial lo autorice en forma expresa teniendo en consideración las circunstancias del caso.

5.1 Los asociados a Medicina Esencial S.A cuentan al momento de la contratación del plan con servicios valorizados adicionales superadores a la cobertura establecida en el plan médico obligatorio, conforme a lo establecido por Superintendencia De Servicios De Salud. Servicio de consultas programadas y de demanda espontánea las 24 hs; Seguro de asistencia al viajero; Seguro de cobertura por fallecimiento del titular superador al plan médico obligatorio; Servicio de sepelio y parcela; UTV servicio de aeroemergencias; Servicio de urgencias emergencias y médico a domicilio superador al PMO; Servicios adicionales superadores al pmo; Conforme Anexo 1.

El asociado puede utilizar los mismos desde su fecha de vigencia de asociación; así mismo puede optar por rescindir su contratación. Una vez revocado el servicio y sujeto al consentimiento del titular del grupo, no podrá activarse nuevamente.

6. Prestadores: Los beneficiarios recibirán la cobertura contratada por ante los prestadores que integran la cartilla correspondiente al plan elegido. Consecuentemente, Medicina Esencial no cubrirá ningún tipo de prestación con profesionales o en instituciones que no integran la Cartilla de Prestadores, corriendo por su exclusiva cuenta todo gasto y/u honorarios que se devenguen, de cualquier tipo que fuere.

Medicina Esencial cubrirá y reintegrará a sus beneficiarios únicamente prestaciones realizadas en instituciones o con profesionales que pertenezcan a su listado actualizado, que garantizan la cobertura de las prestaciones incluidas en el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.), con las solas excepciones de los casos expresamente previstos en el plan contratado.

Los beneficiarios podrán elegir libremente el médico tratante dentro de la nómina de profesionales pertenecientes a la cartilla de prestadores, quienes serán los únicos autorizados para indicar estudios, prácticas terapéuticas, medicamentos y demás prestaciones, salvo autorización expresa por parte de Medicina Esencial.

Previa autorización y/o puesto en conocimiento de la Superintendencia de Servicios de Salud, manteniendo una adecuada calidad de servicios y sosteniendo la oferta en niveles de cantidad y calidad equiparables a la cartilla ofrecida al tiempo de celebrar el contrato, conforme lo previsto por la Ley 26.682, Medicina Esencial podrá modificar el listado de prestadores sin que ello genere ningún derecho indemnizatorio ni compensatorio en cabeza de los beneficiarios.

7. Credencial: Aceptado que fuere el ingreso del beneficiario titular y de su grupo familiar Medicina Esencial entregará a cada miembro una credencial con cuya exhibición se acreditará la afiliación. Las credenciales serán personales e intransferibles. Las credenciales contendrán todo los aspectos previstos en la Resolución 147/12 de la Autoridad de Aplicación. A fin de acceder a las prestaciones del plan elegido, los beneficiarios deberán exhibir su credencial conjuntamente con el documento de identidad. Tendrá igual validez la credencial digital descargada de la web www.medicinaesencial.com.ar o la generada desde la aplicación para smartphones creada para socios.

En caso de extravío o robo de la credencial el beneficiario deberá notificarlo a Medicina Esencial dentro de las 24 horas siguientes de sucedido. Cambio de plan: El asociado podrá solicitar el cambio del plan que hubiere elegido por otro que le resulte más adecuado. Dicha solicitud será recibida hasta el día 25 de cada mes y la permanencia mínima en el plan elegido será de seis meses. En caso que el beneficiario decida pasar a un plan de menor cobertura, la modificación tendrá vigencia el mes posterior a su solicitud. En caso que el asociado decida pasar a un plan de mayor cobertura, Medicina Esencial realizará los cambios "conforme las normativas legales vigentes" Lo que sucederá cuando Medicina Esencial envíe al beneficiario la facturación correspondiente al plan solicitado, el beneficiario y su grupo familiar, en caso de corresponder, deberán cumplir las carencias o tiempos de espera que Medicina Esencial determine para gozar los beneficios que se le amplíen por el cambio de plan que resulten superadores del Programa Médico Obligatorio (P.M.O.).

7.1.1. En caso de que Medicina Esencial S.A. determine que el solicitante padecía una enfermedad y/o patología secular y/o preexistente no consignada en la declaración jurada de ingreso, se generará sin más la facultad de resolver el contrato por exclusiva culpa del solicitante o asociado, conforme art. 9° de la ley 26.682.

7.1.2. En caso de que la persona ingresante declare una preexistencia de salud, el interesado podrá convenir abonar en forma provisoria una cuota diferencial. A los fines de poder determinar el valor del tratamiento el Médico Auditor está facultado para solicitar estudios previos y nuevos estudios en virtud de establecer un marco a la cuota diferencial.

8. Exclusiones: Quedan expresamente excluidas de la cobertura que Medicina Esencial S.A. brinda a sus asociados: a) Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales cuando resulten reconocidos y atendidos por el empleador o ART responsable. En caso de tener que ser atendido por Medicina –Esencial S.A. ésta repetirá contrata los responsables, subrogando el beneficiario en Medicina.

Esencial los derechos correspondientes al recupero de los gastado por la atención del accidente de trabajo. b) Internaciones en establecimientos geriátricos, cuando la normativa legal vigente no indique que sea a su cargo la cobertura, Internaciones para cura de reposo, objetos para el confort personal tales como aparatos de radio, televisión o servicios de peluquería o belleza; alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipos para ejercicios o aparatos similares, excepto aquellos casos en que la legislación vigente lo prevea a cargo de Medicina Esencial S.A.. c) Cualquier servicio y/o suministro no prescripto por un médico; cualquier tratamiento de un beneficiario que sea proporcionado por un miembro familiar directo del mismo, aunque éste sea un médico, a menos que el mismo pertenezca al listado de prestadores de Medicina Esencial S.A. o el afiliado pertenezca a un plan que expresamente habilite el uso de profesionales ajenos a la cartilla médica de Medicina Esencial S.A. d) Cualquier servicio y/o suministro proporcionado en relación con cualquier forma de complemento o incremento alimenticio, a menos que sea necesario para mantener la vida de un beneficiario que padezca de una enfermedad crítica y exclusivamente mientras el afiliado se encontrare internado. e) Internaciones para efectuar exámenes complementarios, análisis, estudios y/o tratamientos de clínica o cirugía que a criterio de la Auditoría Médica de Medicina Esencial S.A. puedan ser efectuados en forma ambulatoria. e) Tratamientos de enfermedades crónicas (cardiovasculares, neurológicas, etc.), hidroterapia, curas similares, ejercicios de rehabilitación y/o terapéuticos una vez superados los topes regulados por el Programa Médico Obligatorio. f) Internación o permanencia en internación de estados terminales y/o irreversibles una vez superados los topes previstos en el Programa Médico Obligatorio. g) Cualquier servicio o suministro que sea experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, incluyendo, pero no limitado a, cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, uso de medicamento, dispositivo o suministro. Para ser experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, un servicio o suministro deberá cumplir uno o más de los siguientes criterios: - Que tal suministro o servicio no esté de acuerdo con las normas generalmente aceptadas por la práctica médica en la República Argentina; - Que tal suministro o servicio no esté incluido en el Nomenclador Nacional. h) Reposición de sangre y plasma. Factores hematológicos. i) Prestaciones que no se encuentren previstas en el Programa Médico Obligatorio, salvo aquellas que eventualmente prevea expresamente el plan contratado. j) Drogas o medicación no aprobadas por el Ministerio de Salud y/o Autoridad de Aplicación que lo reemplace: medicamentos importados, de venta libre, homeopáticos, cosmetológicos o recetas magistrales, ya sean para uso ambulatorio o en internación. k) Estudios genéticos con relación al embarazo. l) Internación por afecciones no cubiertas por Medicina Esencial S.A. m) Internaciones posteriores al alta médica. n) Tratamientos u operaciones en etapa experimental no reconocidos por organismos o instituciones oficiales de la República Argentina. Reglamento o) Gastos extras dentro o fuera de la internación (acompañantes, enfermería, plasma y sangre, factores hematológicos, medios de contraste, películas, etc.), que no corresponda cobertura según las normativas vigentes. p) Cualquier servicio y/o suministro que no estuviere específicamente declarado como beneficio bajo el presente reglamento. w) Material descartable de uso ambulatorio.

9. Rescisión: El contrato que vincula a las partes podrá ser rescindido tanto por el beneficiario titular como por Medicina Esencial, conforme lo previsto en la ley 26.682.

9.1. Rescisión por el beneficiario: El beneficiario titular podrá rescindir el contrato en cualquier momento sin limitación ni penalidad alguna debiendo notificar fehacientemente su decisión a Medicina Esencial con treinta (30) días de anticipación, sin penalidad alguna. No podrá supeditarse el ejercicio de la facultad de rescisión contractual por el usuario a la previa cancelación de las sumas adeudadas a las entidades comprendidas en el artículo 1º de la presente Reglamentación.

La rescisión efectuada por el beneficiario titular surtirá efectos respecto de todos los miembros del grupo familiar a su cargo cuyos integrantes deberán abstenerse de utilizar los servicios en forma inmediata. En caso que todos o algunos de estos miembros pretendieran continuar con su asociación, a los efectos de mantener la antigüedad en el sistema, deberán conformar un nuevo grupo dentro de los treinta días de producida la rescisión contractual abonando las cuotas adeudadas por el anterior beneficiario titular. Esta facultad rescisoria sólo podrá ser ejercida una vez por año tomando en consideración anteriores afiliaciones.

No se condicionará el ejercicio de esta facultad a la previa cancelación de las sumas adeudadas. No obstante ello, la rescisión no extingue la deuda que mantuviera, encontrándose Medicina Esencial facultada a reclamar su pago en forma extrajudicial y/o judicial.

El beneficiario titular deberá restituir en forma inmediata su credencial y la de todos los integrantes del grupo familiar a su cargo.

9.2. Rescisión por Medicina Esencial: Medicina Esencial solamente podrá rescindir el contrato con justa causa, sin derecho de los beneficiarios a indemnización o compensación alguna, en los siguientes supuestos:

9.2.1. Que se compruebe que el beneficiario no obró de buena fe, y/o falseando u omitiendo datos en la solicitud de inscripción o en la Declaración Jurada de Salud de enfermedades Preexistentes, ya sea personales o de un beneficiario no titular miembro de su grupo familiar, sin perjuicio que con anterioridad se hubieran percibido cuotas. Medicina Esencial

quedará facultada para exigir el reintegro del costo de las prestaciones que hubiera efectuado. En este caso la rescisión contractual surtirá sus efectos a partir de la notificación al domicilio denunciado por el beneficiario.

9.2.2. Que el beneficiario incurra en falta de pago de tres cuotas íntegras y consecutivas.

9.2.3. Muerte del titular

10. Responsabilidad del beneficiario: En los siguientes supuestos en que incurriera el beneficiario titular o cualquier miembro de su grupo familiar, deberán indemnizar a Medicina Esencial en forma solidaria por los daños y perjuicios que le hubiera ocasionado:

10.1. Permitir o facilitar a terceros la utilización de la credencial para obtener el acceso a cobertura de prestaciones.

10.2. Si el beneficiario titular o cualquier miembro de su grupo familiar requiere innecesariamente los servicios prestados por Medicina Esencial o los requiere para personas no asociadas a Medicina Esencial.

10.3. El pedido de reintegro de prestaciones fraguadas.

10.4. Tentativa o efectiva comisión de cualquier acto tipificado como cuasidelito o delito en la legislación vigente, o de cualquier acto con culpa o dolo del que pudiera resultar daño contra o en perjuicio de Medicina Esencial y/o de su personal y/o entidades adheridas.

10.5. Si el beneficiario titular o cualquier miembro de su grupo familiar, sea por acción u omisión, obstaculizara y/o frustrara el ejercicio del derecho de subrogación.

10.6. Graves inconductas con personal perteneciente a Medicina Esencial y/o sus prestadores.

10.7. Cualquier otro incumplimiento contractual.

11. Subrogación: En caso que un beneficiario resultara lesionado como consecuencia de la acción u omisión de hecho o hechos de terceros, Medicina Esencial queda automáticamente subrogada en sus derechos contra el tercero civilmente responsable pudiendo accionar judicial y/o extrajudicial contra el mismo y/o su compañía de seguro/ART, por el monto de las prestaciones que haya abonado con motivo de su atención. En tal caso, el beneficiario se encontrará obligado a brindar a Medicina Esencial toda la información y colaboración necesaria a fin de posibilitar el ejercicio de las referidas acciones. A tales efectos, el beneficiario/víctima presta su consentimiento para la utilización de la historia clínica, estudios y demás documentación relacionada con el accidente.

12. Cláusula composición de conflictos: Ante cualquier controversia, disputa, diferencia o reclamo que surja entre las partes con ocasión de la celebración, ejecución, terminación o liquidación del presente Contrato, o cualquiera otra controversia relacionada con el mismo, que no sea resuelta directamente entre las partes, Medicina Esencial podrá convocar al afiliado a una reunión especial junto los responsables de Auditoría Médica y el Área de Legales, a opción de la empresa, a la que el afiliado podrá asistir junto a un asesor legal, si lo estimase necesario

13. Comunicaciones: Medicina Esencial podrá notificar a sus beneficiarios cualquier noticia, novedad, modificación o información a través de cualquier medio, inclusive a través de los folletos que se envían conjuntamente con la facturación, o al correo electrónico o teléfono móvil/celular que indiquen a tal efecto, o a través de la página Web de Medicina Esencial S.A.

14. Autorización: El beneficiario titular y los miembros de su grupo familiar autorizan a Medicina Esencial a brindar los datos previstos en el artículo 5, párrafo 2, inciso c) de la Ley N 25.326 a las sociedades controladas, controlantes o vinculadas a Medicina Esencial en los términos de la Ley N 19.550, a fin de recibir información relativa a los distintos servicios o productos ofrecidos por ellas.

15. Aceptación: Quien suscribe, DNI N°..... en nombre propio y/o en la representación que ejerzo, dejo constancia de haber leído, entendido, que me ha sido explicado debidamente y por ello, firmado en prueba de conformidad todas las condiciones establecidas en el presente Reglamento, incluyendo las prestaciones mencionadas en el "Anexo 1", resultando el precio total de la cuota del plan la que figura en la valorización.

En la ciudad de, Provincia de, a los días del mes de del año

FIRMA

ACLARACIÓN

Dejo constancia que al momento de firmar el documento recibí copia del presente.

FIRMA Y ACLARACIÓN (AGENTE COMERCIAL MEDICINA ESENCIAL S.A)

La firma del presente documento fue estampada ante quien lo acredita con su firma.

ANEXO 1

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS Y/O ADICIONALES SUPERADORES AL PMO PARA LOS PLANES DE SALUD.

VIDEO CONSULTAS PROGRAMADAS Y DE DEMANDA ESPONTÁNEA LAS 24 HS.

DOC24: Empresa de desarrollo y producción de software, titular de derechos de propiedad intelectual sobre una plataforma informática que tienen capacidad de brindar diferentes servicios relacionados al ámbito de la salud, siendo un sistema de consulta e interconsulta de médico online, agenda y sistema de gestión médica, bases de conocimiento y capacitación médica online, como así también un sistema para comercializar bienes y servicios relacionados al ámbito de la salud vía web denominado www.doc24.com y/o vía red móvil mediante la aplicación “doc24” Prestaciones médicas: A) Consultas espontáneas en las especialidades pediátricas y clínicas. B) Consultas programadas con especialistas de diversas especialidades.

SEGURO DE ASISTENCIA AL VIAJERO

Cobertura: a partir de los 50 km. Planes generales: a partir de los 100 km. Asistencia médica Nacional e Internacional. TELÉFONOS ÚTILES Para solicitar asistencia médica en viaje desde Argentina 011 4323 - 7777 / 0800 333 - 2437 / 0800 999 - 6400. Desde el Exterior +54 11 4323 7777 o 7700 / +54 11 5275 5400 Cobertura en Odontología Nacional e internacional. Cobertura de medicamentos topes. No se cubren preexistencias.

SEGURO DE COBERTURA POR FALLECIMIENTO DEL TITULAR SUPERADOR AL PLAN MÉDICO OBLIGATORIO: Art. 1 - La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula en caso de fallecimiento de un integrante del Grupo Familiar del Asegurado Titular, cubierto por esta Cláusula. Art Riesgo Cubierto: 2º: Art. 2 - La Compañía, comprobado el fallecimiento de un integrante del grupo familiar cubierto por esta cláusula, abonará al beneficiario o a los beneficiarios instituidos el importe establecido en las Condiciones Particulares, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49º, 2º párrafo de la Ley 17.418. Art Beneficio: 3º: Art. 3 - El Asegurado Titular podrá incluir en el presente seguro a su cónyuge, hijos y parientes de hasta segundo grado de consanguinidad y/o afinidad y/o personas a su cargo, mayores de 14 años de edad. El Asegurado Titular podrá excluir a todas o algunas de las personas incorporadas, en cualquier vencimiento de premios, para lo cual deberá comunicarlo por escrito a la Compañía con 30 días de anticipación y remitir el certificado individual para la constancia respectiva. Art Personas Asegurables: 4º: Art. 4 - El Asegurado y/o Contratante deberá comunicar a la Compañía la incorporación de un nuevo integrante del grupo familiar dentro de los treinta días contados desde la fecha en que resultara asegurable. Serán de aplicación para las personas incorporadas en esta cláusula adicional, las condiciones de incorporación, así como las fechas de inicio de vigencia y plazos de carencia, estipuladas en las Condiciones Generales de esta póliza para los Asegurados Titulares. Art Incorporación y Vigencia: 5º: Art. 5 - El capital asegurado por esta Cláusula será el establecido en las Condiciones Particulares, no pudiendo exceder el previsto para el Asegurado Titular. Art Capitales Asegurados: 6º: Art. 6 - Para el cálculo de la prima correspondiente a esta cláusula adicional, se aplicará el mismo criterio utilizado para calcular la prima de los Asegurados Titulares. Cuando se trate de una prima promedio, la prima media a utilizar será la determinada para el grupo de Asegurados Titulares. Art Primas del Seguro: Art. 7 - El beneficiario de este seguro adicional, será con carácter irrevocable el Asegurado Titular. Art Beneficiario: 8º: Art. 8 - La cobertura que concede la presente Cláusula terminará, para cada certificado individual, en las siguientes circunstancias: a) Al caducar la póliza y/o el certificado del Asegurado Titular, por cualquier causa; b) Al fallecimiento del Asegurado Titular. c) Por alcanzar el Asegurado la edad máxima de permanencia en el seguro estipulada en las Condiciones Particulares de esta póliza. Art Terminación de la Cobertura: 9º: Art. 9 - Esta cobertura adicional queda sometida a las Condiciones Generales de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por la presente Cláusula Adicional.

SERVICIO DE SEPELIO Y PARCELA: El familiar o representante del Asegurado fallecido, contará con un Servicio de Atención Personalizada, las 24 horas los 365 días del año, al que podrá acceder mediante un llamado gratuito, al número telefónico inserto en las Condiciones Particulares. El Servicio de Atención Personalizada consistirá en asistir al familiar o representante en lo relativo a la tramitación legal que debe gestionarse como consecuencia del fallecimiento del Asegurado, a saber: a) Tramitación en el lugar del deceso para proceder al retiro del cuerpo. b) Traslado dentro de un radio de hasta 30 kilómetros del lugar donde se haya producido el deceso, hasta la cochería donde se realizará el velatorio. c) Tramitación del sepelio con la cochería que realizará el sepelio. d) Tramitación de la Licencia de Registro Civil para la inhumación. e) Tramitación de dos copias legalizadas del Acta de Defunción, ante el Registro Civil correspondiente. f) Aviso fúnebre en diario La Capital. g) Se encuentran incluidos dentro del servicio los Gastos Emergentes (placa, porta placa y florero). Servicio para mayores de 7 años El servicio estará compuesto por ataúd Bóveda Especial, uno, dos o tres paneles o tapa volcable, ocho manijas, color natural, caoba o nogal, con blondas volcables, mortaja, herrajes imitación plata vieja, capilla ardiente (o capilla velatoria especial), con crucifijo o Cristo Eucarístico o Estrella de David, con carroza fúnebre motorizada, dos coches de acompañamiento, y su inhumación efectuada dentro del radio urbano del domicilio del velatorio, la cual se ajustará a las exigencias y características imperantes en las localidades en lo que respecta al uso de los vehículos. Este servicio incluye ataúd de medidas extraordinarias (supermedida), cuando las características físicas del extinto lo hagan necesario. Será decisión de los deudos del fallecido, la inhumación del cadáver en tierra, nicho, panteón,

bóveda, ajustándose a las disposiciones municipales del lugar de inhumación. Servicio para niños de 1 mes a 7 años (tierra, nicho, panteón o bóveda) El servicio estará compuesto por ataúd ovalado, uno, dos o tres paneles, herrajes compuestos de seis manijas, resto del servicio igual que para mayores. Servicio para niños nacidos hasta treinta días de vida. (tierra, nicho, panteón o bóveda) El servicio estará compuesto por ataúd, y dos coches para traslado al cementerio. Servicio de atención personalizada: Comunicarse con Caramuto Rosario S.A. Córdoba 2936 - Rosario (Santa Fe) Tel: 0341-437-3838 rotativas 0810-888-9000.

CARAMUTO ROSARIO S.A. Córdoba 2936- (2000) ROSARIO (S.F.) (0341) 4373838 0810-888-9000 COCHERÍA CASA COLONIAL S.R.L. Tte.Agneta 1766/74 - (2000) ROSARIO (S.F.) (0341) 4576798 SENTIR S.A.C.I.F.I.A. Suipacha 2488 - (3000) SANTA FE (S.F.) (0342) 4524094 SEPELIOS SANTA MARIA S.R.L. Ing.Mosconi 1397 - (2124) V.Gdor.Gálvez (S.F.) (341) 518-4088 SEPELIOS FEL-COS S.R.L. Yapeyú 1747 - (2121) PEREZ (S.F.) (0341) 4953128 ASOC.MUT.VECINAL CARLOS PELLEGRINI Mazzini 571 - (2453) CARLOS PELLEGRINI (S.F.) (0401) 480471 ORGANIZACIÓN ELIAS Belgrano 851 - (2147) SAN GENARO NORTE (S.F.) (03401) 493112 EMPRESA NARDELLI S.A. Patricio Diez 1026 - (3560) RECONQUISTA (S.F.) (03482 - 429230 PREVINCA SAN LORENZO S.A. San Martín 2098 - (2200) SAN LORENZO (S.F.) (03476) 422137 RAIMINDI DE ROMAGNOLI NORMA Güemes 1665 - (2240) (0342 - 4910364). Cochería San Nicolás Av. Cnel. Ramón Falcón N° 375 / 377 San Nicolás - Pcia. de Bs. As. Tel: (0336) 4425500 / 4421627 / 4428817 Casa Lassalle San Nicolás Av. San Martín N° 28 San Nicolás - Pcia. de Bs. As. Tel: (0336) 4423138 **PARCELA:** contempla la parcela en los Cementerios de Ibarlucea, Parque de la Eternidad (Granadero Baigorria) o Solar del Señor (Villa Gobernador Gálvez).

UTV SERVICIO DE AEROEMERGENCIAS: Comprende exclusivamente las tareas de transporte aéreo sanitario de pacientes frente a emergencias graves de salud que pongan en riesgo su vida. Las víctimas pasibles de ser transportadas y a las que se circunscribe el objeto de la prestación contratada por el presente-serán los usuarios legitimados como tales de Medicina Esencial, comprende un círculo con radio de 200 (DOSCIENTOS) kilómetros desde la Base de Operaciones. El Centro de Operaciones recepcionará el llamado e inmediatamente verificará si la persona para la cual se solicita el servicio está cubierta y si procede otorgar el beneficio

SERVICIO DE URGENCIAS EMERGENCIAS Y MÉDICO A DOMICILIO SUPERADOR AL PMO: comprende la cobertura médica asistencial a 200km de la base de operaciones de UTV, para la coordinación conjunta del equipo médico ante un eventual riesgo de vida de un asociado. El servicio médico de urgencias emergencia y médico a domicilio será el encargado de solicitar derivación de traslado aéreo.