

REGLAMENTO GENERAL DE SERVICIOS Y CONTRATACIÓN (Art. 38 ley 24240)

El presente Reglamento contiene las Condiciones Generales de Contratación y de cobertura médica, que regirán durante la vigencia del mismo, como así también los derechos y obligaciones de las partes del presente contrato. Este instrumento se complementa con los elementos detallados en el punto 16. 1.— CALIDAD DE ASOCIADO La asociación podrá ser individual o por grupo familiar. 1.a) Individual: Podrá asociarse a este sistema de medicina prepaga toda persona con capacidad jurídica de contratar, ser residente en la República Argentina y acreditar fehacientemente el cumplimiento del régimen tributario que le corresponda. 1.b) Grupo Familiar: Podrán integrar el grupo familiar: — El titular, que deberá ser una persona con capacidad jurídica de contratar. A cargo del titular, en calidad de asociados: — Su cónyuge o persona que conviva con el asociado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo, según la acreditación en documentación e información sumaria pertinente expedida por autoridad competente, según cada jurisdicción. — Hijos del titular, hijos del cónyuge o conviviente, solteros, hasta los veintiséis (26) años no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral y los hijos menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa. — Hijos menores de 21 años que desarrollaban una actividad profesional, comercial o laboral y cesan en dicha actividad podrán incorporarse como integrantes del grupo primario a cargo del titular. — Hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del asociado titular y que acrediten que se encuentren cursando estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente. — Hijos incapacitados con certificado de discapacidad vigente y a cargo del asociado titular, mayores de veintiún (21) años. 1.b) —1 Bajas y/o Modificaciones del Grupo Familiar: BAJAS — El asociado titular es el único autorizado para comunicar la baja de un asociado del grupo familiar mediante la suscripción del formulario pertinente y/o su propia baja. El asociado, integrante de un grupo familiar, dado de baja por su titular, para conservar su antigüedad, deberá constituir una nueva asociación, dentro de los treinta (30) días posteriores a dicha baja abonando la cuota desde el momento de producida la misma, de modo de mantener la continuidad de la asociación. MODIFICACIONES — Los asociados solteros capaces, integrantes del grupo familiar, conformarán automáticamente una nueva cuenta como asociados titulares cuando cumplan los 21 años, conservando su antigüedad; debiendo suscribir el reglamento, la solicitud de ingreso y declaración jurada para reconfirmar su nueva calidad de asociado dentro de un plazo de 30 días desde el día de su mayoría de edad, siempre que no se encuentren contemplados en las excepciones previstas en el Art. 14 de la ley 26.682, que deberán ser debidamente acreditadas en el mismo plazo, manteniendo actualizada esta información ante nuestra entidad. — El hijo/a que contrajera matrimonio o inicie relación de concubinato deberá, solicitar la conformación de una nueva cuenta como titular dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del hecho, para conservar su antigüedad. — Toda persona que nazca y cuya madre esté asociada a Medifé y sea incorporada a un grupo familiar dentro de los treinta (30) días de producido el nacimiento, conservará la antigüedad del grupo familiar. En ese sentido las partes acuerdan que el trámite de asociación del recién nacido es responsabilidad exclusiva del asociado titular. El plazo de los treinta (30) días es a efectos de completar la documentación para la gestión administrativa y conservar la antigüedad. — Todos los beneficios relacionados con la maternidad rigen exclusivamente para la asociada en calidad de titular, cónyuge o concubina conforme surge del formulario de Solicitud de Ingreso. El recién nacido del grupo familiar asociado a Medifé, podrá ser incorporado al sistema prepago de servicios médicos asistenciales, a partir del momento de su nacimiento y hasta los treinta (30) días posteriores a dicha fecha. Vencido este plazo el menor no será considerado asociado a Medifé. Para proceder a su incorporación en el plazo antes mencionado (30 días desde su nacimiento), se deberá presentar su partida de nacimiento, DNI y certificado médico donde conste su estado de salud y el día y hora de su nacimiento y/o cualquier otro dato solicitado por nuestra entidad en caso de corresponder. 1.d) Condiciones para formalizar el ingreso: — Las personas interesadas en ingresar al sistema de medicina prepaga de Medifé deberán suscribir la solicitud de ingreso, con más su declaración jurada de salud y toda otra información requerida por nuestra auditoría médica. El solicitante es personalmente responsable por la información suministrada en su declaración jurada, como así también por la correspondiente a cada uno de los integrantes de su Grupo Familiar a su cargo. A tal fin la solicitud de ingreso se considera unitaria y la falsedad y/o omisión en la declaración jurada en los términos del art. 1.198 CC, generará sin más el derecho resolutorio y/o de nulidad de la contratación para todos los usuarios consignados en la solicitud de ingreso, a tal efecto la sola omisión de enfermedades o estados de situación no declarado, constituye la falsedad de su declaración. Se deja expresa constancia que la persona titular de la cuenta, conoce y acepta dicha condición. Condición esencial: La veracidad, exactitud e integridad de la información suministrada por el solicitante en la declaración jurada es condición fundamental y esencial para la celebración del presente, toda vez que dicha información deviene indispensable para el otorgamiento del consentimiento de Medifé a fin de perfeccionar el presente, con más la autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud, que en cada caso se requiera sobre el valor de cuota diferencial por cada enfermedad preexistente, que afecte al titular y/o asociado. En consecuencia, la inexactitud, falacia o divergencia con la realidad de la información suministrada por el solicitante en dicha declaración generará sin más la facultad de resolver el vínculo de conformidad con el art. 9 de la ley 26.682 y Art. 9 del decreto 1993/2011, con justa causa. Asimismo Medifé podrá exigir del asociado la restitución del importe de las prestaciones que hubiere efectuado Medifé desde el ingreso, hasta la fecha de baja. La declaración jurada implica autorizar en forma irrevocable a Medifé a solicitar cuanta información estime pertinente a los fines del efectivo control y verificación de los datos allí consignados. A tales efectos, dicha facultad incluye entre otros la renuncia al amparo en el secreto profesional y el elevamiento del mismo a los médicos y/o todo otro prestador de salud que lo/s hubieren tratado con anterioridad y posterioridad a la fecha de la solicitud de ingreso; como así también la conformidad irrevocable para que sean exhibidas a Medifé y/o a los profesionales y/o instituciones a través de los cuales brinda cobertura médico asistencial, sus historias clínicas, antecedentes y toda otra documentación relacionada con la ejecución de las prestaciones a cargo de Medifé. En el supuesto de ser los prestadores los que se negaren a suministrar la información, el asociado se obliga a requerirla y proveerla a Medifé, bajo apercibimiento de generar causal de resolución contractual. El cumplimiento de tal obligación deberá serlo en el plazo máximo de Setenta y Dos (72) horas de serle requerida. 1.e) Perfeccionamiento del ingreso a nuestro sistema de medicina prepaga: — El contrato sólo quedará perfeccionado en el momento en que Medifé acepte la solicitud de ingreso y el asociado abone la primera cuota del plan elegido lo que sucederá cuando: a) Medifé así lo comunicare expresamente al solicitante previo pago de la primer cuota por parte del asociado y, b) Se active la credencial. Una vez perfeccionado el contrato de acuerdo a lo estipulado precedentemente, el contratante podrá, rescindir en cualquier momento el contrato sin limitación y sin penalidad alguna. Sin perjuicio de ello y a efectos de evitar el ejercicio abusivo de este derecho, el mismo podrá ser ejercido solamente una vez por año. 2.— CUOTAS MENSUALES: 2.a) El asociado deberá abonar mensualmente el importe de la cuota del plan al cual se ha asociado. La falta de recepción de la factura del mes en curso, no exime al asociado de la obligación de pagar en término. La cuota se considera por mes calendario no resultando proporcional por ninguna circunstancia en función de la fecha de alta o baja del asociado. En el eventual supuesto que el asociado no hubiere recibido la factura en su domicilio particular, el asociado podrá acceder a la misma en forma electrónica a través de la página: medife.com.ar o pagar la cuota mensual sin factura en los medios habilitados a tal efecto (Banco Santander — sucursales de todo el país—, Pago Fácil y cualquier otro medio que sea informado). La fecha de vencimiento de la cuota mensual es la que figura en cada factura. De optar el asociado por el pago posterior a la fecha de vencimiento, se aplicarán automáticamente intereses por cada día de retraso, monto que se verá reflejado en su próxima factura. 2.b) Mora: Se define como mora la falta de pago de la cuota del mes en curso, a partir de la fecha de vencimiento que figura en el aviso de vencimiento. A partir de dicha fecha, Medifé podrá aplicar un interés compensatorio y punitivo equivalente a una vez y media la tasa activa que para sus operaciones de descuento a treinta (30) días aplica en Banco de la Nación Argentina, con más los gastos administrativos y/o de rehabilitación. 2.c) Desde la fecha de vencimiento y hasta el último día del primer mes impago, se exigirá el pago de la cuota vencida. Dicho pago deberá serlo con más intereses, gastos administrativos y/o de rehabilitación correspondientes. 2.d) De persistir la mora por tres (3) cuotas íntegras y consecutivas, previa intimación al pago íntegro de las sumas adeudadas, con más sus intereses otorgándose vencido el plazo de 10 días hábiles desde la notificación, se procederá a hacer el contrato. 2.e) En caso que el titular, cuyo contrato haya sido resuelto de conformidad con lo manifestado precedentemente, pretenda reincorporarse al sistema de contratos administrados por Medifé deberá, previa cancelación de la deuda pendiente, cumplir con las condiciones vigentes para los nuevos solicitantes. A tal fin deberá presentar la documentación correspondiente. Medifé se reserva la facultad de rechazar el pedido de reincorporación del asociado que cancele la totalidad de la deuda. En caso que Medifé acepte la reincorporación del mismo, este deberá abonar la totalidad de los importes adeudados, sus intereses y gastos administrativos correspondientes y las cuotas entre la fecha de baja y la de alta a fin de mantener la antigüedad. 2.f) AUMENTO DE CUOTA: El titular acepta que el valor de la cuota podrá variar de acuerdo a lo que la Autoridad de Aplicación autorice, dependiendo de la franja etaria en la que el asociado se encuentre. Será aplicable a partir del período que establezca la autoridad de aplicación y por ende aplicable desde esa fecha, aún cuando el asociado, en el caso de que su condición de asociado sea obligatoria, haya efectuado los trámites tres meses antes, de acuerdo a la normativa vigente. Queda a cargo del titular cualquier impuesto, tasa o contribución que grave la cuota del plan o los servicios médicos — asistenciales—. 3.— SOLICITUD DE BAJA. 3.a) La baja sólo podrá ser solicitada por el titular de la cuenta. 3.b) La solicitud deberá ser presentada por escrito, completando el formulario correspondiente, dicha solicitud se tomará al último día del mes en que se produzca efectivamente, siempre que sea tramitada hasta el día Quince (15) o hábil posterior, o sea que se suscriba la documentación que avale la voluntad de baja por parte del titular y entregue las credenciales que lo habilitan a recibir el servicio. Hasta tanto no se cumpla con los mencionados requisitos, el asociado se encuentra obligado al pago de las cuotas correspondientes con más sus intereses. 3.c) Si existieren deudas con Medifé y/u otros prestadores, la renuncia del titular no extinguirá dichas obligaciones, quedando reservado el derecho de exigir judicialmente su pago. 3.d) Si uno o más miembros del grupo quisieren continuar su asociación a Medifé, para mantener la antigüedad de su cobertura deberán concurrir a nuestras oficinas, dentro de los treinta (30) días de la solicitud de baja, para conformar un nuevo grupo, abonando la cuotas desde el momento de producida la baja, de modo de mantener la continuidad de la afiliación. BAJA TRANSITORIA. Cuando un asociado se ausentare del país por un período que supere los Noventa (90) días, podrá solicitar la condición de “asociado ausente” mediante la cual se suspende temporalmente el servicio debiendo abonar el 25% de la cuota correspondiente a efectos de mantener su antigüedad. Este beneficio sólo podrá utilizarse una vez por año calendario de vigencia del plan. Al retornar al país, el asociado acreditará en forma fehaciente su lugar y tiempo de permanencia en el exterior, como paso previo a la regularización del servicio. Este beneficio operará únicamente para todo el grupo familiar no pudiendo optar por el beneficio en forma individual. 4.— MUERTE DEL TITULAR. El fallecimiento del titular produce la resolución de pleno derecho de la asociación a Medifé. Los integrantes del grupo familiar primario del titular fallecido contarán con la cobertura establecida según las condiciones establecidas en el plan al que se encuentran adherido. 5.— RESCISIÓN Y RESOLUCIÓN DEL CONTRATO. 5.a) Los titulares de la cuenta pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a MEDIFÉ con treinta (30) días de anticipación. Sin perjuicio de ello y a efectos de evitar el ejercicio abusivo de este derecho, el mismo podrá ser ejercido solamente una vez por año. 5.b) Medifé puede rescindir el contrato con el asociado cuando incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas íntegras, conforme lo establecido por la ley 26.682. 5.c) Medifé puede rescindir el contrato con el asociado con justa causa por falsedad u omisión de la declaración jurada en los términos del artículo 1.198 del CÓDIGO CIVIL, conforme lo establecido por la ley 26.682. En todos los casos y como requisito indispensable, el asociado deberá reintegrar sus credenciales y las de todo su grupo familiar, responsabilizándose civil y penalmente por el uso indebido de las mismas. 6.— DOMICILIO. 6.a) En la solicitud de ingreso el titular constituirá domicilio que tendrá la calidad de especial, respecto de su relación jurídica con Medifé, en el cual serán válidas todas las notificaciones y comunicaciones que se le cursaren. Este domicilio subsistirá mientras el titular no comunicare su cambio por los medios habilitados al efecto. 6.b) En el caso de que el asociado hubiere cambiado de domicilio sin ponerlo en conocimiento de Medifé en forma fehaciente, toda comunicación que se le envíe al domicilio anterior será considerada válida a cualquier efecto. 7.— CREDENCIALES. 7.a) Toda vez que Medifé acepte el ingreso del solicitante, el mismo recibirá Credencial Definitiva, la cual una vez activa, se presentará junto con el documento de identidad, cada vez que se requieran servicios contemplados en el plan del asociado. 7.b) La Credencial de Asociación es personalísima e intransferible, así como los derechos que confiere e identifica al plan al cual está asociado. La facilitación de la Credencial para la atención de terceras personas será causal de resolución del contrato, reservándose Medifé el derecho a las acciones legales que considere pertinentes. 7.c) En caso de extravío de su credencial, el asociado deberá notificarlo a Medifé dentro de las 48 horas siguientes a la pérdida. Transcurrido dicho plazo, se lo considerará responsable por la eventual utilización dolosa de la misma y se producirá la resolución del contrato si dicha utilización causare un daño a Medifé. La credencial es propiedad de Medifé, y debe ser devuelta en las oficinas de Medifé, en caso de renuncia del asociado, resolución o anulación del contrato. 8.— PROFESIONALES. 8.a) El asociado tiene derecho de libre elección, sea cual fuere su lugar de residencia, entre la totalidad de los profesionales médicos, odontólogos, bioquímicos, centros de diagnóstico y tratamiento, centros de internación y farmacias adheridas, que se encuentren en la cartilla del plan elegido. 8.b) Medifé no reconocerá ni reintegrará a sus asociados pagos realizados a otras instituciones o profesionales que no pertenezcan a su listado actualizado, aún cuando correspondieren a prestaciones que no se pudieren efectuar a través de prestadores de su listado, con la sola excepción de los casos expresamente previstos en el plan suscripto por el asociado vigente al momento de la prestación. Medifé garantizará la prestación sólo con derivación expresa de la auditoría médica. 8.c) Medifé no se encuentra obligada a cubrir por vía de reintegro las prestaciones de discapacidad, siempre y cuando cuente con prestadores especialmente contratados. En caso que Medifé autorice la cobertura de un profesional ajeno a su cartilla se reintegrará, a pesar de contar con prestadores propios para esa prestación, conforme los montos que se fijan en la resolución del Ministerio de Salud 428/1999 y sus modificatorias. 9.— CAMBIOS DE PLAN. El asociado podrá solicitar su inclusión en planes de mayores o menores beneficios, reservándose Medifé el derecho de aceptar o rechazar la modificación solicitada, sin invocación de causa. La modificación en caso de ser aceptada, tendrá vigencia desde la fecha que determine Medifé. 10.— COBERTURAS. El detalle de las coberturas del plan y los tiempos de acceso progresivo a las mismas, se rigen de conformidad al presente reglamento y cuadro de cobertura de cada Plan, que serán brindadas exclusivamente en el territorio nacional. Todo interesado en ingresar a la cobertura médica de Medifé que presente una enfermedad preexistente de acuerdo a las características y alcances previstos en la Ley 26.682 en lo que a enfermedades preexistentes se refiere, podrá acceder a un Plan de cobertura básico que garantizará las prestaciones incluidas en el Programa Médico Obligatorio, siempre y cuando el interesado acepte las condiciones de contratación propuestas en los términos generales del presente, entre otros: Abonar importe complementario de cuota por preexistencia y/o aceptar el acceso progresivo a las prestaciones y prestadores para ese plan. 11.— ACCESO PROGRESIVO: 11.a) Acceso Progresivo: Se define como acceso progresivo al período entre el ingreso del asociado al Plan y el momento en que puede comenzar a utilizar REGLAMENTO GENERAL DE SERVICIOS Y CONTRATACIÓN los beneficios de todas aquellas prestaciones que son superadoras y complementarias del PMO vigente, detallados en el anexo correspondiente a cada Plan y la utilización de la totalidad de los prestadores contratados. Durante ese lapso, se podrán utilizar todos los prestadores exclusivos para la atención de prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO), identificados en cada cartilla. 11.b) Enfermedades Preexistentes: En caso que se determine que el solicitante o un asociado del grupo familiar padece una enfermedad preexistente, la cual surge a partir de la declaración jurada suscripta por el titular de la cuenta, y cada uno de los integrantes del grupo familiar con capacidad para contratar, Medifé fijará un valor diferencial desde el pago de la primera cuota. Se deja expresa constancia que el pago de la primer cuota con valor diferencial es requisito de principio de ejecución del contrato, para poder otorgarle el alta en la cobertura de nuestro sistema de medicina prepaga. 11.c) Planes con reintegros — Las carencias para acceder a prácticas por reintegro se aplican también a los cambios a planes

de mayor beneficio, no sólo en tiempo de espera sino también en la normativa específica de la práctica a reintegrar y al monto a reintegrar (ej. Ortodoncia, se otorga el reintegro en tres etapas del tratamiento, si se otorgó un reintegro por el inicio del tratamiento, en un plan de inferior cobertura, pierde el derecho a solicitar la diferencia del monto de reintegro por la etapa ya otorgada). OBLIGACIONES DE MEDIFÉ: a) Preservar las condiciones prestacionales para brindar una adecuada protección a la salud. Sostener la oferta de prestadores en niveles equiparables a la cartilla ofrecida al tiempo de celebrar el contrato. b) No resolver el contrato en forma unilateral y sin que se produzcan algunas de las causales expresamente establecidas por la ley 26.682, decretos reglamentarios y sus modificatorias. c) A ofrecer y sostener un nivel de internación en condiciones similares a aquellas que determinaron la voluntad de contratación. d) A no modificar unilateralmente las obligaciones recíprocas entre las partes. e) A preservar la ecuación económica-financiera existente al tiempo de contratar y con ello proteger al sistema prestacional integral. g) En caso de dar de baja algún prestador de cartilla Medifé se compromete a continuar brindando la cobertura en el prestador donde se estaba realizando el tratamiento hasta el alta Médica, salvo que pueda ser trasladado previa autorización médica a un prestador de cartilla. 12- EXCLUSIONES. Quedan expresamente excluidas de la cobertura que Medifé brinda a sus asociados: Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, accidentes in itinere y todos los casos imputables al asociado, tales como lesiones en riña u contravenciones o delitos tipificados por ley, imputables al socio. Internaciones en establecimientos geriátricos, internaciones para cura de reposo, para tratamientos de adelgazamiento o rejuvenecimiento. Dentro de cualquier internación autorizada, quedan excluidos: Cosmetología y podología; objetos para el confort personal tales como aparatos de radio, televisión entre otros o servicios de peluquería o belleza; alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipos para ejercicios o aparatos similares, grupo electrógeno, computadoras o notebooks, todo requerimiento modulo cama para el acompañante del internado, a excepción de lo establecido en el PMO. Gastos extras dentro o fuera de la internación que no estén específicamente contemplados dentro de su plan. Cualquier servicio y/o suministro recibido con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del titular y/o asociado bajo el plan al que haya adherido, o después de la terminación de la misma, haya incurrido o no la enfermedad o el daño accidental mientras la cobertura estaba en vigencia. Cualquier servicio y/o suministro no prescripto por un médico; cualquier tratamiento de un asociado 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 Medifé. 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 asociado que padezca de una enfermedad crítica y exclusivamente mientras el asociado se encontrare internado. Internaciones para efectuar exámenes complementarios, análisis, estudios y/o tratamientos de clínica o cirugía que a criterio de la Auditoría Médica de Medifé puedan ser efectuados en forma ambulatoria. Tratamientos de enfermedades crónicas (cardiovasculares, neurológicas, etc.), una vez superados los topes regulados por el Programa Médico Obligatorio. Discapacidad: hidroterapia, curas similares, equinoterapia, acompañamiento terapéutico, ejercicios de rehabilitación y/o terapéuticos una vez superados los topes regulados por el Programa Médico Obligatorio. Internación o permanencia en internación de estados terminales y/o irreversibles una vez superados los topes previstos en el Programa Médico Obligatorio. 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 PMO. Reposición de sangre y plasma. Factores hematológicos. Transfusiones a domicilio. 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. Al corriente de los productos autorizados para producción y/o, comercialización, sólo serán reconocidos los productos para las indicaciones que específicamente estén autorizadas por las citadas autoridades regulatorias nacionales. Estudios genéticos con relación al embarazo. Cualquier servicio y/o suministro relacionado con reversión de esterilización masculina o femenina; cualquier tratamiento para transformación sexual, disfunciones o insuficiencias sexuales; cualquier servicio o suministro proporcionado en relación con el control de la natalidad, salvo lo cubierto específicamente por la ley. Internaciones por afecciones no cubiertas por Medifé. Internaciones posteriores al alta médica. Tratamientos u operaciones en etapa experimental no reconocidos por organismos o instituciones oficiales de la República Argentina. Alergia: técnicas de detección, autovacunas, tratamientos antialérgicos. Cualquier servicio y/o suministro que no estuviere específicamente declarado como beneficio bajo el presente reglamento y no incluido en el Programa Médico Obligatorio vigente. Material descartable de uso ambulatorio. Tratamiento e internaciones causadas directa o indirectamente por la práctica de deportes de alto riesgo, tales como lesiones derivadas por la participación del asociado como conductor o acompañante en carrera de automóviles, motocicletas, motonáutica, aviación, paracaidismo, aladeltismo, buceo, caza submarina, esquí, etc., como así también las causadas por la práctica de actividades deportivas con carácter profesional o federado. 13- PRESTACIONES INCORPORADAS POR EL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO). Las prestaciones incorporadas luego de la fecha de ingreso a Medifé por imperio de la Resolución 247/96 M.S.A.S. y sus modificatorias y/o ampliatorias, aplicables a las empresas de Medicina Pre-paga por la Ley 24.754, serán brindadas a los asociados exclusivamente en los prestadores indicados por Medifé para cada plan para por un saldo impago equivalente al valor total de la cuota al último día del mes, Medifé se encontrará facultada para modificar el plan de cobertura del afiliado por otro que contemple íntegramente los beneficios del Programa Médico Obligatorio. Esta prestación puede ser brindada por prestadores directos de Medifé o terceras entidades contratadas a tal fin. Dadas las características propias del sistema de Medicina Pre-paga - pago adelantado- y del Régimen de Obras Sociales -aportes a mes vencido-, el descuento derivado de la efectiva acreditación de los aportes se producirá en un período posterior al correspondiente al de devengamiento de los mismos, sin que ello signifique reconocimiento alguno respecto del eventual diferimiento de la fecha de vencimiento de las cuotas, las que mantienen su condición de pago adelantado. Medifé no reconocerá reclamo alguno respecto del monto y/o demora en la aplicación de los descuentos originados en la deducción de aportes y contribuciones en virtud que la correcta y oportuna recepción de los mismos dependen del empleador, la Superintendencia de Servicios de Salud, el ANSeS, la AFIP y finalmente de la Obra Social elegida por el afiliado. La aplicación de deducciones como consecuencia de la derivación parcial de aportes y contribuciones del Régimen de Seguridad Social no implica modificación alguna respecto de las condiciones de cobertura y demás beneficios contemplados en el plan, así como tampoco los emergentes de la obligación del afiliado respecto del pago en término de sus cuotas y la atribución de Medifé de modificar la prestación de servicios a sus cargo ante la morosidad en el pago de sus cuotas, las que se registrarán de acuerdo con lo establecido en el presente reglamento general. 15- SUBROGACIÓN. Sin perjuicio de los derechos de repetición que le correspondan en forma directa, Medifé podrá subrogarse en los derechos del asociado respecto de la totalidad de los gastos, honorarios y demás servicios médicos, por los cuales haya debido abonar sumas de dinero y/o brindar beneficios directos y/o a través de terceros, en toda situación en la que el asociado tenga derecho a ser resarcido por terceros responsables, inclusive compañías de seguros contratadas por éstos. Esta subrogación operará de manera automática y sin necesidad de notificación alguna, quedando obligado el asociado o sus derechohabientes a facilitar toda información y colaboración que esté a su alcance para posibilitar el pleno ejercicio de este derecho, siendo responsable de todo acto que lo perjudique. A tal efecto el asociado deberá suscribir toda la documentación pública que fuera menester. En caso de negativa infundada, será interpretada que asume en forma directa y personal la responsabilidad que fuera imputable a terceros. Medifé también tendrá derecho a recobrar hasta los montos de beneficios efectivamente otorgados, que el asociado obtenga por demanda legal, convenio y/u otros medios, proveniente del tercero responsable o de un asegurado del asociado. 16- DOCUMENTOS QUE INTEGRAN EL CONTRATO. 16.a) La Solicitud de Ingreso, la Declaración Jurada, Cuadro de cobertura de Plan, credenciales, la Cartilla Médica del Plan, el presente Reglamento y toda otra documentación que amplíe o complete información acerca del alta del asociado. 16.b) Queda expresamente establecido que la incorporación como solicitante al sistema implica la plena aceptación de lo establecido en los documentos referidos precedentemente, que registrarán las relaciones entre Medifé por un lado, y el titular de la cuenta por el otro, desde el momento de su perfeccionamiento y hasta la finalización de su vigencia. 16.c) Se deja expresa constancia que al momento de perfeccionar el contrato el titular ha recibido la totalidad de los documentos aquí indicados que suscribe en dicho acto. 17- COMUNICACIONES. Las notificaciones previstas en el presente podrán realizarse por cualquier medio, como por ejemplo con las facturas mensuales emitidas periódicamente por Medifé y remitidas al asociado. El asociado acepta que toda comunicación enviada por correo electrónico a la dirección denunciada en oportunidad de su ingreso a la cobertura médico-asistencial, causa efecto de comunicación fehaciente aun cuando el asociado haya optado por modificar dicha información sin notificar previamente a Medifé. 18- VIGENCIA. El presente contrato será por tiempo indeterminado. Nota: Reglamento sujeto a aprobación por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud