



Reglamento Plenit Medicina Prepaga

El presente contrato reviste carácter exclusivamente individual. No se encuentra vinculado ni subordinado a contratos corporativos, empresariales o colectivos de cobertura médica. En todos los casos, la relación se establece de manera directa entre el usuario y Plenit Medicina Prepaga.

El presente tiene por objeto el otorgamiento de prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios o beneficiarios, mediante sistemas pagos de adhesión, con o sin derivación de aportes y contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia, del Régimen Especial de la Seguridad Social para Empleados del Servicio Doméstico, o cotizaciones de los beneficiarios adheridos al Régimen Simplificado de Pequeños Contribuyentes, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, con los alcances y extensión de cobertura previstos en el plan contratado.

Requisitos de asociación

La adhesión podrá ser individual o por grupo familiar.

Individual: podrán asociarse a este plan las personas capaces de contratar. No podrán asociarse personas legalmente incapaces en calidad de asociados.

Grupo Familiar: Podrán integrar el grupo familiar:

- El titular, que deberá ser una persona con capacidad para contratar.
- Su cónyuge o concubina/o, con certificación de convivencia debidamente acreditada.
- Hijos solteros, hasta 21 años, a cargo exclusivo del titular.
- Hijos solteros mayores de 21 años y hasta los 25 años de edad inclusive, que se encuentren a exclusivo cargo del titular y acrediten cursar estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad competente.
- Familiares a cargo del asociado titular vinculados al mismo en primer grado de afinidad o consanguinidad, que convivan y se encuentren a exclusivo cargo del titular, hasta los 60 años, pagando una cuota adicional.

Modificaciones del Grupo Familiar:

- Los hijos solteros incorporados en forma voluntaria serán dados de baja automáticamente del grupo familiar al cumplir los 21 años de edad.
- Los hijos solteros afiliados en carácter obligatorio que acrediten, mediante certificado correspondiente, encontrarse cursando estudios regulares, podrán continuar integrando el grupo familiar hasta los 25 años de edad inclusive.

A fin de conservar la antigüedad de la cobertura, al alcanzar los límites de edad establecidos, deberán presentarse en las oficinas de Plenit Medicina Prepaga dentro de los treinta (30) días corridos siguientes para conformar una afiliación independiente de la original. Vencido dicho plazo, la aceptación de la solicitud quedará a exclusiva discreción

de Plenit Medicina Prepaga, quien podrá aprobarla o rechazarla sin que ello genere derecho alguno a favor del solicitante. El límite máximo de edad no regirá en caso de hijos con discapacidad a cargo del titular.

- Los hijos menores de 21 años que contrajeran matrimonio o concubinato deberán para conservar su antigüedad, asociarse como nuevo grupo familiar, dentro de los Treinta (30) días siguientes, para conformar una asociación independiente de la original. Vencido dicho plazo quedará a exclusiva y excluyente voluntad de Plenit Medicina Prepaga, aceptar o rechazar la solicitud en tal sentido.
- Para el caso de producirse el nacimiento de un niño/a de la hija a cargo del asociado titular, la hija del asociado titular y su hijo/a pasarán a formar un nuevo grupo, previa aprobación por parte de Plenit Medicina Prepaga, a integrar una categoría de asociado distinta, o sea, un individual con un hijo/a.

Todos los beneficios en relación con maternidad rigen exclusivamente para el titular, cónyuge o concubina del titular que figure como tal en la solicitud de ingreso. Cualquier otra integrante del Grupo Familiar que quedase embarazada deberá integrar un nuevo grupo familiar, donde la misma asuma la titularidad.

El recién nacido del grupo familiar asociado a Plenit Medicina Prepaga, 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. Para proceder a su incorporación se deberá presentar su partida de nacimiento y DNI, como también abonar el incremento en la cuota producido por ese nuevo integrante. En caso de que la mamá sea una afiliada obligatoria también deberá presentar licencia de ANSES.

Condiciones de Ingreso:

El usuario o beneficiario suscribirá junto con el presente contrato una solicitud de ingreso y una declaración jurada de salud, destinada exclusivamente a informar eventuales enfermedades o situaciones preexistentes al momento de la afiliación. Dicha declaración no podrá utilizarse para restringir el acceso a las prestaciones básicas obligatorias.

El solicitante será personalmente responsable por la información suministrada en su declaración jurada, tanto la propia como la correspondiente a cada uno de los integrantes de su grupo familiar, considerándose la solicitud de carácter unitario. La falsedad, omisión o falta de concordancia entre lo declarado y lo efectivamente acreditado por uno o más integrantes del grupo familiar dará lugar, sin más, al derecho de resolución y/o nulidad de la contratación.

Únicamente las enfermedades preexistentes debidamente declaradas al momento de la afiliación podrán dar lugar al cobro de un valor diferencial, el cual deberá contar con la autorización previa de la Superintendencia de Servicios de Salud y ajustarse a cálculos actuariales objetivos, razonables y uniformes para cada tipo de preexistencia. Si la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD no se expidiera dentro del plazo establecido en el artículo 10 del Decreto N° 1993/2011 y sus modificatorios, Plenit Medicina Prepaga podrá aplicar un valor diferencial provisorio, el cual se mantendrá vigente hasta que la autoridad de aplicación dicte resolución definitiva.

En caso de que el valor diferencial autorizado por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD resulte inferior al aplicado provisoriamente, Plenit Medicina Prepaga deberá reintegrar al afiliado la diferencia cobrada en exceso, mediante acreditación en la o las cuotas subsiguientes.

Condición Esencial:

La veracidad, exactitud e integridad de la información suministrada por el solicitante en la/s declaración/es jurada/s son condiciones fundamentales y esenciales para la celebración del presente, toda vez que dicha información deviene indispensable para el otorgamiento del consentimiento de Plenit Medicina Prepaga a fin de perfeccionar el presente contrato. En consecuencia, la inexactitud, falacia o divergencia con la realidad de la información suministrada por el solicitante en dicha/s declaración/es generará sin más la facultad de resolver el contrato por exclusiva culpa del solicitante o asociado, debiendo tan sólo notificarse en forma fehaciente la voluntad en tal sentido. Lo expuesto lo es sin mengua del derecho de Plenit Medicina Prepaga de solicitar la nulidad del presente contrato, acción ésta que podrá ejercerse por vía de acción y/o de excepción y/o de reconvencción judicial. Notificada la resolución podrá pedirse la nulidad solo por vía de excepción y/o reconvencción.

Así mismo Plenit Medicina Prepaga podrá exigir del asociado la restitución del importe de las prestaciones que hubiere efectuado desde el ingreso a la persona, al momento de detectarse las irregularidades.

La/s declaración/es jurada/s implican autorizar en forma irrevocable a Plenit Medicina Prepaga 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 relevamiento 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 Plenit Medicina Prepaga 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 Plenit Medicina Prepaga. En el supuesto de ser los prestadores los que se negaren a suministrar la información, el asociado se obliga a requerirla y proveerla a Plenit Medicina Prepaga, 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.

Perfeccionamiento del contrato:

El contrato sólo quedará perfeccionado en el momento en que Plenit Medicina Prepaga acepte la solicitud de contratación, lo que sucederá cuando:

- a) Plenit Medicina Prepaga así lo comunicare expresamente al solicitante
- b) el solicitante reciba las credenciales definitivas.

Una vez perfeccionado el contrato de acuerdo a lo estipulado precedentemente, el contratante podrá, en el término de diez (10) días, revocar el presente conforme a lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley N° 24.240.

El ingreso de cualquier persona en calidad de titular o adherente queda supeditado a la exclusiva aceptación de Plenit Medicina Prepaga, quien podrá rechazarlo sin invocación de causa, dentro de los Treinta (30) días de presentada la solicitud.

Toda incorporación anterior que hubiera cesado por cualquier razón no dará derecho preferencial alguno a obtener una nueva asociación ni tampoco a la liberación del régimen de limitaciones y exclusiones dispuestas en el presente reglamento.

Documentos que integran el contrato

Integran el contrato de servicios, la Solicitud de Ingreso la Declaración Jurada, el Anexo de Condiciones Particulares del Plan y la Lista de Precios, donde se reflejan los incrementos de cuota por cambio de franja etaria.

Queda expresamente establecido que la incorporación como solicitante al sistema implica la plena aceptación de lo establecido en los documentos referidos precedentemente, que regirán las relaciones entre Plenit Medicina Prepaga, por un lado, y el solicitante, su grupo familiar, y las personas que a posteriori pudiesen incorporarse al mismo, por el otro, desde el momento de su perfeccionamiento y hasta la finalización de su vigencia.

Altas y bajas del grupo familiar

Todo asociado debe comunicar a Plenit Medicina Prepaga en forma inmediata cualquier modificación que se produjere en su grupo familiar, como ser matrimonio, mayoría de edad, fallecimiento, etc., como así también cambio de titularidad de cuenta, cambio de empleador, etc.

Para conservar su antigüedad, el integrante de un grupo familiar dado de baja por su titular deberá constituir una nueva asociación, en 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.

Toda persona que nazca y cuya madre esté asociada al sistema 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 padre, madre o tutor según corresponda.

El asociado titular o responsable de pago será el único autorizado para comunicar cualquier modificación del grupo familiar (altas/bajas/modificaciones), mediante la “solicitud de modificaciones o baja” dentro de los Quince (15) días de sucedido el hecho. Toda modificación estará sujeta a las mismas condiciones de admisión.

Las modificaciones se deben realizar antes del día 20 o hábil posterior de cada mes, para que tengan vigencia a partir del primer día del mes siguiente.

Cambios de Plan

En caso de cambio de plan dentro de la misma, o de modificación en la modalidad de adhesión (con o sin derivación de aportes y contribuciones o cotizaciones), no podrá exigirse la suscripción de una nueva declaración jurada de salud. El asociado podrá cambiar su plan libremente dentro de los comercializados. Si elige un plan superior, podrá establecerse un periodo de permanencia de 12 meses.

Continuidad:

Cuando, por cualquier circunstancia, se produzca una modificación en la condición de afiliación en el tipo de cobertura contratada, el afiliado tendrá derecho a solicitar la continuidad de su afiliación pudiendo optar por cualquiera de los planes que se encuentren comercializados al público en general.

En todos los casos se conservará la antigüedad adquirida y no podrá exigirse valor diferencial alguno en concepto de patologías preexistentes, salvo aquellas que hubieren sido declaradas al momento de la afiliación originaria, las que continuarán vigentes en toda su extensión.

Si la normativa aplicable no indicase otro plazo, la solicitud de continuidad deberá realizarse dentro de los SESENTA (60) días de conocido por el usuario o beneficiario el cambio en la condición de afiliación y/o tipo de cobertura.

Domicilio

En la solicitud de ingreso el postulante constituirá domicilio prestacional, que tendrá la calidad de especial, respecto de su relación jurídica con Plenit Medicina Prepaga, 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 escrito y en forma fehaciente.

En el caso de que el asociado hubiere cambiado de domicilio tiene obligación el asociado de ponerlo en conocimiento a Plenit Medicina Prepaga en forma fehaciente, toda comunicación que se le envíe al domicilio anterior será considerada válida a cualquier efecto.

Credenciales

Toda vez que Plenit Medicina Prepaga acepte el ingreso del solicitante, el mismo recibirá Credencial Definitiva vía mail y podrá encontrarla dentro de la app web, que se presentará, junto con el documento de identidad, cada vez que se requieran servicios contemplados en el plan del asociado.

La Credencial de Asociación es 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 Plenit Medicina Prepaga el derecho a las acciones legales que considere pertinentes.

Cuotas mensuales

El socio deberá abonar la cuota mensual por mes adelantado, en la fecha indicada en la factura correspondiente al pago del mes anterior. La falta de recepción de la factura del mes en curso no exime al socio de su obligación de abonar la cuota en término. Dicha cuota se establece por mes calendario y no será proporcional en ninguna circunstancia, incluyendo la fecha de alta o baja del beneficiario. El socio recibirá la facturación correspondiente acompañada del estado de cuenta, que deberá utilizar como constancia del importe adeudado y del cumplimiento de sus obligaciones de pago.

En caso de grupos familiares, la cuota se considera única y se debe abonar en forma íntegra. No se admitirán pagos parciales para algún miembro en particular.

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 los diez (10) días posteriores de la fecha de vencimiento, Plenit Medicina Prepaga 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 el Banco de la Nación Argentina, con más los gastos administrativos y/o de rehabilitación.

Desde la fecha de vencimiento y hasta el último día del primer mes impago, se exigirá el pago de la cuota vencida con antelación a cualquier prestación cubierta por el Plan elegido. Dicho pago deberá serlo con más los intereses, gastos administrativos y/o de rehabilitación correspondientes. En caso de regularización, la prestación se brindará sin cargo en los rubros que correspondiere.

En caso de que el titular, cuyo contrato haya sido resuelto de conformidad con lo manifestado precedentemente, pretenda reincorporarse al sistema, deberá, previa cancelación de la deuda pendiente. 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.

Rango etario

Plenit Medicina Prepaga podrá establecer precios diferenciales de las cuotas según franjas etarias, de conformidad con lo previsto en el artículo 17 de la Ley N° 26.682 y el artículo 17 del Decreto N° 1993/2011 y sus modificatorios.

El valor de la última franja etaria no podrá superar el triple del valor correspondiente a la primera franja etaria. Los planes de cobertura para la última franja deberán estar disponibles sin límite de edad máxima, tanto para la admisibilidad de nuevos usuarios o beneficiarios como para la permanencia de los existentes.

La cuota mensual correspondiente al plan de cobertura contratado se determinará sobre la base de un precio base, al cual se le aplicarán las variaciones porcentuales en función de la edad del afiliado y la modalidad de afiliación, conforme los rangos etarios y porcentajes establecidos en el ANEXO I – Rangos Etarios y Variación de Cuotas, el cual forma parte integrante e inseparable del presente contrato.

Los valores nominales constan en forma expresa en la cotización adjunta a la declaración jurada y solicitud de ingreso y debe ser firmado o aceptado mediante medios electrónicos con validación específica en contrataciones no presenciales, en tipografía y formato claramente legibles.

Ajustes del valor de cuota

Plenit Medicina Prepaga en función del artículo 1° de la Ley N° 26.682 podrán establecer libremente los valores de las cuotas de los planes de salud durante toda la vigencia del contrato, conforme lo dispuesto en el artículo 17 del Decreto N° 1993/2011 y sus modificatorios.

Los aumentos en las cuotas podrán aplicarse de manera variable, de acuerdo con las condiciones del plan (con o sin copagos) y las zonas o regiones en las que se brinde la atención médico-asistencial, en los términos de la Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 2155/2024, o la que en el futuro la reemplace.

Plenit Medicina Prepaga deberá comunicar a los usuarios o beneficiarios, de manera clara y destacada, toda modificación en el valor de las cuotas y/o copagos, indicando el porcentaje de variación aplicado y el nuevo valor de la cuota mensual, dentro de los CINCO (5) días posteriores a la publicación del último Índice de Precios al Consumidor (IPC) elaborado por el INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC). Asimismo, los usuarios o beneficiarios deberán ser notificados de los ajustes con una antelación no menor a treinta (30) días corridos previos al vencimiento de la obligación de pago.

Además, el importe fijado para la cuota mensual del plan seleccionado se modificará por: cambios en la constitución del grupo familiar, rango etario, cambios en los servicios a prestar y/o cambios en las coberturas de los planes médicos.

Comunicaciones

Las notificaciones previstas referidas a cualquier noticia, novedad, modificación o información se notificarán a través de cualquier medio, inclusive a través de los folletos que se envíen juntamente con la facturación, o al correo electrónico o teléfono celular que indique en tal efecto o a través de la página web de Plenit Medicina Prepaga.

Progresividad de los derechos

Ninguna modificación contractual podrá implicar reducción de derechos adquiridos.

Factura y estado de cuenta:

Plenit Medicina Prepaga deberá remitir mensualmente al afiliado la factura correspondiente, acompañada de un Estado de Cuenta estandarizado y transparente, que detalle de manera clara, comprensible y en lenguaje sencillo, como mínimo:

- Costo base del plan contratado.
- Costos adicionales por coberturas específicas.
- Ajustes por edad o factores de riesgo.
- Aportes y contribuciones
- Saldo inicial y final a favor del afiliado, en caso de existir.

El Estado de Cuenta deberá reflejar mensualmente el saldo disponible del afiliado y permitir su utilización para compensar cuotas futuras u otros conceptos facturables.

Cualquier modificación en los conceptos facturados deberá ser notificada al afiliado con una antelación no inferior a TREINTA (30) días corridos, explicando de manera clara las razones de dicha modificación.

Profesionales

El asociado tiene derecho de libre elección, entre la totalidad de los profesionales médicos, odontólogos, bioquímicos, centros de diagnóstico y tratamiento, centros de internación y farmacias adheridas, dentro de la cartilla de su plan. En caso de que se excluya de la cartilla a un prestador con el cual el asociado hubiere iniciado un tratamiento, éste tendrá derecho a continuar con dicho profesional o institución hasta el alta médica de la patología existente al momento de la exclusión, sin costo adicional.

Coberturas

La cobertura prestacional contratada, sea su pago con o sin derivación de aportes y contribuciones o cotizaciones, incluye en su totalidad y sin excepción el conjunto de prestaciones básicas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud previsto en la normativa vigente, así como las prestaciones establecidas en el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad (Ley N° 24.901 y su normativa complementaria), y toda otra prestación médico-asistencial incorporada como obligatoria por leyes especiales o disposiciones de la autoridad competente.

Las prestaciones adicionales serán según el plan elegido, las mismas se encontrarán en el anexo correspondiente de cada plan, el cual es parte integrante de este contrato.

El acceso a las prestaciones mínimas obligatorias indicadas en esta cláusula será inmediato, sin períodos de carencia.

Limitaciones de cobertura

Carencias: Las prestaciones adicionales informadas en los anexos de cada plan podrán estar sujetas a periodos de espera que no podrán superar los doce (12) meses.

Cuando una prestación inicialmente considerada como adicional y sujeta a carencia fuese incorporada al conjunto de prestaciones básicas obligatorias aprobado y publicado por la autoridad sanitaria competente, la carencia quedará automáticamente anulada.

Enfermedades Preexistentes y/o Patologías secuelas: En caso que Plenit Medicina Prepaga determine que el solicitante padecía una enfermedad y/o patología secular preexistente, conocida o no, y que no fuera consignada en la declaración jurada de ingreso, se generará sin más la facultad de resolver el contrato por exclusiva culpa del solicitante o asociado, debiendo tan sólo notificarse en forma fehaciente la voluntad en tal sentido, quedando Plenit Medicina Prepaga facultada para exigir el reintegro de las prestaciones que hubiere efectuado con más los daños y perjuicios que se le hubieren causado.

Exclusiones

Quedan expresamente excluidas de la cobertura que Plenit Medicina Prepaga brinda a sus asociados:

- Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y todos los casos imputables al asociado, tales como lesiones en riña u otros previstos por la ley.
- Internaciones en establecimientos geriátricos, para tratamientos de adelgazamiento o rejuvenecimiento. Dietología; cosmetología y podología; 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.
- Cualquier servicio y/o suministro recibido con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del beneficiario bajo el plan al que haya adherido, o después de la terminación de la misma, haya ocurrido o no la enfermedad o el daño accidental mientras la cobertura estaba en vigencia.

- Cualquier tratamiento en cualquier institución en la cual el beneficiario pudiera tener derecho a internación gratuita; cualquier servicio y/o suministro por el cual el beneficiario no tuviera esta cobertura.
- 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 Plenit Medicina Prepaga o el asociado pertenezca a un plan que expresamente habilite el uso de profesionales ajenos a la cartilla médica de Plenit Medicina Prepaga.
- 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 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 Plenit Medicina Prepaga puedan ser efectuados en forma ambulatoria.
- 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.
- 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 Nomenclador Nacional.
- Reposición de sangre y plasma. Factores hematológicos.
- Estudios genéticos con relación al embarazo.
- 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, solo serán reconocidos los productos para las indicaciones que específicamente estén autorizadas por las citadas autoridades regulatorias nacionales.
- Internación por afecciones no cubiertas por Plenit Medicina Prepaga.
- Internaciones posteriores al alta médica.

- Tratamiento de incapacidades, enfermedades, lesiones y/o patologías secuelas preexistentes declaradas por el solicitante a la fecha de ingreso a Plenit Medicina Prepaga, salvo que hubiesen sido aceptadas expresamente.
- Tratamientos u operaciones en etapa experimental no reconocidos por organismos o instituciones oficiales de la República Argentina.
- Gastos extras dentro o fuera de la internación (acompañantes, enfermería, plasma y sangre, factores hematológicos, medios de contraste, películas, etc.).
- Alergia: técnicas de detección, autovacunas, tratamientos antialérgicos.
- Cualquier servicio y/o suministro que no estuviere específicamente declarado como beneficio bajo el presente reglamento.
- 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, atletismo, buceo, caza submarina, esquí, etc., como así también las causadas por la práctica de actividades deportivas con carácter profesional o federado.

Prescripción de medicamentos

La prescripción de medicamentos deberá efectuarse de conformidad con lo dispuesto en la Ley Nº 25.649 de prescripción por nombre genérico, la Ley Nº 27.553 de recetas electrónicas o digitales, el Decreto Nº 63/2024, la Resolución del Ministerio de Salud Nº 2214/2025. Plenit Medicina Prepaga no asumirá la cobertura de aquellos medicamentos cuya prescripción no se ajuste a la normativa mencionada ni de aquellos que no se encuentren comprendidos dentro de la cobertura prestacional del plan contratado.

Prestaciones incorporadas por el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.)

Las prestaciones incorporadas a la cobertura por imperio de la Resolución 247/96M.S.A.S. y sus modificatorias y/o ampliatorias, aplicables a las empresas de Medicina Prepaga por la Ley 24.754, serán brindadas a los asociados exclusivamente en los servicios asistenciales y bajo las modalidades que en cada caso determine la Auditoría Médica de Plenit Medicina Prepaga aun cuando los prestadores afectados a dichos servicios no se incluyan en las Cartillas y Guías de Profesionales y Servicios aplicables al plan.

Prestaciones de emergencia

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

Afiliaciones corporativas

- El asociado que se incorpore a Plenit Medicina Prepaga en virtud de convenios corporativos celebrados por ésta última con otras Empresas, mantendrá su condición de tal hasta tanto la Empresa a través de la cual se haya incorporado comunique en forma fehaciente a Plenit Medicina Prepaga la finalización del vínculo que dio lugar a dicha

incorporación a través de esta modalidad, o cuando finalice la vigencia del convenio corporativo oportunamente celebrado por Plenit Medicina Prepaga.

- El asociado incorporado mediante un Convenio Corporativo podrá solicitar su continuidad como “Particular” contratando, mediante esa modalidad, un plan equivalente y en las condiciones de comercialización vigentes a dicha data para los mismos, obligándose a suscribir la correspondiente documentación. A tal fin el solicitante deberá:

- No registrar mora por las obligaciones a su cargo con Plenit Medicina Prepaga y/ o cualquiera de sus prestadores.

- Notificar su voluntad de continuar la asociación como asociado particular dentro de los Treinta (30) días de producido el distracto laboral y/o la rescisión o resolución del convenio corporativo, previo cumplimiento del procedimiento establecido en el último párrafo del artículo 10 de la Ley N° 23.660.

- Contar con al menos Dos (2) años de asociación al sistema a la fecha de cualquiera de los dos eventos mencionados en el punto b), acreditando fehacientemente la fecha en que se produjo el primero de ellos.

- Abonar la cuota correspondiente al plan equivalente suscripto desde la fecha de cualquiera de los dos eventos mencionados en el punto b).

Afiliaciones no corporativas a través de Obras Sociales (LEY 23660/23661)

El asociado que se incorpore, o aquel que siendo ya asociado adhiera al Sistema de libre Elección de Obras Sociales, se registrán de conformidad a las pautas establecidas en el siguiente apartado, las cuales prevalecen por sobre lo dispuesto en las descriptas anteriormente.

La cobertura de enfermedades preexistentes y/o preexistencias, será brindada exclusivamente por derivación de Plenit Medicina Prepaga y/o de la Obra Social a la que se encuentra Asociado, a los profesionales y/o entidades habilitadas expresamente al efecto en todas las especialidades.

Plenit Medicina Prepaga mantendrá las deducciones practicadas sobre el valor de la cuota solamente en el caso que los aportes y contribuciones recibidos de la Obra Social a través de la cual el asociado haya optado para derivar los aportes a Plenit Medicina Prepaga sean efectivamente percibidos por esta última, en concepto de contraprestación por la cobertura de salud a otorgar.

Dichos recursos deberán reflejarse en la factura e imputarse para reducir el valor de la cuota del plan prestacional. Cuando el monto de aportes y contribuciones, cotizaciones o subsidios percibidos supere el valor de la cuota contratada, el excedente deberá aplicarse a todos los conceptos facturables en los meses subsiguientes. El saldo resultante deberá constar mensualmente en el Estado de Cuenta.

Dadas las características propias del sistema de medicina prepaga – 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. Plenit Medicina Prepaga

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 estos 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 asociado respecto del pago en término de sus cuotas y la atribución de Plenit Medicina Prepaga de modificar la prestación de servicios a su cargo ante la morosidad en el pago de las cuotas, las que se regirán de acuerdo con lo establecido en el presente reglamento general.

Subrogación

Sin perjuicio de los derechos de repetición que le correspondan en forma directa, Plenit Medicina Prepaga 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.

Plenit Medicina Prepaga 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.

Nulidad

- Si se determinara que el solicitante omitió informar, en la Declaración Jurada de Salud, una enfermedad y/o patología preexistente, se generará sin más la facultad de resolver el contrato por exclusiva culpa del solicitante o asociado, debiendo tan sólo notificarse en forma fehaciente la voluntad en tal sentido. Lo expuesto lo es sin mengua del derecho de Plenit Medicina Prepaga de solicitar la nulidad del presente contrato, acción ésta que podrá ejercerse por vía de acción y/o de excepción y/o de reconvención judicial. Notificada la resolución podrá pedirse la nulidad sólo por vía de excepción y/o reconvención.
- El conocimiento de hechos que autoricen la anulación, por profesionales o entidades adheridos a Plenit Medicina Prepaga, con motivo de consultas, internaciones, y de estudios de diagnóstico y tratamiento efectuado por el titular y/ o a sus incorporados, no impedirán la anulación aquí prevista.

Vigencia

El presente contrato será por tiempo indeterminado. Todo asociado podrá resolver unilateralmente el presente, en cualquier tiempo y sin expresión de causa de acuerdo con lo estipulado en el presente reglamento.

Fallecimiento del titular

El fallecimiento del afiliado titular no producirá la caducidad del contrato ni de la cobertura del grupo familiar incorporado, la cual se mantendrá sin interrupciones, conforme a lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley N.º 26.682 y el artículo 10, inciso h), de la Ley N.º 23.660.

La continuidad de la cobertura quedará sujeta al cumplimiento de las obligaciones económicas y a las readecuaciones administrativas que correspondan, sin afectación de los derechos adquiridos.

Renuncia del Titular

- La renuncia del titular de un grupo familiar produce la resolución de pleno derecho de la asociación de todos los integrantes de este y la pérdida de sus beneficios.
- La renuncia se tomará al último día del mes en que se produzca efectivamente, siempre que sea tramitada hasta el día veinte (20) o hábil posterior, suscribiendo la documentación que avale la voluntad de baja por parte del titular y debiendo abonar la cobertura contratada por período completo. Hasta tanto no se cumpla con los mencionados requisitos, el asociado se encuentra obligado al pago de las cuotas correspondientes.
- Si existieren deudas con Plenit Medicina Prepaga y/u otros prestadores, la renuncia del titular no extinguirá dichas obligaciones, quedando reservado el derecho de exigir judicialmente su pago.
- Si uno o más miembros del grupo quisieren continuar su asociación a Plenit Medicina Prepaga, para mantener la antigüedad de su cobertura deberán concurrir a nuestras oficinas, dentro de los Treinta (30) días de producido el hecho, para conformar un nuevo grupo, abonando las cuotas desde el momento de producida la renuncia o fallecimiento, de modo de mantener la continuidad de la afiliación.

Resolución del contrato

Extinción por decisión de Plenit Medicina Prepaga:

Plenit Medicina Prepaga podrá resolver el presente contrato en los siguientes supuestos expresamente indicados, a saber:

- a) Falta de pago. Ante la falta de pago de TRES (3) cuotas íntegras y consecutivas, Plenit Medicina Prepaga deberá intimar fehacientemente al usuario o beneficiario a regularizar la deuda dentro de un plazo de DIEZ (10) días hábiles. Vencido dicho plazo sin regularización podrá comunicar la resolución del contrato, con el fin de impedir el devengamiento de nuevos períodos de facturación, conforme lo dispuesto en el artículo 9º, apartado 2º, inciso a) del Decreto N° 1993/2011 y el artículo 10 de la Resolución N° 163/2018-SSSALUD.

En ningún caso, se podrá resolver el contrato si: (i) no hubiera cursado la intimación fehaciente indicada; (ii) el afiliado regularizará la deuda dentro de los DIEZ (10) días de

intimidado; o (iii) aun vencido dicho plazo, el afiliado abonare las cuotas adeudadas antes de la notificación fehaciente de la resolución. En todos los casos, el afiliado y su grupo familiar conservarán la antigüedad que posean.

b) Falsedad de la declaración jurada de salud. Plenit Medicina Prepaga podrá resolver el contrato únicamente si acreditará que el usuario o beneficiario no obró de buena fe, en los términos del artículo 961 del Código Civil y Comercial de la Nación, al omitir dolosamente declarar una enfermedad o situación preexistente. La falta de acreditación de la mala fe del usuario o beneficiario determinará la ilegitimidad de la resolución. En caso de grupo familiar, sólo podrá excluirse al integrante respecto del cual se verificó el falseamiento, manteniéndose la afiliación del resto y reduciéndose proporcionalmente el valor de la cuota

Extinción del contrato por voluntad del afiliado:

El afiliado podrá rescindir en cualquier momento el presente contrato, sin limitación ni penalidad alguna, debiendo comunicarlo fehacientemente a Plenit Medicina Prepaga con una antelación no menor a TREINTA (30) días corridos. La comunicación podrá realizarse por medios electrónicos habilitados al efecto o por cualquier otro medio fehaciente, y Plenit Medicina Prepaga deberá otorgar constancia inmediata de la recepción.

Durante el período de preaviso, Plenit Medicina Prepaga mantendrá vigentes todas las prestaciones y coberturas contratadas.

El ejercicio del derecho de rescisión no podrá condicionarse a la cancelación de sumas adeudadas. Sin perjuicio de ello, en caso de que el usuario o beneficiario adeudara cuotas al momento de la rescisión, Plenit Medicina Prepaga podrá exigir su cancelación como requisito previo a una eventual reincorporación del mismo usuario o beneficiario, o de su grupo familiar.

En caso de rescisión del contrato conforme al artículo 9° de la Ley N° 26.682, Plenit Medicina Prepaga deberá reintegrar al afiliado titular el saldo disponible en su cuenta corriente, mediante el medio de pago que éste indique.

Inalterabilidad del equilibrio contractual

Siendo el contrato de medicina prepaga uno de aquellos que no se asimila a ninguno de los denominados típicos o nominados, sino por el contrario un contrato que nacido bilateral, se inserta en un sistema propio con efectos plurilaterales, en el cual el equilibrio del mismo no se agota en las prestaciones entre las partes inmediatas, sino en la subsistencia de una ecuación económica- prestacional - financiera; es que deben preservarse los elementos constitutivos, las modalidades de cumplimiento y fundamentalmente la integración técnica prestacional, frente a un objeto (salud) cuya natural evolución se modifica constantemente.

Dadas las características propias y específicas del contrato, ya que es innominado, de tracto sucesivo, prestaciones móviles, vitalicio, integrador de un sistema plurilateral, aleatorio, conmutativo, oneroso, de adhesión y de naturaleza mercantil, el mismo debe ser analizado e interpretado teniendo en cuenta los de mayor analogía o similitud, como lo es el contrato de seguro, ahorro, locación de servicios y diversos contratos asociativos, todo lo cual ha conducido a denominar al co-contratante como afiliado, adherente, asociado, asegurado, etc. La voluntad de las partes al contratar y la causa fin de las obligaciones

recíprocas, constituyen el objeto del contrato, marco referencial en el cual deberán encontrarse las vías interpretativas en el supuesto de controversia. Las partes deben preservar los efectos multilaterales que surgen a partir de la participación en el sistema referido y fundamentalmente las condiciones de las prestaciones en un contrato cuya nota relevante es la larga duración fundada en la prestación vitalicia y en la indeterminación del plazo. Como consecuencia de lo expuesto es que Plenit Medicina Prepaga se obliga a:

a) Preservar las condiciones prestacionales para brindar una adecuada protección a la salud equiparable a la contratada (único parámetro válido para ponderar la voluntad de las partes y la ecuación económica resultante).

b) Sustener la oferta de prestadores en niveles equiparables a la cartilla ofrecida al tiempo de celebrar el contrato (siendo la contratación de terceros un hecho que no depende sólo de la voluntad de la empresa, la obligación se limita a sostener el nivel cuantitativo y cualitativo).

c) No resolver el contrato en forma unilateral y sin que se produzcan algunas de las causales expresamente establecidas por las partes.

d) A ofrecer y sostener un nivel de internación en condiciones similares a aquellas que determinaron la voluntad de adhesión al sistema.

e) A no modificar unilateralmente las obligaciones recíprocas entre las partes.

f) A preservar la ecuación económica-financiera existente al tiempo de contratar y con ello proteger el sistema prestacional integral. A tales fines y de común acuerdo entre las partes la movilidad de las prestaciones recíprocas sólo podrá responder a la causa fin del contrato y a las expresamente previstas en el presente. Las cuotas mensuales, aranceles adicionales o complementarios y coseguros deberán ser aumentadas por Plenit Medicina Prepaga, en los siguientes casos:

a) aumento de los gastos administrativos, b) aumento de los costos de prestación del servicio, c) incorporación de servicios, tecnología, prestaciones, medicamentos, prácticas e innovaciones médicas, d) incrementos de impuestos, tasas y servicios,

a) incrementos salariales y de honorarios profesionales o asistenciales, f) aumentos en la tasa de consumo. Con la finalidad de evitar y/o disminuir tales aumentos Plenit Medicina Prepaga podrá disponer la inclusión de coseguros, g) a reestablecer el equilibrio de la ecuación económica-financiera del contrato, de conformidad con los parámetros previstos en el inciso precedente, notificando con no menos de Treinta (30) días de antelación al vencimiento del pago del mes en que se efectivice dicho restablecimiento. El plazo mencionado sólo podrá ser disminuido en el supuesto que existan hechos extraordinarios ajenos a la voluntad de las partes, tales como hiperinflaciones, períodos de alta inflación, devaluaciones, emergencias económicas, conmociones interiores o exteriores, etc., que desequilibren la economía del sector y del contrato, y h) a facultar al contratante asociado, que no aceptare las modificaciones de las cuotas, a resolver el contrato sin cargo alguno.

Mediación y Jurisdicción

Mediación previa: Las partes dejan establecido que, previo a cualquier instancia judicial sobre obligaciones incumplidas por las mismas o por cuestiones interpretativas que surjan sobre las cláusulas pactadas y/o condiciones del presente reglamento de prestaciones, se

obligan a solicitar MEDIACION. Fracasada la mediación, las partes podrán someter sus conflictos ante el Tribunal Judicial.

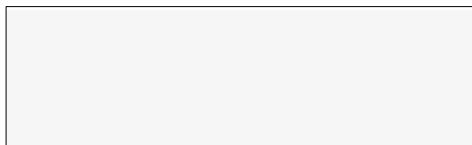
Jurisdicción y competencia: A efectos de toda cuestión emergente del presente, ambas partes se someten a los Tribunales ordinarios de la Ciudad de ROSARIO, renunciando expresamente a cualquier otro fuero o jurisdicción.

Reclamos

En caso de incumplimiento por parte de Plenit Medicina Prepaga a las obligaciones asumidas en el presente contrato, o bien ante conflictos de interpretación de sus alcances, el usuario o beneficiario podrá plantear su denuncia ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, conforme al Procedimiento General de Denuncias, Faltas Formales y Sanciones aprobado por la Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 951/2025, o la que en el futuro la modifique y/o reemplace, ya sea en su sede central (Bartolomé Mitre 434, Ciudad Autónoma de Buenos Aires), en cualquiera de sus Delegaciones provinciales, o a través de los canales electrónicos habilitados.

He leído y acepto el contenido del documento y anexo. ☐

Lugar y fecha:



Firma y aclaración

ANEXO I – Rangos Etarios y Variación de Cuotas

<i>Rangos Etarios y Variación de Cuotas</i>					
<i>Rangos</i>	<i>Variación - Plan Live</i>	<i>Variación - Plan Premium</i>	<i>Variación - Plan Premium C</i>	<i>Variación - Plan Exclusivo</i>	<i>Variación - Plan Exclusivo C</i>
0 a 25	100%	100%	100%	100%	100%
26 a 35	118%	118%	117%	118%	116%
36 a 49	139%	139%	137%	139%	135%
50 a 59	217%	216%	210%	215%	202%
60 a más	280%	278%	268%	273%	258%