

Reglamento de Servicios Médico Asistenciales

Aprobado en Asamblea Septiembre 2014

FEDERADA SALUD
COBERTURA MÉDICA

MUTUAL FEDERADA "25 DE JUNIO"
SOCIEDAD DE PROTECCIÓN RECÍPROCA



DATOS DE LA INSTITUCIÓN

Denominación de la Sociedad:
Mutual Federada "25 de Junio"
Sociedad de Protección Recíproca

Domicilio Legal:
Moreno 1222/28 (2000) Rosario
Provincia de Santa Fe

Actividad Principal:
Servicios Médico-Asistenciales

Matrícula de Inscripción en el INAES N° 281
Resolución N° 78 – Dirección General de
Mutualidades del 24 de abril de 1964

**Fecha de Inscripción en el INAES
del Estatuto**
2 de octubre de 1963



Testimonio del reglamento reformado de servicios médico-asistenciales de la Mutual Federada "25 de junio" Sociedad de Protección Recíproca, aprobado en la Asamblea Anual Ordinaria realizada el 18 de septiembre de 2014 en Sede Central Rosario.



TÍTULO I: "DE LOS ASOCIADOS COMPRENDIDOS, INGRESOS Y MODALIDADES".

ARTÍCULO 1: "De las condiciones generales": Los asociados, mayores de 18 años de edad, de Mutual Federada "25 de Junio" Sociedad de Protección Recíproca, cualquiera sea su categoría, podrán hacer uso de los servicios médico-asistenciales de salud, conforme a los planes de salud que elijan, en el servicio denominado "**FEDERADA SALUD**" y en cada uno de ellos con el nombre alfabético, número y tipo de plan, conforme se determina en los **Artículos 4, 5, 6 y 7** de éste reglamento, en las condiciones y con los alcances que determinan la ley 20.321, las Resoluciones del Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social, la Ley 26.682 y sus Decretos Reglamentarios, el Estatuto Social y el presente Reglamento. La Mutual podrá incorporar asociados a cualquiera de los planes habilitados del presente reglamento, tanto en la condición de voluntarios como de obligatorios. Para postularse como asociados, los interesados deberán poseer nacionalidad argentina y residencia en el país, o en caso de ser extranjeros, poseer certificado de residencia permanente otorgado por la Dirección Nacional de Migraciones, completar la solicitud de ingreso y anexos que la Mutual disponga, los que tendrán el carácter de manifestación jurada, como así también suscribirán una declaración jurada de sus antecedentes de salud. Así mismo y de conformidad con lo dispuesto por el decreto 1991/2011 que ha incorporado al artículo 1º de la ley 26.682, a las mutuales que prestan servicios de salud a sus asociados, podrán hacer uso de los servicios regulados en este Reglamento, quienes contraten con la Mutual, la prestación de los que hubieren pactado en sus contratos, en las condiciones y durante el período de vigencia que el mismo establezca. Los contratantes también suscribirán una declaración jurada de antecedentes de salud al contratar. Se solicitará autorización a la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación respecto del texto modelo de los referidos contratos. Quienes contraten el servicio, no asumen la condición de asociados de la Mutual.-----

ARTÍCULO 2: “De los Ingresos, egresos, orígenes y condición de asociados”: Podrán postularse como asociados en los planes de salud en forma individual o como grupo familiar colectivo, a cargo de un asociado titular, quienes cumplan los siguientes requisitos: Para ser titular debe ser mayor de 18 años y como beneficiarios no titulares: a) el cónyuge del asociado titular, b) los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral. c) los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del asociado titular, cursen o no estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, d) los hijos menores de veintiún (21) años que desarrollan una actividad profesional, comercial o laboral y cesan en dicha actividad, e) los hijos incapacitados sin tope de edad con certificado de discapacidad vigente y a cargo del asociado titular, f) los hermanos declarados incapaces del asociado titular, mayores de dieciocho (18) años, cuya curatela haya sido acordada por autoridad judicial, g) los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, o guarda judicial con fines de adopción que reúnan los requisitos establecidos en este inciso; h) los hijos del cónyuge, i) la persona que conviva con el asociado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos. La convivencia en unión de hecho deberá acreditarse conforme la documentación o información sumaria pertinente expedida por la autoridad competente, según la jurisdicción. Sólo en el caso de asociados voluntarios y en el caso de contar con hijos en común, deberán presentar una simple declaración jurada firmada por ambos. Similares condiciones deberán reunir quienes procuren la prestación de los servicios mediante la celebración de contratos.-----

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

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

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

2.4) "De los tipos de orígenes para ingresos": Los tiempos de espera ordinarios previstos para hacer uso de las prestaciones superadoras o complementarias del Programa Médico Obligatorio (PMO) se aplicarán conforme su procedencia descrita en cada Plan según sus orígenes:

2.4.1) "Del Origen I": Designa a todos los ingresantes que cumplan con los siguientes requisitos: hasta 30 años de edad o mayores de esa edad y provenientes de las obras sociales o entidades de medicina prepaga siguientes: OSDE, SWISS MEDICAL, GALENO, OMINT, MEDICUS, MEDIFÉ, ACA SALUD, SANCOR SALUD. En tales casos no tendrán períodos de carencia que cumplir, excepto para la práctica de Excimer Láser que requerirá de un año en planes de dicho origen.-----

2.4.2) "Del Origen II": Designa a todos aquellos ingresantes que cumplan con los siguientes requisitos: no posean cobertura o

provenientes de otras prepagas (no incluidas en el Origen I), debiendo cumplir con carencias en la cobertura superadora: para Planes G1, 90 días (Excepto Excimer Láser, 1 año), y para los planes G2, 180 días.-----

2.5) “De los Asociados Voluntarios y Obligatorios”: a) Se entenderá por asociados Voluntarios aquellos que se incorporen libremente a la Mutual en cualquiera de sus planes de salud habilitados al efecto, siendo en forma directa responsables del pago de sus obligaciones con la entidad conforme este reglamento. b) Se entenderá por asociados Obligatorios aquellos que se incorporen a la Mutual a través de los convenios que ésta suscriba con obras sociales de las leyes 23.660 y 23.661, en virtud de lo cual la totalidad o parte del servicio arancelado de salud o costo de la cuota del plan que elijan, sea pagado a la Mutual por parte de dichas obras sociales con los aportes y contribuciones previstos en las referidas leyes a su cargo para sus asociados obligatorios cuya cobertura se derive a esta Mutual.-----

2.6) “De los Egresos”: Los asociados que hubieren ingresado, pueden renunciar a su condición de tal, firmando el formulario respectivo o utilizando un medio fehaciente remitido a la Mutual. Los asociados podrán perder su condición de tal en los casos de exclusión y/o expulsión que establece el Estatuto Social y la ley 20.321. Quienes hubieren celebrado contrato para la prestación de los servicios médico asistenciales, pueden rescindir el mismo en cualquier momento, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a la Mutual con 30 días de anticipación. La Mutual podrá rescindir dichos contratos en los casos que establece el artículo 9 de la ley 26.682. En todos los casos el/los renunciante/s deberá/n proceder a la devolución de todas las credenciales de asociados como así también los contratantes cuyos contratos hubiese sido rescindido.-----

ARTÍCULO 3: "De las afecciones preexistentes": Para postularse como asociado ingresando en alguno de los planes de cobertura asistencial, o para contratar los servicios médico asistenciales, los interesados deberán presentar una declaración jurada de antecedentes de salud, que podrá ser confeccionada con la asistencia de su médico de cabecera, en la que manifiesten qué tipo de afecciones padecen en las condiciones que establece el artículo 10 de la ley 26.682 y su Decreto Reglamentario N° 1993/2011. En caso de que el aspirante declare alguna patología preexistente, la Mutual, para su admisión solicitará a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) la autorización de valores diferenciales justificados por su auditoría médica y la determinación del carácter temporario, crónico o de alto costo de la enfermedad preexistente. La Mutual notificará al postulante el contenido de la nota elevada a la autoridad de aplicación. En caso que el postulante aceptara abonar el valor diferencia por el término cuya autorización se pidiera a la SSS, será incorporado como asociado, desistiéndose del trámite ante la autoridad de aplicación. La declaración de salud presentada tendrá una vigencia de 60 días desde la fecha de realización, en caso de no recibirse respuesta de la SSS en ese plazo.-----



TÍTULO II: "DE LOS PLANES":

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

ARTÍCULO 5: "De los planes superadores del P.M.O.: Los planes son los siguientes: **5.1: Planes G1:** A, M, P, N, 1000, 2000, 1000 NG, 2000 NG, M Numen, E Numen, R1, M1 Numen, S, según detalle de cobertura **Anexo I. 5.2: Planes G2:** 3000, 4000, 3000 NG, 4000NG, U, 8, 7, 25, R, BA-A, según detalle de cobertura **Anexo II. 5.3: Planes G3:** C-RO, C-ON, C-BA, C-BB, C-SF, BA-D, según detalle de cobertura en **Anexo III**.-----

ARTÍCULO 6: "De los planes con exclusiva cobertura del P.M.O.": el único plan es el siguiente: L 90 (Plan G3). Según detalle de cobertura **Anexo IV**.-----

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

ARTÍCULO 8: "De los cambios de planes": En caso de que el asociado optara por un plan con prestaciones sanitarias superadoras o complementarias del Programa Médico Obligatorio tendrá una carencia de 90 días para acceder a dichas prestaciones, excepto para Excimer Láser que deberá esperar una carencia de 365 días. En el caso de optar por planes con menor cobertura, quedara sujeto a autorización de auditoría médica. Todo cambio de plan podrá solicitarse en cualquier día hábil del mes y de ser autorizado, tendrá vigencia a partir del primer día del mes siguiente. Solo se aceptaran cambios a los planes habilitados a tal efecto. En el caso de quienes contraten deberá renegociarse una cláusula adicional al convenio originario, si es que el cambio no se encuentra previsto en el mismo.-----



TÍTULO III: "DE LAS FORMAS DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS":

ARTÍCULO 9: "Del acceso a las prestaciones médicas": Los asociados y/o los contratantes del servicio médico asistencial, que requieran cualquiera de las prestaciones contempladas dentro del plan en que revistan, deberán hacerlo a través de profesionales e instituciones contratadas por la Mutual, que ellos elijan y/o los comprendidos en las entidades que los nuclean. De acuerdo al tipo de plan o prestación a utilizar deberán contar con autorización previa o no, de acuerdo a las Normas Generales de Autorizaciones y Facturación transcritas en el **Anexo VI**.-----

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

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

ARTÍCULO 12: "De las exclusiones y limitaciones absolutas": La Mutual no brindará cobertura a: prestaciones o servicios no contemplados en la normativa vigente, en particular en el Programa Médico Obligatorio, a excepción de las prácticas superadoras incluidas en cada plan; prestaciones relacionadas con lesiones o afecciones derivadas de supuestos correspondientes a las Administradoras de Riesgos de Trabajo; provisión de sangre y plasma; prestaciones en etapa experimental o de investigación; prestaciones cuya cobertura no se encuentre reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación; internaciones geriátricas; internaciones por cualquier tipo de proceso crónico no reversible ni mejorable a través de su tratamiento médico

o quirúrgico, a excepción de episodios agudos, complicaciones o estados terminales que deriven de aquéllos, según lo determine la Auditoría Médica; cosmetología y cirugías estéticas, excepto las reparadoras; tratamientos de homeopatía, acupuntura, quiropraxia; prestaciones relacionadas con lesiones provocadas voluntariamente por el asociado y las que fueren consecuencia de tentativa de suicidio o resultantes de maniobras delictivas o criminales, como así también de la participación profesional en demostraciones de pericia, pruebas de velocidad o actividades deportivas de alto riesgo.-----



TÍTULO IV: "DE LOS SERVICIOS ARANCELADOS":

ARTÍCULO 13 "De las condiciones generales de aranceles": Los asociados o contratantes de los servicios médico asistenciales, que opten por tomar alguno de los planes descritos en el presente, abonarán mensualmente la cuota social y aranceles de servicios correspondientes al plan elegido. Los planes **voluntarios** serán abonados por mes adelantado y los planes **obligatorios** a mes vencido. No obstante, el Consejo Directivo ha dispuesto la posibilidad de realizar pagos adelantados de un plazo de hasta 12 cuotas mensuales y consecutivas. Dichas cuotas serán calculadas en base al último valor publicado por la cantidad de meses elegidos y deberán ser cancelados en valores corrientes". El Consejo Directivo modificará el valor del arancel de servicios de acuerdo a lo prescripto por artículo 5 inciso g y artículo 17 de la Ley 26.682 y sus Decretos Reglamentarios. El Consejo Directivo también podrá reajustar periódicamente el valor correspondiente a la cuota social y los copagos conforme al estatuto de esta mutual y normas legales vigentes.-----

ARTÍCULO 14: "De los valores de los servicios arancelados en los planes: El Consejo Directivo fijara los valores de acuerdo al artículo 17 de la Ley 26.682 y sus Decretos reglamentarios y el mismo se determinara según las franjas habilitadas de acuerdo a la Resolución 419/12 de la SSS. El Consejo Directivo para dichas franjas, podrá fijar las bonificaciones pertinentes según los segmentos etarios en rangos quinquenales y/o con las modificaciones que estime necesarias.-----

ARTÍCULO 15: "De los descuentos en los valores de los servicios arancelados por viajes al exterior": Los asociados que realicen viajes al exterior por un período no menor a sesenta (60) días corridos, podrán solicitar un descuento del 50% en el valor de los servicios arancelados que corresponden a su plan, previa presentación de la documentación que certifique su salida del país y estadía en el extranjero. En caso de grupos familiares, dicho beneficio se obtiene por integrante que certifique igual condición, pudiendo recibir individualmente este beneficio la totalidad de las personas que integran el grupo. Para ello, el descuento se calculará en base a la cotización de cada integrante

vigente al momento de su aplicación. Siempre y cuando se encuentre respaldado por el cumplimiento de todos los requisitos exigidos, el descuento se otorgará de forma permanente y sin límites de tiempo. Dado que esta modalidad no supone la suspensión de los servicios, el asociado alcanzado por el beneficio podrá hacer uso de los mismos con previo aviso, excepto que su regreso temporario al país se prolongue por más de treinta (30) días, momento en que se dará por finalizado automáticamente el presente convenio.-----

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

ARTÍCULO 17: “De los lugares de pago”: Las facturas y/o notas de débitos deberán abonarse en la Casa Central, Delegaciones, Oficinas, Agencias y/o servicios financieros habilitados. Estos importes serán transferidos de acuerdo al Art. 17 del Decreto Reglamentario 1993/2012 de la Ley 26.682. -----

ARTÍCULO 18: “De la suspensión de los servicios”: Al cumplirse la primer mora, es decir con el incumplimiento que se mantenga al finalizar el primer mes impago, se producirá la suspensión automática de los servicios asistenciales, para aquellos asociados y/o contratantes, que no hubieran abonado las referidas facturas y/o notas de débitos. Si existiesen facturas y/o notas de débitos anteriores intermedias impagas, también se producirá la suspensión de servicios. -----

ARTÍCULO 19: “De la cobertura legal”: Los asociados obligatorios que cesen en su trabajo en relación de dependencia y se encuentren imposibilitados de abonar momentáneamente el valor de la cuota mensual en forma voluntaria, pueden solicitar la cobertura legal correspondiente por un término de 90 días. Dicha cobertura será brindada por La Mutual en el Plan L-90, exclusivamente por intermedio de un prestador médico asistencial local, farmacia, etc. que oportunamente determine la mutual. Para acceder a la

misma se entregará al interesado una credencial provisoria donde conste la vigencia (tiempo) de la cobertura y el prestador asignado, previa presentación de distracto laboral (telegrama de renuncia o despido), credencial/es y nota del titular solicitando cobertura legal desde dicha fecha. Si transcurridos los 90 días optara por continuar en forma voluntaria, deberá solicitar el reingreso, quedando éste sujeto a la aceptación de la Mutual. Igual tratamiento tendrán aquellos asociados obligatorios que por circunstancias debidamente justificadas, no habiendo cesado en su relación de dependencia, no pudieran abonar las diferencias de valores para el plan superador oportunamente elegido. En consecuencia, en estos casos se brindará cobertura también a través del Plan L-90, hasta que el asociado pueda regularizar sus pagos correspondientes, posibilitando así recuperar el plan superador. Caso contrario, el plazo máximo será hasta completar los meses necesarios que le permitan una nueva opción a otra obra social. -----

ARTÍCULO 20: "De la situación de rescisión por mora": La Mutual podrá excluir al asociado del padrón social o rescindir el convenio con quien contratara el servicio, cuando incurra en la falta de pago de tres (3) períodos mensuales o facturas consecutivas. -----

ARTÍCULO 21: "De los aportes de emergencia": Sin perjuicio de los aranceles mensuales establecidos en los artículos pertinentes del presente Título, el Consejo Directivo podrá fijar en caso de emergencia, un aporte adicional durante el lapso que dure la misma. -----

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

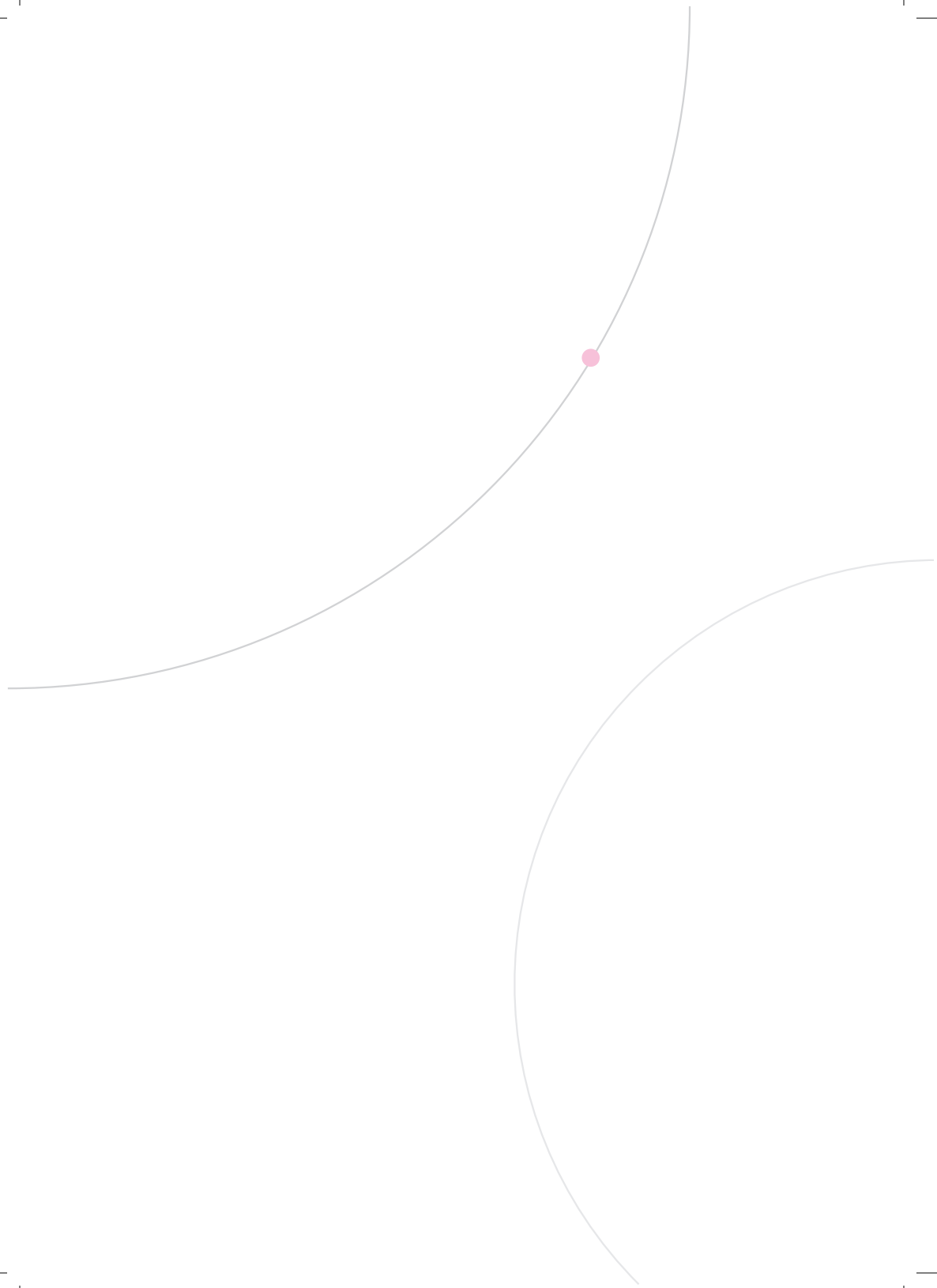


TÍTULO V: “DE LA COBERTURA EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TITULAR”:

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

TÍTULO VI: “DE LAS DISPOSICIONES GENERALES”

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





FEDERADA SALUD

COBERTURA MÉDICA



FEDERADA SALUD
COBERTURA MÉDICA

Mutual Federada "25 de Junio" S.P.R.

Sede central

Moreno 1222/28 . 2000 Rosario

Tel: (0341) 420 8800 y líneas rotativas

www.federada.com