

## **Testimonio del reglamento reformado de servicios médico-asistenciales de Mutual Federada "25 de junio" sociedad de protección recíproca.**

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

**ARTÍCULO 1 - "De las condiciones generales":** 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, los asociados de Mutual Federada "25 de Junio" Sociedad de Protección Recíproca podrán hacer uso de los servicios médico-asistenciales de salud, conforme a los planes de salud que la misma brinda y comercializa a través del servicio denominado "FEDERADA", con los alcances que determinan la Ley 20.321, las Resoluciones del Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social, la Ley 26.682, Ley 23.660 y sus Decretos Reglamentarios, el Estatuto Social y el presente Reglamento. FEDERADA podrá incorporar asociados a cualquiera de los planes que se encuentren vigentes, 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 y/o DNI argentino**, salvo excepciones que pueda autorizar el Consejo Directivo. Asimismo, los aspirantes deberán completar la correspondiente Solicitud de Ingreso y Declaración Jurada de Salud y documentación complementaria que el ente de control y FEDERADA pudiesen disponer. La Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (SSS), en su calidad de autoridad de contralor, autorizará los textos de los referidos contratos, planes de cobertura de salud vigentes, cuadros tarifarios y facturación. Se hace expresa salvedad que en los supuestos contemplados en el Art. 5 de la Ley 20.321, los terceros que hubiesen celebrado convenios con Mutual Federada "25 de Junio" SPR, no asumen la condición de asociados de FEDERADA.-

**ARTÍCULO 2 - "De los Ingresos, egresos, orígenes y condición de asociados":** Podrán postularse como asociados en los planes de servicios de salud, en forma individual o como grupo familiar colectivo a cargo de un asociado titular, quienes cumplan los siguientes requisitos: Los aspirantes mayores de edad por sí mismos deberán completar una Solicitud de Ingreso y Declaración Jurada de Salud. Para ser titular debe ser mayor de dieciocho (18) años y puede incluir como beneficiarios no titulares a: a) el cónyuge o conviviente del asociado titular; b) los hijos solteros hasta los veinticinco (25) años inclusive, en asociados voluntarios, cursen o no estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente; c) los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del asociado titular, en los casos de asociados obligatorios deberán acreditar que cursan estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente; d) los hijos con discapacidad sin tope de edad con Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente y a cargo del asociado titular; e) los hermanos del asociado titular declarados incapaces, mayores de dieciocho (18) años, cuya curatela haya sido acordada por autoridad judicial; f) los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o los casos de guarda judicial con fines de adopción que reúnan los requisitos establecidos en este inciso; g) los hijos del cónyuge siempre y cuando conformen un mismo grupo; h) la persona que conviva con el asociado titular en unión convivencial y sus hijos en común o los hijos del

conviviente siempre y cuando conformen un mismo grupo; i) los hermanos menores de edad a cargo de un hermano mayor de edad asociado.

La convivencia en unión de hecho para asociados obligatorios deberá acreditarse con certificado de unión convivencial o información sumaria pertinente expedida por la autoridad competente, según la jurisdicción. En el caso de asociados voluntarios, posean o no hijos en común, quien se postule como titular deberá presentar Certificado de Unión Convivencial, o nota en carácter Declaración Jurada suscripta por ambos. Para los matrimonios de asociados obligatorios, éstos deberán cumplir con las exigencias requeridas para las Obras Sociales y la SSS, presentando Acta de Matrimonio actualizada y Certificación Negativa de ANSES, para cónyuges e hijos mayores de 18 años y hasta 25 años inclusive con certificado de alumno regular. Los matrimonios de asociados voluntarios deberán presentar Acta o Libreta de Matrimonio. **Una vez adquirida la calidad de asociado, éste podrá disponer del acceso al Canal Asociados Web, la App “Federada Asociados”, credencial digital individual y/o de todos los miembros del grupo familiar, del presente reglamento, el manual de uso para asociados web, la cartilla de prestadores vigentes publicados en [www.federada.com](http://www.federada.com), canales de comunicación existentes y de toda herramienta tendiente al óptimo y responsable uso y goce de los servicios incluidos.**

**2.1) “De los Ingresos por nacimiento de hijos de asociadas cuyo parto haya sido a cargo de FEDERADA”:** Los hijos nacidos de asociadas cuyo parto haya sido a cargo de FEDERADA serán incorporados al grupo y plan en que se encuentre la misma y tendrán derecho al uso inmediato de los servicios y cobertura retroactiva al día de su nacimiento, con el cargo mensual correspondiente en el caso de que haya hecho uso de los servicios médico-asistenciales. La excepción se da en el caso del Plan Joven, que al ser un plan de cobertura de salud individual, implica que la mamá asociada deberá efectuar el correspondiente cambio de plan para proceder con la inclusión del menor.

**2.2) “De los Ingresos de hijos de asociados o aspirantes, menores a un año cuyo parto no haya sido a cargo de FEDERADA”:** 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 FEDERADA, su padre, madre o tutor, junto con la correspondiente suscripción de la Solicitud de Ingreso y Declaración Jurada de antecedentes de Salud confeccionada con colaboración de su médico tratante deberá acompañar: informe pediátrico completo suscripto por el profesional, 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 se realizará conforme lo dispuesto por la Ley 26.682.

**2.3) “De los hijos nacidos de asociadas hijas de un titular (nietos del titular)”:** Las hijas de asociados, menores de 18 años, que al momento del embarazo, revistan la calidad de asociadas integrantes del grupo familiar de sus padres podrán permanecer hasta los 18 años de edad en la misma categoría junto a su hija/o y, en el caso de que estuviera cursando estudios oficiales, podrán permanecer junto a su hija/o dentro del grupo familiar del titular, hasta los 25 años inclusive. En ambos casos deberá presentar dentro de los 90 días de producido el nacimiento, información sumaria judicial que acredite la convivencia de ambos con el titular del grupo y que el menor se encuentra bajo su exclusivo cargo.

**2.4) “De los tipos de orígenes para el ingreso”:** Los tiempos de espera ordinarios previstos para hacer uso de las prestaciones superadoras o complementarias del Programa Médico Obligatorio (PMO) se aplicarán conforme la procedencia descrita en cada Plan de Cobertura médico-asistencial según sus orígenes.

**2.4.1) “Del Origen I”:** Es la categoría que designa a todos los ingresantes que provienen de otras obras sociales o prepagas nacionales y regionales.

**2.4.2) “Del Origen II”:** Es la categoría que designa a todos aquellos ingresantes que no posean cobertura de salud o provienen de prepagas unisanatorias.

En ambas categorías de ingreso de Origen I y II, el acceso a las prestaciones de cobertura será inmediato, con excepción de las prestaciones superadoras de PMO, para Planes G1 será de noventa (90) días y para planes G2 será de ciento ochenta (180) días. La práctica Excimer Láser queda sujeta al período de carencia de doce (12) meses. Los tratamientos de Fertilización Asistida se autorizarán únicamente, y sin excepción en prestadores contratados determinados por FEDERADA.-

**2.5) “De los Asociados Voluntarios y Obligatorios”:** a) Se entenderá por asociados Voluntarios aquellos que se incorporen de manera directa a FEDERADA en cualquiera de sus planes de cobertura de salud vigentes y habilitados al efecto, asumiendo en forma directa el pago de la correspondiente cuota del Servicio de Salud. b) Se entenderá por asociados Obligatorios aquellos que se incorporen a FEDERADA, mediante la derivación directa de sus aportes y contribuciones, los cuales se canalizan a través del régimen de Obras Sociales, en el marco de lo dispuesto por las Leyes 23.660 y 23.661. Para la cobertura superadora del PMO, los asociados obligatorios abonarán mensualmente a FEDERADA el diferencial de cuota en pesos que corresponda según el plan que elijan.

En ambos casos, tanto para asociados voluntarios como obligatorios las cuotas mensuales deberán abonarse en forma íntegra por todos los servicios mutuales brindados en la fecha indicada en la factura correspondiente, no aceptándose pagos parciales de la misma. En los grupos familiares, los mayores de edad que lo compongan, serán solidariamente responsables ante FEDERADA por el pago de los aranceles, sumas adeudadas en concepto de capital con más los intereses correspondientes.-

**2.6) “De los Egresos”:** Los asociados de FEDERADA pueden renunciar a su condición de tal, por medio del botón de baja web o firmando el formulario respectivo o utilizando un medio de comunicación fehaciente remitido al domicilio legal de FEDERADA, pudiendo realizarlo cualquier día hábil del mes y tendrá vigencia a partir del primer día del mes siguiente. Los asociados podrán perder su condición de tal en los casos de exclusión y/o expulsión que establece el Estatuto Social y la Ley 20.321. En los supuestos del Art. 1 Ley 26.682, Decreto Reglamentario 1991/2011, quienes se encuadren en los Servicios previstos en esas normas, pueden rescindir el contrato celebrado en cualquier momento, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a FEDERADA con 30 días de anticipación. FEDERADA podrá rescindir dichos contratos en los casos que establece el artículo 9 de la Ley 26.682 y Art. 9 2) b) del Decreto Reglamentario 1993/2011, y normativa dictada en consecuencia.

En cuanto a las bajas solicitadas por el asociado titular respecto de un integrante de su grupo, sin el consentimiento de éste último, deberá presentar: a) en el caso de convivientes, Información sumaria de disolución de concubinato tramitado por cualquier integrante de la pareja o constancia de baja de la registración de Unión Convivencial expedida por el Registro Civil correspondiente. b) en el caso de matrimonios: para asociados voluntarios será suficiente la presentación de copia de la iniciación del trámite de divorcio. Para asociados obligatorios, será necesaria la presentación de una copia de la sentencia de divorcio. En todos los casos se deberá notificar fehacientemente por correo electrónico o por notificación postal al asociado que quedará excluido del grupo para que un plazo de 10 días de notificado pueda optar por la posibilidad de constituirse en titular de un nuevo grupo dentro de los planes que FEDERADA comercializa y tiene vigente.-

**ARTÍCULO 3: “De las afecciones preexistentes y la omisión de su declaración al ingreso como asociado”:** para el ingreso en alguno de los planes de cobertura médico-asistencial vigente, o para contratar los servicios de salud de FEDERADA, de manera directa o corporativa, los interesados deberán completar una Solicitud de Ingreso y 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 o situación de salud 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 o situación de salud preexistente, FEDERADA, para su admisión, podrá solicitar como facultad normativa y reglamentaria a la SSS la autorización de valores diferenciales justificados por su auditoría médica y la determinación del carácter temporario, crónico o de alto costo de la enfermedad preexistente. FEDERADA notificará al postulante el contenido de la nota elevada a la autoridad de aplicación. La declaración de salud presentada tendrá una vigencia de 60 días desde la fecha de realización. En aquellos casos donde el asociado hubiere omitido o falseado la declaración jurada de salud incluida en la solicitud de ingreso, Federada según resolución de su Consejo Directivo podrá proceder a la expulsión como asociado en el caso de voluntarios, según los alcances de la ley 26.682 y del art. 180 del CCYCN. Para el caso de asociados obligatorios, donde FEDERADA presta servicios como Obra Social, en virtud de las leyes 23.660 y 23.661, el Consejo Directivo podrá aplicar una sanción que representa la pérdida de los derechos del asociado a permanecer en cualquiera de los planes superadores vigentes de FEDERADA, disponiendo su paso al plan L90 Obligatorio de exclusiva cobertura PMO, en un único prestador polivalente que será determinado por FEDERADA.-

## **TÍTULO II: “DE LOS PLANES”**

**ARTÍCULO 4: “De los Tipos de planes”:** Los distintos planes de Mutual Federada “25 de Junio” SPR se identifican con denominación alfabética, numérica o alfanumérica, y se agrupan en cinco tipos, a saber: G1, G2, G3, G4 y G5. 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: 1000 Superior, 1000 y 2000, según detalle de cobertura Anexo I.

5.2: Planes G2: 3000, 4000, 5000, Joven, Familia, Rosario y RosarioPlus, Córdoba y Córdoba Plus, y PLANES SAMI: PLAN IOMA, PLAN MÉDICO, PLAN 700 I, PLAN 700 E, PLAN 730 I, PLAN 730 E, PLAN 760 I y PLAN 760 E, según detalle de cobertura Anexo II.

5.3: Planes G3: C-RO, C-ON, C-BB, C-SF, C-BA, BA-D, según detalle de cobertura en Anexo III. La cobertura de prestaciones superadoras al PMO está sujetas a modificaciones.

5.4: Planes G4: 2000 XVOS, según detalle de cobertura, condiciones generales y particulares descriptas en el Anexo IV.

5.5: Planes G5: 3000 XVOS, según detalle de cobertura, condiciones generales y particulares descriptas en el Anexo V.

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

**ARTÍCULO 7: “De los planes con cobertura parcial del P.M.O”:** los planes son los siguientes: 7.1: Planes G1: B y F, e Interna 1000+ (parcial) según detalle de cobertura Anexo V. 7.2: Planes G2: 4000 especial, Interna 3000+ (plus); según detalle de cobertura Anexo VII. 7.3.

**ARTÍCULO 8: “De los cambios de planes”:** En caso de que el asociado optara por otro plan superior al que detenta actualmente, con prestaciones superadoras o complementarias del Programa Médico Obligatorio (PMO), tendrá una carencia de ciento ochenta (180) días para acceder a las nuevas prestaciones y prestadores, no incluida/os en el plan anterior, excepto para Excimer Láser que deberá esperar una carencia de doce (12) meses y módulos de cirugía estética donde el periodo de espera es de 2 años (por cada una). Todo cambio de plan podrá solicitarse en cualquier día hábil del mes, tendrá vigencia a partir del primer día del mes siguiente. Sólo se aceptarán cambios a los planes habilitados a tal efecto. Para el caso de quienes contraten corporativamente, 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”:** (Reintegros, autorizaciones, discapacidad, prestaciones farmacéuticas)

**ARTÍCULO 9: “Del acceso a las prestaciones médicas”:** Los beneficiarios y contratantes del servicio médico-asistencial que soliciten cualquiera de las prestaciones contempladas dentro del plan de cobertura contratado, deberán hacerlo a través de profesionales e instituciones contratadas por FEDERADA, según alcances de cada plan, cobertura, especialidad o que elijan si es que tienen libre elección, o posean reglamentariamente. El detalle de prestadores se encuentra publicado y a disposición de los asociados en la Web [www.federada.com](http://www.federada.com), dentro del link “cartilla médica”. La misma incluye información sujeta a modificaciones. La publicación de un profesional o institución no determina que todos los servicios y/o prestaciones que brindan los mismos estén cubiertos y/o contratados por FEDERADA. De acuerdo al tipo de plan o prestación a utilizar deberán contar con autorización previa o no, según corresponda su pertinencia de acuerdo a las Normas Generales de Autorizaciones y Facturación transcritas en el Anexo IX; y Manual de Uso para asociados. Para el acceso a las prestaciones mediante sistemas de validación on line y/o manual, se les solicitará a los asociados credencial digital y token. El Token es un número de tres dígitos que se debe informar para realizar las autorizaciones, el acceso al mismo se realiza desde la app Federada Asociados (En el caso de asociados menores de 18 o mayores de 65 años, no es obligatorio).

**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 Coseguros o copagos se regirán según Anexo X.

**ARTÍCULO 11: “De los Reintegros”:** Los beneficiarios o contratantes que utilicen prestaciones brindadas en prestadores no contratados por FEDERADA, podrán solicitar el reintegro de lo abonado, únicamente en aquellos casos en que el Plan de cobertura médico-asistencial contratado así lo contemple, y según los valores vigentes de FEDERADA. Los reintegros deberán ser solicitados dentro de los 30 días a partir de la fecha de la realización de la prestación, con plazo de hasta 10 días para su facturación. Los montos de los reintegros serán fijados por FEDERADA.

**ARTÍCULO 12: “De las exclusiones, limitaciones absolutas y coberturas subrogadas”:** Se deja expresamente establecido que FEDERADA no brindará cobertura a aquellas prestaciones que no se encuentren incluidas expresamente en cada plan contratado en particular, como así tampoco a las excluidas por la normativa vigente. En especial se encuentran excluidas de cobertura: Aquellas prestaciones no avaladas científicamente y/o en etapa experimental y/o que se opongan a normas legales vigentes y/o que se contrapongan al proceso natural de vida del individuo. Tratamientos y operaciones no reconocidas por Sociedades Científicas y/o Instituciones Oficiales. Plasma rico en plaquetas (PRP). Drogas o medicación no aprobadas por el Ministerio de Salud y/o Autoridad de Aplicación que lo

reemplace. Vacunas no incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación; Medicamentos importados, de venta libre, homeopáticos, cosmetológicos o recetas magistrales, ya sean para uso ambulatorio o en internación; Terapias o curas de revitalización o rejuvenecimiento, anti-stress, Medicina alternativa, quiropraxia. Cirugías estéticas, excepto aquellas con carácter de cirugías reparadoras sujetas al criterio de Auditoría Médica. Internaciones en establecimientos geriátricos y/o residencias; Internaciones por situaciones no cubiertas por FEDERADA (por ejemplo, como consecuencia de una práctica estética y/o cualquier otra excluida de cobertura). Internaciones para cura de reposo, para tratamientos de adelgazamiento o rejuvenecimiento. Extras sanatoriales, gastos extras dentro o fuera de la internación que no estén específicamente contemplados dentro de su plan. Material descartable de uso ambulatorio. Cobertura en el extranjero. Toda prestación que fuera el resultado de lesiones en riña, contravenciones o maniobras delictivas o criminales, en las que el asociado sea autor, co-autor o partícipe necesario, como así también de las derivadas de la participación profesional en demostraciones de pericia, pruebas de velocidad o actividades deportivas de alto riesgo. Supuestos que deben ser cubiertos por las ART (accidentes in itinere, enfermedades y accidentes profesionales y/o en ocasión del trabajo). Todo sujeto a las facultades de contralor de la Auditoría Médica de FEDERADA.-

#### **TÍTULO IV: "DE LOS SERVICIOS ARANCELADOS":**

**ARTÍCULO 13 "De las condiciones generales de aranceles":** Los beneficiarios y contratantes del servicio médico-asistencial de los planes vigentes que FEDERADA comercializa abonarán mensualmente la cuota social y aranceles de servicios correspondientes al plan elegido. La facturación mensual será enviada con la debida anticipación al correo electrónico consignado oportunamente en la Solicitud de Ingreso o modificación fehaciente posterior, directamente al titular del grupo familiar o individual según corresponda. La misma también podrá descargarse desde la App de FEDERADA o bien desde el Canal Asociados Web [www.federada.com](http://www.federada.com). Las cuotas correspondientes de los planes voluntarios serán abonadas por mes adelantado y las cuotas correspondientes de los planes obligatorios serán abonadas a mes vencido. El Consejo Directivo tiene la facultad de autorizar la realización de pagos adelantados 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".

**ARTÍCULO 14: "De los valores de los servicios arancelados en los planes":** El Consejo Directivo tiene la facultad de modificar el valor del arancel de servicios según normativa vigente y aplicable. El valor de los mismos se determinará según las franjas etarias habilitadas, según lo establecido por la Superintendencia de Servicios de Salud como autoridad de contralor. El Consejo Directivo para dichas franjas, podrá fijar las bonificaciones pertinentes según los segmentos etarios en rangos quinquenales y/o con las modificaciones que estime necesarias. Queda exceptuado del anterior procedimiento el valor de la cuota social que se rige por lo previsto en la Ley 20321. El Consejo Directivo podrá reajustar periódicamente el valor correspondiente a la cuota social y los copagos conforme al estatuto de MUTUAL FEDERADA "25 DE JUNIO" SPR y normas legales vigentes, previa notificación fehaciente a sus asociados, realizada mensualmente con la debida anticipación.

**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. El descuento se otorgará de forma permanente y sin límites de tiempo siempre y cuando se encuentre acreditado con el cumplimiento de todos los requisitos exigidos. Asimismo, podrá hacer uso de los servicios dentro de la República Argentina con previo aviso, excepto que su regreso temporal al país se prolongue por más de treinta (30) días, momento en que se dará por finalizado automáticamente el presente beneficio. El asociado que opte por este beneficio, podrá disponer de la provisión previa de hasta dos (2) meses de medicamentos ambulatorios bajo tratamiento prolongado, previamente autorizado por auditoría médica, debiendo el asociado adelantar el pago del servicio médico asistencial en este caso sin el beneficio de bonificación descripto. El beneficio contemplado en este artículo no incluye el acceso a Servicios Complementarios de FEDERADA ni a la cuenta corriente de farmacia.-

**ARTÍCULO 16: “De la responsabilidad de pago”:** En los grupos familiares, beneficiarios de la cobertura de servicio médico-asistencial, los cónyuges e hijos mayores de edad que lo compongan serán solidariamente responsables ante FEDERADA por el pago de los aranceles, como así también de los reembolsos que cualquiera de los integrantes del grupo adeude. Respecto de los casos del Art. 5 Ley 20321, 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 a través de los medios de pagos virtuales y presenciales, habilitados al efecto. Las facturas además podrán ser abonadas en las Agencias de FEDERADA correspondientes.-

**ARTÍCULO 18: “De la suspensión de los servicios”:** FEDERADA procederá a suspender los servicios en aquellos casos en que los contratantes no hubieran abonado las referidas facturas y/o notas de débitos correspondientes a cualesquiera de los Servicios que de conformidad con el Estatuto brinda FEDERADA a sus asociados. La suspensión se efectivizará al momento de registrada la primera mora, es decir cuando el incumplimiento se mantenga al finalizar el primer mes impago. Dicha suspensión de servicios cesará al momento de la cancelación de los saldos impagos, estableciéndose la situación al momento de la suspensión.

**ARTÍCULO 19: “De la cobertura legal”:** Los asociados obligatorios que cesen en su trabajo en relación de dependencia y se encuentren imposibilitados de abonar momentáneamente el valor de la cuota mensual del plan superador de PMO oportunamente contratado, pueden acogerse a la cobertura legal de PMO correspondiente por un término de noventa (90) días inmediatos y consecutivos a la fecha del distracto laboral, debiendo presentar copia del telegrama de renuncia o despido. Transcurridos los noventa (90) días de cobertura, puede optar por continuar en un plan superador de PMO, dentro de los planes vigente que FEDERADA comercializa, solicitando su reingreso, quedando éste sujeto a las condiciones reglamentarias que FEDERADA determine. Igual tratamiento tendrán aquellos asociados obligatorios que por circunstancias debidamente justificadas, no habiendo cesado en su relación de dependencia, o si su empleador no cumpliera en tiempo y forma con el pago de aportes y contribuciones; y/o los asociados no pudieran abonar las diferencias de valores para el plan superador oportunamente elegido, también se podrá brindar cobertura exclusiva dentro de los alcances del PMO, hasta que el asociado y/o patronal puedan regularizar los pagos correspondientes, posibilitando así recuperar el plan superador. Dicha cobertura, en estos casos, será brindada en el Plan PMO/L-90, en un único prestador médico asistencial polivalente determinado especialmente por FEDERADA. Para acceder a la misma se entregará al interesado una credencial provisoria donde conste la vigencia de la cobertura y el prestador asignado. Para acceder a los servicios, el asociado deberá contar con autorización previa de FEDERADA de todas y cada una de las prestaciones incluidas en dicho plan y abonar en



forma anticipada los Copagos/Coseguros que correspondan.

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

**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 en la cuota social durante el lapso que dure la misma, de conformidad con la Ley 20321.

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

**ARTÍCULO 22:** En los casos de fallecimiento del asociado titular y/o del contratante del servicio médico asistencial se deja expresamente establecido que si la misma se produjera antes del día 5 del mes, la cuota por dicho integrante será bonificada en forma total. Si el fallecimiento se produjera entre el día 6 y 15 del mes, la cuota por el integrante fallecido se bonificará en un 50%; y si el deceso se produjera entre el día 16 y el último día del mes, corresponderá el pago total de la cuota del grupo familiar. Se garantiza a los integrantes del grupo familiar primario, a partir del mes subsiguiente, la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO) durante un período mínimo de dos (2) meses, contados desde la fecha del 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 en un plan superador, para lo cual cualquiera de los mencionados deberá constituirse como titular del mismo.

#### **TÍTULO VI: “DE LAS DISPOSICIONES GENERALES”**

**ARTÍCULO 23: “Disposición transitoria”:** El Consejo Directivo quedará facultado a introducir las modificaciones a este reglamento que el órgano de control determine.