



REGLAMENTO DE NORMAS GENERALES

DE LOS BENEFICIARIOS

- 1) **CARACTERÍSTICAS:** Que el afiliado es informado en forma paritaria, especial y acabadamente que el sistema legal de coseguro al cual se ha adherido se enmarca bajo las previsiones de la ley provincial 7.127 y resolución N° 1551/06, constituyendo una vinculación comercial contractual no forzosa y plenamente voluntaria de su parte, ajena al marco legal de las leyes 23.660, 23.661, 24.901, 25.415, 26.682, 27.035, y demás normativas y reglamentaciones aplicables, etc.
- 2) **ACTUALIZACIÓN:** Que se deja expresa constancia que, por necesidades de mejora del servicio y especialización de las prestaciones, el presente reglamento será permanentemente actualizado conforme las necesidades sugerentes, aceptando dicha condición el afiliado, debiendo mantenerse informado al respecto. Dicha actualización de reglamento se concretará con la publicación del mismo en las redes sociales o a través de medios de comunicación y/o gráficos que la empresa considere oportunos y/o convenientes.
- 3) **COBERTURAS:** INTEGRAL MEDICINA FAMILIAR S.R.L., cubre exclusivamente las prestaciones contempladas en el Plan en el cual el afiliado titular y su grupo familiar se encuentran adheridos. Dichos servicios serán brindados de acuerdo a lo establecido por los nomencladores del Instituto Provincial de Salud de Salta de prestaciones médico sanatoriales, bioquímicos, oftalmológicos y odontológicos, con las excepciones, modalidades y alcances que se establezcan en el presente REGLAMENTO DE NORMAS GENERALES.
- 4) **ÁMBITO DE COBERTURA:** La cobertura del COSEGURO INTEGRAL DE SALUD será brindada por INTEGRAL dentro del ámbito de la Provincia de Salta. Los afiliados podrán recibir prestaciones en forma indistinta en cualquiera de las áreas que constituyan la misma, de acuerdo a las normas de utilización de los servicios que el Instituto Provincial de Salud de Salta (IPSS) establezca para cada una de ellas. Sólo en el caso de hijos que por razones de estudio estén radicados en otras Provincias, la cobertura se dará conforme a las prestaciones que autorice el IPSS para esos casos.
- 5) **COMUNICACIÓN:** A los fines de que los afiliados se encuentren permanentemente informados del conjunto de principios que rigen el funcionamiento del coseguro, de la actualización del presente reglamento y de las novedades y/o modificaciones, promociones, lanzamientos, nuevos servicios, entre otros de interés, INTEGRAL ha establecido las vías respectivas en las redes sociales Facebook, Instagram, etc., y especialmente la página web oficial www.coseguointegral.com. La falta de acceso a la información actualizada de parte del afiliado queda bajo su responsabilidad. Asimismo, y a los fines de la obligatoria actualización de los datos del afiliado, el coseguro establece como medios de comunicación permanentes los canales de WhatsApp, Email, mensaje de texto, por lo que es responsabilidad del afiliado informar y actualizar sus datos personales y del grupo familiar o adherentes en su caso, de los que, ante la falta de actualización de los mismos, la firma deslinda toda responsabilidad como asimismo hace reserva de los derechos que pudieren corresponder por incumplimiento.
- 6) **PLANES ESPECIALES:** Los afiliados y/o beneficiarios que padezcan algún tipo de enfermedad, para la que el IPSS tenga creado un Plan Especial de atención y/o cobertura, deberán inscribirse en dichos planes (Plan Oncológico, Diabetes, Cardiovascular, Plan de Discapacidad, Materno infantil, y otros que en el futuro el IPSS creara), caso contrario INTEGRAL no reconocerá el copago de tales coberturas. Una vez inscriptos en tales planes deberán notificar a INTEGRAL tal novedad adjuntando la historia clínica correspondiente y a los fines de la evaluación por parte de la Auditoría Médica de INTEGRAL.
- 7) **AFILIADOS:** Podrán incorporarse al sistema en carácter de afiliado todos aquellos que voluntariamente opten por hacerlo y sean aceptados por INTEGRAL. El beneficio será solamente para aquellas personas afiliadas al IPSS tanto particulares o estatales. Podrán incorporarse en carácter de titular las personas mayores de 18 años, los menores emancipados de acuerdo a la ley vigente.
- 8) **BENEFICIARIOS:** El afiliado titular podrá incorporar como beneficiarios a los integrantes de su grupo familiar primario, que efectivamente estén declarados en el IPSS, los que tendrán el derecho a prestaciones en las mismas condiciones que él, figurando en la ficha de afiliación como adherentes.



- 9) **LIMITE DE EDAD:** El tope de edad para acceder como Afiliado Titular y/o Beneficiario será de 64 (sesenta y cuatro) años, tanto para "ACTIVOS" como para los que hayan pasado a situación de "PASIVOS". A todos aquellos afiliados titulares y/o beneficiarios que siendo activos y o pasivos cumplieren los 65 (sesenta y cinco) años, y que ya se encuentren incluidos en el padrón del sistema de cobertura del Coseguro de Salud, se les actualizará el monto de su cuota mensual, ya sea como titular o adherente. De igual manera cuando cumplieren la edad de 70 (setenta) años.

Es obligación del titular comunicar fehacientemente a INTEGRAL, el cambio en su situación de "ACTIVO" a "PASIVO" o "AFILIACION INDIVIDUAL" para evitar la interrupción de los Servicios.

- 10) **CATEGORÍAS:** Las categorías de Afiliados titulares y beneficiarios quedan establecidas de la siguiente forma:
- Afiliado Titular.** Este puede adherirse solo, en ese caso se lo considera un afiliado individual. Siempre debe ser mayor de edad al momento de su adhesión y/o ingreso se lo aceptara hasta los 64 años de edad.
 - Adherente esposa/o, o concubina/o.** Se aceptará su ingreso hasta los 64 años de edad siempre que su adhesión sea solicitada por el Titular, quien deberá aportar todos los datos personales, debiendo justificar la relación de parentesco mediante acta de matrimonio o certificado de convivencia extendido por autoridad competente, y/o a la vez que dicha relación se encuentre declarada en la Obra Social IPSS.
 - Adherente Hijo menor de 21 años.** Se aceptará su ingreso hasta los 20 años de edad, siempre que su adhesión sea solicitada por el Titular, quien deberá aportar todos los datos personales, debiendo justificar la relación de parentesco mediante acta de nacimiento, y a la vez que dicha relación se encuentre declarada en la Obra Social IPSS. En el caso que el grupo familiar este integrado por 5 hijos, todos ellos menores de 21 años o más, desde el 5º hijo será bonificado.
 - Adherente Hijo mayor de 21 años y hasta los 26 años que esté cursando carreras de nivel terciario y/o universitario.** Se aceptará su ingreso siempre que su adhesión sea solicitada por el Titular, quien deberá aportar todos los datos personales, debiendo justificar la relación de parentesco mediante acta de nacimiento, y a la vez que dicha relación se encuentre declarada en la Obra Social IPSS, como su condición de estudiante regular, y solo hasta los 26 años, cumplidos los 27 años y cambie su situación en IPSS, el titular o beneficiario mayor de edad deberá informar a INTEGRAL y realizar el trámite pertinente. Los adherentes hijos menores de 21 años, que habiendo cumplido dicha edad estén estudiando y hayan declarado su condición de estudiantes en el IPSS, podrán continuar con la cobertura bajo la figura del título de este ítem.

Es obligación del titular mantener actualizada la constancia de alumno regular en el IPSS para evitar la interrupción de los Servicios, y en el caso que la Obra Social haya interrumpido el servicio del beneficiario debe informar a INTEGRAL cuando regularice dicha situación.

- Adherente Padre o Madre.** Se aceptará su ingreso hasta los 64 años de edad, solo si el titular solicitara su adhesión, debiendo aportar todos los datos personales. Deberá justificar su relación de parentesco, y que dicha condición se encuentre declarada en la Obra Social IPSS.
- Adherente Otro menor de 21 años.** Solo para hijos de cónyuge, nietos y hermanos. Se aceptará su ingreso hasta los 20 años de edad, siempre que su adhesión sea solicitada por el Titular, quien deberá aportar todos los datos personales. Deberá justificar la relación de parentesco mediante acta de nacimiento, y a la vez que dicha relación se encuentre declarada en la Obra Social IPSS.
- Adherente Otro mayor de 21 años y hasta los 26 años.** Solo para hijos de cónyuge, nietos y hermanos. Se aceptará su ingreso siempre que su adhesión sea solicitada por el Titular, quien deberá aportar todos los datos personales y justificar la relación de parentesco mediante acta de nacimiento, y a la vez que dicha relación se encuentre declarada en la Obra Social IPSS, como su condición de estudiante regular, y solo hasta los 26 años cumplidos los 27 años y cambie su situación en IPSS, el titular o beneficiario mayor de edad deberá informar a INTEGRAL y realizar el trámite pertinente. Los adherentes otros menores de 21 años, que habiendo cumplido dicha edad estén estudiando y hayan declarado su condición de estudiantes en el IPSS, podrán continuar con la cobertura bajo la figura del título de este ítem.

Los Padres, hijos extramatrimoniales, hermanos, nietos u otros no podrán ser adherentes si no cumplen la condición de adherentes dentro del grupo familiar del Titular en el IPSS "SIN EXCEPCIÓN".

- 11) **SOLICITUD DE AFILIACION Y ADHESION:** Para ingresar como afiliado al **COSEGURO INTEGRAL DE SALUD** los interesados deberán brindar todos los datos requeridos por el coseguro, los que se plasmarán en una **FICHA DE AFILIACION**. Deberán cumplimentar la **DECLARACION JURADA DE SALUD**, explicando sus antecedentes de salud y patologías preexistentes (incapacidades, enfermedades, lesiones y accidentes, tratamientos y operaciones, medicamentos de prescripción continua por enfermedades crónicas, etc.) y toda documentación



que Integral considere necesaria, tanto del afiliado titular como de cada uno de los integrantes del grupo familiar que desee incorporar. Estos requisitos, que constituyen condición excluyente de aceptación del afiliado, también deberán ser cumplimentados cuando con posterioridad se desee incorporar a nuevos miembros del grupo familiar y/o cuando provengan de otro Coseguro. La afiliación puede realizarse de manera personal, por la página web y online.

- 12) CONTRATO:** El plazo de vigencia del **CONTRATO DE COSEGURO – PLAN INTEGRAL** será de 12 meses, según lo estipulado en la cláusula 4ta. de dicho contrato. En el caso de RENUNCIA del afiliado antes de la finalización del contrato de coseguro, se considerará dicha renuncia como "incumplimiento de contrato".
- 13) RECHAZO:** INTEGRAL podrá rechazar la ficha de afiliación tanto en lo referente al titular como a la totalidad del grupo familiar que lo acompaña o la de aquel o aquellos que no reúnan los requisitos necesarios para ser parte del sistema, conforme a lo establecido en el presente reglamento.
- 14) DECLARACIÓN JURADA:** Los datos contenidos tanto en la ficha de afiliación, contrato de coseguro y en la declaración de salud tienen carácter de "**Declaración Jurada**" haciéndose responsable el afiliado titular de la veracidad de los mismos, tal cual figura en ambos, la ficha de afiliación y declaración de salud que ha proporcionado.

INTEGRAL se reserva el derecho de verificar la información, veracidad y vigencia de lo declarado. La falsedad de los datos aportados por el afiliado, facultará a INTEGRAL a ordenar la inmediata exclusión de las coberturas.

- 15) PRE-EXISTENCIAS:** Todo aquél que se proponga ingresar a ser afiliado al Coseguro, como primera obligación condicionante de su aceptación e incorporación, deberá informar si padece o no incapacidades, enfermedades, y/o lesiones (traumatismos), preexistentes, debiendo hacerlo de inmediato y en el carácter de DECLARACION JURADA, respecto tanto del titular y/o de los beneficiarios; en caso de existir preexistencia, la misma quedará supeditada a la Auditoría Médica de INTEGRAL, dejando en claro que el Coseguro se reserva expresamente el derecho de aceptación, como asimismo decidirá unilateralmente sobre su cobertura, dejando en claro que dicha información no implica la cobertura de esa preexistencia, salvo que se establezca de común acuerdo las condiciones especiales para su ingreso y de efectiva cobertura. Para el supuesto que el ingresante ocultare, omita, falseare, o brindare datos inexactos, respecto de cualquier parte médico relacionado a su salud preexistente, o no la haya declarado por no tener conocimiento de la misma, tanto del titular como de su grupo familiar, ello dará derecho a la inmediata exclusión o suspensión de cobertura, independientemente del tiempo desde que el mismo hubiere ingresado al Coseguro, reservándose la firma de las acciones por los daños y perjuicios que irrogare, y de formular la denuncia penal respectiva. INTEGRAL no brindará cobertura hasta que el titular presente la totalidad de la documentación solicitada oportunamente (historia clínica, estudios, etc.). Si no se presentase lo requerido dentro de los 30 días (a partir de la comunicación de la preexistencia) se procederá a desestimar la afiliación, o suspensión del servicio perdiendo el titular y/o beneficiarios todo derecho a reclamos y/o indemnización, sin perjuicio de la responsabilidad legal que corresponda.

De la misma manera Integral actuara en aquellos casos el afiliado que ingresa con una preexistencia y no la haya declarado por no tener conocimiento de la misma; INTEGRAL MEDICINA FAMILIAR, está reservado el derecho de cobertura.

- 16) CARENCIAS:** El afiliado y su grupo familiar, podrán acceder a los servicios y beneficios contratados una vez cumplido un período de espera o carencia a partir de la aceptación de su afiliación, tiempo que varía según los planes y cobertura de prácticas.

Los afiliados que provengan de otro Coseguro podrán acceder al 100% de la cobertura siempre que hayan abonado la **1ra. Cuota** y presenten solicitud de baja, o constancia que provenga de otro Coseguro. En el caso que el afiliado y/o beneficiario desee conservar ambos, deberá adjuntar a su ficha de afiliación y contrato alguna documentación que acredite tal permanencia con los datos de todos los integrantes del grupo familiar; caso contrario deberán cumplir las carencias normales según el **Diagrama de Cobertura**.

Bajo ninguna circunstancia se aceptarán pagos y/o adelantos de cuotas para anticipar carencias y/o coberturas de ninguna índole. En el caso de las prestaciones no contempladas en el periodo de espera (carencia) el afiliado deberá hacerse cargo del copago de las mismas en su totalidad. "Sin excepción".

En los casos que en este periodo de carencia el afiliado detecte alguna patología, enfermedad, lesión o incapacidad con la que haya ingresado, limitarse al ítem de "preexistencias".



17) INGRESO: Presentada y aprobada la ficha de afiliación con su declaración jurada de salud, se considerará efectivamente ingresado al Sistema de Coseguro de INTEGRAL, tanto el titular y su grupo familiar si lo tuviere, una vez que se haya cumplido con las carencias establecidas en el Diagrama de Cobertura: 1) Pago de cuota adhesión; 2) Pago de 1ra. Cuota en un plazo no mayor a 30 días luego de aprobada y aceptada su adhesión; 3) Hasta los 60 días pago de la 2da. Cuota debiendo tener cancelada la 1ra. Cuota; cumplido el pago de la 2da. Cuota, el titular y su grupo familiar si lo tuviere, serán activados por INTEGRAL en el sistema de coseguro y en el IPSS para gozar de los servicios y beneficios establecidos por el reglamento; 4) Hasta los 90 días pago de la 3ra. Cuota, debiendo tener cancelada la 1ra. Y 2da. Cuota; cumplido con este pago el afiliado y su grupo familiar tienen acceso a todos los servicios y beneficios establecidos por este Reglamento que forman parte de él, excepto las prestaciones con cobertura limitada como la de Fertilización Asistida y los Tratamientos para cambio de género donde se requiere un mínimo de permanencia de 12 meses en el sistema de cobertura para poder acceder a los mismos y demás requisitos. - (Ver ítems LIMITACIONES y EXCLUSIONES).

18) PROMOCIONES: En el marco meramente discrecional de la empresa y sujeto a exclusivo criterio de esta, al tratarse de promociones la misma decidirá unilateralmente sobre sus alcances y de acuerdo a las posibilidades concretas de cada caso en particular, sujeto a una planificación comercial.

En cuanto a la afiliación, los premios y/o regalos que se otorguen cuando haya promociones vigentes, serán entregados una vez que la primera cuota sea descontada con el medio de pago proporcionado al momento de la afiliación (débito automático). En todos los casos el afiliado cuenta con un plazo de 3(tres) meses para retirar o reclamar su promoción, siempre condicionado a la aprobación del coseguro, pasado el mismo, ya no tiene derecho a exigirlo. SIN EXCEPCION.

El afiliado debe respetar el tiempo mínimo de permanencia dentro del servicio de coseguro como titular, estipulado por contrato al iniciar su afiliación con promoción. De no cumplirlo, no podrá solicitar la baja de los servicios brindados; de solicitarla, el coseguro se reserva el derecho de denegarla. SIN EXCEPCION.

Las personas que estuvieron afiliadas al coseguro e incumplieron el tiempo de permanencia de 12 meses, y quieran reafiliarse, no podrán acceder al premio y/o regalo.

En cuanto a los traspasos, el afiliado siempre y cuando haya realizado una correcta DDJJ de salud, accede directamente a la cobertura de alta complejidad, excepto las prestaciones con cobertura limitada donde se requiere un mínimo de permanencia de 12 meses en el sistema de cobertura para poder acceder a los mismos y demás requisitos. - (Ver ítems LIMITACIONES).

19) CUOTAS: La afiliación al COSEGURO INTEGRAL DE SALUD de INTEGRAL, implicará un cargo mensual que deberá efectivizar el afiliado titular, generando esto un compromiso de pago hasta el momento en que se autorice su baja por desvinculación del sistema. Las cuotas mensuales que correspondan, de acuerdo al plan COSEGURO adherido y conforme al grupo familiar que tenga incorporado deberán ser abonadas por mes adelantado, y con vencimiento los días 10 (diez) de cada mes, mediante débito por caja de ahorro Banco Macro, débito automático tarjeta de crédito habilitada, pago electrónico bancario, pago por convenios de retención con entidades intermedias, o pago en efectivo ante empresa recaudadora contratada, y/o pago en efectivo en las oficinas habilitadas a tal efecto por INTEGRAL. En caso de admitirse el pago con valores, se tendrá como fecha de pago el de su efectiva acreditación. INTEGRAL se reserva el derecho de aceptar o no aceptar pagos anticipados de cuotas siempre que ello no afecte las carencias normales establecidas por el Reglamento de Normas Generales. El monto de la cuota de afiliación para el plan COSEGURO INTEGRAL DE SALUD, será determinado y ajustado por INTEGRAL, informándose por los medios de comunicación fehacientemente al Titular (notificación, correo electrónico, mensajes, etc.) obligándose este a tener sus datos verídicos y actualizados conforme al Ítem 5 de "Comunicación" y bajo tales apercibimientos. A su vez el monto de la cuota estará compuesto por la sumatoria de los cargos por cada integrante del grupo familiar, titular, adherente esposa/o, adherentes hijos menores de 21 años, adherentes hijos de 21 años y hasta los 26 años sean estos estudiantes terciarios o universitarios, adherentes padres menores o mayores de 65 años, adherentes otros menores o mayores 21 años y hasta los 26 años. En aquellos grupos familiares con más de 4 (cuatro) hijos menores de 21 años, desde el 5to hijo menor de 21 años en adelante ingresaran "sin cargo" mientras sean menores de edad, pero una vez cumplidos la edad de 21 años ingresaran a formar parte de la sumatoria de los cargos por cada integrante del grupo familiar.

Toda variación y/o incremento en el valor de las cuotas estará plenamente justificado cuando existan las siguientes causas:



- a) Incrementos en los valores o variaciones del nomenclador de prestaciones del IPSS.
- b) Incrementos o variaciones económicas en los costos fijos, tales como sueldos, alquileres, servicios, etc., que sean de público conocimiento.
- c) Toda vez que INTEGRAL realice mejoras cuantitativas, como cualitativas al Sistema de Cobertura.

20) MORA: La falta de pago de 1 (una) cuota hará incurrir a el Afiliado en mora automática, por lo que INTEGRAL procederá a la suspensión de todas las coberturas y/o servicios hasta tanto el Afiliado cancele la mencionada cuota. Caso contrario el Coseguro no estará obligado a otorgar cobertura de ningún tipo. Cuando el Afiliado incurriera en la mora de 2 (dos) cuotas consecutivas, INTEGRAL quedará facultado para darlo de baja y a exigirle en concepto de indemnización por incumplimiento, el pago de las cuotas vencidas e impagas con más los accesorios y gastos. También por esta causa INTEGRAL podrá reclamar el pago en calidad de reintegro de los montos de las coberturas y/o servicios que el Afiliado y/o los beneficiarios de su grupo familiar hayan usufructuado hasta el momento de la mora.

Siempre que el afiliado titular haya cancelado la mora, la cobertura se restablecerá en 3 (tres) días hábiles, desde la fecha que haya impactado el pago en el sistema de INTEGRAL. **"SIN EXCEPCION"**.

21) REAFILIACIONES: Se establecen las siguientes condiciones de ingreso para titulares y/o beneficiarios que hayan sido dados de baja del sistema de cobertura por las razones que se detallan:

- a) **Baja por renuncia:** Los afiliados que hayan sido dados de baja por renuncia voluntaria y siempre que hayan cumplido con el contrato de Coseguro en tiempo y forma, y que se encuentren con "libre deuda", podrán solicitar su re-afiliación sin restricciones y de acuerdo a las condiciones vigentes del presente reglamento.
- b) **Baja por Falta de Pago:** Los afiliados que hayan sido dados de "baja por falta de pago", solo podrán volver a afiliarse siempre que paguen el valor de 1 (una) cuota actualizada conforme a la composición de su grupo familiar. Este cargo de admisión no lo exime de cumplir con las carencias establecidas en el presente Reglamento de Normas Generales.
- c) **Baja con incumplimiento de contrato:** cuando los afiliados soliciten la baja por renuncia antes de cumplirse el año de contrato, podrán ser aceptados nuevamente siempre que paguen un cargo de admisión equivalente a las cuotas restantes del contrato, conforme a la composición de su grupo familiar y al Plan anteriormente contratado. Este cargo de admisión no lo exime de cumplir con las carencias establecidas en el Reglamento de Normas Generales.
- d) **Baja por pedido de afiliados titulares en Banco y con Reversa (devolución de cuota en banco):**
Los afiliados que pidan la baja en banco y con reversa, no serán aceptados por INTEGRAL. "Sin excepción".

22) MODIFICACIONES: El padrón de beneficiarios de cada grupo familiar podrá ser modificado por el titular o por el responsable de pago, si lo solicita por escrito y/o en los formularios que INTEGRAL tiene vigentes para cada caso en particular. Estas modificaciones pueden ser las siguientes:

- a) Altas de nuevos adherentes y/o beneficiarios del grupo familiar.
- b) Modificaciones en la forma de pago. (Por débito, pago en efectivo, descuento por convenios, etc.)
- c) Bajas de adherentes y/o beneficiarios del grupo familiar. Por las razones que indique el titular, especialmente cuando se ha producido la baja en el IPSS de algún hijo por cumplir 21 años y no se encuentra estudiando.

Las modificaciones al sistema se tomarán hasta el día **10** de cada mes, en el caso que no sea un día hábil será el día hábil anterior a la fecha mencionada. Caso contrario se tomará tal modificación para el mes subsiguiente.

En caso de modificaciones de datos vitales (domicilio, teléfonos, dirección de correo electrónico, etc.) se podrá hacer de manera telefónica, lo podrá hacer llamando al 0800 555 0166 o desde el sitio web:

www.cosegurointegral.com.



En todos los casos "es obligación y responsabilidad del titular y/o Responsable de Pago" regularizar su situación ante IPSS como así también la del grupo familiar e informar a INTEGRAL. En toda modificación que se realice en el grupo familiar (tanto de altas como bajas adherentes) y no se gestione el trámite correspondiente por ello, INTEGRAL no tendrá ninguna responsabilidad sobre esto, eximiéndose de realizar cualquier tipo de reintegro de cuotas.

Ejemplo: no haber realizado la presentación de las constancias estudiantiles de hijos mayores de 21 años que estudian.

23) BAJAS AL SISTEMA: Las BAJAS deberán ser solicitadas por el titular y/o responsable de pago.

- a) **Bajas por Renuncia**, cuando el afiliado ha cumplido con los 12 meses de contrato y exprese por escrito su voluntad de dejar sin efecto el contrato. Durante el mes abonado se dará cobertura a través del sistema de reintegro por prácticas ambulatorias, medicamentos y ordenes de consulta, siempre y cuando presente la documentación pertinente.
- b) **Bajas por desistimiento unilateral de contrato**, cuando el afiliado exprese por escrito su voluntad de dejar sin efecto el contrato de coseguro antes de cumplirse los 12 meses. En este caso el afiliado debe devolver toda la documentación, copia de contrato, reglamento, que se le diera al momento de afiliarse, siempre que a criterio de INTEGRAL no existan causas para negar dicho desistimiento. Las bajas por incumplimiento de contrato no tienen cobertura por el mes abonado.
- c) **Bajas por fallecimiento del Titular**, deberá presentar, acta o certificado de defunción, expedidos por el Registro Civil y una nota solicitando la baja por parte de algún familiar directo.

Las Bajas al sistema se tomarán hasta el día **10** de cada mes, en el caso que no sea un día hábil será el día hábil anterior a la fecha mencionada. Caso contrario se mandará a descontar el mes subsiguiente. Integral no realizara reintegro de cuotas bajo este concepto. **"SIN EXCEPCION"**.

DE LAS PRESTACIONES:

24) SERVICIO: El servicio contratado como COSEGURO incluye todas las prácticas reconocidas por el IPSS, siendo responsable INTEGRAL de cubrir hasta el 20% en concepto de copago sobre los valores establecidos por el IPSS en su nomenclador de prestaciones médicas.

En caso de afiliados que hayan ingresado al coseguro de salud con convenio de reciprocidad la cobertura será por sistema de reintegro, donde el afiliado deberá presentar la documentación correspondiente dentro de los 30 días y la cobertura será la misma que enuncia el presente reglamento. En este caso toda prestación otorgada quedará supeditada a las que efectivamente brindare el IPSS, en particular las consultas; quedando claro que Integral Medicina Familiar SRL en ningún caso brindará una prestación o consulta rechazada o no autorizada por IPSS.

La cobertura para afiliados que tengan IPSS por ser empleados estatales o particulares (individuales) es mediante un **SISTEMA DE AUTORIZACIÓN DIRECTA**, debiendo el afiliado y/o beneficiario presentar en forma obligatoria su credencial IPSS y Documento de Identidad.

Aquellos códigos que estuvieran bloqueados en IPSS, ya sea por tratarse de prácticas de alta complejidad y/o tratamientos prolongados, el afiliado y/o beneficiario deberá concurrir a nuestro centro de atención y/o filiales con la documentación necesaria, para que Integral les otorgue el Boucher con la autorización del 20% correspondiente a la cobertura de nuestra empresa.

Para todas aquellas prácticas que estuvieren o no en el nomenclador y que el IPSS reconociera un porcentaje menor al 80%, y más aún si estas son reconocidas mediante Resolución especial del IPSS, por auditoria medica; INTEGRAL solo reconocerá un porcentaje proporcional, no superando este el 20% de cobertura obligatoria en concepto de copago, a valores de IPSS.

Bajo ningún concepto se reconocerán reintegros si el afiliado hubiera o hubiese pagado el coseguro en forma directa a los prestadores o al IPSS. Tampoco se reconocerá el pago de plus que los afiliados abonen a los prestadores. En el caso de las practicas no nomencladas Integral dará cobertura mediante reintegro debiendo el afiliado presentar la documentación requerida en un plazo no mayor a 30 días corridos. Se procederá a reintegrar lo abonado por el afiliado en un plazo de hasta 45 días." **"SIN EXCEPCION"**.

Para gestionar dicho reintegro se debe cumplir con los siguientes requisitos: 1) resolución o nota de cobertura expedida por la Junta Médica de IPSS con sello y firma del médico auditor, indicando el porcentaje de cobertura, 2) fotocopias de pedidos médicos 3) factura original o copia de lo abonado en el centro o laboratorio donde se



realizó la práctica, 4) fotocopia del presupuesto detallando el valor total de la práctica, 5) orden original de reintegro de IPSS, 6) nota por duplicado solicitando el reintegro por PNN dirigida a **Integral Medicina Familiar**.

25) CONSULTAS MÉDICAS: Las órdenes de consultas podrán ser retiradas directamente en el IPSS y por bocas de expendio habilitadas, por los afiliados y/o beneficiarios del sistema de cobertura en beneficio de su salud personal, conforme a lo convenido por INTEGRAL con la Obra Social. Se reconocerán hasta 3 (tres) órdenes de consultas médicas cada 30 (treinta) días, en forma independiente a los meses que transcurran en forma individual y/o por beneficiario, siempre que el IPSS lo autorice. **Este beneficio no es acumulativo debiendo respetarse dicha periodicidad. Esta cobertura de "órdenes de consultas médicas y/o psicológicas", será estrictamente auditada por INTEGRAL; el uso de las órdenes es exclusivo de afiliados y/o beneficiarios del sistema de Coseguro Integral de Salud. Cualquier anomalía, desviación y/o uso indebido de las órdenes de consultas por parte de algún titular y/o beneficiario en beneficio de terceros podrá ser motivo suficiente para habilitar a INTEGRAL a la exclusión del titular y su grupo familiar del sistema de cobertura, sin perjuicio de las acciones judiciales o extrajudiciales a que diere lugar por parte de INTEGRAL.**

No se reconocerán reintegros por este concepto si el afiliado hubiera o hubiese pagado el co-pago en el IPSS. Tampoco se reconocerá el pago de plus que los afiliados abonen a los prestadores.

26) DERIVACIONES - REINTEGRO POR DERIVACIONES En el caso de derivaciones a otras provincias y/o Capital Federal, autorizadas por el IPSS, se dará cobertura hasta un tope de \$1.200.000 (pesos un millón doscientos mil con 00/100) en concepto de copago. Para el reconocimiento del co-pago de prestaciones médicas por derivaciones, hospedaje y pasajes autorizadas por el IPSS a otras provincias o Capital Federal, los afiliados y/o beneficiarios deberán presentar legajo que contenga historia clínica con diagnóstico, derivación, tratamientos indicados, y toda otra información requerida por el IPSS con la Resolución que autorice dicha derivación. El plazo para solicitar los reintegros correspondientes a esta cláusula es de 30 (treinta) días corridos, cumplido dicho plazo INTEGRAL no está obligado a reconocer tales reintegros.

27) REINTEGRO POR GASTOS DE TRASLADOS POR DERIVACIONES DESDE EL INTERIOR DE LA

PROVINCIA A SALTA-CAPITAL: Beneficio exclusivo para afiliados y/o beneficiarios del interior, de zonas alejadas tales como Tartagal, Salvador Mazza, Aguaray, Embarcación, Oran, Hipólito Irigoyen, Pichanal, Colonia Santa Rosa, Apolinario Saravia, Lajitas, Joaquín V. González, El Quebrachal, El Galpón, Metan, Rosario de la Frontera, La Candelaria, Cafayate, Animaná, San Carlos, Cachi, Molinos, La Poma, San Antonio de los Cobres, Iruya, Los Toldos, Nazareno, Santa Victoria Este, Rivadavia Banda Norte, Rivadavia Banda Sur, La Unión, Guachipas, Cnel. Moldes, La Viña y Gral. Güemes. INTEGRAL ha incorporado la cobertura del título de esta cláusula, debiendo los titulares y/o beneficiarios presentar copia de la documentación respaldatoria correspondiente, sobre lo que el IPSS haya autorizado.

Este beneficio solo y exclusivamente se otorgará para aquellos únicos casos en que sean aceptados por la Auditoría Interna del Coseguro, dejando en claro que tendrá una demora mínima en el reintegro de 72 horas. Asimismo, queda claro que no se reconocerán derivaciones gestionadas en Oficinas del IPSS de Salta Capital como auto-derivaciones, SIN EXCEPCIÓN".

Para acceder, el afiliado y/o beneficiario debe presentar copia de la derivación autorizada por el IPSS con la correspondiente historia clínica objeto de dicha derivación, en un plazo no mayor a 30 (treinta) días de realizados y autorizados los gastos de traslado. Cumplido el plazo señalado INTEGRAL no está obligado a reconocer tal gasto. Para gestionar el reintegro de la derivación deberán cumplimentar los siguientes requisitos: 1) tratarse de prácticas ambulatorias que no se puedan realizar en su localidad o zona de influencia, 2) control de patologías complejas o que justifiquen clínicamente la derivación, 3) cirugías de alta complejidad o que no se puedan realizar en su localidad o zona de influencia, justificadas mediante certificación médica, 4) sólo se realizarán reintegros correspondientes a traslados desde el Interior a Salta capital en el caso que el afiliado y/o beneficiario se transporte en colectivo de media o corta distancia y con sus respectivos comprobantes, 5) solo se reconocerán 3 (tres) derivaciones por año y por beneficiario- SIN EXCEPCIÓN, 6) se reconocerá 1(un) acompañante por derivación (salvo patologías complejas en menores de edad), 7) NO se reconocerán derivaciones por: controles psiquiátricos ni psicológicos, gestiones particulares (Ej.: controles para extensión de licencias médicas laborales, etc.).

28) HOSPEDAJE POR DERIVACIONES DESDE EL INTERIOR DE LA PROVINCIA A SALTA-CAPITAL: Los afiliados podrán acceder al reconocimiento del 20% restante en Hospedaje por derivaciones a ésta ciudad de Salta Capital, pero solo, única y exclusivamente hospedándose en el Hotel "Hotel Florida", ubicado en calle Urquiza 718, de Salta capital. El mismo incluye desayuno en Café Balcarce sito en calle Balcarce 13. Para poder



acceder a este beneficio debe contar con previa autorización de I.P.S.S. y presentar la autorización que le otorgue la obra social al momento de alojarse en el hotel. Para reserva o consulta al hotel comunicarse o enviar WhatsApp al **387 574 9933** o ingrese a www.hotelfloridasalta.com.ar. La cobertura es únicamente en el Hotel Florida, caso contrario no se realizarán reintegros algunos. **SIN EXCEPCION.**

29) TRASLADOS PROGRAMADOS:

Única y exclusivamente para aquellos casos debidamente justificados en que el afiliado efectivamente demuestre que no puede movilizarse por sus propios medios y no cuenta con otras alternativas suficientes, necesarias y óptimas, previo análisis a discreción exclusiva del Coseguro y según mérito y razonabilidad que éste dispusiera, Integral brindará una vez al año el servicio de traslado programado urbano e interurbano, a través de la empresa ECCO. Para acceder a dicho servicio deberá contar con previa autorización de Integral, donde deberá solicitarlo hasta 5 (cinco) días hábiles previos a la utilización del mismo, y deberá presentar la siguiente documentación: 1) Pedido de traslado expedido por el médico a cargo donde indique lugar de traslado, motivo y fecha de ida y vuelta, 2) DNI del titular y/o afiliado que necesite el servicio, 3) Historia clínica. **SIN EXCEPCION.**

30) EMERGENCIAS MEDICAS: Empresa contratada **ECCO, TEL. 0810 888 3226**. "Servicio disponible únicamente en Salta – Capital". Las atenciones que el servicio ECCO presta en la ciudad de Salta se limitan al ejido urbano de la Capital Salteña, como excepción se encuentra el barrio Pinares (perteneciente a Cerrillos), San Lorenzo y Vaqueros hasta la Municipalidad, siempre que los lugares de las atenciones sean viables para el tránsito de vehículos de tracción simple.

La atención que brindará la Prestadora (ECCO) será "sin cargo", siempre que se encuentren encuadradas en los que hagan necesarios la utilización de este servicio para el afiliado y/o beneficiario.

Cuando se trate de situaciones de riesgo de vida o de una EMERGENCIA MÉDICA, cuyos conceptos se definen a continuación: Pérdida de conocimiento (el paciente no responde ante ningún estímulo) - Ausencia de movimientos respiratorios (paro respiratorio) - Pérdida de conocimiento asociada a ausencia de respiración y de pulso (paro respiratorio) - Respiración laboriosa en paciente adulto con antecedentes de problemas cardíacos. - Crisis de asma acompañada de severidad tales como pérdida de conocimiento, color azulado de los labios, imposibilidad para articular palabras o relajación de esfínteres. - Asfixia por cuerpo extraño en la vía aérea. - Dolor de pecho, particularmente en hombres mayores de 35 años, acompañado de signos como sudoración y palidez. - Traumatismos severos, asociados con pérdida de conocimiento y/o sangrado profuso. - Heridas sangrantes, con hemorragias que no pueden ser cohibidas con compresión directa y/o acompañadas de pérdida de conocimiento, sudoración, palidez. - Quemaduras con compromiso de importante superficie del cuerpo y/o de la vía aérea (boca / nariz). Entendiéndose como emergencia médica (**código rojo**), en la que se encuentra en riesgo la vida del paciente y requiere asistencia médica en forma inmediata.

Cuando se trate de una URGENCIA MÉDICA, cuyos conceptos se definen a continuación: Traumatismos moderados, de cualquier localización, no acompañados de pérdida de conocimiento y/o hemorragias importantes - Heridas cortantes con elementos penetrantes que pudieran significar compromiso de órganos vitales en regiones como tórax o abdomen - Heridas cortantes con sangrado profuso. - Traumatismos en miembros acompañados de deformidades (posible fractura ósea) - Quemaduras de la piel no extensas - Crisis de asma, no asociada a signos de gravedad. - Mareos o vértigos de comienzo brusco - Dolor abdominal intenso, de comienzo súbito, en paciente sin antecedentes previos - Crisis convulsivas. Entendiéndose como situación de crisis aguda (**código amarillo**), en la que se encuentra en riesgo de vida potencial y requiere atención médica a la brevedad.

La presente cobertura no incluye los traslados programados, "SIN EXCEPCION".

31) URGENCIAS ODONTOLÓGICAS: Empresa contratada **DENTIS, Teléfonos de contacto 4216677 /**

4217688. "Servicio disponible únicamente en Salta – Capital". Las atenciones que el servicio **DENTIS** presta en la ciudad de Salta, LAS 24 HS LOS 365 DIAS DEL AÑO, en su dirección, situada en **calle Santiago del Estero N°118**.

Se considera consulta de urgencia a toda consulta sin turno previo, que resuelva la demanda espontánea, casos como dolor (odontalgia), hemorragia, inflamación – infección, traumatismos (fracturas dentarias – fisuras), desadaptación de pernos – coronas (dientes postizos fijos) u otra urgencia nombrada con el código 01.04 que figura en el PMOE. EL profesional resuelve la urgencia, que no siempre coincide con la resolución definitiva de la patología que presente el paciente, una vez resuelta la urgencia podrá consultar a su odontólogo de cabecera para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecte.

Código 01.04 Consulta de urgencia. Son un conjunto de patologías bucomaxilofaciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y provocan una demanda espontánea de



atención. Como referencia comprende, *Pericoronaritis, drenaje de flemones, hemorragias, apertura de cámara pulpar y conductos, alveolitis etc*

32) CENTRO MEDICO INTEGRAL: Se deja establecido que en el mismo no se cobra arancel diferenciado en consulta a nuestros afiliados. Sin perjuicio de que cuenta con distintas especialidades, el afiliado siempre será totalmente libre de elegir un profesional del centro o atenderse por otra vía médica prestacional. La atención de estas prestaciones será brindada en nuestro **Centro Médico Integral** con domicilio en Buenos Aires Nº 179 – Salta.

33) CENTRO ODONTOLÓGICO INTEGRAL: Sin perjuicio de que cuenta con distintas especialidades, el afiliado siempre será totalmente libre de elegir un profesional del centro odontológico o atenderse por otra vía médica prestacional. La atención en nuestro **Centro de Prestaciones Odontológicas** con domicilio en Gral. Güemes Nº 1060 – Salta Capital El afiliado podrá gozar de los siguientes beneficios:

a) **PRACTICAS ODONTOLOGICAS EN GENERAL:** En estas prácticas se brindará una cobertura correspondiente al 20 %, siempre y cuando la misma sea cubierta por su obra social.

b) En nuestro centro odontológico no se cobrará arancel diferencial en las siguientes practicas:

- **Restauraciones con resina** (Fotocurados en premolares y molares no contemplados en la cobertura del IPSS – 02-01-00/02-02-00)
- **Extracción de dientes simples** (extracción dentaria simple, código 10.01)
- **Extracción de dientes retenidos y restos radiculares** (extracción dentaria simple, código 10-09) - **Endodoncias mecanizadas** (Tratamientos de conductos mecanizados, código 03-08-01, 03-08-02 y 03-08-03).

c) **PRÓTESIS ODONTOLOGICAS – ORTODONCIA E IMPLANTES:** Estas son prácticas no cubiertas por el IPSS, el afiliado titular y/o beneficiario podrá acceder libremente con los alcances antes dichos, a este beneficio mediante valores diferenciales a su cargo, los que están implementados en el nomenclador establecido por INTEGRAL. Una vez efectuada la consulta, el Profesional realizará el Presupuesto de Prestaciones Odontológicas, y el afiliado podrá acordar forma de pago de acuerdo a los medios habilitados por INTEGRAL.

34) FARMACIA: El afiliado y/o beneficiario tendrá un descuento adicional en la compra de medicamentos siempre y cuando, en la receta esté la firma y el sello del profesional médico que la expidió, su número de matrícula, diagnóstico, monodroga y fecha de prescripción; y los datos del afiliado: apellido y nombre, número de afiliado (DNI), sexo y edad.

DESCUENTOS:

- * **PLAN AMBULATORIO (40%):** el afiliado tendrá 20 % de descuento adicional sobre el total del ticket de la receta en medicamentos incluidos en el vademécum del IPSS y autorizados por El Coseguro.
- * **EN PLANES CRÓNICOS Y/O CARDIONOA:** se aplicará el 15% de descuento sobre el saldo a pagar.
- * **MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS POR IPSS:** El porcentaje de descuento directo final será del 15% sobre el valor real de los medicamentos. La receta debe contener los requisitos anteriormente mencionados. Quedan excluidos los medicamentos referidos en el siguiente párrafo:

Los medicamentos de "VENTA LIBRE", la medicación de enfermedades preexistentes o de tratamiento permanente "no declarada"; vacunas, material descartable, anticonceptivos, anestésicos, leche maternizada y/o medicamentosa, materiales y/o soluciones para prácticas o estudios, medicamentos hospitalarios (genéricos), entre otros. Excepto aquellos reconocidos por el IPSS.

La receta tendrá vigencia de 30 días corridos desde su emisión.

Se prevén dos (02) modalidades mediante las que se implementará esta cobertura:



- a. En Salta – Capital y en aquellas localidades donde Integral haya realizado convenios los afiliados y/o beneficiarios deberán concurrir obligatoriamente a la red de Farmacias adheridas con las que INTEGRAL haya celebrado convenios, debiendo presentar a tal efecto las recetas médicas correspondientes; caso contrario no se les realizarán los descuentos estipulados; sin excepción.
- b. En las localidades donde INTEGRAL no tiene convenio con ninguna Farmacia, ya sea que tuviere o no FILIAL, los afiliados y/o beneficiarios de esas localidades gozarán de los descuentos mediante el sistema de reintegros, debiendo presentar, en la oficina más cercana de INTEGRAL, copia de la receta médica y ticket o factura donde figure el nombre del medicamento.

En todos los casos la cobertura ambulatoria de recetas y medicamentos tienen un tope de 4 (cuatro) medicamentos por mes, en caso de que el afiliado solicite más medicamentos deberá proceder con el reglamento del IPSS, (liberar el cupo de medicamento mensual) y luego acudir a las farmacias adheridas.

La medicación por enfermedades preexistentes o de tratamiento prolongado solo se reconocerá siempre que haya sido previamente declarada y autorizada por INTEGRAL.

En el caso de medicamentos recetados a afiliados y/o beneficiarios internados, sobre los cuales el IPSS reconozca el 40%, tendrán la misma cobertura del coseguro como si fuesen ambulatorios, es decir el 20%.

En todos aquellos casos que el afiliado y/o beneficiario requiera la cobertura de **medicamentos reconocidos por planes especiales del IPSS (Oncológicos, diabéticos, cardiológicos, neurológicos, etc.)**, es decir que por tal situación la obra social reconozca más del 40% (50, 60, 70, 80%, etc.), INTEGRAL reconocerá hasta un 15% sobre el saldo abonado por el afiliado por dichos medicamentos, con tope de dos medicamentos por mes y/o estará sujeta a lo que autorice el IPSS.

En todos los casos en que INTEGRAL reconozca el reintegro de medicamentos adquiridos en otras farmacias que no fueran las adheridas al Coseguro, el plazo para realizar la presentación de la documentación para reintegro es de 15 días corridos en Capital (siempre y cuando la compra haya sido realizada fuera del horario de atención de las farmacias adheridas) y 30 días corridos en el interior; en aquellos casos en que por cualquier motivo el reintegro no se realice en el momento, el afiliado tendrá un plazo de 60 días para reclamar el pago de dicho reintegro. Los reintegros de los medicamentos adquiridos en farmacias no adheridas al Coseguro- en Capital e Interior- sólo se realizarán siempre y cuando la adquisición de los mismos haya sido fuera del horario de atención de las farmacias adheridas.

En caso de corresponder reintegro: se deberá presentar ticket o factura de compra más fotocopia de receta y en caso de medicamentos por planes especiales del IPSS el afiliado y/o beneficiario para tal efecto presentar historia clínica correspondiente, copia de la Resolución del IPSS, copia de la receta y ticket o factura donde aparezca el nombre del o los medicamentos y el porcentaje de descuento del IPSS.

Consultar red de Farmacias adheridas en Salta- Capital e Interior en nuestra página web:
www.cosegurointegral.com.

35) OPTICA: para acceder al beneficio deberán concurrir, solamente a **“ÓPTICA INTEGRAL MEDICINA FAMILIAR”**, se encuentra en calle 20 de Febrero 263 – Salta Capital. Contacto mediante número 3876029165 y para nuestros afiliados residente en el interior de la provincia puede concurrir a la Filial más cercana, las mismas se encuentran detalladas en nuestro sitio web www.cosegurointegral.com.

El afiliado deberá presentar la receta oftalmológica que contenga fecha, firma y sello del Dr., DNI del afiliado y graduación correspondiente. En el caso de no asistir en los lugares anteriormente mencionados no se realizará reintegro alguno. **SIN EXCEPCIÓN.**

El beneficio para nuestros afiliados será de 2 (dos) Consumos Anuales en armazones seleccionados (según disponibilidad y surtido de la óptica), con un tope de \$40.000 (pesos cuarenta mil) por consumo. Para afiliados de 60 años en adelante, el tope asciende a \$50.000 (pesos cincuenta mil). En ambos casos haciendo uso del consumo de armazones, el afiliado obligatoriamente debe realizar la compra de cristales en **“OPTICA INTEGRAL MEDICINA FAMILIAR”** o en nuestras Filiales del Interior.

En el caso, que el afiliado cuente con armazones propios, accede al 20% de Descuento en Cristales. El tope de este beneficio es 2 (dos) consumos anuales, el mismo no es acumulable con el consumo de armazones.



Solo para casos de recetas de anteojos bifocales, multifocales y ocupacionales, el afiliado podrá optar por acceder al uso de los dos consumos anuales en armazones seleccionados previamente establecidos en una única compra.

Este beneficio no es acumulable con los descuentos y promociones.

36) PRÓTESIS ÓSEAS / CARDIOLÓGICAS Y AUDÍFONOS: De acuerdo a las condiciones vigentes, el Banco de Prótesis del IPSS no realiza convenios con ningún coseguro por lo tanto Integral reconocerá por sistema de reintegro el 20% del monto total aprobado por la obra social, con un tope máximo de \$600.000 (pesos seiscientos mil con 00/100) para prótesis en general. Y el caso de audífonos el tope es de \$500.000 (pesos quinientos mil con 00/100).

Ejemplo de prótesis con reintegro: marcapaso, stent coronario, catéteres, válvulas, clavos, mallas, audífonos, prótesis en general, etc.

Para acceder al beneficio se debe presentar: Nota dirigida a Integral Medicina Familiar solicitando dicho reintegro, pedido médico, Historia Clínica, presupuesto autorizado por IPSS, factura correspondiente al pago realizado y tener un tiempo de permanencia de 3 meses sin interrupciones a partir del alta.

El plazo para solicitar los reintegros es de 30 (treinta) días corridos, cumplido dicho plazo INTEGRAL no está obligado a reconocer tales reintegros.

INTEGRAL NO RECONOCERA Prótesis estéticas, implantes, ni prótesis odontológicas. **"SIN EXCEPCIÓN"**.

37) OXÍGENO, MATERIAL DESCARTABLE Y TUTORES: INTEGRAL no reconocerá ningún tipo accesorios, elementos quirúrgicos ni material descartable (ejemplo: plantillas, fajas, perfus, bisturís, sondas, tubo de oxígeno portátil, fresas para cirugía de pie, Set de vertebroplastia, Set de cifloplastia, alambre multifilamento, tutor externo, set drenaje ventricular, etc.), ni en forma directa ni por reintegro. **"SIN EXCEPCIÓN"**.

38) PRESTAMO EN COMODATO DE ARTICULOS DE ORTOPEDIA: INTEGRAL brinda un servicio de préstamo de Artículos ORTESIS, en caso de que el afiliado necesite algún accesorio respectivo para una recuperación de tratamiento temporal de tiempo no mayor a 45 días, debiendo conformarse el respectivo contrato de comodato de dicho artículo. Para acceder a este beneficio además de la celebración del contrato mencionado deberá tener la cuota al día, el afiliado debe cumplir con los requisitos documentales (fotocopias DNI, boleta de servicio, pedido original, médico) y haber cumplido la carencia correspondiente. En caso de incumplimiento de plazos acordados en la devolución de los artículos otorgados en comodato, sea por el motivo que fuere, pérdida, mal estado, falta de piezas, deterioro o mala conservación, se incurrirá en incumplimiento moroso haciéndose responsable el afiliado de las consecuencias y multas que surgen del contrato paritario respectivo. El afiliado debe retirar el artículo en casa central, 25 de Mayo N°372 e igualmente allí devolverlo en los términos, plazos y condiciones del comodato. El afiliado reconoce expresamente que el préstamo de los artículos constituye un beneficio general, rescatando así la importancia de la devolución en buenas condiciones de los mismos.

39) CONSULTA JURÍDICA: Los Titulares gozaran de un servicio adicional de CONSULTA JURÍDICA, mediante el PROFESIONAL COMISIONADO por INTEGRAL al efecto, en el caso Estudio Jurídico Recchiuto (Dr. Juan Pablo Recchiuto Valdecantos). Este servicio solo constara de asesoramiento verbal u oral (no incluye vista de expediente) en la sede del mencionado Estudio Jurídico Recchiuto sito en Av. Entre Ríos N° 1036, celular y WhatsApp 3874074282 – email estudiorecchiuto@gmail.com, estudiorecchiuto10@gmail.com, tel. fijo 3872442358, o concertando turnos para videoconferencias por Zoom, Skype, WhatsApp, o cualquier otra vía online o por redes sociales.

El titular podrá acceder a 10 órdenes de consulta jurídica anuales, las mismas no son acumulables por lo que se debe respetar la periodicidad.

El PROFESIONAL COMISIONADO evacuará las consultas solicitadas por los titulares dentro del plazo de 15 días hábiles desde su solicitud por ante el Estudio Jurídico Recchiuto, salvo que la naturaleza de la cuestión implicare hacerlo a la mayor brevedad, lo que será evaluado y quedará a criterio del PROFESIONAL.

El servicio solamente comprende consultas orales al PROFESIONAL COMISIONADO y no implican consultas por escrito, ni el estudio de expedientes, títulos, legajos, actuaciones administrativas ni documentación de complejidad, por lo cual se deberá abonar al PROFESIONAL el servicio en forma independiente.



En el caso de estas consultas de los afiliados titulares, el Profesional Comisionado no estará compelido a continuar, iniciar ni atender ningún caso que le sea propuesto por estos, pero en el supuesto de hacerlo y continuar con la atención de situaciones jurídicas de los afiliados titulares del coseguro, sea de naturaleza que fueren, estos tendrán derecho a obtener un descuento del 30% (treinta por ciento) del total de los honorarios conforme regulación judicial o estilo de cobro, sin perjuicio de que los mismos puedan ser libremente convenidos por las partes para poder otorgar facilidades y plazos periódicos de pago. El Asesoramiento indicado de los afiliados titulares, se llevará a cabo conforme el Reglamento de Asesoría.

Queda establecido que la FIRMA COMITENTE, en este caso INTEGRAL, no tiene ninguna responsabilidad ni se encuentra vinculada al efectivo pago al PROFESIONAL COMISIONADO, de los honorarios que le correspondan abonar a los afiliados titulares por los servicios que encomendaren a este último.

El PROFESIONAL COMISIONADO no evacuará consultas que algún afiliado pueda requerir y que implique la elucubración de delitos graves o gravísimos, ni confirmación de asociaciones ilícitas, casos en los cuales el abogado, de ser necesario y legal, quedara exento del secreto profesional y formulara la denuncia penal que corresponda. Tampoco se evacuarán consultas que involucren los intereses de INTEGRAL MEDICINA FAMILIAR SRL.

Se encuentra disponible en todas las oficinas, Casa Central y Filiales del interior el Reglamento para la atención de este servicio adicional.

Profesional Comisionado: Dr. Juan Pablo Recchiuto Valdecantos, Matricula Profesional Nº 1705. **Domicilio:** Avda. Entre Rios Nº 1.026, **Estudio Jurídico Recchiuto.**

Teléfono: Celular y WhatsApp 3874074282, fijo 387-2442358 **Mail:** estudiorecchiuto@gmail.com

40) SISTEMA DE FIDELIZACION: A todo titular en situación de activo (con cobertura vigente), el coseguro le otorgará una Tarjeta de Beneficios Integral (T.B.I.) oficial de credencial digital, la puede descargar desde la web de Integral o desde la aplicación móvil de Beneficios al Toque. Dicha tarjeta, les otorga beneficios a el/la titular y su grupo familiar gozaran de beneficios.

El listado de comercios adheridos, sus descuentos, novedades y promociones se encuentran en el sitio web: www.coseguointegral.com

41) LIMITACIONES: Prestación con cobertura limitada

a) La prestación "Fertilización Asistida, de baja y de alta complejidad, como Técnica de

"FECUNDACION IN VITRO" en sus distintos módulos (códigos 110106, 110107, 110108, 110109, 110110, 110111 y 110112), se reconocerá el co-pago siempre que la afiliada y/o beneficiaria haya cumplido **12 meses de permanencia** en el sistema de cobertura de Coseguro de salud de INTEGRAL MEDICINA FAMILIAR, y que al momento de afiliarse **haya declarado sus antecedentes de infertilidad en la Declaración Jurada de Salud**. La presente normativa también alcanza a las afiliadas y/o beneficiarias que provengan de otros coseguros por traspaso.

INTEGRAL MEDICINA FAMILIAR establece que la cobertura de co-pago de las Técnicas de reproducción medicamente asistida serán:

- **De baja complejidad**, hasta un máximo de 4 (cuatro) por año.
- **De alta complejidad**, hasta 2 (dos) intentos por año por afiliada y/o beneficiaria.

En ambos casos se establece el límite de intentos en forma independiente de lo que autorice el IPSS.

Los requisitos para tal cobertura son: 1). Permanencia de 1(un) año en el sistema de Coseguro, 2). Nota por duplicado dirigida a Integral solicitando la cobertura, 3). Resolución o nota de cobertura expedida por Junta Médica del IPSS y/o en su defecto firma y sello del Médico Auditor de IPSS indicando porcentaje de cobertura, 4). Fotocopia de historia clínica emitida por el especialista, 5). Fotocopia de pedidos médicos.

Cobertura en medicación F.I.V



La misma será a través de:

- **Sistema REINTEGRO:** para solicitar la cobertura a través de este medio debe presentar: 1). Nota por duplicado dirigida a Integral solicitando el reintegro de los medicamentos, 2). Fotocopia de las recetas, 3). Factura y/o ticket original de la Farmacia donde se realizó la compra (con un plazo no mayor a 30 días corridos luego de haber realizado la compra).

El plazo para los reintegros de medicamentos por tratamiento de FECUNDACIÓN IN VITRO es de hasta 45 días corridos aproximadamente -SIN EXCEPCIÓN.

INTEGRAL MEDICINA FAMILIAR se reserva el derecho de crear un Padrón de afiliadas y/o beneficiarias para determinar un cupo mensual de coberturas, dando prioridad en la medida que fueron ingresando y que hayan justificado todos los requisitos médicos ante Junta Médica del I.P.S.S. y Médico Auditor del Coseguro INTEGRAL.

- b) **Tratamiento para cambio de género:** En el caso de cirugía o tratamiento para cambio de género se reconocerá el co-pago siempre que el/la afiliado/a y/o beneficiario/a haya cumplido 12 (doce) meses de permanencia en el sistema de cobertura de coseguro de salud de INTEGRAL MEDICINA FAMILIAR, y que al momento de afiliarse haya declarado su intención de la realización de dicha cirugía y/o tratamiento. La presente normativa también alcanza a los afiliados y/o beneficiarios que provengan de otros coseguros por traspaso.
- c) **Cirugía maxilofacial:** En el caso de cirugía maxilofacial se reconocerá el co-pago siempre que el/la afiliado/a y/o beneficiario/a haya cumplido 12 (doce) meses de permanencia en el sistema de cobertura de coseguro de salud de INTEGRAL MEDICINA FAMILIAR, y que al momento de afiliarse haya declarado su intención de la realización de dicha cirugía y/o tratamiento. La presente normativa también alcanza a los afiliados y/o beneficiarios que provengan de otros coseguros por traspaso.

42) EXCLUSIONES: INTEGRAL MEDICINA FAMILIAR no da cobertura bajo ningún concepto en los siguientes casos,

- a) Tratamiento de alcoholismo, toxicomanías, e intoxicaciones auto-provocadas, tampoco las lesiones que sobrevengan en estado de enajenación mental, en estado de ebriedad o por influencia de estupefacientes o alcaloides.
- b) Tratamiento de lesiones auto-provocadas por el afiliado, y las que sean consecuencias de tentativa de suicidio o participación en crímenes u otros delitos o infracciones, en duelos, y en desafíos o riñas, salvo los casos de legítima defensa.
- c) Tratamiento de incapacidades, enfermedades y/o lesiones pre-existentes a la fecha de ingreso a INTEGRAL, conocidas o no por el afiliado, salvo que habiendo sido declaradas INTEGRAL haya acordado las condiciones por escrito para dar la cobertura de coseguro.
- d) Operaciones de cirugía plástica, estética o reparadora, salvo que tales cirugías deban realizarse como consecuencia de un accidente, siempre que el mismo se haya producido desde la vigencia de su afiliación a INTEGRAL.
- e) Lesiones sufridas por la práctica del afiliado de deportes de alto riesgo, tales como motociclismo, automovilismo, aviación, y pruebas y/o demostraciones en competencias de riesgo.
- f) Tratamientos de enfermedades (cardiovasculares, neurológicas, etc.), con preexistencia, hidroterapia, curas de rejuvenecimiento, de reposo o similares, hidroterapia o celuloterapia, acupuntura, quiroterapia, digito puntura.
- g) Tratamiento u operaciones no reconocidas por instituciones oficiales o científicas, tampoco los tratamientos u operaciones no incluidas en el nomenclador nacional y/o IPS.
- h) Trasplantes de tejidos u órganos, todos los tratamientos, los análisis y estudios relacionados con ellos.
- i) Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- j) Todo gasto (análisis, estudios especializados, cirugías, internación, etc.), por tratamiento de enfermedades y/o lesiones no cubiertas por la Obra Social IPS.



43) HECHOS FORTUITOS: Se deja establecido que INTEGRAL no estará obligado a dar las coberturas, en todo o en parte del presente contrato, en el caso de ocurrir hechos fortuitos tales como catástrofes, epidemias, pandemias, guerras, o cualquier otro accidente y/o siniestro que involucre y afecte a una gran masa de habitantes de la provincia y/o ciudad de Salta. En el caso de eventos por ACCIDENTES en la vía pública el afiliado deberá agotar las siguientes instancias: cobertura de ART si el evento ocurriera al asegurado según la normativa legal laboral vigente, cobertura de las Aseguradoras conforme a la normativa legal para accidentes con vehículos en la vía pública (Riesgo contra terceros), en este caso el afiliado está obligado a presentar copia de "denuncia policial", "denuncia a la Cía. Aseguradora" e historia clínica; si el coseguro le hubiese dado cobertura, el afiliado está obligado a reintegrar los montos de tales coberturas, una vez que haya sido indemnizado por la Cía. Aseguradora respectiva.

SERVICIOS ADICIONALES AL COSEGURO

44) KIT DE NACIMIENTO: consiste en una serie de artículos necesarios para el cuidado y protección del recién nacido/a.

Gozaran de este beneficio las **mamas titulares y/o cónyuges activas** al sistema de Coseguro Integral debiendo presentar el **DNI o Partida de Nacimiento** del menor.

Este beneficio será solicitado por el titular en un plazo de hasta 60 días corridos posteriores al nacimiento del menor. Es requisito indispensable que el beneficiario se encuentre en estado activo.

45) ASISTENCIA ECONÓMICA POR NACIMIENTO: Beneficio exclusivo para mamás titulares y/o cónyuges activas al sistema Coseguro Integral. Consiste en un monto de \$150.000 (pesos ciento cincuenta mil con 00/100) que se cobrará únicamente tras producirse el nacimiento del neonato; Dicho monto para su otorgamiento, se encuentra ceñido exclusivamente a cada parto o nacimiento con independencia del número de neonatos nacidos, de manera que se entrega una sola vez y en forma unívoca; No incluye adopciones. Para acceder al beneficio, deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Permanencia ininterrumpida de 12 meses en el sistema Coseguro y cuota al día al momento del alumbramiento.
- Presentar DNI y/o Partida de Nacimiento del recién nacido.
- Proporcionar la información necesaria para el pago del beneficio (CBU/ALIAS, CUIL, NOMBRE DEL BANCO).

La solicitud debe ser realizada por el titular del grupo familiar o por el responsable de pago dentro de los 60 días corridos posteriores al nacimiento del menor, caso contrario caducará de pleno derecho dicha asistencia. Es requisito indispensable que el beneficiario se encuentre en estado activo al momento de solicitar el beneficio.

46) SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO DEL TITULAR O INTEGRANTE DE GRUPO FAMILIAR: consiste en un monto que se cobrara tras producirse el deceso del titular o miembro de su grupo familiar afiliados al Coseguro. Dicho importe será de \$1.500.000 (pesos un millón quinientos mil con 00/100), el mismo no es ajustable y será discrecional para el Coseguro.

Al momento de realizar la afiliación, el titular deberá designar un "beneficiario"- que será la persona que podrá cobrar dicho subsidio (mayor de 18 años) y asimismo completar un formulario. En el caso que el titular no haya asignado un beneficiario no se abonara dicho subsidio. "SIN EXCEPCION".

Para poder obtener el beneficio (quien corresponda), el fallecido debe haber permanecido dentro del servicio de Coseguro, como mínimo 12 meses. SIN EXCEPCIÓN.

Si se produjera el deceso del cónyuge, hijos, adherente otro, etc. que estuvieren dentro del grupo familiar, el titular podrá cobrar el subsidio siendo éste el único beneficiario.

El beneficiario designado deberá concurrir personalmente y presentar los siguientes requisitos: 1)Acta de Defunción, 2) DNI del solicitante, 3) Permanencia de un año (12 meses de aporte) sin interrupciones al momento de acontecido el deceso y tener la cuota al día. 4)Nota de solicitud.

El reconocimiento del derecho al subsidio básico deberá ser reclamado dentro del término de 90 (noventa) días corridos. Transcurrido dicho plazo caducara el derecho, cualquiera fueran las causas de inacción.



El plazo de pago de dicho subsidio se hará dentro de los 15 (quince) días hábiles computados a partir de que se cumplan con los requisitos previstos. No se dará cobertura en los supuestos previstos en los ítems EXCLUSIONES Y HECHOS FORTUITOS del reglamento.

47) FONDO SOLIDARIO PARA PRACTICAS PROGRAMADAS - NO NOMENCLADAS: el afiliado podrá acceder a una ayuda económica proveniente del fondo solidario gestado a partir del aporte de todos los afiliados, dicho fondo se creó con el fin de afrontar el costo de dichas prácticas. Se cubrirá las practicas que el IPS no reconozca.

Los requisitos son:

- a. Permanencia de un año (12 meses de aporte) sin interrupciones al momento del acontecimiento y tener la cuota al día.
- b. Historia clínica que acredite la realización de la misma,
- c. Pedido Médico.

La documentación quedará sujeta a Auditoria Medica y Administrativa. No se contemplarán prácticas odontológicas ni estéticas, ni para pago de plus. **Antes de solicitar la ayuda económica el afiliado debe agotar todas las instancias de consultas previas en el IPSS.**

Este beneficio se otorgará solo una vez por año por grupo familiar, y deberán presentar dicha documentación requerida en el Centro de Atención con domicilio en 20 de febrero 204 para que Coseguro Integral acuerde con el titular la forma y el plazo de devolución. Se deberá devolver en cuotas mensuales iguales y consecutivas con el interés y el medio de pago de acuerdo a las bases y condiciones que Integral considere conveniente (incluye la cantidad de cuotas a devolver). En el caso de no cumplir con el compromiso asumido, se procederá a suspender el servicio, sin perjuicio de la responsabilidad legal que corresponda.

48) DEPOSITOS DE GARANTIA EN CLINICAS: Coseguro Integral celebró convenios con las clínicas que se detallan a CONTINUACION a los efectos de que ningún afiliado al Coseguro pague depósito en garantía en las mismas:

- **Clínica Santa Clara de Asís,**
- **Maternidad Privada,**
- **Sanatorio San Roque**
- **Sanatorio El Carmen**
- **Clínica Güemes**
- **Clínica Imac centro.**
- **Clínica María de Urkupiña**

Es necesario mencionar, que los afiliados deberán hacerse cargo de los excedentes no contemplados por el IPSS consumidos en dichos prestadores a la hora del alta médica.

En caso de no cumplimiento, se procederá a notificar al afiliado a fin de que regularice personalmente su situación en oficinas de Centro de Atención. Transcurridos 15 (quince) días de notificado sin respuesta alguna, Integral procederá a ejecutar la deuda sobre cualquier forma de pago.

INTEGRAL MEDICINA FAMILIAR SRL.



DIAGRAMA DE COBERTURA.

Podrán acceder a los servicios del **COSEGURO DE SALUD** todas las personas afiliadas al IPSS, adheridas a nuestro sistema, que cumplan con las carencias y pagos detallados:

a. Pago de Cuota Adhesión.

Los afiliados deben abonar una **cuota adhesión** al momento de solicitar su adhesión al sistema de cobertura del Coseguro Integral de Salud. "Sin excepción".

b. Pago de 1ra. Cuota (no debe exceder los 30 días de fecha de adhesión). Periodo de Carencia o plazo de espera.

c. Pago de la 2da. Cuota (no debe exceder los 60 días de fecha de adhesión)

Coberturas:

Consultas Médicas
Análisis Clínicos de rutina
Radiología – Estudios no contrastados
Electrocardiogramas – Electroencefalograma
Electromiogramas – Ergometría
Examen Histopatológico – Examen Citológico
Prácticas Odontológicas reconocidas por el IPSS
Estudios de Diagnósticos (Nomenclador Nacional)
Ecografía – Papanicolaou – Colposcopia
Fisioterapia y Kinesiología
Psiquiatría – Psicología
Farmacia, descuentos en medicamentos recetados.
Óptica, descuentos en anteojos recetados.
Emergencias Médicas.
Valores diferenciales en Prótesis Dentales y Ortodoncia.
Fotocurados en general, extracción de dientes simples, retenidos y restos radiculares.
Endodoncias mecanizadas.
Consulta Jurídica
Préstamo en comodato de Artículos de Ortopedia. (Ver ítem 38)
Kit de Nacimiento. (ver ítem 44)

d. Pago de 3ra. Cuota (no debe exceder los 90 días de fecha de adhesión).

e. Coberturas:

Internaciones Clínicas.
Internaciones Quirúrgicas – Cirugías Cirugía
Laparoscópica.
Depósitos de Garantía en clínicas: convenio (ver ítem 48).
Radioterapia – Hemoterapia – Neurología
Neumología – Aparato Respiratorio – Alergias
Prácticas de Alta Complejidad reconocidas por el PSS
Terapia Intensiva (30 días por año)
Resonancia Magnética.
Reintegro por Prestaciones Médicas con derivaciones a otras Provincias o Capital Federal.
Reintegro por gastos de traslados y hospedaje por derivaciones del Interior a Salta Capital.
Medicamentos de planes especiales.

e. 3 meses a partir del alta:

Cobertura:

Prótesis- Cobertura de prótesis Oseas/ Cardiológicas y audífonos (ver ítem 36)

f. 1 Año (12 Meses).

Cobertura:

Tratamiento de fertilidad asistida, Técnica de fecundación IN VITRO.
Cirugías de cambio de género.
Subsidio por fallecimiento del titular o integrante de grupo familiar. (ver ítem 46)
Fondo Solidario para Practicas Programadas – No Nomencladas. (ver ítem 47).
Tratamiento maxilofacial.
Asistencia Económica por Nacimiento (ver ítem 45)



INTEGRAL MEDICINA FAMILIAR SRL.