

## 1. DISPOSICIONES GENERALES

1.1. Las presentes disposiciones del Reglamento para el beneficiario de AMR Salud S.A., así como las condiciones particulares del plan elegido con las ampliaciones, modificaciones o limitaciones que AMR Salud S.A. pudiere introducir al presente, previa autorización del Colegio de Médicos, 2da. Circunscripción de la Pcia. de Sta. Fe, constituyen las normas que regulan derechos y obligaciones de beneficiarios que opten voluntariamente ingresar a AMR Salud S.A.

1.2. A partir de su implementación, comenzarán a regir las modificaciones, limitaciones y ampliaciones, así como variaciones de topes y cuotas que se establezcan, previa autorización del Colegio de Médicos, 2da. Circunscripción de la Pcia. de Sta Fe, y notificación al beneficiario.

## 2. BENEFICIARIOS

### 2.1. De las afiliaciones

Podrán ser beneficiarios de AMR Salud S.A.

- 1) Toda persona física.
- 2) Grupo familiar: Comprende el titular y componentes del grupo familiar (cónyuges e hijos solteros hasta 25 años inclusive).
- 3) Grupo colectivo.

### 2.2. Edades mínimas y máximas:

Podrán ingresar como titulares y cónyuges las personas mayores de 18 años, hasta los 59 años inclusive. A partir de los 60 años ingresarán como familiares a cargo de un grupo familiar directo únicamente con aprobación expresa del Directorio de AMR Salud S.A. Cuando se dé la baja al grupo familiar se producirá/n automáticamente la/s del/de los mayor/es señalada/s precedentemente. Los mayores de 55 y 65 años según corresponda independientemente de la categoría que revistan, abonarán los adicionales consignados en el punto 2.5.3.

### 2.3. Requisitos:

Podrán incorporarse al Sistema en carácter de beneficiarios, quienes opten voluntariamente por ingresar y cumplimenten todos los requisitos establecidos en la reglamentación vigente.

Para tramitar la afiliación, la persona interesada deberá presentarse munida de sus documentos personales de identidad y de los de su grupo familiar.

- para cónyuge (a cargo del titular), acta o libreta de matrimonio.
- para concubinos: comprobante judicial. En caso que haya hijos en común será suficiente la/s partida/s de nacimiento.
- para hijos (todos a cargo del titular hasta los 25 años inclusive), partida de nacimiento o libreta de matrimonio del titular si estuvieran inscriptos.
- para hijos adoptivos (hasta los 25 años inclusive), comprobante judicial; sentencia de adopción o partida de nacimiento.
- para hijastros (hasta los 25 años inclusive), partida de nacimiento.
- otros menores a cargo, constancia de tenencia o guarda otorgada judicialmente.

En todos los casos la incorporación estará supeditada a la aceptación por parte de AMR Salud S.A., según los Reglamentos y Normas en vigencia.

A tal efecto, a su incorporación a AMR Salud S.A., deberán completar y firmar la Solicitud de Afiliación con Declaración Jurada de Antecedentes de Salud y/o Enfermedades Preexistentes.

Los hijos a cargo del titular serán beneficiarios al Sistema hasta cumplir los 25 años inclusive o antes si se hubieren emancipado.

A partir de los 26 años se produce cambio de condición afiliatoria (pase a titular).

### 2.4. Familiares:

Son aquellos integrantes del grupo familiar del titular; tienen derecho a las prestaciones en las mismas condiciones que éste y comprenden a:

- a) Cónyuges.
- b) Concubinos.
- c) Hijos e hijastros solteros hasta 25 años inclusive, en tanto no se hubieren emancipado.
- d) Discapacitados nacidos dentro del Sistema, o cuya discapacidad se manifieste en forma fehaciente durante su permanencia en el mismo, continuarán con la cobertura a cargo del grupo familiar. Con la desaparición del titular, el discapacitado pasa a categoría de titular y de ser necesario por el tipo de discapacidad y/o edad, las responsabilidades incluidas en el presente Reglamento, deberán ser asumidas por su representante legal.

2.5. **Categorías Afiliatorias:** Al superar cualquiera de los integrantes del grupo la edad prevista para cada categoría afiliatoria, la totalidad del grupo será transferida automáticamente a la categoría correspondiente en función de la edad y/o composición del grupo familiar.

2.5.1. **Individual:** El titular es el único inscripto. Cuando una mujer revista esta categoría, no serán cubiertas las prestaciones relacionadas con el embarazo y/o el parto hasta cumplir 24 meses en el Sistema, sin perjuicio de lo previsto en el Punto 10.5.2.

2.5.1.1. **Individual junior:** de 18 a 25 años inclusive.

2.5.1.2. **Individual joven:** de 26 a 35 años inclusive.

2.5.1.3. **Individual:** A partir de los 36 años.

2.5.2. **Grupo Familiar:** Se entiende como tal a padres con hijos si los hubiere, en tanto no estén emancipados. No cubre embarazo y/o parto a las hijas mayores de 21 años a cargo del titular.

2.5.2.1. **Matrimonio junior:** de 18 a 25 años inclusive.

2.5.2.2. **Matrimonio joven:** de 26 a 35 años inclusive.

2.5.2.3. **Matrimonio:** a partir de los 36 años.

2.5.3. **Adicionales por edad:** Cuando cualquiera de los integrantes del grupo familiar alcance la edad de 26, 36, 56 y 66 años, AMR Salud S.A. procederá a la aplicación del adicional contemplado en la lista de precios del plan seleccionado en forma automática.

2.5.4. **Adherentes:** Se entiende como tal a familiares directos a cargo del titular, quedando esta categoría sujeta a las consideraciones generales del punto 2.5.3.

## 3. INCORPORACION

3.1. La condición de beneficiario titular o familiar se adquiere a partir del momento en que AMR Salud S.A. apruebe la solicitud de inscripción. En caso de ser denegada, será por simple acto de no aceptación del Directorio de AMR Salud S.A., no siendo necesario ni obligatorio que se hagan públicas las causales de dicha determinación.

3.2. Los interesados en ingresar a AMR Salud S.A. deberán completar una Declaración Jurada de antecedentes de salud, se trate del beneficiario titular o de su grupo familiar, sin cuya previa consideración no se decidirá la admisión respectiva. Deberán cumplir este requisito nuevos miembros que se incorporen al grupo familiar.

3.3. Será considerada preexistencia, toda lesión o enfermedad contraída, conocida por el beneficiario y que ya existiera al momento de su ingreso, sea titular, adherente o integrante del núcleo familiar. En estos casos, AMR Salud S.A. no se hará cargo del pago ni acepta responsabilidad y/o compromiso de atención de prestaciones diagnósticas y/o terapéuticas relacionadas con la patología preexistente.

3.4. El Sistema podrá rechazar las solicitudes de inscripción tanto en lo referente a la petición del titular como a la totalidad del grupo que lo acompaña y/o de aquel o aquellos que eventualmente estuvieran afectados por patologías preexistentes.

3.5. Los casos de patologías preexistentes correctamente denunciadas, mediante la Declaración Jurada, serán evaluadas por la Auditoría Médica de AMR Salud S.A.

3.6. En el caso de comprobarse ocultamiento, AMR Salud S.A. se reserva la aplicación de las sanciones disciplinarias contempladas en el Reglamento (apartado 12-1,12-2), conceptuando la falta como grave. El Sistema ejercerá por los medios correspondientes el cobro de los gastos generados por la patología en cuestión, a quien corresponda, según la responsabilidad que se compruebe.

3.7. Quien suscriba la solicitud, deberá declarar bajo juramento que la información suministrada es auténtica y tomará conocimiento de que cualquier falsedad, ocultamiento, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, impedirá su ingreso o permanencia en el Sistema, reservándose AMR Salud S.A., el derecho a exigir la restitución del costo de las prestaciones así otorgadas y de las acciones civiles y/o penales que pudieran corresponder.

3.8. La Declaración Jurada de Preexistencias deberá ser firmada por el beneficiario titular con aclaración de firma, tipo y número de documento de identidad.

3.9. Se considerará perfeccionado el ingreso, cuando presentada y aprobada la solicitud de inscripción con la Declaración Jurada de Antecedentes de Salud y/o preexistencias por el Directorio del Sistema, AMR Salud S.A. remita la credencial definitiva, que lo habilitará como beneficiario del Sistema.

## 4. DOMICILIO

En la solicitud de inscripción el beneficiario deberá declarar domicilio permanente y número telefónico. Cualquier cambio deberá ser comunicado en forma inmediata a AMR Salud S.A.

Se considerará válida cualquier comunicación cursada al domicilio denunciado en la solicitud o al último fehacientemente notificado.

## 5. CREDENCIAL

AMR Salud S.A. proveerá sin cargo 1 (una) credencial, la cual es personal e intransferible, siendo ésta el único instrumento que acredita el carácter de beneficiario. Las reposiciones subsiguientes serán a cargo del beneficiario.

Deberá ser exhibida con el documento de identidad y comprobante de pago de la cuota del mes en curso toda vez que le fuese requerida o necesitase acreditar la condición de beneficiario. Su adulteración o uso indebido por terceros o por usuarios sin derecho a prestaciones está penado por ley. Su extravío o robo deberá ser denunciado por el titular en forma inmediata y por escrito a AMR Salud S.A., quien no será responsable por las consecuencias de tal omisión.

## 6. CUOTAS

6.1. Las cuotas mensuales de acuerdo con el plan de cobertura elegido, deberán ser abonadas por adelantado del 1 al 10 de cada mes, o día hábil posterior; en el caso de pago con valores, se tendrá como fecha de pago el de la acreditación efectiva de los mismos.

6.2. El pago de la última cuota no acredita la cancelación de las deudas anteriores.

6.3. Los valores de las cuotas de afiliación y de los co-seguros podrán ser reajustados de acuerdo a las variaciones que se produzcan en los aranceles, insumos y servicios que preste el Sistema, previa comunicación al Colegio de Médicos de la 2da. Circunscripción de la Prov. de Sta. Fe y notificación al beneficiario.

## 7. MORA

7.1. La mora en el pago se producirá automáticamente por el solo vencimiento del plazo, sin necesidad de intimación judicial ni requerimiento alguno.

7.2. La falta de pago en término de 1 (una) cuota mensual facultará a AMR Salud S.A. a suspender automáticamente la cobertura, cesando a partir de ese momento el derecho del beneficiario y de su grupo familiar a recibir prestaciones.

7.3. Recargo por mora: en el caso de que el pago sea posterior a las fechas de vencimientos indicadas en el cupón de pago, la Empresa se reserva el derecho de aplicar un interés moratorio equivalente a la tasa pasiva que aplica el Banco de la Nación Argentina para sus operaciones de descuento de documentos.

7.4. La utilización indebida de servicios en estas condiciones, tanto del titular como por parte de los integrantes del grupo familiar, dará lugar a la aplicación de las sanciones que pudieran corresponder, sin perjuicio del derecho de AMR Salud S.A. a exigir al beneficiario la restitución de su costo, costas judiciales y extrajudiciales y los daños y perjuicios que ocasionaren.

## 8. BAJA AUTOMATICA POR MORA

8.1. El beneficiario que adeudara 3 (tres) cuotas vencidas, quedará automáticamente dado de baja conjuntamente con su grupo familiar, debiendo entregar dentro de las 48 horas hábiles, las credenciales y las órdenes de atención que se encontraran en su poder. Para cumplimentar estas devoluciones, no será menester intimaciones de ninguna naturaleza.

8.2. La pérdida de la calidad de beneficiario, según lo establecido en el punto precedente, no libera al mismo de la obligación de pago de las cuotas adeudadas, recargos, actualización y costos judiciales y extrajudiciales que correspondan aunque no hayan sido utilizados los servicios. El pago posterior a la baja, no habilita por sí solo a recuperar la condición de beneficiario dentro de la Empresa.

## 9. REINCORPORACION

Para solicitar la reincorporación al Sistema, el interesado deberá presentar una nueva Declaración Jurada y acordar carencias. Es facultad de AMR Salud S.A. acceder o no a la reincorporación. En caso de acceder a la reincorporación que hubiere peticionado, el interesado deberá satisfacer previamente, el pago de la totalidad de la deuda, si la hubiere. De ser denegada, no es necesario ni obligatorio, informar las causales de la determinación.

## 10. SERVICIOS

10.1. **Planes:** Cada plan cuenta con una cartilla de prestaciones, con normas, cobertura, limitaciones y carencias que rigen a partir de la fecha de vigencia.

10.2. **Del acceso a las Prestaciones:** Para hacer uso de los servicios será condición suficiente revestir el carácter de beneficiario titular o componente del grupo familiar y estar al día con el pago de la cuota afiliatoria del mes en que solicita la prestación. La credencial y el último recibo de pago al día serán los documentos a exhibir en AMR Salud S.A., quien lo habilitará con la orden correspondiente para recibir la prestación. En internaciones de urgencia, la orden se solicitará indefectiblemente dentro de las 48 horas hábiles de producida la misma. De no observar esta disposición, no será reconocida dicha internación con cargo al Sistema.

10.3. **Prestaciones Generales:** El beneficiario titular y su grupo familiar, incorporados dentro de los límites y modalidades establecidos en el presente Reglamento y en el plan respectivo, tendrán acceso a las prestaciones una vez transcurridos los plazos de carencias, según cartillas vigentes para cada plan.

10.4. **Régimen de Carencias:** Es el sistema que habilita al beneficiario a tener acceso a las prestaciones, según cartillas vigentes para cada plan.

### 10.5. Régimen de Carencias para Embarazo y Parto

10.5.1. **El embarazo, parto y neonatología** serán cubiertos según cartilla de prestaciones del plan contratado, sin perjuicio de lo previsto en el Punto 10.5.2.

10.5.2. **Seguro de embarazo, parto y neonatología:** Una vez cumplidos los plazos previstos en el artículo 2º d) y 4º d) del Decreto 698/67 y mientras no hayan transcurrido los períodos de carencia referidos en los Puntos 2.5.1 y 10.5.1, para tener acceso a las prestaciones vinculadas con el embarazo, la atención del parto y el servicio de neonatología, el beneficiario deberá abonar un co-seguro de acuerdo a los valores arancelarios acordados entre A.M.R.Salud S.A. y los prestadores que figuran en el listado respectivo de cada plan, los cuales serán debidamente informados a los beneficiarios y al Colegio de Médicos de la Pcia. de Santa Fe.

### 10.6. Exclusiones:

- Atención derivada de maniobras delictivas y/o criminales.
- Prótesis odontológicas.
- Ortodoncia (según cartilla vigente para cada Plan).
- Enfermedades infectocontagiosas previstas por leyes y ordenanzas.
- Patologías crónicas preexistentes.
- Afecciones causadas por desastres, sismos, inundaciones y otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
- Afecciones resultantes de guerras, tumultos, huelgas, revoluciones, terrorismo, conflictos laborales o actividades deportivas profesionales.
- Afecciones resultantes de la práctica, como profesional o aficionado, de actividades deportivas que impliquen riesgo en sí mismas.
- Tratamiento de enfermedades congénitas en los casos de beneficiarios no nacidos en el Sistema.
- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cubiertas por el empleador (Ley Nº 24.557 y complementarias).
- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en caso de cuentapropistas.
- Accidentes de tránsito.
- Cirugía plástica, no reparadora.
- Prácticas e intervenciones experimentales sin evidencia documental científica en nuestro país sobre su efectividad.
- Homeopatía, acupuntura y otras prácticas no reconocidas oficialmente por las Universidades Nacionales, el Ministerio de Salud o Entidades Médicas Colegiadas.
- Internaciones por afecciones psiquiátricas crónicas.
- Reposición de sangre.
- Prácticas relacionadas con la utilización de métodos anticonceptivos.
- Medicamentos de venta libre.
- Medicamentos sin troquel.

## 11. DEBER DE INFORMACION

11.1. AMR Salud S.A. se reserva el derecho de modificar sus planes asistenciales, previa autorización del Colegio de Médicos de la 2da. Circunscripción de la Pcia. de Santa Fe, y notificación al beneficiario.

11.2. AMR Salud S.A. no se hace responsable por la modificación, suspensión o cancelación de alguno o de la totalidad de los servicios, cuando sean motivados por causas ajenas a su control y/u organización, debiendo comunicar tal determinación al beneficiario.

11.3. AMR Salud S.A. podrá requerir de los beneficiarios, derechohabientes y profesionales intervinientes, dentro de los límites legales, los informes y elementos que considere convenientes para aclarar causas, consecuencias y medios empleados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y/o accidentes.

## CONFORMIDAD DE RECEPCION DEL PRESENTE FORMULARIO

Previa lectura, el beneficiario titular declara conocer y se compromete a observar el presente Reglamento en todas sus partes y se responsabiliza, por su grupo familiar y por los familiares a cargo que pudiera contar, por el uso indebido del servicio, reconociendo haber recibido por separado, instructivo de utilización del servicio, listado de prestadores y cartilla de prestaciones del plan contratado, la cual contempla normativas específicas, no excluyentes y no contempladas en el presente Reglamento General.

(localidad y fecha) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo y Nº Documento: \_\_\_\_\_ Nº Afiliado: \_\_\_\_\_

## 12. UTILIZACION INDEBIDA DE LOS SERVICIOS

12.1. Quien utilice indebidamente los servicios de AMR Salud S.A., será pasible de las acciones civiles y penales que correspondieren, sin perjuicio de la restitución del costo de aquellos servicios y de los daños y perjuicios que ocasionaren.

12.2. La negativa parcial o total a suministrar información, la falsedad, u ocultamiento de datos en la Declaración Jurada, las simulaciones o fraudes y el uso indebido de los servicios, tanto por el titular, cuanto por los integrantes del grupo familiar, impedirán el ingreso o permanencia en el Sistema y darán lugar a las sanciones impuestas reglamentariamente, previa comunicación al Colegio de Médicos de la 2da. Circunscripción de la Pcia. de Sta. Fe, y notificación al beneficiario.

12.3. Deberán exhibir credencial, recibo de pago del mes en curso y documento de identidad, toda vez que requieran servicios.

## 13. RESPONSABILIDAD DE LOS PRESTADORES

Ofreciendo AMR Salud S.A. a los beneficiarios la libre elección del prestador, dentro de un amplio listado y siempre dentro de los lineamientos de la práctica privada, la responsabilidad profesional de los prestadores ante los beneficiarios o sus derechohabientes, estará a cargo exclusivo de los profesionales, establecimientos e instituciones, sin derecho a acción alguna contra AMR Salud S.A. Los prestadores elegidos y demás profesionales del área de la salud asumirán en forma exclusiva la responsabilidad profesional por su actuación ante los beneficiarios y sus derechohabientes, sin derecho a acción alguna contra AMR Salud S.A.

## 14. CAMBIO DE PLAN

Los beneficiarios podrán cambiar de un plan de cobertura a otro de su elección, presentando una nueva Declaración Jurada de antecedentes de salud, la cual quedará a consideración del Directorio de AMR Salud S.A. la aprobación y fecha de vigencia de dicha solicitud, tanto para acceder a un plan superior o inferior.

## 15. REINTEGROS

Teniendo AMR Salud S.A., servicios normales y regulares en todo el Departamento Rosario por prestadores contratados o adheridos, los reintegros se otorgarán por vía de excepción a valores acordados con los prestadores.

## 16. DESVINCULACION

### 16.1. Comunicación de baja:

Cualquier circunstancia que implique baja de un integrante del grupo familiar (emancipación, fallecimiento, etc.), deberá ser fehacientemente comunicada a AMR Salud S.A., dentro de los 10 (diez) días corridos de producida la causa de la misma.

### 16.2. Rescisión del Contrato:

16.2.1. AMR Salud S.A. puede dar de baja, con causa justificada, al beneficiario, previa comunicación al Colegio de Médicos de la 2da. Circunscripción de la Pcia. de Santa Fe y notificación fehaciente al beneficiario.

16.2.2. El contrato entre AMR Salud S.A. y el beneficiario podrá ser rescindido sin expresión de causa por este último.

## 17. RENUNCIA

17.1 La renuncia producirá efectos a partir de la comunicación fehaciente de la misma por parte del titular, debiendo ser ésta de carácter personal, conforme con las normas que la reglamenten, mediante carta documento, telegrama colacionado o personalmente el beneficiario titular en Casa Central. La renuncia del beneficiario titular, implica automáticamente la baja de la totalidad de los integrantes de su grupo familiar, quienes deberán abstenerse a partir de ese momento de utilizar los servicios. En ese mismo acto o dentro de las 24 (veinticuatro) horas, deberán reintegrar sus credenciales, como así también las órdenes de atención. Asimismo, deberá exhibir comprobante de pago del mes en curso.

17.2. La renuncia o comunicación de baja, debe formalizarse antes del 25 de cada mes y tendrá vigencia el primer día hábil del mes siguiente.

## 18. NORMATIVAS GENERALES

Hasta tanto transcurran 10 (diez) meses de afiliación ininterrumpida en el Sistema, AMR Salud S.A. se reserva el derecho de reconocer o no, total o parcialmente, las prestaciones derivadas de patologías preexistentes, siempre y cuando las mismas sean declaradas. De comprobarse ocultamiento, AMR Salud S.A. se reserva la aplicación de las sanciones disciplinarias contempladas en el Reglamento. La credencial es intransferible. Su adulteración o uso indebido por el beneficiario, terceros o usuarios sin derecho a prestaciones, está penado por ley. Para acceder a las prestaciones, debe tener abonada la cuota del mes en curso.

## 19. DEL ALCANCE GEOGRAFICO DE LA COBERTURA

El sistema AMR Salud S.A., cuenta con cobertura asistencial sólo en el ámbito del Departamento Rosario. La asistencia en caso de urgencias fuera del ámbito del Departamento Rosario, será brindada a través de Servicios Contratados para tal fin, según la cobertura publicada en las cartillas vigentes para cada plan.

### AFILIADO

FIRMA  
ACLARACIÓN

### RESPONSABLE DE AMR SALUD

FIRMA Y  
SELLO