

CONTRATO DE PLANES DE COBERTURA INTEGRAL

TÉRMINOS Y CONDICIONES

El presente documento establece los *Términos y Condiciones* de ROI S.A. (DoctoRed) para la contratación de un plan de cobertura médica asistencial en carácter de usuario/afiliado. El mismo se complementa con el “*Formulario de Solicitud de Afiliación*” y la “*Declaración Jurada de Antecedentes de Salud*”; documentos a suscribir por parte del asociado/afiliado a los fines de solicitar la asociación a este Agente de Seguro de Salud.

Complementan el presente documento de *Términos y Condiciones*, la lista de precio aplicada, los cuadros de beneficios de los planes comercializados por ROI S.A. (DoctoRed) al público en general, la cartilla de prestadores, y las normas administrativas y de auditoría médica a las cuales podrá acceder en nuestra web oficial <https://www.doctored.com.ar/>.

Los presentes *Términos y Condiciones* de ROI S.A. (DoctoRed) resultan aplicables a todos planes de cobertura integral comercializados por ROI S.A. (DoctoRed) al público en general.

1. DEFINICIONES

Existen dos formas de contratación, a saber:

- 1.1) Asociación directa: Contratación mediante la cual el usuario abona el valor total del plan médico asistencial.

Asociación mediante desregulación de aportes y contribuciones: Contratación mediante la cual el afiliado abona la diferencia entre el valor del plan médico asistencial elegido y el importe ingresado en concepto de aportes y contribuciones de ley. Ante un supuesto de pluriempleo y/o sumatoria de aportes, el afiliado titular podrá solicitar la unificación de los aportes y contribuciones de ley.

- 1.2) Aportes de la Seguridad Social: Conforme normativa vigente (Ley 23.660 y normas complementarias, modificatorias y las que se dicten en su reemplazo) resulta el importe porcentual de retención que realizar la parte empleadora y que se visualiza en el recibo de sueldo del empleado.

- 1.3) Contribuciones de la Seguridad Social: Conforme normativa vigente (Ley 23.660 y normas complementarias, modificatorias y las que se dicten en su reemplazo) resulta el importe porcentual de tributo que abona la parte empleadora.

- 1.4) Plan Médico Obligatorio (en adelante PMO): Canasta de prestaciones médicas conforme Resolución N° 201/2002 del Ministerio de Salud, sus normas complementarias, modificatorias y las que se dicten en su reemplazo.
- 1.5) Plan médico asistencial superador: Planes de cobertura integral comercializados por ROI S.A. (DoctoRed) al público en general que brindan prestaciones superadoras del Plan Médico Obligatorio (PMO) y que se encuentra reguladas por la Ley 26.682, sus normas complementarias, modificatorias y las que se dicten en su reemplazo.
- 1.6) Usuario/Afiliado titular: Persona física mayor de dieciocho (18) años responsable de abonar el valor de cuota por la contratación de un plan médico asistencial.
- 1.7) Usuario/Afiliado adherente: Integrante del grupo familiar primario del titular de cobertura.
- 1.8) Usuario/Afiliado: Persona física a la cual se le garantizan las prestaciones del plan médico asistencial contratado.
- 1.9) Grupo familiar: Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge o concubino del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún (21) años, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa. Para todos los supuesto, ROI S.A. (DoctoRed) solicitará la acreditación del vínculo mediante documentación avalatoria otorgada por autoridad judicial o administrativa competente conforme normativa vigente en la materia.
- 1.10) Familiar a cargo: Integrante que no se encuentra incluido dentro de los supuestos descriptos en el punto 1.9.
- 1.11) Prácticas de Baja y Mediana Complejidad: Son aquellas prácticas de rutina, exámenes complementarios y de diagnóstico; a modo enunciativo: análisis clínicos, radiografías, ecografías, etc.
- 1.12) Prácticas de Alta Complejidad: Son aquellas prácticas de alta tecnología y baja frecuencia; a modo enunciativo: tomografías computadas, resonancias magnéticas, medicina nuclear, doppler, densitometría ósea, o prácticas invasivas o con intervencionismo tales como punciones, endoscopias, etc.

- 1.13) Internación Clínica o Quirúrgica por Urgencia: Solicitud de Internación de Urgencia, pedida por su médico de cartilla o por el servicio de Guardia y/o Emergencias.
- 1.14) Internación Quirúrgica Programada: Internación que se realiza para resolver una patología a través de un acto quirúrgico.
- 1.15) Prótesis e Implantes Quirúrgicos: Entendidas como pieza o aparato empleados para sustituir un órgano o un miembro del cuerpo.
- 1.16) Prótesis Externas (No Quirúrgicas) y Órtesis: Dispositivos que sirve para mejorar una función disminuida; a modo enunciativo: férulas, elementos de ortopedia.
- 1.17) Internación Domiciliaria: Prolongación de la internación aguda sanatorial, válida mientras se cumplan alguno de los siguientes parámetros; a modo enunciativo: aplicación de medicación endovenosa, curación de escaras, alimentación enteral por bomba.
- 1.18) Salud Mental: Comprende la atención ambulatoria y/o en internación de cuadros agudos con profesionales especialistas en la materia.

2.- CLÁUSULAS MÍNIMAS (CF. RESOLUCIÓN 2400/2023 SSSALUD) – CONDICIONES GENERALES.

- 2.1 **OBJETO**: el presente contrato tiene por objeto el otorgamiento de prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios y usuarias, a través de una modalidad de asociación voluntaria, mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, con los alcances y extensión de cobertura previstos en el plan contratado.
- 2.2 **COBERTURA PRESTACIONAL**: la cobertura prestacional contratada, sea su pago con o sin derivación de aportes y contribuciones, incluye en su totalidad y sin excepción las prestaciones médico asistenciales incluidas en el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación, el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad previsto en la Ley N° 24.901 y su normativa complementaria, y toda otra prestación de naturaleza médico asistencial incorporada y/o que se incorpore como obligatoria para las Entidades de Medicina Prepaga en leyes especiales. Asimismo, se encontrarán cubiertas las prestaciones adicionales y los prestadores que se detallan en el contrato, con los alcances y exclusiones que en cada caso se informan. En caso de duda respecto de la interpretación de las prestaciones adicionales detalladas, se interpretará en el sentido más

favorable al usuario, considerándose cubierta la prestación de que se trate.

- 2.3 **CARENCIAS:** el usuario accederá a las prestaciones mínimas obligatorias indicadas en la cláusula de “COBERTURA PRESTACIONAL” sin ningún tipo de restricción y/o períodos de carencia o espera.

Las prestaciones adicionales informadas en el presente contrato se encontrarán sujetas a los períodos de carencia y/o espera que en cada caso se señalan, los que en ningún supuesto podrán superar los DOCE (12) meses. En caso de duda respecto de la interpretación del tiempo en el cual el usuario tiene derecho a acceder a las prestaciones adicionales detalladas, se interpretará en el sentido más favorable al propio usuario, aplicándose el plazo más corto.

- 2.4 **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD:** la declaración jurada de salud que el usuario suscribirá junto con el presente contrato sólo contemplará como preexistencia enfermedades o situaciones cuya prestación o tratamiento se encuentren contemplados dentro la cobertura que el plan contratado abarca. En caso de cambio de plan, en cualquier momento de la relación contractual, no se exigirá firma de declaración jurada de salud.

- 2.5 **PREEXISTENCIAS:** Las enfermedades y situaciones preexistentes que surjan de la declaración jurada que el usuario suscribe junto con el presente contrato son las únicas que podrán dar lugar al cobro de un valor diferencial. En caso de que corresponda cobrar un valor adicional por preexistencia, dicho valor deberá ser previamente autorizado por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, de acuerdo a la razonabilidad y adecuado cálculo actuarial con criterios objetivos y uniformes para cada tipo de preexistencia. A tal efecto, el usuario se compromete a colaborar con la entidad y aportar toda la información que resulte necesaria a los efectos de la determinación del valor adicional por preexistencia. En caso de que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD no se expidiera, dentro del plazo de CUARENTA Y CINCO (45) días desde el momento en que hubiera sido requerida la autorización, la Entidad de Medicina Prepaga podrá determinar un valor provisorio que tendrá vigencia hasta el momento en que el referido organismo de contralor se expida.

- 2.6 **PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS:** La prescripción de medicamentos deberá ajustarse a lo previsto en la Ley N° 25.649, de prescripción por nombre genérico, y su normativa reglamentaria.

La entidad se encontrará eximida de cubrir medicamentos cuya prescripción no se ajuste a la Ley o no se encuentren incluidos en la cobertura prestacional contratada.

- 2.7 **PRESTACIONES DE EMERGENCIA:** En caso de duda sobre los alcances de la

cobertura del plan contratado, el usuario tendrá derecho a recibir las prestaciones médicas de urgencia y/o emergencia, correspondiendo resolver luego si estas prestaciones se encontraban o no cubiertas.

- 2.8 **DERECHO DE EQUIVALENCIA:** Toda modificación de la cartilla de efectores prestacionales que pudiere realizarse durante la vigencia de la relación contractual, garantizará que el usuario conserve en todo momento una adecuada equivalencia de la calidad de los servicios contratados. Si por cualquier causa o razón se excluyere a un prestador de la cartilla contratada con el cual el usuario hubiere iniciado tratamiento, éste tendrá derecho a seguir siendo asistido por dicho prestador hasta el alta médica de la patología existente en el momento de producirse la exclusión, sin costo adicional alguno. No obstante lo expuesto, si los valores se apartan notoriamente del precio de mercado, la entidad podrá solicitar autorización a la autoridad de aplicación a los fines de limitar el pago o reintegro a dicho valor.

- 2.9 **FRANJAS ETARIAS:** El valor de cuota del Plan contratado se incrementará en función de la edad del usuario de acuerdo con las franjas etarias establecidas en el presente contrato y/o sus anexos. De consignarse en anexo, éste sólo resultará válido y aplicable si se encuentra firmado por el usuario, o aceptado por medios tecnológicos con validación específica para el caso de contrataciones a distancia, y allí se mencionan explícitamente los valores nominales y/o porcentajes de aumentos previstos para cada franja etaria, así como también los incrementos previstos para los mayores de SESENTA Y CINCO (65) años de edad que tuviesen menos de DIEZ (10) años de antigüedad en la entidad.

La relación de precio entre la franja etaria menos onerosa y la más onerosa no podrá representar una variación de más de TRES (3) veces. De superarse dicho límite, la cuota deberá mantenerse en el tope máximo señalado.

Esta cláusula deberá encontrarse transcrita en tipología y formato adecuadamente legibles para el usuario.

Si no estuviese establecido en el contrato y/o un anexo firmado o aceptado en donde se expliciten las franjas etarias, sus valores nominales y/o porcentajes de aumento, en un todo conforme con lo requerido en el primer párrafo, se interpretará que no se podrán aplicar aumentos por cambio de franja etaria en ningún momento de la relación contractual. La firma y/o aceptación indicadas podrán ser suplidas en contrataciones no presenciales por medios tecnológicos con validación específica.

- 2.10 **VALOR DE CUOTA:** El valor de cuota para el plan contratado es el que surge, de manera clara y específica, del presente contrato y/o de los instrumentos anexos suscriptos con él, debiendo en cualquier supuesto consignarse su

valor en de modo claro e inequívoco. Sólo podrá ser aumentado por los incrementos que expresamente autorice el MINISTERIO DE SALUD en los términos de los artículos 5º, inciso g, y 17 de la Ley N° 26.682, y luego de cumplirse la notificación prevista en el artículo 5º, inciso g, del Decreto N° 1993/2011 (cfr. Decreto N° 66/2019). Asimismo, cuando se trate de planes con diferenciación de la cuota por franja etaria, se admitirá el cambio de categoría de cuota de conformidad con lo previsto en la cláusula “FRANJAS ETARIAS”. La factura y/o comprobante de pago y/o documentación equivalente a emitir en cada mes detallará de manera discriminada los montos que correspondan a: (i) cuota pura, (ii) valor diferencial por preexistencia, (iii) impuestos aplicables y (iv) en su caso, montos que son abonados con aportes y contribuciones de la Seguridad Social.

- 2.11 **PAGO DE CUOTAS MENSUALES:** La fecha de pago de la cuota mensual será la prevista en el presente contrato y/o sus anexos. No obstante, el usuario contará con un plazo de pago que no podrá ser inferior a CINCO (5) días corridos contados desde el vencimiento de la obligación, para el pago íntegro de la cuota mensual sin cargos ni intereses de ningún tipo. De lo contrario, la entidad se encontrará facultada para cobrar intereses desde la fecha de vencimiento de la cuota originalmente pactada. Sin perjuicio de ello, la entidad podrá prorrogar la fecha de vencimiento de la cuota, siempre que ello no implique imponer cargo adicional alguno al usuario.

Todo incremento de cuota autorizado por la autoridad de aplicación deberá ser notificado al usuario con no menos de TREINTA (30) días corridos de anticipación al vencimiento de la factura correspondiente al mes siguiente. En tal supuesto, el usuario tendrá el derecho de ejercer la facultad rescisoria (darse de baja) hasta el día del vencimiento de la próxima factura, sin que la entidad le pueda reclamar monto alguno correspondiente al mes en que se produjo la baja. En tal caso, la entidad deberá dejar sin efecto la factura previamente emitida, la que no le será oponible al usuario.

- 2.12 **DERIVACIÓN DE APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL:** En caso de que, durante cualquier momento de la relación contractual, se abone el valor de la cuota mensual y -según el caso- sus adicionales, total o parcialmente, con la suma de los aportes y las contribuciones que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de la Ley N° 23.660 y/o los correspondientes al Régimen Simplificado Pequeños Contribuyentes, se detallará en el comprobante de pago de la cuota el importe -neto de gastos administrativos- imputado en concepto de aportes y contribuciones que será descontado por compensación. En ningún caso podrá la entidad acreditar y/o entregar total o parcialmente importes de

aportes y contribuciones al afiliado, toda vez que los aportes y contribuciones pertenecen al sistema de seguridad social e integran el concepto de solidaridad al cual acceden. Igualmente, en el supuesto de que el usuario cambie de obra social o de entidad de medicina prepaga, o simplemente rescinda el contrato con esta entidad, los aportes y contribuciones señalados quedarán a favor de la entidad que los haya oportunamente percibido.

En el supuesto de que, por cualquier motivo, el Agente del Seguro de Salud respectivo no derivará la suma de aportes y contribuciones correspondiente al usuario, no se afectará en modo alguno la continuidad del contrato, pero el usuario deberá continuar abonando el valor de cuota contratado.

Si, por cualquier causa, se interrumpiere el vínculo del usuario con el Agente del Seguro de Salud, podrá continuar, con o sin su grupo familiar, contratando en forma directa cualquier plan que comercialice al público en general la entidad, conservando la antigüedad que detentasen y sin exigírsele valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes, a excepción de las preexistencias que haya tenido al momento de la contratación originaria las que se mantendrán vigentes, debiendo el usuario abonar el valor íntegro de la cuota correspondiente al plan elegido.

- 2.13 **GRUPO FAMILIAR:** Sin perjuicio de los integrantes que conforman el grupo familiar en la presente contratación, podrán incorporarse en el futuro nuevos integrantes en los términos del artículo 14 de la Ley N° 26.682 y su reglamentación sólo cuando su filiación responda a hechos sobrevinientes a la presente afiliación, tales como matrimonio, nacimiento de hijos, otorgamiento de adopción, constitución como tutor/curador, etc., dentro de los SEIS (6) meses de ocurrido el hecho. El o los familiares que no cumplan dicha condición, podrán afiliarse mediante contratación individual.
- 2.14 **PROGRESIVIDAD DE LOS DERECHOS:** Ningún cambio que se produzca en las condiciones y/o características de la presente relación contractual, durante toda su vigencia, podrá generar menoscabo en los derechos que hubiere ya adquirido el usuario, con la única excepción del cambio de plan por uno de menor cobertura que el propio usuario pudiere solicitar, el que siempre deberá implicar un menor valor de cuota.
- 2.15 **CONTINUIDAD:** Cuando, por cualquier circunstancia, se suscite una modificación en la condición de afiliación del usuario y/o en el tipo de cobertura contratada, éste podrá solicitar la continuidad en la entidad, en cualquiera de los planes comercializados al público en general, conservando su antigüedad, sin exigírsele valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes, salvo aquellas que se hubieren determinado en su afiliación originaria, las que continuarán vigentes en toda su extensión.

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

- 2.16 **CAMBIOS DE PLAN:** El usuario podrá, en todo momento, decidir el cambio de plan dentro de los comercializados por la entidad al público en general, sin que dicho cambio se considere como una nueva afiliación y sin exigírsele al titular y/o su grupo familiar valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes, salvo las que se hubieren determinado en su afiliación originaria, las que continuarán vigentes en toda su extensión.

En el caso de cambio a un plan superior, se podrá establecer un plazo de permanencia mínimo allí, que será previamente informado al usuario y nunca será superior a DOCE (12) meses. Del mismo modo, podrá limitarse el acceso a prestadores del nuevo plan, no incluidos en el anterior, por un plazo máximo de hasta DOCE (12) meses, siempre que ello sea previa y debidamente informado al usuario y la misma condición se encontrase prevista para nuevos ingresantes al plan.

- 2.17 **RECLAMOS:** En caso de incumplimiento por parte de la entidad a las obligaciones asumidas por el presente contrato, o bien ante conflictos de interpretación de sus alcances, el usuario podrá contactarse con la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, sita en la calle Bartolomé Mitre 434 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1036AAH), Teléfono: (+5411) 4344-2800 / 0800- 222-SALUD (72583), www.sssalud.gob.ar, o bien en cualquiera de sus Delegaciones provinciales, e iniciar el procedimiento administrativo de reclamos previsto en la Resolución N° 75/98 de dicho organismo, o la que en lo sucesivo la sustituya.

Asimismo, podrá realizar los correspondientes reclamos y denuncias por ante las autoridades de Defensa del Consumidor de la jurisdicción cuyos datos a continuación se informan: (Autoridad Nacional <https://autogestion.produccion.gob.ar/consumidores>, Autoridades provinciales <https://www.argentina.gob.ar/produccion/consumidor/oficinas-provinciales> T.E. 0800-666-1518).

- 2.18 **FALLECIMIENTO:** En caso de muerte del usuario titular, los integrantes del grupo familiar conservarán la cobertura contratada durante un período de DOS (2) meses, contados desde el fallecimiento, sin obligación de efectuar pago alguno. Hasta el vencimiento de dicho plazo, el cónyuge supérstite, el descendiente de mayor edad o cualquier otro miembro del grupo familiar a cargo, podrán optar por la continuidad pagando los dos meses indicados precedentemente, para lo cual cualquiera de los mencionados deberá

constituirse como titular del plan. Del valor de cuota a abonar se detraerá la parte correspondiente al titular fallecido.

En caso de fallecimiento de un integrante del grupo familiar distinto del titular, los restantes integrantes del grupo familiar conservarán la cobertura contratada, detrayéndose del valor de cuota a abonar la parte correspondiente al integrante fallecido.

- 2.19 **EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR VOLUNTAD DEL USUARIO:** El usuario podrá rescindir en cualquier momento el contrato de cobertura, sin limitación ni penalidad alguna, debiendo comunicar fehacientemente a la entidad con TREINTA (30) días corridos de anticipación. Dicha comunicación podrá practicarse por medios electrónicos habilitados a tal fin o cualquier otro medio fehaciente y se le otorgará un número de trámite u otra constancia que le permita al usuario acreditar la baja.

La entidad deberá registrar la rescisión del usuario en el momento mismo que éste se la comunique y mantener la cobertura acordada durante toda la vigencia del contrato, que no podrá exceder el plazo señalado en el párrafo anterior, aunque no involucre un mes completo. En este último caso, sólo se cobrará al usuario el proporcional de la cuota respectiva.

Con la conformidad del usuario, la Entidad podrá hacer efectiva la baja en un plazo menor al previsto en el párrafo primero.

No podrá supeditarse el ejercicio de la facultad de rescisión contractual por parte del usuario a la previa cancelación de sumas adeudadas a la Entidad. Sin perjuicio de ello, en caso de que el usuario hubiere rescindido un contrato anterior con la entidad, no podrá incorporarse nuevamente, sea como titular o formando parte de un grupo familiar, sin antes abonar los montos adeudados, con más sus respectivos intereses y recargos correspondientes.

- 2.20 **EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR DECISIÓN DE LA ENTIDAD:** La entidad sólo podrá rescindir el contrato con el usuario en los siguientes supuestos:

- a) Por falta de pago de TRES (3) cuotas íntegras y consecutivas. En este caso, para poder disponer la rescisión deberá haber intimado, en forma fehaciente al usuario, luego de encontrarse impagas las citadas cuotas y sin perjuicio de cualquier intimación que hubiera cursado previamente, a regularizar el pago íntegro de las sumas adeudadas en un plazo de DIEZ (10) días hábiles. Vencido dicho plazo sin que el usuario regularice la deuda, la entidad deberá comunicar fehacientemente al afiliado la rescisión del vínculo contractual. En cualquier caso, si la entidad optare por no comunicar la rescisión del contrato, se abstendrá de continuar devengando nuevos períodos de facturación más allá de las TRES (3) cuotas debidas, encontrándose sólo facultada a suspender el otorgamiento de prestaciones hasta tanto se regularice la deuda. Lo expuesto lo es sin perjuicio del

derecho de la entidad de imputar los pagos parciales primero a intereses y el excedente, si existiese, a la deuda, cuota o período más antiguo.

b) Por falseamiento de la declaración jurada de salud. En este caso, la entidad sólo podrá rescindir el contrato celebrado cuando se verifiquen las siguientes circunstancias que den cuenta de que el usuario no obró de buena fe: (i) el usuario omitió informar una enfermedad o situación preexistente a la afiliación en la declaración jurada; (ii) el usuario sabía de la enfermedad o situación preexistente. En caso de rescisión por falseamiento de la declaración jurada, la entidad se encontrará facultada para rechazar toda nueva afiliación del usuario o usuaria por un plazo de DOCE (12) meses. En caso de contratación de grupo familiar, únicamente se podrá excluir por falseamiento al integrante respecto del cual se hubiere falseado la declaración jurada, conservándose la afiliación del resto del grupo familiar y reduciendo la cuota en la parte proporcional correspondiente al integrante excluido.

3.- CONDICIONES PARTICULARES - CONDICIONES DE INGRESO - DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

3.1 Los postulantes a ingresar como usuario/afiliado a ROI S.A. (DoctoRed) a alguno de sus planes de cobertura integral de salud, deberán completar un *Formulario De Solicitud De Admisión* en todas sus partes y la *Declaración Jurada de Antecedentes de Salud* sobre enfermedades, situaciones o afecciones preexistentes, patologías seculares, cirugías llevadas a cabo, tratamientos recibidos con anterioridad o que se estén llevando a cabo al momento de la solicitud, como así también tratamientos a futuro que hayan sido establecidos por observaciones de profesionales médicos, y toda otra información requerida en la referida declaración. El solicitante es personalmente responsable por la información suministrada en su declaración jurada, como así también por la correspondiente a cada uno de los integrantes de su grupo familiar.

3.2 La veracidad, exactitud e integridad de la información suministrada por el solicitante en la/s declaración/es jurada/s son condiciones fundamentales y esenciales para la celebración del presente, toda vez que dicha información deviene indispensable para el otorgamiento del consentimiento de ROI S.A. (DoctoRed), a fin de perfeccionar el presente contrato. En consecuencia, la inexactitud, omisión, falacia, falsedad, o divergencia con la realidad de la información suministrada por el solicitante en dicha/s declaración/es producida con dolo, ocultación maliciosa, error inexcusable, simulación o fraude, generará sin más la facultad de resolver el contrato por exclusiva culpa del solicitante o asociado, debiendo tan sólo notificarse en forma fehaciente la

voluntad en tal sentido.

3.3 Notificada en forma fehaciente la baja por falseamiento de la Declaración Jurada, ROI S.A. (DoctoRed), se reserva la facultad de exigir el reintegro de las prestaciones que hubiere efectuado el usuario/afiliado con más los daños y perjuicios que se le hubieren causado; acción esta que podrá ejercerse por vía de acción y/o de excepción y/o de reconvencción judicial.

3.4 Ante el supuesto de situaciones preexistentes tanto del titular y/o de un integrante de su grupo familiar, el comienzo de la afiliación tendrá lugar cuando la Autoridad de Aplicación se expida respecto al valor diferencial solicitado por ROI S.A. (DoctoRed) o cuando el usuario titular manifieste la aceptación del mismo.

3.5 Para el supuesto que el usuario/afiliado decida abonar la totalidad de la deuda registrada por cuotas impagas del plan médico asistencial oportunamente contratado, y solicite una nueva afiliación, DoctoRed le solicitará completar una nueva *Declaración Jurada de Antecedentes de Salud*.

3.6 Para el supuesto de utilización de validación de datos biométricos, el titular presta consentimiento ante ROI S.A. (DoctoRed) para confrontar sus datos personales con la base de datos del Registro Nacional de las Personas (Renaper); alcanzando al tratamiento de los datos incluidos en el Documento Nacional de Identidad (incluyendo datos biométricos de reconocimiento facial en confronte y huella dactilar). ROI S.A. (DoctoRed) dará tratamiento a los datos personales con el exclusivo objetivo de validar identidad y verificar vigencia del Documento Nacional de Identidad, siendo destruidos con posterioridad sin ser almacenados.

3.7 El titular de los datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de sus datos en cualquier momento y a su sola solicitud ante Registro Nacional de las Personas (Renaper).

4.- PROCEDIMIENTO PARA LA AFILIACIÓN

4.1 Cuando nazca un niño en el seno de un grupo familiar asociado a ROI S.A. (DoctoRed), el recién nacido tendrá la misma cobertura que el/los padres, desde el momento de su nacimiento hasta los treinta (30) días corridos de haber nacido. Durante este período los padres deberán realizar todos los trámites de incorporación del menor a la cobertura. ROI S.A. (DoctoRed) solicitará la acreditación del vínculo mediante documentación avalatoria otorgada por autoridad judicial o administrativa competente conforme normativa vigente en la materia.

4.2 Para el supuesto de solicitud de alta de adherente a un asociado titular mediante desregulación de aportes y contribuciones se requerirá la

presentación de documentación avalatoria otorgada por autoridad judicial o administrativa competente conforme normativa vigente en la materia; a modo enunciativo se informa: recibo de sueldo, CODEM (constancia con los datos de identificación del titular, su grupo familiar y la obra social elegida), documento de identidad.

- 4.3 ROI S.A. (DoctoRed) se reserva el derecho a resolver la contratación en caso de detectar afiliado que registre dos (2) obras sociales en simultáneo; ya sea como titular o como integrante del grupo familiar (cf. Decreto 292/1995, Decreto 1608/2004, sus normas complementarias, modificatorias y las que se dicten en su reemplazo).

5.- ALCANCE DE LA COBERTURA – PLANES - PRESTADORES

5.1 Se detallan los planes de cobertura integral comercializados por ROI S.A. (DoctoRed):

- a) **Plan 500:** Plan médico asistencial que garantiza las prestaciones del Plan Médico Obligatorio (en adelante PMO), cuya cartilla puede ser consultada en <https://www.doctored.com.ar/doctored-500>
- b) **Plan 1000:** Plan médico asistencial superador cuyo cuadro de beneficios y cartilla pueden ser consultados en <https://www.doctored.com.ar/doctored-plan-1000>
- c) **Plan 2000:** Plan médico asistencial superador cuyo cuadro de beneficios y cartilla pueden ser consultados en <https://www.doctored.com.ar/doctored-plan-2000>
- d) **Plan 3000:** Plan médico asistencial superador cuyo cuadro de beneficios y cartilla pueden ser consultados en <https://www.doctored.com.ar/doctored-plan-3000>

5.2 El usuario/beneficiario podrá acceder en nuestra web oficial <https://www.doctored.com.ar/> y/o en nuestra App a:

- a) Los cuadros de beneficios del plan contratado por su parte.
- b) La cartilla de prestadores.
- c) Las normas administrativas y de auditoría médica (a modo enunciativo, Formularios de empadronamiento, Formulario de Solicitud de Baja, etc.).

5.3 A los fines de acceder a las prestaciones médico-asistenciales el usuario/beneficiario deberá presentar credencial y documento de identidad. La

credencial es personal e intransferible.

5.4 Las prestaciones complementarias o superadoras del Plan Médico Obligatorio (PMO) cuentan con un tiempo de espera de doce (12) meses, a excepción que el cuadro de beneficios del plan contratado especifique un plazo menor.

5.5 ROI S.A. (DoctoRed) podrá modificar cuantitativamente la cartilla de prestadores y las normas de acceso al uso de los servicios siempre y cuando ello no modifique significativamente la calidad del servicio existente al momento de la incorporación del usuario/afiliado al plan de salud contratado.

5.6 Las prestaciones prescriptas por profesionales que integran la cartilla de los planes comercializados al público en general, se encuentran sujetas a auditoria médica previa a su autorización por parte ROI S.A. (DoctoRed), quien se encuentra facultada a ofrecer una alternativa terapéutica.

5.7 Los profesionales que integran la cartilla de los planes comercializados al público en general se encuentran facultados única y exclusivamente a brindar las prestaciones en la especialidad informada en la cartilla aprobada por ROI S.A. (DoctoRed) y que se encuentra disponible en nuestra web oficial <https://www.doctored.com.ar/> y/o en nuestra App; con independencia de otras especialidades medicinales que el profesional se encuentra habilitado a ejercer conforme normativa vigente en la materia.

5.8 La reserva de cama en institución sanatorial se encuentra sujeta a la disponibilidad del prestador, tanto para internación de urgencia o programada.

5.9 En caso de internación se informa que la institución sanatorial puede solicitar un depósito en forma previa a los fines de solventar gastos eventuales excluidos de la cobertura contratada por el titular con ROI S.A. (DoctoRed).

6.- PRESTACIONES CON COBERTURA

6.1 Ámbito geográfico: ROI S.A. (DoctoRed) brinda servicios médico-asistenciales a los usuarios/beneficiarios domiciliados o con residencia transitoria o permanente exclusivamente en el territorio de la República Argentina.

6.2 Prácticas de Baja y Mediana Complejidad: Cuenta con cobertura al cien por ciento (100%) exclusivamente aquellas incluidas en el PMO que hayan sido prescriptos por prestadores de la cartilla del plan contratado y deberán ser realizadas en dichos prestadores.

6.3 Prácticas De Alta Complejidad: Cuenta con cobertura al cien por ciento (100%) exclusivamente aquellas incluidas en el PMO que hayan sido prescriptos por

prestadores de la cartilla del plan contratado y deberán ser realizadas e en dichos prestadores.

- 6.4 Internación Clínica o Quirúrgica por Urgencia: Cuenta con cobertura al cien por ciento (100%) exclusivamente aquellas incluidas en el PMO, se podrá realizar en cualquier institución de cartilla sin autorización previa, ingresando por guardia.
- 6.5 Internación Quirúrgica Programada: Cuenta con cobertura al cien por ciento (100%) exclusivamente aquellas incluidas en el PMO. El médico tratante realizará la derivación quirúrgica al especialista correspondiente, esta orden deberá ser autorizada en forma previa por Auditoría Médica derivando la resolución quirúrgica al prestador de cartilla que corresponda según la complejidad del caso a resolver.
- 6.6 Prótesis e Implantes Quirúrgicos: Cuenta con cobertura al cien por ciento (100%) exclusivamente aquellas incluidas en el PMO, en prótesis e implantes de colocación interna permanente exclusivamente de origen nacional. Esta prestación requiere autorización previa por parte de Auditoría Médica.
- 6.7 Prótesis Externas (No Quirúrgicas) Y Órtesis: Cuenta con cobertura al cincuenta por ciento (50%) exclusivamente aquellas incluidas en el PMO, exclusivamente de origen nacional. Esta prestación requiere autorización previa.
- 6.8 Ante la solicitud de provisión de una prótesis o elemento de osteosíntesis se solicitará al usuario/afiliado presentar documentación médica respaldatoria; a modo enunciativo: Historia Clínica, informes de estudios diagnósticos que confirmen la patología, etc.
- 6.9 Las indicaciones médicas se indicarán por nombre genérico, sin mención o sugerencia de marca u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto, ni proveedor de dicho material.
- 6.10 Internación Domiciliaria: Cuenta con cobertura al cien por ciento (100%) exclusivamente aquellas incluidas en el PMO hasta la finalización del tratamiento indicado, que hayan sido prescritos por prestadores de la cartilla del plan contratado previa autorización por parte de la auditoría médica.
- 6.11 Cuidados Paliativos: Cuenta con cobertura al cien por ciento (100%) exclusivamente aquellas incluidas en el PMO, que hayan sido prescritos por prestadores de la cartilla del plan contratado previa autorización por parte de la auditoría médica

- 6.12 Salud Mental: Cuenta con cobertura al cien por ciento (100%) exclusivamente aquellas incluidas en el PMO, previa autorización por parte de la auditoría médica para la derivación a profesional por especialidad en virtud de la cartilla por plan.

Prestaciones cubiertas: atención ambulatoria con tope hasta treinta (30) sesiones por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad de cuatro (4) consultas mensuales. En las internaciones se cubrirán patologías agudas en la modalidad institucional u hospital de día, con tope hasta treinta (30) por año calendario.

- 6.13 Odontología: Cuenta con cobertura al cien por ciento (100%) exclusivamente aquellas incluidas en el PMO, en prestadores de cartilla del plan contratado.

- 6.14 Rehabilitación: Cuenta con cobertura al cien por ciento (100%) exclusivamente aquellas incluidas en el PMO, en prestadores de cartilla del plan contratado, previa autorización por parte de Auditoría Médica. Prestación con tope de sesiones por año conforme cuadros de beneficios de los planes comercializados por ROI S.A. (DoctoRed) al público en general, a las cuales podrá acceder en nuestra web oficial <https://www.doctored.com.ar/>.

- 6.15 Atención Domiciliaria - Urgencias y Emergencias: La atención médica domiciliaria a través del Servicio de Urgencias, contempla la asistencia médica de un profesional en Clínica Médica o Pediatría para la asistencia primaria del cuadro. Si de esta evaluación surge la necesidad de una Internación de Urgencia la misma será coordinada por el Servicio de Urgencia.

- 6.16 Traslados en Ambulancia: Este beneficio se brinda para los usuarios/beneficiarios que requieran traslado en camilla, desde, hasta o entre establecimientos de salud; con o sin internación y que sea necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología. Requiere autorización previa por parte de Auditoría Médica. Se solicitará, en primera instancia, pedido médico por parte de prestador de cartilla del plan contratado, indicando medio de traslado, las características del móvil y justificativo médico; pudiendo ampliarse la documentación médica avalatoria a criterio de Auditoría Médica. En caso de Urgencia el traslado se realizará al lugar más cercano que cuente con la complejidad requerida dentro del territorio de la República Argentina.

- 6.17 Farmacia - Cobertura Ambulatoria: Beneficio en atención ambulatoria consistente en un descuento en Medicamentos incluidos en el Vademécum de GRUPO ROI SA, sobre el precio de venta al público de los medicamentos de acuerdo al alcance de cada plan. Conforme lo establecido en la Res. N° 310/04

MSAL, sus normas complementarias, modificatorias y las que se dicten en su reemplazo, se cubrirá la medicación crónica con el descuento establecido en dicha Resolución. Las prescripciones deberán ser emitidas por profesionales de la cartilla del plan contratado y estar indicadas por su nombre genérico o principio activo.

- 6.18 Medicamentos Especiales: Tendrán cobertura al cien por ciento (100%) la medicación inherente a las patologías previstas con esta cobertura de acuerdo a las Resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, como, por ejemplo: Plan Materno Infantil, Diabetes, Anticoncepción, Oncología, HIV, Hepatitis B y C, etc. Para acceder a la provisión de los medicamentos con cobertura al cien por ciento (100%) el usuario/beneficiario deberá presentar: Historia Clínica, protocolo de tratamiento incluyendo Dosis diaria y tiempo estimado del mismo, cumpliendo con las especificaciones previstas por la Superintendencia de Salud. Esta medicación solo se entregará en las farmacias designadas por la Auditoría Médica y con autorización previa. Los medicamentos de venta libre no tienen ningún tipo de descuento. Medicamentos ambulatorios al cuarenta por ciento (40%) y los productos autorizados por ANMAT, que se comercializan en el mercado farmacéutico nacional, con el mismo principio activo, forma farmacéutica, concentración y cantidad de unidades. La metodología de cálculo de precio de referencia figura en el Anexo II de la Resolución 27/2022 MSAL, sus normas complementarias, modificatorias y las que se dicten en su reemplazo, es decir al setenta por ciento (70%) -Cobertura de medicamentos al 70% para enfermedades crónicas más frecuentes-.
- 6.19 Vacunas: Cuarenta por ciento (40%) de descuento en Farmacias y Centros de vacunación adheridos, con la sola presentación de su credencial, prescripción médica y Documento de Identidad, siempre que las vacunas se encuentren incluidas en el Calendario Oficial y Resoluciones específicas emitidas por autoridad competente.
- 6.20 Celiaquía: Cobertura asistencial a las personas con celiaquía, que comprende la detección, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento exclusivamente aquellas incluidas en el PMO que hayan sido prescritos por prestadores de la cartilla del plan contratado. La cobertura relativa a harinas y premezclas libre de gluten se realizará mediante reintegro hasta el tope mensual establecido (cf. PMO vigente).
- 6.21 Óptica: Cobertura de un (1) par de lentes estándar por año calendario para retirar por la red de ópticas conforme cartilla del plan contratado o mediante

reintegro con tope prestacional conforme cuadros de beneficios de los planes comercializados por ROI S.A. (DoctoRed) al público en general, a las cuales podrá acceder en nuestra web oficial <https://www.doctored.com.ar/>

- 6.22 Otoamplifonos: Cobertura del cien por ciento (100 %) para niños de hasta quince (15) años según PMO y/o adultos discapacitados con autorización previa de auditoría médica.
- 6.23 Trasplante de Órganos: Se requiere autorización previa de Auditoría médica. Cobertura exclusivamente aquellas incluidas en el PMO que hayan sido prescriptos por prestadores de la cartilla del plan contratado. Se brinda cobertura en estudios previos del paciente y del donante, internación y cirugía, con prestadores contratados (cf. Ley 27.447, sus normas complementarias, modificatorias y las que se dicten en su reemplazo).
- 6.24 Discapacidad: Se garantiza cobertura integral exclusivamente para los usuarios/beneficiarios titulares de un Certificado Único de Discapacidad (en adelante CUD) emitido por autoridad administrativa competente conforme normativa vigente en la materia. Todas las prestaciones requieren autorización previa de Auditoría Médica. Se garantiza cobertura exclusivamente para prestaciones incluidas conforme a Ley 24.901 sus normas complementarias, modificatorias y las que se dicten en su reemplazo; que hayan sido prescriptos exclusivamente por prestadores de la cartilla del plan contratado y que resulten exclusivamente inherentes a su discapacidad según CUD. Las prestaciones serán brindadas exclusivamente por prestadores de la cartilla del plan contratado. En forma previa al inicio de cualquier tratamiento se requiere contactarse con ROI S.A. (DoctoRed) - T.E. 0800 348 1027 Experiencia del Socio- para el asesoramiento acerca de la documentación médica a presentar como así también los prestadores disponibles por plan. ROI S.A. (DoctoRed) se reserva el derecho de solicitar la realización de evaluación interdisciplinaria mediante su equipo conformado a tales efectos en forma previa y/o durante el tratamiento. La misma tiene por finalidad evaluar el plan de tratamiento propuesto y ofrecer alternativas terapéuticas acordes. Se garantiza la provisión integral de medicación que resulten exclusivamente inherentes para el tratamiento de la discapacidad según CUD.
- 6.25 Los insumos que sean provistos por ROI S.A. (DoctoRed) y/o terceros contratados a tales fines, serán entregados en carácter de comodato y, por lo tanto, el titular se encuentra obligado a devolverlos en buen estado de conservación, conforme evaluación de auditoría médica respecto al plazo requerido conforme el tratamiento realizado. En caso de incumplimiento, ROI

S.A. (DoctoRed) se reserva el derecho de incluir el costo en la facturación posterior, previa intimación fehaciente.

7.- PRESTACIONES EXCLUIDAS DE COBERTURA

7.1. Prestaciones no incluidas en el PMO vigente, con excepción de las prestaciones superadoras reconocidas en forma expresa conforme cuadros de beneficios de los planes comercializados por ROI S.A. (DoctoRed) al público en general, a las cuales podrá acceder en nuestra web oficial <https://www.doctored.com.ar/>. Excedente de gastos con relación a las coberturas y/o a los topes establecidos según plan.

7.2 Usuario/Beneficiario que decida domiciliarse o residir de forma transitoria o permanente en país limítrofe no contará con cobertura.

7.3 Prestaciones en el extranjero, sean o no realizables en la República Argentina, a excepción de la cobertura limitada para planes mixtos o cerrados detallado en el apartado “Planes Asistenciales–Clasificación General” y/o en el apartado “Asistencia Médica al Viajero”.

7.4 El alta médica otorgada durante internación sanatorial establece el fin de la cobertura por parte de ROI S.A. (DoctoRed). La permanencia injustificada del usuario/beneficiario quedará a exclusivo cargo del titular de cobertura.

7.5 No se encuentran cubiertas bajo modalidad de reintegro toda prestación no cubierta por plan contratado mediante prestadores propios. Asimismo, no se encuentran cubiertas bajo modalidad de reintegro las prestaciones que se detallan a continuación: Discapacidad, tratamientos del dolor, prestaciones en las que exista relación de parentesco entre el efector y el paciente; a saber: cónyuge, conviviente, unión convivencial, ascendiente, descendiente, hermano, progenitor afín, pariente por afinidad hasta el primer grado (cf. Título IV Parentesco Capítulo 1 CCyCN y normas complementarias y modificatorias).

7.6 Check-up laborales, accidentes de trabajo, enfermedades laborales y profesionales, u otras similares y/o sus complicaciones y/o incapacidades, contempladas en la legislación vigente sobre Riesgos del Trabajo. Estos deberán ser cubiertos por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) correspondiente.

7.7. Gastos producidos por acciones y/u omisiones dolosas o culposas de terceros o derivaciones de las mismas, quedando autorizada para subrogarse, contra cualquier tercero, en los derechos y acciones que hayan motivado su intervención, los cuales son cedidos irrevocablemente por el beneficiario o sus herederos, hasta el costo total de los servicios que puedan haber sido suministrados por ROI SA (DoctoRed).

7.8. Cirugía o tratamientos no reparadores de función: plásticos estéticos o cosméticos (a modo enunciativo: post-cicatrices, cirugía de la cara, mamas, abdomen, liposucción, hipertrofia mamaria, gigantomastia, lipomastia, etc.) así como sus complicaciones.

Estará cubierta la cirugía plástica inmediata e inicial post-accidente, que fuera necesaria según criterio de la Auditoría Médica. Cirugía fibroquística o adenosis bilateral de las mamas, salvo precisa indicación de médico mastólogo.

7.9. Cirugía refractiva (excimer láser), salvo casos puntuales, según plan, patología, edad y grados de dioptrías establecidos en los cuadros de beneficios de los planes comercializados por ROI S.A. (DoctoRed) al público en general (a las cuales podrá acceder en nuestra web oficial <https://www.doctored.com.ar/>), retoques postcirugía refractiva, terapia fotodinámica de la retina.

7.10. Prestaciones en el extranjero, sean o no realizables en la República Argentina, a excepción de la cobertura limitada para planes mixtos o cerrados detallado en el apartado “Planes Asistenciales–Clasificación General” y/o en el apartado “Asistencia Médica al Viajero”.

7.11. Tratamientos kinesio-fisioterapéuticos en domicilio para pacientes no postrados. Internación en centro asistencial por enfermedad crónica irreversible cuando a criterio médico la misma pueda ser reemplazada por la modalidad de asistencia domiciliaria. Gastos en geriátricos o colonias. Reintegro de gastos ocasionados por asistencia a talleres de recreación y/o rehabilitación.

7.12. Estudios genéticos de investigación sobre paternidad y estudios o test genéticos prenatales en parejas sin antecedentes familiares de afecciones genéticas.

7.13. Extras sanatoriales, estadía y extras de acompañante en caso de internación de beneficiarios mayores de 12/14 años, y extras en acompañantes para menores de esas edades, según plan. Honorarios correspondientes a licenciadas en nutrición (“dietistas”) dentro de internación, los que estarán incluidos en el ítem pensión de sanatorio. Ambulancia aérea. Transporte terrestre en ambulancia fuera de internación (consultas, controles, estudios, etc.) y/o en internación no cubierta por ROI S.A. (DoctoRed), aún en casos de emergencias y/o justificados.

7.14. Podología, cosmiatría (celulitis, tratamientos de belleza, ‘peeling’, kinesiología estética, etc.), drenaje linfático, presoterapia secuencial o no, masajes, ejercicio, acondicionamiento físico y/o gimnasia de cualquier tipo, hidroterapia, medicina alternativa: homeopatía, iris diagnóstico, naturista, etc.; acupuntura, osteopatía, mesoterapia, quiropraxia, masoterapia, manipulación y toda práctica similar, aun cuando fuere realizada por un profesional y/o médico con título habilitante. Terapias o curas de revitalización o rejuvenecimiento, antiestrés (spa, etc.). Check up programado en instituciones o sanatorios, con o sin internación.

7.15. Silla de rueda de autopropulsión, cama ortopédica eléctrica, órtesis robóticas.

7.16. Procedimientos de diagnóstico, de laboratorio, y/o tratamientos, tales como perfusión de órganos, injertos, inyecciones y/o implantes de material diverso, células, tejidos y/u órganos, y/o sus complicaciones o consecuencias que no tengan obligatoriedad legal; litotricia vesicular, cámara hiperbárica, terapéutica quelante,

regeneradores y/o sustitutos óseos; análisis del pelo; estudios de la respiración durante el sueño; Iconografía.

7.17. Tratamientos y/u operaciones no reconocidas por Sociedades Médicas Científicas Argentinas y/o Autoridades Gubernamentales Nacionales del sector salud, Instituciones Oficiales o de países con alta vigilancia sanitaria como Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Japón o la Unión Europea. Tratamientos y/u operaciones no reconocidas por hallarse aún en etapa experimental como por ejemplo cirugía para la enfermedad de Parkinson.

7.18. Internación por enfermedades nerviosas o mentales crónicas, curas de reposo o similares.

7.19. Medicación que no se encuentre reconocida por la Autoridad Sanitaria Nacional y medicación oncológica que no forme parte de esquemas terapéuticos aprobados por la mencionada autoridad.

7.20. Productos de venta libre en farmacias.

7.21. Herboristería, suplementos dietarios, champúes, productos cosmetológicos y/o de protección solar; termómetros, vaporizadores, elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, chupetes, pezoneras; materiales de curación: antisépticos, gasas, tela adhesiva, jeringas, agujas, muñequeras, coderas o similares, fajas, vendas, pieles medicinales o para injertos, bolsas para la aplicación de frío/calor, nebulizadores, aerocámaras, reflectómetros, medias terapéuticas antiembólicas, estimuladores eléctricos (pelviano, etc.), pesarios o similares.

7.22. Productos nutricionales, alimenticios o dietéticos para alimentación gastrointestinal o parenteral fuera de internación, salvo los indicados y supervisados por médicos de cartilla de ROI S.A. (Doctored).

7.23. Reposición de sangre, plasma y sus derivados (crioprecipitados, etc.).

7.24. Prótesis cosméticas, peneanas, testiculares y esfínteres artificiales. Estimuladores epidurales, neuro estimulador implantable, prótesis neuro cibernéticas, prótesis electrónicas o computarizadas, excepto aquellos dispositivos que estén descriptos en las normas legales vigentes.

7.25. Prótesis dentomaxilares, ortodoncia y/u ortopedia de los maxilares según características de los planes; rellenos óseos (naturales o sintéticos, plasma rico en plaquetas) y membranas para regeneración tisular guiada de cualquier tipo; plásticas de gingiva en tratamientos periodontales. Radiodiagnósticos con trazados especiales; resonancia magnética nuclear o tomografía computada de maxilar (Dento-Scan, etc.) como estudio pre-implantológico. Implantes dentarios (metálicos, cerámicos, etc.) y/o prótesis implantosoportada, según planes. Selladores en mayores de 14 años, y en piezas dentarias temporarias. Topicación con flúor en mayores de 13 años. Tratamiento de lesiones de tejidos duros por medio de láser. Cualquier tipo de procedimiento de blanqueamiento dental. Complicaciones en casos de riesgos no cubiertos. Atención

buco-dental y/o tratamiento post-accidentes (no de riesgos no cubiertos), salvo la inmediata o inicial (dentro de los primeros seis meses) que fuese necesaria según criterio del Departamento de Auditoría Odontológica.

En caso que ROI S.A. (DoctoRed) se vea obligada, por cualquier motivo, a brindar alguna de las prestaciones descriptas que se encuentran excluidas, brindará las mismas por medio del plan que garantiza las Plan Médico Obligatorio (PMO); con independencia del plan superador contratado por el titular.

8.- CAMBIO DE PLAN

8.1 Las solicitudes de cambio de plan ascendente o descendente deberán ser previamente autorizadas por ROI S.A. (DoctoRed) y tendrán vigencia a partir del mes inmediato siguiente.

8.2 Los cambios de plan ascendente o descendente pueden efectuarse luego de tener una antigüedad de por lo menos un (1) año como usuario/afiliado de ROI S.A. (DoctoRed) en el plan anterior.

8.3 Es requisito para solicitar cambio de plan (ascendente o descendente) no registrar deuda vencida impaga.

8.4 La solicitud de cambio aplicará a la totalidad del grupo familiar para el caso de asociados mediante desregulación de aportes y contribuciones.

8.5 Los consumos de las prestaciones con tope de sesiones, se suman a los consumos de sesiones del nuevo plan.

9. FACTURACIÓN Y COBRANZA

9.1 ROI S.A. (DoctoRed) enviará mensualmente al usuario/beneficiario titular una factura/resumen de cuenta con el desglose de los conceptos incluidos y el importe total a pagar que deberá hacerse efectivo según el vencimiento que en ella se indique.

9.2 Los sistemas de pago habilitados resultan: débito automático, pago por tarjeta de crédito, débito, transferencia), y los que en un futuro sean habilitados e informados en la web oficial (<https://www.doctored.com.ar/>).

9.3 El día de pago se considerará en todos los casos el día que ROI S.A. (DoctoRed) haya recibido efectivamente el importe correspondiente, o bien el día en que el beneficiario lo hubiese abonado en los bancos u otras bocas de cobranza no bancarias con que ROI S.A. (DoctoRed) tiene un convenio especial para la cobranza de la factura resumen de cuenta.

9.4 La falta de pago de una (1) cuota genera morosidad, ROI S.A. (DoctoRed) podrá, sin previa notificación, limitar las prestaciones garantizadas al Plan Médico Obligatorio (PMO); sin perjuicio de la facultad establecida en el punto 2.20 a) CLÁUSULAS MÍNIMAS (CF. RESOLUCIÓN 2400/2023 SSSALUD) - CONDICIONES GENERALES.7.5

La no puntualidad estricta en el cumplimiento de los pagos, producirá la mora en forma automática a los contados desde el vencimiento de la factura. Vencido el plazo indicado ROI S.A. (DoctoRed) aplicará interés con más los gastos administrativos y/o de rehabilitación, que se incluirán en la factura resumen de cuenta del mes siguiente.

10.- VALOR DE CUOTA – FRANJAS ETARIAS

10.1 Las cuotas mensuales de ROI S.A. (DoctoRed) son establecidas en función del plan asistencial elegido por el beneficiario titular, su edad y según la constitución y edad de los beneficiarios del grupo familiar, al momento de la contratación, conforme las franjas etarias cuyo cuadro se detallan a continuación y a su respectivo incremento de acuerdo a la lista de precio vigente al momento su incorporación a ROI S.A., la cual ha sido debidamente presentada ante la SSSALUD en su carácter de Autoridad de Aplicación y que Ud. puede consultar en la web oficial del Organismo (cf. <https://www.argentina.gob.ar/valores-de-los-planes-de-prepagas>):

	Próximo Rango						
	18-25	25-35	36-45	46-55	56-60	61-69	70-79
% Incremento según incremento de edad							
18-25	0%	40%	67%	114%	133%	160%	270%
25-35		0%	19%	53%	67%	86%	164%
36-45			0%	29%	40%	56%	122%
46-55				0%	9%	21%	73%
56-60					0%	11%	59%
61-69						0%	42%
70-79							0%

*En caso de ingreso de aportes y contribuciones por parte de la Seguridad Social, los mismos serán computados como concepto y se tomarán a cuenta del valor de cuota informado.

10.2. El valor de cuota podrá sufrir incrementos o descuentos relacionados con modificaciones en la composición del grupo familiar formado por el beneficiario titular y su grupo familiar

10.3 ROI S.A. (DoctoRed) informará el incremento en el valor de cuota con una antelación de treinta (30) días corridos al vencimiento de la factura en la que aplicará dicho aumento. El titular se encuentra facultado, en caso de no aceptación, a rescindir sin cargo el plan contratado.

10.4 La persona mayor de sesenta y cinco (65) años con menos de diez (10) años de antigüedad de forma continua e ininterrumpida contarán con un valor de cuota diferencial conforme normativa vigente (cf. Ley 26.682, Res. 2407/2023 SSSALUD y sus normas complementarias, modificatorias y las que se dicten en su reemplazo).

Años de antigüedad	65 a 69 años de edad (30%)	70 a 74 años de edad (30%)	75 años de edad en adelante (40%)
Menos de 6 meses	30%	60%	100%
1 año	27%	54%	90%
2 años	24%	48%	80%
3 años	21%	42%	70%
4 años	18%	36%	60%
5 años	15%	30%	50%
6 años	12%	24%	40%
7 años	9%	18%	30%
8 años	6%	12%	20%
9 años	3%	6%	10%

10.5 A los efectos del cálculo previsto en el punto anterior, se computará como año completo de afiliación la fracción mayor de seis (6) meses y la antigüedad a contemplar para la aplicación de la matriz será, en todo momento, la que el usuario o usuaria poseía al momento de cumplir los sesenta y cinco (65) años. Ésta determinará el porcentaje máximo de aumento a aplicar sobre el valor de cuota vigente al momento de cumplir el afiliado los sesenta y cinco (65) años de edad, el que se podrá incrementar en las tres (3) franjas etarias indicadas en la matriz transcripta, hasta los porcentajes máximos que en cada una de ellas se señala, calculándose siempre sobre el valor de cuota vigente al momento de cumplir el afiliado los sesenta y cinco (65) años de edad, actualizado por los porcentajes de aumento autorizados en función del artículo 17 de la Ley N° 26.682 y normas complementarias, modificatorias y las que se dicten en su reemplazo.

11- BENEFICIOS ADICIONALES

11.1 Asistencia al viajero: Este servicio se brinda al afiliado ante futuros viajes mediante la empresa PAX ASSISTANCE o la que la reemplace en el futuro de acuerdo al cuadro de beneficios de los planes comercializados por ROI S.A. (DoctoRed) al público en general, a las cuales podrá acceder en nuestra web oficial <https://www.doctored.com.ar/>

Se deberá dar aviso con anticipación de diez (10) días hábiles a ROI S.A. (Doctored) para activar la cobertura correspondiente, ocasión en la que se informará el reglamento operativo de este servicio.

11.2 Los beneficios comprenden exclusivamente a cuadros de urgencias y evolución inesperada, aguda y no programada, que impidan la continuación del viaje (siempre que el motivo del mismo no fuera el tratamiento de una enfermedad de base o preexistente) y se presta con topes estipulados y por períodos de viaje que no superen a los sesenta (60) días corridos.

12.- BAJA.

Se describen las diferentes formas de producirse la baja, las cuales se mencionan y reglamentan en los puntos siguientes.

11.1 Extinción del Contrato por voluntad del usuario.

12.1.1 Botón de arrepentimiento:

El titular podrá solicitar la cancelación de la solicitud que haya efectuado con vigencia dentro de los últimos (diez) 10 días de la contratación de un plan médico asistencial; para lo cual deberá completar el formulario disponible en la web (<https://www.doctored.com.ar/>) y/o App.

La cancelación de la solicitud de alta implica que se interrumpirá el ingreso como socios de todos los integrantes del grupo familiar que hayan sido declarados en el “Formulario de Solicitud de Afiliación”

En caso de haber registrado consumos, se cursará la baja del servicio a la fecha solicitada y se emitirá una facturación por los días correspondientes.

12.1.2 Botón de Baja:

El titular de cobertura resulta el asociado habilitado para solicitar la baja, para lo cual deberá completar el formulario disponible en la web (<https://www.doctored.com.ar/>) y/o App.

12.1.2 a) La solicitud de baja efectuada por el titular de cobertura de un plan mediante desregulación de aportes y contribuciones, motiva la baja de todo el grupo familiar.

12.1.2 b) El titular podrá solicitar la baja del plan médico asistencial contratado hasta los días veinticinco (25) del mes en curso. La vigencia del plan médico continuará activa hasta el último día del mes en curso.

12.1.2 c) No procede la solicitud de baja en forma retroactiva.

12.1.2 d) Todo consumo efectuado por el asociado titular y/o su grupo familiar luego de rescindido el contrato estará a su exclusivo cargo, y en razón de ello le será facturado a valores de mercado.

12.1.3 Fallecimiento del titular.

Estipulado en punto 2.18) del capítulo Cláusulas Mínimas (Cf. Resolución 2400/2023 SSSalud) – Condiciones Generales.

12.1.2 Para acceder al subsidio se deberá completar formulario disponible en la web (<https://www.doctored.com.ar/>) y/o App, y adjuntar copia de la partida de defunción del titular emitida por autoridad competente.

12.1.3 Si el titular registrara deuda vencida impaga al momento del fallecimiento, para acceder al subsidio previamente deberá cancelarse la misma en una (1) cuota.

12.2 Extinción del contrato por decisión de la entidad.

12.2 a) Estipulado en punto 2.20 del capítulo Cláusulas Mínimas (Cf. Resolución 2400/2023 SSSalud) – Condiciones Generales.

12.2 b) Faltas graves, Incumplimientos.

Configuran incumplimientos contractuales y/o faltas graves a los siguientes supuestos:

- I. Facilitar la utilización de las credenciales personales a terceros por parte del asociado titular y/o su grupo familiar, a los fines de la utilización de los servicios médico asistenciales garantizados por el plan contratado.
- II. Solicitar a favor de terceras personas los servicios médico asistenciales garantizados por el plan contratado, por parte del asociado titular y/o su grupo familiar.
- III. Comisión de actos delictivos contra ROI S.A. (DoctoRed), y/o acciones de ocultamiento, modificación y/o simulación de situaciones indebidas o con dolo de cualquier naturaleza que involucren un perjuicio para ROI S.A. (DoctoRed).
- IV. Incumplimiento fehaciente de las condiciones establecidas en el presente *Términos y Condiciones*.
- V. Trato y/conducta agravante y/o amenazante y/o violenta por parte del asociado titular y/o su grupo familiar hacia el personal de GRUPO ROI S.A.

y/o prestadores de cartilla en forma reiterada.

Habiendo acreditado alguno de los supuestos indicados (puntos I a V), ROI S.A. (DoctoRed) podrá notificar en forma fehaciente al titular de cobertura la resolución del contrato y/o la suspensión del servicio con justa causa.

13 - NORMAS ADMINISTRATIVAS

13.1 Notificaciones fehacientes: El usuario/beneficiario titular declara y acepta que ROI S.A. (DoctoRed) cursará al correo electrónico oportunamente informado por su parte en el formulario de *Solicitud De Admisión*, todas las comunicaciones legales y/o administrativas; a modo enunciativo: facturación, nota informando incremento de cuota, etc.; con independencia de la utilización de otros medios de comunicación (teléfono móvil y/o domicilio informado). En caso de modificación de los datos de contacto registrados, el usuario/beneficiario titular deberá informarlo conforme los canales habilitados por ROI S.A. (DoctoRed) a tales efectos (<https://www.doctored.com.ar/>).

13.2 ROI S.A. (DoctoRed) gestionará los reintegros a valores convenido por prestador por plan solicitados por el titular a la cuenta bancaria informada por su parte al completar el formulario de *Solicitud De Admisión o mediante concepto de descuento en la facturación*. El pago acreditado en la misma tendrá efectos cancelatorios y liberatorios respecto a ROI S.A. (DoctoRed), respecto a cualquier consecuencia perjudicial ajena al Agente del Seguro de Salud.

14. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. CONSENTIMIENTO.

14.1 El titular de los datos personales no se encuentra obligado a brindar datos sensibles.

14.2 El titular podrá acceder a la política de privacidad de ROI S.A. (DoctoRed) en su web oficial (<https://www.doctored.com.ar/politicaideprivacidad>).

14.3 La persona titular del dato podrá ejercer sus derechos de información, acceso, rectificación, y supresión, respecto de sus datos personales de forma gratuita, en intervalos no inferiores a seis (6) meses (cf. Ley 25.326 y normas complementarias y modificatorias).

14.4 El titular declara y acepta que ha tomado conocimiento de las condiciones generales y particulares adjuntas a la presente solicitud de afiliación; como así también de las normas generales incluidas en la cartilla de prestadores del plan médico asistencial optado, cuyo ejemplar le ha sido entregado. Asimismo, declara bajo juramento que los datos que constan en el Formulario de *Solicitud de Afiliación* y la

“Declaración Jurada de Antecedentes de Salud” son verídicos y que las consecuencias de no suministrarlos correctamente corren por cuenta de quien suscribe.

14.5 El titular de cobertura declara, acepta y autoriza de forma voluntaria a ROI S.A. (DoctoRed) a acceder a los datos personales de salud e historial de salud (propios y de su grupo familiar) con el exclusivo objetivo del cumplimiento de los prestaciones médico-asistenciales a garantizar en virtud del plan contratado.

