

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 1725/2025 SSSALUD) – CONDICIONES GENERALES.

2.1. ÁMBITO DE APLICACIÓN: El presente contrato reviste carácter exclusivamente individual. No se encuentra vinculado ni subordinado a contratos corporativos, empresariales o colectivos de cobertura médica. En todos los casos, la relación se establece de manera directa entre el usuario y la Entidad de Medicina Prepaga o el beneficiario y el Agente del Seguro de Salud.

2.2. OBJETO: El presente contrato tiene por objeto el otorgamiento de prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios o beneficiarios, mediante sistemas pagos de adhesión, con o sin derivación de aportes y contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia, del Régimen Especial de la Seguridad Social para Empleados del Servicio Doméstico, o cotizaciones de los beneficiarios adheridos al Régimen Simplificado de Pequeños Contribuyentes, 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.

2.3. COBERTURA PRESTACIONAL: La cobertura prestacional contratada, sea su pago con o sin derivación de aportes y contribuciones o cotizaciones, incluye en su totalidad y sin excepción el conjunto de prestaciones básicas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud previsto en la normativa vigente, así como las prestaciones establecidas en el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad (Ley Nº 24.901 y su normativa complementaria), y toda otra prestación médico-asistencial incorporada como obligatoria por leyes especiales o disposiciones de la autoridad competente.

Las prestaciones adicionales que la entidad ofrezca deberán constar de manera expresa en el contrato, con indicación de sus alcances y exclusiones. En caso de duda, se interpretará en el sentido más favorable al usuario o beneficiario.

2.4. CARENCIAS: El acceso a las prestaciones mínimas obligatorias indicadas en la cláusula de “COBERTURA PRESTACIONAL” será inmediato, sin períodos de carencia. Las prestaciones adicionales informadas en el presente contrato podrán estar sujetas a períodos de espera, que no podrán superar los DOCE (12) meses. En caso de duda, se aplicará siempre el plazo más corto en favor del usuario o beneficiario.

Cuando una prestación inicialmente considerada como adicional y sujeta a carencia fuese incorporada al conjunto de prestaciones básicas obligatorias aprobado y publicado por la autoridad sanitaria competente, la carencia quedará automáticamente anulada.

2.5. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD: El usuario o beneficiario suscribirá junto con el presente contrato una declaración jurada de salud, destinada exclusivamente a informar eventuales enfermedades o situaciones preexistentes al momento de la afiliación. Dicha declaración no podrá utilizarse para restringir el acceso a las prestaciones básicas obligatorias.

En caso de cambio de plan dentro de la misma Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud, o de modificación en la modalidad de adhesión (con o sin derivación de aportes y contribuciones o cotizaciones), no podrá exigirse la suscripción de una nueva declaración jurada de salud.

2.6. PREEXISTENCIAS: Sólo podrán dar lugar al cobro de un valor diferencial las enfermedades preexistentes declaradas por el usuario o beneficiario al momento de la afiliación. Dicho valor deberá contar con autorización previa de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, de acuerdo con cálculos actuariales objetivos, razonables y uniformes para cada tipo de preexistencia.

Si la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD no se expidiera dentro del plazo establecido en el artículo 10 del Decreto N° 1993/2011 y sus modificatorios, la Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud podrá aplicar un valor diferencial provisorio, el cual se mantendrá vigente hasta que la autoridad de aplicación dicte resolución definitiva.

En caso de que el valor diferencial autorizado por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD resulte inferior al aplicado provisoriamente, la Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud deberá reintegrar al afiliado la diferencia cobrada en exceso, mediante acreditación en la o las cuotas subsiguientes.

2.7. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS: La prescripción de medicamentos deberá ajustarse a lo previsto en la Ley N° 25.649 de prescripción por nombre genérico, en la Ley N° 27.553 sobre recetas electrónicas o digitales, en el Decreto N° 63/2024 que reglamentó sobre la prescripción por nombre genérico y la receta electrónica, y en la Resolución del MINISTERIO DE SALUD N° 2214/2025, que instituyó el sistema de receta electrónica de alcance nacional, así como en las normas reglamentarias que en el futuro se dicten en la materia.

La Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud se encontrará exento de cubrir medicamentos cuya prescripción no se ajuste a las disposiciones mencionadas o que no se encuentren comprendidos en la cobertura prestacional contratada.

2.8. PRESTACIONES DE EMERGENCIA: En caso de duda sobre los alcances de la cobertura del plan contratado, el usuario o beneficiario tendrá derecho a recibir las prestaciones médicas de urgencia y/o emergencia, correspondiendo resolver luego si estas prestaciones se encontraban o no cubiertas.

2.9. DERECHO DE EQUIVALENCIA: Toda modificación de la cartilla de prestadores deberá garantizar al usuario o beneficiario la equivalencia en la calidad, accesibilidad y complejidad de los servicios contratados, de modo que no se produzca una disminución en sus derechos ni un menoscabo en las condiciones de cobertura.

En caso de que se excluya de la cartilla a un prestador con el cual el usuario o beneficiario hubiere iniciado un tratamiento, éste tendrá derecho a continuar con dicho profesional o institución hasta el alta médica de la patología existente al momento de la exclusión, sin costo adicional.

2.10. FRANJAS ETARIAS: La Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud podrá establecer precios diferenciales de las cuotas según franjas etarias, de conformidad con lo previsto en el artículo 17 de la Ley N° 26.682 y el artículo 17 del Decreto N° 1993/2011 y sus modificatorios.

El valor de la última franja etaria no podrá superar el triple del valor correspondiente a la primera franja etaria. Los planes de cobertura para la última franja deberán estar disponibles sin límite de edad máxima, tanto para la admisibilidad de nuevos usuarios o beneficiarios como para la permanencia de los existentes. La definición de las franjas etarias, los valores nominales y/o porcentajes aplicables, y la oportunidad de su aplicación deberán constar en forma expresa en el contrato y/o en un anexo firmado por el usuario o beneficiario, o aceptado mediante medios electrónicos con validación específica en contrataciones no presenciales, en tipografía y formato claramente legibles. En caso de omisión, no podrá aplicarse diferenciación de cuota por cambio de franja etaria.

2.11. AJUSTES DEL VALOR DE CUOTA: Las entidades comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° 26.682 podrán establecer libremente los valores de las cuotas de los planes de salud durante toda la vigencia del contrato, conforme lo dispuesto en el artículo 17 del Decreto N° 1993/2011 y sus modificatorios.

Los aumentos en las cuotas podrán aplicarse de manera variable, de acuerdo con las condiciones del plan (con o sin copagos) y las zonas o regiones en las que se brinde la atención médico-asistencial, en los términos de la Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 2155/2024, o la que en el futuro la reemplace.

La Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud deberá comunicar a los usuarios o beneficiarios, de manera clara y destacada, toda modificación en el valor de las cuotas y/o copagos, indicando el porcentaje de variación aplicado y el nuevo valor de la cuota mensual, dentro de los CINCO (5) días posteriores a la publicación del último Índice de Precios al Consumidor (IPC) elaborado por el INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC). Asimismo, los usuarios o beneficiarios deberán ser notificados de los ajustes con una antelación no menor a TREINTA (30) días corridos previos al vencimiento de la obligación de pago.

2.12. FACTURA Y ESTADO DE CUENTA: La Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud deberá remitir mensualmente al afiliado la factura correspondiente, acompañada de un Estado de Cuenta estandarizado y transparente, que detalle de manera clara, comprensible y en lenguaje sencillo, como mínimo:

- a) Costo base del plan contratado.
- b) Costos adicionales por coberturas específicas.
- c) Ajustes por edad o factores de riesgo.
- d) Aportes, contribuciones, cotizaciones y/o cápitas efectivamente percibidos.
- e) Impuestos y/o tasas aplicables.
- f) Subsidios percibidos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR).
- g) Saldo inicial y final a favor del afiliado, en caso de existir.

El Estado de Cuenta deberá reflejar mensualmente el saldo disponible del afiliado y permitir su utilización para compensar cuotas futuras u otros conceptos facturables.

Cualquier modificación en los conceptos facturados deberá ser notificada al afiliado con una antelación no inferior a TREINTA (30) días corridos, explicando de manera clara las razones de dicha modificación.

2.13. APORTES Y CONTRIBUCIONES, COTIZACIONES, SUBSIDIOS: En los casos en que el acceso a una Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud se realice mediante la derivación de aportes y contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia, del Régimen Especial de la Seguridad Social para Empleados del Servicio Doméstico, o de las cotizaciones de los beneficiarios adheridos al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes, dichos recursos, así como los subsidios de la seguridad social destinados a la salud, pertenecen al beneficiario, conforme a lo dispuesto en las Leyes N° 23.660 y N° 23.661, el Decreto N° 576/1993 y sus modificatorios, y deberán aplicarse en su exclusivo beneficio.

Dichos recursos deberán reflejarse en la factura e imputarse para reducir el valor de la cuota del plan prestacional. Cuando el monto de aportes y contribuciones, cotizaciones o subsidios percibidos supere el valor de la cuota contratada, el excedente deberá aplicarse a todos los conceptos facturables en los meses subsiguientes.

El saldo resultante deberá constar mensualmente en el Estado de Cuenta. En caso de rescisión del contrato conforme al artículo 9° de la Ley N° 26.682, la Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud deberá reintegrar al afiliado titular el saldo disponible en su cuenta corriente, mediante el medio de pago que éste indique.

2.14. PAGO DE LA CUOTA: El usuario o beneficiario tendrá un plazo de al menos CINCO (5) días corridos posteriores al vencimiento para abonar la cuota sin recargos. Todo incremento deberá notificarse con TREINTA (30) días de anticipación, habilitando al usuario o beneficiario a rescindir sin penalidad.

2.15. GRUPO FAMILIAR: Podrán incorporarse como integrantes del grupo familiar los comprendidos en el artículo 14 de la Ley N° 26.682 y su reglamentación, y el artículo 9° de la Ley N° 23.660 y su reglamentación.

Quedan excluidos de esta incorporación automática otros parientes o personas que no estén expresamente comprendidos en la normativa citada, quienes podrán afiliarse mediante contratación individual.

2.16. PROGRESIVIDAD DE LOS DERECHOS: Ninguna modificación contractual podrá implicar reducción de derechos adquiridos.

2.17. CONTINUIDAD: Cuando, por cualquier circunstancia, se produzca una modificación en la condición de afiliación del usuario o beneficiario y/o en el tipo de cobertura contratada, éste tendrá derecho a solicitar la continuidad de su afiliación en la misma Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud, pudiendo optar por cualquiera de los planes que se encuentren comercializados al público en general.

En todos los casos se conservará la antigüedad adquirida y no podrá exigirse valor diferencial alguno en concepto de patologías preexistentes, salvo aquellas que hubieren sido declaradas al momento de la 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 o beneficiario el cambio en la condición de afiliación y/o tipo de cobertura.

2.18. CAMBIOS DE PLAN: El usuario o beneficiario podrá, en todo momento, solicitar el cambio de plan dentro de los comercializados por la Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud al público en general, sin que ello implique una nueva afiliación ni pueda exigirse al titular y/o a su grupo familiar valor diferencial alguno en concepto de patologías preexistentes, salvo aquellas que hubieren sido declaradas al momento de la afiliación originaria, las que continuarán vigentes en toda su extensión.

En el caso de cambio a un plan de mayor cobertura, la Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud podrá establecer un período de permanencia mínima en dicho plan, que deberá ser informado de manera previa y clara al usuario o beneficiario, y que en ningún caso podrá ser superior a DOCE (12) meses.

2.19. FALLECIMIENTO: El fallecimiento del titular no implica la caducidad de los derechos del grupo familiar integrantes del contrato, conforme lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley N° 26.682 y el inciso h) del artículo 10 de la Ley N° 23.660.

2.20. EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR VOLUNTAD DEL USUARIO: El usuario o beneficiario podrá rescindir en cualquier momento el presente contrato, sin limitación ni penalidad alguna, debiendo comunicarlo fehacientemente a la Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud con una antelación no menor a TREINTA (30) días corridos. La comunicación podrá realizarse por medios electrónicos habilitados al efecto o por cualquier otro medio fehaciente, y la entidad deberá otorgar constancia inmediata de la recepción.

Durante el período de preaviso, la Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud mantendrá vigentes todas las prestaciones y coberturas contratadas.

El ejercicio del derecho de rescisión no podrá condicionarse a la cancelación de sumas adeudadas. Sin perjuicio de ello, en caso de que el usuario o beneficiario adeudara cuotas al momento de la rescisión, la Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud podrá exigir su cancelación como requisito previo a una eventual reincorporación del mismo usuario o beneficiario, o de su grupo familiar.

2.21. EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR DECISIÓN DE LA ENTIDAD: La Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud sólo podrá resolver el presente contrato en los supuestos expresamente previstos en la normativa vigente, a saber:

a) Falta de pago. Ante la falta de pago de TRES (3) cuotas íntegras y consecutivas, la Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud deberá intimar fehacientemente al usuario o beneficiario a regularizar la deuda dentro de un plazo de DIEZ (10) días hábiles. Vencido dicho plazo sin regularización podrá comunicar la resolución del contrato, con el fin de impedir el devengamiento de nuevos períodos de facturación, conforme lo dispuesto en el artículo 9°, apartado 2°, inciso a) del Decreto N° 1993/2011 y el artículo 10 de la Resolución N° 163/2018-SSSALUD.

En ningún caso la Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud podrá resolver el contrato si: (i) no hubiera cursado la intimación fehaciente indicada; (ii) el afiliado regularizará la deuda dentro de los DIEZ (10) días de intimado; o (iii) aun vencido dicho plazo, el afiliado abonare las cuotas adeudadas

antes de la notificación fehaciente de la resolución. En todos los casos, el afiliado y su grupo familiar conservarán la antigüedad que posean.

b) Falsedad de la declaración jurada de salud. La Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud podrá resolver el contrato únicamente si acreditara que el usuario o beneficiario no obró de buena fe, en los términos del artículo 961 del Código Civil y Comercial de la Nación, al omitir dolosamente declarar una enfermedad o situación preexistente. La falta de acreditación de la mala fe del usuario o beneficiario determinará la ilegitimidad de la resolución. En caso de grupo familiar, sólo podrá excluirse al integrante respecto del cual se verificó el falseamiento, manteniéndose la afiliación del resto y reduciéndose proporcionalmente el valor de la cuota.

Fuera de estos supuestos, la Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud no podrá disponer la resolución unilateral del contrato.

2.22. RECLAMOS: En caso de incumplimiento por parte de la Entidad de Medicina Prepaga o Agente del Seguro de Salud a las obligaciones asumidas en el presente contrato, o bien ante conflictos de interpretación de sus alcances, el usuario o beneficiario podrá plantear su denuncia ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, conforme al Procedimiento General de Denuncias, Faltas Formales y Sanciones aprobado por la Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 951/2025, o la que en el futuro la modifique y/o reemplace, ya sea en su sede central (Bartolomé Mitre 434, Ciudad Autónoma de Buenos Aires), en cualquiera de sus Delegaciones provinciales, o a través de los canales electrónicos habilitados.

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 reconvención 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 auditoría 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 medica 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. Nº 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 celiacía, que comprende la detección, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento exclusivamente aquellas incluidas en el PMO que hayan sido prescriptos 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 Auditoria 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	25-35	36-45	46-55	56-60	61-69	70-79
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 transcrita, 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 Nº 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/o 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/politica-de-privacidad>).

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.

