

CONTRATO PREPAGO DE AFILIACIÓN VOLUNTARIA

Entre NOBIS S.A., en adelante NOBIS, representada en este acto por la Cra. Liliana Graciela Martínez DNI 13.372.778, en su carácter de representante legal, que a los fines legales fija domicilio en Bv. Maipú 101, Barrio Centro de la Ciudad de Córdoba, y el/la Sr./Sra DNI en adelante el AFILIADO, que a los fines legales fija domicilio en calle N° Piso Dpto..... Barrio de la Ciudad de Provincia de mail N° de contacto en representación de las personas incluidas en la correspondiente Declaración Jurada de Salud, acuerdan celebrar el presente contrato de Medicina Prepaga:

ARTÍCULO 1: Del ingreso a NOBIS

El presente se celebra al solo efecto de establecer las condiciones por las cuales se otorgarán al AFILIADO los beneficios de la cobertura de Medicina Prepaga en el plan que él mismo ha optado en razón de encontrarse vinculado con NOBIS a los fines de la prestación de los servicios médicos dentro de los alcances del PMO.

ARTÍCULO 2: De los AFILIADOS

Condición NOBIS se compromete a brindar al AFILIADO los servicios de atención médica que se detallan en las cláusulas siguientes, en las condiciones y con las limitaciones y excepciones fijadas en la misma, de acuerdo a la COBERTURA DE PLAN elegido en este acto por el AFILIADO. Hacemos presente que el AFILIADO, actualmente trabaja en: Dirección: Teléfono: Es responsabilidad del AFILIADO mantener dicho dato siempre actualizado.

ARTÍCULO 3: De los Responsables de Pago (completar en caso de corresponder)

El Sr./Sra. DNI que fija domicilio a todos los fines del presente en Tel: asume a título personal, de manera solidaria con el AFILIADO, la responsabilidad del pago de la totalidad de las obligaciones asumidas por éste, suscribiendo el presente en prueba de conocimiento y conformidad a cuyo fin ofrece su tarjeta de Los datos de la misma, serán suministrados en el aplicativo digital.

ARTÍCULO 4: Del valor de la cuota

El AFILIADO acepta conocer que en la actualidad goza de un descuento unilateral no obligatorio realizado por NOBIS y otorgado con fines comerciales, con una bonificación parcial y/o total en el valor de la cuota. La bonificación actualmente por ud. percibida es del % del valor total de la cuota. Asimismo, las partes acuerdan que el monto a cargo del afiliado puede sufrir modificaciones en caso que: A – El plan aumente su valor autorizado por la Superintendencia de Servicios de Salud. B – Existan modificaciones en la composición del grupo familiar. C – Existan modificaciones en la composición del grupo familiar. D – Cambio de rango etario de algún miembro del grupo familiar. E – NOBIS decida dejar sin efecto el descuento unilateral no obligatorio, promociones, bonificaciones o cualquier beneficio extra que pudiera habersele otorgado. E1 – Se dejen sin efecto los descuentos indicados en punto E con motivo de omisión, falseo o información inexacta vertida en cualquiera de

los documentos firmados. E2 - Se dejen sin efecto los descuentos indicados en punto E con motivo de trato inadecuado o irrespetuoso grave.

ARTÍCULO 5: De las promociones especiales *(completar en caso de corresponder).*

El AFILIADO ingresa con promoción de.....
correspondiendo una bonificación especial del% en el valor de la cuota, durante meses. Además,(completar solo en caso de agregar otra condición de promoción).

Se deja debidamente aclarado que, para acceder a la promoción indicada en este artículo, el AFILIADO deberá permanecer un mínimo de un año con el servicio activo y en el plan contratado, manteniendo la forma de pago indicada en el presente artículo durante dicho tracto. En el supuesto de solicitar la baja del servicio o de plan, antes de transcurrido el tiempo mencionado supra, quedarán sin efecto las bonificaciones ya realizadas, debiendo el AFILIADO abonar la totalidad de los descuentos efectuados desde el momento del ingreso a la promoción, caso contrario, se derivará a gestión de cobro judicial

ARTÍCULO 6: Del pago de las cuotas

El AFILIADO se obliga a abonar el importe de la cuota mensual a NOBIS, compuesta por el valor individualizado de todos los integrantes del grupo familiar, en el particular, es por el valor de \$..... mensuales. Los pagos deberán efectuarse por cualquier de los medios de pago habilitados por NOBIS, por mes adelantado del uno al diez de cada mes. El AFILIADO es responsable del pago de la totalidad de la cuota de afiliación.

ARTÍCULO 7: De la Mora

La modalidad acordada en el presente contrato es PREPAGA, el servicio será brindado una vez abonada la cuota. La falta de pago en término de las cuotas mensuales, producirá la mora en forma automática, de pleno derecho y sin necesidad de interpelación alguna, generando cargos adicionales a la deuda por gestión de la misma. El atraso en el pago de una cuota dará derecho a NOBIS a suspender la prestación de los servicios hasta que se regularicen los pagos adeudados. La suspensión de los servicios por mora no obliga a NOBIS a indemnizaciones, pagos ni reintegros de ningún tipo con el AFILIADO. Saldado lo adeudado por el AFILIADO, NOBIS deberá reactivar dentro de las 48 horas hábiles la totalidad de las prestaciones. La no utilización del servicio, producto del incumplimiento del AFILIADO, no lo exime del pago de dichos períodos. NOBIS podrá reclamar, por vía judicial o extrajudicial, el pago de las cuotas adeudadas con más costos y costas, los que quedarán a cargo exclusivo del AFILIADO. La resolución del contrato se producirá de manera automática en caso de falta de pago de tres (3) cuotas íntegras y consecutivas, conforme lo prevé el art. 9º inc. 2) del Dcto. 1991/11.- el AFILIADO, exime a Nobis de notificarlo fehacientemente por la baja con motivo de falta de pago, procediendo la misma de pleno derecho por el mero transcurso del tiempo. La baja del servicio no extingue el derecho de NOBIS a la persecución de la deuda.

ARTÍCULO 8: De la Declaración Jurada de Salud

Los interesados en ingresar deberán efectuar una Declaración Jurada de Antecedentes de Salud que tiene por objeto dejar claramente establecido el estado de salud actual al momento de la solicitud y contratación del servicio de los beneficiarios del mismo. En ella se dejará constancia sobre signos (se considerarán signos a aquellas manifestaciones objetivas de una enfermedad o estado de salud), síntomas (se considerarán síntomas a aquellas manifestaciones subjetivas de una enfermedad, o estado de salud apreciable solamente por el paciente), enfermedades preexistentes (se considerarán enfermedades preexistentes, aquellas que el AFILIADO padeciera al momento de suscribir la declaración jurada prevista en el presente contrato), patologías secuelares (se considerarán patologías secuelares, a aquellas que sean consecuencia de tratamientos médicos de cualquier tipo) presentes al momento de la solicitud, cirugías llevadas a cabo, tratamientos recibidos con anterioridad

o que se estén llevado a cabo al momento de la solicitud, individualizando los profesionales de la salud consultados en los últimos 12 (doce) meses y toda otra información requerida en la declaración jurada, como así también por la correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo familiar, sin cuya previa consideración no se decidirá la admisión respectiva. NOBIS podrá requerir una copia de su Historia Clínica completa o un examen pre-ingreso.

ARTÍCULO 9: De la Historia Clínica

La firma de la/s declaración/es jurada/s implica autorizar en forma irrevocable a NOBIS a solicitar cuanta información estime pertinente a los fines del efectivo control y verificación de los datos allí consignados. A tales efectos, dicha facultad incluye, entre otros, LA RENUNCIA AL AMPARO EN EL SECRETO PROFESIONAL Y EL RELEVAMIENTO DEL MISMO A LOS MÉDICOS Y/O TODO OTRO PRESTADOR DE SALUD QUE LO/S HUBIEREN TRATADO CON ANTERIORIDAD Y POSTERIORIDAD A LA FECHA DE LA SOLICITUD DE INGRESO; como así también, LA CONFORMIDAD IRREVOCABLE PARA QUE SEAN EXHIBIDAS A NOBIS SUS HISTORIAS CLÍNICAS, ANTECEDENTES Y TODA OTRA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA CON LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES A CARGO DE NOBIS. En el supuesto de ser los prestadores los que se negaren a suministrar la información, el AFILIADO se obliga a requerirla y proveerla a NOBIS, bajo apercibimiento de generar causal de resolución contractual. El cumplimiento de tal obligación deberá serlo en el plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles de serle requerida.

ARTÍCULO 10: De la Baja Compulsiva por Falsedad de Declaración Jurada de Salud

Según lo prevé la Ley 26.682 de Medicina Prepaga y su Decreto Reglamentario 588/2011, las empresas de medicina prepaga pueden establecer valores diferenciales para las personas que ingresan con patologías preexistentes. De detectarse el falseamiento u omisión de información médicamente relevante, actual o pasada, en su Declaración Jurada de Salud al solicitar el servicio, esto es información de enfermedades, patología secuelar preexistente, afecciones, dolencias, signos, síntomas o cualquier tipo de alteración al normal funcionamiento del cuerpo, generará, sin más, el derecho resolutorio y/o de anulabilidad de la contratación tanto del AFILIADO como de su grupo familiar. En el supuesto de que NOBIS presuma, en base a indicios objetivos y razonables, la preexistencia de una enfermedad, síntoma y/o patología secuelar que no haya sido informada en la declaración jurada, la cobertura podrá verse restringida.

ARTÍCULO 11: De los Prestadores

Los beneficios que otorga el presente contrato rigen en el ámbito de las Instituciones expresamente detalladas en la COBERTURA DEL PLAN; NOBIS, a su propio criterio y conforme las circunstancias, podrá modificar la nómina de prestadores agregando o suprimiendo alguno de ellos, no siendo esto razón suficiente para posicionar a esta empresa en situación de INCUMPLIMIENTO. La COBERTURA DEL PLAN que tendrá vigencia es la indicada en la sección "Cartilla Médica" de la página web o Aplicación Móvil de NOBIS. NOBIS no reconocerá ninguna prestación realizada por el AFILIADO fuera de la cartilla de prestadores correspondientes a LA COBERTURA DEL PLAN, dado que la cobertura brindada es a cartilla cerrada y no contempla reintegros, a excepción de los Planes N400 y N500, en las condiciones establecidas para el mismo.

ARTÍCULO 12: De las Derivaciones

En caso de que sea necesario el traslado de un paciente, será potestad exclusiva de NOBIS elegir el centro médico que se adecúe a la necesidad específica del AFILIADO, no aceptándose derivaciones o sugerencias de instituciones o profesionales específicos. Cualquier consulta, interconsulta o derivación que el AFILIADO haga por voluntad propia en un prestador no incluido en la COBERTURA DE SU PLAN, sin previa autorización expresa de NOBIS, serán a su exclusivo cargo, no existiendo derecho de reclamo posterior a NOBIS por el costo generado.

ARTÍCULO 13: De la Baja del Servicio

El AFILIADO podrá rescindir y dejar sin efecto el contrato en cualquier momento, sin necesidad de interpelación judicial alguna, para lo cual el AFILIADO titular deberá formular su voluntad con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos a través del formulario de “Solicitud de Baja”, de manera presencial en todas nuestras sucursales o de manera digital, iniciando sesión en Trámites Online de la página web de Nobis. Cualquier solicitud realizada por otro medio o por un adherente del grupo, no tendrá efectos de notificación fehaciente. La baja del servicio no implica renuncia al derecho de NOBIS a reclamar lo adeudado por el AFILIADO con los intereses correspondientes. No se efectivizará la baja hasta que el renunciante restituya la totalidad de las credenciales propias y de su grupo adherente. De manera excepcional, cuando hasta el día 10 (diez) inclusive del mes, el AFILIADO firmare la “Solicitud de Baja”, entregare todas las credenciales del grupo familiar y abonare en el mismo momento la totalidad de las cuotas pendientes de pago, la baja procederá al finalizar el mes en curso. Si la baja es solicitada con posterioridad al día 10 (diez), deberá respetar los requisitos anunciados ab initio de este artículo. El servicio se brinda y abona por periodos completos de mes calendario, sin excepción.

ARTÍCULO 14: De los Rango Etarios

El valor del servicio variará en función de la edad de cada integrante del grupo familiar. NOBIS establecerá rangos etarios fundados en variaciones de estructura de costos y razonable cálculo de riesgos, siendo los mismos: 0-17 años (con un 66% de descuento sobre el precio del plan), 18-35 años (con un 71% de descuento sobre el precio del plan), 36-50 años (con un 64% de descuento sobre el precio del plan), 51-65 años (con un 39% de descuento sobre el precio del plan), más de 65 años (debiendo abonar el precio pleno del plan elegido).

ARTÍCULO 15: De la obligatoriedad de cubrir prácticas excluidas

Las partes REITERAN y RATIFICAN en un todo lo pactado en el artículo 18º del presente en lo que se refiere a servicios y prestaciones excluidas.- Sin perjuicio de ello, en el hipotético caso de que NOBIS - por cualquier causa que fuere – se viera obligado a otorgar al AFILIADO alguno de los servicios y prestaciones excluidas, NOBIS se reserva el derecho de elegir a su exclusivo criterio la institución y/o profesional que otorgará los servicios y/o prestaciones, no generando derecho alguno a reclamos de suministros y/o autorizaciones posteriores, quedando ello bajo exclusivo criterio del departamento de Auditoría Médica. Asimismo, NOBIS se subrogará en todos los derechos del AFILIADO contra los terceros y/o sus aseguradores de responsabilidad civil por cuya acción u omisión este último haya sufrido lesiones que motiven la prestación de los servicios contratados. Es a tal fin que, en dicho supuesto, el AFILIADO deberá prestar total colaboración para que se pueda perfeccionar la Cesión de Derechos que habilitará a NOBIS a recuperar los gastos en los que haya incurrido con el AFILIADO.

ARTÍCULO 16: Del Trato Adecuado y Respetuoso

De igual manera que NOBIS y sus dependientes se encuentran obligados a dar un trato correcto a los AFILIADOS, estos últimos deberán comportarse de igual manera en su trato para con los dependientes de la NOBIS. En caso de tratos incorrectos y/o indebidos por parte de los afiliados, NOBIS podrá impedir el acceso de los mismos a sus oficinas, aceptando como único medio de comunicación los medios de contacto virtual o el que NOBIS estime conveniente según cada caso. Asimismo, dicha actitud por parte del AFILIADO producirá la pérdida de todo beneficio, promoción, bonificación o descuento que haya sido otorgado unilateralmente por NOBIS.

ARTÍCULO 17: De la Cobertura de Servicios y Prestaciones y las Carencias

NOBIS se obliga a prestar los servicios contemplados en la Resolución 201/02 y 1403/2021 del Ministerio de Salud y la Ley N° 25.865, Decreto 806/2004 o las que en el futuro las complementen y/o reemplacen. El AFILIADO tiene derecho a utilizar los servicios que le corresponden solicitando en todos los casos autorización previa, excepto consultas y emergencias, siempre que los mismos se encuentren justificados médicamente. Se define como período de carencia el lapso entre el ingreso

del AFILIADO al plan y el momento en que empiezan a regir la totalidad de los beneficios del mismo. Durante ese lapso, el AFILIADO podrá utilizar cualquier servicio abonando los aranceles correspondientes, o en caso de prestaciones obligatorias, utilizando a tal efecto los prestadores exclusivos para la atención de prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO). Se deja expresamente aclarado que NOBIS garantizará las prestaciones mencionadas en este artículo que por PMO correspondan, desde el momento del alta en los prestadores destinados a PMO, contempladas en la cartilla de prestadores y servicios vigentes en la página web o Aplicación Móvil de NOBIS. No tendrán cobertura los síntomas, signos, enfermedades y/o patologías secuelas preexistentes que NO hayan sido informadas por el AFILIADO en la declaración jurada precitada, excepto las que fueran expresamente aceptadas por NOBIS y en las condiciones establecidas en el artículo 21 del presente. Tampoco tendrán cobertura las patologías secuelas por tratamientos o cirugías realizadas con posterioridad al ingreso, que sean efectuados por profesionales que no pertenezcan a la cartilla de prestadores correspondientes al plan contratado.

- Cobertura Inmediata:
 - Atención médica en consultorio de todas las especialidades brindada por profesionales de las instituciones prestadoras.
 - Internaciones; medicamentos y descartables en Internaciones.
 - Servicios adicionales como Emergencias, Urgencias Médicas y/o cualquier otro que se agregue en la cobertura del plan.
 - Todas las prestaciones con las limitaciones y excepciones que se consignan en los artículos 11° y 12°.
 - Las prestaciones pueden sufrir modificaciones que serán oportunamente informadas en relación al porcentaje de cobertura o la implementación de coseguros.
 - Accidentes y/o patologías agudas (no preexistentes) incluyendo la internación si fuese necesario.
 - Dispensa ambulatoria en farmacias adheridas.
 - Prestaciones odontológicas.
 - Análisis de rutina, prácticas médicas de rutina que no requieran autorización previa.
- Cobertura a 30 días:
 - Psicoterapia y rehabilitación física y del lenguaje.
- Cobertura a 90 días:
 - Prácticas médicas de diagnóstico y tratamiento que deriven de patologías no agudas.
 - Evolución patológica del estado de embarazo.
- Cobertura a 180 días:
 - Internaciones psiquiátricas.
 - Cirugías ambulatorias, internaciones clínicas, quirúrgicas, de diagnóstico, programadas.
- Cobertura a 365 días:
 - Internación por maternidad y neonatología.
 - Cirugía cardiovascular, angioplastia transluminal coronaria y/o periférica, cirugía endovascular, cateterismos, prácticas y/o exámenes complementarios de diagnóstico y/o terapéuticos relacionados con tales prestaciones.
 - Hemodiálisis, en los supuestos que su prescripción o necesidad sea sobreviniente o posterior a la incorporación a NOBIS.
 - Tratamiento de quimioterapia.
 - Patologías preexistentes al ingreso, como el reemplazo total de cadera por artrosis, hernia de disco no traumática, cirugías reparadoras por patologías sucedidas antes del ingreso (previa autorización médica).
- Cobertura a 720 días:
 - Enfermedades preexistentes o secuelas, confirmadas o consecuencia de signo o síntoma, NO expresamente declarados en la Declaración Jurada de Salud al momento de la solicitud del servicio.

ARTÍCULO 18: Servicios y Prestaciones Excluidas

Se encuentran excluidas las siguientes prestaciones:

- Cirugía plástica, excepto plan N500 con sus correspondientes tiempos de carencia.
- Estudios y prácticas con fines deportivos, jubilatorios, pre ingresos o religiosos.
- Celuloterapia, Digitopuntura, Homeoterapia, Quiroterapia, Equinoterapia o cualquier práctica no reconocida por Universidades Nacionales y Ministerio de Salud de la Nación.
- Método Psicoprofiláctico del parto desde el segundo embarazo, en adelante.
- Atenciones y procedimientos derivados o consecuencia de accidentes de tránsito, accidentes laborales o enfermedades profesionales, salvo las atenciones estrictamente de urgencia y emergencia.
- Afecciones que resulten de prácticas criminales o ilegales, toxicomanías, participación en estudios médicos (estudios de nuevas drogas) o de grandes calamidades públicas (Guerras, Revueltas, Tumultos, Inundaciones, Terremotos, Pandemias).
- Analgesia en trabajo de parto, excepto plan N500 con sus correspondientes tiempos de carencia.
- Cosmetología y esteticismo.
- Vacunas de alergia.
- Toda tecnología médica (entiéndase por tecnología médica a todo dispositivo, medicamento, estudio

o tratamiento) que no esté expresamente avalado por el Ministerio de Salud, la ANMAT y la CONETEC (o la agencia que el Ministerio de Salud pudiere designar en su reemplazo). • Cualquier servicio o suministro que sea experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, incluyendo, pero no limitado a, cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, uso de medicamento, dispositivo o suministro. Para ser experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, un servicio o suministro deberá cumplir uno o más de los siguientes criterios: - Que tal suministro o servicio no esté de acuerdo con las normas generalmente aceptadas por la práctica médica en la República Argentina; - Que tal suministro o servicio no esté incluido en el Nomenclador Nacional. • Patologías consecuentes de prácticas efectuadas por personas no médicas o de medicina no alopática reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación. • Medicamentos excluidos: leches maternizadas; cremas, geles, lociones y ungüentos salvo aquellos expresamente incluidos en el vademécum; marcas de medicamentos excluidos del vademécum que corresponda al plan elegido. • Prótesis importadas; de preferir el AFILIADO la cobertura de una marca importada, podrá abonar el valor diferencial entre la opción ofrecida por NOBIS y la elegida. • Internaciones en establecimientos geriátricos, Internaciones para cura de reposo, para tratamientos de adelgazamiento o rejuvenecimiento. Dietología; cosmetología y podología; objetos para el confort personal tales como aparatos de radio, televisión o servicios de peluquería o belleza; alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipos para ejercicios o aparatos similares. • Cualquier gasto médico incurrido cuando el AFILIADO se encuentre en mora. • Cualquier servicio y/o suministro recibido con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del AFILIADO bajo el plan al que haya adherido, o después de la terminación de la misma, haya ocurrido o no la enfermedad o el daño accidental mientras la cobertura estaba en vigencia. • Cualquier tratamiento en cualquier institución en la cual el AFILIADO pudiera tener derecho a internación gratuita; cualquier servicio y/o suministros por el cual el AFILIADO no tuviera esta cobertura. • Cualquier servicio y/o suministro no prescripto por un médico; cualquier tratamiento de un AFILIADO que sea proporcionado por un miembro familiar directo del mismo, aunque éste sea un médico, a menos que el mismo pertenezca al listado de prestadores de NOBIS o el AFILIADO pertenezca a un plan que expresamente habilite el uso de profesionales ajenos a la cartilla médica de NOBIS. • Estudios genéticos con relación al embarazo. • Gastos extras dentro o fuera de la internación (acompañantes, traslados, viáticos, refrigerios, enfermería, plasma y sangre, factores hematológicos, medios de contraste, películas, etc.).

ARTÍCULO 19: Limitaciones de algunos Servicios

Las prestaciones que a continuación se detallan son cubiertas por el presente contrato con autorización previa, bajo las limitaciones siguientes: • Las cirugías de todo tipo gozarán de cobertura PREVIA AUTORIZACIÓN EXPRESA, salvo las que por condición médica de urgencia/emergencia requieran una solución médica previa a la solución administrativa. • Las internaciones programadas deberán tener AUTORIZACIÓN PREVIA; quedan excluidas aquellas internaciones derivadas de situación médica de urgencia/emergencia. • Kinesiología Fisioterapia y Fonoaudiología: se reconocen un máximo de 25 (veinticinco) sesiones por año calendario, excepto en plan N500 que corresponden 30 (treinta) sesiones por año calendario; el valor del coseguro corresponderá al plan elegido. • Prácticas de Mediana y Alta complejidad: se accederá PREVIA AUTORIZACIÓN por el sistema validador Web que NOBIS disponga, emitiendo el mismo la constancia de la autorización: - Ecografía y Ecografía Doppler. - Endoscopías y Videoendoscopías. - Tomografías y Resonancias. o Variedades de Angio, colangio y artro tomografía y resonancia. o Estudios de cámara gamma. o PET SCan. o Procedimientos de Hemodinamia, tanto diagnósticos como terapéuticos. o Cirugías por método de Video y Cirugías Artroscópicas. o Internaciones psiquiátricas: hasta 30 (treinta) días de internación por año calendario. o Consultas psicológicas y psiquiátricas: hasta 30 (treinta) sesiones por año calendario, excepto en plan N500 que corresponden 40 (cuarenta) sesiones por año calendario, con un máximo de 4 (cuatro) sesiones mensuales. o Cirugía refractiva de Excimer Láser: el porcentaje de cobertura varía según plan elegido. o Cirugía Plástica: solamente accederá por plan N500 con período de carencia de 18 (dieciocho) meses de permanencia en el plan; de solicitarse 2 (dos) cirugías en el

mismo momento, se otorgará cobertura a la de mayor valor y la restante quedará a cargo del AFILIADO. o La cobertura de Cirugía Excimer Laser y la Cirugía Plástica en plan N500 son excluyentes entre sí; es decir, no se puede acceder a ambos procedimientos en el mismo período de carencia. En todos los casos, las prácticas que llevan AUTORIZACIÓN PREVIA están sujetas al dictamen que Auditoría Médica disponga.

ARTÍCULO 20: Modalidad de Cobertura de los Servicios. Coseguros.

Reintegros Las prestaciones médicas que se brindan en el presente contrato serán cubiertas siempre con autorización previa, de acuerdo a la modalidad estipulada para el plan contratado según la COBERTURA DEL PLAN. En caso de corresponder que EL AFILIADO abone coseguros será cobrado directamente por el prestador tratante, independientemente sea día hábil, feriado o urgencia. Se deja expresamente autorizado a NOBIS a crear o modificar el sistema de coseguros con una antelación no menor a 30 (treinta) días antes de la implementación de las modificaciones. Los planes denominados N400 y N500 son los únicos planes de NOBIS que contemplan reintegros por prestaciones según lo indicado ab initio de este artículo, donde se reconocerán los valores que deben ser consultados por el AFILIADO y expresamente informados por NOBIS, previo al uso de un prestador fuera de cartilla. El prestador elegido deberá reunir condiciones de profesional competente, tecnología y complejidad adecuada para el tratamiento y/o prestación requerida para su autorización. Quedan excluidos de la cobertura por reintegro y fuera de cartilla, los tratamientos para patologías de carácter crónico, alto costo y/o baja incidencia. Los montos reintegrables se actualizarán con los aumentos en el precio de las cuotas, autorizados por la Superintendencia de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 21: De las Internaciones

Las internaciones serán en habitaciones compartidas con baño privado. Para los planes que incluyan habitación individual con baño privado en la COBERTURA DE SU PLAN, dicha opción queda sujeta a la disponibilidad de la Clínica o Sanatorio elegido para la internación.

ARTÍCULO 22: De Cobertura extendida por Fallecimiento

Ante el fallecimiento del AFILIADO o de cualquier miembro adherente del mismo grupo, NOBIS otorgará un reintegro según indique la COBERTURA DE SU PLAN, contra factura A o C en original a nombre de NOBIS S.A. y acta de fallecimiento. Además, cuando el fallecido sea el titular usuario del servicio, se otorgará cobertura extendida y gratuita durante el periodo de 2 (dos) meses en el mismo plan, para los adherentes activos en su grupo al momento del deceso. Los afiliados que accedan a este beneficio deberán tener una carencia de 6 (seis) meses de alta continua en el servicio y no presentar deuda al momento de la defunción. Este beneficio se otorgará una sola vez, ya sea el titular o uno de los miembros adherentes del grupo, lo que implica que no podrá repetirse bajo ningún concepto la percepción de este reconocimiento para cada grupo.

ARTÍCULO 23: De la Vigencia del Contrato

El presente contrato tiene vigencia por el término de un año. Transcurrido el año, se renovará automáticamente por el mismo término, o hasta tanto haya expresa voluntad en contrario por alguna de las partes.

ARTÍCULO 24: De las Nuevas Incorporaciones

Solo pueden ser incorporados miembros del grupo familiar primario. Las incorporaciones deben ser realizadas por el titular de grupo, variando los requisitos en función del vínculo del nuevo adherente. En el supuesto de que el incorporado sea un recién nacido con la cobertura que Nobis otorga, se realizará para el menor una incorporación provisoria en la que el AFILIADO abonará el proporcional correspondiente al plan que detente la madre en el momento del parto, desde el día de nacimiento hasta finalizar el mes. Con la realización de la incorporación definitiva, se deberá completar la correspondiente Declaración Jurada con la que se determinará el valor de la cuota.

ARTÍCULO 25: De los Cambios de Planes

Cuando el AFILIADO opte por un “cambio de plan”, deberá completar una nueva Declaración Jurada de Salud y la aceptación será exclusiva decisión de Auditoría Médica de NOBIS. Los cambios de plan a una cobertura superadora tendrán una permanencia mínima de 1 (un) año. Los efectos de solicitar cambio de plan son hacia el futuro, estando prohibido los cambios retroactivos. En el supuesto de entrar en vigencia una nueva línea de planes, el AFILIADO deberá adecuarse a la nueva cobertura en un plazo no mayor a 6 (seis) meses, bajo pena de considerarse resuelto el contrato de pleno derecho sin que diere lugar a reclamación ni indemnización alguna.

ARTÍCULO 26: De la Responsabilidad de los afiliados en el uso racional de los Servicios

El AFILIADO y su grupo se obligan al uso correcto y honesto de las prestaciones objeto del presente contrato, quedando facultado NOBIS a realizar los controles que estime pertinentes. La credencial es intransferible, la facilitación de la misma para la atención de terceras personas será causal de resolución del contrato. Si se comprobare un incorrecto y deshonesto proceder por parte del AFILIADO o cualquier integrante de su grupo, NOBIS dará por rescindido este contrato, sin perjuicio de las acciones legales que a su criterio pueda promover si se le ha ocasionado daño moral y/o patrimonial.

ARTÍCULO 27: De los Mecanismos para Obtener los Servicios

El AFILIADO y/o los integrantes de su grupo familiar deberán presentar para el uso del servicio la siguiente documentación: 1. En las oficinas del NOBIS: Documento de Identidad. 2. Ante la Institución Prestadora o el Profesional: Carnet de afiliación, Documento de Identidad, Orden de consulta o de Práctica, en caso de corresponder.

ARTÍCULO 28: De la actualización de los alcances de la cobertura

El servicio brindado por NOBIS incluye todas las prácticas que componen al día de la fecha el PMO (Programa Médico Obligatorio), y leyes especiales, según lo estipulan las normativas vigentes.

ARTÍCULO 29: De los Trámites Virtuales

El AFILIADO fija, da fe y autenticidad como correo electrónico válido de realización de trámites la dirección fijada en el encabezado del soporte papel integrante del presente. Se podrán por allí realizar incorporaciones, cambio de plan, continuidad, re-altas, cambios de empleador, como todo trámite que en el futuro se habilite por este medio.

ARTÍCULO 30: Responsabilidad

Los AFILIADOS titulares por sí y en nombre de las personas que incorporan a su grupo familiar o los afiliados adherentes a dicho grupo, toman conocimiento y prestan su conformidad para con las reglamentaciones, condiciones y características de los servicios de atención domiciliar que se contratan o cualquier otro servicio que se incluya en la COBERTURA DEL PLAN de NOBIS. En aquellos casos en que se utilicen servicios de entidades contratadas por NOBIS (por ejemplo: Centros Médicos, Clínicas, Sanatorios o Profesionales del arte de curar en general o prestaciones adicionales tales como enfermería, remedios a domicilio, podología, kinesiología, laboratorios, médico a domicilio, etc.) se tiene conocimiento claro y aceptan que dichos prestadores conservan y asumen en forma plena y excluyente su responsabilidad profesional y prestacional, por los actos que desarrollan en sus Instituciones, incluyendo atención en consultorios o domicilio. En tales casos –utilización de servicios, prácticas de rutinas y/o quirúrgicas contratadas- los AFILIADOS que se sientan damnificados o perjudicados por alguna deficiente atención o práctica, deben dirigir sus acciones judiciales, extrajudiciales o reclamos en contra de los profesionales contratados excluyendo a NOBIS, salvo que cuando las prestaciones de las que se trate sean brindadas en forma directa y única.