

## **CONTRATO DE AFILIACIÓN**

Entre ....., DNI....., con domicilio en la calle.....Número.....Piso.....Dpto.....de la ciudad de ....., por una parte, en adelante “EL AFILIADO”; y SAMI, con domicilio en la calle San Luis 1978 PB de la ciudad de Mar del Plata, representada en este acto por su ....., Sr/Sra....., en adelante “SAMI”, por la otra parte; celebran el presente **Contrato de Afiliación** en los siguientes términos y condiciones:

**Primero: PLAN CONTRATADO:** Que a partir del día...../...../.....EL AFILIADO ingresa al Plan.....de SAMI en carácter de Afiliado Titular, comprometiéndose, en consecuencia, SAMI a brindar al mismo la cobertura correspondiente a dicho Plan conforme se detalla en el ANEXO I del presente.

**Segundo: GRUPO FAMILIAR A CARGO:** Que EL AFILIADO ingresa al Plan....., con el siguiente grupo familiar a cargo:

Nombre y Apellido.....DNI.....Vínculo.....  
Nombre y Apellido.....DNI.....Vínculo.....  
Nombre y Apellido.....DNI.....Vínculo.....  
Nombre y Apellido.....DNI.....Vínculo.....  
Nombre y Apellido.....DNI.....Vínculo.....

**Tercero: DECLARACION JURADA:** Que a los fines de su afiliación, EL AFILIADO ha completado y suscripto de su puño y letra la correspondiente declaración jurada y solicitud de ingreso –las que forman parte integrante del presente como ANEXO III, por si y por las personas menores de edad que integran su grupo familiar a cargo, bajo su exclusiva responsabilidad, rigiendo plenamente lo establecido a su respecto en el Reglamento que forma parte integrante del presente Contrato como ANEXO II. Lo que se extiende a las personas mayores de edad integrantes del grupo familiar a cargo del AFILIADO, quienes han completado y suscripto de su puño y letra la correspondiente declaración jurada, rigiendo respecto de los mismos también íntegramente lo dispuestos en el Reglamento referido.

**Cuarto: CUOTA MENSUAL:** Que como contrapartida a los servicios de cobertura medica contratados, EL AFILIADO se obliga a abonar la cuota mensual correspondiente al Plan SAMI..... contratado, vigente en cada momento, la que a la fecha asciende a la suma de \$..... Pagadera por mes adelantado dentro de los primeros quince (15) días del mes a la que corresponde. Rigiendo en todos sus términos lo previsto en el Reglamento obrante en el ANEXO II del presente, respecto de la modificación, mora y falta de pago.

**Quinto: AMBITO GEOGRAFICO Y MODALIDAD DE COBERTURA:** Que el ámbito geográfico de cobertura de SAMI, y en consecuencia del Plan SAMI.....contratado, es el delimitado por el Partido de Gral. Pueyrredón. Siendo la modalidad de cobertura contratada exclusiva y excluyentemente a través de los prestadores sanatoriales, institucionales, y profesionales que se encuentren en las respectivas cartillas de SAMI para el Plan contratado al momento de requerir cada prestación. Resultando inoponible e inexigible a SAMI la cobertura de prestaciones indicadas y/o realizadas por prestadores ajenos al sistema de SAMI. Los Planes SAMI cubren exclusiva y excluyentemente aquellas prestaciones que figuren incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente (conforme Resoluciones 247/96, 201/2002, sus modif. y ampliaciones MS, Ley 24.754/96). Se podrá extender la cobertura a prácticas no incluidas en los instrumentos precitados cuando la cobertura de las mismas haya sido expresamente incluida en el Plan contratado, conforme ANEXO I.

**Sexto: DOCUMENTOS QUE INTEGRAN EL PRESENTE CONTRATO DE AFILIACION:** Forman parte integrante del presente Contrato de Afiliación entre SAMI y el Sr/a..... y su grupo familiar a cargo, además del presente: 1) La solicitud de ingreso y declaración jurada, completada y suscripta por el Afiliado titular por si y cada integrante del grupo familiar menor de edad. 2) La Declaración Jurada completada y suscripta por cada integrante mayor de edad del grupo familiar a cargo del Afiliado titular. 3) El Reglamento Gral. que se agrega como ANEXO II. 4) La descripción del Plan contratado que se agrega como ANEXO I.

**Séptimo: DOMICILIOS:** Que a los fines del presente contrato, y en los términos y alcances del art. 101 del Código Civil, las partes constituyen sus domicilios en los indicados en el encabezamiento del presente, donde se tendrán por válida toda notificación judicial y/o extrajudicial.

En prueba de conformidad, se suscriben dos (2) copias del presente de un mismo tenor y efecto.

S- 48 03114

## **ANEXO II**

### **REGLAMENTO SAMI**

#### **1 AFILIACION: BENEFICIARIOS**

**1.1** El presente Reglamento contiene las condiciones de contratación y lineamientos generales de cobertura, y rige la relación entre el SAMI y sus afiliados. Pudiendo constituirse en Afiliado:

**A)** Aquella persona que, siendo legalmente capaz para contratar, mayor de edad, y habiendo solicitado y suscripto la solicitud de afiliación a alguno de las Planes de SAMI y la Declaración Jurada correspondiente haya sido expresamente aceptada por SAMI como afiliado titular, en forma individual o como titular con su Grupo Familiar, y/o adherentes.

**B)** Aquella persona que, en virtud de encontrarse en alguna de las siguientes circunstancias, haya sido expresamente aceptada por SAMI, previa suscripción de la solicitud de ingreso, y declaración jurada correspondiente, como Integrante del Grupo Familiar del afiliado titular:

**B.1.** Cónyuge del afiliado titular o persona que conviva con el afiliado Titular en unión de hecho, debidamente acreditado por autoridad pública y/o notarial competente;

**B.2** Hijos solteros del afiliado titular y/o de su cónyuge, menores de 21 años de edad y no emancipados por matrimonio, habilitación de edad, o ejercicio de actividad comercial;

**B.3** Hijos del afiliado titular y/o de su cónyuge, que sean solteros mayores de 21 y hasta los 25 años inclusive que estén a exclusivo cargo del afiliado Titular y cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por autoridad pertinente;

**B.4** Menores cuya guarda y tutela haya sido acordada al afiliado titular y/o a su cónyuge, por autoridad judicial competente o administrativa y reúnan los requisitos previsto en este inciso.

**C)** Aquella persona que, siendo ascendiente directo en línea recta y primer grado de consanguinidad del afiliado titular y/o de su cónyuge, y se encontrara a cargo de los mismos, haya sido expresamente aceptado por SAMI como afiliado "ADHERENTE" al plan contratado por el afiliado titular, previa suscripción de la solicitud de ingreso y declaración jurada correspondiente.

**1.2** Los hijos que integraran el Grupo familiar, conforme 1.B), al llegar a los 21 o 26 años de edad según el caso, que ya no se encuentren en condiciones para formar parte del grupo Familiar, pasaran en forma automática a ser titulares de un Plan Individual igual al que hasta entonces integraban, salvo expresa manifestación en contrario por los mismos, quienes mantendrán su cobertura abonando la cuota que a tales fines SAMI establezca.

**1.3** Los hijos menores de 21 o 26 años de edad según el caso, conforme lo manifestado en el inciso 1.B)2 y 3, que contrajeran matrimonio deberán, para conservar su antigüedad, asociarse como nuevo grupo familiar, rigiendo en tal supuesto los mismos límites de tiempo y caducidades descritas en el acápite 1.B).

**1.4** Son parte integrante del presente Reglamento, y regirán en consecuencia, la relación entre el SAMI y las personas indicadas en los apartados anteriores: el Anexo correspondiente a las condiciones particulares del Plan contratado por el afiliado, la Declaración Jurada suscripta por el Afiliado al tiempo de su ingreso.

#### **2. CONDICIONES DE INGRESO**

**2.1** Toda persona física interesada en ingresar a SAMI, mayor de edad, deberá completar y suscribir en forma personal la respectiva solicitud de ingreso y una Declaración Jurada sobre enfermedades padecidas y/o existentes, patologías secuelas, cirugías llevadas a cabo, tratamientos recibidos o que se estén llevando a cabo al momento de la solicitud de ingreso, individualizando los profesionales de la salud consultados en los últimos 12 meses, 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 y/o adherentes menores de edad a su cargo. A tales fines, la Declaración se considera unitaria y la falsedad y/o falta de coincidencia entre lo declarado, informado, y lo efectivamente acreditado por uno o algunos de los integrantes del grupo y/o adherentes, generara sin mas el derecho resolutorio y/o de anulabilidad de la contratación, haciendo ineficaz de pleno derecho el presente, y dando lugar a la baja automática del afiliado y su Grupo Familiar y/o adherentes.- La solicitud de ingreso y Declaración/es Juradas correspondiente a cada uno de los integrantes del Grupo Familiar y/o adherentes capaces y mayores de edad deberá suscribirse por este y el Titular del grupo.-

**2.2 Condición Esencial:** 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 contrato, toda vez que dicha información deviene indispensable para el otorgamiento del consentimiento de SAMI a fin de perfeccionar el presente contrato. En consecuencia, cualquier inexactitud, omisión, falacia o divergencia con la información suministrada por el solicitante en dicha /s Declaración/es, hará ineficaz de pleno derecho el presente, y generará sin más la facultad de SAMI de declarar resuelto el contrato por exclusiva culpa del solicitante o afiliado, debiendo solo notificarse en forma fehaciente la voluntad en tal sentido. Lo expuesto lo es sin perjuicio del derecho de SAMI de exigir la restitución de toda suma abonada por prestaciones otorgadas en infracción, el cobro de toda suma adeudada, y de las acciones civiles y sanciones penales que pudieran corresponder.

**2.3** La/s Declaración/es Jurada/s implica autorizar en forma irrevocable a SAMI a solicitar cuanta información estime pertinente a los fines del efectivo control y verificación de los datos allí consignados. A tales fines tal 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 con posterioridad a la fecha de la solicitud de ingreso; como así también la conformidad irrevocable para que sean exhibidas a SAMI y/o profesionales y/o instituciones a través de los cuales brinda cobertura medico asistencial, historias clínicas, antecedentes, y toda otra documentación relacionada con la ejecución de las prestaciones a cargo de SAMI. En el supuesto en que fueran los prestadores los que se negaran a suministrar la información, el asociado se obliga a requerirla y proveerla a SAMI bajo apercibimiento de generar causal de resolución contractual. El cumplimiento de tal obligación deberá serlo en el plazo máximo de setenta y dos (72) horas de serle requerida.

### **3 PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO**

**3.1** El contrato de afiliación solo quedara perfeccionado en el momento en que SAMI acepte la solicitud de afiliación, lo que sucederá cuando: a) SAMI así lo comunicare expresamente al solicitante, o b) el afiliado reciba las credenciales definitivas.

**3.3** Una vez perfeccionado el contrato de acuerdo a lo estipulado precedentemente, el afiliado podrá rescindir el mismo en cualquier momento y sin penalidad alguna. Dicha baja no extingue las deudas y obligaciones que el afiliado mantenga con SAMI y/u otros prestadores, en concepto de prestaciones y/o coseguros, quedando reservado el derecho de SAMI a exigir su pago. En caso de reingreso, según lo previsto en el presente, la facultad rescisoria del afiliado podrá ejercerse sin excepción solo una (1) vez por año calendario. La rescisión deberá ser formulada por el titular en forma fehaciente y por escrito, restituyendo sus credenciales y la de todos los integrantes del Grupo familiar y/o adherentes, debiendo cancelar toda deuda pendiente con SAMI.

### **4 CUOTA MENSUAL**

**4.1** El afiliado deberá abonar una cuota mensual, por mes adelantado, en los días de cada mes y según las modalidades y lugares de cobro que a tal fin establezca SAMI.

**4.2** El día 01 del mes siguiente sin que se hubiera abonado la cuota correspondiente al mes anterior, hará incurrir al afiliado en mora de pleno derecho y sin necesidad de intimación y/o interpelación alguna, y dará lugar a la suspensión del servicio, conforme lo previsto en el apartado siguiente. A partir de tal fecha SAMI podrá aplicar un interés compensatorio con más los gastos administrativos y/o de rehabilitación que corresponda, y dar inicio a las acciones judiciales y/o extrajudiciales pertinentes para proceder al cobro de la suma adeudada.

**4.3** La falta de pago de un mes de cuota producirá la suspensión automática de los servicios objeto del presente al titular y su grupo familiar y/o adherentes, sin necesidad de notificación alguna.- Tal suspensión no obliga a SAMI a indemnizaciones, pagos ni reintegros de ningún tipo al afiliado, reservándose SAMI el derecho de exigir judicial y/o extrajudicialmente la repetición de aquellas prestaciones y/o coseguros que durante la suspensión de los servicios hubieren sido abonadas y/o financiadas por SAMI.-

**4.4** La cuota podrá ser modificada por SAMI, de acuerdo a las variaciones de costos en honorarios, servicios, medicamentos, y otros rubros. Previa comunicación con la antelación legal correspondiente.

**4.5** SAMI se reserva el derecho de suspender total o parcialmente los beneficios de su Plan contratado por el afiliado en caso de fuerza mayor (guerra, epidemia, huelgas, revoluciones, etc.) o por uso abusivo, indebido o injustificado de los servicios, sin derecho de reclamo alguno por parte del afiliado.

**4.6** La falta de recepción del recibo o cupón de pago de la cuota **NO** exime al afiliado de su obligación de abonar en término. El atraso y/o falta de pago de las cuotas autoriza a SAMI al cobro de intereses, gastos administrativos y/o de rehabilitación que correspondan, y proceder, en su caso, a la suspensión de los servicios objeto del presente, conforme 4.2 y 4.3.

**4.7** La cuota se considera por mes calendario, no resultando proporcionable por ninguna circunstancia, en función de la fecha de alta o baja del beneficiario.

**4.8** La falta de pago de tres cuotas consecutivas será causal de resolución del contrato, previa intimación a regularizar el pago de la suma total adeudada dentro del término de diez (10) días hábiles. Transcurrido dicho plazo sin que se regularice el pago, el afiliado Titular y su Grupo Familiar y/o adherentes serán dados de baja automáticamente. Dicha baja no extingue las deudas y obligaciones que el afiliado mantenga con SAMI en concepto de prestaciones y/o coseguros, quedando reservado el derecho a exigir su pago.

**4.9** En el caso del solicitante cuyo contrato haya sido dado de baja conforme lo manifestado precedentemente, o hubiere resuelto el mismo conforme Clausula 3.3, que pretenda reincorporarse a SAMI, deberá suscribir la documentación y Declaración/es correspondiente, ingreso que quedara sujeto a la aprobación de SAMI, conforme 3.1, aplicándose en tales casos, todo lo previsto precedentemente para el ingreso conforme 2.1, 2.1 y concordantes.- En caso de pretender mantener la antigüedad, el afiliado, deberá abonar la suma que a tales fines SAMI determine.- La aceptación por parte de SAMI de tal reingreso no importara renuncia de derecho alguno ni remisión de deuda que, conforme 4.8, pudiera encontrarse pendiente y a cargo del afiliado.

**4.10** Los incrementos en las cuotas mensuales, aranceles adicionales o complementarios y coseguros, podrán realizarse previa notificación fehaciente al afiliado con una antelación no inferior a TREINTA (30) días a su implementación, con la opción de rescindir el contrato por parte del afiliado sin cargo alguno. Tal rescisión no

extingue las deudas y obligaciones que el afiliado mantenga con SAMI y/u otros prestadores, quedando reservado el derecho a exigir su pago.

**4.11** En caso de hiperinflación, incrementos significativos en la paridad cambiaria, en los gastos administrativos, costo de prestaciones, incorporación de nuevas practicas, y en el caso en que se produzca cualquier otro proceso económico extraordinario y ajeno a la voluntad de las partes que desequilibre la ecuación económico financiera existente al tiempo de contratar, SAMI quedara facultado a preservar el sistema prestacional mediante el incremento de las cuotas mensuales, aranceles y/o coseguros.

**4.12** SAMI se encuentra expresamente facultado a incorporar nuevos servicios, complementos y/o adicionales al Plan contratado por el afiliado, fijando en cada caso los valores correspondientes a tales servicios, complementos y/o adicionales a cargo de el afiliado. Pudiendo efectuar modificaciones, actualizar y/o dejar sin efecto los mismos, previa notificación fehaciente al afiliado con una antelación no inferior a TREINTA (30) días a su implementación.

## **5 FALLECIMIENTO DEL TITULAR – ALTAS Y BAJAS DEL GRUPO**

**5.1** En caso de fallecimiento del titular del Plan los integrantes del Plan a cargo del mismo gozaran durante el término de dos (2) meses a contar desde el día de fallecimiento, de la cobertura del Programa Medico Obligatorio (PMO) sin cargo, a través del plan, prestadores y modalidad de cobertura que a tales fines SAMI disponga.

**5.2** Si existieran deudas con SAMI y/u otros prestadores, el fallecimiento del titular **NO** extinguirá dichas obligaciones, quedando reservado el derecho de exigir judicialmente su pago contra los integrantes del Plan y/o sus herederos.

**5.3** Si uno o más miembros del Grupo familiar y/o adherentes quisieran continuar su afiliación a SAMI, para mantener la antigüedad deberán concurrir a las oficinas de SAMI, dentro de los treinta (30) días de producida la resolución contractual o fallecimiento del titular, para conformar un nuevo grupo, abonando la/s cuota/s desde el momento de producida tal hecho.

**5.4** Todo afiliado debe comunicar a SAMI dentro de los treinta (30) días cualquier modificación que se produjere dentro de su grupo familiar y/o adherentes.

## **6 COBERTURA**

**6.1** El detalle de la cobertura del Plan contratado y los tiempos de espera para acceder a la misma, se rigen de conformidad a las disposiciones correspondientes al Plan contratado por el afiliado, conforme Anexo I.-

**6.2** Los Planes SAMI cubren exclusiva y excluyentemente aquellas prestaciones que figuren incluidas en el Programa Medico Obligatorio (PMO) vigente (conforme Resoluciones 247/96, 201/2002, sus modificaciones y ampliaciones MS, Ley 24.754/96). Se podrá extender la cobertura a prácticas no incluidas en los instrumentos precitados cuando la cobertura de las mismas haya sido expresamente incluida en el Plan contratado por el afiliado.

**6.3** La cobertura a cargo de SAMI será brindada exclusiva y excluyentemente por medio de los profesionales de las distintas especialidades y de establecimientos asistenciales, clínicas, sanatorios, e institutos que se encuentren incluidos en las respectivas Cartillas de Prestadores de SAMI vigentes al tiempo de requerir la prestación, correspondiente y de acuerdo a las condiciones particulares de cada Plan. A tal efecto SAMI tendrá siempre en exhibición y a disposición de los afiliados y para conocimiento y/o consulta de los mismos, las cartillas correspondientes a profesionales y establecimientos para cada Plan.

**6.4** El afiliado podrá elegir entre los profesionales de las distintas especialidades y de establecimientos asistenciales, clínicas, sanatorios, e institutos entre los que se encuentren inscriptos en las respectivas Cartillas de Prestadores de SAMI vigentes al tiempo de requerir la prestación, correspondiente y de acuerdo a las condiciones particulares del Plan contratado, conforme Anexo I.

**6.5** SAMI solo dará cobertura establecida en el Plan contratado por el afiliado, contra la presentación de órdenes médicas por prácticas, internación o medicamentos, que sean extendidas y firmadas por profesionales inscriptos en las respectivas cartillas de prestadores SAMI. Las resoluciones de Auditoria Medica de SAMI serán irrecurribles y/o irrevocables.

**6.6** En el caso de que el afiliado titular y/o alguno de los integrantes del grupo familiar y/o adherentes presenten alguna discapacidad debidamente acreditada con certificado oficial, a los fines de la determinación y otorgamiento de cobertura regirán las siguientes pautas:

**A)** toda prestación, practica y/o tratamiento que los mismos requieran deberá ser solicitada su cobertura vía autorización previa a SAMI, con las ordenes medicas correspondientes; resultando en un todo aplicable lo previsto en los incisos 6.3, 6.4 y 6.5 precedentes.

**B)** En el supuesto de requerirse la cobertura de prestaciones, prácticas y/o tratamientos no vinculados al tratamiento y/o rehabilitación de la discapacidad del afiliado, se otorgará cobertura según plan contratado conforme acápite 6.2 del presente.

**C)** Atento lo dispuesto en 6.8 A), será inoponible a SAMI y carente de cobertura, toda prestación, practica medica, y/o tratamientos realizados con profesionales no incluidos en los respectivas cartillas de SAMI de la especialidad de que se trate, salvo que tal intervención fuera imprescindible por las características específicas de la

patología, y así haya sido previamente acreditado, y expresamente aceptado por SAMI; así como toda adquisición de elementos y/o materiales de rehabilitación, y/o prótesis cuando no se hubiese solicitado previamente su autorización y/o proveimiento a SAMI con las ordenes medicas correspondientes.

**D)** Bajo ninguna circunstancia podrá el afiliado pactar honorarios y/o valor alguno con terceros (proveedores, profesionales médicos, etc.), resultando en tal caso los mismos inoponibles a SAMI.

## **7 EXCLUSIONES**

**7.1** Quedan expresamente excluidos de la cobertura que SAMI brinda a sus afiliados:

**a)** Prestaciones no incluidas en el Programa Medico Obligatorio vigente al tiempo de solicitarse la cobertura respectiva, salvo aquellas expresamente incorporadas en el Plan contratado.

**b)** Medicación no contemplada en el vademécum del Programa Medico Obligatorio vigente al tiempo de solicitarse la cobertura respectiva, salvo aquellas expresamente incorporadas en el Plan contratado.

**c)** Prótesis no contempladas o que no cumplan con las disposiciones del Programa Medico Obligatorio vigente al tiempo de solicitarse la cobertura respectiva.

**d)** Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y todos los casos imputables al afiliado, tales como lesiones en riña entre otros.

**e)** Internaciones en establecimientos geriátricos. Internaciones para cura de reposo, para adelgazamiento y/o rejuvenecimiento. Dietología. Cosmetología. 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.

**f)** Cualquier gasto medico incurrido cuando el beneficiario se encuentre en mora, conforme 4.3 del presente.

**g)** Cualquier servicio y/o prestación recibido con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del beneficiario 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.

**h)** cualquier servicio y/o prestación no prescrita por un médico. Cualquier tratamiento de un beneficiario que sea proporcionado por un miembro familiar directo del mismo, aunque este sea medico, a menos que el mismo pertenezca al listado de prestadores de SAMI.

**i)** Cualquier servicio y/o prestación proporcionada en relación con cualquier forma de complemento o incremento alimenticio, a menos que sea necesario para mantener la vida de un beneficiario que padezca de una enfermedad crítica y exclusivamente mientras el afiliado se encontrare internado.

**j)** Internaciones para efectuar exámenes complementarios, análisis, estudios y/o tratamientos de clínica o cirugía que a criterio de Auditoria Medica de SAMI, puedan ser efectuados en forma ambulatoria.

**k)** Tratamientos de enfermedades crónicas (cardiovasculares, neurológicas, etc.), hidroterapia, curas similares, ejercicios de rehabilitación y/o terapéuticos, una vez superados los topes previstos por el Programa Medico Obligatorio vigente al tiempo de solicitar la cobertura.

**l)** Cualquier servicio, tratamiento o prestación 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, tratamiento o prestación debe cumplir uno o mas de los siguientes criterios: 1) Que tal servicio, tratamiento o prestación no este de acuerdo con las normas generalmente aceptadas por la practica medica de la Republica Argentina; 2) Que tal servicio, tratamiento o prestación no este incluido en el Nomenclador Nacional.

**ll)** Elementos y/o equipamiento de oxigenoterapia no incluidos en el Programa Medico Obligatorio vigente al tiempo de solicitar la cobertura.

**m)** Reposición de sangre y plasma. Factores Hematológicos.

**n)** Drogas o medicación no aprobadas por el Ministerio de Salud y/o Autoridad de Aplicación que lo reemplace; medicamentos importados, de venta libre, homeopáticos, cosmetológicos o recetas magistrales, ya sea para uso ambulatorio o en internación.

**o)** Cualquier servicio y/o prestación relacionado con reversión de esterilización, masculina o femenina; cualquier tratamiento para transformación sexual, disfunciones o insuficiencias sexuales; cualquier servicio o prestación proporcionado en relación con el control de natalidad.

**p)** Internación por afecciones no cubiertas por SAMI.

**q)** Tratamientos u operaciones en estadio o etapa experimental, no reconocidos por organismos o instituciones oficiales de la Republica Argentina.

**r)** Gastos extras dentro o fuera de la internación (acompañantes, enfermería, plasma y sangre, factores hematológicos, medios de contraste, películas, etc.).

**s)** Todo gasto y honorarios médicos por internación efectuada en habitación individual a pedido del afiliado, cuando el Plan contratado por el mismo cubriera habitación compartida.

**t)** material descartable de uso ambulatorio.

**u)** Toda compra de órganos para trasplantes, que no haya sido gestionada y efectivizada vía CUCAIBA y con conocimiento fehaciente previo de SAMI.

## **8) PRESTACIONES INCORPORADAS POR EL PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (PMO)**

**8.1** Las prestaciones incorporadas a la cobertura por imperio de la Resolución 247/96, 201/2002 M.S. y sus modificatorias y/o ampliatorias, serán brindadas a los beneficiarios exclusivamente por medio de los profesionales de las distintas especialidades y de establecimientos asistenciales, clínicas, sanatorios, e institutos que se encuentren incluidos en las respectivas Cartillas de Prestadores de SAMI vigentes al tiempo de requerir la prestación, y bajo las modalidades que en cada caso determine Auditoria Medica de SAMI, de acuerdo el Plan contratado por el afiliado, conforme Anexo I.

## **9) CREDENCIALES**

**9.1** Toda vez que SAMI acepte el ingreso del solicitante, le entregara al mismo una Credencial, que servirá de constancia de afiliación y que lo acreditara como tal. Los servicios correspondientes al Plan contratado podrán ser utilizados con la presentación de tal credencial y documento de identidad.

**9.2** La Credencial de afiliación es intransferible y de uso exclusivo de su Titular. La facilitación de la Credencial para la atención de terceras personas será causal de resolución del contrato, reservándose SAMI el derecho a las acciones legales que considere pertinente.

**9.3** En caso de extravío y/o pérdida por cualquier causa de la Credencial, el afiliado deberá notificarlo a SAMI dentro de las 24 hs. siguientes a la pérdida. Transcurrido dicho plazo se lo considerara responsable por la eventual utilización dolosa de la misma y de todo daño y perjuicio que se le causare a SAMI, siendo además, causal de resolución del contrato.

## **10 SUBROGACION**

**10.1** SAMI quedara automáticamente subrogado en todos los derechos del afiliado contra los terceros por cuya acción u omisión este ultimo haya sufrido lesiones que motiven la prestación de los servicios contratados. En tal caso el afiliado estará obligado a prestar a SAMI toda la información y cooperación necesaria a fin de posibilitar el ejercicio de todas las acciones de que fuera titular contra dichos terceros, hasta el límite de los gastos incurridos y cubiertos por SAMI. A tal efecto, el afiliado deberá otorgar a SAMI las autorizaciones y poderes para asuntos judiciales que fueran necesarios, y está obligado a concurrir a toda citación que recibiere.

**10.2** El afiliado responderá ante SAMI por toda acción, omisión o actitud de su parte que impida, obstaculice y/o frustre el ejercicio de la subrogación establecida en el presente, y constituirá causal de resolución contractual.

## **11 AMBITO GEOGRAFICO DE COBERTURA**

**11.1** El ámbito geográfico/espacial de cobertura de los planes SAMI es exclusiva y excluyentemente el delimitado por el Partido de General Pueyrredón, Provincia de Buenos Aires.

**11.2** En el supuesto de que SAMI otorgara, por si o por medio de terceros, cobertura del servicio de emergencias medicas para pacientes con riesgo de vida, la misma se limitara al ámbito geográfico comprendido por el centro urbano de la ciudad de Mar del Plata, conforme normativa vigente en la materia, careciendo, en consecuencia, de tal cobertura aquellos afiliados que se domiciliaren fuera del centro urbano precitado.

## **12 RESPONSABILIDAD DEL AFILIADO**

**12.1** El afiliado Titular asume la responsabilidad de su Grupo Familiar y adherentes, del conocimiento y cumplimiento de las normas establecidas en el Presente y restantes documentos que integren el Contrato de Afiliación, y de las que oportunamente se comuniquen.

**12.2** Es responsabilidad del afiliado comunicar a SAMI todo cambio de domicilio o de teléfono, por escrito y por medio fehaciente dentro de los treinta (30) días de ocurrido el hecho.

**12.3** Hasta tanto la comunicación indicada precedentemente no se cumplimentará, será válida toda información o comunicación que se enviase al ultimo domicilio declarado.

**12.4** Todo afiliado debe comunicar a SAMI dentro de los treinta (30) días cualquier modificación que se produjere dentro de su grupo familiar y/o adherentes.

## **13 DOCUMENTOS QUE INTEGRAN EL CONTRATO DE AFILIACION**

**13.1** La solicitud de afiliación, las Declaración Jurada, el Anexo de Condiciones Particulares del Plan, el presente Reglamento General, integran el Contrato de Afiliación entre el afiliado, su grupo familiar a cargo y/o adherentes y SAMI.

## **14 PLANES**

**14.1** Es facultad de SAMI dar de baja cualquiera de sus planes, en ese caso los afiliados al mismo serán incorporados a un plan de semejanza. Asimismo, el SAMI se reserva el derecho de introducir modificaciones en los planes vigentes en el momento y modo que considere conveniente, las que serán notificadas al afiliado con una antelación no menor de TREINTA (30) días a su implementación, con la opción del mismo rescindir el contrato. Tal rescisión no extingue las deudas y obligaciones que el afiliado mantenga con SAMI y/u otros prestadores, quedando reservado el derecho a exigir su pago.

**14.2** El SAMI informara a sus afiliados de toda modificación que se produzca en sus planes, mediante notificación fehaciente con una antelación no menor a 30 días de su implementación, al último domicilio denunciado por el afiliado.

**14.3** Es exclusiva facultad de SAMI decidir en cada caso los planes que pone a disposición, así como permitir o no el cambio de un plan a otro.

**15 RESERVA**

**15.1** El afiliado deslinda al Centro Medico – SAMI de toda responsabilidad por las consecuencias dañosas que se pudieran derivar en forma mediata o inmediata de las prestaciones recibidas. No ejerciendo SAMI representación alguna de los profesionales y establecimientos adheridos a su sistema e incluidos en las Cartillas y listados de SAMI.

**16 INTERPRETACION - INALTERABILIDAD DEL EQUILIBRIO CONTRACTUAL**

**16.1** Atento la naturaleza y características especiales del presente Contrato de Afiliación, siendo el mismo por tiempo indeterminado, de tracto sucesivo, aleatorio, de origen bilateral pero que se inserta en un sistema plurilateral, oneroso, de prestaciones móviles, conmutativo, cuyo equilibrio no se agota en las prestaciones a cargo de las partes, sino en la subsistencia de una ecuación económica-prestacional- financiera, existiendo diversos factores externos que pueden influir en el mismo; las partes se comprometen a ejecutar el presente de buena fe.

**16.2** El presente contrato debe interpretarse de buena fe, y atendiendo al objeto y fin del mismo, así como al texto y espíritu de las disposiciones del presente, velando en todo momento por la necesaria subsistencia de la ecuación económica-prestacional- financiera, para lo cual deberán tenerse en cuenta los diversos factores ajenos a las partes, económicos, financieros, legislativos, tecnológicos, etc., con virtual impacto en el Contrato existente entre SAMI y el afiliado, a los fines de evitar que las prestaciones a cargo de una o ambas partes del presente se torne excesivamente onerosa.

**Declaro haber leído, comprendido y aceptar expresamente los términos del presente Reglamento General como parte integrante del Contrato de Afiliación celebrado con SAMI; y haber recibido copia del mismo, al que adhiero voluntariamente y en pleno ejercicio de mi libertad contractual y autonomía de la voluntad, por resultar convenientes y conforme a mis intereses y necesidades.**

.....  
Firma

.....  
Tipo y No. DNI

.....  
Aclaración

...../...../.....  
Fecha

Para el supuesto de que junto al Afiliado Titular ingrese integrante del grupo familiar o adherente mayor de edad:

En mi carácter de integrante del Grupo Familiar a cargo del Sr./a....., ingresante al Plan SAMI....., suscribo al pie el presente en prueba de conocer, comprender y consentir el presente Reglamento en todos sus términos:

.....  
Firma

.....  
Tipo y No. DNI

.....  
Aclaración

...../...../.....  
Fecha

**FORMULARIO ADICIONAL AL PUNTO 4 DEL**

**REGLAMENTO GENERAL DE CONTRATACION DE SAMI**

El suscripto, Sr./a....., DNI....., en mi carácter de Afiliado Titular ingresante al Plan .....No.....de SAMI, por medio de la presente deixo expresa constancia que se me ha explicado, comprendo y acepto de plena conformidad que la cuota correspondiente al Plan ..... por mi voluntariamente contratado en forma individual/ incluyendo el grupo familiar a mi cargo de..... personas (tachar lo que no corresponda), asciende a la fecha a la suma de Pesos.....(\$.....) por mes. La cual será bonificada conforme las siguientes categorías:

Categoría	Rango de Cuota	Grupo alcanzado	Valor Actual
1	Cuota completa	de 66 años o mas	
2	Bonificación Categ.1	51 a 65 años	
3	Bonificación Categ.2	43 a 50 años	
4	Bonificación Categ.2	de 36 a 42 años	
5	Bonificación Categ.3	de 26 a 35 años	
6	Bonificación Categ.4	de 0 a 25 años	

\* En caso de Planes con mas de un (1) integrante, quien determina la Categoría del Grupo Familiar es el afiliado titular o Cotitular de mayor edad.

\* El pase de una Categoría a otra, y con ello el ajuste de la cuota a los valores vigentes al momento de operar dicha modificación para la nueva Categoría a la que se ingresa, operara en forma automática al cumplir el afiliado titular o cotitular la edad respectiva, sin necesidad de notificación alguna.

\* SAMI determinara el valor de cuota correspondiente a cada Categoría.

\* Se deja expresa constancia de que la bonificación prevista en cada caso será aplicable sobre el valor vigente de cuota correspondiente a mi Plan en cada momento, y no sobre el valor histórico de la misma. Por lo cual, en caso de aumento de valor, la bonificación aquí prevista se calculará en base al nuevo valor de cuota y NO sobre los aquí consignados.

\* Lo aquí previsto subsistirá mientras subsista la afiliación del suscripto como Afiliado titular y la composición del grupo familiar a mi cargo con el que ingreso al día de la fecha. Motivo por el cual, toda modificación en la composición del grupo familiar y/o los integrantes al Plan por mi contratado, deberá ser inmediatamente informado a SAMI, conforme Cláusula 14.4 del Reglamento General de Contratación de SAMI, a los fines de efectuar las adecuaciones que correspondan.

\* El presente es parte integrante del Reglamento General de Contratación de SAMI, cuya copia he recibido, por lo que resulta plenamente vigente y aplicable el mismo, en particular los puntos 4.1 a 4.12.

\* Conforme punto 4.4 y 4.10 del Reglamento General de Contratación de SAMI; los valores de cuota correspondientes a mi Plan, podrán ser modificados por SAMI, previa notificación al afiliado con una antelación no menor a treinta (30) días de su implementación.

\*El presente regirá por todo el tiempo de mi afiliación al Plan precitado, y en tanto una norma legal de orden publico no modifique lo aquí previsto. En caso de que por cualquier causa quedara sin efecto lo aquí previsto, en forma automática quedaran sin efecto y cesaran las bonificaciones de la cuota de mi Plan, debiendo abonar desde entonces la cuota total correspondiente al mismo en dicho momento.

**Suscribo al pie en prueba de haber leído, comprender y aceptar expresamente los términos del presente, como parte integrante del Contrato celebrado voluntariamente con SAMI, y de haber recibido copia del mismo, a lo que adhiero voluntariamente y en pleno ejercicio de mi libertad contractual.**

Firma:

Aclaración:

Fecha:

S- 48 03114