



NACIONAL



RESOLUCION 2181/1980
SECRETARIA DE COMERCIO Y NEGOCIACIONES ECONOMICAS
INTERNACIONALES (SCYNEI)

Servicios médicos privados prepagos -- Información a suministrar a los usuarios.

Fecha de Emisión: 11/09/1980; Publicado en: Boletín Oficial 16/09/1980

Artículo 1º -- Esta resolución se aplica a los convenios individuales o colectivos cuyo objeto sea la prestación de servicios médicos privados prepagos, en que afiliados o adherentes a un sistema de cobertura de riesgo de salud abonen cuotas periódicas convenidas con anticipación.

Art. 2º -- Los convenios que se celebren deberán ser necesariamente acompañados de una cartilla confeccionada siguiendo fielmente los lineamientos de la planilla anexa a la presente resolución, en la que se detallarán las prestaciones que se brinden y los requisitos y modalidades a que estén subordinadas.

Art. 3º -- La presentación e información escrita que se preste al solicitante, impresa en caracteres bien visibles, deberá ajustarse a los términos de la cartilla mencionada en el artículo anterior.

Art. 4º -- La falta de correspondencia entre los servicios ofrecidos o convenios y los que realmente se presten y cualquier otra infracción a lo dispuesto en los artículos precedentes será pasible de las sanciones establecidas en la ley 20.680.

Art. 5º -- Esta norma entrará en vigencia a los sesenta (60) días de su publicación.

Art. 6º -- Comuníquese, etc.

Estrada.

Planilla anexa a la res. SECYNEI 2181/80

1. Características de los convenios individuales o colectivos entre la entidad y los usuarios.

a) Especificación detallada de las prestaciones y prácticas de atención y distintos planes de cobertura, como ser:

*) Grupo cerrado, abierto o mixto (detallar a qué grupo pertenece y dar características sobre el mismo). Aclarar si en caso de internaciones u otras asistencias, se puede recurrir a ambos sistemas simultáneamente.

*) Condiciones de ingreso (fijar, si los hubiere, los límites de edad y/o exclusiones de la prestación).

*) Categorías (socio simple, matrimonio, grupo familiar o similares).

*) Beneficios o servicios (internación, terapias, derechos operatorios, cirugía, maternidad, consultas, diagnósticos, urgencias, beneficios adicionales, éstos últimos si los hubiere). Lo que no está expresamente mencionado en este convenio (cartilla) no se presta.

En caso de otorgar prestaciones gratuitas, precisar el alcance de las mismas.

*) Períodos de espera o carencia (detallar qué prestaciones tienen carencia y cuál es la duración de las mismas).

Explicitar si el cambio de un plan a otro, tiene carencia y, de haberla, cuánto duran.

*) Detalle minucioso (nombre, dirección, teléfono, etc.) de los profesionales o cuerpo médico (con actualización permanente) con aclaración de:

- Especialidad de los profesionales (en caso de limitaciones en la elección del profesional por el usuario deberá estar expresamente aclarado). Aclarar además, si en la visita a domicilio, se cobran viáticos.
- Servicios de diagnóstico y tratamiento.
- Servicios de odontología.
- Establecimientos de internación, clínicas y/o sanatorios.
- Cobertura en medicamentos, tratamiento ambulatorio y de internación y/o urgencias.
- Farmacias adheridas.
- Medicamentos excluidos.
- Características de la hotelería de internación:
 - Número de camas por habitación.
 - Acompañantes
 - Extras.
- b) 1 -- Información sobre la necesidad de realizar o no anticipos (pagos a cuenta) en caso de internación por sistema cerrado.
- 2 -- Porcentaje de descuentos sobre medicamentos y requisitos para obtenerlos: Si es directo o por reintegro (porcentaje con carné de afiliado y con receta del facultativo del prepago y/o establecimiento asistencial).
- 2. Condiciones para recibir las prestaciones médicas.
 - a) Credencial identificatoria.
 - b) Detalle de coseguros y/o bonos moderadores montos de cada uno y prácticas canceladas.
 - c) Documentación administrativa a utilizar por los usuarios para acceder a los servicios (chequeras, órdenes de atención, de internación, recetas y/o similares).
 - d) Sistemas para cubrir la atención de urgencias. Normas de solicitud y acceso al mismo.
 - *) Ambulancias. Si se incluye o no en el servicio.
 - *) Incubadora. Idem anterior.
- 3. Pagos y reintegros.
 - a) Pago de cuotas. Debe aclararse, si se realizarán en la sede de la empresa, en algún banco predeterminado o bien por cobranza (personal o por correo).
 - b) Aclarar que si con la falta de pago de alguna cuota, el afiliado pierde su condición de tal temporaria o definitivamente.
 - c) Aclarar si el atraso en el pago, devengará algún tipo de interés compensatorio y/o punitivo, y si lo hiciere, cuál es su base de aplicación.
 - d) En caso de ser grupos abiertos o mixtos, qué reintegros (y topes) corresponden al afiliado de acuerdo al plan en que se hallara.
 - *) Condiciones para su utilización.
 - *) Monto según prestación (1).
 - *) Monto mensual o anual (1).
 - (1) Pueden agregarse en la planilla de cuotas que va por separado
 - e) En base a qué elementos o porcentajes se fijan éstos aranceles (reintegros).
 - f) Papelería a presentar para el cobro de reintegros y demora en el pago de los mismos.
- 4. Contratos.
 - a) Aclarar qué tipo de relación contractual existe con el afiliado. Si es renovable automáticamente y/o rescindible sin previo aviso.
 - b) Aclarar, además, el mecanismo que se establezca para que no puedan entrar en vigencia sin prueba fehaciente del conocimiento por parte del usuario de que se trate.
 - c) Motivos o causas que generan la rescisión del contrato por parte de la empresa (falsedad en las DDJJ, morosidad en el pago, adulteración de la información, etcétera).