

CONDICIONES GENERALES DE CONTRATACIÓN

Este instrumento contiene las condiciones generales de contratación de la Asociación Mutual de Farmacéuticos Florentino Ameghino (en adelante AMFFA Salud), a los efectos de regular la relación contractual con el solicitante y se encuentra complementado por las normas particulares de cobertura para los planes INTEGRAL y REGIONAL establecidas en la documentación que se adjunta y por los documentos enumerados en el apartado 1 de las presentes condiciones.

1. Condiciones de Ingreso. Las personas interesadas en ingresar a AMFFA Salud, deberán completar íntegramente y suscribir la documentación solicitada, siendo necesaria la presentación de: (1) solicitud de ingreso con la ficha de datos personales y declaración jurada de salud que forma parte integrante de las presentes condiciones, debidamente firmada; (2) copia de documento nacional de identidad. El interesado 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. A tales fines la solicitud se considera unitaria y la falsedad y/o falta de correspondencia y/o verosimilitud entre lo declarado e informado y lo efectivamente acreditado por uno u algunos de los integrantes del grupo, generará sin más el derecho resolutorio que establece la normativa vigente. La veracidad, exactitud e integridad de la información suministrada son condiciones fundamentales y esenciales para la presente contratación, tenidas especialmente en cuenta por AMFFA Salud al momento de perfeccionar la relación. En consecuencia, la inexactitud, falacia o divergencia con la realidad de la información suministrada por el solicitante en dicha/s declaración/es generará sin más la facultad de resolver el contrato por exclusiva culpa del solicitante o afiliado, debiendo tan sólo notificarse en forma fehaciente la voluntad en tal sentido.

2. Perfeccionamiento del Contrato. El perfeccionamiento del contrato se considerará efectuado solamente cuando la solicitud sea aprobada expresamente por AMFFA Salud, ya sea, mediante la entrega de las credenciales respectivas, o bien mediante comunicación expresa en tal sentido. En cualquiera de los casos, el afiliado deberá ingresar inmediatamente el pago de la cuota correspondiente al mes de ingreso. En estos supuestos, una vez perfeccionado el contrato, el solicitante podrá revocar en el plazo de 10 días de conformidad a lo dispuesto en el art. 34, Ley N°. 24.240. El afiliado deberá permanecer como mínimo 12 meses consecutivos en un plan para poder solicitar el cambio a un plan diferente.

3. Cobertura. Territorio. El PLAN INTEGRAL otorgará cobertura a los afiliados en todo el territorio nacional mientras que el PLAN REGIONAL otorgará cobertura a los afiliados en la Provincia de Buenos Aires (PBA), excluyendo la atención fuera del ámbito provincial. La derivación para la atención fuera de los límites establecidos precedentemente, será en casos excepcionales y con expresa autorización de AMFFA Salud, para prestaciones comprendidas en el P.M.O. y que no se realicen en territorio expresado. Cualquier otra prestación fuera del ámbito geográfico delimitado está excluida.

La cobertura de ambos planes será de acuerdo a las normas contenidas en las normas particulares correspondientes a cada Plan, a través de la cartilla de prestadores y profesionales adheridos detallados en nuestra página web (www.amffa.com.ar). AMFFA Salud podrá modificar parcialmente la nómina de prestadores y de prestaciones en su cartilla, siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura y sin que el cambio altere el objeto del servicio o pudiere significar una disminución cualitativa respecto del servicio contratado oportunamente.

4. Cuotas mensuales. (1) Mora. El afiliado deberá pagar la cuota por mes adelantado. El pago mensual de las cuotas deberá realizarse por cualquier medio de pago electrónico vigente y en el caso de asociados farmacéuticos, la cuota podrá ser descontada a través de las liquidaciones de obra sociales del Colegio de Farmacéuticos. Se define como mora la falta de pago de la cuota del mes en curso, a partir de la fecha de vencimiento de la factura. (2) Reserva. AMFFA Salud se reserva el derecho de modificar los valores de las cuotas relativas al Plan, sin afectar el equilibrio en la relación entre las partes, previa autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud, en su carácter de Autoridad de Aplicación de la Ley 26.682 (arts. 5, inciso g y 17), cuando tal modificación obedezca a variaciones en la estructura de costos y cálculo actuarial de riesgos. Toda modificación será informada con una antelación no inferior a 30 días al afiliado, y éste último, en caso de no aceptarla, podrá rescindir sin costo el contrato. Asimismo, AMFFA Salud se reserva el derecho a modificar los valores de las cuotas de cada plan en función de la cantidad de integrantes del grupo y de la edad de los mismos, estableciendo valores diferenciados según grupo etario.

5. Resolución. Son causales de resolución, además de las expresamente previstas en la ley, las siguientes: (1) Cuando el asociado incurra en mora por el término de tres cuotas consecutivas. La falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas, será causal de resolución del contrato en forma automática, previa notificación fehaciente por el plazo de ley y sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna. Dicha baja no extingue las deudas que el asociado mantenga con AMFFA Salud, quedando reservado el derecho a exigir su pago. En caso de que el titular, cuyo contrato haya sido resuelto de conformidad con lo manifestado precedentemente y pretenda reincorporarse, deberá previa cancelación de la deuda pendiente cumplir con las condiciones vigentes para los nuevos solicitantes. A tal fin deberá presentar la documentación correspondiente, la que quedará sujeta a la aprobación por parte de AMFFA Salud, aplicándose en tales casos todo lo previsto en el apartado 1) del presente. (2) Cuando el afiliado haya falseado la declaración jurada, AMFFA Salud podrá rescindir en forma inmediata el presente contrato mediante notificación fehaciente.

6. Rescisión del contrato: La rescisión del contrato de afiliación, se rige por el art. 9° de la Ley 26.682 debiendo los usuarios notificar en forma fehaciente su decisión mediante nota firmada por el titular expresando los motivos, con una anticipación de 30 días a la fecha deseada de baja. La misma deberá enviarse adjunta por mail a afiliaciones@amffa.com.ar con copia a info@amffa.com.ar o mediante el botón de baja en la página web respetando la anticipación mencionada.

7. Subrogación. AMFFA Salud quedará automáticamente subrogada en todos los derechos del asociado contra los terceros por cuya acción u omisión éste último haya sufrido lesiones que motiven la prestación de los servicios contratados. En tal caso el asociado estará obligado a prestar a AMFFA Salud toda la información y cooperación necesaria a fin de posibilitar el ejercicio de todas las acciones de que fuere titular contra dichos terceros, hasta el límite de los gastos incurridos y cubiertos por AMFFA Salud. A tal efecto, el asociado deberá otorgar las autorizaciones y poderes que fueren necesarios, y estará obligado a concurrir ante las citaciones que recibiere. El asociado responderá ante AMFFA Salud por toda acción, omisión o actitud de su parte que impida o frustre el ejercicio de la subrogación establecida en el presente.

8. Documentos que integran el contrato. (1) Solicitud de ingreso; (2) declaración jurada de salud; y (3) tríptico. Queda expresamente establecido que la incorporación como afiliado al plan elegido implica la plena aceptación de lo establecido en los documentos referidos precedentemente, que regirán las relaciones entre AMFFA Salud por un lado, y el afiliado, su grupo familiar, y las personas que a posteriori pudiesen incorporarse al mismo, por el otro, desde el momento de su perfeccionamiento y hasta la finalización de su vigencia.

9. Comunicaciones. Las notificaciones previstas en el presente podrán realizarse por cualquier medio, inclusive a través de los boletines informativos emitidos periódicamente, página web y otros medios informáticos como mails, remitidos por AMFFA Salud al afiliado. A tal fin el interesado denunció su dirección de e-mail donde recibirá todas las notificaciones cursadas por AMFFA Salud, otorgando el asociado plena conformidad al respecto. A tal fin el interesado denunció una dirección de e-mail donde se tendrán por válidas todas las notificaciones cursadas por AMFFA Salud, otorgando el asociado plena conformidad al respecto.

10. Vigencia. El presente contrato será por tiempo indeterminado y quedará perfeccionado conforme a lo previsto en el punto 2.

11. Jurisdicción. Para todos los efectos legales las partes, eligen y se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Civiles y Comerciales Ordinarios de la Ciudad de La Plata, con expresa renuncia a todo otro fuero o jurisdicción.

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE _____ DNI _____