



**República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional**  
AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA

**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** Anexo I - CLÁUSULAS MÍNIMAS QUE DEBERÁN CONTENER LOS CONTRATOS DE PLANES DE COBERTURA INDIVIDUALES ENTRE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA Y USUARIOS Y AGENTES DEL SEGURO DE SALUD Y BENEFICIARIOS

---

**CLÁUSULAS MÍNIMAS QUE DEBERÁN CONTENER LOS CONTRATOS DE PLANES DE COBERTURA INDIVIDUALES ENTRE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA Y USUARIOS Y AGENTES DEL SEGURO DE SALUD Y BENEFICIARIOS**

**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. 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.

**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 N° 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.

**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.

**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.

**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.

**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.

**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.

**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.

**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.

**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.

**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.

**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.

**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.

**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.

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

**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.

**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.

**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.

**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.

**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.

**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.