



## HOSPITAL BRITÁNICO

**SISTEMA NOTARIAL DE SALUD CATEGORÍAS OPCIÓN MONTEVIDEO y OPCIÓN 1 INTERIOR (formulario que también comprende a los afiliados que hayan perdido la calidad de beneficiarios del Seguro Nacional de Salud por encontrarse en las situaciones previstas en el artículo 65 de la ley N° 18.211 y en el inciso noveno del artículo 70 de dicha ley y su modificativa).**

**A) Opción Montevideo:** beneficiarios radicados en el departamento de Montevideo que opten por recibir atención médica en el Hospital Británico a través del Seguro Nacional de Salud, conforme a lo previsto por el inciso segundo del artículo 22 de la ley N.º 18.211 de 5 de diciembre de 2007; en el caso de los beneficiarios no afiliados a la Caja no se exigirá que esta opción se realice a través de dicho Seguro Nacional; **B) Opción 1 Interior:** beneficiarios radicados en el interior de la República que hayan efectuado la respectiva opción referida en el precedente literal A.

### **PRIMERO (Antecedentes)**

La Caja Notarial de Jubilaciones y Pensiones (hoy Caja Notarial de Seguridad Social y en adelante "Caja Notarial") y el Hospital Británico han mantenido una vinculación comercial desde el año 1989 por la cual los beneficiarios del Sistema Notarial de Salud han tenido derecho, bajo determinadas condiciones, a cobertura de salud en el Hospital. Con fecha 20 de diciembre de 2023, la Caja Notarial y el Hospital han acordado rescindir el convenio vigente y suscribir un nuevo convenio que regula la cobertura de salud que brinda el Hospital a los beneficiarios del Sistema Notarial de Salud.

A los efectos de documentar la opción adoptada por los beneficiarios del Sistema Notarial de Salud, se suscriben las presentes condiciones particulares que junto con la normativa aplicable a la presente contratación rige la vinculación con el Hospital. En consecuencia de lo expuesto, quien suscribe realiza la opción de contratar los servicios del Hospital en un todo de acuerdo con las siguientes estipulaciones que regirán durante la vigencia de la vinculación entre el Hospital y la Caja Notarial.

### **SEGUNDO (Cobertura)**

La cobertura abarcará los mismos servicios médicos que constituían la canasta de prestaciones que recibían como colectivo los beneficiarios del Sistema Notarial de Salud al 20 de diciembre de 2023, —que no incluyen habitación privada ni emergencia médica móvil— así como también aquellas prestaciones de carácter sanitario que incorpore para los socios "Hospital Scheme" en lo aplicable a las opciones descriptas.

### **TERCERO (Examen de admisión)**

El Hospital no practicará examen de admisión a quienes contaren con cobertura integral al 20 de diciembre de 2023, ni a quienes, adquiriendo la calidad de afiliados a la Caja Notarial con posterioridad a esa fecha, optaren por contratar con aquél dentro del plazo de noventa (90) días a contar del momento en que pudieron realizar dicha opción.

No obstante, quienes, a partir del 20 de diciembre de 2023, siendo mayores de 40 años, se afilien a la Caja Notarial en calidad de empleados, y todos los afiliados que reingresen a la actividad, deberán someterse a un examen médico previo a la admisión, salvo quienes ya contaran con la mencionada cobertura, y le aplicarán las carencias que resulten del mismo.

Bajo tales condiciones, el Hospital Británico admitirá, para su ingreso por primera vez a partir de 20 de diciembre de 2023, únicamente a beneficiarios de hasta 60 años de edad.

Tratándose de nuevas incorporaciones o reincorporaciones de beneficiarios no afiliados a la Caja Notarial, identificados en el numeral II de la cláusula Segunda del convenio con la misma, éstos deberán someterse a las normas de ingreso vigentes al momento de la incorporación o



## HOSPITAL BRITÁNICO

reincorporación para el seguro del Hospital Británico dictadas por el mismo, salvo quienes ya contaran con esta cobertura en calidad de afiliados.

### **CUARTO (Precio)**

El precio será abonado por la Caja Notarial y el monto y su ajuste – cuyo valor y definición actuales constan en la solicitud de costeo formulada por quien suscribe ante Caja Notarial - serán los definidos contractualmente entre el Hospital y la Caja.

En caso de que el beneficiario sea asegurado del Fondo Nacional de Salud (FONASA), las cápitas, aportes u otros conceptos correspondientes a la afiliación de aquél, que vierta dicho Fondo al Hospital, serán transferidos a la Caja en las condiciones acordadas, en el plazo que la operativa lo permita y de acuerdo con el monto enviado por el Banco de Previsión Social (BPS) al Hospital a tales efectos.

### **QUINTO (Cese de cobertura)**

En caso de extinción o rescisión del convenio vigente entre el Hospital Británico y la Caja Notarial por la razón que fuere, sin que las partes celebren otro para dar continuidad a la cobertura de salud de los beneficiarios del Sistema Notarial de Salud, éstos podrán continuar su vinculación con el Hospital Británico en base a las condiciones generales y particulares del Hospital que rijan a ese momento, abonando un precio acorde al valor técnico, atendiendo a las particularidades y consideraciones vinculadas al colectivo de beneficiarios, en régimen de libre contratación, sin examen de ingreso y sin límite de edad.

### **SEXTO (Autorizaciones)**

Quien suscribe autoriza al Hospital a que suministre a la Caja toda la información de sus aportes al FONASA a los efectos de la determinación de las condiciones del costeo y a que le vierta las sumas recibidas de dicho Fondo por todo concepto, en las condiciones acordadas entre el Hospital y la Caja Notarial.

Asimismo, consiente que el Hospital informe a la Caja los montos adeudados que se hayan generado por concepto de tiques u órdenes no abonados, para que los mismos sean adicionados a la cuota de copago.

---

\_\_\_\_\_, titular de la cédula de identidad \_\_\_\_\_,  
número de afiliado \_\_\_\_\_ acepta las presentes Condiciones, una copia de las  
cuales se le entrega, y declara comprender el alcance de estas.

Montevideo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Autorizo a utilizar mi dirección de correo electrónico para recibir cualquier tipo de información del Hospital Británico. SI NO (marcar el que corresponde)