



CAJA NOTARIAL

No.

SISTEMA NOTARIAL DE SALUD AFILIADOS OPCIÓN 2 INTERIOR

Opción 2 Interior: afiliados radicados en el interior de la República que opten por recibir asistencia sanitaria en su localidad de residencia a través del Seguro Nacional de Salud o por abonarla directamente por estar comprendidos en las situaciones previstas en el artículo 65 de la ley Nº 18.211 y en el inciso 9 del artículo 70 de dicha ley en la redacción dada por el artículo 12 de la ley Nº 18.731, más una prestación quirúrgica complementaria por parte del Hospital Británico

Condiciones de costeo de cobertura médica

Quien suscribe, habiendo contratado un seguro quirúrgico con el Hospital Británico en los términos ofrecidos para beneficiarios de las prestaciones con cargo al Fondo Sistema Notarial de Salud, en el marco normativo dispuesto por las leyes Nº 18.211 de 5 de diciembre de 2007 (Sistema Nacional Integrado de Salud) y Nº 18.732 de 7 de enero de 2011 (incorporación de afiliados de Caja Notarial al Seguro Nacional de Salud), **solicito el costeo** por parte de la Caja de mi cuota de contratación del referido seguro quirúrgico, en las siguientes condiciones:

- 1. Copago:** La Caja costeará mi cuota de contratación del seguro quirúrgico del Hospital Británico, cuyo monto a julio de 2026 es de pesos uruguayos quinientos sesenta y nueve con ochenta centésimos (\$ 569,80) mensuales, I.V.A. incluido, y se ajustará semestralmente con la actualización que establezca el referido Hospital considerando la variación en las cuotas de sus socios "Hospital Scheme". Sobre los montos de dichas cuotas se acordó aplicar un descuento del 5 % para el segundo semestre de 2024, del 3 % para el primer semestre de 2025 y del 1 % para el segundo semestre de 2025. De momento, no deberé efectuar reembolso alguno por tal concepto al Fondo Sistema Notarial de Salud, no obstante lo cual la Caja podrá establecer uno (en adelante, "copago"), el que no podrá superar el equivalente a mi cuota de contratación del referido seguro I.V.A. incluido más gastos de administración que eventualmente se fijaren. De fijarse un "copago", éste deberá abonarse a mes adelantado, hasta el día diez (10) de cada mes, en los lugares que determine la Caja. De abonarse fuera de plazo, el monto del mismo será el vigente a la fecha de pago. Las deudas con el Hospital devengadas por la utilización de los servicios de salud contratados (órdenes y tiques) o con la Caja por gestiones de cobranza del reembolso referido (telegramas u otras), se abonarán conjuntamente con el "copago" mensual, considerándose las indivisibles con éste. Durante el período en que no se cobre "copago", las referidas deudas tendrán el mismo tratamiento que se da a este último en las estipulaciones siguientes.
- 2. Otras obligaciones que asumo:** **a)** mantener mi afiliación a un prestador de salud en mi localidad de residencia, a través del Seguro Nacional de Salud o abonándolo directamente en los casos previstos por el artículo 65 de la ley Nº 18.211 y el inciso 9 del artículo 70 de dicha ley en la redacción dada por el artículo 12 de la ley Nº 18.731, siendo de mi cargo acreditar esta última situación ante la Caja; **b)** mantener actualizados mis datos personales ante la Caja Notarial (correo electrónico, domicilios, teléfonos); y **c)** mantener al día todas las obligaciones derivadas de prestaciones de salud.
- 3. Consecuencias de la morosidad.** El costeo de la cuota del seguro quirúrgico del Hospital Británico por parte de la Caja Notarial cesará en los siguientes casos: **a)** falta de pago en plazo de tres (3) cuotas consecutivas del "copago"; **b)** reiteración de dicho nivel de atraso más de tres (3) veces en los últimos doce meses y **c)** incumplimiento de lo previsto en los literales "a" y "c" del precedente numeral 2.
- 4. Procedimiento.** Verificada la falta de pago en tiempo de dos "copagos", la Caja Notarial hará llegar a mi correo electrónico el aviso correspondiente; cuando el atraso alcanzare a tres "copagos" consecutivos, se hará llegar aviso a mi correo electrónico, advirtiendo que no se hará el costeo correspondiente al mes siguiente del calendario y que, si en dicho mes no regularizo mis obligaciones, se procederá automáticamente al cese definitivo del costeo por parte de la Caja, pudiendo disponerse mi inscripción en el Clearing de Informes.



CAJA NOTARIAL

5. **Autorizaciones.** Autorizo a que: **a)** la Caja obtenga información del Banco de Previsión Social sobre mi situación contributiva con el FONASA así como sobre mis opciones de prestador de salud, a los efectos de determinar las condiciones del costeo; **b)** de corresponder, la Caja descuento de mi pasividad o de mi salario los importes que me corresponda abonar por los conceptos mencionados en el numeral 1 (“copagos” y otros); y **c)** la Caja suministre al Hospital Británico mis siguientes datos personales: nombre, número de afiliado a Caja Notarial, número de cédula de identidad, dirección particular, teléfonos y dirección de correo electrónico, a los efectos de las comunicaciones y la prestación de servicios que deba realizar dicho nosocomio.
6. **Mora automática.** La mora en el cumplimiento de las obligaciones que asumo se producirá de pleno derecho, sin necesidad de interpelación judicial alguna.
7. **Notificaciones.** Salvo las notificaciones que se practiquen por correo electrónico, previstas anteriormente, las restantes relacionadas con las condiciones establecidas en el presente documento se realizarán al domicilio particular que tenga registrado en la Caja Notarial o, en su defecto, a cualquier otro domicilio que surja registrado en la misma, por telegrama colacionado u otro medio fehaciente, sin perjuicio de los procedimientos de notificación que estén previstos legalmente. Exonero a dicho Instituto de toda responsabilidad por cambios de domicilio o de dirección de correo electrónico que no hayan llegado fehacientemente a su conocimiento, aceptando que se dé por buena cualquier notificación realizada en los que tengo registrados.
8. **Declaraciones.** Declaro: **a)** encontrarme en situación regular de pagos al último día del mes anterior a aquel en que se firma el presente, por la totalidad de las obligaciones derivadas de prestaciones de salud brindadas o sufragadas por la Caja Notarial hasta dicha fecha; **b)** estar en conocimiento de que la pérdida de las condiciones para estar incluido en la categoría de beneficiarios a que refiere este documento implica el cese automático del costeo de que trata el mismo; **c)** conocer que, de reunir los requisitos para quedar incluido en alguna de las categorías de beneficiarios del Sistema Notarial de Salud afiliados al Hospital Británico, deberé suscribir la documentación pertinente para poder pasar a la misma y someterme a examen de ingreso, sin perjuicio de las carencias y limitaciones que pudieren corresponder; y **d)** conocer y aceptar que las enunciaciones y condiciones de costeo establecidas en el presente se mantendrán únicamente mientras permanezca vigente el convenio suscrito entre el Hospital Británico y la Caja Notarial.

Fecha

Nombre y apellido completo del afiliado

Nº afiliado

Dirección de correo electrónico

Nº cédula de identidad

Firma del afiliado