



## CAJA NOTARIAL

Nº

### SISTEMA NOTARIAL DE SALUD AFILIADOS OPCIÓN 3 INTERIOR

*Opción 3 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 atención médica en el Hospital Británico con el mismo nivel asistencial que los beneficiarios de Montevideo.*

#### **Condiciones de costeo de cobertura médica**

Quien suscribe, habiendo contratado mi afiliación al 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 afiliación al Hospital Británico, en las siguientes condiciones:

- 1. Copago:** La Caja costeará mi cuota de afiliación al Hospital Británico, la cual se basa en un sistema diferenciado por tramos de edad y se ajustará semestralmente con la actualización que establezca el referido Hospital considerando la variación en las cuotas de sus socios "Hospital Scheme". Será de mi cargo el reembolso que determine la Caja, al Fondo Sistema Notarial de Salud (en adelante, "copago"), cuyo monto mensual será el correspondiente a mi respectivo rango etario y no superará el valor de mi cuota de afiliación al Hospital Británico I.V.A. incluido más gastos de administración que eventualmente se fijaren, conforme luce en el cuadro informativo anexo que contiene detalle de los valores actuales y que forma parte integrante de la presente solicitud. El "copago" 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.
- 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 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 alcance 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.
- 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



## CAJA NOTARIAL

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)** conocer que, en caso de requerir cobertura en un instituto de medicina altamente especializada (IMAE) a través del Fondo Nacional de Recursos (FNR), la respectiva solicitud de atención deberá tramitarse por medio de mi prestador de salud de mi localidad de residencia en el interior; **c)** 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; **d)** conocer que, de reunir los requisitos para quedar incluido en otra 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, sin perjuicio de las carencias y limitaciones que pudieren corresponder en los casos de interrupción de mi calidad de afiliado al citado Hospital; y **e)** 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



## CAJA NOTARIAL

### ANEXO AFILIADOS OPCION 3 INTERIOR

(Cuadro informativo con valores a julio 2026)

Tramos de edad	Cuota de afiliación al Hospital Británico IVA incluido	Copago
De 18 a 29 años	\$ 3.345,33	\$ 2.950
De 30 a 39 años	\$ 5.235,44	\$ 4.855
De 40 a 49 años	\$ 6.418,46	\$ 6.030
De 50 a 64 años	\$ 8.378,26	\$ 8.000
De 65 o más años	\$ 9.917,85	\$ 9.520

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido completo del afiliado

\_\_\_\_\_  
Nº cédula de identidad

\_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario