

CAJA DE PREVISION Y SEGURIDAD SOCIAL DE ABOGADOS Y PROCURADORES DE LA PROVINCIA DE CORDOBA

REGLAMENTO DEL SERVICIO DE SALUD SOLIDARIO

Aprobado por el Consejo de Administración- Acta 2517.2ºe - 10 de julio de 2013

CAPITULO I

PRINCIPIOS

Asistencia médica integral. Servicio de Salud Solidario.

Artículo 1 - La Caja de Previsión y Seguridad Social para Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba (en adelante la Caja), presta asistencia médica a las personas asociadas al Servicio de Salud Solidario (en adelante el Servicio de Salud) mediante prestadores, en los términos y con el alcance que se establecen en el presente reglamento.

Gobierno y Administración del Servicio de Salud

La Caja tiene a su cargo la organización, planificación, regulación, dirección, administración y ejecución del Servicio de Salud, conforme al presente reglamento.

Relación Caja – Asociados

Artículo 2 - La Caja y el Servicio de Salud constituyen un solo ente en todo cuanto se relacione con los asociados y los prestadores de los servicios. Las órdenes médicas autorizadas por el Servicio de Salud se entienden hechas por la Caja. La asociación al Servicio de Salud no genera derechos previsionales.

Conocimiento del Reglamento

Artículo 3 - Este reglamento establece los derechos y obligaciones de la Caja y de los asociados al Servicio de Salud, y su asociación implica la plena aceptación del mismo al igual que de la Reglamentación Interna.

Carácter voluntario de la asociación. Límite de edad.

Artículo 4 - La asociación al Servicio de Salud es voluntaria. El límite máximo de edad para asociarse es de 65 años.

Subrogación

Artículo 5 - Cuando el hecho que motivó la prestación del Servicio de Salud hubiere ocurrido por culpa o dolo de terceros, la Caja al efectuar el pago, se subrogará en los derechos del asociado para repetir su importe contra el responsable, en cuyo caso es obligación del asociado prestar toda la colaboración que fuere necesaria.

El asociado no podrá reclamar el pago de diferencias de costos prestacionales distintos de los autorizados o nombrados por el Servicio de Salud Solidario.

Plazos fatales.

Artículo 6 - Todos los plazos fijados en este reglamento son fatales.

CAPITULO II

ASOCIADOS

Asociados

Artículo 7 – Se establecen dos categorías de asociados al Servicio de Salud:

- a) **Titulares:** Los abogados y procuradores con matrícula habilitada o en suspenso, los jubilados y beneficiarios de pensión.
- b) **Familiares:** Cónyuge e hijos y otras personas vinculadas por parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad del titular.
- c) La Caja podrá incluir a otros titulares y familiares, previo estudio de admisibilidad y justificación suficiente del caso concreto.

Artículo 8 – Solicitud de asociación

El interesado en asociarse al Servicio de Salud deberá presentar a la Caja una solicitud, acompañada por una declaración jurada de antecedentes de salud.

Los interesados mayores de 49 años deberán someterse a un examen médico a su cargo, el que se realizará en los establecimientos o con los profesionales que indique la Caja. El examen médico también resultará obligatorio para los menores de 49 años cuando Auditoría médica lo considere necesario en virtud de los datos surgidos de la declaración jurada de salud.

La Auditoría Médica podrá solicitar a su criterio la presentación de informes médicos que considere pertinentes.

Admisión

El Consejo de Administración resolverá el pedido de asociación del peticionante, sobre la base de evaluar su declaración jurada y el resultado del examen de salud si correspondiere, siendo siempre atribución discrecional de aquél la decisión definitiva de su admisión.

Los derechos y obligaciones del asociado y de la Caja establecidos en el presente y en la reglamentación interna, comenzarán a regir a partir del día hábil siguiente al de la notificación de la resolución del Consejo de Administración que admite su ingreso.

La admisión al Servicio de Salud podrá ser sin carencias, con carencias reglamentarias o carencias especiales por enfermedades, lesiones o alteraciones orgánicas pre-existentes detectadas por Auditoría Médica, de acuerdo a las previsiones que se

establecen en la reglamentación interna. Al momento de su asociación el interesado deberá prestar conformidad a las carencias que se determinen en función de su situación personal.

La cuota de ingreso o reingreso al Servicio de Salud se abonará proporcionalmente en relación a los días que restan del mes a partir de la fecha efectiva de alta.

Falsedad u omisión de datos

La falsedad u omisión de datos en la declaración jurada autoriza a la Caja, en cualquier momento, a excluir al asociado del Servicio de Salud, con la obligación personal del titular y solidaria respecto de los familiares asociados por su intermedio, de reintegrar los gastos y reparar los daños y perjuicios que hubiere ocasionado.

Facultados para solicitar la baja

El asociado titular o el familiar podrán solicitar su propia baja del Servicio de Salud, para lo cual deberán presentar solicitud de baja, devolver la credencial de asociado y cancelar, en su caso, la deuda con el Servicio de Salud.

El monto correspondiente a la cuota del mes en el que se presente la solicitud de baja, se calculará en forma proporcional a la fecha de presentación de dicha solicitud.

La baja se hará efectiva a partir del momento de la presentación de la solicitud.

En caso de solicitar su reingreso dentro de los 30 (treinta) días de la baja voluntaria, se podrá asociar sin carencias previo informe de Auditoría Médica. Pasado este tiempo, deberá cumplir con los plazos de carencia como un nuevo asociado.

Requisito para el ingreso de familiares

Artículo 9 - Para el ingreso al Servicio de Salud es condición que exista un asociado titular (artículo 7 inciso a).

Responsable del pago de las cuotas mensuales

Artículo 10 - El asociado titular es el responsable del pago de las cuotas mensuales propias y de sus familiares asociados; que constituirán una sola cuenta que no podrá pagarse en forma parcial.

Cuota mensual a cargo del asociado

Artículo 11 - Los asociados al Servicio de Salud deberán abonar la cuota mensual que fije el Consejo de Administración, la que podrá ser revisada y en su caso reajustada teniendo en cuenta el costo del servicio médico, la edad del asociado, la situación económica general y la partida que anualmente destina la Caja para este servicio, según el artículo 17, inciso i, de la ley 8404.

Prorrateo

El eventual déficit resultante entre el gasto del Servicio de Salud y los recursos provenientes de las cuotas mensuales a cargo de los asociados y de la partida que la Caja destina anualmente a asistencia médica, podrán prorratearse entre sus asociados

al final de cada ejercicio. El monto del prorrateo será establecido por el Consejo de Administración.

Plazo de pago de la cuota mensual del Servicio de Salud

Artículo 12 – La cuota mensual debe ser abonada dentro de los diez primeros días corridos de cada mes.

Pago de la cuota mensual:

a) Bajo ningún concepto se aceptarán pagos parciales y/o a cuenta del pago de la cuota del Servicio de Salud.

b) En el caso de adhesión del pago al débito automático en tarjeta de crédito, es responsabilidad del afiliado la verificación mensual del correspondiente débito en su resumen de cuenta particular.

c) En el caso de pago anticipado de cuotas, si en el transcurso del tiempo se produjese un aumento del valor de dichas cuotas, esto no generará un crédito a favor de la Caja, considerándose saldadas las cuotas al valor vigente al momento del efectivo pago.-

d). En el caso de pago anticipado de cuotas, encontrándose ya publicada resolución que fija nuevos valores a aplicar a dichas cuotas, a partir de sus respectivos períodos de imputación, las cuotas deberán abonarse a los nuevos valores fijados a través de la respectiva resolución, sin tener en cuenta que el efectivo pago se haya efectuado con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de los nuevos valores.

e) Afiliados con matrícula suspendida:

En el caso de los afiliados que por cualquier motivo se encontrasen con la matrícula suspendida en sus respectivos Colegios de Abogados, podrán afiliarse al Servicio de Salud, abonando una cuota diferencial, de mayor valor, la que será fijada por el Consejo de Administración toda vez que se fijen los valores vigentes de la cuota para los afiliados con matrícula activa.

Aportes previsionales y Servicio de Salud

Artículo 13 - Para que los asociados titulares o familiares, tengan derecho a las prestaciones previstas en este reglamento, el titular en actividad deberá estar al día en el cumplimiento de sus obligaciones previsionales con la Caja, sin perjuicio de lo establecido en el art. 19 del presente.

El riesgo derivado de la elección del profesional. Consecuencias

Artículo 14 – El asociado al Servicio de Salud, titular o familiar, reconoce que la elección del profesional del arte de curar o del centro asistencial bajo convenio es a su exclusivo riesgo. En consecuencia, no podrá reclamar a la Caja el pago de indemnización por daños y perjuicios, desventajas, menoscabos o detrimentos, materiales, morales o psicofísicos, sean dolosos o culposos, ocasionados por mala praxis o errónea información proveniente del profesional del arte de curar o del centro asistencial.

Derechos de los asociados

Artículo 15 – Los asociados al Servicio de Salud tienen los siguientes derechos:

- a) Recibir del Servicio de Salud, a través de los prestadores bajo convenio que libremente elija, todos los servicios que establece este reglamento en las condiciones fijadas en él y en la reglamentación interna, y que se encuentren vigentes a la fecha de su requerimiento.
- b) Recibir toda información relacionada con los servicios y prestaciones existentes.

Obligaciones de los asociados

Artículo 16 – Los asociados tienen las siguientes obligaciones:

- a) Expresar con veracidad sus declaraciones juradas y no retacear los informes que se le solicitaren.
- b) Mantener su domicilio real actualizado, comunicando de inmediato todo cambio.
- c) Facilitar y colaborar con las auditorías médicas dispuestas e informar de inmediato las irregularidades que observare en la prestación de los servicios.
- d) Efectuar los trámites que la ley 8404, la Caja, el Servicio de Salud, este reglamento y la reglamentación interna establezcan para obtener los servicios y prestaciones.

Connivencia y uso abusivo

Artículo 17 – El Consejo de Administración, en los casos en que se compruebe connivencia, sobre-prestación o sobrefacturación en las prestaciones, cualesquiera fueran las personas involucradas en el hecho o en el uso abusivo del Servicio de Salud u otras irregularidades, podrá disponer la exclusión del prestador y/o la baja del asociado sin perjuicio de las demás acciones que por derecho correspondan.

Exhibición de credencial

Artículo 18 – Es obligación del asociado, al requerir un servicio, exhibir al profesional o establecimiento asistencial, la credencial habilitante que expide el Servicio Médico de la Caja. El profesional o establecimiento asistencial, a su vez, debe verificar los datos y vigencia de la misma.

Falta de pago. Suspensión de cobertura

Artículo 19 - La falta de pago de (2) dos cuotas mensuales consecutivas o alternadas, o la sumatoria de saldos deudores mayores al monto de la cuota de (2) dos meses, determina la inmediata suspensión de la cobertura del Servicio de Salud del asociado y su grupo familiar. La suspensión se produce de pleno derecho, por el solo hecho de la mora, sin necesidad de notificación alguna.

Baja del servicio

La falta de pago de (3) tres cuotas mensuales, sucesivas o alternadas, facultará al Consejo de Administración a disponer la baja del Servicio de Salud del titular y de los familiares, siendo obligatorio la devolución inmediata de la o las credenciales habilitantes expedidas y el pago de las cuotas adeudadas actualizadas.

Reingreso. Carencias

Los asociados que fuesen dados de baja del Servicio de Salud por falta de pago, en caso de ser nuevamente admitidos, deberán cumplir los plazos de carencia previstos en el presente Reglamento.

El reingreso sólo podrá admitirse previo pago de las cuotas mensuales adeudadas hasta la fecha de la baja, según su valor vigente a la fecha de pago y demás erogaciones efectuadas por la Caja por causa del asociado durante el periodo de suspensión.

El asociado titular que por segunda vez fuese dado de baja por falta de pago perderá en forma definitiva el derecho a asociarse.

Credenciales. Responsabilidad por la retención indebida

Artículo 20 - Por la retención indebida de la o las credenciales, el asociado titular será responsable de los daños y perjuicios que ocasione a la Caja.

Faltas

Artículo 21 - El Consejo de Administración suspenderá o dará de baja del Servicio de Salud al asociado y a su grupo familiar, según la gravedad o reiteración de la falta.

CAPITULO III

LOS SERVICIOS

Modalidades de prestación de servicios

Artículo 22 - La Caja no presta servicios de salud en forma directa sino mediante los prestadores bajo convenio.

Prestaciones comprendidas en el Servicio de Salud

Artículo 23 – El Servicio de Salud brinda las siguientes prestaciones:

a) Atención médica en consultorio y a domicilio.

b) Prácticas especializadas (análisis clínicos, radiografías, fisioterapia, psicoterapia, etc.), con los porcentajes de cobertura y exclusiones que expresamente prevé la reglamentación interna del Servicio de Salud.

c) Asistencia de otros profesionales de la salud según las normas y programas del Servicio de Salud.

d) Internaciones en clínicas o en sanatorios, hospitales públicos y privados de la Provincia de Córdoba con los que la Caja tenga convenio.

Las prestaciones deberán ser autorizadas por el Servicio de Salud en los casos establecidos por su reglamentación interna.

Utilización de servicios

Artículo 24 - Para la utilización de los servicios establecidos en este reglamento, los asociados deberán concurrir al Servicio de Salud de la Caja y, si se domiciliaran fuera de la ciudad de Córdoba, al Colegio de Abogados o Delegación al que pertenezcan, munidos de su credencial habilitante y solicitar la correspondiente orden de atención profesional, conforme al siguiente régimen:

Todas las prestaciones sin excepción, deben ser prescriptas y realizadas por prestadores bajo convenio. No se aceptarán prescripciones de médicos que no estén en el listado de prestadores de las Instituciones contratadas ni se reintegrarán prestaciones realizadas por otros efectores distintos a los de los convenios.

La Caja no cubre prestaciones médicas fuera del territorio argentino.

La cartilla de prestadores podrá sufrir modificaciones (alta y/o bajas), las que serán oportunamente comunicadas al asociado.

La contratación de una Institución Prestadora (Clínica, Sanatorio, Instituto, centros prestadores) no necesariamente significa que todos los profesionales que trabajan en él sean prestadores de la Caja de Abogados.

Órdenes de consultas, internaciones o cirugías ambulatorias y recetarios:

Las órdenes de consulta, internaciones y recetarios para medicamentos serán confeccionadas en los formularios que provee el Servicio de Salud. Las prácticas complementarias deberán ser solicitadas en el recetario del médico que las prescribe. Todas las órdenes deben estar confeccionadas con los datos completos según se especifica en la reglamentación interna.

El asociado deberá abonar al profesional actuante un porcentaje del valor total de la práctica, que le asigne la Auditoría conforme a la reglamentación interna del Servicio de Salud.

Internación. Solicitud de orden

Artículo 25- El trámite puede hacerlo el afiliado o persona designada a tal fin en forma personal o la institución prestadora, por fax o por correo electrónico escaneada, con al menos 24 hs. de anticipación (si fuese programada) o dentro de las 48 hs. hábiles de producida si fuese de emergencia. Deberá presentar la solicitud de internación en formulario de la institución sanatorial prestadora, donde deben constar los *datos completos del paciente, número de afiliado, diagnóstico, cantidad de días*

solicitados, si es internación en piso o en UTI o UCO, fecha, firma y sello del médico tratante.

Si se tratare de alguna cirugía fuera de convenio deberá adjuntarse el presupuesto de la misma para su evaluación previa.

En el Servicio de Salud se emitirá la orden correspondiente. El asociado que no cumpliera con los plazos establecidos, no tendrá derecho a reclamar a la Caja la cobertura ni el reintegro del importe de las prestaciones recibidas.

Para una internación superior a los treinta días corridos será necesaria la autorización del Presidente del Consejo de Administración de la Caja, quien de acuerdo al informe del Servicio de Salud, podrá hacerlo hasta un máximo de sesenta (60) días corridos por año calendario. Toda solicitud de internación mayor a este último lapso, deberá ser autorizada por el Consejo de Administración, previo dictamen de la Junta Médica de esta Caja.

Cobertura de Internación

Artículo 26- En las internaciones, la Caja cubrirá el 90% del importe global al prestador, a excepción de los denominados Medicamentos Catástrofe y las situaciones extraordinarias sujetas a la evaluación de Auditoría Médica y a la aprobación del Consejo de Administración.

En el caso de internaciones en hospital de día para realización de quimioterapia o cirugías oncológicas en asociados que estén incluidos en Programa de Control Oncológico (P.C.O.), la cobertura es del 100%.

En las internaciones de embarazadas por parto o cesárea, la cobertura será del 100% siempre y cuando se encuentren incorporadas al P.P.M.I. (Programa de Prevención Materno Infantil).

La anestesia peridural para el parto no tiene cobertura.

Asimismo, la Caja reconocerá únicamente una cama en habitación doble, con baño privado. En caso de optar el asociado por una habitación de uso exclusivo o de mayor categoría, la diferencia de costo será por su cuenta y cargo. En las internaciones de niños de hasta doce años de edad la Caja reconocerá los montos correspondientes a habitación exclusiva con cama para acompañante.

En cuanto a la prestación de Internación o Cuidados domiciliarios, ésta será autorizada por la Auditoría Médica del Servicio de Salud a sugerencia del médico de cabecera del afiliado o de *la institución sanatorial donde el mismo se encuentra internado*, siempre y cuando el paciente y su entorno cumplan con los criterios de admisión al Programa. La cobertura será del 100% sin medicamentos ni descartables, los que serán a cargo del asociado. La prestación se hará efectiva sólo con prestadores bajo convenio y según las consideraciones detalladas en la reglamentación interna.

Prótesis

Artículo 27- La Caja cubrirá hasta un 70% del valor de las prótesis no incluidas en módulos quirúrgicos (implantables o no) por vía de reintegro, según la reglamentación interna del Servicio de Salud. En el caso de stents con drogas, si el asociado cumple con los criterios médicos detallados en la reglamentación interna, el reintegro será del 50%.

En los casos en que, durante la realización de un estudio hemodinámico del corazón se constate la necesidad y estén dadas las condiciones médicas, de la colocación inmediata de stents coronarios convencionales, se autoriza a los prestadores sanatoriales a que coloquen el/los stents en el momento preciso de la indicación y luego lo facturen a la Caja. A su vez, el afiliado deberá abonar a la Caja el 30% correspondiente, una vez que llegue la factura del sanatorio.

Programas del Servicio de Salud

Artículo 28

a) Cardiovascular: Los asociados portadores de factores de riesgo y/o enfermedades que impliquen daño cardíaco y/o arterial podrán incorporarse al “*Programa de Prevención de Riesgo Cardiovascular*” (P.P.R.C.). Los requisitos para ingresar a dicho programa serán establecidos por el Servicio de Salud y la Auditoría Médica verificará que el solicitante cumpla los mismos. El Programa consiste en una cobertura mayor de un listado de medicamentos específicos conforme lo determine el Servicio de Salud.

La carencia reglamentaria para ingresar a este Programa es de 180 (ciento ochenta) días desde la asociación.

b) Rehabilitación: Los asociados con requerimientos especiales podrán ser incorporados al “*Programa de Estimulación y Rehabilitación*” (P.E.R.) si cumplen con los requisitos detallados en el mismo y son aprobados por el Consejo de Administración. En estos casos recibirán un subsidio no reintegrable para atender a la rehabilitación, cuyo monto establecerá el Consejo de Administración de la Caja. Dicho subsidio tiene diferentes montos de acuerdo a la categoría en que es incluido el asociado según lo estipulado en el Programa.

c) Materno-Infancia: La asociada embarazada, que no esté en período de carencia o pre-existencia, podrá ingresar al “*Programa de Prevención Materno-Infantil*” (P.P.M.I.) al igual que el recién nacido. Los requisitos para ingresar a dicho Programa serán establecidos por el Servicio de Salud y aprobados por Auditoría Médica. Los beneficios de dicho Programa consisten en órdenes de consulta y recetarios gratuitos que cubrirán la cantidad de controles médicos que necesita una embarazada y los controles inmediatos del recién nacido. Además, tienen cobertura del 100% en un listado de medicamentos que pueden ser utilizados en el embarazo y en los primeros meses de vida del niño. La cobertura de análisis de laboratorio, prácticas e internación es la misma que para el resto de los afiliados (80% en ambulatorio y 90% en internación).

La carencia reglamentaria para ingresar a este Programa es de 90 (noventa) días desde la asociación.

d) Medicamentos: La totalidad de los asociados tendrá cobertura del 50% de medicamentos incluidos dentro del Vademécum del “*Programa de Calidad de Medicamentos*” (P.C.M.) sin período de carencia. Los medicamentos que no se encuentren incorporados en dicho Vademécum, no tienen cobertura.

e) Metabólicas: Los asociados con diabetes tipo 1 y tipo 2 serán incluidos en el “*Programa de Prevención del Paciente con Diabetes*” (P.P.P.D.). Los requisitos para

ingresar al Programa serán establecidos por el Servicio de Salud y posteriormente aprobados por Auditoría Médica. El Programa consiste en la provisión y cobertura del 100% de los medicamentos específicos (hipoglucemiantes orales e insulinas) y de tiras reactivas, según lo estipulado en dicho Programa.

La carencia reglamentaria para ingresar a este Programa es de 180 (ciento ochenta) días desde la afiliación.

f) Oncología: El asociado con este tipo de patologías será asistido por el “*Programa de Control Oncológico*” (P.C.O.) Los requisitos para ingresar al Programa serán establecidos por el Servicio de Salud y aprobados por Auditoría Médica. El Programa consiste en la provisión de los medicamentos específicos que se encuentren en Fase III de Protocolos reconocidos por Entidades u Organismos Nacionales y/o Internacionales y en la cobertura del 100% de Radioterapia y/o cirugías específicas del tumor.

La carencia reglamentaria para ingresar a este Programa es de 360 (trescientos sesenta) días desde la afiliación.

g) Patologías especiales: Los asociados con patologías determinadas (H.I.V., Esclerosis múltiple u otras) que requieran de medicación crónica y de alto costo, podrán ser incluidos en el “*Programa de Medicamentos Especiales*” (P.M.E.). Los requisitos para ingresar al Programa serán establecidos por el Servicio de Salud y aprobados por Auditoría Médica. El Programa consiste en la provisión de los medicamentos específicos que tengan comprobación por la M.B.E (Medicina Basada en la Evidencia).

La carencia reglamentaria para ingresar a este Programa es de 360 (trescientos sesenta) días desde la afiliación

La Caja, previa valoración por parte de la Auditoría Médica, podrá dar cobertura de medicamentos y prácticas no contempladas en los incisos precedentes que le sean solicitados a los asociados incorporados a los Programas de Salud, las que entrarán en vigencia bajo las condiciones que establezca la reglamentación interna del Servicio de Salud y con un porcentaje de cobertura a determinar por el Consejo de Administración.

Asociación y períodos de carencias:

Artículo 29- Carencias: Para tener derecho a la utilización de los servicios, los asociados deberán cumplir con los períodos de carencia establecidos en este reglamento y detallados en cada caso en la reglamentación interna.

Quedan exceptuados de los períodos de carencia reglamentarios y por lo tanto, tendrán derecho al uso inmediato de los servicios, los siguientes asociados:

- a) El recién nacido o adoptado cuyo progenitor (padre o madre) sea asociado.
- b) Titular que deja de serlo porque se incorpora como familiar de otro titular del Servicio de Salud o familiar que pasa a ser titular de otro nuevo grupo.

Artículo 30- Carencias especiales por pre-existencia: En los casos de patologías, lesiones o alteraciones orgánicas preexistentes al momento de la afiliación, la Auditoría Médica determinará los tiempos de espera especiales, si correspondiere, o la no cobertura de las mismas.

La Auditoría Médica podrá exigir la presentación de la historia clínica y/o los exámenes diagnósticos que considere necesarios para la evaluación y decisión sobre la incorporación del solicitante.

Los plazos de carencia por preexistencias definidos por la Auditoría Médica al momento de la incorporación o reincorporación del asociado, serán establecidos por un período de tiempo limitado o permanente. Estas carencias por preexistencias le serán informadas al peticionante de manera previa a la asociación y su aceptación de conformidad será condición para disponerse tal incorporación al Servicio de Salud.

Prestaciones excluidas

Artículo 31 -La Caja no reconocerá las siguientes prestaciones:

a) Lesiones derivadas de hechos en los cuales la culpa del asociado alcanzare niveles de culpa grave, las consecuencias de cualquier herida, daño, lesión o alteraciones orgánicas autoinfligidas como así también las consecuencias derivadas de todo intento de suicidio o su concreción.

b) Accidentes de trabajo.

c) Tratamientos de adelgazamiento con fines estéticos, rejuvenecimiento, reposo, hidroterapia, acupuntura, dígito-puntura, celuloterapia, medicina alternativa, homeopatía y todo tipo de prácticas no reconocidas por el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, aún las realizadas por médicos u otros profesionales con título habilitante.

d) Cobertura de toda patología, lesión o alteración orgánica preexistente al momento de su asociación al Servicio de Salud y sus complicaciones posteriores.

e) Cirugía plástica no reparadora, por cosmetología, ni prácticas ni estudios complementarios especiales debido a la existencia anterior de una cirugía estética.

f) Medicamentos, prácticas e internaciones con fines experimentales.

g) Anteojos y lentes de contacto.

h) Hogarizaciones geriátricas, hogares de día, internaciones crónicas en centros de rehabilitación.

i) Implantes odontológicos ni estudios complementarios como parte del tratamiento.

m) Podología.

n) Terapéuticas relacionadas con la fertilidad.

ñ) Toda práctica o cirugía no nombrada por las cuales la Caja no haya realizado convenio con los prestadores, testificaciones de alergia (salvo testificaciones para medicamentos).

o) Estudios de pre-ingresos laborales y deportivos, psicodiagnósticos, evaluaciones neurosicológicas, cognitivas, de deglución, neurofonaudiológicas, lesiones sufridas como consecuencia de la participación profesional en competencias, pruebas o demostraciones de pericia y/o velocidad de cualquier índole (motociclismo, automovilismo deportivo, aladeltismo y paracaidismo).

p) Enfermería a domicilio, acompañantes terapéuticos, terapia ocupacional, ortesis, colchones y/o camas ortopédicas, alimentación enteral a domicilio, medicamentos y/o descartables en internación domiciliaria, materiales y/o instrumental quirúrgico para cirugías autorizadas.

q) Tratamiento del dolor post-quirúrgico por anestesiólogos, anestesia peridural para el parto.

Reintegros

Artículo 32 - Los asociados podrán solicitar reintegro únicamente en situaciones excepcionales (urgencias, emergencias, corte de servicios, prestaciones fuera de la Provincia de Córdoba y casos de doble cobertura), las cuales serán evaluadas por el Servicio de Salud y puestas a consideración del Consejo de Administración.

Los reintegros que solicite el asociado los efectivizará la Caja, conforme a lo previsto en el presente reglamento y en la reglamentación interna del Servicio de Salud, según los aranceles que para cada tipo de prestación y de prestador fije el Consejo de Administración, descontándose en todos los casos el o los co-seguros a cargo del asociado.

Los requisitos, los plazos de presentación y de pago de los reintegros se detallan en la reglamentación interna del Servicio de Salud

Los reintegros se harán efectivos siempre y cuando no se adeudasen aportes previsionales o cuotas del Servicio de Salud. En caso de plan de pago vigente se imputará a la deuda reintegrándose el excedente si existiere.

Auditorías

Artículo 33- La Caja realizará auditorías de los pacientes internados mediante un Auditor en terreno, debiendo los asociados y acompañantes prestar la máxima colaboración.

La autorización de las prestaciones, internaciones, control y manejo de los Programas específicos y todo lo inherente al esquema prestacional, está a cargo de la Auditoría Médica.

Prohibición a los Auditores

Artículo 34 - Está prohibido a los profesionales que actúan como Auditores del Servicio de Salud prescribir medicamentos, transcribir recetas, indicar prácticas, actuar como profesional bajo convenio o solicitar cobro por reintegro. Igual prohibición alcanza a los profesionales del arte de curar que integran la planta

permanente de esta Caja o ejerzan actividades de control encomendadas por el Servicio de Salud y ordenadas por el Consejo de Administración.

Asociado que se encuentre fuera de la Provincia de Córdoba

Artículo 35 – Atención fuera del ámbito de la provincia de Córdoba

Cuando la prestación se realizare en provincias con las cuales esta Caja tiene convenio de reciprocidad asistencial, la misma debe efectuarse mediante las Cajas de esas provincias. El asociado deberá solicitar autorización a su Servicio de Salud. Si la atención fuera de urgencia o en días feriados, el asociado deberá acreditar su carácter de tal en las Cajas Profesionales correspondientes y se le darán las prestaciones necesarias, haciendo posteriormente el trámite en el Servicio de Salud. Las diferencias económicas que existieren con respecto a los convenios existentes, serán abonadas por el asociado. Al momento de la incorporación se le hará entrega al asociado del listado de Cajas de Profesionales de otras provincias con las cuales la Caja de Abogados de Córdoba tenga convenio.

Convenio de Reciprocidad

En todos los casos en que el asociado, por residencia transitoria en otra provincia solicite ser atendido, deberá requerir previamente en el Servicio de Salud el correspondiente certificado de extensión de cobertura.

Las prestaciones realizadas en provincias no incluidas en los Convenios de Reciprocidad vigentes podrán ser reconocidas por vía de reintegro, siempre y cuando se encuadren en las situaciones contempladas en el artículo 32.

CAPITULO IV

JURISDICCION Y COMPETENCIA – MEDIACION

Artículo 36 – Contra las resoluciones del Consejo de Administración los asociados podrán interponer recurso de reconsideración ante el mismo Consejo, en los términos y condiciones previstos en la Ley de Trámite Administrativo Provincial. La resolución sobre el recurso interpuesto habilita la vía contencioso administrativa ante los tribunales competentes. Una vez promovida la demanda contencioso administrativa, y antes de trabarse la litis, el asociado acepta someterse a una instancia de mediación ante el Centro Judicial de Mediación, dependiente del Poder Judicial de la Provincia. En caso de producirse un acuerdo en esa instancia se deberá presentar ante el Tribunal para su homologación. En el supuesto de no mediar avenimiento la causa continuará su curso.

CAPITULO V

DISPOSICIONES GENERALES

Consejo de Administración.

Artículo 37 - El Consejo de Administración es el órgano competente de la Caja para resolver sobre toda cuestión relacionada con el Servicio de Salud.

CAPITULO VI

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Vigencia

Artículo 38 – El presente reglamento entrará en vigencia al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial.

Derogación

Artículo 39 – Derógase lo aprobado en Acta n° 2325 del 31/03/2011 – (Reglamento del Servicio de Salud Solidario) y todas las disposiciones que se opongan al presente.