

# Reglamento del Sistema Asistencial CFM

---

VISTO: las facultades reglamentarias previstas en el art. 10 inc. a) de la Ley N° 5059, en concordancia con el art. 104 de la Ley 3909 y

CONSIDERANDO: la necesidad de contar con un texto ordenado de todas las resoluciones vinculadas a los servicios asistenciales a que hace referencia el art. 37 de la Ley N° 5059 y lo dispuesto con fecha 5/12/86 -constancia que obra en acta N° 411 de la fecha indicada y disposiciones ulteriores- el Directorio de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Abogados y Procuradores de Mendoza

## RESUELVE:

Art. 1: De conformidad con la presente resolución, se ordenan en un texto único todas las disposiciones dictadas hasta la fecha relativas a los Servicios Asistenciales que presta esta Caja de Jubilaciones y Pensiones de Abogados y Procuradores de Mendoza, introduciendo las modificaciones que se estiman necesarias.

## CAPITULO I

### DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE CARÁCTER GENERAL

Art. 2: Los Servicios Asistenciales de carácter general que comprenden los subsidios por nacimiento, maternidad, adopción, por hijo discapacitado e incapacidad temporal del profesional, benefician a todos los abogados y procuradores inscriptos en la matrícula que ejerzan a su vez sus profesiones en la provincia de Mendoza y que se encuentren al día en el pago de los aportes previstos por la Ley 5059 al momento de solicitar los beneficios y que permanezcan en igual situación durante la vigencia del subsidio, excepto el caso de incapacidad temporal que está eximido del pago de aportes, de conformidad con los montos y condiciones que a continuación se detallan:

1. Subsidio por nacimiento de hijos de los profesionales: se otorgara una suma determinada por el H. Directorio por cada hijo nacido vivo; este monto no se acumulara aunque ambos padres en su carácter de profesionales, sean afiliados de la Caja.

2. Subsidio por maternidad a las profesionales:

a) Establécese un subsidio especial por maternidad por el termino de tres (3) meses, equivalente al importe que corresponde por jubilación según la categoría "A" a favor de todas las afiliadas activas a esta Caja con más de un año de antigüedad que se encuentren al día con el pago de los aportes previstos por el art. 16 inciso a) aps. 1 y 2 de la ley 5059, el que será abonado del 1 al 5 de cada mes, a partir del mes siguiente de su concesión.

b) Para acceder al subsidio por maternidad, la interesada deberá presentar su solicitud acompañando el certificado de nacimiento en original y copia, en un plazo máximo de hasta treinta días posteriores al alumbramiento.

c) El presente subsidio no podrá superponerse con el otorgado por incapacidad temporal de la profesional.

d) La solicitud para la concesión del subsidio, deberá indefectiblemente ser presentada por la beneficiaria.

e) En todos los casos deberá tomar intervención el Médico Asesor de la Caja que determinará las medidas que estime necesarias según el caso, incluso la interconsulta con especialista particular, y producirá dictamen antes de procederse al otorgamiento del subsidio.

f) El subsidio por parto reglamentado, pasa a integrar el grupo de subsidios enumerados en el artículo 2 del Reglamento del Sistema Asistencial y tendrá vigencia durante un ejercicio, debiéndose anualmente considerado por el Honorable Directorio a los fines de prorrogar o suspender su vigencia de acuerdo con la existencia de excedente previsto en el art. 37 de la ley 5059 en el balance anual, sin que pueda alegarse derecho adquirido alguno para el caso en que se resolviera, por esta o cualquier otra circunstancia, la suspensión transitoria o definitiva del subsidio.

El Honorable Directorio estará facultado para contemplar situaciones especiales fuera de las establecidas en este reglamento, cuando circunstancias excepcionales que deberán juzgarse con criterio severamente restrictivo lo justifique. Las decisiones en este caso deberán adoptarse con el voto de las dos terceras partes de los miembros componentes del H. Directorio.

3. Subsidio por hijo adoptado: se otorgara una suma determinada por el H. Directorio. Se acredita con fotocopia de sentencia y tiene seis meses para solicitarlo, luego caduca.

4. Subsidio para gastos que generan los hijos discapacitados de los profesionales: consiste en una contribución a cargo de la Caja mediante reintegros u órdenes de atención en su caso, del ochenta por ciento (80%) de los gastos reconocidos según comprobantes y que en ningún caso podrá superar la suma mensual que determine el Honorable Directorio.

Para la procedencia de este beneficio se debe acompañar con la solicitud toda la información y antecedentes que detallen las erogaciones que requiera la atención de la incapacidad y, en su caso, todos los informes que la Caja solicite. El Directorio resolverá cada petición basándose en informes del médico asesor y con la posibilidad de hacer comprobaciones periódicas relacionadas con la afección motivo del subsidio.

Este subsidio será abonado mientras dure la incapacidad.

5. Subsidio por incapacidad temporal del profesional: el afiliado con más de un año de antigüedad como tal y que por razones de enfermedad o lesión se hallare impedido en forma total para ejercer las tareas profesionales, tendrá derecho a un subsidio cuyo monto mensual será equivalente al haber jubilatorio de la escala en que se encontraba encuadrado al momento de solicitarlo. El beneficio deberá ser peticionado al iniciarse la incapacidad y hasta un plazo límite de treinta (30) días de concluida la misma. Pasado este término se producirá caducidad del derecho a solicitar el subsidio.

El subsidio se liquidará desde el día en que se inició la incapacidad y hasta el día en que el afiliado sea dado de alta, teniendo una duración máxima de doce (12) meses y solo cuando la incapacidad laboral exceda de sesenta (60) días desde su origen.

El afiliado que solicite este subsidio deberá someterse al examen médico que determine el H. Directorio y el o los facultativos que este designe. Deberá, presentara un informe con el diagnóstico respectivo, expidiéndose en forma determinante si el peticionario está imposibilitado totalmente para trabajar como consecuencia de la enfermedad o lesión comprobada fehacientemente y sobre el tiempo probable para su recuperación.

Serán por cuenta de la Caja los gastos médicos ocasionados por el examen a que se refiere el párrafo precedente como así también los que resulten de las verificaciones posteriores que, sobre la subsistencia de la incapacidad, se efectúen una vez acordado el beneficio. Si se comprobare simulación o fraude respecto del grado de incapacidad, los gastos de reconocimiento médico serán a cargo del afiliado, sin perjuicio de la pérdida del subsidio, en caso que el mismo hubiese sido acordado.

Estará excluido del beneficio aquel afiliado que, al momento de solicitar el subsidio, no se encuentre al día en el pago de los aportes previstos por la Ley 5059.

Durante la vigencia de la incapacidad, el afiliado no efectuara aportes ni se le computara el tiempo de su incapacidad.

Los cinco subsidios precedentemente enumerados serán anualmente considerados por el H. Directorio con el objeto de mantener o suspender su vigencia, de conformidad con la existencia del excedente que arroje el balance anual previsto en el art. 37, Ley N° 5059, sin que pueda alegarse derecho adquirido alguno para el caso de suspenderse transitoria o permanentemente todos o cualquiera de ellos. Asimismo el H. Directorio tiene facultades para actualizar los montos cuando lo estime conveniente.

6. En la medida que el saldo del fondo asistencial y la evolución de las finanzas del sistema así lo permitan, el H. Directorio podrá conceder préstamos a los afiliados que tengan la necesidad de afrontar gastos relacionados con la atención de su salud y/o de su grupo familiar de carácter imposterizable y de elevado monto.

## CAPITULO II

### DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE CARÁCTER PARTICULAR

#### I.- BENEFICIARIOS

Art. 3: Los Servicios Asistenciales de carácter particular se prestan a los beneficiarios indicados en el art. 4 del presente reglamento, que voluntariamente se afilien y que abonen una contribución específica.

Art. 4: Son beneficiarios del Régimen de Asistencia Médica Hospitalaria, bajo las condiciones que más adelante se establecen:

A) Los afiliados y jubilados teniendo el beneficio para sí, como titulares y además como familiares para: su cónyuge, hijos menores de edad, y otros descendientes, siempre que -en estos casos- el

familiar a la fecha de la inscripción, viva bajo la dependencia económica del titular. Se perderá el derecho para los hijos u otros descendientes si se emancipan por matrimonio.

Podrán continuar como afiliados directos, los hijos de abogados y procuradores, que hubieran llegado a la mayoría de edad o alcanzado las edades previstas en el inciso d).

B) Los pensionados para sí, como titulares, y como familiares, para las mismas personas indicadas en el inciso anterior y bajo las mismas condiciones.

C) Los empleados de la Caja y los familiares de los mismos, indicados en el inciso a).

D) Los hijos mayores de edad solteros que cursen estudios terciarios y hasta que cumplan los 26 años de edad.

E) Los magistrados y abogados que ejerzan cargos públicos que los inhabiliten para el ejercicio de la profesión y sus familiares, en la forma indicada en el inciso a).

El derecho de los familiares es accesorio del que corresponde al titular.

Los afiliados que pierdan tal carácter por incursionar en la magistratura o desempeñar cargo público que los inhabilite para el ejercicio de la profesión podrán optar por la continuidad del beneficio, con los mismos derechos y obligaciones. La opción deberá manifestarse en forma expresa, dentro del término de treinta (30) días de la designación. De continuar con el uso de los beneficios del régimen, deberán abonar el recargo establecido sobre el valor de la cuota.

No podrán afiliarse al servicio asistencial los profesionales con cuarenta y cinco (45) o más años de edad, si no acreditan quince (15) años mínimos de aportes al régimen de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Abogados y Procuradores de Mendoza. Quiénes tuvieren los años de aportes a la Caja serán inscriptos una vez sometidos a los exámenes médicos preingreso a satisfacción y a cargo del solicitante y en todos los supuestos previstos en el art. 13 del presente reglamento, el periodo de carencia será de doscientos setenta (270) días.

Art. 5: En caso de fallecimiento del afiliado o jubilado -beneficiario directo del Régimen- y hasta tanto se determine si corresponde o no la pensión del núcleo familiar a su cargo, continuara la cobertura de los servicios del presente régimen durante un lapso no mayor de un (1) año, a contar de la fecha del fallecimiento del afiliado directo, siempre que se continuara abonando la cuota correspondiente y que no existiera renuncia formal del o de los afiliados indirectos.

Los empleados de la Caja que se retiren por razones de jubilación, podrán continuar dentro del Régimen Asistencial, con los familiares a su cargo, con la condición de abonar la cuota estipulada. En caso de renuncia del empleado, podrá él y los familiares a cargo, continuar haciendo uso de los servicios del presente régimen, por un lapso no mayor de un (1) año, siempre que abone regularmente la cuota correspondiente.

En caso de ausencia transitoria del territorio de la provincia del afiliado directo, por un lapso no mayor de un (1) año, el núcleo familiar a su cargo gozara de los beneficios del régimen por el mismo lapso de tiempo, mediante el pago de la cuota mensual correspondiente, siempre que al momento de ausentarse registre una antigüedad como socio del régimen no menor de un (1) año.

## II.- DERECHOS

Art. 6: Los beneficiarios pueden elegir libremente los médicos, siempre que estos se encuentren inscriptos en la lista para atención de mutuales y obras sociales de la "Federación Médica de la Provincia de Mendoza y Círculos Asociados". Asimismo podrán elegir el establecimiento asistencial (instituto, Policlínico, etc.) con los cuales tenga establecido convenio la Caja Forense, pero se reconocerá únicamente la internación en establecimientos radicados en la provincia de Mendoza y la asistencia medica prestada en ella, salvo casos de accidente o de urgencia, que requieran internación inmediata y no exista convenio de reciprocidad y aquellos cuyos servicios no se presten en la provincia; en tal caso se reconocerán los gastos conforme el arancel vigente y como condición previa y necesaria para tal reconocimiento, será los comprobantes de la atención: historia clínica, protocolo quirúrgico, etc., según el caso. "Si por cualquier razón la atención fuera prestada por profesional no inscripto en la lista arriba indicada, se procederá a los efectos del reconocimiento y reintegro en la misma forma que en los casos de prestaciones efectuadas fuera de la provincia". "Igual criterio regirá para las prestaciones de análisis clínicos, radiografías y otros estudios diagnósticos, gastos de medicación y otros urgentes, teniendo en cuenta que la Caja solo mantendrá convenio de prestación de servicios con la entidad gremial organizada y reconocida (Federación Bioquímica de Mendoza, Federación Odontología, etc.). En ningún caso el monto de reconocimiento y reintegro excederá lo efectivamente abonado y acreditado".

Art. 7: Cuando el afiliado o jubilado este adherido a otro régimen asistencial, mutual u obra social, podrá obtener de la Caja el reembolso de las sumas que haya abonado por la atención médica recibida por intermedio de la mutual u obra social y hasta el porcentual determinado en forma global en el art. 15, con los recaudos de certificación establecidos en el art. 12 y presentar toda la documentación que acredite el servicio recibido y las sumas abonadas; no se reconocerán servicios prestados sin la misma.

### III - OBLIGACIONES

Art. 8: Para gozar de los beneficios de este régimen, los afiliados, jubilados, pensionados y empleados deberán efectuar su inscripción, llenando adecuadamente los formularios que suministrara la Caja, siendo obligatorio y en carácter de declaración jurada denunciar la existencia al ingreso, de enfermedades suyas o de alguien de su grupo familiar.-

Al inscribirse el titular deberá abonar los derechos correspondientes al mes de su inscripción.

Se deberá incluir obligatoriamente como beneficiarios: al cónyuge, los hijos menores y los descendientes en las condiciones del art. 4°. Es obligación del titular denunciar a la Caja el nacimiento o la adopción de hijos y el haber contraído nupcias, quedando incorporados estos en las condiciones del art. 4° y una vez pagados los derechos y cumplidos los plazos previstos en el art. 13°. La no declaración de hijos o esposa generara el derecho a Caja Forense de reclamar el pago de tal afiliación al momento de producirse la afiliación inicial. Los hijos nacidos después de la inscripción del titular quedan automáticamente incluidos como beneficiarios, sin regir para estos los plazos previstos en el art. 13°.

Art. 9: Para que los beneficiarios puedan gozar de los beneficios de este régimen, los titulares deberán abonar mensualmente la cuota que corresponda conforme a la constitución de su grupo familiar.

Los Magistrados, Abogados y Procuradores que desempeñen cargos públicos que los inhabiliten para ejercer su profesión y los hijos que soliciten continuar en el régimen como afiliados directos a que se refiere el segundo párrafo del inciso a) del art. 4° de este Reglamento, deberán abonar por sí y sus familiares un recargo del veinticinco por ciento (25%) sobre el valor de las cuotas.

La falta de pago de dos cuotas consecutivas o alternadas, producirá de inmediato la caducidad de la inscripción no teniendo el titular ni sus familiares derechos a ninguno de los beneficios del régimen. La reincorporación se hará únicamente mediante nueva inscripción con los mismos requisitos y condiciones establecidos para el ingreso.

El importe de las cuotas podrá ser incrementado por disposición del H. Directorio aun con carácter retroactivo, conforme se modifiquen, mediante convenio de partes, laudo y otros sistemas de evaluación, los valores de las diferentes prestaciones profesionales y/o de establecimientos asistenciales.

Art. 10: Será obligación de los beneficiarios obtener en las oficinas de la Caja las respectivas órdenes de prestación de servicios.

Art. 11: Para gozar de los beneficios de este régimen en cada caso, deberá hacerse conocer a la Caja, con no menos de cuarenta y ocho (48) horas de anticipación y con la firma del médico tratante: día en que comenzara la internación y nombre del establecimiento asistencial; diagnóstico presuntivo; lugar, fecha y hora aproximada en que tendrá lugar la operación, si hubiere.

En caso de urgencia o de parto, la comunicación deberá realizarse dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de la internación. Estas comunicaciones deberán hacerse en los formularios especiales que para tal fin suministra la Caja.

Art. 12: Para tener derechos a los reconocimientos por vía de reintegros, deberá presentarse a la Caja con un máximo de treinta (30) días de la prestación en el centro asistencial:

A) certificado del médico tratante, especificando claramente el cuadro clínico, las lesiones sufridas o la intervención efectuada, y de ser ello posible encuadrando el caso dentro del nomenclador nacional de prestaciones médicas y sanatoriales.

B) presentará a la Caja los comprobantes que demande la atención, debidamente autenticado por las personas indicadas en el convenio Sanatorial.

Podrá la Caja efectuar pagos parciales por servicios especiales una vez acreditados los mismos y por internación en proporción a los días transcurridos.

### IV.- BENEFICIOS

Art. 13: Este régimen comprende los siguientes beneficios:

- A) Casos de cirugía mayor o menor, fracturas y luxaciones, con las limitaciones establecidas.
  - B) Atención clínica en internación y terapia intensiva.
  - C) Lesiones sufridas en accidentes que exijan internación, con exclusión de aquellas lesiones en las que haya agresión debidamente comprobada.
  - D) Atención gineco-obstetrica en general.
  - E) Reconocimiento en forma proporcional con las excepciones que se determinen de gastos efectuados en concepto de prácticas especializadas, análisis radiografías y estudios especiales (coronariografías, laparoscopias, biopsias, colposcopias, etc.).
  - F) Visitas a consultorio y/o domicilio (diurnas o nocturnas).
  - G) Gastos de farmacia sobre receta adquirida en farmacias adheridas al sistema, con la limitación de tres medicamentos por receta en pacientes ambulatorios con no más de dos unidades de cada producto. Los casos enunciados en los incisos precedentes quedaran comprendidos en este régimen una vez cumplidos los siguientes plazos desde la inscripción del titular:
    - 1) Cirugía de urgencia, atención clínica de urgencia que requiera internación, lesiones en accidentes o intervenciones gineco-obstetricas de urgencia, a partir de los noventa (90) días de la fecha de inscripción.
    - 2) Demás casos de cirugía una vez cumplidos los ciento ochenta (180) días de la fecha de inscripción.
    - 3) Intervenciones gineco-obstétricas no de urgencia, después de cumplidos los doscientos setenta (270) días desde la fecha de inscripción.
    - 4) Reconocimiento de gastos enunciados en el inciso e) cumplidos los ciento ochenta (180) días desde la fecha de inscripción.
    - 5) Reconocimiento por los gastos del inciso f) y g) desde el momento de la inscripción.
- Cuando el afiliado no tenga la antigüedad exigida para un caso determinado, podrá obtener los beneficios del precio de mutual y se le entregara la orden de internación respectiva previo depósito de un importe estimativo del cincuenta por ciento (50%) del gasto de internación probable, quedando sujeto a reajuste una vez recibida la facturación sanatorial, oportunidad en que se requerirá la cancelación total del saldo pendiente.
- H) Kinesioterapia y fisioterapia -goce del beneficio después de los noventa (90) días de la inscripción como afiliado: exclusivamente para pacientes agudos- entendiéndose por tal aquellos comprendidos dentro de los treinta (30) días del comienzo de su enfermedad (accidente cerebrovascular, patología osteoarticular aguda reumática o traumatológica- así como rehabilitación respiratoria).
  - I) Rehabilitación del cardíopata -goce del beneficio después de los noventa (90) días de la inscripción como afiliado.
  - J) Terapia ocupacional y rehabilitación del lenguaje, apoyo psicopedagógico y rehabilitación y ejercicios correctivos para niños, goce del beneficio después de los ciento ochenta (180) días de la inscripción como afiliado.
  - K) Tratamiento hiposensibilizante (alergia) -goce de los beneficios a partir de los ciento ochenta (180) días de la inscripción como afiliado.
  - L) Nebulizaciones, lavajes y ejercicios ortópticos, goce de los beneficios a partir de los (180) días de la inscripción como afiliado.
  - M) Prótesis médicas:
    - 1) Audifonos: el afiliado tendrá derecho al reconocimiento de un porcentaje del valor del audifono que mejor corrija su defecto funcional y no más allá de un tope o máximo establecido por la Caja, que se actualizara periódicamente, teniendo en cuenta los incrementos promedios de precio en el comercio y las posibilidades económicas del Régimen de Asistencia Médica.

Para hacer uso de este beneficio deberá presentar:

- a) indicación médica.
- b) estudio audiométrico con informe.

c) informe detallado del gabinete fonoaudiológico.

Goce del beneficio después de los ciento ochenta (180) días de inscripción como afiliado.

2) Marcapasos: el afiliado tendrá derecho al reconocimiento de un porcentaje del valor del marcapasos prescripto, y no más allá de un tope máximo establecido por la Caja, que se actualizará periódicamente teniendo en cuenta las posibilidades económicas del Régimen de Asistencia Médica. El goce del beneficio será a partir de los noventa (90) días de inscripción como afiliado.

***\*\* IMPORTANTE \*\****

*Caja Forense reconocerá un valor residual calculado sobre el porcentaje abonado por el afiliado, por los marcapasos que se restituyan, los que ingresaran a un banco de marcapasos que tendrá como finalidad resolver situaciones de emergencia a bajo costo para el afiliado que lo solicite.*

A fin de que se concrete el objetivo antes mencionado, es imprescindible la colaboración de todos los afiliados, quienes, oportunamente brindaran su conformidad para acciones posteriores, las que estarán sujetas a los recaudos legales pertinentes.

3) Prótesis vasculares, valvulares, articulares y mallas para reconstrucción de paredes: el afiliado tendrá derecho al reconocimiento del porcentaje establecido del precio de la prótesis de fabricación nacional o importada, según el menor valor vigente al momento de su adquisición.

4) Ortopedia: el afiliado tendrá derecho al reconocimiento del porcentaje previsto, respecto del precio de los aparatos necesarios de fabricación nacional o importada, según el menor valor vigente al momento de su adquisición (se incluyen calzados y plantillas) para corregir trastornos congénitos o adquiridos, en las siguientes condiciones:

a) Para afiliados menores de quince (15) años de edad el porcentaje arriba indicado se reconocerá para un máximo de dos (2) aparatos por año.

b) Afiliado de quince años en adelante, se reconocerá el o los aparatos que indique el profesional tratante cada tres (3) años calendarios, con excepción de los zapatos ortopédicos y plantillas que se reconocerán uno (1) por cada año calendario.

En casos particulares y con informe médico que lo justifique, reconocimiento por fajas ortopédicas y medias elásticas en forma similar a calzados y plantillas.

5) Lentes intraoculares: el afiliado tendrá derecho al reconocimiento del porcentaje preestablecido del precio de la lente intraocular, y no más allá de un tope o máximo determinado por la Caja, que se actualizará periódicamente, teniendo en cuenta los incrementos promedios de precio en el comercio y las posibilidades económicas del Régimen de Asistencia Médica, según los valores vigentes en el momento de su adquisición en plaza.

Para los puntos 3), 4) y 5) goce del beneficio a partir de los ciento ochenta (180) días de la inscripción como afiliado.

N) Cristales y Lentes de Contacto: el afiliado podrá gozar de estos beneficios a partir de los ciento ochenta (180) días de la inscripción como afiliado.

1) El reconocimiento se refiere exclusivamente a los gastos en concepto de cristales correctores comunes y bifocales así como lentes de contacto; en todos los casos alcanzarán solo a un par de los cristales recetados de cada tipo o a un par de lentes de contacto recetados en la misma oportunidad.

2) La factura o comprobante de la óptica deberá detallar, en forma independiente de cualquier otro concepto, el importe de los cristales adquiridos conforme a prescripción médica.

3) La factura y la prescripción -o fotocopia de esta- deberán ser presentadas al solicitar el reconocimiento.

4) Los afiliados menores de quince (15) años tendrán derecho a reconocimiento solo una vez por año para los cristales correctores y una vez cada dos (2) años para lentes de contacto.

5) Los afiliados mayores de 15 años tendrán derecho a reconocimiento solo una vez cada dos (2) años para cristales correctores y cada cuatro para lentes de contacto.

6) A los fines de los reconocimientos señalados en 4) y 5) se deberá presentar la prescripción actualizada así como informe profesional en el que se señale la progresión de la enfermedad y/o cambios en el vicio de refracción u otra patología que origine la anterior prescripción. Estos requisitos serán imprescindibles en todo trámite relacionado con situaciones especiales que no se ajusten a lo establecido en los dos puntos precedentes.

Ñ) **Psiquiatría:** goce del beneficio a partir de los ciento ochenta (180) días de la inscripción como afiliado.

1) **Consulta psiquiátrica:** con las mismas características (periodicidad, requerimiento de informe médico, etc.) que el resto de las consultas médicas, pero por un periodo no mayor de doce (12) meses de cobertura, con evaluaciones semestrales. En adelante, cada caso en particular estará sujeto al control y auditoría médica previo a su autorización.

2) **Psicoterapia individual, grupal y de pareja o de familia:** Previo a la iniciación de estas modalidades terapéuticas será requisito indispensable la presentación de informe médico completo (con diagnóstico, plan terapéutico a seguir y número de sesiones semanales o mensuales, etc.) con las reservas que estime el profesional a cargo del paciente. Cada caso será analizado en forma particular y las autorizaciones para la cobertura de las prestaciones serán semestralmente reconsideradas y en ningún caso por un tiempo total mayor de doce (12) meses.

**Coseguro:** para las prestaciones de consulta psiquiátrica y psicoterapia individual, grupal y de pareja o familiar, durante el lapso de cobertura propuesto, se establece un coseguro a cargo del afiliado equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor de la prestación; vencido dicho plazo cesa el reconocimiento a cargo de la Caja pero podrá continuar con la emisión de ordenes con la totalidad del valor de la prestación a cargo del afiliado.

3) El reconocimiento determinado en este inciso no podrá ser superior a 4 sesiones mensuales de psicoterapia (psiquiátricas o psicológicas) salvo en los casos especiales los que estarán sujetos al control y auditoría médica previo a su autorización.

O) **Plan Materno Infantil:** podrá gozar de los beneficios a partir de los doscientos setenta (270) días de inscripción como afiliado para la madre; se sobre entiende que el recién nacido automáticamente se incorpora como afiliado y goza en forma inmediata de los beneficios del plan.

Será requisito para la incorporación al plan la certificación del embarazo por parte del profesional a cargo de la atención de la paciente.

1) **Atención obstétrica ambulatoria:** comprende una (1) consulta bimestral de control a partir del segundo mes de embarazo -o antes, si se ha tenido la confirmación del mismo con anterioridad- y hasta el séptimo mes inclusive; hasta dos (2) consultas mensuales en el octavo y noveno mes.

En el primer control se incluyen los exámenes bioquímicos complementarios de rutina (hemograma, eritrosedimentación, glucemia, uremia, colesterolemia, orina completa, grupo sanguíneo, RH, VDRL, Machado Guerreiro o similar, Sabin y Fedman o similar y antígeno para SIDA, a los que podrán adicionársele otros en base a los antecedentes clínicos de la paciente, siendo imprescindibles, para estos últimos, la autorización previa de la auditoría médica de la Obra Social; igual criterio regirá para los controles que se requieran de los exámenes complementarios de rutina, así como las interconsultas y prácticas de otras especialidades. Dentro de esta parte del programa se incluye la atención del puerperio normal con dos controles médicos a los diez y cuarenta días posteriores al parto.

2) **Atención del parto y recién nacido:** como su nombre lo indica incluye todas las atenciones que deban recibir la madre y su hijo desde la iniciación del trabajo de parto hasta el alta de ambos, independientemente de que el nacimiento se produzca por parto normal o mediante cesárea.

La cobertura comprende honorarios del médico obstetra y/o de todo el equipo médico así como del neonatólogo. Para el caso de cesárea se excluyen los honorarios de la obstetra conforme a las normas del nomenclador nacional.

Respecto de los gastos están comprendidos: la pensión y los gastos sanatoriales; en el caso particular del recién nacido la atención de nursery y/o de neonatología.

3) **Atención pediátrica ambulatoria:** comprende los controles del recién nacido y hasta el segundo año de vida, de acuerdo al siguiente detalle:

- dos consultas el primer mes;
- una consulta mensual entre el segundo y el sexto mes inclusive;
- una consulta trimestral entre el séptimo y el décimo octavo mes inclusive;
- una consulta a los veinticuatro meses con evaluación e informe de toda la atención del niño hasta ese momento.

Asimismo se incluirá un examen bioquímico compuesto de: hemograma, eritrosedimentación, glucemia, uremia, orina completa, grupo sanguíneo y rh, bilirubinemia total y Test de Coombs.

Los exámenes complementarios posteriores, así como interconsultas y estudios especiales, serán autorizados por la auditoría médica de la Obra Social.

4) Medicamentos y material descartable en internación: serán en base a la prescripción médica con exclusión de materiales especiales de sutura, hojas de bisturí, en un todo de acuerdo con las normas del nomenclador nacional.

5) Provisión de leche para el recién nacido: será requisito indispensable la constancia del médico pediatra indicando el tipo de leche a emplear en la alimentación, justificando mediante diagnóstico debidamente fundamentado cualquier variación en el plan nutricional y cambio de prescripción.

Comprende las leches maternizadas, leches modificadas, fórmulas de uso específico en prematuros y leches enteras.

La Provisión prevista es de cuatro (4) Kilogramos por mes y hasta un máximo de dieciséis (16) Kilos por cada niño incorporado al plan.

El coseguro en el plan materno-infantil a cargo del afiliado será de hasta el diez por ciento (10%) en los puntos 1) y 3), de hasta el treinta por ciento (30%) en el punto 4) y de hasta el cincuenta (50%) por ciento en el punto 5). El punto 2) no tiene coseguro, es decir tiene el cien por ciento (100%) de reconocimiento.

P) Atención Odontología: el afiliado tendrá derecho al beneficio a partir de los ciento ochenta (180) días de su inscripción como afiliado.

Se reconocerá desde el ingreso la consulta odontología.

La cobertura se ajusta a convenios con la Federación Odontológica de Mendoza y comprende parcialmente dicho nomenclador; se excluyen: prótesis, ortodoncia, etc. .

Q) Atención de Podología: el afiliado tendrá derecho al reconocimiento del cincuenta por ciento (50%) a partir del momento de su inscripción como afiliado y conforme a los convenios suscriptos con los prestadores.

Art. 14: La Caja no reconocerá los beneficios previstos en el art. anterior cuando se originen en enfermedades preexistentes en el titular o integrante del grupo familiar. Sobre la base de la declaración jurada efectuada en el momento de la afiliación, Caja Forense se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud de admisión, en caso de hacerlo (mediante comunicación fehaciente al solicitante) no cubrirá las enfermedades congénitas ni las preexistentes al ingreso, conocidas o no por el beneficiario, hubieran sido o no declaradas en el momento de afiliarse. Quedan excluidos de los beneficios los casos de cirugía plástica para condiciones anteriores de cirugía estética con fines de embellecimiento. Se excluyen asimismo tratamientos de etilismo, insulino terapia, terapia del sueño, etc. radioterapia superficial y/o profunda, excepto lesiones neoplásicas no operables. En el caso del inciso a) del art. anterior, requerirán autorización previa del médico asesor las diferentes prácticas (cirugía de piel, tejido celular, cirugía plástica, quemaduras, etc.). No tendrán reconocimiento las prácticas comprendidas en ginecología y obstetricia relacionadas con planificación familiar (colocación y extracción de DIU, etc.); esta enumeración es parcial y podrá ser modificada o ampliada periódicamente, teniendo en cuenta únicamente lo determinado en el art. 22 última parte.-

En las prácticas sin reconocimiento, se otorgaran las órdenes a precio de mutual, previo pago del arancel correspondiente.

#### V.- RECONOCIMIENTOS

Art. 15: En los casos previstos en el art. 13, la Caja reconocerá los siguientes porcentajes:

A) Por honorarios médicos y estando fijada la unidad de atención, o galeno, se reconocerá el cien por ciento (100%) de los mismos, conforme a los montos establecidos en el nomenclador vigente, o acuerdo de partes, para médico tratante, ayudantes, anestesistas. el médico consultante será a exclusivo cargo del afiliado, salvo situaciones especiales y previa autorización del médico asesor.

B) Por gastos de servicios especiales en concepto de derechos de: clínica, cirugía, anestesia, transfusión, etc. y pensión, se reconocerá el cien por ciento (100%) de los montos establecidos en el arancel vigente en el orden nacional o el valor que fijen los convenios de partes dentro del ámbito de la provincia, y convenios sanatoriales.

En ningún caso serán considerados los gastos de acompañante, los denominados extras y los que no se relacionen directamente con la asistencia del paciente excepto en las situaciones que establece taxativamente el nomenclador nacional vigente.



C) Por internación se reconocerá el cien por ciento (100%) de lo establecido en el arancel nacional vigente y/o convenios sanatoriales y en ningún caso por un periodo mayor de treinta (30) días.

D) Los reconocimientos en los incisos a), b) y c) serán conforme a los montos fijados para categoría intermedia, quedando a cargo del afiliado el pago de la diferencia de honorarios, derechos, etc., por cambio de categoría.

E) Reconocimiento proporcional del cien por ciento (100%) en radiografía, análisis, estudios, diagnósticos, incluyendo gastos de internación.

F) Reconocimiento del setenta por ciento (70%) del valor de la orden para visitas a consultorio y/o domicilio, diurna o nocturna.

G) Reconocimiento de hasta el cuarenta por ciento (40%) de los gastos de farmacia, única y exclusivamente sobre receta adquirida en las farmacias adheridas para ambulatorios.

Con relación a los medios de contrastes para estudios radiólogos y tomografías axiales computadas se autorizan específicamente las prescripciones que acompañan a pedidos de órdenes de práctica que se autorizan y emitan oportunamente teniendo un reconocimiento del cuarenta por ciento (40%). Igual reconocimiento habrá para material radioactivo y otras drogas para estudios y diagnósticos en medicina nuclear.

Para fórmulas magistrales, autorizadas en forma específica e individualmente cada una de ellas por Caja Forense, el reconocimiento será del 30%

En material descartable de uso en prácticas ambulatorias el reconocimiento será del 30%.

En caso de internación el reconocimiento en medicamentos y materiales descartables el porcentual de reconocimiento a cargo de la Caja será del setenta por ciento (70%).

Para pacientes con tratamientos oncológicos el reconocimiento en concepto de medicamentos y material descartable, aunque se trate de tratamiento ambulatorio -lo mismo en cuanto a las bolsas para colostomias- el reconocimiento será del 70%.

Los reconocimientos enunciados en el presente artículo, con excepción de lo señalado en el inciso g), serán aplicados exclusivamente a la orden de prestación de servicios, la que deberá ser atendida oportunamente a solicitud del afiliado, requisito este indispensable para gozar de los beneficios establecidos.

H) Rehabilitación:

1) Primeros treinta días, setenta por ciento (70%) a cargo de Caja Forense con autorizaciones de no más de quince (15) días de tratamiento (15 sesiones) continuadas.

2) De los treinta y un (31) días en adelante cesa el reconocimiento por porcentual y el total de la prestación (100%) será a cargo del afiliado, al igual que en otros casos en que una práctica de este rubro sea indicada a un paciente "no agudo".

I) Rehabilitación del cardíopata:

1) Durante los tres primeros meses de rehabilitación setenta por ciento (70%) del valor de la prestación será a cargo de Caja Forense.

2) En adelante cesa el reconocimiento y el total de la prestación (100%) será a cargo del afiliado.

J) Terapia ocupacional, rehabilitación del lenguaje, apoyo de psicopedagogo, rehabilitación y ejercicios correctivos para niños:

1) Durante los primeros seis meses de tratamiento setenta por ciento (70%) a cargo de la Caja.

2) Durante el segundo semestre de tratamiento -hasta completar un año- cincuenta por ciento (50%) a cargo de la Caja.

3) En adelante, las situaciones especiales que excedan los plazos antes señalados, serán resueltos en forma individual.

K) Tratamiento hiposensibilizante (alergia):

1) Durante los dos primeros años de tratamiento, cincuenta por ciento (50%) a cargo de la Caja, con evaluación parcial al cumplirse el primer año de tratamiento pudiendo dejarse sin efecto en el segundo año, cuando por causas inherentes al afiliado, no se ha cumplido con regularidad el tratamiento en el periodo previo.

2) Después de los dos años cesa automáticamente el reconocimiento porcentual y el valor total de la prestación (100%) será a cargo del afiliado.

L) Nebulizaciones y Ejercicios Ortópticos:

1) El reconocimiento será del cincuenta por ciento (50%) a cargo de la Caja.

2) No se fijan plazos por tratarse, en general, de cortos periodos de tratamiento sin perjuicio del cumplimiento de los requisitos habitualmente necesarios.

En todos los casos indicados en los incisos H), I), J), K) y L) se deberán cumplimentar los requisitos de prescripción, informe médico, etc., requerido por la auditoría médica de la Caja Forense a los fines de autorización previa; en el caso particular de la terapia ocupacional y rehabilitación del lenguaje y apoyo psicopedagógico, se requerirá, además, informe de especialistas e incluso de profesionales auxiliares de la medicina y las autorizaciones sucesivas -lapsos parciales de tratamientos- estarán sujetos al cumplimiento de los recaudos de evaluación periódica.

Para un adecuado control se llevará ficha de consumo individual.

Cuando por causas inherentes al afiliado se observara incumplimiento o irregularidad en el tratamiento, podrá modificarse e incluso suspenderse el beneficio de reconocimiento detallado previamente.

M) Prótesis Médicas:

1) Audifonos: hasta un cincuenta por ciento (50%)

2) Marcapasos: hasta un cincuenta por ciento (50%)

3) Prótesis vasculares y valvulares, articulares y mallas para reconstrucción de paredes: hasta un cincuenta por ciento (50%).

4) Aparatos ortopédicos: hasta un cincuenta por ciento (50%).

5) Lentes intraoculares: hasta un cincuenta por ciento (50%).

N) Cristales y Lentes de Contacto: se reintegraran montos fijos -periódicamente actualizados- por cada par de cristales comunes, cristales bifocales y lentes de contacto.

Ñ) Psiquiatría: tanto en consulta psiquiátrica como en psicoterapia el reconocimiento será del cincuenta por ciento (50%) del monto de los aranceles vigentes según disposición oficial o acuerdo de partes.

Para la psicoterapia efectuada por médico, el tope de reconocimiento por cada sección estará dado por el monto que se reintegre por consulta médica.

O) Plan Materno-Infantil:

1) Atención obstétrica y atención pediátrica ambulatoria: se reconocerá el noventa (90%) por ciento de los valores vigentes o por acuerdo de partes; atención del parto y recién nacido se reconocerá el cien por ciento (100%).

2) Medicamentos y material descartable: se reconocerá el setenta por ciento (70%) sobre los montos abonados y debidamente acreditados con prescripción y factura respectiva en internación.

3) Leches para la alimentación del recién nacido: se reconocerá el cincuenta por ciento (50%) de los gastos, únicamente sobre recetas pudiendo ser adquiridas en cualquier comercio.

P) Atención Odontología: se reconocerá por atención y prácticas odontológicas el setenta por ciento (70%) de los valores establecidos en el nomenclador odontológico vigente, con las excepciones que establece el artículo 13 en el inciso P).

Q) Cuando la Caja Forense obtenga a través de convenios especiales prestaciones a valores inferiores a los diferenciales establecidos por otros convenios, dichos valores serán tomados como base para el reconocimiento y/o el reintegro correspondiente.

Art. 16: No se reconocerán honorarios médicos adicionales por atención postoperatoria ni en el caso de internación clínica, aranceles por atención más allá de los lapsos fijados por el reglamento vigente. En situaciones excepcionales se aplicaran las mismas pautas o procedimientos del artículo 17 o 19.

Art. 17: Si se produjeran en el lapso de noventa (90) días, dos o más eventos de los contemplados en el artículo 13, originados por las mismas causas, se consideraran como uno solo a los efectos de la

liquidación del beneficio. Las excepciones quedaran sujetas a informe del médico asesor y posterior resolución del H. Directorio.

#### VI.- DISPOSICIONES GENERALES

Art. 18: Para todo lo relacionado con el régimen creado por esta reglamentación la Caja se entenderá única y exclusivamente con el afiliado, jubilado, pensionado o empleado titular del beneficio, salvo que la enfermedad sea sufrida por estos o se encuentren incapacitados, en cuyo caso la solicitud de beneficios podrá ser formulada por un familiar o un tercero; en estos casos la Caja adoptara las provisiones necesarias para asegurar que las sumas a pagarse sean afectadas directamente a los fines específicos para los cuales se acuerdan.

Se exceptúan de lo dispuesto precedentemente los reintegros por asistencia médica hospitalaria efectuadas a hijos menores de edad que no tenga la tenencia el afiliado directo, en cuyo caso las sumas a reintegrar se devolverán al padre, madre o tutor que posea esa tenencia otorgada judicialmente.

Art. 19: Todos los casos de duda serán resueltos por el Directorio previo informe del médico asesor y de acuerdo a las normas establecidas en el arancel vigente.

Art. 20: El Directorio, por medio del médico que designe, tiene derecho a verificar y controlar la enfermedad, operación o internación, así como la efectiva prestación de los servicios especiales a que se refiere el inciso b) del artículo 15. Si ese derecho no puede ser libre y ampliamente ejercido por el médico de la Caja, por oposición o cualquier otro tipo de interferencia del paciente, sus familiares, médicos tratantes y otros familiares intervinientes, se perderán todos los beneficios que para el caso acuerda este reglamento.

Art. 21: Vencidos los plazos señalados en los arts. 11 y 12 sin haberse dado cumplimiento a lo establecido en el mismo, se perderá todo derecho a percibir la suma que corresponda al caso.

Art. 22: Los fondos provenientes de los derechos que se perciban conforme al artículo 9 deberán destinarse exclusivamente a la atención del régimen establecido por esta reglamentación. En caso de existir déficit, Contaduría procederá a efectuar el ajuste correspondiente, con fondos provenientes de la reserva creada a tal fin.

Periódicamente, y según sea el comportamiento del sistema, podrá el Honorable Directorio modificar la cuota mensual y los coseguros, los beneficios y/o suspender el régimen, transitoria o definitivamente, no pudiendo los beneficiarios alegar derecho adquirido alguno -salvo los casos contemplados en el art. 13° ya producidos al disponer la suspensión, ni exigir la devolución total o parcial de los derechos abonados. en tal caso, solamente se devolverán los derechos abonados por los titulares inscriptos que aún no gozaren de los beneficios por no haber transcurrido el periodo de tiempo establecido desde su inscripción.

Art. 23: En cualquier caso que se constate falsedad, simulación, ocultamiento o cualquier otro procedimiento o maniobra, para percibir indebidamente, total o parcialmente un beneficio, no se pagara el mismo y será definitiva e irrevocablemente eliminado como beneficiario, tanto el titular como sus familiares.

Art. 24: Contra las resoluciones que dicte el Honorable Directorio solo podrá deducirse recurso de revocatoria por ante el mismo Directorio; el recurso deberá ser fundado e interponerse dentro del plazo de diez (10) días de la notificación de la resolución.

El Honorable Directorio estará facultado para contemplar situaciones especiales fuera de las establecidas en este reglamento, cuando circunstancias excepcionales que deberán juzgarse con criterio severamente restrictivo lo justifique. Las decisiones en este caso deberán adoptarse con el voto de las dos terceras partes de los miembros componentes del H. Directorio.

Art. 25: El presente reglamento deroga todas las resoluciones anteriores y tiene vigencia a partir de su publicación en el boletín oficial de la Provincia de Mendoza.

SERVICIO ASISTENCIAL, Junio de 1999.