

16.- REGLAMENTO DEL REGIMEN DE COBERTURA DE SALUD PARA AFILIADOS DE CAFAR

ARTICULO 1°.- Establécese con vigencia a partir del 1 de marzo de 2021, según lo previsto en el Art. 2º inc. e) de la Ley 10.087/83 y sus modificatorias, el Régimen de Cobertura de Salud para afiliados de CAFAR, el que será prestado a través de convenios suscriptos con un Gerenciador.

ARTICULO 2°.- La incorporación al régimen instituido por el presente Reglamento será obligatoria para los beneficiarios de jubilaciones, pensiones y subsidio a viudos de CAFAR y en caso de prorratas cuando esta Caja asuma el rol de Caja otorgante, y optativa para los afiliados activos. La Cobertura de Salud de las jubilaciones, pensiones o de subsidio a viudos incorporadas obligatoriamente serán las que provengan de lapsos de aportes a esta Caja no inferiores a ciento veinte (120) meses, de los cuales los últimos sesenta (60) meses deberán ser ininterrumpidos, incluidos los que correspondan a la extensión ficta, o cuyo haber básico resulte (como mínimo) de 75 módulos mensuales.

ARTICULO 3°.- Sólo generarán derecho a la incorporación del régimen instituido el grupo familiar del jubilado o jubilada que se encuentren a su cargo y que seguidamente se indican: a) Cónyuge o conviviente en aparente estado de matrimonio; b) Hijos menores de 21 años no emancipados; y los hijos solteros mayores de veintiún años y hasta los veinticinco años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios correspondientes a la enseñanza secundaria, terciaria o universitaria, dictado en establecimiento nacional, provincial o municipal, o en institutos o colegios privados autorizados, reconocidos e incorporados a la enseñanza oficial y no desarrollen tareas remuneradas de ningún tipo; y c) Hijos mayores con discapacidad, siempre que al momento del inicio de la discapacidad sean menores de 18 años, solteros y estén a cargo. En los supuestos de beneficio de pensión y subsidio a viudos de CAFAR, solamente se encuentran incluidos los beneficiarios de la pensión y el viudo subsidiado, no así los familiares de estos dos últimos.

El conviviente o la conviviente, deberá probar tal circunstancia de acuerdo a las pautas establecidas en el “Reglamento del art. 52 de la ley 10.087” y presentar una declaración jurada anual del titular manifestando la continuidad de la convivencia.

ARTICULO 4°.- Las erogaciones que demande la atención de jubilados y pensionados serán financiadas con el ocho (8) por ciento de todos los conceptos liquidados mensualmente como haberes de los citados beneficios -básico y subsidios que incrementan dichas prestaciones- para el beneficiario sin carga familiar; con una carga familiar tratándose de hijo menor o hijo con discapacidad (art 3 inc. b y c), tendrá un costo adicional mensual del uno (1) por ciento; si se tratase de dos (2) o más cargas familiares tendrá un costo adicional mensual del dos (2) por ciento y la recaudación de un aporte adicional obligatorio, a cargo de todos los afiliados activos, de hasta seis (6) módulos mensuales, cuando ello sea necesario, para concurrir a solventar gastos no cubiertos por el Programa Médico Obligatorio y/o por el Plan suscripto con el gerenciador de Salud.

Para los supuestos que la Cobertura de Salud fuese para – cónyuge o conviviente – la misma será optativa y el beneficiario tendrá un costo adicional mensual del ocho (8) por ciento. Si aún así resultara insuficiente, las erogaciones no cubiertas podrán ser atendidas con parte de los excedentes acumulados por la recaudación del subsidio por fallecimiento.

Cuando se tratase de prestaciones y/o prácticas de alta, mediana complejidad y alto costo en forma complementaria a la Obra Social, primaria o de origen o sistema de Salud o Similar que se hallaren o no comprendidas en el Plan Integral suscripto con el gerenciador (AMFFA – CAFAR) será financiado con el aporte adicional obligatorio de hasta tres (3) módulos a cargo de los Afiliados (Activos, Jubilados, Pensionados o beneficiarios del Subsidio a Viudos). En el caso de prorratas cuando esta Caja asuma el rol de Caja Otorgante el beneficiario tendrá un costo adicional obligatorio de hasta seis (6) módulos mensuales a fin de completar la diferencia de años aportados efectivamente, respecto de los exigidos por Ley 10087 –tomando como base 30 años-. Si aun así resultara insuficiente, las erogaciones no cubiertas podrán ser atendidas con parte de los excedentes acumulados por la recaudación del subsidio por fallecimiento.-----

ARTICULO 5°.- CÓNYUGE. Será condición para el otorgamiento, percepción y mantenimiento del beneficio que el cónyuge o conviviente conviva con el titular del beneficio, salvo que por razones de salud se encuentre imposibilitado de convivir con el mismo. En el supuesto que se encontrase separado de hecho o divorciado, y por sentencia judicial se establezca que deba abonar cuota de alimentos para el sostenimiento de su cónyuge, únicamente se le otorgara cobertura de salud acreditando que sea en debida forma la obligación impuesta a su cargo judicialmente.

ARTICULO 6°.- A los efectos de probar la convivencia se admitirán todos los medios legales de prueba (documental, de informes, testimonial, pericial). La prueba testimonial exclusiva resultará insuficiente para acreditar el carácter de conviviente. La prueba testimonial deberá producirse en sede judicial o ante esta Caja. En las Informaciones Sumarias Judiciales a producirse, deberá notificarse fehacientemente a la Caja, para su formal intervención, con una antelación no menor a los diez (10) días hábiles: ello bajo apercibimiento de carecer dicha información de fuerza probatoria. La Caja se reserva el derecho de citar a los testigos de Informaciones Sumarias Judiciales para que depongan y/o amplíen sus dichos en la sede de la Institución, quienes deberán comparecer bajo apercibimiento de no considerar la Información Sumaria rendida.

ARTICULO 7°.- Para los supuestos que la Cobertura de Salud fuese para – cónyuge o conviviente – la misma al ser optativa sólo podrá ser ejercida por el titular, quien gozará para ello de sesenta (60) días corridos a partir del alta del beneficio jubilatorio. Para formalizar la incorporación, el cónyuge o conviviente, deberá completar una declaración jurada de salud y demás requisitos exigidos. La veracidad de la información brindada en dicha Declaración Jurada de Antecedentes de Salud es condición fundamental no solo para el ingreso sino también para mantener la continuidad filiatoria. El ocultamiento, reticencia, inexactitud, falacia o divergencia con la realidad de la información suministrada, constituye la falsedad de la/s misma/s, generando sin más el derecho resolutorio y/o nulidad del beneficio otorgado. Los cónyuges o convivientes que posean otra obra social primaria o entidad de medicina prepaga deberán utilizarla como concurrencia en el gasto al ingresar a este régimen de Cobertura de Salud el cual funcionara como un coseguro o copago. El

ingreso como beneficiario del cónyuge o conviviente se concretara en el momento que la Asesoría Medica acepte la solicitud de afiliación.

Se encuentran totalmente excluidas de cobertura prestaciones no previstas y/o no incluidas en el Programa Médico Obligatorio de acuerdo a la normativa vigente en el país.; como así también prácticas y/o terapéuticas que no hayan superado la etapa experimental o no se encuentren avaladas por estudios de medicina basada en la evidencia. -Tienen un tiempo de espera de 12 meses para acceder a todas las prestaciones superadoras y/ o complementarias al Programa Médico Obligatorio, procedimentales o farmacológicas ajustando tales periodos a los establecidos por la entidad gerenciadora. El titular no podrá ejercer la opción de salud para el cónyuge o conviviente, vencido los 60 días desde el alta del beneficio jubilatorio, al poseer éstos una obra social primaria activa. La sentencia de divorcio o cese de la unión convivencial hará perder al cónyuge o al conviviente, la calidad de beneficiario del sistema. La baja será automática, sin necesidad de interpelación o comunicación previa y tendrá lugar a los sesenta (60) días corridos a contar desde: a) fecha de la sentencia; b) Cese de la convivencia o notificación al beneficiario principal, la que fuera anterior conforme los artículos 517, 523 y concordantes del CCyC. Cualquier modificación en la situación contemplada a los fines del otorgamiento de la Cobertura de Salud, deberá ser denunciada en forma inmediata por el beneficiario. Sin perjuicio de las responsabilidades civiles y/o penales que pudieran corresponder; la percepción indebida del beneficio dará lugar a la formación de cargo deudor.

ARTICULO 8°.- La pertenencia a otros sistemas de salud no exime a los beneficiarios de jubilaciones, pensiones y subsidio a viudos de CAFAR respecto de la obligatoriedad del presente Régimen. Los Afiliados pasivos incorporados a este régimen de Cobertura de Salud que posean otra obra social o entidad de medicina prepaga deberán utilizarla como concurrencia en el gasto. Para los jubilados, pensionados y beneficiarios de subsidio a viudos de CAFAR los beneficios y obligaciones de este Régimen de Cobertura de Salud tendrán vigencia, sin excepción, a partir del mes siguiente al de la primera liquidación. En caso de producirse el fallecimiento del afiliado titular jubilado de CAFAR, él o los familiares que hubieren estado a su cargo en la cobertura de salud hasta ese momento, gozaran de una prórroga de la cobertura conservando el carácter de beneficiarios de la misma por un plazo de 90 días corridos desde la fecha del deceso, dentro del cual, deberán iniciar y completar en todos sus términos el trámite de Pensión correspondiente. Una vez vencido dicho plazo sin que se haya cumplimentado el trámite antedicho, los servicios de salud serán suspendidos.

ARTICULO 9°.- Las coberturas del presente Régimen se efectuarán en los porcentajes que establezca el gerenciador, de acuerdo a la normativa vigente en el país. Esta cobertura tendrá el carácter de complementaria, en los casos que hubiera concurrencia con otra Obra Social, empresa de medicina prepaga o sistema de salud donde se actúe como cofinaciador el afiliado deberá requerir del prestador de salud el rechazo conformado por su obra social primaria o medicina prepaga o bien la certificación de porcentaje de cobertura y acompañar las facturas originales del gasto, ello en concordancia con lo establecido en el Artículo 7°.

ARTICULO 10°.- Para los supuestos que se tratase de prestaciones y/o prácticas de alta, mediana complejidad y alto costo en forma complementaria a la Obra Social, primaria o de origen o sistema de Salud o Similar CAFAR podrá concurrir con la diferencia resultante del

valor del gerenciador, en hasta el porcentaje del 50% del valor de referencia o hasta completar el 100% de lo emanado, de acuerdo a la normativa vigente en el país. Dicha concurrencia lo será hasta el valor total de la prestación máxima recibida o hasta el límite de 12.000 módulos. El valor del módulo será el correspondiente al mes que se efectivice la prestación y/o practica de alta, mediana complejidad y alto costo. En estos casos de concurrencia el afiliado deberá requerir del prestador de salud la certificación de porcentaje de cobertura, como así también se comprometerá a prestar la información que le sea requerida por la Asesoría medica como ser estudios complementarios, ampliaciones de historia clínica y/o hasta eventual Interconsulta profesional., historia Clínica y Protocolo quirúrgico, así como todos los estudios complementarios que confirmen la patología. El certificado deberá ser expedido por el profesional actuante en la práctica médica con la firma y sello del mismo, constando la fecha en que se expide el certificado ; Presupuesto para la intervención; y toda otra información de gastos a realizar conjuntamente con el Codem validante Se entenderá que ha existido una contingencia grave cuando se trate de un tratamiento por una patología sobreviniente imprevisible, que afecte gravemente la salud del beneficiario, o se trate del desenlace de una afección que origine una derivación imprevisible e implique alta complejidad quirúrgica .y las mismas se hallaren o no comprendidas en el Plan Integral suscripto con el gerenciador (AMFFA – CAFAR), no existiendo alternativas terapéuticas y/o con la suficiente evidencia científica que cuenten los procedimientos . Ello no implica continuidad y no es sumatorio ni vinculantes con todas las prestaciones necesarias según el diagnóstico No comprenderá los siguientes gastos concurrentes: a) Gastos de terceros; b) Gastos de alojamiento del paciente y/o familiar; c) Gastos gastronómicos; d) Gastos de traslados particulares; y e) Gastos de traslado del paciente; salvo los casos de patologías o cirugías que, por su complejidad, requieran el desplazamiento de éste hacia centros asistenciales de otra localidad del país para su mejor atención y/o riesgo de muerte. En tales supuestos, cuando se justifique el traslado, el profesional que disponga la derivación deberá indicarlo. No se gestionará por reintegro ya sea total o parcial de la prestación recibida ya sea dentro o fuera del territorio argentino. En todos los casos que por cualquier causa no llegara a utilizarse este beneficio para cubrir la Contingencia de Salud grave por el cual se solicitase, el importe total del mismo deberá ser reintegrado. Cualquier modificación en la situación contemplada a los fines del otorgamiento de este beneficio, deberá ser denunciada en forma inmediata por el beneficiario. Sin perjuicio de las responsabilidades civiles y/o penales que pudieran corresponder; la percepción indebida del mismo dará lugar a la formación de cargo deudor.-

ARTICULO 11°.- El Directorio se reserva el derecho a realizar, a los Afiliados con Cobertura de Salud, una Junta Médica de CAFAR cuando el defecto o exceso en las prestaciones amerite tal circunstancia. Al beneficiario optativo al sistema se le requerirá, conjuntamente con la Declaración Jurada de Salud, la presentación de historia clínica y/o los exámenes diagnósticos para la evaluación y decisión de la incorporación del solicitante, como asimismo se le podrá solicitar se someta a examen médico ante la Comisión Médica de esta Caja a los fines de determinar si padecen de alguna incapacidad o enfermedad o patología preexistente al momento de la afiliación que derivara en una posterior invalidez producto de la misma. Asimismo cuando se tratase de Contingencias de Salud graves enunciadas por el afiliado, el Directorio se reserva el derecho de solicitar informes respecto a la necesidad y razonabilidad de lo solicitado. Asimismo se encuentra facultado para

solicitar documentación respaldatoria o cualquier otra que permita ampliar la información sobre tratamientos, internaciones y todo aquello que considere necesario, sin perjuicio de los presupuestos que pueda solicitar para obtener valores de referencia, antes o después del otorgamiento.

ARTICULO 12°.- El Directorio de CAFAR queda facultado para determinar sobre cualquier circunstancia no prevista en el presente Reglamento.

Diciembre 2025