

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

ARTICULO 1º.- 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 2º.- 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 cincuenta (50) módulos mensuales.

ARTICULO 3º.- 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 discapacitados, 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 4º.- 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 discapacitado (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 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.

ARTICULO 5º.- 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 6º.- 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 7º.- Para los supuestos que la Cobertura de Salud fuese para – cónyuge o conviviente – la misma será optativa y 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.

Los cónyuges o convivientes que ingresen a este régimen de Cobertura de Salud y que posean otra obra social primaria o entidad de medicina prepaga podrán utilizarla como concurrencia en el gasto. 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 8º.- 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 podrán 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 de la fecha de otorgamiento del respectivo beneficio o cancelación de la matrícula profesional, la que resulte más próxima a la fecha en que CAFAR deba liquidar los haberes respectivos.

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.

ARTICULO 10°.- 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.

ARTICULO 11°.- El Directorio de CAFAR queda facultado para determinar sobre cualquier circunstancia no prevista en el presente Reglamento.

Abril de 2022

