

**Reglamento del Departamento de Servicios Sociales de la Cámara
Primera del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Provincia
de Santa Fe**

Capítulo I

Ámbito de Aplicación

Artículo 1: El Departamento de Servicios Sociales de la Cámara primera del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe, también denominado con la voz Departamento o la abreviatura DSS, creado por resolución 01/70 en el ámbito de aquella, ajusta el funcionamiento, las relaciones con los afiliados y el cumplimiento del objeto a las disposiciones de este reglamento y a las resoluciones que sobre la materia y en el límite de su competencia expida el Consejo Superior y la Cámara primera. La Comisión del Departamento de los Servicios Sociales concurre al despacho de esos acuerdos propiciando las medidas, participando en la elaboración del proyecto, otorgando acuerdos *ad referendum* de la Cámara y colaborando del modo que le soliciten los órganos titulares de la competencia.

Artículo 2: El Departamento de los Servicios Sociales tiene la sede en el domicilio de la Cámara primera del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe. Ésta puede delegar especiales funciones operativas para que el agente encomendado las ejecute en el ámbito territorial que se le indique.

Capítulo II

Afiliación

1. Afiliación Obligatoria

Artículo 3: Son afiliados de afiliación obligatoria los inscriptos en las matrículas que administra la Cámara Primera del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe, tengan domicilio en el territorio de competencia de ésta, estén habilitados para el ejercicio independiente de la profesión y no hubieren cumplido la edad de cincuenta y un años al momento

de la matriculación originaria o del restablecimiento de la matriculación El acto de matriculación crea el vínculo de afiliación sin necesidad de otra formalidad. La Cámara I dispone, si no lo hiciere el Consejo Superior, sobre las modalidades de afiliación de los inscriptos en matrículas creadas por este para nuevas disciplinas académicas en ciencias económicas reconocidas por establecimientos de la enseñanza superior. En todos los casos se observará el requisito para obtener la afiliación o reincorporarse a ella de no haber cumplido cincuenta y un años de edad.

2. Afiliación facultativa

Artículo 4: Son afiliados de afiliación facultativa mientras reúnan los requisitos previstos en este Reglamento:

4.1 Los inscriptos en las matrículas que administra la Cámara primera que opten por abonar únicamente la Contribución anual por mantenimiento de registro matricular y los que, matriculados y habilitados para el ejercicio independiente de la profesión mediante el pago del Derecho anual de ejercicio profesional, tengan domicilio real fuera del territorio de competencia la Cámara primera.

4.2 Los titulares de prestación ordinaria, por edad avanzada o por incapacidad total o transitoria otorgada por la Caja de Seguridad Social para los Profesionales en Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe a partir de la fecha de cancelación de la matrícula y de acuerdo a los requisitos establecidos en el apartado 3.2 del presente capítulo.

4.3 Los integrantes del grupo familiar primario del afiliado titular y los del grupo familiar del afiliado titular fallecido que, al momento del deceso, estuvieran afiliados al DSS.

4.4 El personal dependiente, los asesores y auditores de la Cámara primera, de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe y del Colegio de Graduados en Ciencias Económicas de la primera circunscripción.

4.5 Los estudiantes universitarios de ciencias económicas hasta los treinta años inclusive.

4.6 Aquellos profesionales en ciencias económicas comprendidos por regímenes especiales creados por el Consejo Superior o la Cámara primera a quienes se les acuerde la facultad de afiliarse al Departamento de Servicios Sociales.

Artículo 5: El vínculo de afiliación de los afiliados de afiliación facultativa se constituye con el acto de la Comisión admitiendo la incorporación de aquellos a la categoría; desde la fecha del acuerdo nacen las obligaciones del afiliado respecto de la condición adquirida.

Artículo 6: La afiliación del cónyuge o conviviente supérstite integrante del grupo familiar del afiliado fallecido cesa al contraer nuevo matrimonio o establecer una unión convivencial extendida en el tiempo lo suficiente para una expectativa de prestación de pensión e incorporación al régimen asistencial del que fuere titular la persona correlacionada.

Artículo 7: El personal dependiente conserva la afiliación mientras dure el vínculo de trabajo; los asesores y auditores la mantienen durante el tiempo en que presten servicios profesionales. La afiliación cesa desde el día siguiente al de la extinción de la relación de empleo o, en su caso, de la cesación del vínculo profesional.

Artículo 8: La Cámara Primera establece por resolución que dicta periódicamente el valor de las cuotas de aportación de ambas categorías. La Cámara Primera puede crear especies que agrupen afiliados de una y otra categoría vinculados entre sí por caracteres comunes que los distinguen de los demás, entre ellos la franja etaria u otros factores que anticipadamente los dispongan a necesitar el auxilio de las prestaciones del Departamento de Servicios Sociales y a establecer en cada caso valores de las cuotas de aportación aplicables a cada especie.

3. Requisitos para obtener la afiliación facultativa

3.1 Integrantes del grupo familiar

Artículo 9: Para obtener la afiliación facultativa los integrantes del grupo familiar del afiliado titular deben reunir los requisitos siguientes:

9.1 El cónyuge, no haber cumplido cincuenta años.

9.2 La persona correlacionada con el afiliado titular por una unión convivencial con las características y condiciones indicadas en el artículo 509 del Código Civil y Comercial, si no hubiera cumplido cincuenta años de edad. La unión convivencial se demuestra con el documento que acredita su inscripción en el Registro de Uniones Convivenciales o mediante información sumaria judicial. En este último caso, en el trámite debe acreditarse al menos dos años consecutivos de convivencia o de un año si hubiera descendencia común.

9.3 Disuelto el vínculo matrimonial, quien fuera cónyuge del afiliado titular conserva la afiliación facultativa preexistente si de la sentencia resulta el deber del afiliado titular de suministrarle cobertura médico asistencial. La subsistencia de aquella afiliación no obsta la creación de otras que solicite el afiliado titular derivadas de la celebración de nuevo matrimonio o de uniones convivenciales observando los límites de edad indicados en el inciso 9.2.

9.4 Los hijos e hijastros del afiliado titular; los hijos del conviviente en la situación regulada por el artículo 9.2 hasta cumplir treinta y un años mediante el pago de cuotas de afiliación de un valor superior en las. Los hijos e hijastros del afiliado titular; los hijos del conviviente en la situación regulada por el artículo 9.2 hasta cumplir treinta y un años mediante el pago de cuotas de afiliación en las condiciones que establezca la Cámara o la Comisión ad referendum de aquella. El límite de edad no rige de mediar incapacidad psicofísica para el trabajo remunerado demostrada por certificado expedido por el órgano competente de la administración pública sanitaria. La solicitud de afiliación de menores de 21 años es admisible si los demás hijos, hijastros o hijos del conviviente ya hubieren sido incorporados al Departamento en calidad de integrantes del grupo familiar. De no estarlo el pedido debe completarse con el de afiliación de quienes no lo fueren.

3.2 Jubilados y pensionados de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales en Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe

Artículo 10: La prestación ordinaria, por edad avanzada o pensión que obtuvieran los afiliados titulares al régimen del Departamento de Servicios Sociales en ambas categorías- mediando cancelación de matrícula- no extingue el vínculo de afiliación si estos lo hubieren conservado por diez años

aniversarios consecutivos e inmediatos anteriores a la fecha de cancelación de la matrícula y registraren el pago de las cuotas durante todo el tiempo de afiliación.

Artículo 11: El Departamento de Servicios Sociales concede a los jubilados que prosigan en calidad de afiliados, una bonificación del importe de la cuota de afiliación si al cancelar la matrícula tienen una antigüedad mínima de afiliación de 30 años continuos, y registran el pago de las cuotas durante todo el tiempo de la afiliación. La bonificación alcanza sólo al afiliado titular y al Plan al que haya pertenecido por mayor tiempo durante el período de afiliación o de aquél que lo hubiere reemplazado. El titular abona la diferencia que pudiera surgir en caso de optar por mantener un plan superior al que corresponde a la bonificación alcanzada. El Departamento, provee a la financiación del nuevo régimen. Puede, a estos fines crear un fondo de financiamiento observando el recaudo básico de cubrir total o parcialmente el importe de la cuota de afiliación de los jubilados a quienes a partir del 1 de mayo de 2025 se les concede la bonificación. La integración al fondo será variable y progresiva hasta equipararse a la cuota de afiliación para jubilados. La integración al fondo estará a cargo de todos los jubilados que gozan de la bonificación del importe de la cuota de afiliación.

Artículo 12: La prestación por incapacidad total y permanente y por incapacidad total transitoria no extingue el vínculo de afiliación y su titular recibe las mismas ventajas establecidas en la cláusula precedente aunque no complete la antigüedad estipulada en ésta si el tiempo de afiliación coincide con el de la matriculación y registra el pago de las cuotas durante todo el tiempo de afiliación. De no contar con la duración coincidente de matriculación y afiliación el titular no es acreedor de la exención dispuesta en el artículo 11.

Artículo 13: Si el afiliado fuere, por cualquier causa, deudor del Departamento de Servicios Sociales al momento de cancelar la matrícula con motivo de obtener una prestación previsional de la Caja de Seguridad Social del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe debe cancelar las acreencias adeudadas en las formas y plazos que establezca el Departamento. De no hacerlo se extingue el derecho a conservar la afiliación, esta cesa por el transcurso de los plazos acordados sin otro trámite y no puede restablecerse en el futuro.

Artículo 14. El grupo familiar de los titulares de prestaciones de jubilación ordinaria o por edad avanzada prosigue el vínculo de afiliación en las mismas condiciones y modalidades adquiridas durante el tiempo de actividad del matriculado si cuenta con una antigüedad en la afiliación de diez años aniversarios consecutivos e inmediatos anteriores a la fecha de cancelación de la matrícula.

Artículo 15. Los titulares de prestación de pensión derivada o adquirida durante la actividad del causante mantienen la afiliación al Departamento de Servicios Sociales.

Artículo 16: Los afiliados titulares que al obtener las prestaciones ordinarias o por edad avanzada cancelaren la matrícula y no reunieren los requisitos para mantener el vínculo de afiliación cesan en esta calidad al noveno día de declarada la extinción de la inscripción matricular. Estos mismos efectos alcanzan al grupo familiar.

3.3 Inscriptos en la matrícula según las modalidades del inciso 4.1 del Artículo 4 y el personal dependiente, asesores y auditores

Artículo 17: Los inscriptos en las matrículas en las condiciones del inciso 4.1 del artículo 4 y las personas indicadas en el inciso 4.4 del artículo 4 obtienen la afiliación voluntaria de no haber cumplido cincuenta años de edad al momento de solicitar la incorporación al DSS, la restricción de la edad rige aunque la solicitud comportare restablecer un vínculo extinguido cualquiera hubiere sido la causa.

Artículo 18: De acontecer el cese de la relación de dependencia o de los servicios profesionales a causa de la jubilación del empleado o del profesional, estos pueden proseguir en calidad de afiliados al Departamento si, al momento de la extinción del servicio, hubiesen acumulado una antigüedad de afiliación no menor de 15 años consecutivos inmediatos a la fecha del cese y registraran el pago de cuotas de afiliación en número equivalente a la antigüedad en la afiliación.

Artículo 19: El valor de la cuota de afiliación es aquél que les correspondería de encontrarse en actividad al servicio de la Cámara primera, de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de Ciencias Económicas de la

Provincia de Santa Fe o del Colegio de Graduados en Ciencias Económicas de la primera circunscripción.

Capítulo III

Obligaciones y derechos de los afiliados

Artículo 20: Son obligaciones de los afiliados:

20.1 Observar fielmente lo que mandan las normas que integran el ordenamiento del Departamento de Servicios Sociales.

20.2 Pagar con puntualidad a su vencimiento la liquidación de los débitos que en concepto de cuotas de afiliación, de los denominados coseguros o copagos y de los accesorios el Departamento liquide mensualmente.

20.3 Presentar las solicitudes de reintegro junto a los documentos corroborantes de la erogación dentro de los seis meses de la prestación.

20.4 Exponer la información inherente al vínculo de afiliación que, en los límites de la ley y este Reglamento, le requiera el Departamento Servicios Sociales. La información falsa o la precesión al suministrarla causa la extinción del vínculo de afiliación y la instancia disciplinaria.

20.5 El afiliado al régimen del Departamento de Servicios Sociales debe, al obtener la afiliación, comunicar si tiene cobertura de otro sistema asistencial cualquiera fueren sus características. Igual obligación tiene si estas sobrevienen con posterioridad al nacimiento de la afiliación al régimen de este Departamento; esta declaración la debe ejecutar dentro de los dos meses de su incorporación al otro régimen, de no hacerlo son aplicables las secuelas del artículo 20.4.

20.6 Informar por escrito cualquier modificación en su situación personal, profesional o familiar relevantes para el vínculo de afiliación que hubiere sido declarada al Departamento de Servicios Sociales; se enuncia a modo de ejemplo: cambio de domicilio, del estado civil, composición del grupo familiar, estadías prolongadas en el exterior.

20.7 Concurrir al domicilio del Departamento si éste lo cita con sucinta expresión de los motivos y a los lugares que le indique para examen o entrevista con auditores médicos.

20.8 Exponer por escrito las pretensiones de servicios e instancias de reclamo.

20.9 Agotar las instancias recursivas internas previstas en este Reglamento antes de promover acciones en el Poder Judicial. La inobservancia de este orden puede ser causa de atribución disciplinaria.

Artículo 21: Son derechos de los afiliados:

21.1 Pedir y obtener las prestaciones ofrecidas por el Departamento de Servicios Sociales de prevención de enfermedades y reparación de la salud en los límites, modalidades y condiciones establecidas en el ordenamiento reglamentario que lo rige.

21.2 Elegir el profesional del arte de curar o el establecimiento de quien recibirá los servicios ofrecido por el Departamento. La selección debe recaer entre aquellos que integran el padrón de efectores con los cuales la Cámara o el Departamento hubieren celebrado convenios de prestación.

21.3 Peticionar por escrito informes sobre el alcance de las prestaciones y proponer acciones vinculadas a la actividad del DSS

Capítulo IV **Modalidades del vínculo de afiliación**

Artículo 22. El vínculo de afiliación se ejecuta con arreglo a las siguientes modalidades.

Determinación de las prestaciones y de los valores de reconocimiento. Erogaciones en exceso

22.1: Las prestaciones y prácticas médico asistenciales, internaciones y farmacológicas y el valor de estas lo establece la Cámara o la Comisión del Departamento en defecto de aquella en base al Nomenclador Nacional de Prestaciones Médico y Sanatoriales y a los que resulten de convenios celebrados con efectores. Las prestaciones y las cuantías de reconocimiento asignadas constituyen el límite de las obligaciones del Departamento frente a los afiliados. El costo de las prestaciones que exceda el valor reconocido por el Departamento es a exclusivo cargo del afiliado. Si el Departamento cancelare al prestador las cantidades que excedan los valores reconocidos por este régimen, el afiliado debe reembolsar a aquel la diferencia entre el costo del servicio y los valores reconocidos según la reglamentación vigente. El obligado debe satisfacer el pago en las modalidades y plazos que establezca la

Comisión. El incumplimiento causa la mora del deudor y lo subordina a las secuelas previstas por este reglamento.

Modo de acordar las coberturas. Requisitos

22.2: Las prestaciones se acuerdan con arreglo a las modalidades de autorización previa o de reintegro.

Las prestaciones son otorgadas previa autorización que el afiliado debe obtener personalmente en la sede del Departamento o por vía electrónica con ajuste a los programas informáticos habilitados por la Comisión. La cobertura de las prestaciones es la establecida de acuerdo al plan al que se haya adherido el afiliado, quedando a su cargo los coseguros que la autorización genere. Los servicios que el afiliado se procure sin previa autorización debe cancelarlos ante el efector y solicitar el reintegro de lo erogado. La cantidad a reembolsar se liquida en base al valor de los módulos reconocidos cualquiera fueren las sumas efectivamente pagadas por el afiliado al prestador.

El Departamento puede establecer prestaciones que solo se obtienen por la modalidad de reintegro.

Calificación de las patologías y liquidación de las coberturas

22.3: La calificación de las patologías y la liquidación de las cantidades a abonar a los efectores o a reintegrar al afiliado son competencia exclusiva y excluyente del Departamento.

Inspecciones para corroborar la legitimidad de las prestaciones

22.4: El Departamento, por medio de profesionales del arte de curar que a ese efecto designe, puede inspeccionar las causas que legitimen las prestaciones. Éstas serán denegadas si el destinatario del servicio o terceros impidieran o dificultaren el ejercicio de esa atribución, no facilitaren o fueren reticentes en la entrega de información requerida por el agente del Departamento.

Uso indebido de Órdenes de consulta y autorización de prestaciones

22.5: Las órdenes de consulta dan derecho a una práctica por cada una de ellas. Está prohibido utilizar una misma orden o su reprografía para repetir la práctica. El valor de la autorización de prestaciones se extingue con la aplicación a las prácticas acordadas en el documento. Está prohibido reproducirlas y multiplicar, por la maniobra, los servicios autorizados y entregar al profesional médico más de una orden por cada consulta. La comisión de los actos prohibidos es falta grave, causa una atribución disciplinaria al autor y la

carga de reembolsar por cada orden o autorización irregular una cantidad equivalente al arancel pactado por el Departamento con los prestadores.

Prestaciones recibidas fuera de la competencia territorial del Departamento

22.6: Las prestaciones recibidas por los afiliados fuera de la competencia territorial del Departamento se admiten y liquidan por el procedimiento de reintegro. Si para el servicio se aplicaran convenios de reciprocidad o acuerdos celebrados con efectores del lugar, la cobertura se prestará por el procedimiento de autorización previa y al valor de los aranceles vigentes en el ámbito territorial de este Departamento; las diferencias que resulten son a exclusivo cargo del afiliado. No son cubiertas las erogaciones derivadas de traslados o estadías para obtener prestaciones fuera de la competencia territorial del Departamento, salvo autorización expresa de la Comisión. El Departamento no autoriza ni reconoce prestaciones efectuadas fuera del territorio nacional.

Caducidad del derecho a reintegros por demoras en la solicitud

22.7: La falta de presentación de la solicitud de reintegro y de los documentos corroborantes de la erogación dentro del plazo del artículo 20.3, causa la caducidad del derecho del afiliado a obtener el reembolso del gasto.

Plazo para la percepción de las cantidades liquidadas en concepto de cobertura

22.8: Los créditos dinerarios de los afiliados no percibidos dentro de los tres meses contados desde el día siguiente al de la liquidación se acreditan en la cuenta personal del afiliado y compensan las obligaciones que le fueren exigibles.

Cobertura de lesiones causadas por terceros

22.9: El Departamento en caso de prestaciones brindadas para cubrir lesiones causadas por terceros puede subrogar a la víctima o a los sucesores de ésta en sus derechos de resarcimiento en el límite de las erogaciones ejecutadas en concepto de cobertura. Los titulares de aquel derecho deben otorgar los documentos necesarios, facilitar información y prestar la colaboración que fueren menester para el ejercicio de la subrogación.

Lesiones causadas por culpa o dolo de profesionales del arte de curar

22.10: El Departamento no responde por los daños y perjuicios causados por culpa o dolo de los profesionales del arte de curar o de sus dependientes que presten servicios a los afiliados o a su grupo familiar ni por aquellos sufridos

por éstos en ocasión de internaciones o atenciones en sanatorios, clínicas o establecimientos similares.

Modificación o supresión de los planes de cobertura y de la nómina de efectores

22.11: El Departamento puede suspender, modificar, reemplazar por otro o suprimir los programas de cobertura. Las medidas tienen efecto desde el día siguiente a la publicación en medios gráficos o informáticos habitualmente utilizados para comunicar noticias del Departamento.

22.12: El Departamento puede, por razones de oportunidad o conveniencia y sin trámite previo, suspender, modificar, reemplazar por otros o suprimir la nómina de profesionales del arte de curar y de organizaciones de efectores con quienes hubiere celebrado acuerdos de prestación. La medida tiene efecto desde el día siguiente al que fue adoptada y debe comunicarse en la forma y ocasión habitualmente empleada para transmitir a los afiliados noticias del Departamento.

Exigibilidad de las obligaciones. Efectos del incumplimiento sobre el grupo familiar

22.13 La Comisión del Departamento de Servicios Sociales establece las fechas de vencimiento de las obligaciones patrimoniales que deben cumplir los afiliados.

22.14: El afiliado titular responde ante el Departamento de Servicios Sociales y la Cámara por los deberes y obligaciones atribuidos a su grupo familiar. La inobservancia del titular de las obligaciones propias de la categoría afecta a los integrantes del grupo quienes están sujetos a los efectos del incumplimiento.

Débitos por cargos del Departamento

22.15: Las cantidades adeudadas por los afiliados cualquiera fuese la causa serán facturadas junto a la cuota del mes inmediato siguiente al de su devengamiento y, de no ser canceladas al vencimiento, pueden ser debitadas de las acreencias que el afiliado registre en la cuenta personal formada por reintegros y prestaciones dinerarias y deudas por obligaciones no canceladas.

Incumplimiento. Efectos de la mora en los pagos

22.16: La falta de pago en término causa la aplicación de intereses resarcitorios y punitorios sobre la cantidad de la obligación no cancelada. La mora se produce por el simple transcurso del tiempo sin necesidad de previo requerimiento pero los intereses punitorios son imputables a partir de los

quince días corridos contados desde el siguiente al de la intimación documentada de pago.

22.17: La falta de cancelación al vencimiento de la cuantía de la liquidación mensual por cuota de afiliación, coseguros, accesorios y complementos de dos períodos consecutivos causa la suspensión de la prestación de los servicios al titular y al grupo familiar que estuviere incorporado. La suspensión obsta el reembolso de las erogaciones médico asistenciales y farmacológicas recibidas por el afiliado durante el tiempo de suspensión de los servicios. Los afiliados de afiliación facultativa que incurrieren en el incumplimiento de tres períodos consecutivos pueden ser excluidos del régimen del Departamento; la extinción de la afiliación acontece desde el día siguiente al de la fecha de la resolución de la Comisión del Departamento de Servicios Sociales que lo dispone. La suspensión de los servicios acontece por el solo transcurso de los períodos mensuales adeudados y sin otra formalidad. Si no obstante la suspensión el afiliado o su grupo familiar causaren erogaciones propias de un estado normal de afiliación y el Departamento, cualquiera fuere el motivo, aceptara cancelarlas, éste le reclamará el reembolso por el monto del cargo con más accesorios cuyo pago deberá satisfacer en el plazo que la Comisión establezca.

22.18: La suspensión y sus efectos también acontecen si la deuda fuera de una sola liquidación mensual y ésta no fuere cancelada dentro de los seis meses sucesivos contado desde la fecha de vencimiento de aquella.

Continuidad del devengamiento de cuotas durante la suspensión de los servicios

22.19: La suspensión de las prestaciones dispuesta por inobservancia de los deberes del afiliado no interrumpe el devengamiento de las cantidades mensuales a su cargo y debe cancelarlas a su vencimiento.

Restablecimiento de las prestaciones. Plazos. Excepciones

22.20: El derecho al goce de las prestaciones del Departamento se restablece, previa cancelación de lo adeudado con más los accesorios que liquide la Comisión, en los plazos siguientes:

- a. Desde el día siguiente al del pago si la deuda no fuera superior a dos liquidaciones mensuales.

b. Al trigésimo día corrido contado desde el siguiente al del pago si la deuda fuere de tres a seis liquidaciones mensuales.

c. Al sexagésimo día corrido contado desde el siguiente al del pago si la deuda fuere de más de seis liquidaciones mensuales.

22.21: Están excluidas de aquellos plazos de recuperación del derecho a las prestaciones las derivadas de embarazo, odontológicas y por consulta médica y de medicamentos. Las primeras, se restablecen al día doscientos setenta, las segundas al nonagésimo día, ambos períodos contados desde el siguiente al del pago. Las dos últimas desde el día siguiente al de la cancelación cualquier fuere la cantidad de liquidaciones mensuales adeudadas.

Obligaciones derivadas de la exclusión de los afiliados titulares y facultativos

22.22: Quedan excluidos del régimen del Departamento de Servicios Sociales los afiliados titulares que habiendo adquirido la edad de 65 años, no registraran el pago de cuotas de afiliación en número equivalente a la antigüedad en la afiliación. De acontecer, al dictado de resolución de la Comisión del Departamento de Servicios Sociales que declare la extinción del vínculo, le precede la intimación a los afiliados titulares para cancelar la deuda y sus intereses en un plazo de 15 días. La exclusión del afiliado titular conlleva la exclusión del grupo familiar.

22.23 De sobrevenir la exclusión el afiliado debe cancelar en el plazo que la Comisión determine y conforme el monto que resulte de la liquidación practicada por ésta, las acreencias que el Departamento tuviere frente al afiliado excluido. Integra el crédito exigible la aportación mensual que corresponda al período en que se dispuso la exclusión.

22.24: Si no obstante la exclusión el afiliado o su grupo familiar causaren erogaciones propias de un estado normal de afiliación y el Departamento, cualquiera fuere el motivo, aceptara cancelarlas, éste le reclamará el reembolso por el monto del cargo con más accesorios, incluidas las multas por la infracción cuyo pago deberá satisfacer en el plazo que la Comisión establezca.

22.25: Extinguido el vínculo de afiliación, quien hubiera sido titular, restituirá de inmediato a la Comisión del Departamento las credenciales de afiliación propias y las del grupo familiar que le hubieren sido entregadas. De no hacerlo, cualquiera fuere la motivación que invoque, la Comisión promoverá la cuestión

disciplinaria prevista en el capítulo X y, de corresponder, la intervención de los órganos de control ético de la Cámara primera.

Instancias de cobro forzoso de las acreencias del Departamento

22.26: El Consejo puede reclamar el cobro forzoso de las acreencias. Lo hace por el procedimiento de apremio reglado por el Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de Santa Fe. La liquidación de deuda emitida por la Cámara suscripta por el presidente y los consejeros secretario y tesorero tiene atribución de título ejecutivo. La liquidación expondrá el crédito y sus accesorios a la fecha de la emisión. Es requisito para promover la acción judicial, la intimación documentada al deudor conminándolo al pago de la cantidad en un plazo no menor de diez días.

22.27: Antes de ser promovida la demanda de apremio, el deudor puede solicitar al Departamento cancelar la deuda mediante un préstamo en dinero para ese exclusivo fin; los requisitos y modalidades de éste son establecidos por la Cámara.

Capítulo V

Comienzo del ejercicio del derecho a las prestaciones

Artículo 23: Los afiliados y el grupo familiar comienzan a gozar de las prestaciones en la oportunidad y plazos siguientes:

23.1: Los afiliados titulares de afiliación obligatoria desde el día siguiente al de la fecha de matriculación. En caso de reincorporación al régimen del Departamento de los Servicios Sociales, por reinscripción en la matrícula, la afiliación es precedida del dictamen de Auditoria médica sobre patologías preexistentes al nuevo ingreso. De no haberlas, la reincorporación se produce al día siguiente del dictamen y se comunica al afiliado. De existir, el Departamento de los Servicios Sociales determina el valor diferencial de la cuota de afiliación cuyo importe es establecido en función del costo de la cobertura de las patologías y sus probables efectos sobre la solvencia financiera del Departamento para responder al cumplimiento de sus fines, calculados según las cuentas del ejercicio en curso y las proyecciones sobre las que corresponden al siguiente. El importe del valor diferencial no puede exceder de cinco cuotas básicas aplicadas al plan de mayor cobertura y se

comunica al matriculado. Dentro de los diez días debe manifestar en forma documentada si opta por aceptar o rechazar la cuota diferencial, mediante declaración expresa y documentada dirigida al Departamento de los Servicios Sociales. En el primer supuesto, se reincorpora al régimen a partir del día siguiente a la comunicación. En el segundo, el rechazo conlleva reconocer el ejercicio excepcional de la facultad del Departamento de los Servicios Sociales a no admitir la reincorporación del profesional al régimen de prestaciones de salud del Departamento. El silencio del matriculado dentro del plazo indicado se interpreta como rechazo.

23.2: El grupo familiar, si la afiliación fuera solicitada simultáneamente a la incorporación del titular, desde el mes siguiente a la presentación de los documentos que demuestren el vínculo invocado, los exámenes médicos y demás requisitos que fueran establecidos por el DSS para la afiliación de aquellos. La administración del DSS da a conocer al titular, en el acto de solicitar la incorporación del grupo familiar, el detalle de los recaudos que deben cumplir para dar inicio al plazo a cuyo término comienza a gozar de las prestaciones

23.3: Los afiliados de afiliación facultativa, su grupo familiar y el grupo familiar del titular de afiliación obligatoria cuya incorporación hubiera solicitado con posterioridad a su propio ingreso, una vez transcurrido los plazos de carencia que se establecen para cada uno de los planes y prácticas médicas, asistenciales y farmacológicas. Los plazos se cuentan desde el primer día del mes siguiente al del pago de la primera liquidación mensual

23.4: Los afiliados de cualquier categoría y los grupos familiares que optaran por un programa de prestaciones de mayor cobertura al que están adheridos comienzan con el goce de los servicios transcurridos los plazos establecidos para cada uno de los planes de prestaciones. Si el programa de la nueva opción hubiere previsto un régimen de carencias de plazos más breves, el plazo de ejercicio se regirá por éste último. Los cambios de planes de cobertura solo pueden efectuarse una vez por año calendario y luego de haber transcurrido doce meses de permanencia en el programa precedente.

23.5: El cónyuge o conviviente en unión convivencial de los afiliados titulares de afiliación obligatoria o facultativa, y los hijos de aquellos, desde el mes siguiente a la presentación de los documentos que demuestren el vínculo

invocado, los exámenes médicos y demás requisitos que fueran establecidos por el DSS para la afiliación de aquellos. Siempre que esta fuera solicitada dentro de los treinta días posteriores a la fecha de celebración del matrimonio o de la unión convivencial. La administración del DSS informa al solicitante los requisitos exigidos para la procedencia de la afiliación conforme lo estipula la cláusula 23.2. Tienen igual derecho los hijos por adopción y los menores cuya guarda hubiera sido acordada al afiliado por acto judicial o administrativo con iguales obligaciones y derechos al titular de la responsabilidad parental, si hubieran sido afiliados dentro de los treinta días de la notificación del acto administrativo o resolución judicial que así lo dispusiera. Transcurrido este plazo, el inicio del goce de las prestaciones se rige por el artículo 23.3.

23.6: Los hijos de los afiliados titulares de afiliación obligatoria o facultativa, desde la fecha de solicitud de la afiliación si ésta se solicita dentro de los treinta días del nacimiento.

23.7: Cuando los afiliados voluntarios o los integrantes del grupo familiar soliciten su afiliación y acrediten estar cubiertos por otro sistema de salud que, a criterio del Departamento, otorgue un nivel de cobertura similar o superior al vigente del DSS y demuestre su afiliación durante los últimos 6 meses anteriores a la solicitud del ingreso, podrán hacerlo con un régimen especial de liberación de períodos de carencia, según sea su cobertura anterior.

23.8: En caso de patologías preexistentes de afiliados de afiliación facultativa, el ingreso es precedido del dictamen de Auditoría Médica y la determinación de un valor diferencial de la cuota por Departamento de los Servicios Sociales, cuyo importe es establecido en función del costo de la cobertura de las patologías y sus probables efectos sobre la solvencia financiera del Departamento para responder al cumplimiento de sus fines, calculados según las cuentas del ejercicio en curso y las proyecciones sobre las que corresponden al siguiente. El importe del valor diferencial no puede exceder de cinco cuotas básicas aplicadas al plan de mayor cobertura y se comunica al interesado quien debe manifestar en forma documentada su aceptación como condición para el ingreso como afiliado del Departamento.

Capítulo VI

Recursos del Departamento de Servicios Sociales

Artículo 24: Los recursos del Departamento de Servicios Sociales se integran con:

1. Los ordinarios:

1.1) El pago obligatorio mensual que deben cumplir los afiliados. Si por mediar un acto de órgano público se impusiera al DSS la incorporación o el reingreso a la afiliación a una persona mayor de cincuenta y un años, la Cámara I o la Comisión del Departamento *ad referendum* de aquella, puede fijar una cuantía de la cuota de afiliación diferente de la ordinaria que pondere la predisposición a mayor requerimiento de servicios y el valor promedio de las cuotas que, en el mercado, apliquen para casos similares las empresas que pagos periódicos bajo promesa de prestaciones médicas futuras.

1.2) El pago de las cantidades a cargo de los afiliados por diferencias entre el costo de la prestación y las alícuotas reconocidas por el Departamento.

1.3) El pago de complementos o adicionales para integrar fondos u otros modos de financiar prestaciones especiales por trasplantes de órganos, medicina de alta complejidad o costo de gran cuantía y coberturas obligatorias impuestas por la legislación nacional o local que pudieren comprometer la actividad prestacional del Departamento.

2. Los extraordinarios

2.1) Contribuciones transitorias con destino específico.

2.2) Intereses compensatorios y punitivos, multas, recargos, otros accesorios, por las rentas de las inversiones que realice y la venta de los bienes de su pertenencia.

2.3) Donaciones, legados y otros ingresos legítimos recibidos para el cumplimiento de los fines del Departamento.

Artículo 25: La cuantía del pago mensual obligatorio, de las diferencias por prestaciones y los complementos los establece la Comisión *ad referendum* de la Cámara primera o ésta por propia iniciativa. La tasa de interés y las contribuciones transitorias con destino específico las establece el Consejo Superior o la Cámara primera si aquél le hubiere delegado la atribución para hacerlo.

Capítulo VII
Prestaciones

Artículo 26: El Departamento otorga las prestaciones en los límites de este reglamento y de la capacidad económica financiera que la Comisión determina mediante acuerdos fundados de alcance general o para situaciones singulares.

Artículo 27: Las prestaciones son de:

- A.** Asistencia médica.
- B.** Asistencia bioquímica.
- C.** Asistencia en internación
- D.** Asistencia farmacéutica.
- E.** Asistencia odontológica.
- F.** Cobertura básica por discapacidad.
- G.** Cobertura por fertilización médicamente asistida.
- H.** Trasplantes e implantes
- I.** Alta complejidad médica y medicina de alto costo
- J.** Óptica
- K.** Asistencia por graves restricciones a la autonomía funcional
- L.** Subsidios familiares
- M.** Guardería
- N.** Becas.
- Ñ.** Servicio de sepelios.
- O.** Seguro de vida
- P.** Préstamos en dinero.
- Q.** Aquellas otras prestaciones que incorpore la Cámara primera a propuesta de la Comisión del Departamento.

Para obtener las prestaciones es requisito estar en ejercicio de los derechos de afiliación al momento de acontecer el hecho que da origen a la instancia del servicio y conservarlos mientras tiene lugar el otorgamiento de aquellas. La Comisión puede, de suspenderse o extinguirse la afiliación, prolongar la prestación en curso por resolución fundada en causas de emergencia y excepción. El beneficiario debe, en este caso, reembolsar al Departamento las erogaciones en el plazo y modalidad que la Comisión establezca.

Si el afiliado tuviere la cobertura de otro régimen asistencial, cualquiera fueren sus características, puede solicitar, en caso de ser asistido por ésta, el

reembolso de lo que hubiere pagado en concepto de coseguro por honorarios médicos y por gastos devengados de ese servicio que hubieran sido a su exclusiva cuenta. El Departamento reconoce y reintegra hasta un valor equivalente a los topes máximos previstos en este Reglamento y según el plan de cobertura al que estuviere adherido el afiliado.

El Departamento, en caso de múltiple afiliación, puede solicitar la participación de otro u otros regímenes de cobertura en las prestaciones requeridas al Departamento.

Si el efector del servicio no estuviere vinculado al Departamento por convenios de prestaciones, éste solo reintegra hasta la cantidad equivalente al valor reconocido en sus planes de servicios para la prestación de que se trate. Las diferencias que pudieren resultar entre el costo efectivo del servicio y el valor arancelario reconocido son a exclusivo cargo del afiliado.

A) Asistencia médica

Artículo 28: Las prestaciones médico asistenciales son aquellas incorporadas al Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatorias y las que agregue la Cámara primera a propuesta de la Comisión del Departamento.

A.1 Consultas

Artículo 29: El servicio se obtiene observando el procedimiento reglado por la Comisión. Las consultas a profesionales vinculados por convenios de prestación no devengan para el afiliado obligaciones de pagos a aquellos de adicionales, complementos ni diferencias. Estos pagos están prohibidos; el afiliado debe denunciar ante la Comisión del Departamento el hecho de la exigencia del profesional médico a hacerlo.

Artículo 30: La reiteración del servicio de consulta a un mismo profesional en el lapso de quince días se acuerda previa presentación de la historia clínica expedida por aquél y la opinión favorable de Auditoría médica.

A. 2 Diagnóstico y Tratamiento

Artículo 31: Los exámenes complementarios de diagnóstico y prácticas especializadas de tratamiento solicitados por prescripción médica se cubren previa opinión favorable de Auditoría Médica. La Comisión puede establecer prácticas médicas que no requieran la intervención anticipada de Auditoría Médica.

A. 3 Prácticas no nomenclassadas

Artículo 32: La cobertura de prácticas no incorporadas al Nomenclador Nacional de Prestaciones Médico Sanatorias requiere la opinión favorable de Auditoría Médica y la aprobación de la Comisión del DSS.

A. 4 Régimen integral de atención domiciliaria

Artículo 33: La atención médica domiciliaria y de enfermería a domicilio cubre casos de urgencia o emergencia que afecten a afiliados que han adherido a los servicios de emergencias médicas ofrecidos por el Departamento. Las prestaciones son ejecutadas por los profesionales médicos y el plantel de enfermeros pertenecientes a la organización con la que se hubiera contratado la cobertura. El afiliado debe acreditar su identidad y la afiliación por los medios establecidos y entregar la orden de atención médica o, en su caso, del servicio de enfermería.

A. 5 Prótesis y órtesis

Artículo 34: El Departamento, con ajuste al plan de prestaciones al que estuviera adherido el afiliado, presta cobertura de:

- a) Prótesis y órtesis traumatológicas.
- b) Alquiler de muletas, camas, sillas, trípodes, andadores, hasta el valor fijado por el Departamento por un máximo de noventa días.
- c) Audífonos y prótesis oculares
- e) Prótesis y dispositivos cardiovasculares y otros.

Los elementos mencionados se reconocen por provisión o reintegro con prescripción de profesional médico de la especialidad; ésta debe atestar el diagnóstico y antecedentes de la enfermedad. La Auditoría médica evalúa la petición y los antecedentes presentados; a éstos deben agregarse al menos dos presupuestos de los proveedores. Para la modalidad de reintegro debe presentarse constancia documentada de colocación del implante.

A. 6 Plan Materno Infantil

Artículo 35: La cobertura se otorga conforme las siguientes condiciones y con ajuste al plan de prestaciones al que hubiera adherido el afiliado:

- a) Para la atención de la embarazada se debe presentar certificado médico intervenido por el Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe indicando fecha de la última manifestación menstrual y fecha probable de parto. Para la asistencia del recién nacido éste debe estar afiliado al Departamento

dentro del plazo previsto en el artículo 23.6; a este fin se presentará ejemplar legalizado el acta de nacimiento.

b) La asistencia a la embarazada se cubre desde la gestación hasta los treinta días después del parto, incluyendo las prestaciones siguientes y con ajuste al plan de adhesión:

1. Consultas médicas
2. Ecografías
3. Internación, conforme a lo previsto en el artículo 50 del apartado C sobre asistencia sanatorial
4. Prácticas de laboratorio relacionadas con el embarazo
5. Medicamentos relacionados con el embarazo

c) La asistencia del recién nacido cubre desde el nacimiento hasta los doce meses de vida e incluye las siguientes prestaciones y con ajuste al plan de prestaciones aplicable:

1. Consultas médicas
2. Leche maternizada, dentro del período indicado en la historia clínica y de acuerdo a la prescripción médica, durante un plazo de tres meses y según los límites que establezca el Departamento. En el caso de leche medicamentosa, siempre que medie prescripción médica e historia clínica se reconoce el mismo porcentaje previsto en cada plan para medicamentos ambulatorios.

d) Está excluida la cobertura de la descendencia de los hijos del afiliado titular incorporados en calidad de adherentes.

A. 7 Fisiokinesioterapia

Artículo 36: El Departamento cubre servicios de fisiokinesioterapia por las prácticas establecidas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales. Se admiten cuando el tratamiento corresponde a enfermedades orgánicas y en todos los casos por orden médica previamente conformada por Auditoría Médica en la que conste el diagnóstico de la patología y la cantidad de sesiones necesarias; éstas no pueden superar las cinco sesiones por pedido.

En ningún caso se reconocen más de treinta sesiones en las condiciones precedentemente establecidas por año calendario. Los gastos por sesiones que superen el límite establecido son a exclusivo cargo del afiliado.

A. 8 Terapia Ocupacional

Artículo 37: Por patología específica y hasta un máximo de veinte sesiones por año calendario. Puede autorizarse hasta diez sesiones más por igual período si mediere pedido con presentación de historia clínica y contare con opinión favorable de Auditoría Médica.

A. 9 Fonoaudiología y Foniatría

Artículo 38: Para los casos de desórdenes de la voz, lenguaje, palabra y audición, el Departamento presta cobertura si mediere derivación del médico tratante. El afiliado debe presentar historia clínica en la que conste el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y duración estimada; Auditoría Médica dictamina sobre la procedencia de la cobertura. Se reconocen hasta treinta sesiones por año calendario.

A. 10 Programa de salud mental

Artículo 39: La cobertura se presta en las condiciones y con las modalidades siguientes:

a) Tratamiento de psicoterapia, hasta un máximo de veinte sesiones por año calendario. Se debe presentar historia clínica y plan de tratamiento. Si media opinión favorable de Auditoría Médica pueden autorizarse hasta diez sesiones más en el período. Los gastos por sesiones que superen el límite establecido son a exclusivo cargo del afiliado.

b) Tratamiento de psicopedagogía cuando se trate de patología específica y hasta un máximo de veinte sesiones por año calendario. Con presentación de historia clínica expedida por especialista y de mediar conformidad de Auditoría Médica, pueden autorizarse hasta diez sesiones más en el período.

A. 11 Tratamiento oncológico

Artículo 40: El Departamento cubre el tratamiento oncológico previa evaluación e informe favorable de Auditoría Médica sobre el protocolo de tratamiento prescripto. Comprende medicamentos, radioterapia, quimioterapia y cirugías oncológicas que se reconocen en los límites y condiciones establecidos en los planes de cobertura.

B. Asistencia bioquímica

Artículo 41: El Departamento cubre las prácticas de bioquímica. Reconoce una proporción de los aranceles estipulados con las asociaciones que agrupan a los profesionales de la disciplina y tuvieren facultad para acordarlos. El servicio se presta con ajuste a las modalidades del plan adoptado por el afiliado hasta un máximo de diez análisis por prescripción médica, cantidad que se puede ampliar acompañando al pedido historia clínica y previo informe favorable de Auditoría Médica. Con iguales requisitos los análisis prescritos pueden repetirse en plazos menores de noventa días

C. Asistencia en internación

C.1 Internación Sanatorial

Artículo 42: La cobertura de internación requiere la prescripción médica previa y comprende los servicios de pensión, unidad de terapia intensiva o intermedia, unidad coronaria y neonatología. La cobertura se extiende por treinta días por patología y por afiliados dentro de períodos de trescientos sesenta y cinco días,

Artículo 43: La pensión cubre el uso de habitación compartida o privada en las condiciones y límites previstos para cada plan. La internación de menores de hasta diez años incluye acompañante.

Artículo 44: La internación programada requiere de la orden o autorización del Departamento expedida a través del funcionario competente.

Artículo 45: La internación de urgencia obliga a solicitar del Departamento la autorización de la orden de internación dentro de los dos días hábiles contados a partir del siguiente al del ingreso. La solicitud puede instarse por persona que invoque hacerlo por el paciente, por vía telefónica, fax o correo electrónico.

Artículo 46: La prestación de internación con las modalidades y límites estipulados con los efectores sanatoriales, cubre los cargos por derechos sanatoriales y quirúrgicos, honorarios de cirujano, auxiliares y anestesistas; medicamentos, prácticas médicas y bioquímicas vinculadas con la patología y tratamiento del paciente internado. Es de aplicación a la cobertura la regla de ajuste al Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales y al plan al que el afiliado estuviera adherido.

Artículo 47: El afiliado debe satisfacer a su cargo exclusivo las diferencias entre el precio de la prestación y el valor reconocido por el régimen del Departamento, el material descartable de venta libre, los sustitutos del plasma,

alimentos especiales recetados, consumos libremente demandados por el afiliado que no integran el protocolo médico de la prestación e impuesto de sellos establecidos en la ley tributaria provincial.

C.2 Internación Domiciliaria

Artículo 48: La cobertura de internación domiciliaria requiere de la prescripción médica previa y del dictamen favorable de la Auditoría Médica del DSS fijando la extensión y alcance de la cobertura. Las prestaciones son ejecutadas por médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud pertenecientes a la organización con la que se hubiera contratado el servicio.

C.3 Cobertura de casos especiales

Artículo 49: Son casos especiales de cobertura de internación:

- a) Los estados oncológicos terminales (no quirúrgico) para los que se reconoce hasta un máximo de veinte días.
- b) Las prácticas quirúrgicas, con ajuste a las normas del Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatorias.
- c) Las prestaciones de psiquiatría para las que se reconoce hasta un máximo de quince días.
- d) Los partos normales en los que se reconoce hasta un máximo de dos días y por práctica de cesáreas un máximo de tres días.
- e) En terapia intensiva, neonatología, cuidados intensivos y unidad coronaria la cobertura alcanza a un máximo de siete días.
- f) En transfusiones de sangre con fines terapéuticos, medio día.

El Departamento puede autorizar internaciones de mayor extensión previa opinión favorable de Auditoría médica; el dictamen debe aconsejar la proporción de los gastos que serán cubiertos por aquél.

C.4 Maternidad

Artículo 50: El Departamento cubre la atención médica de la parturienta y del recién nacido durante el post parto con ajuste al plan de cobertura adoptado por el afiliado. El recién nacido recibe la cobertura de internación en neonatología y cuidados intermedios si la práctica contare con opinión favorable de Auditoría médica.

C.5 Anestesia

Artículo 51: El Departamento cubre la anestesia en prácticas quirúrgicas. Está excluida en casos de parto normal.

D. Asistencia farmacéutica

Artículo 52: El Departamento otorga prestaciones farmacéuticas con arreglo y en los límites de este reglamento, de las modalidades estipuladas con prestadores del servicio farmacéutico y del plan de servicios que hubiere adoptado el afiliado.

D. 1 Medicamentos ambulatorios

Artículo 53: La cobertura de medicamentos ambulatorios se otorga en las siguientes condiciones:

a) Correspondencia entre los medicamentos y la patología.

b) Los tratamientos farmacológicos prolongados requieren la presentación de la información médica exigida por el Departamento instrumentada en la fórmula aprobada por éste y previa comprobación y opinión favorable de Auditoría médica. El afiliado debe actualizar la información destinada a confirmar la prosecución del tratamiento en la forma y en el tiempo que el Departamento le requiera; el plazo para hacerlo no será menor de cinco días hábiles.

Artículo 54: Los afiliados pueden adquirir los medicamentos en las farmacias a las que el Departamento reconoce calidad de prestadores; aquellos solo abonan en ese acto la proporción del precio que establezca el Departamento. Las adquisiciones en farmacias con asiento fuera de la competencia territorial del Departamento son pagadas por el afiliado; éste puede solicitar el reintegro recibiendo la proporción que el Departamento reconoce a su cargo para medicamentos adquiridos en su propio ámbito.

Artículo 55: El Departamento reconoce hasta dos medicamentos por recetas observando las siguientes modalidades:

a) Solo se entrega un producto en envase de mayor contenido por receta.

b) Si la receta no especificare la cantidad, la farmacia dispensará el medicamento en el envase de menor contenido. De haber dudas sobre la cantidad, la farmacia entregará el envase de menor contenido.

c) Se reconoce un antibiótico inyectable multidosis por receta.

d) Los antibióticos orales (comprimidos, cápsulas, jarabes) se reconocen hasta dos envases chicos o uno grande, siempre que sea necesaria tal forma de prescripción.

e) La cantidad de envases se expresa en letras y números arábigos.

No se reconoce una cantidad de envases superior a las establecidas aún con el agregado de la expresión *tratamiento prolongado* o cualquier otra similar.

D.2 Drogas citostáticas y quimioterápicas

Artículo 56: El Departamento reconoce drogas citostáticas y quimioterápicas una vez que se de cumplimiento a la creación de la documentación médica y administrativa correspondiente y previo informe de Auditoría médica.

D.3 Vacunas

Artículo 57: El Departamento cubre, en la proporción establecida para cada plan, la dosis de vacunas a aplicar a menores de dieciséis años y a mayores de sesenta y cinco.

E. Asistencia odontológica

Artículo 58: El Departamento presta cobertura odontológica. El contenido de las prestaciones, los requisitos para obtenerlas y las modalidades del otorgamiento se establecen en el *Anexo II de Normas Odontológicas* que forma parte inescindible de este reglamento.

F. Cobertura básica por discapacidad

Artículo 59: El Departamento administra y aplica el régimen de prestaciones básicas por discapacidad establecido por el *Anexo I* que sobre la materia complementa este reglamento y forma parte inescindible de él.

G. Cobertura por fertilización médicamente asistida

Artículo 60: El Departamento otorga cobertura por fertilización médicamente asistida en la forma y con los límites establecidos en la resolución 3/2014 de la Cámara primera y en las que pudieren modificarla o sustituirla. El Departamento pondera con criterios de equidad las solicitudes de afiliados que no integren uniones matrimoniales o convivenciales.

H. Trasplantes e implantes

Artículo 61: El Departamento cubre las prácticas de trasplantes e implantes. Comprende prestaciones por estudios durante la etapa de pre trasplante, el

módulo quirúrgico de trasplante y el tratamiento y control de pos trasplante. La Comisión estipula con los prestadores la cuantía de la cobertura con ajuste a los valores ofrecidos por estos.

I. Alta complejidad médica y medicina de alto costo

Artículo 62: El Departamento puede cubrir prestaciones calificadas de *Alta complejidad Médica y de Medicina de alto costo*. La Comisión considera en cada caso la eficacia comprobada del tratamiento prescripto y la homologación por la autoridad sanitaria competente; la ausencia de riesgos de lesiones concomitantes, el parecer técnico de auditoría y las características de las prácticas que por su elevado costo pudieren causar un desequilibrio esencial en la economía particular del afiliado.

J. Óptica

Artículo 63: El Departamento cubre la prestación de elementos ópticos con el alcance y modalidad siguientes:

- a) La cobertura de los módulos establecidos por el Departamento de Servicios Sociales es del 100 % para el Plan General y del 60 % para el Plan Básico.
- b) La solicitud de reconocimiento de los módulos de óptica debe observar un intervalo de 24 meses contados desde el día siguiente al del último reintegro otorgado por el Departamento. El lapso no admite excepciones aun cuando hubiere mediado alteraciones en la graduación de las dioptrías, extravío o destrucción de los elementos.
- c) No se admite la cobertura simultánea de anteojos aéreos y lentes de contacto.

Artículo 64: El Departamento cubre cirugías refractivas solo para miopía, astigmatismo e hipermetropía según graduación y monto que se establezca en el plan de prestaciones. La solicitud de la prestación debe acompañarse de informe de oftalmólogo que ateste el vicio de refracción y graduación según refractometría. El servicio se acuerda en los límites que fije el plan de prestaciones al que estuviere adherido el afiliado.

K. Asistencia por graves restricciones a la autonomía funcional

Artículo 65: El Departamento reglamenta los servicios de asistencia a los afiliados afectados por graves restricciones a la autonomía funcional a causa de deterioro psicofísico por enfermedad o edad avanzada. Determina la progresividad de los servicios en razón de la demanda comprobada, el progreso terapéutico disponible, los recursos materiales y personales utilizables por el Departamento o que resulten de un mandato de autoridad de aplicación sanitaria.

L. Subsidios familiares

L. 1 Subsidio por matrimonio

Artículo 66: Tiene derecho al subsidio por matrimonio el afiliado titular que con una antigüedad mínima de afiliación continuada de seis meses contraiga matrimonio válido para la legislación argentina y lo acredite con copia auténtica del acta de matrimonio. Corresponde acordar el subsidio a ambos cónyuges si cada uno reúne los requisitos de la prestación.

L. 2 Subsidio por nacimiento

Artículo 67: Tiene derecho al subsidio por nacimiento el afiliado titular que cuente con una antigüedad mínima de afiliación continuada de seis meses anteriores al nacimiento de cada hijo. El beneficio se liquida al progenitor que tuviere mayor antigüedad de afiliación si ambos reunieren los requisitos de la prestación.

Artículo 68: El afiliado titular devenga el derecho al subsidio aún en caso de interrupción de la gestación por razones terapéuticas y nacimiento sin vida siempre que ellos acontezcan transcurridos ciento ochenta días desde la concepción. Corresponde al afiliado demostrar estos hechos del modo que establezca el Departamento.

L. 3 Subsidio por adopción

Artículo 69: Tiene derecho al subsidio por adopción el afiliado titular que adopte un menor de veintiún años no emancipado siempre que la antigüedad de afiliación no fuere inferior a seis meses inmediatos anteriores a la sentencia que la acuerda. La adopción se acredita con ejemplar autenticado de la sentencia. Si ambos adoptantes son afiliados al Departamento, el subsidio se liquida a favor del que tuviere mayor antigüedad de afiliación. La prestación se acuerda por cada hijo adoptado.

Artículo 70: El derecho a los subsidios familiares caducan si no se insta fehacientemente del pago dentro de los seis meses de acontecido el hecho que le da origen.

M. Guardería

Artículo 71: El Departamento otorga un subsidio para el servicio de guardería y jardín de infantes al afiliado que tuviere uno o más hijos, también afiliados, de una edad entre cuarenta y cinco días y cuatro años inclusive y no estén inscriptos en el nivel inicial de educación. Los establecimientos deben estar autorizados para funcionar con aquella cualidad. La Comisión puede admitir el servicio que presten establecimientos que, sin estar formalmente habilitados, reúnen los recaudos materiales para ello solo en circunstancias de emergencia y excepción y en localidades donde no hubiere centros reconocidos por la autoridad de aplicación.

Artículo 72: La información que contiene la solicitud debe afirmarse juradamente acompañándose atestaciones expedidas por la guardería o el jardín de infantes de la inscripción del menor y de que el establecimiento cuenta con autorización para funcionar o forma parte de una escuela pública o de gestión privada incorporada a la enseñanza pública. De acontecer las circunstancias previstas en la última parte del artículo 71 el interesado debe explicarlas y ofrecer información y documentos eficaces para que la Comisión las compruebe. Ésta puede requerir nuevos elementos de prueba y practicar inspecciones en el lugar.

Artículo 73: El subsidio consiste en una cantidad dineraria establecida por la Cámara a propuesta de la Comisión del Departamento y se liquida mensualmente a partir del mes en que ingresa la solicitud, de marzo a noviembre de cada año y contra la presentación por el afiliado de los comprobantes de pago del arancel que cobra el establecimiento. En ningún caso se liquida el subsidio por meses anteriores a la presentación de la solicitud.

N. Becas

Artículo 74: Los hijos de afiliados, hasta los dieciocho años de edad que fueren afiliados al Departamento y estuvieren en pleno ejercicio de esa calidad,

tienen derecho, desde el momento del fallecimiento del afiliado titular, a una beca de pago mensual, siempre que cursen regularmente, en la educación formal, el nivel inicial o la enseñanza media. La solicitud debe presentarse por el progenitor supérstite o por el tutor.

Artículo 75: A la solicitud se acompañará: a) partida de defunción, b) testimonio de nacimiento o de sentencia de adopción, c) certificado de la condición de alumno regular expedido por el establecimiento donde cursa los estudios.

Artículo 76: Para percibir la prestación los beneficiarios deben acreditar dentro del mes de comenzado cada año lectivo que se encuentran cursando regularmente los estudios en establecimientos públicos o de gestión privada incorporados a la enseñanza oficial. Dentro de los diez días de finalizado el año escolar, deben demostrar, por igual medio, haberlo cursado. En cualquier época del año escolar la Comisión del Departamento puede requerir la atestación que el becario esté cursando regularmente los estudios.

Artículo 77: Las becas se devengan desde la fecha de la solicitud. El monto se fija en una cantidad por hijo y se liquida a partir del quinto día de cada mes por adelantado. El beneficio rige entre el 1 de marzo al 30 de noviembre de cada año. En marzo se abona un importe complementario que el Departamento fija periódicamente.

Ñ. Servicio de sepelios

Artículo 78: El Departamento cubre el servicio de sepelio de los afiliados. La prestación se acuerda con la modalidad y en los límites de los convenios celebrados con empresas de servicios de sepelio o con asociaciones de éstas facultadas para hacerlo. Para obtener el servicio debe presentarse ante el prestador la credencial de afiliación y constancia del pago de la cuota mensual del mes anterior al de la utilización del servicio. La certificación expedida por el Departamento que ateste que el afiliado fallecido estaba en pleno ejercicio de sus derechos sustituye aquella documentación.

Artículo 79: El servicio se presta de ocurrir el nacimiento sin vida. De acontecer el fallecimiento dentro de los cinco días del nacimiento el servicio se presta aun si el recién nacido no hubiera sido afiliado. La Comisión establece la contribución que en estos casos corresponde al afiliado titular.

Artículo 80: De emplear para el servicio las prestaciones de otro financiador, el afiliado o sus familiares pueden presentar para reintegro los comprobantes de los gastos funerarios que hubieren estado a su cargo los que le serán reembolsados hasta el tope que establezca el DSS.

O. Seguro de vida

Artículo 81: En caso de fallecimiento de afiliados titulares de ambas categorías, el Departamento otorga un beneficio económico a quienes se designa beneficiarios de éste. Con esa finalidad el Departamento opta por: a) contratar pólizas colectivas con compañías de seguro de comprobada solidez financiera y alta calificación; b) crear un régimen de características normativas, financieras y técnicas apropiadas para acordar la prestación y, mediante una prudente reserva, la persistencia del servicio. Si el ejercicio de la opción importare alterar el modo vigente, la Comisión expide el acto y lo comunica a la Cámara para su tratamiento, debiendo las autoridades intervinientes asegurar que no acontezcan intervalos sin cobertura. Si los afiliados no hubieren designado beneficiarios o éstos hubiesen fallecido al ocurrir la muerte de aquellos, adquieren la prestación las personas a las que les correspondería la pensión por fallecimiento que acuerda la Caja de Seguridad Social para Profesionales en Ciencias Económicas sin las limitaciones de edad establecida por el presente régimen. El beneficio sólo se liquida y paga si el causante no fuere deudor del Departamento cualquiera sea la causa de la obligación aunque a la fecha del deceso aquella no hubiere sido exigible.

P. Préstamos en dinero

Artículo 82: El Departamento otorga a los afiliados mutuos en dinero. El régimen de los empréstitos, cantidad prestable, modalidades, intereses y fianzas se establecen en la resolución que a esos fines dicta la Cámara.

Capítulo VIII

Exclusiones

Artículo 83: El Departamento de Servicios Sociales no cubre:

83.1: Los servicios recibidos por el afiliado o su grupo familiar en períodos de carencia y de suspensión de cobertura aun cuando la causa de aquellos

correspondiere a patologías manifestadas en tiempo en que estuvieren habilitados para el goce de los beneficios.

83.2: Las cantidades que excedan el monto de los módulos o límites de cobertura establecidos para la prestación. Si el Departamento cancelare el valor total de ésta, el afiliado debe reembolsar la diferencia que resulte en el plazo y modalidad dispuestos por la Comisión.

83.3: Las manifestaciones agudas o crónicas de los hábitos patológicos de intoxicación con alcohol, tabaco o estupefaciente o por ingesta de medicamentos u otras sustancias en dosis no recetadas por médico habilitado; las secuelas psicofísicas inmediatas o remotas del intento de suicidio, las lesiones inflingidas a sí mismo aún en estado de inconsciencia y sus derivaciones psicofísicas.

83.4: Las lesiones psicofísicas causadas por catástrofes y epidemias; las padecidas en ocasión de participar en actos de guerra, revoluciones, tumultos, manifestaciones o confrontaciones sociales y, cualquiera fuere el grado de participación o relevancia de la pena, en delitos dolosos.

82.5: Las lesiones psicofísicas padecidas en ocasión de participar en calidad profesional o amateur de competencias deportivas de cualquier característica y riesgo que pudieren entrañar que, a título de ejemplo, se enuncian: automovilismo en cualquiera de sus formas, categorías o especialidades, motociclismo, motonáutica, paracaidismo, aladeltismo, buceo, caza submarina, acrobacia aérea, volovelismo y similares y las sufridas en ocasión de demostrar individual o colectivamente destreza, pericia o resistencia física.

83.6: Las internaciones geriátricas o por senilidad.

83.7: Los tratamientos denominados de reposo, de rejuvenecimiento, de celuloterapia y cosmetología; las cirugías plásticas, estéticas o de embellecimiento, salvo que la Comisión, en base a informes médicos y la opinión de Auditoría admita calificarlas de reparadoras.

83.8: Tratamientos, cirugías, estudios genéticos, tratamientos alternativos u otras prácticas y medicamentos que estuvieren en etapa experimental sin homologación científica por entidades médicas reconocidas (sociedades médicas, Academia Nacional de Medicina) ni por organismos públicos competentes para ello.

83.9: Internación clínica para estudios, diagnósticos o tratamientos que pueden practicarse de modo ambulatorio o en el domicilio del afiliado.

83.10: Las internaciones clínicas o quirúrgicas por el tiempo que excede el alta médica o el que demande una correcta atención de la patología a juicio fundado y escrito de la Auditoría médica del Departamento.

83.11: En las coberturas por internación, los gastos de acompañantes, la pensión en unidad de terapia intensiva como prevención post quirúrgica de rutina, las derivadas de intervenciones quirúrgicas en consultorio externo, por intervenciones o prácticas ilegales, para controles y exámenes médicos de rutina.

83.12: La cobertura de la descendencia de los hijos del afiliado titular que estuvieren incorporados al régimen del DSS en calidad de adherentes.

83.13: Los materiales descartables, sustitutos de plasma, alimento en forma de específico, gastos sanatoriales extras, impuestos y tasas que graven la prestación y estuvieran a cargo del paciente.

83.14: Los medicamentos que formen parte de la lista de medicamentos excluidos confeccionada por el Departamento

83.15: Las prestaciones no incluidas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales salvo que fueren homologadas a prestaciones del Nomenclador o incorporadas a los programas de cobertura del Departamento.

Capítulo IX

Administración del Departamento de Servicios Sociales

Artículo 84: La administración del Departamento de Servicios Sociales es ejercida por una Comisión compuesta por seis miembros titulares designados por la Cámara primera; dos de ellos deben ser consejeros titulares. La Cámara primera también denomina igual número de suplentes de titulares de la Comisión y, entre los miembros consejeros, quienes ejercen las funciones de presidente y vicepresidente de ésta.

Artículo 85: La Comisión se reúne, al menos, una vez al mes y sesiona válidamente con la presencia de más de la mitad de sus miembros titulares.

Las decisiones son adoptadas a simple pluralidad de votos de los miembros titulares presentes; en caso de empate el presidente vota nuevamente.

Artículo 86: El presidente convoca a sesiones de la Comisión y elabora el orden del día. Las citaciones deben despacharse con tres días hábiles de anticipación. La Comisión puede disponer que la comunicación se practique por medios electrónicos o informáticos. El plazo se reduce a un tercio del ordinario si el presidente considerara que la celebración de la reunión es urgente.

Artículo 87: Los suplentes, en el orden de su designación, reemplazan a los miembros titulares en casos de ausencia de más de treinta días cualquiera fuere el motivo, enfermedad que impida la asistencia a las sesiones, incapacidad psicofísica sobreviviente, fallecimiento, exclusión o renuncia. El reemplazo es operativo desde que acontece el supuesto reglamentario sin necesidad de declaración o trámite previo. Los suplentes son citados a reunión del mismo modo que a los titulares; de asistir lo hacen con derecho a voz pero sin voto.

Artículo 88: La ausencia de los miembros titulares sin dar aviso previo ni justificación a tres reuniones consecutivas o cinco alternadas en el año calendario es causa de exclusión. La Cámara dispone sobre exclusión de los miembros de la Comisión, a este fin debe incluirse en el orden del día de la reunión de la Comisión y el miembro titular involucrado ser invitado a exponer su descargo, por escrito, antes de la reunión o en el transcurso de ésta; copia de lo actuado debe remitirse a la Cámara.

Artículo 89: Corresponde a la Comisión:

- a) Aplicar e interpretar el reglamento del Departamento de los Servicios Sociales.

- b) Elevar a la Cámara la reseña anual de las actividades del Departamento y el presupuesto para el año siguiente.

- c) Celebrar *ad referendum* de la Cámara convenios de prestaciones y elevarlos a consideración de ésta dentro del quinto día de haberlos otorgado. En los límites de su competencia puede celebrar convenios de colaboración, información o reciprocidad con otras obras sociales de profesionales u organismos públicos con competencia en la promoción, prevención y reparación de la salud.

d) Incorporar y reglamentar *ad referendum* de la Cámara nuevas prestaciones. En todos los casos debe exponer las previsiones presupuestarias destinadas al financiamiento del servicio creado,

e) Proyectar la inversión de los recursos y elevar el documento a la Cámara.

f) Administrar los bienes del Departamento de los Servicios Sociales, controlar el cumplimiento de las obligaciones de los afiliados y adoptar las medidas necesarias para obtenerlo.

g) Proponer a la Cámara la incorporación, promoción o cese del personal dependiente, de auditores y asesores; aconsejar la remuneración, las modalidades de trabajo y controlar el cumplimiento de las prestaciones laborales y el servicio profesional contratado.

h) Proponer a la Cámara Primera modificaciones en la estructura del sistema, de las cuotas mensuales, de los planes de prestaciones de promoción, prevención y reparación de la salud, de categorías de afiliación, nuevas prestaciones e informar a la Cámara Primera aquellas situaciones que pudieren afectar en el presente o en el futuro mediano el cumplimiento de las prestaciones de los servicios.

i) Conceder o rechazar prestaciones.

j) Resolver los recursos de reposición interpuestos contra sus decisiones y admitir o denegar la apelación ante la Cámara primera.

k) Resolver sobre casos no previstos en el reglamento y dictar reglamentos de ejecución.

Artículo 90: Las resoluciones de la Comisión denegando prestaciones son recurribles con revocatoria y apelación ante la Cámara. La reposición debe interponerse junto con la apelación por escrito dentro de los diez días de la notificación. Ambos recursos deben estar fundados. Si la Comisión rechazare la revocatoria, el recurrente tendrá cinco días contados desde el siguiente al de la notificación para ampliar los fundamentos de la apelación. El procedimiento de revisión culmina con la resolución de la Cámara.

Capítulo X

Régimen disciplinario

Artículo 91: Los afiliados al Departamento de Servicios Sociales que incurran en violación del reglamento y de las resoluciones que dicte la Cámara y la Comisión son sancionados con penas de: a) Advertencia, b) Amonestación privada, c) Apercibimiento público, d) Suspensión de la afiliación de un mes a un año con obligación de pago de las cuotas mensuales y e) Cancelación de la afiliación facultativa.

Artículo 92: Las cuestiones disciplinarias son sustanciadas por la Comisión de Ética y Disciplina de la Cámara primera con ajuste al procedimiento de las Normas de Aplicación de Sanciones Disciplinarias. A este fin la Comisión eleva a la Cámara los antecedentes con sucinto informe y los documentos relacionados al caso.

Artículo 93: De disponerse la cancelación de afiliación no podrá solicitarse la reinscripción sino pasados cinco años de la fecha en que quedó firme la resolución que la ordenó.

Capítulo XI

Disposiciones Generales

Artículo 94: Los plazos son de días corridos, salvo que expresamente se disponga que sean de días hábiles.

Artículo 95: El Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas refiere al de la Superintendencia del Seguro de Salud o de la dependencia que lo suceda.

Artículo 96: Este reglamento rige a partir de los 180 días desde el siguiente al de su sanción. El apartado 3.2 del Capítulo II se aplica a los afiliados que obtuvieren las prestaciones de seguridad social y cancelaren la matrícula con posterioridad al comienzo de vigencia de este reglamento. El Departamento difunde el reglamento a través de los medios habituales empleados por la Cámara para comunicación a los matriculados.

Artículo 97: Este reglamento sustituye al aprobado por la Cámara primera mediante resolución 5/2004 la que se deroga. La derogación alcanza a todo acto o norma reglamentaria que fueren incompatibles con las de este reglamento.

