

CASA SISTEMA ASISTENCIAL

SISTEMA ASISTENCIAL DE LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL PARA ABOGADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

REGLAMENTO DEL BENEFICIO

REGLAMENTO DEL BENEFICIO

1. El Sistema Asistencial de la Caja de Previsión Social para Abogados de la Provincia de Buenos Aires, en adelante **C.A.S.A.**, se constituye como uno de los beneficios que otorga la Caja de Abogados a sus afiliados en virtud de los arts. 12 inc. "c" y 30 de la Ley 6716 (t.o. Dec. 4771/95). La solicitud de adhesión a C.A.S.A. es voluntaria, debiendo reunir el solicitante todos los requisitos establecidos por el Directorio de la Caja para obtener su aceptación.

2. El presente Reglamento establece las condiciones del beneficio y lineamientos generales de cobertura por Plan, que, junto con los Anexos: "Cobertura", "Cartilla de Prestadores", "Guía de Servicios (trámites y condiciones de acceso prestacional)", y "Esquema de cuotas por rango etareo" del plan elegido por el titular, constituyen las normas afiliatorias y de utilización del servicio que rigen la relación entre CASA y el afiliado. Así también se establecen los alcances y condiciones de acceso de los diferentes subsidios asistenciales de salud que otorga la Caja de Previsión Social para Abogados de la Provincia de Buenos Aires.

3. Beneficiarios

3.1. Directo: Titular a) Es el Abogado o Procurador con matrícula activa en los Colegios de Abogados de la Provincia de Buenos Aires y/o el Colegio Público de Abogados de Capital Federal o con matrícula suspendida por incompatibilidad. b) Jubilados, pensionados, empleados de la Caja, de los Colegios de Abogados Departamentales y del Colegio de Abogados de la Provincia de Buenos Aires.

3.2. Indirectos: Grupo familiar primario: a) Cónyuge o conviviente en aparente matrimonio con el titular; b) Hijos solteros menores de 21 años, hijos no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral; c) Hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular y que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente; d) Hijos incapacitados declarados en juicio, discapacitados con certificado vigente y, en ambos casos, a cargo del afiliado titular; e) Los hijos menores del cónyuge o conviviente que cohabite con el titular y en las mismas condiciones que los hijos del titular (en los casos que sus padres biológicos no cuenten con sistema de salud obligatorio). Su afiliación mantendrá siempre y cuando el/la cónyuge o conviviente mantenga su afiliación a C.A.S.A.; f) Menores cuya guarda o tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa; g) Solo se permitirá al titular la incorporación a su plan en calidad de cónyuge/conviviente a una sola persona.

3.3. Indirectos: Familiares a cargo: a) Padres del titular bajo amparo económico del titular y que no cuenten con cobertura de salud obligatoria; b) Hijo mayor del titular no incluido en los inc. c) y d) pto. 3.2. del presente artículo, que manifieste su voluntad de continuar su permanencia dentro del sistema. En este caso podrá continuar su afiliación y en el mismo tipo de plan que registre el titular. En los casos que este último sea beneficiario de un plan discontinuado (por ejemplo Plan Integral) el hijo mayor deberá optar por los planes MED o PLUS o aquellos que los sustituyeren; c) Cónyuge o conviviente del hijo del titular; d) Nietos del

titular nacidos en el sistema o cuando se encuentren bajo su amparo económico y no sea beneficiario de otro régimen de salud obligatorio.

3.4. La convivencia en aparente matrimonio y lo establecido en los incisos c) d) e) f) art. 3.2. e inc. "c" art. 3.3. , deberán acreditarse conforme la documentación e información sumaria u otro medio de prueba que establezca el Directorio.

3.5. Los beneficiarios de pensión, que se constituyan titulares del plan, no podrán solicitar la incorporación de personas al grupo familiar primario o familiares a cargo.

4. Ingreso. Condiciones. Aprobación.

4.1. El ingreso deberá ser solicitado por el aspirante a beneficiario Titular, debiendo completar y suscribir, en forma personal, la "Solicitud de Afiliación" y "Declaración Jurada de Antecedentes de Salud" sobre él y cada integrante del grupo familiar que pretenda afiliar. Ambos documentos poseen el carácter de declaración jurada.

4.2. El ocultamiento, reticencia, inexactitud, falacia o divergencia con la realidad de la información suministrada por el aspirante en la/las "Declaración Jurada de Antecedentes de Salud", constituye la falsedad de la/s misma/s, generando sin más el derecho resolutorio y/o nulidad del beneficio otorgado, tanto para el titular como para todo su grupo familiar.

4.3. El titular es personalmente responsable por la información suministrada en la/las "Declaración Jurada de Antecedentes de Salud" y en la/s "Solicitud de Afiliación", tanto suya como las de cada uno de los integrantes de su grupo familiar.

4.4. En el caso que así lo considere la Auditoría Médica C.A.S.A., el aspirante aportará, a su exclusivo cargo, historia clínica actualizada, documentación relacionada a patologías y/o antecedentes denunciados.

4.5. La condición de beneficiario se adquiere a partir del momento en que C.A.S.A. acepta la solicitud de afiliación, el aspirante suscriba el presente reglamento, cancele la primera cuota afiliatoria y se le haga entrega de la/s credencial/es correspondiente/s.

5. Cuota. Condiciones generales

5.1. El titular es responsable del pago de las cuotas mensuales del plan al cual se encuentra adherido y copagos generados por la utilización de las prestaciones, tanto de éste como de su grupo familiar primario y a su cargo. El afiliado deberá abonarla en forma íntegra, por mes adelantado, en los lugares y por los medios habilitados a tal efecto. C.A.S.A. no aceptará pagos parciales de cuotas.

5.2. La cuota es por mes calendario y no es aplicable su cálculo proporcional ya sea por fecha de alta o baja del beneficiario.

5.3. El vencimiento opera el día 1° de cada mes, disponiéndose de un plazo de gracia para hacerlo efectivo hasta el día 10 del mes correspondiente o día hábil anterior.

5.4. Los pagos posteriores sufrirán un recargo diario desde el día 1° de cada mes, en concepto de intereses moratorios, de acuerdo a la tasa que establezca el Directorio de la Caja.

5.5. El pago de las cuotas se efectivizará en las delegaciones de la Caja u otros lugares y medios de pago ofrecidos a dicho fin.

5.6. El pago a través de débito directo en cuenta bancaria se hará efectivo en el primer vencimiento del plazo de gracia que figura en el resumen de cuenta. Es responsabilidad del

afiliado contar con fondos suficientes para ello y constatar el éxito de la transacción de esta modalidad de pago, como de otras modalidades de pago electrónico.

5.7. En caso de no perfeccionarse el débito o no registrarse cancelación de la cuota, sin importar el motivo, deberá cancelar la misma por cualquiera de los otros medios de pagos ofrecidos por la Institución en esta instancia.

5.8. Los pagos realizados, en todos los casos, se imputarán a la deuda mas antigua que el titular registre en C.A.S.A.

5.9. La composición del valor de la cuota se diferencia según categorías de los integrantes, edad y antecedentes médicos declarados.

5.10. La cuota mensual se modificará automáticamente en función de las altas o bajas de familiares y cuando algún miembro del grupo cumpla los 21, 31, 46 o 66 años de edad según corresponda. Variación de valor de cuota por edad que debidamente se informa al ingresante en el Anexo "Esquema de cuotas por rango etareo".

5.11. Se excepcionará del incremento estipulado en el pto. 5.10. a aquellos beneficiarios que al cumplir los 66 años de edad posean una antigüedad continua e ininterrumpida de al menos diez (10) años como afiliado a C.A.S.A. Para la aplicación de esta excepción no se computará la antigüedad en otros agentes de salud.

5.12. Los incrementos de cuota respetarán los alcances que la Autoridad de aplicación autorice.

5.13. C.A.S.A. liquidará mensualmente al 100% las cuotas técnicas, diferenciales por preexistencias médicas, co-pagos y demás conceptos que genere la adhesión al sistema de aquel profesional activo incluido en el Régimen de Abogados Discapacitados o ex-combatiente de la guerra de Malvinas y su grupo familiar primario en ambos casos; sin perjuicio de los subsidios que por dichos conceptos se encuentran a cargo de la Caja.

5.14. Mora: a) Registrándose la falta de pago de al menos una cuota, el afiliado será considerado en mora. b) El beneficiario no podrá hacer uso del servicio con cargo a C.A.S.A., hasta tanto se encuentre cancelada/s toda/s la/s cuota/s vencida/s mas sus intereses y recargos.

5.15. Baja afiliatoria por mora: Cuando se registre la falta de pago de tres cuotas, C.A.S.A. intimará al titular la cancelación de las sumas adeudadas, en su último domicilio postal denunciado. C.A.S.A. otorgará para ello un plazo de DIEZ (10) días hábiles desde su notificación; vencido el mismo sin que se registre el pago total de la deuda, se procederá sin más a su desafiliación y la de su grupo familiar, en su caso. El afiliado dado de baja debe cancelar los tres meses adeudados, aunque no haya hecho uso de servicios.

5.16. Uso indebido de servicios para afiliados dados de baja: Las prestaciones de afiliados que hubiesen sido facturadas a CASA durante el período de mora y/o posteriores a su baja por otro motivo, serán a exclusivo cargo del titular del plan. La Caja se encuentra facultada para reclamar la deuda por dicho concepto por vía extrajudicial o judicial, asimismo percibir las sumas adeudadas mediante la deducción sobre cualquier otro beneficio o prestación que corresponda al beneficiario directo, derecho habientes o convivientes.

6. Subsidio de la cuota afiliatoria para Jubilados y Pensionados:

La Caja de Abogados instituye y financia un subsidio a favor de los afiliados al Sistema Asistencial

C.A.S.A. que a la fecha de la efectivización del beneficio jubilatorio manifiesten su decisión de continuar adheridos al sistema, conforme los alcances de las Resoluciones de Directorio de fecha 15/07/11 B.O. 26645 04/08/11 21/10/11 B.O. 26708 03/11/11 cc. y modif.

7. Uso del beneficio:

7.1. a) Los beneficios del plan de cobertura se rigen de conformidad al presente Reglamento y los Anexos: : "Cobertura", "Cartilla de Prestadores", "Guía de Servicios (trámites y condiciones de acceso prestacional)". **b)** Toda cobertura no incluida en el Plan, será a exclusivo cargo del beneficiario; en igual sentido la contratación por parte de éste, de Instituciones y/o Profesionales no incluidas en la cartilla de prestadores.

7.2. Para hacer uso del Sistema Asistencial, los beneficiarios se obligan a respetar las normas incluidas en la reglamentación vigente y sus Anexos los cuales C.A.S.A. informa al beneficiario y actualiza a través de su página web www.casa.org.ar. Así también el afiliado acepta expresamente el control de la Auditoría Médica y Odontológica de C.A.S.A.

7.3. En todos los casos la cobertura correspondiente al Plan, será brindada por prestadores con los cuales existe una relación contractual directa y/o Acuerdo de Aranceles; y, con convenio vigente para la prestación requerida.

7.4. No podrán hacer uso de la cobertura C.A.S.A. el afiliado que registre deuda con la misma.

7.5. La utilización indebida de los servicios con posterioridad a la baja hará pasible al titular de las sanciones civiles y penales que correspondieren, sin perjuicio de estar obligado a la restitución del costo de aquellos mas sus intereses.

8. Bajas o pérdida de condición afiliatoria.

El carácter de beneficiario cesará por:

8.1. Renuncia fehaciente comunicada por el titular, la cual será operativa el último día del mes de su presentación. El titular deberá solicitarla por escrito y se perfecciona con la devolución de la/s credencial/les y la cancelación de cuotas pendientes de pago o cualquier otra deuda que tuvieran con C.A.S.A.

8.2. Fallecimiento del beneficiario.

8.3. Fallecimiento del titular: a) En caso de fallecimiento del titular se mantendrán en el Sistema, con uso de credencial y, derechos y obligaciones inherentes a los afiliados; los beneficiarios de pensión los cuales quedarán como principales obligados del pago de las cuotas. b) En el caso de no ser beneficiarios de pensión, mantendrán su afiliación al Sistema aquellos registrados en el Plan de revista dentro del grupo familiar y que manifiesten su voluntad dentro de los 60 días del óbito del causante. Continuarán dentro del beneficio siempre y cuando no cuenten con cobertura de salud obligatoria; c) Las personas comprendidas en los incisos a) y b), en el caso de permanecer en C.A.S.A., deberán elegir entre los planes BAS, MED o PLUS y/o los que en el futuro pudieran implementarse.

8.4. Baja dispuesta por C.A.S.A. ante la falta de pago de 3 cuotas o importes menores por dicho u otros conceptos que en total superen el valor de las mismas, operando a partir del cuarto mes.

8.5. Suspensión de matrícula profesional, a excepción de la otorgada por Incompatibilidad legal.

8.6. Falseamiento y/o reticencia de información en la "Declaración Jurada de Antecedentes de

Salud".

8.7. La pérdida de algunos de los requisitos exigidos para la afiliación determinados en el ptos. 3.1, 3.2. y 3.3., obliga al titular al cumplimiento del pto. 11.1 del presente.

8.8. Por infracción a las normas dispuestas en el presente Reglamento.

9. Cobertura

9.1. C.A.S.A. se obliga a dar cobertura de aquellas prestaciones contempladas expresamente en Plan elegido por el beneficiario y que se detallan en el Anexo "Cobertura" publicado en la página web citada en el pto. 7.2 del presente Reglamento. El acceso progresivo a coberturas solo se establecerá a prestaciones sanitarias superadoras o complementarias al Programa Medico Obligatorio (Resolución Ministerio de Salud de la Nación 201/2002 y normas modificatorias) el cual es una de las normativas referentes de C.A.S.A. para delinear su menú prestacional. Los tiempos de espera de acceso de estas coberturas superadoras o complementarias son informadas en el Anexo respectivo.

9.2. Las actualizaciones de prestaciones, prestadores, alcances y modalidad de cobertura, como su accesibilidad, se tendrán por debidamente informadas y notificadas al beneficiario una vez publicadas en la Página Web de CASA, que figura en el pto. 7.2.-

9.3. Exclusiones generales: Sin perjuicio de los límites de cobertura propios de cada Plan, quedan expresamente excluidas de la cobertura de C.A.S.A.: **a)** La cirugía y cualquier otra práctica con fines estéticos o cosméticos y sus complicaciones, salvo y en los únicos casos que expresamente se encuentren reglamentadas, siempre con previa autorización de la Auditoría Médica; **b)** Prácticas ilegales y sus secuelas; **c)** Los casos cubiertos por convenios colectivos de trabajo, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, salvo que el beneficiario subrogare expresamente su derecho a favor de la Caja, hasta el monto de la misma; **d)** Los gastos de acompañante en internación hospitalaria o domiciliarios, extras y otras comodidades especiales ajenas a la atención estrictamente médica; **e)** Geriátricos; **f)** Todo daño producido por delitos imputables al beneficiario, tales como lesiones en riña u otros previstos por la ley; **g)** Tratamientos de rejuvenecimiento, cosmetologías y podologías; **h)** Objetos para el confort personal tales como aparatos de radio, televisión, servicios de peluquería o belleza, alquiler o compra de acondicionadores de aires, equipos para ejercicios o aparatos similares; **i)** Cualquier prestación recibida con anterioridad a la fecha del otorgamiento del beneficios asistencial C.A.S.A. al afiliado; **j)** Cualquier tratamiento, operación, servicio o suministro y sus consecuencias que: sea experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, incluyendo cualquier procedimiento, equipo, medicamento, uso de medicamento o dispositivo. Como asimismo drogas o medicamentos no aprobados por el Ministerio de Salud y/o Autoridad de Aplicación que lo remplace. Medicamentos importados, de venta libre, homeopáticos, cosmetológicos o recetas magistrales; **k)** Gastos extras, dentro o fuera de la internación (acompañantes, enfermería, pañales, etc.), salvo en aquellos casos que, previo a su uso o consumo, expresamente haya autorizado la Auditoría Médica y desde la fecha que ella indique; **l)** Traslados sanitarios desde el exterior del país; **m)** Toda práctica no autorizadas por C.A.S.A. cuando así lo requiriere.

9.4. Cobertura de prótesis y ortesis: **a)** C.A.S.A. brindará cobertura del 100% en material de osteosíntesis y prótesis de colocación interna permanente de origen nacional por provisión

directa. Asimismo brindará cobertura en ortesis según plan; **b)** Sólo se admitirá material de osteosíntesis y prótesis de origen importado cuando no exista su equivalente nacional conforme criterio fundado de la Auditoría Médica; **d)** No se otorgará cobertura de prótesis miogénicas o bioeléctricas; como tampoco aquellas que posean finalidad estética; **e)** En todos los casos el beneficiario presentará orden médica para su autorización previa, la que debe ser prescripta por nombre genérico, sin aceptarse sugerencias de marcas, proveedores o especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto; **f)** El beneficiario deberá respetar la modalidad de acceso a la cobertura conforme se detalla en el Anexo respectivo.

9.5. Reintegros: **a)** C.A.S.A. solo ofrecerá en los Planes Integral, Plus, Jubilados y Pensionados y Bayres 4001cobertura por la vía de reintegro y a valores C.A.S.A., solo en los casos y condiciones detallados en el Anexo "Guía de Servicios (trámites y condiciones de acceso prestacional)". Sin perjuicio que, dicha modalidad de cobertura, exista para prestaciones específicas según Plan; **b) Coseguro:** C.A.S.A. podrá actuar como COSEGURO en aquellos casos en que el beneficiario haya demandado cobertura a otro agente de salud y efectivamente otorgada por éste. En dichas situaciones C.A.S.A. cubrirá la diferencia de los montos no cubiertos por el agente de salud al que haya acudido en primera instancia, siempre hasta los valores establecidos según plan, previa autorización de la Auditoría Médica. La modalidad de cobertura será por la vía del reintegro.

9.6. Coberturas subsidiadas por la Caja: Los afiliados al Sistema Asistencial, que al 1º de junio de cada año no hayan cumplimentado la cuota mínima anual obligatoria correspondiente al año anterior, serán suspendidos en el goce de los Subsidios Asistenciales que le pudiera corresponder según su plan de revista.

10. Reafiliación

10.1. Cuando un ex beneficiario solicite su reafiliación al Sistema, la aceptación de la misma quedará supeditada a la aprobación por parte de C.A.S.A.

10.2. No procederá la reafiliación de un aspirante cuando: **a)** registre deudas pendientes con C.A.S.A. o la Caja, hasta tanto no fuere totalmente canceladas; **b)** haya sido dado de baja por infracción al presente Reglamento; **c)** haya solicitado su baja dentro de los primeros 18 meses de su anterior afiliación y ésta lo haya sido con valor diferencial de cuota por preexistencias médicas declarados.

10.3. Si el afiliado y/o cualquier miembro de su grupo familiar haya realizado denuncias infundadas contra C.A.S.A. y/o la Caja en organismos públicos nacionales, provinciales o municipales o accionado judicialmente contra C.A.S.A., la solicitud deberá ser aprobada expresamente por el Directorio de la Caja.

11. Disposiciones generales

11.1. El titular está obligado a denunciar ante CASA, dentro de los 30 días de acaecimiento del hecho, toda pérdida de requisitos enunciados en los ptos. 3.1; 3.2; 3.3 y/o cambio/s en su grupo familiar (divorcio, separaciones de hecho, pérdida de convivencia, fallecimientos, mayoría de edad, afiliaciones obligatorias a otros sistemas de salud de titular y/o su grupo familiar, pérdida de condición de alumno regular, etc.). Los usos facturados a C.A.S.A.

posteriores a dicho plazo se considerarán como "indebidos" aplicándose el pto. 7.5 del presente Reglamento.

11.2. Credenciales: a) Al momento de admitirse la afiliación, se le entregará al beneficiario una credencial identificatoria provisoria la que deberá presentar ante los prestadores cada vez que requiera la utilización de servicios contemplados en su plan, hasta tanto se haga entrega de la credencial definitiva la cual tiene su vigencia impresa en el frente de la misma. Queda prohibido al titular y su grupo familiar solicitar o recibir cobertura a cargo de C.A.S.A. cuando su credencial se encuentre vencida; b) La Credencial es de uso personal e intransferible y su facilitación a terceras personas serán motivos de sanción por parte del Directorio; c) En caso de robo, hurto o extravío, deberá dar aviso fehaciente a C.A.S.A. Cuando el titular no presente la denuncia policial por hurto o robo o en el caso de extravío, el beneficiario deberá abonará la suma correspondiente al 50% de un Jus Previsional por cada nueva credencial que se emita, dicho monto le será facturada en su Resumen de Cuenta; d) Ante la entrega de credenciales será exigible la cancelación de cuotas y copagos adeudados; e) En el caso de perderse la condición de afiliado, es obligatoria la devolución de las mismas, tanto la correspondiente al titular como las del grupo familiar primario o a su cargo; f) El beneficiario titular es responsable del uso indebido de las credenciales y sus consecuencias, sea por terceras personas, sea por su uso en períodos en que el beneficio no se encuentre vigente. C.A.S.A. podrá reclamar por la vía judicial las sumas erogadas por dichos usos indebidos con sus correspondientes intereses.

11.3. Cambio de plan: Los beneficiarios titulares podrán realizar cambio a planes superadores cada tres meses, en estos casos el beneficiario se obliga expresamente a mantener su afiliación en C.A.S.A., al menos, por el período de 36 meses corridos desde la fecha que se efectivice el cambio de Plan. Los cambios a planes inferiores solo podrán realizarse cada 18 meses. Para los cambios a Planes superiores deben completar una nueva "Declaración Jurada de Antecedentes de Salud" la cual será analizada por la Auditoría Médica para la eventual confección de un acuerdo complementario de cobertura.

11.4. Cambio de domicilio: El afiliado titular deberá comunicar todo cambio de domicilio en forma fehaciente, teléfonos de contacto y dirección de correo electrónico. C.A.S.A. considerará válida toda comunicación cursada al último domicilio electrónico denunciado, sin perjuicio de notificaciones que se realicen por otros medios.

11.5. Auditorías: El beneficiario debe aceptar el control de la Auditoría Médica u Odontológica de CASA, cuyo objetivo principal es verificar que los servicios se encuentran enmarcados en las normas asistenciales vigentes y que tales prestaciones efectivamente se realicen, atendiendo a la razonabilidad y eficiencia de atención profesional. La Auditoría Médica C.A.S.A. deberá autorizar expresamente derivaciones de atención al beneficiario cuando no exista resolución local.

11.6. Coberturas extraordinarias: El Directorio, cuando las características del caso lo justifiquen, podrá, con la mayoría de dos tercios de sus miembros, apartarse de las disposiciones reglamentarias y modificar las asistencias de la Caja. El afiliado que se beneficie con la autorización de una cobertura extraordinaria resuelta por el Directorio, deberá registrar CAO día. No podrán beneficiarse con coberturas extraordinarias o por vía de excepción aquellos afiliados a los planes Bayres o con incompatibilidad legal.

11.7. La Caja podrá modificar el plan de prestaciones que regula el presente Reglamento como

asimismo los prestadores por plan, dichas modificaciones entrarán en vigencia a partir de la comunicación a los beneficiarios a través de la página web de conformidad con el art. 7.2.- Las modificaciones de las prestaciones tendrán el objetivo de obtener la mayor eficiencia de los recursos existentes, como así también asegurar al acceso a la calidad del servicio del beneficiario.

11.8. Subrogación: Los derechos que correspondan al afiliado contra un tercero en razón de hechos que hayan dado lugar a desembolso por parte de C.A.S.A., quedan transferidos a la Caja de Previsión Social de Abogados de la Provincia de Buenos Aires, hasta el importe de dichos pagos. El afiliado será responsable de todo acto que perjudique este derecho. C.A.S.A. no podrá valerse de la subrogación en perjuicio del afiliado.

11.9. Competencia: Las partes acuerdan someterse a la competencia de los Tribunales en lo Contencioso Administrativo de la Provincia de Buenos Aires, haciendo expresa renuncia a cualquier otro fuero o jurisdicción que les pudiese corresponder.

12. El presente Reglamento da cumplimiento al deber de de información en forma veraz, eficaz y adecuada, conforme al art.4º de la ley 24.240.