

REGLAMENTO

SISTEMA DE ATENCION DE LA SALUD

LEY 7.896



TEXTO ORDENADO

2025

CONSEJO PROFESIONAL DE CIENCIAS ECONOMICAS DE ENTRE RIOS
SISTEMA DE ATENCION DE LA SALUD
LEY 7.896

TITULO I: Del Sistema de Atención de la Salud.

Capítulo Único

TITULO II: De los afiliados.

Capítulo I: Afiliados, tipificación y excepciones.

Capítulo II: Derechos y Obligaciones de los afiliados. Sanciones. Rehabilitaciones.

TITULO III: De los servicios. Coberturas. Carencias.

Capítulo I: Modalidad de los Servicios.

Capítulo II: Planes de Cobertura.

Capítulo III: Carencias.

Capítulo IV: Prácticas Nomencladas. Prácticas No Nomencladas. Prácticas No Reconocidas.

Capítulo V: Prácticas y Servicios Especiales.

Capítulo VI: Facultad de la Comisión Administradora.

TITULO IV: Del Régimen Financiero y Presupuestario. Patrimonio.

Capítulo I: Recursos

Capítulo II: Destino de los recursos. Aplicaciones.

Capítulo III: Del presupuesto.

Capítulo IV: De la Reserva Técnica.

Capítulo V: Del patrimonio.

TÍTULO V: Del Gobierno y la Administración.

Capítulo I: Autoridades del Sistema de Atención de la Salud.

Capítulo II: De las Asambleas.

Capítulo III: Del Consejo Directivo del C.P.C.E.E.R..

Capítulo IV: De la Comisión Administradora.

Capítulo V: De la Comisión Consultiva.

Capítulo VI: De la Comisión de Control de Gestión y Revisora de Cuentas

TÍTULO VI: De las Auditorías Prestacionales.

Capítulo Único: De las Auditorías Prestacionales.

TÍTULO VII: Del Secreto Profesional y la Reserva de Información.

Capítulo Único: Obligaciones y Responsabilidades.

TÍTULO VIII: Disposiciones Generales.

TÍTULO IX: Disposiciones Transitorias

CONSEJO PROFESIONAL DE CIENCIAS ECONOMICAS DE ENTRE RIOS
SISTEMA DE ATENCION DE LA SALUD
LEY 7.896

TITULO I: Del Sistema de Atención de la Salud.

Capítulo Único.

Art.1º) Créase en el ámbito del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Entre Ríos, de conformidad a lo dispuesto en el título I, Capítulo Unico, Art. 3º, Inc. 9) y Art. 4, Inc. C) de la Ley 7.896, el Sistema de Atención de la Salud para Profesionales en Ciencias Económicas de Entre Ríos

El Sistema creado tendrá su Misión y Visión tendientes a satisfacer las necesidades de asistencia social de los afiliados mencionados en el Título II, estableciéndose al efecto los mecanismos y disposiciones contenidas en el presente Reglamento.

Misión

Administrar un sistema de salud para brindar un servicio solidario y de alta calidad que sea sustentable en el tiempo.

Visión

Ofrecer la mejor asistencia para la salud y el bienestar de los afiliados.

TITULO II: De los afiliados.

Capítulo I: Afiliados, tipificación y excepciones.

OBLIGATORIOS

Art. 2º) Los matriculados en el C.P.C.E.E.R. Estarán exceptuados quienes registren domicilio real en otra jurisdicción y acrediten fehacientemente que poseen cobertura social primaria (obra social, prepaga u otro sistema de cobertura de salud). Por resolución del SAS se establecerá la forma y condiciones en que se requerirán las constancias de afiliación a otro sistema de salud.

ADHERENTES

Art. 3º) Los afiliados obligatorios podrán afiliarse como adherentes a las personas que tengan como carga de familia:

- a) Cónyuge o persona unida en relación matrimonial de hecho.
- b) El o la ex cónyuge, en forma simultánea con la persona que se encuentre unida de hecho o de derecho al afiliado titular, siempre que medie sentencia judicial expresa que obligue al afiliado titular a concederle cobertura asistencial.
- c) Hijos, hijastros y menores cuya tenencia haya sido acordada por autoridad judicial, hasta la edad de 26 años inclusive, y discapacitados sin límite de edad. Exclusivamente, en el caso de afiliación de hijos recién nacidos cuyas altas se realizaran dentro de un plazo de 60 días contados desde el nacimiento, gozarán de los beneficios del Plan Materno Infantil, no se aplicarán las carencias establecidas para cada Plan, ni lo establecido en el artículo 13º referido a patologías preexistente. Vencido este plazo no podrán gozar de los beneficios precedentemente indicados.
- d) Hijos a partir de 27 años y hasta la edad de 30 años inclusive, quienes podrán afiliarse o continuar afiliados abonando una cuota equivalente a la que abona el afiliado titular en el Plan 100 o en el Plan 50, según el Plan de afiliación.

VOLUNTARIOS

Art. 4º) Son afiliados voluntarios:

- a) Los profesionales en Ciencias Económicas jubilados por el Sistema de Previsión Social del C.P.C.E.E.R., sin matrícula activa, quienes podrán continuar afiliados junto a sus adherentes, al plan de cobertura al que hubieran optado antes de jubilarse. Solicitada la baja del Sistema por ser afiliado voluntario y tener de baja la matrícula, no puede solicitar una nueva afiliación al Sistema de Atención de la Salud, aplicándose tanto para titular como adherentes.
- b) Solicitada la baja al Sistema de Atención de la Salud (al acceder a la jubilación del SPS y no encontrarse activo en la matrícula) y ante el supuesto de una rematriculación solo podrán afiliarse a Plan 50 (titular y adherentes) o Plan Básico.
- c) Para el caso del fallecimiento de un afiliado obligatorio podrán continuar afiliados el cónyuge del afiliado obligatorio fallecido, persona que se encuentre unida en relación matrimonial de hecho al momento del fallecimiento, los hijos hasta la edad de 26 años inclusive, y los hijos discapacitados sin límite de edad. Los hijos a partir de 27 años y hasta la edad de 30 años inclusive, quienes podrán continuar afiliados abonando una cuota equivalente a la que abona el afiliado titular en el Plan 100 o en el Plan 50, según el Plan de afiliación.

Capítulo II: Derechos y Obligaciones de los Afiliados. Sanciones. Rehabilitaciones.

DERECHOS

Art. 5º) Adquirida la condición de afiliado (según Título II, Capítulo I), se tiene derecho al uso pleno del Sistema de Atención de la Salud, según las pautas del Título 3º.

Los afiliados podrán recurrir las decisiones de la Comisión Administradora dentro del plazo de 15 días hábiles administrativos acompañando toda la documentación que considere en un escrito dirigido a la Comisión Administradora. En caso de resolución adversa podrán solicitar su reconsideración ante el Consejo Directivo, cuyo fallo será inapelable.

OBLIGACIONES

Art. 6º) Son obligaciones de los afiliados:

- a) Cumplir con todos los requisitos que impone este Reglamento y lo que establezca la Comisión Administradora.
- b) Abonar mensualmente las cuotas según el Plan que opten.
- c) La primera cuota deberá abonarse al momento de cumplir con la totalidad de los requisitos exigidos y que lo habiliten a ingresar al Sistema de Atención de la Salud.
- d) Los afiliados titulares son responsables ante el Sistema de Atención de la Salud por los afiliados adherentes.
- e) Los afiliados voluntarios que incorporen cargas de familia son responsables ante el Sistema de Atención de la Salud por éstos últimos.
- f) A cada afiliado se le entregará la credencial que identifica su pertenencia al Sistema de Atención de la Salud. El uso de la misma es exclusiva y bajo la total responsabilidad del afiliado, quien deberá reintegrarlo al Sistema de Atención de la Salud cuando se produzca la desafiliación, como condición indispensable. En caso de extravío o deterioro fehacientemente demostrado por el afiliado se le entregará una nueva credencial.
- g) Si el afiliado solicita la desafiliación, se otorga la baja sin perjuicio de la exigibilidad de la deuda.
- h) Los afiliados notificarán a la Comisión Administradora cualquier cambio que se produzca en los requisitos de afiliación, dentro de los plazos que establezca la misma.
- i) El uso de los servicios que ofrece el Sistema de Atención de la Salud es responsabilidad de los afiliados quienes deberán extremar las acciones a fin de evitar romper con la red solidaria que implica este tipo de sistemas.

SANCIONES

Art. 7º) Se establecen distintos tipos de sanciones según sea la causa del incumplimiento por parte del afiliado.

- a) **Pecuniarias:** sobre las cuotas impagas se aplicará un recargo por mora que se establece en una tasa igual a lo que cobra por recargo el C.P.C.E.E.R. para el derecho de Ejercicio Profesional.

b) Suspensión de servicios: los servicios del Sistema de Atención de la Salud serán suspendidos a los afiliados por:

- 1- Falta de pago de dos o más cuotas consecutivas al Sistema de Atención de la Salud.
- 2- Falta de pago de los recargos por sanciones pecuniarias.
- 3- Incumplimiento de los planes de pago que haya otorgado el Consejo Directivo.
- 4- Suspensión de los matriculados por parte del C.P.C.E.E.R., excepto que la Resolución respectiva prevea su continuidad en el Sistema de Atención de la Salud.
- 5- Falta grave. (Art. 8 ptos. b) y c) del presente Reglamento).

BAJA DE LA AFILIACION

Art. 8º) La baja de la afiliación al Sistema de Atención de la Salud se produce por:

- 1- Baja de la matrícula al C.P.C.E.E.R..
- 2- El cónyuge de un matriculado fallecido que no abonare la cuota por el periodo de seis meses, será dado de baja del sistema, sin perjuicio de la exigibilidad de la deuda.
- 3- Ante la falta de pago de la cuota de afiliación de un matriculado, por un periodo de seis meses, serán dado de baja del sistema todos sus adherentes, sin perjuicio de la exigibilidad de la totalidad del monto adeudado por ese periodo. A partir del séptimo mes, solo se devengará y será exigible la cuota del afiliado titular.
- 4- Cuando se produzca la figura de “falta grave” según Art. 7º pto. 5) del presente, fehacientemente demostrado por parte de la Comisión Administradora a través de la sustanciación de un sumario con la garantía de defensa del afiliado. La Comisión Administradora, atento a la gravedad de la falta incurrida podrá graduar esta sanción en:

- a) Advertencia con comunicación al afiliado.
- b) Baja transitoria de afiliación hasta 6 meses.
- c) Baja superior a 6 meses.

Se configura la falta grave cuando el afiliado viole las disposiciones del presente Reglamento.

En todos los casos de suspensión de servicios y finalizada la causa que los origina, los mismos se restablecerán el primer día del mes siguiente, abonando las cuotas impagas.

REHABILITACION DE LOS SERVICIOS Y DE LA AFILIACION.

Art. 9º) Cumplida la causa que originó la baja de la afiliación, el profesional podrá requerir su rehabilitación por lo cual deberá cumplir con las mismas obligaciones y carencias que impone la afiliación.

TITULO III: De los Servicios. Coberturas. Carencias.

Capítulo I: Modalidad de los servicios.

Art. 10º) Los afiliados al Sistema de Atención de la Salud gozarán de los siguientes sistemas de servicios:

- a) Por reintegro
- b) Por convenio

La modalidad de cada uno será:

a) Reintegro: En este sistema el afiliado presenta los comprobantes por los pagos efectuados en concepto de gastos médicos-asistenciales dentro de los noventa (90) días corridos de la fecha de factura, así como también la documentación que corresponda por la prestación recibida (prescripción médica, copia de resultado, historia clínica y otros).

El Sistema de Atención de la Salud determinará el valor del reintegro tomando como base las normas fijadas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas del ANSSAL o el organismo que lo sustituya, los valores convenidos con los distintos prestadores y las normas internas en vigencia para aquellas prácticas no nombradas que se incluyan en la cobertura, previo dictamen de la Auditoría Médica en caso de corresponder.

Este sistema admite la complementariedad del reintegro de gastos médicos asistenciales incurridos por los afiliados que reciban beneficios de otros sistemas de cobertura, hasta la concurrencia de los mismos y dentro de los límites fijados por nuestro Sistema de Atención de la Salud establecidos de acuerdo a la modalidad. En ningún caso el monto a reintegrarse podrá ser superior al importe abonado por el afiliado.

b) Convenio: Consiste en la firma de convenios a través de las Entidades representativas (Colegios, Consejos, Círculos, Cámaras, Federaciones, Asociaciones), y también en forma individual con los prestadores. A través de este sistema se puede acceder a las prestaciones médico-asistenciales en forma directa con la sola presentación de la Credencial de Afiliación y su documento de identidad, a los prestadores específicamente habilitados. Por convenio, en el caso de existir el pago de un importe en concepto de coseguro, el mismo se abonará en forma directa al profesional interviniente de acuerdo a lo que establezca el convenio respectivo.

Capítulo II: Planes de Cobertura. Determinación de la cuota de afiliación.

Art. 11º) Los afiliados tendrán derecho a los siguientes planes:

Quienes accedan a la matriculación por primera vez, independientemente de la edad que posean al momento de matricularse, podrán optar por no adherirse al Sistema de Atención de la Salud por el plazo de 12 (doce) meses. Finalizado este periodo obligatoriamente deberán optar por afiliarse a:

Plan 50 Joven: Podrán afiliarse a este Plan quienes hubiesen realizado la opción de no aportar por el plazo de 12 meses, quienes cumplan con los requisitos de Joven Profesional al momento de matricularse y desearan tener cobertura del sistema y también quienes hubiesen elegido afiliarse a otro de los Planes previstos y revistan la calidad de Joven Profesional, siempre que cumplan con las condiciones de carencias y cambios de Plan establecidas en el art. 13º y acrediten fehacientemente cobertura social primaria (obra social, prepaga u otro sistema de cobertura de salud). Este plan es exclusivo para el matriculado y no contempla la inclusión del grupo familiar. Para incorporar al grupo familiar deberá optar, tanto para él como para sus adherentes, por otro de los planes previstos según las condiciones establecidas para cada Plan. Los tipos de prestaciones, los porcentajes de coberturas, las carencias y las modalidades se definen en el Anexo II al presente.

El importe de la cuota del Plan 50 Joven equivale al 50% del valor de la cuota del Plan 50, el cual se establece en el Anexo I al presente. Por Resolución de la Comisión Administradora se establecerán las condiciones para ser considerado Joven Profesional.

Plan 100 Joven: Podrán afiliarse a este Plan quienes hubiesen realizado la opción de no aportar por el plazo de 12 meses, quienes cumplan con los requisitos de Joven Profesional al momento de matricularse y desearan tener cobertura del sistema y también quienes hubiesen elegido afiliarse a otro de los Planes previstos y revistan la calidad de Joven Profesional, siempre que cumplan con las condiciones de carencias y cambios de Plan establecidas en el art. 13º. Este Plan es optativo para quienes cuenten con cobertura social primaria y obligatorio para quienes no posean otra cobertura de salud, siendo exclusivo para el matriculado, no contempla la inclusión del grupo familiar. Para incorporar al grupo familiar deberá optar, tanto para él como para sus adherentes, por otro de los planes previstos según las condiciones establecidas para cada Plan. Los tipos de prestaciones, los porcentajes de coberturas, las carencias y las modalidades se definen en el Anexo II al presente.

El importe de la cuota del Plan 100 Joven equivale al 50% del valor de la cuota del Plan 100, el cual se establece en el Anexo I al presente. Por Resolución de la Comisión Administradora se establecerán las condiciones para ser considerado Joven Profesional.

Los beneficios que otorgan el Plan 100 Joven y el Plan 50 Joven, decaen una vez que el profesional cumple con las condiciones para ser considerado Joven Profesional, según lo establecido por Resolución de la Comisión Administradora, debiendo abonar la cuota correspondiente al Plan de afiliación que elija, sin bonificación, cumpliendo con los mismos requisitos establecidos para el resto de los matriculados.

Plan Básico: Podrán afiliarse a este Plan quienes acrediten fehacientemente cobertura social primaria (obra social, prepaga u otro sistema de cobertura de salud). Este Plan es obligatorio para los matriculados que no opten por la cobertura de los demás planes previstos, siendo exclusivo para el matriculado ya que no contempla la inclusión del grupo familiar. Para incorporar al grupo familiar deberá optar, tanto para él como para sus adherentes, por otro de los planes previstos según las condiciones establecidas para cada Plan. Los tipos de prestaciones, los porcentajes de coberturas, las carencias y las modalidades se definen en el Anexo III al presente. El valor de las cuotas se establece en el Anexo I al presente.

Plan 50: Podrán afiliarse a este Plan quienes acrediten fehacientemente cobertura social primaria (obra social, prepaga u otro sistema de cobertura de salud). El valor de las cuotas se establece en el Anexo I al presente. Los tipos de prestaciones, los porcentajes de coberturas, las carencias y las modalidades se definen en el Anexo IV al presente. Por resolución del SAS se establecerá la forma y condiciones en que se requerirán las constancias de afiliación a otro sistema de salud.

Plan 100: Este Plan es optativo para quienes cuenten con cobertura social primaria (obra social, prepaga u otro sistema de cobertura de salud) y obligatorio para quienes no cuenten con otra cobertura. El valor de las cuotas se establece en el Anexo I al presente. Los tipos de prestaciones, los porcentajes de coberturas, las carencias y las modalidades se definen en el Anexo IV al presente.

- Quienes acceden a la matriculación o rematriculación con 53 años hasta los 59 años inclusive, al momento de solicitar el alta de matrícula, podrán afiliarse al Plan 100 abonando, tanto para el titular como sus adherentes, tres veces el valor de la cuota de afiliación establecida para Plan 100. Esta disposición se aplica también para las incorporaciones de adherentes de 53 años o más, de titulares que ya se encuentren afiliados al Sistema. El valor de cuota definido precedentemente será de aplicación mientras se mantenga la afiliación a Plan 100.
- Quienes accedan a la matriculación con 60 años o más no podrán afiliarse a Plan 100, aplicable tanto al titular como a sus adherentes, pudiendo optar por Plan 50 o Básico, cumpliendo con las condiciones establecidas para cada Plan.

Para el caso de las afiliaciones al Plan 100 y al Plan 50, se establece que:

Ningún adherente puede tener un Plan con mayor cobertura que el Plan del titular. Todos los hijos deben estar afiliados al mismo Plan (100 o 50).

Patologías Preexistentes

- Los nuevos matriculados y sus adherentes hasta los 59 años inclusive (excepto recién nacidos afiliados dentro de los 60 días del nacimiento), deberán presentar una Declaración Jurada de Salud indicando las patologías que padecen al momento de solicitar el alta. Los afiliados, tanto titulares como adherentes, que padezcan

alguna o algunas de las patologías que mediante Resolución de la Comisión Administradora SAS se definan, deberán abonar tres veces el valor de la cuota de afiliación establecida para Plan 100. El valor de cuota definido precedentemente será de aplicación mientras se mantenga la afiliación a Plan 100.

Art. 12º) Para la determinación de la cuota de afiliación, establecida en el Anexo I del presente Reglamento, deberán considerarse los gastos prestacionales, los gastos administrativos y el valor de la cápita de reaseguro de prestaciones del alto costo y baja incidencia.

Capítulo III: Carencias.

Art. 13º) Cuando en este Reglamento se menciona “periodo de carencia”, significa el tiempo de espera que los afiliados deben observar a efecto de la utilización de los servicios pertinentes, periodos que se establecen en los Anexos II, III y IV del presente Reglamento.

Todo afiliado tiene derecho a cambiar de Plan, teniendo en cuenta las siguientes condiciones:

- 1- Los afiliados que hayan optado por no adherirse al SAS por el plazo de 12 meses y no revistan la calidad de Joven Profesional, según lo establecido por Resolución de la Comisión Administradora, podrán optar por aportar al Plan Básico, Plan 50 o Plan 100, antes de finalizado el periodo de los 12 meses, cumpliendo con las condiciones establecidas para cada Plan.
- 2- Los afiliados que hayan optado por no adherirse al SAS por el plazo de 12 meses y revistan la calidad de Joven Profesional, según lo establecido por Resolución de la Comisión Administradora, podrán optar por aportar al Plan 50 Joven o al Plan 100 Joven antes de finalizado el periodo de los 12 meses, cumpliendo con las condiciones establecidas para cada Plan.
- 3- Los afiliados al Plan 50 Joven podrán solicitar el cambio al Plan 100 Joven debiendo abonar durante cuatro meses el valor de la cuota del Plan 100 Joven, para tener acceso a dichas prestaciones a partir del primer día del quinto mes de ejercida la opción, pudiendo permanecer en este Plan hasta cumplir las condiciones para ser considerado Joven Profesional, según lo establecido por Resolución de la Comisión Administradora.
- 4- Los afiliados al Plan 100 Joven podrán solicitar el cambio al Plan 50 Joven siendo requisito que durante los doce meses previos al mes para el que se solicita el cambio, el afiliado haya pertenecido al Plan 100 Joven y acredite fehacientemente cobertura social primaria (obra social, prepaga, u otros sistema de cobertura de salud) pudiendo permanecer en este Plan mientras cumpla las condiciones para ser considerado Joven Profesional, según lo establecido por Resolución de la Comisión Administradora.

5- Para pasar del Plan Básico al Plan 100 Joven o Plan 50 Joven, deberá abonar durante cuatro meses el valor del Plan 100 Joven o 50 Joven, para tener acceso a dichas prestaciones a partir del primer día del quinto mes de ejercida la opción, cada vez que solicite el cambio, pudiendo permanecer en este Plan mientras cumpla las condiciones para ser considerado Joven Profesional, según lo establecido por Resolución de la Comisión Administradora.

6- Para pasar del Plan 50 Joven y 100 Joven al Plan Básico será requisito que el afiliado haya aportado al Plan 100 Joven o al Plan 50 Joven, como mínimo, durante 12 meses antes de solicitar el cambio, además de cumplir con los requisitos que establece el Plan Básico.

7- Para pasar del Plan Básico al Plan 100 o Plan 50, deberá abonar durante cuatro meses el valor del Plan 100 o 50, para tener acceso a dichas prestaciones a partir del primer día del quinto mes de ejercida la opción, cada vez que solicite el cambio. Los afiliados de 53 años o más, podrán solicitar el cambio a Plan 100 debiendo abonar el doble del valor de la cuota de afiliación establecida para Plan 100. El valor de cuota definido precedentemente será de aplicación mientras se mantenga la afiliación a Plan 100. Los afiliados de 60 años o más, no podrán solicitar el cambio a Plan 100.

8- Para pasar del Plan 100 o 50 al Plan Básico, será requisito que el afiliado haya aportado al Plan 100 o al Plan 50, como mínimo, durante 12 meses antes de solicitar el cambio, además de cumplir con los requisitos que establece el Plan Básico.

9- Para pasar del Plan 50 al 100, deberá abonar durante cuatro meses el valor del Plan 100, para tener acceso a dichas prestaciones a partir del primer día del quinto mes de ejercida la opción, cada vez que solicite el cambio. Los afiliados de 53 años o más, podrán solicitar el cambio a Plan 100 debiendo abonar el doble del valor de la cuota de afiliación establecida para Plan 100. El valor de cuota definido precedentemente será de aplicación mientras se mantenga la afiliación a Plan 100. Los afiliados de 60 años o más, no podrán solicitar el cambio a Plan 100.

10- Para pasar del Plan 100 al 50, será requisito que durante los doce meses previos al mes para el que se solicita el cambio, el afiliado haya pertenecido al Plan 100 y acredite fehacientemente cobertura social primaria (obra social, prepaga, u otros sistema de cobertura de salud). Por resolución del SAS se establecerá la forma y condiciones en que se requerirán las constancias de afiliación a otro sistema de salud.

Los afiliados que hubiesen optado, al momento de matricularse, por aportar a alguno de los planes previstos no podrán acceder, con posterioridad, a la opción de no aportar al SAS por el plazo de 12 meses.

Patologías Preexistentes

11-Ante la solicitud de cambio de Plan 50/Básico a Plan 100, tanto de afiliados titulares como adherentes hasta 59 años inclusive, deberán presentar una Declaración Jurada de Salud indicando las patologías que padecen al momento de solicitar el cambio de Plan. Aquellos afiliados, tanto titulares como adherentes, que padezcan alguna o algunas de las patologías que mediante Resolución de la Comisión Administradora SAS se definan, deberán abonar

tres veces el valor de la cuota de afiliación establecida para Plan 100. El valor de cuota definido precedentemente será de aplicación mientras se mantenga la afiliación a Plan 100.

12-Los afiliados, tanto titulares como adherentes, con 60 años o más no podrán solicitar el cambio a Plan 100, pudiendo optar por cambio a Plan 50 o Básico, si se cumplen los requisitos establecidos para cada Plan.

Capítulo IV: Prestaciones Reconocidas. Prácticas No Nomencladas. Prestaciones No Reconocidas.

Art.14º) Las prestaciones reconocidas se detallan en el Anexo V. Las Prácticas No Nomencladas se indican en el Anexo VI.

Art. 15º) Las prestaciones no reconocidas se indican en el Anexo VII.

Capítulo V: Prácticas y Servicios Especiales.

Art. 16º) Se establecen como servicios especiales aquellos que por su característica y modalidad deben tener un tratamiento diferencial. En el Anexo VIII se especifican las prestaciones especiales, sus requisitos y condiciones.

Capítulo VI: Facultad de la Comisión Administradora.

Art. 17º) La Comisión Administradora podrá modificar el contenido de los Anexos, excepto el Anexo I, respetando las premisas definidas en el presente Título. Dicha modificación se hará teniendo en cuenta las pautas del Título I, Capítulo Unico y Título IV. Las modificaciones serán informadas al Consejo Directivo. Asimismo la Comisión Administradora podrá establecer límites a la cantidad de prestaciones que podrán utilizar los afiliados.

Art. 18º) Facultar a la Comisión Administradora a definir sobre la incorporación de nuevas prestaciones y prestadores, sobre la modalidad y porcentajes de cobertura, como también a decidir sobre la baja de prestaciones y prestadores según criterios médicos, científicos y de gestión administrativa que así lo requieran, con el fin de salvaguardar la salud de los afiliados y la sustentabilidad del sistema.

Art. 19º) Vía de excepción. Los casos no previstos en el presente Título y sus Anexos y que deban ser atendidos para una mejor prestación a los afiliados, podrán ser autorizados por la Comisión Administradora por vía de excepción, a través de una Resolución debidamente fundada. Si el servicio que requiere vía de excepción por sus características y modalidad lo justifica, la Comisión Administradora procederá a la modificación del Anexo correspondiente según las pautas del párrafo anterior.

TITULO IV. Del Régimen Financiero y Presupuestario. Patrimonio.

Capítulo I: Recursos

Art. 20º) Los recursos del Sistema de Atención de la Salud se compondrán de:

- a) Cuota de los afiliados de acuerdo al plan que opten.
- b) Intereses, rentas y frutos de sus bienes o de sus ingresos motivados por la gestión del presente sistema.
- c) Intereses, recargos y similares que se impongan.
- d) Donaciones y legados.
- e) Cualquier otro recurso.

Capítulo II: Destino de los recursos. Aplicaciones

Art. 21º) Del total de los recursos mensuales percibidos, la Comisión Administradora distribuirán el porcentaje asignado a la atención de las prestaciones de acuerdo a las necesidades y demandas prestacionales de los afiliados.

La Comisión Administradora conjuntamente con la gerencia administrativa del Sistema de Atención de la Salud procederá a la distribución del presupuesto asignado para gastos de funcionamiento.

Capítulo III: Del Presupuesto

Art. 22º) Se establece como pauta fundamental, y a los efectos que el Sistema de Atención de la Salud sea sustentable, el equilibrio presupuestario a fin de generar la capacidad de ahorro suficiente que permita la mejora continua de las prestaciones.

Dicho equilibrio presupuestario se logra cuando el total de los recursos percibidos (Capítulo I), permitan atender el total de erogaciones establecidas en el Capítulo II.

La capacidad de ahorro se logra manteniendo el monto de los fondos establecidos en el Capítulo IV. Para ello la herramienta es el Presupuesto, el cual:

- a) se confeccionará anualmente para su aprobación por Asamblea.
- b) se verificará su cumplimiento en forma trimestral y se producirán las correcciones con aprobación del Consejo Directivo del C.P.C.E.E.R. y con la intervención de la Comisión de Control de Gestión y Revisora de Cuentas.

El presupuesto contendrá como mínimo:

- a) Presupuesto de Recursos y su determinación analítica.
- b) Destino de los Recursos y Aplicaciones. Su detalle analítico.
- c) Plan de mejoramiento de servicios.
- d) Política de Manejo de los fondos establecidos en el Capítulo IV.

Capítulo IV: De la Reserva Técnica.

Art. 23º) Se constituye una Reserva Técnica la que se utilizará para cubrir los desequilibrios presupuestarios. La misma se conformará anualmente con el promedio de tres facturaciones prestacionales mensuales, correspondiente al ejercicio anterior, destinándose a inversiones corrientes y de fácil realización. La Comisión Administradora queda autorizada a realizar inversiones a largo plazo con los fondos que excedan la Reserva Técnica.

Capítulo V: Del Patrimonio.

Art. 24º) El patrimonio que constituye el Sistema de Atención de la Salud es de afectación y está destinado exclusivamente a satisfacer y financiar los gastos prestacionales y administrativos que éste genera.

TITULO V: Del Gobierno y la Administración.

Capítulo I: Autoridades del Sistema de Atención de la Salud.

Art. 25º) Son autoridades del Sistema de Atención de la Salud:

- a) La Asamblea de Matriculados
- b) El Consejo Directivo del CPCEER.
- c) La Comisión Administradora.
- d) La Comisión Consultiva.
- e) La Comisión de Control de Gestión y Revisora de Cuentas.

El desempeño de todos los cargos en los órganos previstos, será honorario y por ende ninguno de los integrantes de los mismos podrá percibir retribución alguna.

Capítulo II: De las Asambleas.

Art. 26º) A la Asamblea de matriculados, con referencia al Sistema de Atención de la Salud, le corresponde:

1. Dictar el Reglamento y sus modificaciones.
2. Designar dos miembros de la Comisión de Control de Gestión y Revisora de Cuentas distintos a los del Sistema de Previsión Social del C.P.C.E.E.R. y de la Comisión Fiscalizadora del C.P.C.E.E.R.. Remover a dichos miembros.

3. Aprobar los informes de la Comisión de Control de Gestión y Revisora de Cuentas.
4. Disponer sobre el destino de los fondos del Sistema de Atención de la Salud.
5. Considerar, aprobar y modificar la Memoria, Inventario General del Sistema de Atención de la Salud.
6. Resolver sobre los demás puntos que en este Reglamento requieran aprobación de la Asamblea.
7. Fijar el valor de las cuotas a los distintos Planes de Salud.

Capítulo III: Del Consejo Directivo del CPCEER.

Art. 27º) Al Consejo Directivo, respecto del Sistema de Atención de la Salud, le corresponde:

1. Designar a los miembros de la Comisión Administradora, quedando a cargo del Presidente del Consejo Directivo designar al Presidente de la Comisión Administradora.
2. Remover o suspender a los miembros de la Comisión Administradora, cuando medien causas que lo justifiquen.
3. Designar un miembro titular y uno suplente integrante de la Comisión de Control de Gestión y Revisora de Cuentas. Remover a dichos miembros cuando medien causas que lo justifiquen.
4. Aprobar el Presupuesto anual y sus modificaciones, según Título IV, cap. III del presente.
5. Considerar, aprobar y modificar la Memoria, Inventario y Balance General del Sistema de Atención de la Salud y elevarlo a la Asamblea de matriculados según lo establecido en el artículo 8º de la Ley 7.896.
6. Resolver sobre los demás puntos que en este Reglamento requieran aprobación del Consejo Directivo del C.P.C.E.E.R..

Capítulo IV: De la Comisión Administradora.

INTEGRACION.

Art. 28º) La Comisión Administradora estará integrada por siete miembros titulares y tres suplentes. Los miembros titulares cubrirán los cargos de:

- ✓ Presidente
- ✓ Secretario
- ✓ Tesorero
- ✓ Vocal Titular I
- ✓ Vocal Titular II
- ✓ Vocal Titular III
- ✓ Vocal Titular IV

La distribución de los cargos será realizada con cada renovación y aprobada por la Comisión Administradora en su primera sesión, excepto el cargo de Presidente que será designado por el Presidente del Consejo Directivo.

Los miembros suplentes cubrirán los cargos de:

- ✓ Vocal Suplente I
- ✓ Vocal Suplente II
- ✓ Vocal Suplente III

COMPOSICION

Art. 29º) No podrá haber más de tres miembros en la suma de titulares y suplentes de una misma Delegación.

REQUISITOS PARA SER ELEGIDOS

1. Ser afiliado obligatorio y estar al día con todas las obligaciones del Consejo.
2. Tener tres años de antigüedad en la matrícula.
3. No estar ejerciendo en el mismo período cargos en el Consejo Directivo y en el Sistema de Previsión Social del C.P.C.E.E.R.
4. No estar condenado o inhabilitado con sentencia judicial por delitos dolosos o por Resoluciones de autoridad con poder disciplinario.
5. No estar declarado en quiebra o concurso civil.

RENOVACION

Art.30º) Se renovará por mitades cada dos años siendo la duración del mandato de cuatro años, pudiendo volver a ocupar un cargo en la Comisión Administradora luego de transcurrido un periodo.

FUNCIONAMIENTO

Art. 31º) Funcionan válidamente con la mitad más uno de los miembros titulares. Las Resoluciones se toman por simple mayoría. Deberán reunirse como mínimo 7 veces al año.

REEMPLAZOS

Art.32º) Los titulares serán reemplazados por los suplentes en los siguientes casos:

- ✓ Renuncia.

- ✓ Remoción.
- ✓ Fallecimiento.

El Presidente será remplazado por el Secretario.

Serán causales de remoción:

- 1- Inasistencias a las reuniones de la Comisión Administradora sin causa justificada, a dos sesiones consecutivas o tres alternadas durante un año. El miembro que cesare en su cargo por causa de inasistencia no podrá ser elegido hasta pasados dos años de la fecha en que debió haber cesado en su mandato.
- 2- Inhabilidad o incapacidad sobrevinientes.
- 3- Violación a las normas de este Reglamento, ley Provincial N°7.896, Código de Etica, disposiciones reglamentarias y concordantes.
- 4- Suspensión por falta de pago de dos o más cuotas.

FUNCIONES DE LA COMISION ADMINISTRADORA

Art. 33º) Son funciones de la Comisión Administradora:

- 1- Aplicar este Reglamento.
- 2- Acordar y establecer las modalidades de servicios a brindar a los afiliados.
- 3- Elevar al Consejo Directivo para su aprobación el proyecto de Presupuesto anual, Memoria, Balance General, acompañando el dictamen de la Comisión de Control de Gestión y Revisora de Cuentas, informe de control mensual que comprende: Balance Patrimonial, Flujo de Fondos, Estado de Origen y Aplicación de Fondos, Estado de las Prestaciones, contratos y otros instrumentos que deban ser aprobados por el Consejo Directivo.
- 4- Cumplir con las observaciones que el Consejo Directivo efectúe a la documentación indicada en el punto anterior.
- 5- Instrumentar las observaciones que el Consejo Directivo apruebe a través de los informes trimestrales de la Comisión de Control de Gestión y Revisora de Cuentas.
- 6- Administrar los bienes del Sistema de Atención de la Salud según las pautas del Título IV del presente.
- 7- Realizar todas las acciones de administración y gestión de cualquier naturaleza, destinado a cumplir lo establecido en el presente Reglamento.
- 8- Resolver sobre los pedidos y reclamos de los afiliados que excedan lo establecido en el presente Reglamento.
- 9- Instrumentar los registros especiales que se requieran con el objeto de lograr los datos necesarios que permitan determinar el comportamiento de uso de los servicios por parte de los afiliados.
- 10- Tener a su cargo la conducción funcional y dirección de los funcionarios y personal del Sistema de Atención de la Salud. Se incluye a los responsables del gerenciamiento y a los auditores prestacionales.
- 11- Proponer al Consejo Directivo los aumentos de cuotas, propendiendo a mantener superávit financiero.

DEL PRESIDENTE

Art. 34º) Son funciones del Presidente:

- a- Ejercer la representación del Sistema de Atención de la Salud
- b- Suscribir con el Secretario las Actas de las reuniones de la Comisión Administradora.
- c- Suscribir en forma conjunta con el Tesorero o cualquier miembro titular de la Comisión Administradora, los documentos necesarios a efectos de realizar los movimientos de fondos del Sistema de Atención de la Salud.
- d- Convocar a la Comisión Administradora a sesiones extraordinarias, cuando razones de urgencia o de interés general lo justifiquen o a solicitud de por lo menos dos miembros de dicho cuerpo.
- e- Tomar resoluciones ad- referéndum de la próxima reunión de la Comisión Administradora, en caso de necesidad y urgencia
- f- Ejecutar las resoluciones de la Comisión Administradora.
- g- Participar en las reuniones de Consejo Directivo.

DEL SECRETARIO

Art.35º) Son funciones del Secretario:

- a- Redactar y suscribir las Actas de las reuniones de la Comisión Administradora.
- b- Suscribir con el Presidente la correspondencia y documentación del Sistema de Atención de la Salud.
- c- Suscribir, en forma conjunta con el Tesorero, los documentos a efectos de realizar los movimientos de los fondos del Sistema de Atención de la Salud.

DEL TESORERO

Art. 36º) Son funciones del Tesorero:

- a- Suscribir en forma conjunta con el Presidente o cualquier otro miembro titular del Comisión Administradora, los documentos a efectos de realizar movimientos de fondos en el Sistema de Atención de la Salud.
- b- Presentar a la Comisión Administradora mensualmente la información sobre la evolución económica financiera.
- c- Supervisar la contabilidad del Sistema de Atención de la Salud.
- d- Proyectar el presupuesto anual que será presentado a la Comisión Administradora para su aprobación y posterior tratamiento en el Consejo Directivo.
- e- Verificar el cumplimiento de la Reserva Técnica.

DE LOS VOCALES

Art. 37º) Son funciones de los vocales:

- a- Concurrir a las reuniones de la Comisión Administradora con voz y voto.
- b- Realizar las tareas que la Comisión Administradora les encomiende.
- c- Colaborar con los demás miembros de la Comisión Administradora en asuntos que se le encomienden.

Capítulo V: De la Comisión Consultiva.

Art. 38º) Estará integrada por un miembro designado por cada Delegación del C.P.C.E.E.R.. Son funciones de la Comisión Consultiva:

1. Colaborar con la Comisión Administradora en todos los aspectos inherentes al Sistema de Atención de la Salud, principalmente en lo que hace al seguimiento en cada Delegación de la prestación de los servicios.
2. Informar a la Comisión Administradora sobre la demanda de servicios que se produzcan en cada Delegación, será el nexo Institucional del Sistema de Atención de la Salud, los afiliados y la Delegación.
3. Asistir a las reuniones que convoque la Comisión Administradora. Deberán reunirse, como mínimo, cuatro veces al año.
4. Toda otra tarea que le asigne la Comisión Administradora.

Capítulo VI: De la Comisión de Control de Gestión y Revisora de Cuentas.

Art. 39º) La Comisión de Control de Gestión y Revisora de Cuentas estará integrada por tres miembros titulares y dos suplentes. Los miembros titulares serán elegidos: dos por la Asamblea de matriculados y uno por el Consejo Directivo. Los cargos de suplentes se conformarán por:

- ✓ un miembro integrante de la Comisión Revisora de Cuentas del C.P.C.E.E.R.
- ✓ un suplente elegido por el Consejo Directivo.

DURACION DE LOS MANDATOS

Art. 40º) Se renovarán totalmente con cada cambio de la Comisión Directiva del C.P.C.E.E.R., pudiendo ser reelectos.

FUNCIONES

Art 41º) La Comisión de Control de Gestión y Revisora de Cuentas tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Analizar la Memoria, Balance y Presupuesto Anual, pudiendo examinar la contabilidad y documentación que se tuvo en cuenta para la confección de los mismos.
- b) Elevar a la Asamblea Ordinaria las consideraciones sobre la Memoria y Balance anual.

- c) Podrá requerir al Consejo Directivo, arbitre los medios para que el personal del Consejo facilite las tareas inherentes a sus funciones.
- d) Podrán asistir a reuniones de la Comisión Administradora con voz y sin voto.
- e) Todos los informes de esta Comisión podrán ser presentados en forma colegiada o individualmente.
- f) Realizar el Informe de Gestión con una periodicidad de tres meses. Las observaciones a los mismos, serán comunicadas al Consejo Directivo para que actúe en consecuencia

TITULO VI: De las Auditoría Prestacionales.

Capítulo Único: De las Auditorías Prestacionales.

Art. 42º) Créase en el ámbito del Sistema de Atención de la Salud la función de las auditorías prestacionales que tendrán por objeto:

- a) Controlar el consumo de los servicios con el fin que los mismos se encuadren dentro de las pautas de este Reglamento y de las pautas de consumo habituales y las que le dicta el área de Asesoramiento.
- b) Proponer a la Comisión Administradora las modificaciones que estimen sean necesarias en función del punto anterior.
- c) Velar por la calidad de la atención de la salud.

Art. 43º) La función de auditor será cubierta por:

- ✓ Profesional en la especialidad del arte de curar.
- ✓ Matriculado en la entidad correspondiente.
- ✓ Con experiencia y conocimiento de la función de auditor.

Art. 44º) Se elegirán por concurso de antecedentes y por oposición estando a cargo de la Comisión Administradora instrumentar dicha selección y con aprobación del Consejo Directivo del C.P.C.E.E.R..

TITULO VII: Del Secreto Profesional y la Reserva de Información.

Capítulo Único: Obligaciones y Responsabilidades.

Art. 45º) En virtud de la característica de la información que suministra el afiliado, referida a cuestiones que hacen a su salud integral y por el modo de ejecutarse los servicios del Sistema de Atención de la Salud, se establece: Toda la información que los afiliados aporten al Sistema de Atención de la Salud para que este pueda cumplir con su cometido, tendrá el carácter de confidencial y por ende sujeto al secreto que esta característica impone. En consecuencia, todos los estamentos que integran el Sistema de Atención de la Salud: Comisión Administradora,

Comisión Consultiva, Asesores, Auditores Prestacionales, Gerente Administrativo y empleados administrativos afectados al Sistema de Atención de la Salud, deberán mantener el secreto profesional indispensable a fin de preservar la integridad del afiliado. En caso que alguno de los involucrados no cumpliera con lo establecido el Consejo Directivo instrumentará el sumario pertinente a fin de deslindar responsabilidades y aplicar las sanciones que correspondiere según sea el nivel en donde se haya incumplido esta norma.

TITULO VIII: Disposiciones Generales.

Art 46º) Cuando se menciona el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas se está indicando el de la ANSSAL (Administración Nacional de Seguros de Salud – INOS) u otro que lo reemplace en su futuro.

TITULO IX: Disposiciones Transitorias

Art 47º) Las modificaciones establecidas en los artículos 11º y 13º referidos a Plan Joven, serán de aplicación para los nuevos matriculados y para quienes ya se encuentren afiliados y cumplan con la condición de Joven Profesional, según lo establecido por Resolución de la Comisión Administradora y los requisitos establecidos para Plan Joven, a partir de la aprobación por la Asamblea de Matriculados.