

**CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES - COBERTURA MEDICA INTEGRAL (Co.Me.I.)
REGIMEN DE ADMISION Y PERMANENCIA.**

CAPITULO I
Generalidades

Artículo 1: Acorde con lo enunciado en los Artículos 2, 45 y 48 de la Ley 8119 y sus modificatorias, la Cobertura Médica Integral, implantada a partir del 01 de julio de 1974 quedará sujeta en sus alcances a las disposiciones de este Régimen.

Artículo 2: Las prestaciones de la Cobertura Médica Integral se otorgarán sobre la base de la nómina de efectores que suministre la Prestadora de Servicios de Salud. En todos los casos el Beneficiario se identificará mediante Credencial reconocida por la Prestadora, con las características vigentes a la fecha de la prestación.

Artículo 3: Los afiliados activos de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, son Beneficiarios obligados del Sistema de Cobertura Médica, siendo optativa para los afiliados pasivos que hubieran accedido al beneficio jubilatorio y soliciten la baja de dicha cobertura utilizando el formulario correspondiente; como así también para los afiliados activos que posean otra Obra Social con carácter de obligatoria por desempeñarse en relación de dependencia, acorde a lo enunciado en los Artículos 3º) y 45º) de la ley 8119 y sus modificatorias, implementado a partir del 1 de mayo de 1997 y sujeto sus alcances a las disposiciones de este Régimen. A estos efectos deberán realizar el correspondiente trámite de eximición del aporte y su renovación anual para la continuidad de la eximición, conforme a la normativa establecida a tal efecto.

Artículo 4: Es requisito indispensable para el otorgamiento de las prestaciones médicas haber dado cumplimiento a las obligaciones contraídas con la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires y a las disposiciones de este Régimen, así como a las que en el futuro dicte el Directorio, reservándose dicho órgano el derecho de introducir modificaciones al mismo, sin necesidad de requerir la previa conformidad del Beneficiario.

Artículo 5: Los beneficiarios obligados podrán adherir voluntariamente al Sistema de Cobertura Médica a sus familiares directos, según lo indicado en el presente Régimen y en concordancia con lo estipulado en los artículos 45 y 67 de la Ley 8.119 y sus modificatorias.

Artículo 6: Toda transgresión a este Régimen por parte de los beneficiarios obligados o voluntarios, será penada con la suspensión en el goce de las prestaciones por un período a determinar por el Directorio, de acuerdo con lo prescrito por el Artículo 77 de la Ley 8.119. Los beneficiarios voluntarios que incurrieran en la misma falta podrán además ser excluidos del Sistema. El afiliado obligado responsable del beneficiario voluntario penalizado podrá ser sancionado, si existieran evidencias que demostraran conocimiento de los hechos, con una suspensión en el goce de las prestaciones por un período acorde a lo estipulado en el Art. 77 de la Ley 8.119.

Artículo 7: Los afiliados obligados que se encuentren inscriptos en los planes asistenciales instituidos podrán optar por su adhesión al Programa Familiar a su cónyuge o conviviente, sus hijos menores de 27 años, los hijos discapacitados a cargo del afiliado titular mayores de 18 años, los hijos del cónyuge o conviviente menores de 27 años y los menores de 27 años cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa. A los efectos de la incorporación del conviviente y de los hijos del mismo, deberá acreditar la inscripción de la convivencia en el Registro del Estado y Capacidad de las Personas.

Artículo 8: En función de lo dispuesto en el presente Reglamento se considerarán "enfermedades preexistentes", a las afecciones congénitas, crónicas o irreversibles y/o de cualquier otro tipo detectadas en el examen médico realizado previamente al ingreso del beneficiario voluntario a cargo del afiliado obligado, y/o las que fueran denunciadas por los mismos en la correspondiente solicitud de adhesión al Sistema de Cobertura Médica. En estos casos las mismas serán motivo del aporte adicional correspondiente con miras a la sustentabilidad del Sistema.

Artículo 9: El ingreso al Sistema, así como también el traslado a otros planes de mayor cobertura, en los casos que pueda corresponder, se producirá a partir de la fecha de la alta administrativa otorgada por la Entidad Prestadora de los Servicios Asistenciales o la fecha del traslado de plan.

Artículo 10: Toda circunstancia no contemplada en este Reglamento será resuelta por el Consejo de Administración de la Fundación COME.I. o el Directorio.

CAPITULO II

Condiciones Particulares

I.- De los afiliados obligados

Artículo 11: Es requisito indispensable para el otorgamiento de las prestaciones haber dado cumplimiento a las disposiciones emergentes de la Ley 8.119 y sus modificatorias y sus reglamentaciones respectivas, con excepción de las cargas impuestas por los artículos 25 y 39 de la Ley 8.119, en lo referente al suministro de información para la confección del legajo individual y declaración jurada anual sobre ingresos percibidos.

Artículo 12: El matriculado o rehabilitado deberá cumplir con la presentación de una declaración jurada exhaustiva respecto de su estado de salud en formulario provisto por la Caja.

Artículo 13: Los afiliados obligados que se acogieran al beneficio jubilatorio ordinario o extraordinario, podrán permanecer adheridos al plan en el que se hallaban revistiendo a la fecha de otorgamiento del citado beneficio, en caso de no desear hacerlo deberán completar el formulario de baja correspondiente. Asimismo podrán solicitar el traslado a planes asistenciales de mayor cobertura, en los casos que pueda corresponder, adecuándose a los requisitos instituidos en el apartado traslado a otros planes y a las siguientes condiciones particulares:

* Los afiliados obligados que obtuvieran el beneficio jubilatorio con anterioridad a los 50 años, por el régimen de jubilación extraordinaria, podrán trasladarse a planes de mayor cobertura, abonando el aporte más un adicional del 50% del valor del aporte correspondiente a su categoría.

* Para el caso en que los afiliados obligados obtuvieran el beneficio jubilatorio por el régimen de jubilación extraordinaria entre los 50 y 60 años de edad, podrán optar por trasladar su afiliación a un plan de mayor cobertura, abonando el aporte más un adicional del 100% del valor correspondiente a su categoría.

* En el supuesto que se solicitara la jubilación ordinaria y al mismo tiempo el pase a un plan de mayor cobertura habiendo superado los 60 años, deberán abonar el aporte más un adicional del 100% del valor correspondiente y un 10% complementario por cada año que exceda los 60 años de edad.

Artículo 14: El afiliado obligado que revistiera en cualquiera de los Planes de Salud, cuando contrajese matrimonio, podrá adherir en el mismo plan a su cónyuge con el requisito de examen médico previo, en el marco de lo normado en el artículo 8°), cumpliendo con los requisitos establecidos en el presente Régimen. A los efectos de la incorporación del conviviente y de los hijos del mismo, deberá acreditar la inscripción de la convivencia en el Registro del Estado y Capacidad de las Personas. La cobertura asistencial de las patologías que surjan de las

Historias Clínicas y/o Declaraciones Juradas y/o exámenes médicos o cualquier otra documentación aportada, como consecuencia de los informes de la Auditoría Médica, estarán sujetas a la decisión de la Entidad Prestadora de Servicios y generarán un adicional en el aporte al Sistema.

Artículo 15: El afiliado obligado que revistiere en cualquiera de los Planes de Salud, podrá adherir a su hijo/a, con examen médico previo, dando cumplimiento a lo preceptuado en el presente Régimen. Para el caso de aquellos hijos nacidos dentro del Plan Materno Infantil, podrán ser adheridos en un plazo de treinta (30) días corridos de la fecha de su nacimiento, sin el requisito de examen médico previo. En caso que el hijo haya nacido fuera del sistema de cobertura médica podrá ingresar al mismo hasta los 26 años de edad inclusive.

Artículo 16: A los efectos de su incorporación al sistema, queda asimilado al hijo menor, el incapaz declarado judicialmente con curador designado y el mayor de edad incapacitado totalmente para realizar tareas laborales, debidamente acreditado mediante informe de Junta Médica en la que haya tenido intervención la Prestadora de Servicios Asistenciales o Certificado Unico de Discapacidad Oficial. En caso de tratarse de un ingresante que no haya sido incorporado dentro de los treinta (30) días corridos de la fecha de su nacimiento, deberá realizar el examen médico previo. La cobertura asistencial de las patologías que surjan de las Historias Clínicas y/o Declaraciones Juradas y/o exámenes médicos o cualquier otra documentación aportada, como consecuencia de los informes del examen médico previo o de la Auditoría Médica, estarán sujetas a la decisión de la Entidad Prestadora de Servicios y generarán un adicional en el aporte al Sistema.

Artículo 17: Si el afiliado obligado solicita su traslado a otro plan de mayor cobertura, en los casos que ello pueda corresponder, sus adherentes voluntarios serán trasladados automáticamente al nuevo plan, efectuándose las adecuaciones correspondientes.

Artículo 18: Los hijos de afiliados odontólogos podrán permanecer en el grupo familiar primario hasta los 26 años de edad inclusive, independientemente de encontrarse cursando o no estudios en los organismos del Ministerio de Educación. Luego de ello podrán continuar en el sistema, pero no como adherentes sino como titulares individuales, abonando los valores de aporte correspondientes.

II.- De los adherentes voluntarios.

Artículo 19: Ocurrido el fallecimiento del afiliado obligado, sus derecho-habientes que se encontraren como adherentes del mismo a la fecha de su fallecimiento,

podrán optar por continuar en el Sistema de Cobertura Médica, debiendo peticionarlo expresamente y siempre que cumplan con las demás condiciones reglamentarias, efectuando las adecuaciones de rigor. El cargo por el costo del Sistema de Cobertura Médica, será asumido por el derecho habiente pensionado. A tal efecto el derecho-habiente pensionado deberá notificar fehacientemente su voluntad de permanecer en el Sistema, dentro de los sesenta (60) días de fallecido el afiliado titular. Igual derecho a la permanencia en el Sistema de Cobertura Médica tendrán quienes eran adherentes auspiciados del afiliado obligado fallecido, pero no generasen derecho a pensión debiendo peticionarlo expresamente dentro de los sesenta (60) días de fallecido el afiliado titular, con el plan asistencial que les corresponda, efectuándose las adecuaciones de rigor, abonando el valor del mismo y cumpliendo las demás condiciones correspondientes. Se efectuará una comunicación escrita y verbal al grupo familiar del afiliado obligado dentro de los 30 (treinta) días del fallecimiento haciendo saber esta circunstancia.

Artículo 20: Los adherentes voluntarios de afiliados jubilados o pensionados de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, que en virtud del traslado de los mencionados titulares a otros planes o que por cualquier motivo dejaran de ser auspiciados de los mismos, podrán optar por continuar incorporados al Sistema a través de los planes asistenciales instaurados por la Entidad Prestadora de los Servicios, siempre que exista solución de continuidad en la cobertura, cumplan con los requisitos correspondientes y la incorporación se realice a un plan de iguales características asistenciales.

En caso de solicitar su ingreso a un plan asistencial de distinta cobertura, en los casos que ello pueda corresponder, deberán cumplimentar los recaudos exigidos por la Entidad Prestadora.

Artículo 21: Los afiliados obligados podrán solicitar la baja de sus adherentes voluntarios, adecuándose a lo normado a tal fin por la Entidad Prestadora de Servicios. La misma se hará efectiva a partir del mes siguiente en que haya sido solicitada, debiendo abonar el aporte correspondiente al mes en que la solicitó.

Artículo 22: El costo del Sistema de Cobertura Médica correspondiente a los adherentes voluntarios, será oblado por el afiliado obligado o voluntario que los tenga como adherentes a partir de la fecha del alta administrativa y mediante los sistemas de recaudación que establezca la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires.

Artículo 23: La suspensión de las prestaciones del sistema a los afiliados obligados o voluntarios, es extensiva a sus adherentes voluntarios.

Quedan exceptuados de esta disposición los adherentes voluntarios auspiciados por afiliados obligados suspendidos que se encuentren abonando un plan de pago, cumpliendo las condiciones establecidas a tal efecto en el Reglamento de Regularización de Deudas.

Artículo 24: Aquellos beneficiarios voluntarios que hayan sido suspendidos en función de lo preceptuado en el artículo anterior, deberán cumplimentar al momento de su rehabilitación la correspondiente historia clínica, dejándose establecido que las enfermedades que surgieran de la misma, darán lugar a lo ordenado en el artículo 8° del presente Régimen.

III.- Del costo de la Cobertura Médica Integral

Artículo 25: El costo del aporte al Sistema de Cobertura Médica Integral será móvil y establecido por períodos que determine el Directorio y podrá ser modificado por dicho órgano cuando lo considere conveniente. Los gastos originados por las prestaciones previstas en este reglamento o que autorice el Directorio por inversiones afines, por administración, por honorarios de asesorías, verificaciones y otros, que demande el Sistema de Cobertura Médica se considerarán integrantes del aporte mencionado (Artículo 47 de la Ley 8.119 y sus modificatorias)

Artículo 26: En concordancia con lo reglado en el Artículo 45 de la ley 8119 y sus modificatorias, los aportes dedicados a la Cobertura Médica Integral de los afiliados en actividad de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires y sus adherentes, a los efectos de su recaudación, serán emitidos oportunamente conjuntamente con los aportes que establece el Artículo 34 Inc. a) de la Ley 8119. Con respecto a los afiliados en pasividad y a los pensionados de la Caja, se les emitirá una boleta de aportes únicamente por el artículo 34 inciso c) de La Ley 8.119, las que serán emitidas en la misma oportunidad y con el mismo vencimiento que para los afiliados activos, debiendo abonarlas por cualquiera de los medios de pago habilitados a tal efecto. El aporte por cobertura médica del jubilado y/o pensionado será establecido por el Directorio. En caso de falta de pago de dicho aporte, se los suspenderá en el goce de las prestaciones conforme lo establece el art. 77 de la Ley 8.119.

CAPITULO III

Afiliados obligados - Condiciones de Ingreso

1 - Nuevos Matriculados - Condiciones particulares

1.1.- Hasta 180 días de fecha de expedición del título profesional habilitante

Artículo 27: Los Odontólogos, cuya matriculación en el Colegio de Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se realice dentro de los ciento ochenta (180) días de la expedición del Título Profesional Habilitante o en su defecto de la fecha de expedición del Certificado Analítico Universitario, que acredite que aprobó la totalidad de las materias del plan correspondiente, ingresarán al Sistema en el Plan 2010 con un aporte subsidiado en un 35% durante el primer año de revista y en las categorías correspondientes de acuerdo a la edad al momento de su incorporación. Asimismo este beneficio se encontrará limitado para aquellos afiliados que se matriculen en el Colegio de Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires habiendo cumplido hasta los treinta y dos (32) años de edad inclusive. Tampoco gozarán de este subsidio aquellos afiliados que, si bien se matriculasen dentro de los 180 días mencionados, procedan a cancelar su matrícula y rehabilitarla luego con posterioridad a ese plazo, ya que lo que se busca beneficiar es el comienzo del ejercicio profesional próximo a la fecha de finalización de la carrera universitaria.

1.2.- Con más de 180 días de la fecha de expedición del título profesional habilitante.

Artículo 28: Los odontólogos cuya matriculación en el Colegio de Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se realice con posterioridad a los ciento ochenta (180) días de la expedición del Título Profesional Habilitante, que acrediten que aprobó la totalidad de las materias del plan correspondiente, o en su defecto de la fecha de expedición del Certificado Analítico Universitario de estudios cursados extendido por autoridad competente, ingresarán al Sistema de Cobertura Médica en el Plan 2010 y en las categorías correspondientes de acuerdo a la edad al momento de su incorporación. En caso que, al momento de su matriculación, el afiliado tuviere cuarenta y cinco (45) o más años de edad, se le aplicará lo previsto para los reingresantes.

CAPITULO IV

Reingresos - Rehabilitaciones

Artículo 29: Aquellos afiliados obligados que se hayan eximido del aporte al Sistema de Cobertura Médica, por tener una Obra Social obligatoria en virtud de un trabajo en relación de dependencia, y que adquiriesen, posteriormente, la obligatoriedad de reincorporación por cese de dicha eximición, poseyendo al momento de su reingreso al sistema hasta cuarenta y cinco (45) años de edad inclusive, deberán abonar el Aporte del Artículo 34, inciso c), que le corresponda más un Adicional por Módulo de Permanencia, cuyo valor se establece en un 6% (seis por ciento) complementario por cada período anual o fracciones mayores de seis (6) meses, sobre el cargo correspondiente a su categoría, debiendo abonar el mismo por todo el tiempo en que haya permanecido fuera del Sistema. Es decir que si el afiliado estuvo 10 años eximido deberá abonar este adicional durante 10 años, luego de lo cual pasará a abonar el aporte que le corresponda sin el referido adicional. En caso que el afiliado, al reingresar al sistema poseyera cuarenta y seis (46) años o más de edad deberá abonar el Aporte del Artículo 34, inciso c), que le corresponda más el referido Adicional por cada período anual o fracciones mayores de 6 meses que no haya estado en el sistema, el que se aplicará de ahí en más sin límite temporal. Para este último caso, en el supuesto que la finalización de la eximición del aporte a la cobertura médica, se haya generado en la circunstancia del despido del afiliado del trabajo en relación de dependencia (pública o privada) por el que tenía una obra social obligatoria, por única vez, el Adicional por Módulo de Permanencia se abonará por cada período anual o fracciones mayores de seis (6) meses, sobre el cargo correspondiente a su categoría, por todo el tiempo en que haya permanecido eximido y fuera del Sistema. A esos efectos deberá acreditar la terminación de la relación laboral pública o privada por decisión del empleador, con la presentación de la documentación correspondiente, la que será evaluada por el personal administrativo. En caso que el afiliado no presente la documentación o demore en entregarla se le aplicará la regla general hasta que cumpla con la presentación. Esta excepción sólo podrá ser utilizada una única vez en la vida del afiliado, por lo que de eximirse nuevamente con posterioridad y luego reingresar al sistema, se procederá a aplicar la regla general por la cual el referido adicional se aplicará sin límite temporal alguno.

Para el caso de aquellos afiliados obligatorios al sistema de cobertura médica, que incurran en suspensión en el goce de la cobertura médica, por poseer deuda de aportes, permaneciendo suspendidos por el plazo de un (1) año o superior y que posean, al momento de abonar la deuda en su totalidad, hasta cuarenta y cinco

(45) años de edad inclusive, deberán abonar el Aporte del Artículo 34, inciso c), que le corresponda más un Adicional por Módulo de Permanencia, cuyo valor se establece en un 6% (seis por ciento) complementario por cada período anual o fracciones mayores de seis (6) meses, sobre el cargo correspondiente a su categoría, debiendo abonar el mismo por todo el tiempo en que haya permanecido suspendido en el goce de la cobertura por deuda de aportes. Es decir que si el afiliado estuvo 10 años suspendido deberá abonar este adicional durante 10 años, luego de lo cual pasará a abonar el aporte que le corresponda sin el referido adicional. En caso que el afiliado, al reingresar al sistema poseyera cuarenta y seis (46) años o más de edad deberá abonar el Aporte del Artículo 34, inciso c), que le corresponda más el referido Adicional por cada período anual o fracciones mayores de 6 meses que no haya estado en el sistema, el que se aplicará de ahí en más sin límite temporal.

Se deja constancia que este Adicional por Módulo de Permanencia podrá ser modificado por el Consejo de Administración de la Fundación CO.ME.I. o el Directorio, teniendo en cuenta la sustentabilidad del Sistema.

Artículo 30: Los odontólogos que rehabiliten su matrícula, como así también los reincorporados que se mencionan en el artículo anterior, deberán ingresar al Plan 2010 cualquiera haya sido su adhesión a otros Planes del Sistema al momento de su egreso.

Artículo 31: Los familiares o adherentes de aquellos Afiliados obligados eximidos o rehabilitados cuando soliciten ser reincorporados, siempre que cumplan las demás condiciones reglamentarias, deberán ingresar al Plan 2010 y les corresponderá asimismo la aplicación del Adicional por Módulo de Permanencia como cualquier otra modificación que resulte necesaria.

CAPITULO V

Adherentes Voluntarios - Condiciones de ingreso

Artículo 32: En función de las patologías declaradas en las respectivas Historias Clínicas y/o Declaraciones Juradas y/o exámenes médicos o cualquier otra documentación aportada de los interesados Adherentes Voluntarios a cargo de Afiliados Activos y continuidad de los adherentes voluntarios de los Pasivos y/o las que surjan del análisis de la Auditoría Médica, se establecerán las situaciones de preexistencias que generen un aporte diferencial. La ponderación de dichas

patologías y sus valores referenciales estará a cargo de la Prestadora del Servicio Médico. En todos los casos el titular que solicite el ingreso del adherente o el propio adherente -de corresponder-, tendrá que informar la aceptación del valor del aporte por el mismo medio por el que les sea indicado.

CAPITULO VI

PLANES DE COBERTURA MÉDICA PARA AFILIADOS ODONTOLOGOS EN LOS TERMINOS DE LA LEY 8.119

PLAN 2010 (Ex Máxima Cobertura)

Artículo 33: Ingresarán a este Plan todos los matriculados en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, tanto en la Categoría Individual o bien como Grupo Familiar. Asimismo, continuarán revistiendo en este Plan los Afiliados Activos, Pasivos y sus auspiciados que se encontraban incluidos en el Plan de Máxima Cobertura al momento de la reestructuración de los Planes Asistenciales.

PLAN 1010 (Ex Asistencial Básico)

Artículo 34: Continuarán revistiendo en este Plan los Afiliados Activos, Pasivos y sus auspiciados que se encontraban incluidos en el Plan Asistencial Básico al momento de la reestructuración de los Planes respectivos. En caso de salir del sistema de cobertura médica y luego reingresar al mismo, por cualquiera que fuere la causa, ingresarán automáticamente al Plan 2010.

Disposiciones comunes para ambos Planes:

Artículo 35: A los efectos administrativos, se establecen las siguientes categorías para los Afiliados y Beneficiarios, ya sea su condición Individual o Grupo Familiar: NOBIS: hasta 25 años de edad; JUVENIS: de 26 a 35 años de edad; PLENUS: de 36 a 60 años de edad; SENIOR: de 61 años en adelante; PRIMER HIJO: El primer hijo/a del afiliado que naciere en el sistema y/o ingresase al mismo con hasta 8 (ocho) años de edad inclusive, podrá permanecer en el sistema hasta los veintiséis (26) años de edad inclusive, conservando la categoría; SEGUNDO HIJO: El segundo y siguientes hijos/as del afiliado que nacieren en el sistema y/o ingresasen al mismo con hasta 8 (ocho) años de edad inclusive, podrán permanecer en el sistema hasta los veintiséis (26) años de edad inclusive, conservando la categoría; CELEBRITAS PRIMA: Aquellos hijos de afiliados que ingresasen al sistema habiendo cumplido los nueve (9) años de edad, entrarán a esta categoría. Todas

las categorías anteriormente mencionadas podrán ser modificadas por Resolución de Directorio o del Consejo de Administración de la Fundación CO.ME.I.

Artículo 36: La atención médico asistencial se brindará a través de los centros habilitados y profesionales incluidos en la Cartilla de Prestadores de la Fundación Co.Me.I.

Artículo 37: Las disposiciones del presente régimen están sujetas a modificación por el Consejo de Administración de la Fundación CO.ME.I., en su calidad de Prestadora del Servicio de Salud, siempre teniendo en cuenta la sustentabilidad del sistema.
