

## REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICO ASISTENCIALES

Modificado por asamblea extraordinaria del 21/04/2023

ART. 1: El presente reglamento se dicta a los fines de establecer las pautas básicas de las prestaciones médico-asistenciales a otorgar por parte de la CAPROME a los afiliados que no cuenten con cobertura, según lo establecido en el artículo 61 de la Ley 3621 y sus modificatorias. El Directorio de la CAPROME tiene facultades para interpretar el presente reglamento siempre que fuera necesario y para reglamentar cualquier cuestión que no esté expresamente prevista, rigiendo las pautas establecidas hasta el momento en que se convoque a Asamblea Extraordinaria al efecto de reglamentar dichas cuestiones.

### FORMA DE COBERTURA

ART. 2: La CAPROME suscribirá Convenio para la cobertura de salud con obras sociales y/o empresas de medicina prepaga. En dichos convenios deberá asegurarse que las empresas y/o obras sociales:

- 1- Cubran con la cuota mínima individual, el Plan Médico Obligatorio.
- 2- Acepten a los afiliados y beneficiarios de la CAPROME sin límite de edad.
- 3- Den cobertura a los beneficiarios discapacitados.
- 4- Esté prevista la facultad de rescisión a favor de la CAPROME en caso de recibir quejas en la prestación del servicio por parte de afiliados o beneficiarios.

ART. 3: El Directorio de la CAPROME elegirá una de las prestadoras con las que se suscriban convenios a fin de que todos los afiliados que no eligieran en tiempo y forma una cobertura, sean aportantes a la misma.

ART. 4: El afiliado o beneficiario deberá presentar anualmente Declaración Jurada respecto a si cuenta o no con cobertura de salud, con constancias que acrediten el efectivo pago de la cobertura con la que cuente, siendo su exclusiva responsabilidad las consecuencias derivadas de su incumplimiento.

ART. 5: En todos los casos en que un afiliado o beneficiario que contaba con cobertura de salud dejara de tenerla y denunciara dicha circunstancia a la

CAPROME, será incorporado al sistema a partir del mes siguiente al de la denuncia, debiendo comenzar a realizar el aporte correspondiente a partir de esa fecha.

Si no efectuara en tiempo y forma la denuncia, perderá el derecho a recibir cualquier tipo de beneficio del presente sistema, hasta el momento en que inicie el pago correspondiente a la cobertura que elija.

ART. 6 : El afiliado o beneficiario podrá elegir cualquiera de las prestadoras con que haya efectuado convenio la Caja, incluyéndose en su cuota a los activos o descontándose de su beneficio a los pasivos, el monto que corresponda a la cobertura elegida. Si el afiliado o beneficiario no efectuara la opción en las fechas y según las modalidades que establezca el Directorio, se le incluirá en el padrón de la prestadora seleccionada por este.

ART. 7 : El afiliado o beneficiario podrá cambiarse de prestadora una vez por año, debiendo solicitar por escrito la modificación ante la CAPROME, hasta la fecha límite que establezca el Directorio.

ART. 8 : El afiliado o beneficiario deberá completar la totalidad de los requisitos exigidos por la prestadora que elija, así como una solicitud de incorporación, con carácter de declaración jurada en la cual constará que conoce la totalidad de las condiciones de prestación y las acepta, entregándosele en ese momento una copia del presente reglamento.

ART. 9 : Es responsabilidad del afiliado o beneficiario denunciar ante la Caja cualquier modificación en su situación de cobertura, siendo exclusivamente responsable de su actuar omisivo. El afiliado o beneficiario que se encuentre en mora en cualquiera de sus obligaciones con la CAPROME perderá derecho a cobertura mientras dure la misma, no siendo la Caprome responsable en ningún caso.

ART. 11: Serán a cargo del afiliado o beneficiario la totalidad de los gastos que se generan por la mora en que incurra en el pago de sus obligaciones.

ART. 12: El afiliado o beneficiario deberá hacer conocer formalmente a la CAPROME cualquier falencia en la prestación del servicio de la Obra Social o Empresa de medicina prepaga que hubiera elegido, a fin de que la CAPROME pueda tomar los recaudos correspondientes. La CAPROME efectuará el reclamo pertinente a la prestadora, siendo los reclamos reiterados causales de rescisión del Convenio suscripto.

ART. 13: El afiliado o beneficiario no podrá reclamar ningún tipo de cobertura adicional a la otorgada por la prestadora que elija o que se le asigne de no efectuar la opción.

#### FONDO DE CONTINGENCIA

ART.14: El monto del fondo lo fija el Directorio en oportunidad de establecer los valores para la cuota de aportes en cada cuatrimestre.

ART. 15: Destino del fondo:

- Sentencias que condene a la CAPROME al pago de servicios de salud de afiliados o beneficiarios.
- Abonar la cápita en convenios que se instrumenten para atender la cobertura de salud de afiliados de CAPROME.
- Otros destinos que considere relacionados con salud ad referéndum de la siguiente asamblea.

ART. 16: Los afiliados mantienen el derecho de permanecer como beneficiarios de cobertura de salud mediante alguno de los convenios formalizados por CAPROME, siendo responsables por el pago de la misma, en los siguientes casos:

- a) ingresen a categoría JH.
- b) afiliados jubilados que hayan gestionado su baja
- c) beneficiarios de pensión aun cuando se haya agotado el fondo de la misma.

ART. 17: El presente reglamento podrá ser modificado en todo o en parte mediante Asamblea Extraordinaria convocada al efecto. La Asamblea podrá autorizar el Directorio de la Caja a introducir modificaciones parciales al presente Reglamento, las que no podrán abarcar las facultades expresamente otorgadas por la Ley a la Asamblea.