

SOLICITUD DE COMPLEMENTO PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Apellido y Nombre: _____
2. DNI: _____
3. ¿Es Afiliado/a? **SI** **Código Profesional:** _____ **NO** **Parentesco*:** _____
**Cónyuge, conviviente, hijos menores a 21 años o incapaces económicamente a su cargo, pensionados.*
4. Domicilio: _____
5. Localidad: _____
6. Provincia: _____
5. Teléfono de Contacto: _____
6. Correo Electrónico: _____
7. Estado Civil: _____

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

1. ¿Quién solicita es el Beneficiario/a? **SI** **NO**
2. Completar **solo** si anteriormente se marcó **NO**
 - 2.1. Vínculo con el Afiliado/a: _____
 - 2.2. Apellido y Nombre del Beneficiario/a: _____
 - 2.3. DNI del Beneficiario/a: _____
 - 2.4. Relación con el Afiliado/a:* _____

**Cónyuge, conviviente, hijos menores a 21 años o incapaces económicamente a su cargo.*

INFORMACIÓN DEL TRASPLANTE

1. Órgano a Trasplantar: _____
2. Entidad Médica/Institución donde se realizará el procedimiento: _____
3. Fecha programada del trasplante (si está definida): _____
4. *Cobertura de Obra Social u Otros Sistemas*
 - 4.1 ¿Cuenta con obra social? (Sí / No)
 - 4.2 Porcentaje de cobertura de obra social: ____%
 - 4.3 Porcentaje de gastos no cubiertos por la obra social: _____%
 - 4.4 Detalle de costos no cubiertos: _____

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

1. Certificación médica sobre la necesidad del trasplante (emitida por el Médico tratante).
2. Historia clínica del beneficiario.
3. Foja quirúrgica.
4. Diagnóstico y detalles del tratamiento pre y post-trasplante.
5. Presupuesto detallado del procedimiento y materiales necesarios.
6. Certificación del porcentaje de cobertura de la obra social u otros sistemas asistenciales.
7. Constancia de inscripción en INCUCAI (para trasplantes que lo requieran).
8. Copia simple del DNI del Beneficiario/a.
9. Constancia de CBU.

El otorgamiento del complemento procederá cuando concurren las circunstancias del Art. 4 y cctes. de la Resolución N° 919/2005.

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente formulario y en la documentación adjunta son verdaderos y completos. Asimismo, ***informo que no poseo deuda en relación al Aporte Especial al Fondo Solidario para Otras Coberturas*** y autorizo a la Caja Forense de La Pampa a requerir informes adicionales de la institución médica u obra social involucrada.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: __/__/____

INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE

Este formulario debe ser completado en su totalidad y presentado junto con la documentación requerida en la sede administrativa de la Caja Forense de La Pampa. ***El plazo para la presentación es dentro de los noventa (90) días corridos de realizado el trasplante, o de los treinta (30) días corridos del alta médica.***

DATOS DEL RESPONSABLE QUE RECIBE

Fecha de Recepción: __/__/____ Firma y sello: _____



**SOLICITUD DE BENEFICIO
INDEMNIZACION/REEMBOLSO**



DIVISION SEGUROS DE
PERSONAS

POLIZA		CERTIFICADO		SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.
(Ref 831082)		134		
MODULO		% DE COBERTURA		
A	B			
NRO. DE SINIESTRO				

TOMADOR o TITULAR	CAJA FORENSE DE LA PAMPA																		
	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL																		
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT				NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT														
	DNI	LE	LC	CI	X	CUIT	3	0	-	5	8	6	9	2	0	9	7	-	5
	CALLE						NRO.			PISO			DTO.						

FORMA DE PAGO	NUMERO DE CUENTA										BANCO							
	864578										DE LA PAMPA							
	NUMERO DE CBU																	
0 9 3 0 3 0 0 1 1 0 1 0 0 0 0 8 6 4 5 7 8																		

ASEGURADO ATENDIDO	APELLIDO Y NOMBRES																	
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO										FECHA DE NACIMIENTO			
	DNI	LE	LC	CI														

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	APELLIDO Y NOMBRE/RAZON SOCIAL																	
	MEDICO TRATANTE						DIAGNOSTICO						FECHA DE DIAGNOSTICO					
	CODIGO DEL NOMENCLADOR						FECHA DE INTERNACION DESDE						FECHA DE INTERNACION HASTA					
	LUGAR Y FECHA:																	
	FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE																	
	SELLO DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL																	

COBERTURA AFECTADA	<input type="checkbox"/> INTERVENCIONES QUIRURGICAS	<input type="checkbox"/> GRAN TRAUMA
	<input type="checkbox"/> TRASPLANTES	<input type="checkbox"/> DROGAS ONCOLÓGICAS (INDEMNIZATORIO)
	<input type="checkbox"/> PROTESIS	<input type="checkbox"/> SIDA /HIV
	<input type="checkbox"/> RENTA DIARIA POR INTERNACION	<input type="checkbox"/> ADICCIONES
	<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	<input type="checkbox"/> NEONATOLOGÍA

Declaro a mi saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que Sancor Coop. de Seguros Ltda. pueda recabar cualquier información de cualquier médico que alguna vez me haya atendido y de cualquier compañía de Seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

LUGAR:

FECHA: FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

IMPORTANTE:

- En todos los casos deberá llenarse en forma completa la presente solicitud en "Datos del Asegurado" y "Datos del Establecimiento Asistencial" y estar firmado por el médico tratante, incluyéndose el sello del Establecimiento Asistencial.
- Deberá acompañarse:
 - historia clínica con protocolo quirúrgico,
 - constancia de inscripción en el INCUCAI (para el caso de Trasplante),
 - recibos originales de pagos realizados (para Prótesis).
- La Aseguradora podrá requerir cualquier otra documentación adicional, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Contractuales.

A COMPLETAR POR SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA.	AUTORIZACION	<input type="checkbox"/> SI						<input type="checkbox"/> NO																
	CAUSA DE LA NEGATIVA	<input type="checkbox"/> FALTA DE PAGO						<input type="checkbox"/> FUERA DE VIGENCIA						<input type="checkbox"/> PREEXISTENCIA										
		<input type="checkbox"/> NO ASEGURADO						<input type="checkbox"/> EN CARENCIA						<input type="checkbox"/> OTROS:										
	VºBº AUDITORIA MEDICA												AMPLIACIONES MEDICAS A SOLICITAR											
	FECHA:..... FIRMA: FECHA:											



SOLICITUD DE BENEFICIO
INDEMNIZACION/REEMBOLSO



PERSONAS

POLIZA (Ref 831082)		CERTIFICADO 134	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL
MODULO		% DE COBERTURA		
A	B			
NRO. DE SINIESTRO				

TOMADOR O TITULAR	CAJA FORENSE DE LA PAMPA														
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT					NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT									
	DNI	LE	LC	CI	X	3	0	-	5	8	6	9	2	0	9
	CALLE										NRO.		PR		
	25 DE MAYO					246		-							
COD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA				45-4212/14				
6300			SANTA ROSA				LA PAMPA								

COMPLETAR CON LOS DATOS DEL AFILIADO/A

FORMA DE PAGO	NUMERO DE CUENTA										BANCO									
	864578										DE LA PAMPA									
	NUMERO DE CBU																			
0 9 3 0 3 0 0 1 1 0 1 0 0 0 0 8 6 4 5 7 8																				

ASEGURADO ATENDIDO	APELLIDO Y NOMBRES																		
	TIPO DE DOCUMENTO					NRO. DE DOCUMENTO					FECHA DE NACIMIENTO								
	DNI	LE	LC	CI															

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	APELLIDO Y NOMBRE/RAZON SOCIAL																			
	MEDICO TRATANTE					DIAGNOSTICO					FECHA DE DIAGNOSTICO									
	CODIGO DEL NOMENCLADOR					FECHA DE INTERNACION DESDE					FECHA DE INTERNACION HASTA									
	LUGAR Y FECHA:																			
	FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE										SELLO DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL									

DEBEN ESTAR **TODOS** LOS DATOS BIEN COMPLETOS

COBERTURA AFECTADA	ESTA SECCION NO DEBE COMPLETARSE																			
	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA										NEFRATOCLODIA									

LO COMPLETA EL PERSONAL DE CAJA

Declaro a mi saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que Sancor Coop. de Seguros Ltda. pueda recabar cualquier información de cualquier médico que alguna vez me haya atendido y de cualquier compañía de Seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

LUGAR:	FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR
FECHA:/...../.....	

LO FIRMA EL AFILIADO/A. PUEDE ESTAR SIN FIRMA SI SE ENCUENTRA IMPOSIBILITADO DE HACERLO

IMPORTANTE:

- En todos los casos deberá llenarse en forma completa la presente solicitud en "Datos del Asegurado" y "Datos del Establecimiento Asistencial" estar firmado por el médico tratante, incluyéndose el sello del Establecimiento Asistencial.
- Deberá acompañarse:
 - historia clínica con protocolo quirúrgico,
 - constancia de inscripción en el INCUCAI (para el caso de Trasplante),
 - recibos originales de pagos realizados (para Prótesis).
- La Aseguradora podrá requerir cualquier otra documentación adicional, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Contractuales.

A COMPLETAR POR	ESTA SECCION NO DEBE COMPLETARSE																			

VISTO:

Las Resoluciones Normativas N° 796/2000 y 859/2003 reglamentarias de las Coberturas Solidarias previstas en el artículo 8° de la Ley 1861; y

CONSIDERANDO:

Que, mediante la realización de reuniones generales realizadas en Santa Rosa y General Pico, el Directorio pudo recoger la opinión de los afiliados respecto del marco normativo que reglamenta el otorgamiento de estos beneficios, particularmente respecto de los Subsidios Solidarios, las Contingencias de Salud Graves e Imprevistas y los Subsidios por Incapacidad Total o Parcial y Transitoria;

Que, sobre la base de las propuestas mayoritarias de los afiliados asistentes, el Directorio implementó sendas encuestas de opinión entre todos los afiliados, relacionadas con el Complemento para Contingencias de Salud Graves e Imprevistas y el Subsidio por Incapacidad Total o Parcial y Transitoria;

Que mayoritariamente, los afiliados se expidieron respecto a mantener los marcos de otorgamiento y financiamiento establecido para los Subsidios Solidarios mediante la Resolución Normativa N° 798/2000;

Que, respecto del marco reglamentario que rige el otorgamiento y financiamiento del Complemento para Contingencias de Salud Graves e Imprevistas y el Subsidio por Incapacidad Total o Parcial y Transitoria, la mayoría de los afiliados se inclinó por la implementación de las modificaciones propuestas en la encuesta;

Que, en consecuencia, se considera necesario unificar el marco reglamentario de las Coberturas Solidarias mediante la emisión de una nueva Resolución Normativa que incluya las disposiciones de la Resolución Normativa N° 796/2000; las modificaciones introducidas por la Resolución 859/2003; y las modificaciones propuestas por el Directorio en base a la opinión de los afiliados, sin perjuicio de los ajustes de redacción y de las aclaraciones que se han considerado pertinentes;

Que, teniendo en especial consideración la magnitud de la mayoría que participó en esas consultas, se estima procedente hacer extensiva la compensación de deudas por Aporte Especial con excedentes de aporte anual que el afiliado registre en su Cuenta Especial;

Que, con relación al Complemento para Transplante de Órganos y al Complemento para Contingencias de Salud Graves e Imprevistas, el Directorio ha decidido que, para los afiliados, su cobertura se efectúe mediante un seguro denominado “Salud Segura” contratado con el Grupo Sancor Seguros, con los montos y condiciones que se establecen en la respectiva póliza;

POR ELLO:

EL DIRECTORIO DE LA CAJA FORENSE DE LA PAMPA

RESUELVE:

I.- Complemento para Transplante de Órganos

Artículo 1º.- El Complemento para Transplante de Órganos previsto en el inciso b) del artículo 8º de la Ley 1861 se otorgará en casos de transplantes de hígado, médula ósea, corazón, riñón, páncreas, pulmón, córnea y auto-transplante de médula ósea con destino a:

- a) Afiliados con carácter de beneficiarios; su cónyuge o conviviente, éste conforme lo establecido en el artículo 26; sus hijos solteros menores de veintiún (21) años o incapaces económicamente a su cargo, para todos luego de transcurridos dos (2) años desde que el afiliado adquirió el carácter de beneficiario;
- b) jubilados; su cónyuge o conviviente, éste conforme lo establecido en el artículo 26; sus hijos solteros menores de veintiún (21) años o incapaces, económicamente a su cargo;
- c) pensionados.

La patología que origine o haya originado la necesidad de transplante de quien lo reciba o lo haya recibido deberá ser sobreviniente a la fecha en que el afiliado adquiera el carácter de beneficiario.

Artículo 2º.- Esta cobertura tendrá el carácter de complementaria de la que tenga el receptor del transplante, a través de su obra social u otros sistemas o beneficios, por lo que no podrá otorgarse para sustituir otra cobertura, o cuando el mismo no contara con ella mediante obra social u otros sistemas o beneficios.

Artículo 3º.- El peticionante deberá acompañar con su solicitud: certificación médica sobre la necesidad del transplante en los términos del primer párrafo del artículo 5º; historia clínica; entidad donde se realizaría y presupuesto para la intervención; denominación y porcentaje de cobertura de obra social, seguro u otro sistema asistencial.

A solicitud del beneficiario, el Directorio podrá otorgar anticipos de gastos.

En los casos cuya urgencia no hubiera posibilitado la presentación de la solicitud con anterioridad a su realización, el Directorio resolverá previa acreditación fehaciente de las circunstancias extraordinarias del caso.

Dentro de los noventa (90) días corridos de realizado el transplante, o de los treinta (30) días corridos del alta médica, si este plazo resultara menor, deberán presentarse las constancias médicas y de cobertura de obra social u otros sistemas o beneficios y las facturas correspondientes, excluyendo los gastos concurrentes.

Artículo 4º.- Procederá el otorgamiento de la cobertura siempre que la patología que afecte al órgano a transplantar sea de carácter irreversible y total y que el transplante sea el único

recurso terapéutico para la recuperación de su función. La Caja se reserva el derecho de solicitar informes respecto a la necesidad del transplante y su razonabilidad.

La Caja podrá solicitar presupuestos a los fines de obtener valores de referencia así como disponer los controles que estime necesarios, inclusive por intermedio de asesorías o auditorías médicas.

Artículo 5°.- La cobertura consistirá en el otorgamiento de un complemento para concurrir a solventar gastos no cubiertos por la obra social u otros sistemas o beneficios que posea el beneficiario, directamente relacionados con el transplante en sí, y dentro de los topes máximos establecidos en el artículo 6°. No comprenderá los siguientes gastos concurrentes:

- a) Gastos de terceros.
- b) Gastos de alojamiento del paciente.
- c) Gastos de traslado del paciente; salvo los casos de patologías o cirugías que, por su complejidad, requieran el desplazamiento de éste hacia centros asistenciales de otra localidad del país para su mejor atención. En tales supuestos, cuando se justifique el traslado en ambulancia o avión, el profesional que disponga la derivación deberá indicarlo. En los casos en que el paciente sea menor de dieciocho años de edad, se reconocerán además, los gastos de traslado de un acompañante. El Directorio determinará la cobertura en los casos especiales que requieran una consideración particular. (***)

(***) **Inciso modificado por Resolución N° 938/2006**

- d) Gastos por coberturas de toda complicación no derivada del transplante; prácticas de cirugía mayor de enfermedades pre-existentes; tratamientos de recaídas.
- e) Gastos derivados de los controles que deba realizarse el paciente con posterioridad a los 60 días de la fecha del transplante.

En la correspondiente rendición de cuentas deberán excluirse los gastos indicados precedentemente.

Artículo 6°.- Los montos máximos de cobertura, según el órgano a transplantar, serán los siguientes:

ÓRGANO	PRE-TRANSPLANTE	TRANSPLANTE
Médula Ósea - Alogénico	Hasta \$ 3.000	\$ 70.000
Médula Ósea – Autólogo	Hasta \$ 5.000	\$ 70.000
Corazón	Hasta \$ 5.500	\$ 60.000
Corazón – Pulmón	Hasta \$ 5.500	\$ 70.000
Pulmón	Hasta \$ 5.500	\$ 70.000
Páncreas	Hasta \$ 4.500	\$ 60.000
Hígado	Hasta \$ 6.700	\$ 70.000
Riñón	Hasta \$ 3.300	\$ 24.000
Córnea	-----	\$ 9.000

Artículo 7º.- En todos los casos en que, por cualquier causa, no llegara a realizarse el transplante que haya originado la cobertura y se hubiera otorgado un anticipo, el importe total del mismo deberá ser reintegrado. El Directorio, por razones debidamente fundadas, podrá eximir parcialmente el reintegro de las sumas efectivamente gastadas, siempre que las mismas no correspondan a gastos concurrentes a que se refiere el artículo 3º.

II.- Complemento para Contingencias de Salud, Graves e Imprevistas

Artículo 8º.- El Complemento para Contingencias de Salud, Graves e Imprevistas se otorgará para cubrir contingencias que afecten a:

- a) Afiliados con carácter de beneficiarios; su cónyuge o conviviente, éste conforme lo establecido en el artículo 26; sus hijos solteros menores de veintiún (21) años o incapaces económicamente a su cargo, para todos luego de transcurridos dos (2) años desde que el afiliado adquirió el carácter de beneficiario;
- b) jubilados; su cónyuge o conviviente, éste conforme lo establecido en el artículo 26; sus hijos solteros menores de veintiún (21) años o incapaces, económicamente a su cargo;
- c) pensionados.

Artículo 9º.- Esta cobertura tendrá el carácter de complementaria de la que tenga quien sufra la contingencia, a través de su obra social u otros sistemas o beneficios por lo que no podrá otorgarse para sustituir otra cobertura o cuando el mismo no contara con ella mediante obra social u otros sistemas o beneficios.

Artículo 10.- Como pauta imprescindible a considerar por el Directorio a los fines del otorgamiento del beneficio, se entenderá que ha existido una contingencia grave e imprevista cuando se trate de accidente o patología sobreviniente imprevisible, que afecte gravemente la salud del beneficiario, o se trate del desenlace de una afección con una derivación imprevisible.

A solicitud del beneficiario el Directorio podrá otorgar anticipo de gastos.

Artículo 11.- Las coberturas que se soliciten para cubrir contingencias de salud que, sin ajustarse a la pauta de gravedad que establece el artículo anterior, tengan el suficiente grado de riesgo e imprevisibilidad como para que el Directorio considere necesario concurrir en auxilio del solicitante, serán cubiertas mediante préstamos restrictivos, quedando a consideración de la Asamblea las solicitudes que se presenten, la que decidirá respecto de la procedencia del beneficio y del reintegro total o parcial del préstamo otorgado.

Artículo 12.- El peticionante deberá acompañar con su solicitud: certificación médica sobre la necesidad de la prestación; historia clínica; diagnóstico; tratamiento; prestaciones requeridas; pronóstico médico sobre la posibilidad de recidiva; entidad donde se realizaría y presupuesto para la intervención; denominación y porcentaje de cobertura de obra social, seguro u otro sistema asistencial; y, en su caso, facturación.

En los casos cuya urgencia no posibilitara la presentación de la solicitud con anterioridad a la intervención médica, el Directorio resolverá previa acreditación fehaciente de las circunstancias extraordinarias que motivaran la urgencia.

En los supuestos en que se hubiera otorgado un anticipo y, por cualquier motivo, no llegara a concretarse la intervención médica, el beneficiario deberá reintegrarlo. No obstante, el Directorio por razones debidamente fundadas, podrá eximir el reintegro de las sumas efectivamente gastadas, siempre que las mismas no correspondan a gastos concurrentes a que se refiere el artículo siguiente.

Dentro de los sesenta (60) días corridos de realizada la prestación, o de los quince (15) días del alta médica, si este plazo resultara menor, deberán presentarse las constancias médicas y de cobertura de obra social u otros sistemas o beneficios y las facturas correspondientes, excluyendo los gastos concurrentes.

Artículo 13.- La cobertura consistirá en el otorgamiento de un complemento para concurrir a solventar gastos no cubiertos por la obra social u otros sistemas o beneficios, directamente relacionados con la contingencia grave en sí y dentro de los topes máximos establecidos en el artículo 15. No comprenderá los siguientes gastos concurrentes:

- a) Gastos de terceros.
- b) Gastos de alojamiento del paciente.
- c) Gastos de traslado del paciente; salvo los casos de patologías o cirugías que, por su complejidad, requieran el desplazamiento de éste hacia centros asistenciales de otra localidad del país para su mejor atención. En tales supuestos, cuando se justifique el traslado en ambulancia o avión, el profesional que disponga la derivación deberá indicarlo. En los casos en que el paciente sea menor de dieciocho años de edad, se reconocerán además, los gastos de traslado de un acompañante. El Directorio determinará la cobertura en los casos especiales que requieran una consideración particular. (***)

(***) **Inciso modificado por Resolución N° 938/2006**

- d) Gastos por coberturas de toda complicación no derivada de la contingencia; prácticas de cirugía mayor de enfermedades pre-existentes; tratamientos de recaídas.
- e) Gastos derivados de los controles que deba realizarse el paciente con posterioridad a los treinta (30) días corridos de la fecha de la intervención médica que originó el beneficio.

Artículo 14.- A los fines del otorgamiento de la cobertura y de la correspondiente rendición de cuentas, la Caja podrá disponer los controles que estime conducentes, especialmente por intermedio de asesorías o auditorías médicas, a los pacientes, sus tratamientos, internaciones y todo aquello que considere necesario, sin perjuicio de los presupuestos que pueda solicitar para obtener valores de referencia.

Artículo 15.- Fíjense en el equivalente al 25% y al 350% del haber jubilatorio correspondiente a la Categoría A vigente al momento del hecho generador del derecho al beneficio, los respectivos montos mínimo y máximo para esta cobertura, en los supuestos de contingencias de salud graves e imprevistas que, si bien no ponen en riesgo la vida del beneficiario, le acarreen a éste una invalidez total y temporal; y en el equivalente al 25% y al 450% del haber jubilatorio correspondiente a la Categoría A en los casos de contingencias graves e imprevistas que pongan en riesgo la vida del beneficiario. (***)

(***) **Texto modificado por Resolución n° 1431/2023**

ARTICULO 16.- Establécese la siguiente escala de porcentajes que, en base a la repercusión que haya tenido la contingencia sobre la economía del afiliado, el Directorio aplicará sobre el monto total de los gastos no cubiertos por la obra social u otros sistemas o beneficios, excluidos los gastos indicados en el artículo 13, y determinará el monto a subsidiar y el monto a ser reintegrado por el beneficiario en los casos en que se hubiera otorgado anticipo de fondos:

Monto de los gastos no cubiertos equivalentes en % de la Categoría A	% de Subsidio	% a reintegrar en casos de anticipos
Del 25% al 100% de la Categoría A	50% – 90%	50% - 10%
Del 101% al 200% de la Categoría A	50% – 85%	50% - 15%
Del 201% al 300% de la Categoría A	60% – 80%	40% - 20%
Del 301% al 450% de la Categoría A	60% – 75%	40% - 25%

(***) **Texto modificado por Resolución n° 1266/2018**

ARTICULO 17.- En los casos de anticipos de fondos, en la resolución en la que se conceda el beneficio se establecerá el monto a reintegrar por parte del afiliado, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos precedentes, el cual deberá ser ingresado dentro de los noventa (90) días corridos contados desde su notificación; vencido dicho plazo la deuda devengará intereses que se calcularán a la tasa mix de uso judicial, desde la fecha en que se efectuó el adelanto de los fondos y hasta la de su efectivo pago.

ARTICULO 18.- Excepcionalmente, el Directorio podrá ampliar el plazo para el reintegro hasta un máximo de doscientos setenta (270) días corridos, cuando considere que existen razones fundadas para ello.

ARTICULO 19.- Al momento de la presentación de la rendición de cuentas, el afiliado el beneficiario deberá indicar, según la escala del artículo 16, el porcentaje de reintegro que considere ajustado a la repercusión que la contingencia ha tenido sobre su economía, lo que efectuará con carácter de declaración jurada, reservándose la Caja Forense el derecho de realizar las comprobaciones que considere necesarias.

III.- Subsidio por Incapacidad Total o Parcial y Transitoria

Artículo 20.- Procederá el otorgamiento del Subsidio por Incapacidad Total o Parcial y Transitoria para el ejercicio de la profesión cuando concurren las siguientes circunstancias:

- a) Que, de acuerdo a las constancias médicas presentadas por el afiliado y a las que eventualmente pueda requerir el Directorio, la capacidad laboral del afiliado estuviera disminuida física y/o psíquicamente en más de un cuarenta por ciento (40%);
- b) que el lapso de incapacidad para ejercer la profesión o el pronóstico para su recuperación no sea inferior a dos (2) meses;
- c) que la incapacidad no derive de contingencias producidas por la práctica de deportes o actividades riesgosas.

Artículo 21.- Con la solicitud deberá acompañarse: historia clínica; pronóstico médico sobre la afección; estimación del médico sobre tiempo de recuperación de la capacidad para ejercer la profesión; y pronóstico médico sobre la posibilidad de recidiva.

La Caja estará facultada para controlar el estado de incapacidad transitoria por todos los medios que estime necesarios, especialmente por intermedio de asesorías o auditorías médicas, al afiliado, sus tratamientos, internaciones y todo aquello que considere necesario.

IV.- Disposiciones Especiales

Artículo 22.- En los casos de afiliados, el Complemento para Transplante de Órganos y el Complemento para Contingencias de Salud Graves e Imprevistas se otorgarán mediante el seguro contratado por la Caja Forense con el Grupo Sancor Seguros, denominado “Salud Segura” o con la póliza o aseguradora que la sustituya y de acuerdo con los montos que se consignent en ella.

Los montos de cobertura indicados en el artículo 6º, según el órgano a transplantar, son los que se especifican en la póliza “Salud Segura”, contratada con el Grupo

Sancor Seguros; en consecuencia, tales montos serán actualizados conforme se modifiquen en dicha póliza o en la que la sustituya, contratada con la misma u otra aseguradora.

Artículo 23.- A los fines de la correspondiente denuncia ante la aseguradora por parte de la Caja, el afiliado deberá poner en conocimiento de la misma el diagnóstico acerca de la necesidad del trasplante dentro de los cinco (5) días corridos de haber sido notificado del mismo.

Si se tratara de un caso de Alta Complejidad Quirúrgica, el afiliado o sus familiares deberán comunicar a la Caja el tipo de operación u operaciones que se le hubiera efectuado o debiera efectuársele, dentro de los diez (10) días corridos contados a partir de la realización de la intervención quirúrgica o anteriores a la fecha prevista para la intervención.

La inobservancia de los plazos de denuncia indicados en este artículo implicarán –respecto de la Caja- la renuncia al beneficio por parte del afiliado, por lo que las coberturas rechazadas por la aseguradora por este motivo no podrán sustituirse por las que otorgue la Caja en forma directa.

Artículo 24.- En los casos de Alta Complejidad Quirúrgica, si la póliza no cubriera la totalidad de los gastos, el Directorio resolverá, respecto de la diferencia y dentro de los límites fijados en el artículo 15, sobre la base de las disposiciones establecidas para los casos en que no exista seguro.

Artículo 25.- El requisito de tener cobertura de obra social u otro sistema, así como las demás disposiciones establecidas para los supuestos en que la Caja se hará cargo de la cobertura en forma directa, no serán de aplicación en los casos en que exista seguro que asuma el riesgo y se regirán por lo que se establezca en la respectiva póliza y las normas propias de la aseguradora.

No obstante, en los casos en que el seguro cubra el riesgo serán de aplicación las disposiciones respectivas de la presente resolución cuando el afiliado solicite anticipo de fondos para hacer frente a la contingencia.

En los casos previstos en el artículo 11, si con posterioridad al adelanto el seguro cubriera el riesgo deberá reintegrarse la totalidad de la suma anticipada.

V- Disposiciones Generales

Artículo 26.- A los fines del Complemento para Trasplante de Órganos y del Complemento para Contingencias de Salud, Graves e Imprevistas, cuando la cobertura fuera originada por el o la conviviente del afiliado, se requerirá que éste se encuentre separado de hecho o legalmente, o sea soltero, viudo o divorciado y estuvieran conviviendo en aparente matrimonio desde por lo menos cinco (5) años inmediatamente anteriores a la fecha de la certificación médica sobre la necesidad del trasplante o de producida la contingencia de

salud, según sea el caso. El plazo de convivencia se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia propia del afiliado y el o la conviviente.

Artículo 26 Bis.- Cuando la prestación sea brindada por la obra social, a través del plan contratado, el beneficio cubrirá el importe a cargo del beneficiario -coseguro-, dentro de los montos y en las condiciones establecidas.

Por el contrario, cuando el beneficiario requiera una prestación diferencial a la admitida en el plan contratado con su obra social, el beneficio cubrirá exclusivamente el importe que hubiera estado a su cargo, de haber recibido la prestación en las condiciones contratadas originariamente; por el resto y hasta cubrir el costo total del servicio elegido por el beneficiario, se le podrá otorgar un préstamo especial, dentro de los mismos montos mínimos y máximos establecidos para el Beneficio, en las condiciones que determine el Directorio de acuerdo con las circunstancias de cada caso. (***)

(***) **Artículo incorporado por Resolución N° 943/2006**

Artículo 27.- A los fines del Complemento para Contingencias de Salud, Graves e Imprevistas y del Subsidio por Incapacidad Transitoria, en casos de recidivas y sin perjuicio de la decisión que adopte el Directorio sobre la procedencia de la cobertura, se seguirá el mismo procedimiento que el establecido para la concesión del beneficio original.

Artículo 28.- Cuando el afiliado beneficiario; su cónyuge o conviviente; sus hijos solteros menores de veintiún (21) años o incapaces económicamente a su cargo; el jubilado; su cónyuge o conviviente; sus hijos solteros menores de veintiún (21) años o incapaces, económicamente a su cargo; o el pensionado tuvieran derecho a resarcimiento económico, se arbitrarán los medios para que la Caja quede subrogada en los derechos crediticios por el daño emergente y hasta el monto de la cobertura otorgada por la Caja.

Artículo 29.- A los fines de la presente, toda irregularidad en la que se incurra, cualquiera fuere el autor y sus circunstancias, obligará al reintegro de los fondos utilizados. A tal fin, los importes abonados por la Caja deberán ser reintegrados con más intereses compensatorios y punitivos, fijados éstos en una vez y media la tasa de aquéllos, adoptándose a tal fin la tasa de descuento de documentos (Tasa Activa) a treinta (30) días del Banco de La Pampa y devengados hasta su efectivo pago.

Artículo 30.- Sin perjuicio del cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 5° de la Ley 1861 a los fines de adquirir el carácter de afiliado beneficiario para acceder a las Coberturas Solidarias a que se refieren los artículos 8° de la mencionada ley, será condición indispensable que, en cada año, el afiliado haya efectuado el Aporte Especial al Fondo Solidario para Otras Coberturas.

En atención a que las Coberturas Solidarias tienen vinculación directa con la salud del afiliado, a los fines de la determinación de su derecho para acceder a las mismas se tendrá especialmente en cuenta el cumplimiento del requisito de acreditación del estado de salud al momento de las afiliaciones o reafiliaciones efectuadas a partir de la vigencia de la Ley 1861.

Artículo 31.- El Aporte Especial que corresponda ingresar a cada afiliado por las Coberturas Solidarias otorgadas en transcurso del año anterior, no podrá superar el monto que surja de aplicar sobre el aporte anual promedio de las categorías en las que el afiliado haya computado todos sus años a los fines de la jubilación ordinaria, el porcentaje que cada año determine la Asamblea Anual Ordinaria, hasta el límite del quince por ciento (15%).

Artículo 32.- El Aporte Especial será compensado total o parcialmente con los excedentes de aportes que el afiliado registre en su Cuenta Especial, excepto que, previo a su vencimiento, el afiliado optara por cancelarlo en forma directa.

Artículo 33.- El Directorio resolverá las situaciones que se planteen y sobre cualquier circunstancia no prevista en la presente.

Artículo 34.- Deróganse las Resoluciones N° 796/2000 y 859/2003.

Artículo 35.- Regístrese, hágase saber, publíquese en el Boletín Oficial y, cumplido, archívese.-

RESOLUCION N° 919/2005.-
