

RESOLUCIÓN CAMARA II – N° 16/2018

VALOR DE CUOTA DEL “PLAN JOVEN” POR RANGOS DE EDAD

VISTO

Las competencias otorgadas por la Ley 8738, en su art. 35, inc. f). que permite a cada una de las Cámaras establecer regímenes y sistemas asistenciales para sus matriculados con carácter obligatorios u optativos pudiendo fijar el valor de los aportes o contribuciones.

La Resolución del Consejo Superior N° 01/68 que crea el Departamento de Servicios Sociales de la Cámara Segunda.

La Resolución de Cámara Segunda N° 09/2003 que establece los alcances y características de la cobertura médica asistencial que brinda actualmente el Plan Joven a los afiliados al mismo.

CONSIDERANDO

Que actualmente el Plan Joven ofrece una cobertura de salud adecuada a las necesidades de los profesionales y afiliados jóvenes.

Que resulta fundamental fomentar el ingreso de jóvenes para fortalecer la sustentabilidad del sistema de salud.

Que el establecimiento de valores de cuota progresivos por rangos de edad es una herramienta adecuada para propiciar el ingreso de afiliados a edades más tempranas.

Que resulta conveniente y necesario adecuar el valor de cuota por rangos de edad, estableciendo una escala progresiva, que facilite el ingreso de los jóvenes profesionales a este plan.

Que asimismo resulta conveniente y necesario adecuar el valor de cuota por rangos de edad, estableciendo una escala progresiva que favorezca la permanencia en el DSS de los hijos de profesionales, mayores de 26 años.

Que resulta técnicamente factible extender la edad de permanencia en el plan Joven hasta los 45 años de edad inclusive para favorecer la continuidad en el sistema de los afiliados al mismo.

Que por ello resulta apropiado establecer valores de cuota diferenciales para los rangos de edad hasta 30 años, de 31 a 35 años, de 36 a 40 años y de 41 a 45 años inclusive, con una progresividad que asegure el financiamiento del plan y la sustentabilidad del sistema.

Que para mantener la solidaridad y a su vez la equidad resulta adecuado establecer cuotas diferenciales, según las distintas categorías matriculares.

POR ELLO

**LA CAMARA SEGUNDA DEL
CONSEJO PROFESIONAL DE CIENCIAS ECONOMICAS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE**

RESUELVE

Artículo 1º: Plan Joven

Establecer que las coberturas, características, alcances y prestaciones del "Plan Joven" se regirán conforme las disposiciones de la presente Resolución.

Artículo 2º: Características y cobertura

Establecer las características y el alcance de las coberturas del "Plan Joven" conforme se indican en el "Anexo A" que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 3º: Modalidades de prestación de los servicios

Fijar que en todo aquello que no esté expresamente establecido en el "Anexo A" de la presente resolución, tendrá validez el Manual de Cobertura y Guía de Servicios del Departamento de Servicios Sociales. Adicionalmente, el Departamento de Servicios Sociales conforme a las facultades otorgadas por su Resolución de Creación, podrá disponer todos aquellos aspectos instrumentales, operativos y de control que no estén expresamente reglamentados en el Manual de Cobertura y la presente resolución.

Artículo 4º: Estructura de Cuotas

Establecer, para el "Plan Joven", valores de cuotas según los siguientes rangos de edad:

- a) Menores de 30 años inclusive
- b) Entre 31 y 35 años inclusive
- c) Entre 36 y 40 años inclusive
- d) Entre 41 y 45 años inclusive

A su vez dichos valores serán diferenciales según la condición matricular, conforme la siguiente estructura:

- a) Si el Titular abona Derecho Anual de Ejercicio Profesional =DAEP-, es Jubilado o Pensionado de la CSS o es Empleado del Consejo.
- b) Si el Titular abona Contribución Anual Mantenimiento Registro Matricular -CAMRM-, es registrado en el Registro de Graduados con Títulos No Tradicionales en Carreras Específicas o es registrado en el Registro de Profesionales en Relación de Dependencia -RPRD-.
- c) Si el Titular tiene alguna otra condición matricular

Los valores de las cuotas correspondientes a la estructura precedentemente indicada serán fijados oportunamente por Resoluciones de Cámara específicamente dictadas a dichos efectos.

Artículo 5º: Edad de ingreso en el Plan

Fijar que la edad tope para ingresar en este Plan se adecuará a los términos establecidos en la Resolución Ca.II N° 05/2008 o la que la reemplace en el futuro.

Artículo 6º: Edad permanencia en el Plan

Fijar como tope para permanecer bajo la cobertura de este Plan los 45 (cuarenta y cinco) años de edad inclusive. El tope de edad establecido se computa en relación al titular del grupo y se hace extensivo a sus cargas de familia. Por lo tanto, a todo afiliado titular al Plan Joven al momento de cumplir 45 (cuarenta y cinco) años de edad le cesará automáticamente la cobertura de dicho Plan, pudiendo éste optar por elegir alguno de los otros planes que tenga vigentes el Departamento de Servicios Sociales.

Artículo 7º: Vigencia e Instrumentación

Establecer que la presente Resolución regirá a partir del 01 de setiembre de 2018, quedando derogadas todas las normas que se opongan a la misma y encomendar al Departamento de Servicios Sociales la debida instrumentación, la comunicación a los afiliados, así como la adecuación de los procesos y sistemas administrativos e informáticos correspondientes.

Artículo 8º: Publicidad y Difusión

Comuníquese al Consejo Superior, a los matriculados y a los afiliados al Departamento de Servicios Sociales, publíquese en el Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe, regístrese y archívese.



Dra. Valeria Salazar
Contadora Pública
Secretaria

Rosario, 06 de agosto de 2018



Dr. Sergio M. Roldan
Contador Público
Presidenta

Anexo "A" - Resolución de Ca. II N° 16/2018

PLAN JOVEN				
DETALLE DE COBERTURA				
Prestación	Descripción	Carencia	Cobertura	
Consultas	Institucionales	s/carencia	Sistema de atención Online en prestadores habilitados - Con Coseguro (1)(5)(6) y presentación de Credencial y DINI	
	Domiciliarias	s/carencia	Cupón Domicilio - Con Coseguro (1)(5)-Interior por reintegro (3)	
Enfermería	Ambulatoria y domicilio	3 meses	100%	Con prescripción médica (1)
Ambulancia	Traslados dentro del radio urbano (no emergencias)	3 meses	100%	Por reintegro (3)
Medicamentos	Ambulatorios	sin carencia	50%	Con Coseguro por cada medicamento (1)(5)
	Internación	3 meses	100%	
	Vacunas	3 meses	50%	Hasta 12 años de edad vacunas de calendario oficial. Antitetánica y antigripal para mayores de 65 años (1)(3)(4)
	Drogas Citostáticas	3 meses	100%	Por provisión y según reglamentación específica (4)
Diagnóstico y Tratamiento baja y mediana complejidad	Análisis de Laboratorio Nomenclados	3 meses	100%	(1)(2)(6)
	Análisis de Laboratorio No Nomenclados	3 meses	100%	(1)(2)(6)
	Radiología Simple	3 meses	100%	(1)(2)(6)
	Electrocardiograma	3 meses	100%	(1)(2)(6)
	Electroencefalograma	3 meses	100%	(1)(2)(6)
	Holter	3 meses	100%	(1)(2)(6)
	Papanicolaou	3 meses	100%	(1)(2)(6)
	Colposcopia	3 meses	100%	(1)(2)(6)
	Fibroscofia	3 meses	100%	(1)(2)(6)
	Senografía	3 meses	100%	(1)(2)(6)
	Medicina Nuclear	3 meses	100%	(1)(2)(4)
	Kinesiología - Fisiatría	3 meses	100%	Hasta 30 sesiones anuales con coseguro por sesión (1)(2)(5)(6)
	Fonoaudiología	3 meses	100%	Hasta 40 sesiones anuales (1)(2)(4)
Ecoografía	6 meses	100%	(1)(2)(6)	
Resonancia Magnética Nuclear	6 meses	100%	(1)(2)(4)	
Tomografía Axial Computada	6 meses	100%	(1)(2)(4)	
Cirugía Eximer Laser		12 meses	Según reglamentación específica (1)(3)(4)	
Internación: Programada	Habitación compartida		100%	Incluye medicamentos, material descartable y ley provincial. Con coseguros según complejidad (1)(4)(5)
	Quimioterapia	3 meses	100%	Sin Coseguro (1)(4)
	Clinica	3 meses	100%	Con Coseguro (1)(4)(5)
	Quirúrgica baja complejidad	12 meses	100%	Con Coseguro (1)(4)(5)
	Quirúrgica mediana complejidad	12 meses	100%	Con Coseguro (1)(4)(5)
	Quirúrgica alta complejidad	12 meses	100%	Con Coseguro (1)(4)(5)
	U.T.I.	12 meses	100%	Con Coseguro (1)(4)(5)
	U.C.	12 meses	100%	Con Coseguro (1)(4)(5)
U.C. Especiales	12 meses	100%	Con Coseguro (1)(4)(5)	
De Urgencia	Idem anterior	s/carencia	100%	Con Coseguro (1)(4)(5)
Anestesia	En cirugías ambulatorias y en internación	Según las carencias internación o prácticas respectivas	100%	(3)
Óptica	Cristales comunes, orgánicos, bifocales, ocupacionales, adicional antirreflejo y lentes de contacto.	6 meses	100%	Según reglamentación específica (1)(3)(4)
Salud Mental	Psicoterapia y Psiquiatría	3 meses	100%	Con coseguro (1) (4)(5)
	Internación Psiquiátrica	6 meses	100%	Con coseguro de internación (1)(4)(5)
Maternidad	Ecografías	sin carencia		Según normas Plan Materno Infantil
	Parto (normal o cesárea) (Hab. Privada)	10 meses	100%	(1)(4) Sujeto a disponibilidad del Prestador
	Anestesia	10 meses	100%	(3)
	Psicoprofilaxis	10 meses		Por Reintegro (3)
	Neonatología	sin carencia	100%	Con coseguro según complejidad. Incluye material descartable y Ley Prov. (1)(4)(5)
Plan Materno Infantil	Consultas embarazos	sin carencia	12 órdenes médicas s/cargo (1)	
	Consultas bebé	sin carencia	12 órdenes médicas s/cargo (1)	
	Leche maternizada	sin carencia	12 envases sin cargo por provisión únicamente	
	Medicamentos y Vacunas	sin carencia	Según Programa Materno Infantil del DSS	
Ortopedia	Elementos ortopédicos	6 meses	50%	Por reintegro (3)
Ortesis	Elementos ortésicos	6 meses	60%	Por reintegro (3)
Prótesis	Elementos protésicos	6 meses		Según cobertura específica (3)(4)
Transplantes y Cirugías Alta Complejidad	Páncreas	12 meses		Según Reglamentación específica (1)(4)
	Riñón	12 meses		
	Corazón	12 meses		
	Córnea	12 meses		
	Médula	12 meses		
	Hígado	12 meses		
	Coclear	12 meses		
	Hueso	12 meses		
	Cirugías Cardiovasculares	12 meses		
	Cirugías Oftalmológicas	12 meses		
Odontología	Prácticas básicas y no básicas	Según examen ingreso	50%	Según Reglamentación específica con tope anual por grupo familiar (1)(3)(4)(5) Implantes sólo por reintegros (3)
Discapacidad	Módulo de Atención Especial	sin carencia		Según presupuesto anual, sujeto a autorización de Auditoría Médica (3)(4)
Reintegros	Todas las especialidades excepto odontología y psicoterapia	sin carencia		Se reconocen reintegros por complemento de otra cobertura o con específica autorización de Auditoría Médica (3)
Asistencia al viajero		1 mes		Argentina y países limítrofes según convenio del DSS
Sepelios	Servicio de Sepelio	6 meses	100%	Según convenio del DSS con empresas de servicio de sepelios
Servicio de Emergencia	Opcional			Según convenios vigentes con cargo adicional

MODALIDAD DE COBERTURA Y NOMINA DE PRESTADORES

a) La modalidad de acceso a las prestaciones del Plan se regirán por las normas generales establecidas en el Manual de Cobertura y Guía de Servicios del Departamento de Servicios Sociales, y por las especificaciones particulares que establezca el Directorio del Departamento de Servicios Sociales en cada caso.

b) La nómina de prestadores del Plan para las diferentes coberturas será establecida y podrá ser modificada por el Directorio del Departamento de Servicios Sociales.

c) El Plan no tiene reintegros directos en Psicoterapia y Odontología, excepto en los casos de afiliados del interior y por complemento de otra cobertura.

Referencias:

- 1) Según Catillas de Prestadores
- 2) Según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas
- 3) Valor Departamento de Servicios Sociales
- 4) Con autorización previa
- 5) Coseguros valor Departamento de Servicios Sociales
- 6) Sistema de autorización Online en prestadores habilitados