

Res. N° 25/16
ÍNDICE DEL REGLAMENTO INTERNO
DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES
(t.o. agosto 2019)

Sección

1. TÍTULO I: Servicios asistenciales médicos (art. 1° al 26°)
 - 1.1. Capítulo I: De los beneficiarios (art 1° y 2°)
 - 1.2. Capítulo II: De los beneficios (art. 3° al 6°)
 - 1.3. Capítulo III: De las obligaciones de los beneficiarios (art. 7° al 16°)
 - 1.4. Capítulo IV: Del funcionamiento (art. 17° al 22°)
 - 1.5. Capítulo V: Del control (art. 23° y 24°)
 - 1.6. Capítulo VI: Disposiciones generales (art. 25° y 26°)

2. TÍTULO II: De los subsidios (art.27° al 34°)
 - 2.1. Capítulo I: De las personas comprendidas (art. 27°)
 - 2.2. Capítulo II: De los beneficiarios (art. 28° al 30°)
 - 2.3. Capítulo III: Del monto (art. 31°)
 - 2.4. Capítulo IV: De los derechos y obligaciones de las personas comprendidas (art. 32° y 33°)
 - 2.5. Capítulo V: Del pago (art.34°)

3. TÍTULO III: Préstamos (art.35° al 42°)
 - 3.1. Capítulo I: De los beneficios (art. 35°)
 - 3.2. Capítulo II: De los beneficiarios (art. 36°)
 - 3.3. Capítulo III: De las obligaciones (art. 37°)
 - 3.4. Capítulo IV: De los requisitos formales (art. 38°)
 - 3.5. Capítulo V: Del otorgamiento (art. 39°)
 - 3.6. Capítulo VI: Disposiciones generales (art. 40° al 42°)

4. TÍTULO IV: Administración y dirección (art. 43° al 50°)
 - 4.1. Capítulo I: De las autoridades (art. 43° al 45°)
 - 4.2. Capítulo II: De las funciones (art. 46°)
 - 4.3. Capítulo III: Disposiciones generales (art. 47° al 49°)

5. TÍTULO V: Disposiciones varias (art. 50°)

TÍTULO I: SERVICIOS ASISTENCIALES MÉDICOS**CAPÍTULO I: DE LOS BENEFICIARIOS**

Art. 1º: Son beneficiarios profesionales de los servicios asistenciales médicos:

- a) Los profesionales inscriptos en el Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Córdoba, siempre que su incorporación se produzca antes de cumplir 55 años de edad.
- b) Los jubilados profesionales en Ciencias Económicas con beneficio en la Caja de Previsión para Profesionales en Ciencias Económicas de la Provincia de Córdoba que se encuentren afiliados al momento de solicitar el beneficio previsional y que hubieren contribuido al Departamento de Servicios Sociales durante el 80% del tiempo de aportes realizados a la citada entidad previsional.

Art. 2º: Son beneficiarios adherentes de los servicios asistenciales médicos:

- a) El cónyuge del profesional, siempre que su incorporación se produzca antes de cumplir 45 años de edad.
- b) Los hijos/as, hijos/as afín, solteros menores de 18 años de edad.
- c) Los profesionales y su grupo familiar directo, matriculados en otros Consejos Profesionales de Ciencias Económicas del país, con contrato de adhesión con nuestro Consejo. Los empleados del C.P.C.E. de Córdoba y la C.P.S., mientras dure la relación de dependencia y/o se hubieren jubilado siendo empleados.
- d) Los beneficiarios adherentes comprendidos en los incisos a) y b) del presente artículo, en caso de fallecimiento del beneficiario profesional, desde el día siguiente a la fecha de ocurrido, previa solicitud voluntaria de permanencia como beneficiario.
- e) La persona que se encontrare unida en convivencia - registrada o no - en los términos del art. 509 y s.s. del C.C.C.N. con el beneficiario directo, en aparente estado de familia, lo que deberá ser acreditado. En los casos que existiese matrimonio previo, de cualquiera de las partes, deberá presentarse fotocopia autenticada de la sentencia de divorcio. La afiliación del cónyuge es incompatible con la afiliación de las personas comprendidas en el presente inciso y viceversa.

CAPÍTULO II: DE LOS BENEFICIOS

Art. 3º. Las prestaciones y los servicios asistenciales médicos serán los comprendidos en el Nomenclador del CPCE, reconocidos a través de resoluciones dictadas por el Consejo Directivo, quien dictará las normas necesarias para su implementación.

Art. 4º. El Consejo se hará cargo de las prestaciones asistenciales médicas reconocidas según el artículo anterior, conforme a los porcentajes que como incisos a), b) y c), forman parte del presente artículo, que sean realizadas por medio de las instituciones, asociaciones y establecimientos asistenciales médicos, profesionales del arte de curar y auxiliares de la medicina, con quienes el C.P.C.E. haya celebrado convenio dentro de los límites de la provincia de Córdoba.

Si para el servicio se aplicaran convenios de reciprocidad o acuerdos celebrados con consejos profesionales de ciencias económicas de otras provincias, la cobertura se prestará por el procedimiento de autorización previa y al valor de los aranceles vigentes en el ámbito territorial de este Departamento; las diferencias que resulten son a exclusivo cargo del afiliado. No son cubiertas las erogaciones derivadas de traslados o estadías para obtener prestaciones fuera de la competencia territorial de Departamento, salvo autorización expresa del Directorio de Administración. No se autoriza ni reconoce prestaciones efectuadas fuera del territorio nacional.

a) Servicios Médicos:

- 70% para los realizados en consultorio externo (servicios ambulatorios).
- 100% para los realizados en internación.

b) Servicios Odontológicos:

- 60% para odontología general.
- 40% para prótesis y ortodoncia.
- 100% para niños comprendidos entre 6 y 13 años de edad, en los capítulos de consultas, operatoria dental, endodoncia y odontología preventiva.
- 100% para jubilados en prótesis completa.

c) Medicamentos: Autorizados por ANMAT u organismo que lo reemplace en el futuro.

- 28% para los recetados a pacientes ambulatorios.
- 100% para los prescriptos a pacientes internados.

Los porcentajes mencionados anteriormente podrán ser modificados en forma parcial o total por el C.P.C.E. a través de resoluciones, en consideración de las circunstancias del momento.

Art. 5°. Serán reconocidos por reintegro:

- a) Los montos abonados por el beneficiario en caso de emergencias y/o accidentes, cuando la atención se efectúa por medio de establecimientos asistenciales o profesionales con los que no se cuente con convenios, que correspondan a conceptos cubiertos por el C.P.C.E., hasta el tope previsto en este reglamento o lo abonado, lo que fuere menor, inclusive fuera de la provincia de Córdoba pero dentro del ámbito del territorio Nacional.
- b) Las prestaciones médicas otorgadas por establecimientos asistenciales ubicados en lugares donde no existan prestadores con convenio dentro de un radio menor a 30 Km, del domicilio real del afiliado.
- c) El coseguro pagado por el beneficiario cuando las prestaciones sean realizadas por intermedio de otra obra social y/o servicio de salud, por la suma abonada, siempre y cuando esta no supere los porcentajes reconocidos por el Consejo para los servicios médicos y odontológicos, según el artículo 4°, que se establece como tope a reintegrar.

Art. 6°: No serán reconocidos: derechos por acompañantes a beneficiarios mayores de doce (12) años de edad, servicios adicionales en internación, materiales descartables, traslados, tratamientos exclusivamente estéticos, los servicios prestados fuera del país, enfermedades profesionales, accidentes in itinere; medicamentos, prácticas e internaciones con fines experimentales, los intentos de suicidio o cualquier otra lesión o enfermedad intencional autoprovocada, internaciones geriátrica; y toda otra prestación expresamente excluida por resolución específica. En ningún caso se reconocerá cobertura por prestaciones, medicamentos y materiales que no sean indicados por un facultativo perteneciente a la nómina de prestadores con los que el CPCE haya formalizado convenio.

CAPÍTULO III DE LAS OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS

Art. 7°. Los beneficiarios profesionales y los beneficiarios adherentes deberán abonar una contribución mensual, que se fijará periódicamente, con vencimiento igual al que opere para el Derecho por Ejercicio Profesional.

La contribución para los primeros se denomina “complemento prestación servicios sociales”, mientras que para los segundos “costo prestación servicios sociales”.

Los jubilados profesionales en Ciencias Económicas y los empleados del CPCE de Córdoba y la CPS que soliciten la afiliación como beneficiarios adherentes, según art. 2° deben abonar una contribución mensual igual al monto que la H. Asamblea haya fijado para el ejercicio profesional, en la parte afectada al Departamento de Servicios Sociales, más el “complemento prestación servicios sociales”.

Las incorporaciones o reincorporaciones de beneficiarios se autorizarán, previa aceptación del Directorio, respetando el escalón que le corresponda por aplicación del puntaje asignado a la edad en la escala de contribuciones siguiente:

Escalón	Edades		Puntos
1	0	29	100
2	30	34	125
3	35	39	150
4	40	44	175
5	45	49	200
6	50	54	250
7	55	59	350
8	60	ó más	450

EL valor del punto será establecido por resolución del Consejo Directivo, para el “complemento prestación servicios sociales” y “costo prestación servicios sociales” que deben abonar los beneficiarios profesionales y adherentes, respectivamente.

La permanencia en el tiempo, como afiliado, tendrá como beneficio la bonificación en la diferencia de escala por edad, siempre que su incorporación o reincorporación se hubiere producido antes de cumplir 40 años de edad para los Beneficiarios Titulares y, 35 años de edad para los Beneficiarios Adherentes; Los que se afilien o reafilien después de cumplir la edad enunciada, tendrán movilidad en la mencionada escala a medida que progrese en su edad.

En el caso de los afiliados con enfermedades preexistentes se aplicará lo dispuesto en los arts. 11° y subsiguientes del presente reglamento.

Art. 8°. Para gozar de los servicios asistenciales médicos, se trate de beneficiarios profesionales o adherentes, será necesario que los responsables, no se encuentren en mora en sus pagos de:

- a) El Derecho Profesional.
 - b) Las contribuciones fijadas en el artículo anterior.
 - c) Toda otra clase de obligaciones de pago, aportes o contribuciones presentes y futuras, conforme a leyes, decretos, reglamentación o resolución del Consejo Directivo o la H. Asamblea de matriculados.
- Por lo tanto, a la fecha de solicitar órdenes de atención, subsidios de cualquier tipo, o requerir reintegros por las prestaciones que lo tengan permitido, es requisito indispensable tener canceladas todas las obligaciones de pagos vencidas a ese momento.

Cuando la mora alcance tres (3) meses, opera la pérdida transitoria a utilizar los servicios conforme la cobertura reglamentaria (art. 4° y 5°). La regularización posterior a la fecha de la prestación médica en ninguna medida da derecho a reintegro.

Si la mora fuera de seis (6) meses, el Beneficiario profesional quedará desafiliado junto a los adherentes que hubiere y para su reafiliación se aplican las normas generales.

Art. 9°. Para que los beneficiarios comprendidos en el artículo 2° obtengan los beneficios del artículo 4° es condición que el beneficiario profesional los incorpore en su totalidad, previa aceptación de Auditoría Médica, el cumplimiento de las exigencias contempladas en la declaración jurada de salud y el examen médico si correspondiere.

No es obligación afiliar al cónyuge que se encuentra separado legalmente y mantiene la condición de estar a cargo, para dar cumplimiento al presente artículo con motivo de la afiliación de los demás beneficiarios del Art. 2°; los hijos menores de 18 años de edad, reconocidos legalmente deben incorporarse en su totalidad.

Art. 10°. Los beneficiarios profesionales y adherentes con capacidad para obligarse deberán realizar una declaración jurada sobre los componentes de su núcleo familiar y el respectivo estado de salud en el momento de su afiliación, avalada por facultativo, y deberán actualizarla cada vez que fuese necesario a causa de modificarse el grupo familiar o por solicitud de este Departamento.

Idéntica obligación, con respecto a la declaración jurada de los componentes del grupo familiar, rige para solicitar la desafiliación de algún/os familiar/es y/o de la totalidad de los beneficiarios, debiendo previamente regularizar su obligación de pago en su totalidad y encuadrarse en los artículos 9° y 15°, para dar curso a la desafiliación solicitada. Las solicitudes de desafiliación de los beneficiarios adherentes, se harán efectivas a partir del primer día del mes siguiente al de su recepción, no pudiendo reingresar si existieren deudas pendientes de anteriores afiliaciones.

Para todos los candidatos a beneficiarios, además de la declaración jurada de salud, se exigirá la realización de un examen médico obligatorio y a su cargo, que constará de: Laboratorio por HIV, citológico, glucemia, uremia, machado-guerreiro, orina, eritrosedimentación y colesterol; un Electrocardiograma; Radiografía de Tórax y un Examen clínico completo.

Cuando el beneficiario profesional o adherente omitiere, falseare o no declare una enfermedad preexistente, al igual que eventuales complicaciones o consecuencias directas o indirectas de las mismas, serán de aplicación los artículos 20° y 21° del presente reglamento y se podrá dar de baja el titular y sus adherentes.

Art. 11°. Los beneficiarios comprendidos en el art. 1° y 2°, desde su afiliación o reafiliación, tendrán las siguientes carencias:

- a) 90 días en consultorio externo y servicios de odontología general;
- b) 180 días para internaciones y servicios odontológicos por prótesis y ortodoncia;
- c) 360 días para partos y cesárea;
- d) 360 días para tratamientos de Fertilización Asistida; Cirugía Bariátrica y; Subsidio de Celiaquía .
- e) Para los casos de patologías, lesiones o alteraciones orgánicas preexistentes al momento de la matriculación, reinscripción o afiliación del grupo familiar respectivamente, será de aplicación una carencia desde trescientos sesenta (360) días hasta setecientos veinte (720) días para los casos de Trasplantes y Pruebas de Histocompatibilidad; Implante Coclear, Tratamiento y prevención de las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus y de la Hipertensión Arterial; Hemodiálisis crónica; Medicamentos Oncológicos y Especiales; Tratamiento Radiante; Medicamentos Anti-HIV y AntiSida.

Excepciones:

- 1) Los profesionales comprendidos en el art. 1° que se matriculen en este Consejo dentro de los doce meses de haber aprobado la última materia, quedarán exceptuados de los plazos de carencias establecidos en el inc. a) del presente artículo;
- 2) En los casos de internación por urgencia regirá la carencia de noventa (90) días y hasta podrá eliminarse, previo dictamen de Auditoría Médica del Departamento

En caso de patologías, lesiones o alteraciones orgánicas preexistentes, la cual surge a partir de la declaración jurada suscripta por el afiliado profesional y cada uno de los beneficiarios adherentes con capacidad para obligarse, además del plazo de carencia previsto en el inc. e), el Directorio de Administración fijará un valor diferencial desde el pago de la primera contribución o las subsiguientes en caso de corresponder, todo ello conforme lo establecido por el art. 12° del presente reglamento.

El Directorio de Administración por resolución fundada y previo informe de la Auditoría Médica, podrá modificar los plazos de carencia establecidos precedentemente, así como la cuota diferencial.

En todos los casos, estas condiciones serán informadas al peticionante de manera previa a la afiliación y, su aceptación de conformidad, será condición necesaria para incorporarse al servicio de salud que brinda este Consejo.

Art. 12°. Los casos de solicitudes de afiliación de personas con patologías, lesiones o alteraciones orgánicas preexistentes, se aceptarán con la aplicación de una cuota diferencial que será determinada por el Directorio de Administración del Departamento de Servicios Sociales ad referéndum del Consejo Directivo, previo informe de la Auditoría Médica, en función de su extensión en el tiempo, a saber:

- a) De carácter temporario: son aquellas que tienen tratamiento predecible con alta médica en tiempo perentorio.
- b) De carácter crónico: son aquellas que con el nivel científico actual no se puede determinar una evolución clínica predecible, ni tiempo perentorio de alta médica.
- c) De alto costo y baja incidencia: son aquellas cuyo tratamiento pone en riesgo económico a las partes intervinientes.

La Auditoría Médica podrá exigir la presentación de historia clínica y/o los exámenes diagnósticos que considere necesarios para la evaluación y decisión sobre la incorporación del solicitante.

Art. 13°. Por nacimientos registrados en fecha posterior a la afiliación de beneficiarios incluidos en el artículo 2°, en cumplimiento de la norma establecida en el artículo 9° (incorporación en su totalidad), los beneficiarios profesionales deberán incorporar al recién nacido dentro de los 60 días; caso contrario, solicitar dentro del mencionado período la desafiliación de los beneficiarios adheridos hasta esa fecha. Si así no lo hiciere, se aplicará la baja automática.

En caso que el Departamento tenga conocimiento del nacimiento por la utilización de nuestros servicios para la internación y/o por la solicitud de reintegro de la misma, se procederá a la afiliación automática al cumplirse los sesenta (60) días de plazo si el beneficiario directo no cumplimentó las normas establecidas en la primera parte del presente artículo y, el débito de las contribuciones mensuales vigentes correspondientes será retroactivo a la fecha de nacimiento.

Art. 14°. La permanencia como beneficiarios adherentes de los hijos contemplados en el inc b) del Art 2°, luego de cumplir 18 años de edad, podrá extenderse hasta los 35 años de edad inclusive, abonando una cuota diferencial,

que será establecida a tal efecto por resolución del Consejo Directivo en simultaneo con el valor de los puntos del art. 7° y el Derecho por ejercicio Profesional. De optar por su desafiliación deberá solicitar la correspondiente baja, no siendo necesario en este caso mantener la totalidad del grupo. Los hijos discapacitados física o psíquicamente en los términos de la Ley 22.431, sus modificatorias y complementarias, mayores de 18 años, que hayan ingresado al sistema antes de la mencionada edad, podrán mantener la afiliación sin límite de edad, abonando una cuota diferencial, según lo establecido en el presente artículo.

Art. 15°. Los beneficiarios adherentes incluidos en el artículo 2° deberán incorporarse por el término mínimo de un año. Cuando las fechas de afiliación difieran, se computará el año mínimo a partir de la última afiliación registrada, incluyéndose la automática por aplicación del art. 13° en cumplimiento del artículo 9°.

El término mínimo establecido en el presente artículo podrá verse reducido a seis (6) meses cuando ninguno de los beneficiarios adherentes haya requerido los servicios asistenciales con autorización previa (servicios de odontología, tratamientos prolongados, internaciones, etc.).

No se requerirá período mínimo de permanencia cuando los beneficiarios adherentes adquieran el carácter de afiliado en otro sistema de salud obligatorio y soliciten su desafiliación dentro de los treinta (30) días desde la citada adhesión; a tales fines deberá presentar la documentación respectiva que acredite la mencionada circunstancia.

Art. 16°. Cuando el hecho que motivó la prestación de servicios médicos asistenciales en internación hubiere ocurrido por la intervención o por el hecho de un tercero será condición para su atención, que el beneficiario o las personas con derecho a iniciar acción judicial subroge o ceda sus derechos por escritura pública al C.P.C.E. para repetir contra el responsable los importes que pagare. Hasta tanto se libere la misma, se obligará por instrumento privado. Será obligación adicional del damnificado o de las personas con derecho a iniciar acción judicial prestar la colaboración judicial o extrajudicial que fuere necesaria. El Departamento de Servicios Sociales podrá negar la cobertura o discontinuar la misma, ante la falta de cumplimiento de la condición impuesta en el presente artículo.

CAPÍTULO IV DEL FUNCIONAMIENTO

Art. 17°. Para hacer uso de los servicios asistenciales médicos en sanatorios, clínicas, hospitales públicos o privados, profesionales del arte de curar y auxiliares de la medicina, con los cuales se haya celebrado convenio, los beneficiarios deberán presentar las órdenes y/o formularios correspondientes conforme normas de trabajo que forman parte de los respectivos contratos conjuntamente con el carnet habilitante o DNI.

Para la obtención de autorizaciones de internación e intervenciones quirúrgicas, prácticas especializadas, estudios y tratamientos ambulatorios se deberá presentar la indicación médica correspondiente con diagnóstico presuntivo o la información necesaria para emitir la misma.

Art. 18°. Para solicitar reintegros del artículo 5°, se deberá dar cumplimiento a los siguientes requisitos:

a) Elevarse a este Departamento las facturas y recibos correspondientes dentro de los noventa (90) días de efectuada la prestación. En los tratamientos crónicos que requieran varias sesiones por mes, se podrá solicitar reintegro de las prácticas comprendidas dentro de los noventa (90) días anteriores al de su prestación como máximo, debiendo presentar informe médico al iniciar el tratamiento.

b) Para intervenciones quirúrgicas, prácticas especializadas, estudios y tratamientos ambulatorios, se deberá presentar el recibo de pago debidamente detallado con la correspondiente indicación del profesional tratante. La Auditoría Médica del Departamento podrá autorizar el reintegro en los casos concretos en que no sea indispensable la indicación médica o cuando esté especificado en el recibo el nombre del profesional que solicitó la prestación.

c) Para internaciones se deberá presentar la factura del establecimiento asistencial debidamente detalladas por códigos o rubros de cada prestación realizada, con su respectivo recibo de pago oficial en original. En todos los casos, se acompañará la correspondiente historia clínica, con protocolo quirúrgico si así correspondiese, como así también toda otra documentación requerida por la Auditoría Médica del Departamento.

d) Los recibos, en original, (en papel o electrónicos y sin enmiendas ni raspaduras) deben ser extendidos por profesionales de la salud o entidades asistenciales médicas; si éste está extendido a nombre de la persona que efectúa el pago debe aclararse el nombre del beneficiario a quien se le prestaron los servicios.

e) Para las atenciones que demanden más de una consulta o sesiones de determinadas prácticas para las cuales el profesional extiende un recibo global por el tratamiento realizado, se deberá especificar en el mismo las fechas en que se efectuaron las prestaciones, quedando para casos concretos a criterio del Departamento aceptar la sola especificación del periodo que correspondió a las mismas y su número. En los casos en que el paciente requiera cinco (5) o más consultas en un mismo mes, debe presentar informe médico.

f) Para los servicios odontológicos se deberá presentar la ficha odontológica que le proporcionará el Departamento de Servicios Sociales o un detalle de los tratamientos efectuados de acuerdo a las normas establecidas para la Auditoría Médica. El Auditor Odontológico está facultado a solicitar la ficha catastral y/o convocar al beneficiario para su cumplimiento.

Art. 19°. Para solicitar el reintegro por coseguro de servicios prestados por intermedio de otra obra social, segundo párrafo del artículo 5°, se deberá elevar a este Departamento, dentro de los plazos establecidos en el inciso a) del artículo anterior, la siguiente documentación:

a) Para las prestaciones ambulatorias de los servicios médicos (consultorio externo) y para los servicios odontológicos, presentar recibo de pago del porcentaje a su cargo, debiendo estar detalladas las prestaciones o adjuntar documentación que las especifique. Los recibos deberán reunir las mismas características expresadas en el inciso d) del artículo anterior. Únicamente podrá ser fotocopia cuando el coseguro es abonado a la obra social y su original debe ser entregado al prestador.

b) Para las internaciones se deberá presentar recibo original del coseguro abonado, adjuntando copia o fotocopia de la factura emitida a la obra social por la que se asistió, debiendo estar debidamente detallada la atención prestada.

Art. 20°. En los casos en que se comprobaren connivencias dolosas en las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios, o uso abusivo del servicio asistencial médico, el Directorio de Administración -de acuerdo a los antecedentes del caso elevados a su consideración- adoptará las medidas necesarias tendientes a corregir la falta, pudiendo llegar a la suspensión temporaria o definitiva de los servicios asistenciales médicos a los beneficiarios, sin perjuicio de girar los antecedentes al Consejo Directivo a los fines que hubiere lugar.

Art. 21°. Cuando los beneficiarios utilicen servicios asistenciales médicos que no les correspondan, deberán reintegrar los importes abonados por el Consejo por las mencionadas prestaciones, a valores arancelarios vigentes a la fecha que se efectúe el reintegro, sin perjuicio de aplicar las normas establecidas en el artículo anterior.

CAPÍTULO V DEL CONTROL

Art. 22°. El C.P.C.E. se reserva el derecho de controlar y auditar, por todos los medios que estime necesarios, a los beneficiarios, las prestaciones y los prestadores. Los interesados deberán poner a disposición los elementos e información que les fueran requeridos. Si de cualquier forma se obstaculizara el control, las autoridades del C.P.C.E. podrán suspender el beneficio y/o cancelar el convenio.

Art. 23°. Son deberes de la Auditoría Médica:

- a) El control de las internaciones y prácticas ambulatorias.
- b) La revisión de las facturas que se le eleven por servicios médicos.
- c) La recepción de historias clínicas, legajos, análisis, radiografías, y todo lo concerniente a la atención y documentación médica de los beneficiarios.
- d) El control de la declaración jurada de salud del beneficiario profesional y sus beneficiarios adherentes.
- e) Informar periódicamente a las autoridades del C.P.C.E.
- f) La vigilancia del fiel cumplimiento de la presente reglamentación por parte de los beneficiarios y prestadores, desde el punto de vista técnico-médico.
- g) Toda otra tarea que le asignen las autoridades del C.P.C.E. en el futuro.

CAPÍTULO VI: DISPOSICIONES GENERALES

Art. 24°. Las resoluciones podrán ser recurridas ante el C.P.C.E., dentro de los cinco (5) días de su notificación.

Art. 25°. La resolución del C.P.C.E. tendrá carácter definitivo y será obligatoria para los interesados. La presente norma es de aplicación para todos los Títulos de esta reglamentación.

Los subsidios otorgados por excepción, no invalidan la cobertura medico asistencial.

TÍTULO II: DE LOS SUBSIDIOS

CAPÍTULO I: DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS

Art. 26°. Dejarán derecho al Subsidio por Fallecimiento: a) los beneficiarios del art. 1°; b) los profesionales inscriptos en la Matrícula Especial prevista en el art. 57 apartado 2° de la Ley 10.051; c) el personal administrativo y técnico del C.P.C.E. que optare incorporarse como beneficiario de este Departamento (Art. 2°, inc. d) dentro de los tres (3) meses de su designación y mientras dure la relación de dependencia.

CAPÍTULO II: DE LOS BENEFICIARIOS

Art. 27°. Todas las personas comprendidas en el artículo 26° deberán consignar el o los beneficiarios del subsidio por fallecimiento, sujeto a las siguientes normas:

a) En sobre cerrado indicarán el o los beneficiarios con mención de: nombres, apellidos, parentesco y documento de identidad y la participación que les correspondiera a cada uno si fueran dos o más.

b) Cuando no se designare la participación de cada uno de los beneficiarios, el subsidio por fallecimiento, si correspondiera ser abonado a esos beneficiarios, se hará por partes iguales para cada uno de ellos.

c) Cuando no se designaren beneficiarios, tendrán derecho al subsidio por fallecimiento los herederos forzosos del causante, en un todo de acuerdo a las disposiciones del Código Civil.

Art. 28°. Las personas que resultaren beneficiarias de acuerdo al Artículo 27° tendrán derecho al cobro del subsidio por fallecimiento hasta tres (3) años posteriores al fallecimiento del causante. Pasado dicho término el C.P.C.E. Córdoba no reconocerá los mismos.

Art. 29°. No tendrán derecho alguno como beneficiarios del subsidio por fallecimiento aquellos herederos que no revisten carácter de forzosos, excepto que expresamente hayan sido indicados como beneficiarios en las condiciones del art. 27°.

CAPÍTULO III: DEL MONTO

Art. 30°. Los subsidios que se acuerden conforme a la presente reglamentación quedarán establecidos en los montos que periódicamente se fijen por medio de Resolución del Directorio de Administración del Departamento de Servicios Sociales.

CAPÍTULO IV: DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS

Art. 31°: Las personas comprendidas en el artículo 26° inc. a) y b) solamente tendrán o dejarán derecho total a los beneficios que ese artículo acuerda cuando al momento del fallecimiento: a) no estén suspendidos por Resolución del Consejo Directivo de conformidad a lo establecido en el artículo 90 de la Ley 10.051; b) no hayan pedido exención en el pago del Derecho Profesional según el artículo 91 de la citada ley; y c) en el caso de las personas mencionadas en el art. 26 inc. a) no adeuden seis o más meses de las contribuciones establecidas en el artículo 7° de la presente Reglamentación.

Art. 32°: Las personas comprendidas en el artículo 26° inc. c) solamente dejarán derecho total al beneficio que ese artículo acuerda cuando al momento del fallecimiento no adeuden seis o más meses de las contribuciones establecidas en el artículo 7° de la presente Reglamentación.

CAPÍTULO V: DEL PAGO

Art. 33°. El pago de los subsidios se hará a solicitud de algún posible beneficiario, acompañando la correspondiente acta de defunción del causante. El Directorio de Administración del Departamento de Servicios Sociales procederá a la apertura del sobre donde deben hallarse consignados el o los beneficiario/s, dejándose constancia en acta y comunicado al Consejo Directivo el fallecimiento del profesional para que proceda a la cancelación de la matrícula.

Acto seguido, se procederá a liquidar a el o los beneficiario/s el importe del subsidio, previa deducción de las obligaciones de pago vencidas o no, que adeudare el causante a la fecha de fallecimiento, y debida acreditación de identidad de el o los beneficiario/s.

Cuando no se hubieran consignado los beneficiarios, una vez presentado fotocopia del auto de las declaratorias de herederos, autenticada por el Secretario del Juzgado que se haya dictado en el juicio sucesorio del causante, se procederá a la liquidación como se establece en el párrafo anterior del presente artículo.

TÍTULO III: PRÉSTAMOS

CAPÍTULO I: DE LOS BENEFICIOS

Art. 34°. El Consejo Profesional de Ciencias Económicas, a través del Departamento de Servicios Sociales, podrá conceder préstamos de ayuda económica, destinados a la atención de gastos personales y especiales para gastos excepcionales que se originen en asistencia médica del profesional o de los familiares afiliados a los servicios asistenciales médicos.

CAPÍTULO II: DE LOS BENEFICIARIOS

Art. 35°. Son beneficiarios de los Préstamos los profesionales matriculados en el Consejo Profesional, los jubilados profesionales en Ciencias Económicas y los empleados en relación de dependencia con el C.P.C.E. y la C.P.S.

CAPÍTULO III: DE LAS OBLIGACIONES

Art. 36°. Los beneficiarios comprendidos en el artículo 36° deberán estar al día en los pagos del derecho del ejercicio de la profesión y en su caso las obligaciones de pago establecidas en los artículos 7° y 8° de esta reglamentación, y que no hayan sido declarados morosos en concepto de préstamos anteriores.

CAPÍTULO IV: DE LOS REQUISITOS FORMALES

Art. 37°. El interesado deberá presentar una solicitud que le proveerá este Departamento, adjuntando a la misma la documentación requerida a satisfacción del Directorio de Administración del Departamento de Servicios Sociales.

CAPÍTULO V: DEL OTORGAMIENTO

Art. 38°. Las solicitudes de préstamos serán consideradas por orden de presentación y en función a las disponibilidades, liquidadas conforme a tal prelación, reservándose el Directorio de Administración del Departamento de Servicios Sociales el derecho de otorgarlos, condicionarlos al cambio de garantía o al requerimiento de refuerzo de garantía y a todo otro requisito que se estime conveniente, o no acordarlo, sin dar explicación sobre el fundamento de las resoluciones.

CAPÍTULO VI: DISPOSICIONES GENERALES

Art. 39°. El monto, plazo e intereses de los préstamos serán fijados por Resolución del Directorio de Administración del Departamento de Servicios Sociales.

Art. 40°. Cuando el deudor dejara de abonar dos (2) o más cuotas, los préstamos se considerarán de plazo vencido sin necesidad de interpelación de pago de ninguna naturaleza, y por lo tanto exigibles judicialmente el saldo, intereses, gastos y costas.

Art. 41°. Por Resolución del Directorio de Administración del Departamento de Servicios Sociales se fijará, sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, el interés punitivo, que se aplicará proporcionalmente a los días de mora.

TÍTULO IV: ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN

CAPÍTULO I: DE LAS AUTORIDADES

Art. 42°. El Departamento de Servicios Sociales será regido y administrado por un Directorio de Administración, bajo el control de una Comisión Fiscalizadora.

Art. 43°. La Comisión Fiscalizadora es integrada por tres miembros titulares y dos suplentes, electos en el mismo acto eleccionario de los integrantes del Consejo Directivo. El periodo de duración de sus mandatos es de dos (2) años.

Art. 44°. El Directorio de Administración está integrado por un Presidente, un Vicepresidente, un Secretario y cuatro Vocales Titulares y dos Suplentes. El Presidente o el Vicepresidente deberá ser necesariamente un Consejero; los restantes miembros serán designados por el Consejo Directivo entre los profesionales en Ciencias Económicas, inscriptos en este Consejo, que se ofrezcan a colaborar en el Departamento de Servicios Sociales. Los cargos restantes al ocupado por el Consejo se elegirán por elección interna entre los profesionales designados por el Consejo Directivo, en la primera reunión de cada período. Sus mandatos tendrán una duración de dos (2) años y podrán ser renovados por un período igual.

CAPÍTULO II: DE LAS FUNCIONES

Art. 45°. El Directorio de Administración tiene las siguientes funciones:

a) Asesorar al Consejo Directivo en lo referente a las resoluciones y normas que sea necesario dictar para el normal funcionamiento del Departamento de Servicios Sociales, que impliquen modificación, derogación e inclusión de artículos del Reglamento Interno y las resoluciones interpretativas de la citada reglamentación, como asimismo, la contratación, modificación y supresión de servicios que presta el Consejo por intermedio del Departamento de Servicios Sociales.

b) Dictar las resoluciones sobre:

1. Los ajustes de las contribuciones, cuotas y primas que deben abonar los beneficiarios profesionales y adherentes de los diferentes beneficios que presta el Departamento de Servicios Sociales, si no lo hubiera resuelto el Consejo Directivo.
2. Las actualizaciones de los montos de los subsidios establecidos en la presente reglamentación y contemplados en el Proyecto de Presupuesto aprobado por la H. Asamblea.
3. Autorizar el pago de los subsidios de acuerdo al Título II de la presente reglamentación.
4. Fijar capitales, intereses y plazos de los Préstamos personales y aprobar las solicitudes de los mismos.

c) Aprobar y/o rechazar las solicitudes de afiliaciones de los beneficiarios profesionales y adherentes, dejando constancia en acta de lo actuado y habilitando en este acto para el uso de los servicios que brinda el departamento. Quedan exceptuados los recién nacidos para los que se solicite su afiliación, los que gozarán de la cobertura inmediata, siempre que se hubieren observado las exigencias del artículo 9°.

Las tareas antes mencionadas son meramente enunciativas, estando a su cargo todos los actos administrativos que el normal funcionamiento de este Departamento requiera.

CAPÍTULO III: DISPOSICIONES GENERALES

Art. 46°: Cuatro (4) Miembros Titulares del Directorio de Administración forman quórum legal. Las resoluciones se tomarán por mayoría de votos; el Presidente tiene doble voto en caso de empate. Se entenderá por mayoría cualquier fracción que exceda de la mitad numérica de los Miembros presentes que constituyen quórum.

Art. 47°: Los Vocales Suplentes serán invitados a las reuniones del Directorio, teniendo voz. El miembro Titular que faltare, sin causa justificada a tres citaciones consecutivas o seis alternada durante un año, cesará automáticamente, siendo reemplazado por el Suplente que determine el Consejo Directivo.

Art. 48°. Las Resoluciones del Directorio de Administración se harán constar en un libro de actas y las mismas serán apelables ante el Consejo Directivo, que resolverá las cuestiones planteadas, siendo su fallo inapelable.

TÍTULO V: DISPOSICIONES VARIAS

Art. 49°. El Consejo Directivo queda facultado para dictar todas las resoluciones y normas que sean necesarias para el normal funcionamiento de este Departamento, que impliquen modificación, derogación e inclusión de artículos de la presente reglamentación y las resoluciones interpretativas de las citadas normas, como asimismo, la contratación, modificación y supresión de los servicios que se prestan, como así también, en el manejo y disposiciones de los fondos para cumplir con los fines de todas las prestaciones y beneficios de este Departamento.