



República Dominicana
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
"Año de la Superación del Analfabetismo"

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA No.00200-2014
QUE APRUEBA LA NUEVA NORMATIVA SOBRE LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD

La **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)**, entidad autónoma del Estado, creada en virtud de la Ley No. 87-01, de fecha 9 de mayo de 2001, que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), debidamente representada por su Superintendente, Lic. Fernando Caamaño.

CONSIDERANDO: Que el artículo 2 de la Ley No. 87-01, de fecha 9 de mayo del año 2001, establece que las resoluciones de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales constituyen normas reguladoras del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

CONSIDERANDO: Que, en cumplimiento de lo establecido por el artículo 133 de la Ley No. 87-01, el Consejo Nacional de Seguridad Social dictó la Resolución No. 157-02, de fecha 19 de marzo del año 2007, mediante la cual definió y reguló de manera general los Planes Complementarios de Salud.

CONSIDERANDO: Que en virtud de lo por el artículo 13 ordinal 2do del Reglamento para la Organización y Regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud, los planes de salud y modelos de contrato de planes complementarios deberán ser aprobados previamente por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, para lo cual deberán demostrar la viabilidad financiera del plan.

CONSIDERANDO: Que en virtud de la Resolución No. 110-2007, de fecha 30 de marzo del año 2007, esta Superintendencia autorizó a las Administradoras de Riesgos de Salud a vender y comercializar Planes Voluntarios de Salud, así como los Planes Especiales de Medicina Prepagada.

CONSIDERANDO: Que para garantizar los derechos de los afiliados y una mejor fiscalización y supervisión de los planes complementarios, planes voluntarios y planes especiales de medicina prepagada, mediante la Resolución Administrativa No. 00190-2012, de fecha 18 de octubre del año 2012, esta Superintendencia aprobó la Normativa sobre los Planes Alternativos de Salud (PAS).

CONSIDERANDO: Que, luego de transcurrido dos (2) años de su implementación, hemos identificado algunos aspectos de la referida Normativa que es necesario modificar o derogar, así como otros aspectos que es necesario regular, por lo que se requiere de la aprobación una nueva Normativa que recoja todos estos aspectos, con el objeto realizar una mejor fiscalización y supervisión de los planes complementarios, planes voluntarios y planes especiales de medicina prepagada.

POR TALES MOTIVOS y vistos los artículos 2, 31, 32, 133, 152, 172, 175, 176 y 178 de la Ley 87-01 de fecha 9 de mayo de 2001, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad

Página 1 de 2





República Dominicana
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
"Año de la Superación del Analfabetismo"

Social; el Reglamento para la Organización y Regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud; aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante la Resolución No. 47-04, de fecha 3 de octubre del año 2002; la Resolución No. 157-03, de fecha 19 de marzo del año 2007 y las Resoluciones Nos. 110-2007 y 138-2007, de fechas 30 de marzo y 7 de septiembre del año 2007, respectivamente, dictadas por la SISALRIL, ésta Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales:

RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR, como al efecto aprueba, la nueva Normativa sobre los Planes Alternativos de Salud (PAS), que deberán dar cumplimiento todas las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), la cual se adjunta y forma parte integral de la presente resolución.

SEGUNDO. La Normativa aprobada mediante la presente resolución entrará en vigencia a partir del primero (1ro.) del mes de diciembre del año dos mil catorce (2014).

TERCERO: La presente resolución deroga y sustituye la Normativa sobre los Planes Alternativos de Salud (PAS), aprobada por esta Superintendencia mediante la Resolución Administrativa No. 00190-2012, de fecha 18 de octubre del año 2012.

CUARTO: Se ordena notificar la presente resolución a las Administradoras de Riesgos de Salud, para su conocimiento y cumplimiento.

DADA en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los veinticinco (25) días del mes de noviembre del año dos mil catorce (2014).-

LIC. FERNANDO CAAMAÑO
Superintendente





República Dominicana
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
(SISALRIL)

“Año de la Superación del Analfabetismo”

NORMATIVA SOBRE LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD

25 de Noviembre de 2014
Santo Domingo, República Dominicana



CAPÍTULO I GENERALIDADES Y DEFINICIONES

Artículo 1.- Objeto. La presente normativa tiene por objeto regular los Planes Alternativos de Salud (PAS) que las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) podrán comercializar, con la previa aprobación de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (Sisalril).

Artículo 2.- Definiciones. Los siguientes enunciados son parte integral de la presente normativa y se utilizarán en los procesos relativos a los Planes Alternativos de Salud (PAS) administrados por las ARS/SeNaSa.

- a. **Administradoras de Riesgos de Salud (ARS/SeNaSa):** Son entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, autorizadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (Sisalril) para asumir y administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud (PBS) a una determinada cantidad de beneficiarios, mediante un pago Per Cápita previamente establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), según el Artículo 148 de la Ley 87-01, así como asumir y administrar el riesgo de la provisión de salud, a través de los Planes Alternativos de Salud.
- b. **Afiliado:** Es la persona suscrita en los Planes Alternativos de Salud (PAS) en calidad de titular o dependiente.
- c. **Atención Ambulatoria:** Es toda actividad, intervención o procedimiento que se realiza sin necesidad de internar al afiliado por un período mayor a 24 horas.
- d. **Atención Hospitalaria:** Es toda actividad, intervención o procedimiento que se realiza con alojamiento del afiliado en un centro de salud, por un período superior a 24 horas.
- e. **Auditoría Médica:** Es el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de los recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del afiliado.
- f. **Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud:** Es la definición de los Procedimientos y Servicios de atención en el Plan Básico de Salud, a los que tienen derecho todos los afiliados a los Regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado, en el cual se contempla el Copago, los Topes y las Cuotas Moderadoras establecidos en el PBS, aprobado por el CNSS.
- g. **Cobertura de Prestaciones Médicas:** Es la lista de servicios y prestaciones como consecuencia de los Contratos de Gestión, que se valoran como resultados esperados, evidenciados por los beneficios alcanzados o percibidos por los afiliados en el proceso de ejecución de los Planes Alternativos de Salud (PAS). Dichas prestaciones deben estar precisadas por parte de las ARS/SeNaSa en una lista anexa a los Contratos de Gestión con la Prestadora de Servicios de Salud (PSS), identificados con sus respectivos códigos SIMON.
- h. **Código SIMON PAS:** Es el número de aprobación asignado a los Planes Alternativos de Salud, autorizados de manera expresa por la Superintendencia

de Salud y Riesgos Laborales (Sisalril) para comercialización por las ARS/SeNaSa.

- i. **Condiciones Generales:** Es el marco legal del Contrato de Aseguramiento contenido de los términos y condiciones que regulan la relación contractual entre las ARS/SeNaSa y el Contratante/Afiliado.
- j. **Condiciones Particulares:** Son las coberturas de salud correspondientes a la descripción de los procedimientos y servicios contemplados en los Planes Alternativos de Salud (PAS), mediante las cuales se establece la prima comercial o el precio acordado, la descripción de cobertura, la forma/modalidad de pago, los copagos/deducibles, las limitaciones, los toques máximos de la cobertura que adquiere -alcance de las mismas- y los beneficios que le corresponde al Afiliado.
- k. **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS):** Es el órgano superior del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) que se encarga de la dirección y conducción del Sistema y como tal, es responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender a los beneficiarios, así como de velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del SDSS.
- l. **Contratante:** Es la persona moral o física que suscribe el Contrato de Aseguramiento con las ARS/SeNaSa para la inscripción de los afiliados en los Planes Alternativos de Salud, a través del cual se establecen los términos y condiciones que regirán la relación contractual propia entre las partes.
- m. **Contrato de Aseguramiento:** Es el documento legal utilizado para la inscripción de los afiliados en los Planes Alternativos de Salud (PAS), mediante el cual la ARS/SeNaSa y el Contratante convienen los términos, condiciones y responsabilidades bajo los que se establece la relación contractual entre las partes.
- n. **Contrato de Gestión:** Es el documento legal regulado y aprobado por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (Sisalril) que rige la relación entre las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) para la provisión de las coberturas contempladas en los Planes Alternativos de Salud (PAS).
- o. **Copago:** Es el aporte en dinero que hace el afiliado al adquirir los medicamentos ambulatorios cubiertos en el Plan Básico de Salud, y cuya finalidad es contribuir al pago del precio de esta partida.
- p. **Cuota Moderadora Fija:** Es el aporte en dinero que hace el afiliado al utilizar un servicio contenido en el Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud (PBS), equivalente a una parte del total de este servicio.
- q. **Cuota Moderadora Variable:** Es el aporte en dinero que hace el afiliado al utilizar un servicio, equivalente a un porcentaje del total de este servicio definido en el costo del Plan Básico de Salud (PBS).
- r. **Esquemas:** Son las estructuras creadas por la Sisalril con la finalidad de que las ARS/SeNaSa tengan a disposición un formato estándar, a través del cual puedan crear los archivos a enviar con las informaciones correspondientes a los afiliados en los Planes Alternativos de Salud (PAS).
- s. **Formato FC-01:** Es el formato diseñado para la remisión de los Planes Alternativos de Salud que son ofrecidos como un conjunto de servicios (paquete), que podrán ser utilizados por las ARS/SeNaSa para someter a la Sisalril tales propuestas para evaluación, de conformidad con la Resolución

Administrativa de la Sisalril No.138-2008, de fecha 27 de septiembre del año 2007.

t. **Formato FC-02:** Es el formato diseñado para la remisión de los Planes Alternativos de Salud que son ofrecidos como servicios individuales (opcionales), sometidos por las ARS/SeNaSa a la Sisalril para evaluación, en el que podrán colocar los servicios no contemplados en el PBS o aquellos servicios que amplían un determinado grupo en el PBS, tales como: Habitación, Atenciones de Alto Costo, Medicamentos Ambulatorios, Servicio de Ambulancia, entre otros, de conformidad con la Resolución Administrativa de la Sisalril No.138-2008, de fecha 27 de septiembre del año 2007.

u. **Ley:** Es la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, promulgada el 09 de mayo del año 2001.

v. **Plan Básico de Salud (PBS) o Plan de Servicios de Salud (PDSS):** Es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tienen derecho todos los afiliados a los Regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado. Sus contenidos están definidos en el Catálogo de Prestaciones Plan de Servicios Salud (PDSS) aprobado por el CNSS

w. **Planes Alternativos de Salud (PAS):** Son todas aquellas coberturas de salud que constituyen modalidades no obligatorias de acceso a los servicios de salud suscritos entre la ARS/SeNaSa y el Contratante. Los tipos de Planes que se contemplan son: Planes Complementarios, Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP) y Planes Voluntarios (PV).

x. **Planes Complementarios (PC):** Son todos aquellos Planes que constituyen modalidades alternativas no obligatorias de acceso a servicios de salud local, comercializados y administrados por la ARS/SeNaSa y sus promotores de seguros de salud, y que no están incluidos en el PBS aprobado por el CNSS o conformado por límites adicionales o topes de cobertura no contemplados en el Plan Básico de Salud (PBS). Los servicios incluidos en estos Planes son los llamados Servicios Complementarios de Salud, entre los que podrán estar los procedimientos clínicos e intervenciones quirúrgicas y diagnósticas, los servicios tecnológicos especializados, los servicios de farmacia, hotelería adicional, prestaciones o servicios odontológicos, servicios de oftalmología y optometría, servicios de ambulancia, telemedicina, laboratorios clínicos y otros servicios y prestaciones ofrecidos por las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS).

y. **Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP):** Son todos aquellos tipos de Planes individuales, familiares o colectivos de salud, diseñados por las ARS/SeNaSa, con el objetivo de suplir coberturas adaptadas a los requerimientos de cada afiliado o de cada empleador, para ser brindadas total o parcialmente en el exterior del país. **Estos planes podrán ser contratados por los afiliados al Régimen Contributivo en cualquier ARS/SeNaSa de su preferencia.**

z. **Planes Voluntarios (PV):** Son todos aquellos tipos de Planes individuales, familiares o colectivos de salud, diseñados y administrados por la ARS/SeNaSa, con el objetivo de suplir coberturas de salud, tanto en el país, como en el exterior, a favor de las personas o núcleos familiares que no cotizan al SDSS.

aa. **Prestadoras de Servicios de Salud (PSS):** Todo aquel profesional de la salud legalmente facultado o entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, dedicadas a la

provisión de servicios ambulatorios, diagnósticos, farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos, habilitadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de acuerdo a la Ley 42-01, contratada por la ARS/SeNaSa, y cuya actividad principal sea proveer servicios de salud a los afiliados.

bb. **Promotor de Seguros de Salud:** Es la persona física o moral, debidamente acreditada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, que se relaciona con la ARS/SeNaSa para ofertar sus servicios e inscribir afiliados.

cc. **Seguro Familiar de Salud (SFS):** Es el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, suministros, reconocimientos y prestaciones en dinero y especie que el Sistema Dominicano de Seguridad Social brinda a los afiliados, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica, derivada de su incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.

dd. **Servicios Complementarios:** Son aquellos servicios, actividades, procedimientos o intervenciones que no están incluidos en el Plan Básico de Salud o que se ofrecen en condiciones diferentes o adicionales de hotelería, comodidad, tecnología o cualquier otra característica de atención, contratados, prestados y pagados a las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS).

ee. **Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS):** Es el marco de protección social para regular y desarrollar los deberes y derechos recíprocos del Estado y los ciudadanos en lo referente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, lactancia, estancias infantiles y riesgos laborales. Este sistema comprende a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas que realizan actividades principales o complementarias de Seguridad Social en la República Dominicana.

ff. **Solicitante:** Es la persona interesada en recibir los beneficios de los Planes Alternativos de Salud, el cual podrá ser elegible por la ARS/SeNaSa de acuerdo a sus políticas de suscripción y conforme a la presente Normativa.

gg. **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (Sisalril):** Es una entidad estatal autónoma, con personería jurídica y patrimonio propio, la cual, a nombre y representación del Estado Dominicano ejerce a cabalidad la función de velar por el estricto cumplimiento de la Ley 87-01 y sus normas complementarias, de proteger los intereses de los afiliados, de vigilar la solvencia financiera de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), de supervisar el pago puntual a dichas Administradoras y de éstas a las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) y contribuir a fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

hh. **Tesorería de la Seguridad Social (TSS):** Es la entidad responsable del recaudo, distribución y pago de los recursos financieros del SDSS, y de la administración del Sistema Único de Información y Recaudo (SUIR). Sus funciones son: Recaudar, distribuir y asignar los recursos del SDSS; ejecutar por cuenta del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) el pago a todas las instituciones participantes, públicas y privadas, garantizado regularidad, transparencia, seguridad, eficiencia e igualdad; detectar la mora, evasión y elusión, combinando otras fuentes de información gubernamental y privada, y someter a los infractores y cobrar las multas y recargos; rendir un informe mensual al CNSS sobre la situación financiera del SDSS; y proponer al CNSS

iniciativas para mejorar los sistemas de información, recaudo, distribución y pago en el marco de la Ley 87-01 y sus reglamentos.

CAPÍTULO I OBLIGACIONES DE LAS ARS/SENASA PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD

Artículo 3.- Es obligatorio de las ARS/SeNaSa para comercializar Planes Alternativos de Salud (PAS) cumplir con los requisitos siguientes:

- a. Estar habilitada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (Sisalril), mediante Resolución.
- b. Someter para evaluación, registro y aprobación de la Sisalril los Planes Alternativos de Salud (PAS) que desee comercializar, de acuerdo a lo establecido en el Instructivo de Remisión de Planes Alternativos de Salud a la SISALRIL, publicado en el SIMON.
- c. Cargar la cartera total de afiliados de cada Plan Alternativo de Salud autorizado, que este comercializando, conforme a las disposiciones contempladas en la Resolución Administrativa de la Sisalril No. 194-2013, de fecha 18 de junio del año 2013.

CAPÍTULO II ESTRUCTURA, DISEÑO Y REQUISITOS PARA SOMETER LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS.

Artículo 4.- De la Estructura de los Planes Complementarios (PC). Para estructurar los Planes Alternativos de Salud Complementarios y someter a la Sisalril, se establece que las ARS/SeNaSa podrán elaborarlos bajo las siguientes premisas:

- a. Ampliar las coberturas ofertadas por el PBS, ofreciendo servicios no incluidos en el Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud (PBS) y/o cubrir total o parcialmente el Copago y las Cuotas Moderadoras.

Párrafo I: Las Coberturas Complementarias podrán aumentar los topes monetarios de cobertura establecidos en el PBS para Atenciones de Alto Costo, Habitación y Medicamentos Ambulatorios.

Párrafo II: Adicionar procedimientos y/o servicios no contemplados en el Plan Básico de Salud (PBS), tales como: Vacunas, Tratamientos Psiquiátricos (Salud Mental), Odontología, Ambulancia, Cirugías, Laboratorios, Medios Diagnósticos, Estudios Especiales, Atenciones de Alto Costo, Rehabilitación, Hemoterapia, Medicamentos, entre otros.

- b. Presentar los Planes Complementarios de Salud en los Formatos FC-01 y FC-02, según corresponda.



Párrafo: Cuando el Plan tenga un solo tipo de cobertura o servicio, se le denominará Plan Opcional y podrá ser presentado en el Formato FC-02.

- c. Contratar la Red de Prestadoras de Servicios de Salud ampliada y/o preferencial con acceso directo a especialistas y/o sub-especialistas.
- d. Ofrecer coberturas que operen por el mecanismo de reembolso al afiliado en los Planes Complementarios (PC) de Salud, para las reclamaciones incurridas fuera de la Red de Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) contratadas.

Artículo 5.- Del Diseño de los Planes Complementarios (PC).- Cuando estos Planes operen sobre las coberturas contenidas en el PBS, se establece que las ARS/SeNaSa no podrán contemplar en las Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares los escenarios siguientes:

- a. Limitaciones y/o topes de cobertura no contempladas para el PBS.
- b. Colocar cobertura complementaria para los servicios amparados al cien por ciento (100%) en el Plan Básico de Salud (PBS), salvo los servicios fuera de la Red de PSS contratadas que podrán ser cubiertos por reembolso.
- c. Ofrecer coberturas opcionales/adicionales al PBS que no sean ofrecidos a través de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS). Por tanto, en las condiciones particulares y/o generales de los Planes Alternativos de Salud, no pueden figurar protecciones de seguros, tales como: Servicios de Últimos Gastos, Seguros de Vida y/o Seguros de Viaje, en vista de que no está previsto dentro de la función de las ARS/SeNaSa, de acuerdo a lo establecido en el artículo 148 de la Ley 87-01. No obstante, las ARS/SeNaSa podrán ofrecer protecciones de seguros a sus afiliados, cuando las mismas sean respaldadas mediante pólizas emitidas por Compañías de Seguros radicadas en el País, siempre que dichas pólizas cuenten con la aprobación de la Superintendencia de Seguros de la República Dominicana, según lo establecido en los artículos 89, 90 y 92 de la Ley 146-02.

Artículo 6.-Del Sometimiento de Planes Alternativos de Salud Complementarios. Para ser sometidos con fines de evaluación por parte de la Sisalril, los Planes Alternativos de Salud, las ARS/SeNaSa deberán consignarse de acuerdo con los pasos indicados en el Instructivo de Remisión de Planes Alternativos de Salud a la SISALRIL, publicado en el SIMON.

Párrafo: Una vez evaluados y de ser aprobados los Planes Alternativos de Salud Complementarios por parte de la SISALRIL, se le enviará un oficio a la ARS/SeNaSa, el cual contiene un código asociado a cada Plan Alternativo de



Salud sometido por la ARS/SeNaSa y aprobado por la SISALRIL; a partir de ese momento, la ARS/SeNaSa está autorizada para la comercialización de cada plan aprobado.

Artículo 7.-Cambios en el Plan Básico de Salud. Cuando el Plan Básico de Salud (PBS) sea ampliado o modificado y dichas modificaciones tengan un efecto sobre el Plan Complementario aprobado por la Sisalril, el mismo deberá ser sometido nuevamente, con toda la documentación requerida en el Instructivo de Remisión de Planes Alternativos de Salud a la SISALRIL.

Párrafo: Para remitir dichos Planes Complementarios (PC), las ARS/SeNaSa tienen un plazo de sesenta (60) días, a partir de la fecha de entrada en vigencia del nuevo Plan Básico de Salud (PBS) establecida mediante Resolución del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

Artículo 8.-Modificaciones en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de Planes Complementarios Previamente Aprobados. Todos los Planes Complementarios (PC) previamente aprobados por la Sisalril que sufran alguna modificación o adecuación en sus Condiciones Generales o sus Condiciones Particulares, deberán ser sometidos a la Sisalril para fines de evaluación, registro y aprobación, de acuerdo a lo dispuesto en el **Artículo 6** de la presente normativa, identificando el código o número de aprobación de dicho Plan.

Artículo 9.-Modificaciones de la Prima Comercial de Planes Complementarios Previamente Aprobados. Todos los Planes Complementarios (PC) que sufran ajustes en las Primas Comerciales, como consecuencia de las variaciones en las condiciones económicas y fluctuaciones del mercado; manteniendo las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares previamente autorizadas, deberán enviar notificación por escrito de dicha modificación a la Sisalril.

Artículo 10.- Condiciones para la suscripción de los afiliados a los Planes Complementarios (PC).-Las ARS/SeNaSa podrán ofrecer los Planes Complementarios aprobados tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- a. Comercializar los Planes Alternativos de Salud Complementarios sólo a las personas que son afiliadas al Seguro Familiar de Salud y que están afiliados a la ARS/SeNaSa.
- b. Afiliar o suscribir de manera exclusiva en sus Planes Complementarios (PC), en caso de ser una ARS AUTOGESTIONADA, aquellos empleados de la institución o miembros del gremio para la cual fue habilitada, así como sus dependientes, de conformidad con las disposiciones contempladas en la Resolución Administrativa de la Sisalril No. 141-07, de fecha 12 de octubre del año 2007.



CAPÍTULO III
ESTRUCTURA, DISEÑO Y REQUISITOS PARA SOMETER LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD VOLUNTARIOS

Artículo 11.-De la Estructura de los Planes Voluntarios (PV). Para estructurar los Planes Alternativos de Salud Voluntarios y someter a la Sisalril, se establece que las ARS/SeNaSa podrán elaborarlos bajo las siguientes premisas:

- a. Homologar en su Sistema de Reclamaciones los procedimientos y servicios ofrecidos en los Planes Voluntarios (PV) de Salud correspondientes al PBS, con los establecidos en el Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS).
- b. Presentar las coberturas ofrecidas en el Plan Voluntario de Salud en un Cuadro de Beneficios contentivo de dichas Condiciones Particulares. En caso que las coberturas correspondan con las establecidas en el Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud, las mismas podrán ser presentadas en el Formato FC-01.

Párrafo: Cuando el Plan tenga un sólo tipo de cobertura o servicio se le denominará Plan Opcional y podrá ser remitido en el Formato FC-02.

Artículo 12.- Del Diseño de los Planes Voluntarios (PV).- Para el diseño de las coberturas ofrecidas por los Planes Voluntarios (PV) de Salud, se establece que las ARS/SeNaSa no podrán contemplar en las Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares los escenarios siguientes:

- a. Plazos de Espera/Carencia mayores o iguales a los doce (12) meses de vigencia del Contrato de Aseguramiento del Plan. Al menos que se establezcan dichos períodos de Espera/Carencia como Exclusiones Temporales, en las que se reconozca la continuidad de la cobertura del afiliado; y
- b. Ofrecer coberturas opcionales/adicionales que no sean ofrecidos a través de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS). Por tanto, en las condiciones particulares y/o generales de los Planes Alternativos de Salud, no pueden figurar protecciones de seguros, tales como: Servicios de Últimos Gastos, Seguros de Vida y/o Seguros de Viaje, en vista de que no está previsto dentro de la función de las ARS/SeNaSa, de acuerdo a lo establecido en el artículo 148 de la Ley 87-01. No obstante, las ARS/SeNaSa podrán ofrecer protecciones de seguros a sus afiliados, cuando las mismas sean respaldadas mediante pólizas emitidas por Compañías de Seguros radicadas en el País, siempre que dichas pólizas cuenten con la aprobación de la Superintendencia de Seguros de la República Dominicana, según lo establecido en los artículos 89, 90 y 92 de la Ley 146-02.

Artículo 13.-Del Sometimiento de Planes Alternativos de Salud Voluntarios. Para someter con fines de evaluación de la Superintendencia de

Salud y Riesgos Laborales los Planes Alternativos de Salud, las ARS/SeNaSa deberán seguir los pasos indicados en el Instructivo de Remisión de Planes Alternativos de Salud a la SISALRIL, publicado en el SIMON.

Párrafo: Una vez evaluados y de ser aprobados los Planes Alternativos de Salud Voluntarios, por parte de la SISALRIL se le enviará un oficio a la ARS/SeNaSa, el cual contiene un código asociado a cada Plan Alternativo de Salud sometido por la ARS/SeNaSa y aprobado por la SISALRIL, a partir de ese momento la ARS/SeNaSa está en condiciones para la comercialización de cada plan aprobado.

Artículo 14.-Modificaciones en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de Planes Voluntarios Previamente Aprobados. Todos los Planes Voluntarios (PV) previamente aprobados por la Sisalril que sufran alguna modificación o adecuación en sus Condiciones Generales o sus Condiciones Particulares, deberán ser sometidos a la Sisalril para fines de evaluación, registro y aprobación, de acuerdo a lo dispuesto en el **Artículo 13** de la presente normativa, identificando el código o número de aprobación de dicho Plan.

Artículo 15.-Modificacionesde la Prima Comercial de Planes Voluntarios Previamente Aprobados. Todos los Planes Voluntarios (PV) que sufran ajustes en las Primas Comerciales, como consecuencia de las variaciones en las condiciones económicas y fluctuaciones del mercado; manteniendo las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares previamente autorizadas, deberán enviar notificación por escrito de dicha modificación a la Sisalril.

Artículo 16.- Condiciones para la Suscripción de los Afiliados a Planes Voluntarios (PV).-Las ARS/SeNaSa no deben comercializar Planes Voluntarios (PV) a los afiliados del SFS. En caso de que los afiliados tengan contratado estos Planes, previo a su ingreso al SFS, dichos planes deberán ser cancelados o traspasados a un Plan Complementario o un Plan Especial de Medicina Prepagada, según corresponda.

Párrafo I: Es responsabilidad de la ARS/SeNaSa verificar si las personas que solicitan los Planes Voluntarios (PV) son afiliados del Seguro Familiar de Salud (SFS).

Párrafo II: Afiliar o suscribir de manera exclusiva en sus Planes Voluntarios (PV), en caso de ser una ARS AUTOGESTIONADA, aquellos empleados de la institución o miembros del gremio para la cual fue habilitada, así como sus dependientes, de conformidad con las disposiciones contempladas en la Resolución Administrativa de la Sisalril No. 141-07, de fecha 12 de octubre del año 2007.

CAPÍTULO V

ESTRUCTURA, DISEÑO Y REQUISITOS PARA SOMETER LOS PLANES ESPECIALES DE MEDICINA PREPAGADA

Artículo 17.-De la Estructura de los Planes Especiales de Medicina Prepagada(PEMP) que se ofrecen a los afiliados que tienen el Plan Básico de Salud con la misma ARS/SeNaSa. Para estructurar el PEMP y someter a la Sisalril, cuando los afiliados tienen el Plan Básico de Salud con la misma ARS/SeNaSa, estos planes operan como Planes Complementarios (PC) y se elaboran bajo las siguientes premisas:

- a. Ampliar las coberturas ofertadas por el PBS, ofreciendo servicios no incluidos en el Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) y/o cubrir total o parcialmente el Copago y las Cuotas Moderadoras.

Párrafo I: Las coberturas Complementarias, que se ofertan dentro del PEMP, podrán aumentar los topes monetarios de cobertura establecidos en el PBS para Atenciones de Alto Costo, Habitación y Medicamentos Ambulatorios.

Párrafo II: Las coberturas Complementarias, que se ofertan dentro del PEMP, podrán adicionar procedimientos y/o servicios no contemplados en el Plan Básico de Salud (PBS), tales como Vacunas, Tratamientos Psiquiátricos (Salud Mental), Odontología, Ambulancia, Cirugías, Laboratorios, Medios Diagnósticos, Estudios Especiales, Atenciones de Alto Costo, Rehabilitación, Hemoterapia, Medicamentos, entre otros.

- b. Presentar los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP) en los Formatos FC-01 y FC-02, según corresponda, así como presentar el Cuadro de Beneficios correspondientes a los Planes Especiales de Medicina Prepagada cuando sean ofrecidos a los afiliados en otra ARS/SeNaSa.

Párrafo: Cuando el Plan tenga un sólo tipo de cobertura o servicio se le denominará Plan Opcional y deberá ser presentado en el Formato FC-02.

- c. Ofrecer cobertura total o parcial en el exterior del país. Podrán ofrecer cobertura por reembolso en el exterior del país, siempre que la misma sea como mínimo el equivalente al monto establecido para las Atenciones de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad del Plan Básico de Salud (PBS) vigente.

Párrafo I: Podrán ofrecer coberturas por reembolso para las reclamaciones incurridas por los afiliados a los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP), fuera la Red de Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) contratada.

Párrafo II: Podrán contratar una Red de Prestadoras de Servicios de Salud en el exterior, a través un Manejador de Riesgos Internacionales.

Artículo 18.- Del Diseño de los Planes Especiales de Medicina Prepagada(PEMP) que se ofrecen a los afiliados que tienen el Plan Básico de Salud con la misma ARS/SeNaSa.- Cuando estos Planes operen sobre las coberturas contenidas en el PBS, se establece que las ARS/SeNaSa no podrán contemplar en las Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares los escenarios siguientes:

- a. Limitaciones y/o topes de cobertura no contemplados para el PBS.
- b. Colocar cobertura complementaria para los servicios amparados al cien por ciento (100%) en el Plan Básico de Salud (PBS), salvo los servicios fuera de la Red de PSS contratadas, que podrán ser cubiertos por reembolso.
- c. Ofrecer coberturas opcionales/adicionales al PBS que no sean ofrecidos a través de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS). Por tanto, en las condiciones particulares y/o generales de los Planes Alternativos de Salud, no pueden figurar protecciones de seguros, tales como: Servicios de Últimos Gastos, Seguros de Vida y/o Seguros de Viaje, en vista de que no está previsto dentro de la función de las ARS/SeNaSa, de acuerdo a lo establecido en el artículo 148 de la Ley 87-01. No obstante, las ARS/SeNaSa podrán ofrecer protecciones de seguros a sus afiliados, cuando las mismas sean respaldadas mediante pólizas emitidas por Compañías de Seguros radicadas en el País, siempre que dichas pólizas cuenten con la aprobación de la Superintendencia de Seguros de la República Dominicana, según lo establecido en los artículos 89, 90 y 92 de la Ley 146-02.

Artículo 19.-Del Sometimiento de Planes Especiales de Medicina Prepagada(PEMP) que se ofrecen a los afiliados que tienen el Plan Básico de Salud con la misma ARS/SeNaSa. Para someter con fines de evaluación de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales los Planes Alternativos de Salud, las ARS/SeNaSa deberán seguir los pasos indicados en el Instructivo de Remisión de Planes Alternativos de Salud a la SISALRIL, publicado en el SIMON.

Párrafo: Una vez evaluados y de ser aprobados los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP) por parte de la Sisalril, se le enviará un oficio a la ARS/SeNaSa, el cual contiene un código asociado a cada Plan Alternativo de Salud sometido por la ARS/SeNaSa y aprobado por la SISALRIL, a partir de ese momento la ARS/SeNaSa está autorizada para la comercialización de cada plan aprobado.

Artículo 20.-Cambios en el Plan Básico de Salud. Cuando el Plan Básico de Salud (PBS) sea ampliado o modificado y dichas modificaciones tengan un efecto sobre el **PEMP** aprobado por la Sisalril, el mismo deberá ser sometido nuevamente, con toda la documentación requerida en el Instructivo de Remisión de Planes Alternativos de Salud a la SISALRIL.

Párrafo: Para remitir dichos Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP), las ARS/SeNaSa tienen un plazo de sesenta (60) días, a partir de la fecha de entrada en vigencia del nuevo Plan Básico de Salud (PBS) establecida mediante Resolución del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

Artículo 21.-Modificaciones en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de los PEMP Previamente Aprobados. Todos los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP) previamente aprobados por la Sisalril que sufran alguna modificación o adecuación en sus Condiciones Generales o sus Condiciones Particulares, deberán ser sometidos a la Sisalril para fines de evaluación, registro y aprobación, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 19 de la presente normativa, identificando el código o número de aprobación de dicho Plan.

Artículo 22.-Modificaciones de la Prima Comercial de PEMP Previamente Aprobados. Todos los PEMP que sufran ajustes en las Primas Comerciales, como consecuencia de las variaciones en las condiciones económicas y fluctuaciones del mercado; manteniendo las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares previamente autorizadas, deberán enviar notificación por escrito de dicha modificación a la Sisalril.

Artículo 23.- Condiciones para la suscripción de los afiliados que tienen el Plan Básico de Salud con la misma ARS/SeNaSa que ofrece el Plan Especial de Medicina Prepagada(PEMP).- Los Planes Especiales de Medicina Prepagada podrán comercializarse tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- a. Comercializar solo los Planes Especiales de Medicina Prepagada a las personas que son afiliadas al Seguro Familiar de Salud y que están afiliados a la ARS/SeNaSa.
- b. Afiliar o suscribir de manera exclusiva en sus Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP), en caso de ser una ARS AUTOGESTIONADA, aquellos empleados de la institución o miembros del gremio para la cual fue habilitada, así como sus dependientes, de conformidad con las disposiciones contempladas en la Resolución Administrativa de la Sisalril No. 141-07, de fecha 12 de octubre del año 2007.

Artículo 24.- De la Estructura de los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP) que se ofrecen a los afiliados que no tienen el Plan Básico de Salud con la misma ARS/SeNaSa. Para estructurar el PEMP y someter a la Sisalril, cuando los afiliados no tienen el Plan Básico de Salud con la misma ARS/SeNaSa, estos planes se elaboran bajo las siguientes premisas:

- a. Homologar en su Sistema de Reclamaciones los procedimientos y servicios ofrecidos en los PEMP de Salud correspondientes al PBS, con los establecidos en el Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS).



- b. Presentar las coberturas ofrecidas en el Plan Especial de Medicina Prepagada en un Cuadro de Beneficios contentivo de dichas Condiciones Particulares. En caso que las coberturas correspondan con las establecidas en el Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud, las mismas podrán ser presentadas en el Formato FC-01.

Párrafo: Cuando el Plan tenga un sólo tipo de cobertura o servicio se le denominará Plan Opcional y podrá ser remitido en el Formato FC-02.

- c. Ofrecer cobertura total o parcial en el exterior del país. Podrán ofrecer cobertura por reembolso en el exterior del país, siempre que la misma sea como mínimo el equivalente al monto establecido para las Atenciones de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad del Plan Básico de Salud (PBS) vigente.

Párrafo I: Podrán ofrecer coberturas por reembolso para las reclamaciones incurridas por los afiliados a los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP), fuera la Red de Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) contratada.

Párrafo II: Podrán contratar una Red de Prestadoras de Servicios de Salud en el exterior, a través un Manejador de Riesgos Internacionales.

Artículo 25.- Del Diseño de los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP) que se ofrecen a los afiliados que no tienen el Plan Básico de Salud con la misma ARS/SeNaSa.- Para el diseño de las coberturas ofrecidas por los PEMP para afiliados que no tengan el Plan Básico de Salud con la ARS/SeNaSa, se establece que las ARS/SeNaSa no podrán contemplar en las Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares los escenarios siguientes:

- a. Plazos de Espera/Carencia mayores o iguales a los doce (12) meses de vigencia del Contrato de Aseguramiento del Plan. Al menos que se establezcan dichos períodos de Espera/Carencia como Exclusiones Temporales, en las que se reconozca la continuidad de la cobertura del afiliado; y
- b. Ofrecer coberturas opcionales/adicionales que no sean ofrecidos a través de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS). Por tanto, en las condiciones particulares y/o generales de los Planes Alternativos de Salud, no pueden figurar protecciones de seguros, tales como: Servicios de Últimos Gastos, Seguros de Vida y/o Seguros de Viaje, en vista de que no está previsto dentro de la función de las ARS/SeNaSa, de acuerdo a lo establecido en el artículo 148 de la Ley 87-01. No obstante, las ARS/SeNaSa podrán ofrecer protecciones de seguros a sus afiliados, cuando las mismas sean respaldadas mediante pólizas emitidas por Compañías de Seguros radicadas en el País. Siempre que dichas pólizas cuenten con la aprobación de la Superintendencia de

Seguros de la República Dominicana, según lo establecido en los artículos 89, 90 y 92 de la Ley 146-02.

Artículo 26.- Del Sometimiento de Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP) que se ofrecen a los afiliados que no tienen el Plan Básico de Salud con la ARS/SeNaSa. Para someter con fines de evaluación de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales los Planes Alternativos de Salud, las ARS/SeNaSa deberán seguir los pasos indicados en el Instructivo de Remisión de Planes Alternativos de Salud a la SISALRIL, publicado en el SIMON.

Párrafo: Una vez evaluados y de ser aprobados los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP) por parte de la Sisalril, se le enviará un oficio a la ARS/SeNaSa, el cual contiene un código asociado a cada Plan Alternativo de Salud sometido por la ARS/SeNaSa y aprobado por la SISALRIL, a partir de ese momento la ARS/SeNaSa está autorizada para la comercialización de cada plan aprobado.

Artículo 27.- Cambios en el Plan Básico de Salud. Cuando el Plan Básico de Salud (PBS) sea ampliado o modificado y dichas modificaciones tengan un efecto sobre el **PEMP** aprobado por la Sisalril, el mismo deberá ser sometido nuevamente, con toda la documentación requerida en el Instructivo de Remisión de Planes Alternativos de Salud a la SISALRIL.

Párrafo: Para remitir dichos Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP), las ARS/SeNaSa tienen un plazo de sesenta (60) días, a partir de la fecha de entrada en vigencia del nuevo Plan Básico de Salud (PBS) establecida mediante Resolución del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

Artículo 28.- Modificaciones en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de los PEMP Previamente Aprobados. Todos los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP) previamente aprobados por la Sisalril que sufran alguna modificación o adecuación, deberán ser sometidos a la Sisalril para fines de evaluación, registro y aprobación, de acuerdo a lo dispuesto en el **Artículo 26** de la presente normativa, identificando el código o número de aprobación de dicho Plan.

Artículo 29.- Modificaciones de la Prima Comercial de PEMP Previamente Aprobados. Todos los PEMP que sufran ajustes en las Primas Comerciales, como consecuencia de las variaciones en las condiciones económicas y fluctuaciones del mercado; manteniendo las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares previamente autorizadas, deberán enviar notificación por escrito de dicha modificación a la Sisalril.

Artículo 30.- Condiciones para la suscripción de los afiliados que no tienen el Plan Básico de Salud con la misma ARS/SeNaSa que ofrece el Plan Especial de Medicina Prepagada (PEMP).- Los Planes Especiales de

Medicina Prepagada podrán comercializarse tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- a. Comercializar solo los Planes Especiales de Medicina Prepagada a las personas que son afiliadas al Seguro Familiar de Salud.
- b. Afiliar o suscribir de manera exclusiva en sus Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP), en caso de ser una ARS AUTOGESTIONADA, aquellos empleados de la institución o miembros del gremio para la cual fue habilitada, así como sus dependientes, de conformidad con las disposiciones contempladas en la Resolución Administrativa de la Sisalril No. 141-07, de fecha 12 de octubre del año 2007.

CAPÍTULO VI DE LA DOCUMENTACIÓN LEGAL

Artículo 31.-Para la evaluación de los Planes Alternativos de Salud (PAS) es indispensable la remisión de los documentos legales siguientes:

1) **Los Contratos de Aseguramiento.** Estos documentos deben estar redactados en forma clara, legible, en idioma castellano y de fácil comprensión para la ARS/SeNaSa y el Contratante/Afiliado, contenido de las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares, según lo dispuesto en el Instructivo de Remisión de Planes Alternativos de Salud a la SISALRIL. Los Contratos de Aseguramiento entre la ARS/SeNaSa y el Contratante debe contener las disposiciones siguientes:

Párrafo I: Sobre la Duración de los Contratos.- Los Contratos de Aseguramiento serán establecidos por un período mínimo de un (1) año. En caso de darse la tácita reconducción o renovación automática, esta cláusula deberá estar expresamente integrada al texto del contrato y sólo bastará con el pago de la Prima Comercial acordada para que dicha renovación se haga efectiva.

Párrafo II: De la Rescisión de los Contratos.- Los Contratos de Aseguramiento entre la ARS/SeNaSa y el Contratante/ Afiliado deberán establecer las causas de la rescisión contractual y las sanciones impuestas por pleno derecho de lo convenido entre las partes. Se prohíbe la terminación en forma unilateral –por parte de la ARS/SeNaSa – de la relación contractual con sus afiliados, siempre que el Contratante garantice el pago de la cotización correspondiente, salvo cuando exista prueba de que el afiliado ha utilizado o intentado utilizar los beneficios que les ofrecen los Planes Alternativos de Salud (PAS) en forma abusiva o de mala fe. Para estos efectos, se consideran conductas abusivas o de mala fe del afiliado entre otras, las siguientes:

- a. Solicitar u obtener para sí o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios;
- b. Solicitar u obtener la prestación de servicios de los Planes Alternativos de Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos;



- c. Suministrar a la ARS/SeNaSa y PSS en forma deliberada información falsa o engañosa; y
- d. Utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios de los Planes Alternativos de Salud o tarifas más bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de copago/deducible y/o cuotas moderadoras.

Párrafo III: De la Suscripción a los Planes Voluntarios (PV).- En ningún caso podrán ser afiliados en los Planes Voluntarios (PV) de Salud los trabajadores cuyo empleador cotiza al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) por él, a través de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), en virtud de que dichos Planes deben ser ofrecidos a personas o núcleos familiares que no cotizan al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), tal como lo establece el artículo 2 de la Resolución Administrativa de la Sisalril 110-07, de fecha 30 de marzo del año 2007.

Párrafo IV: De la Suscripción a los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEM).- En ningún caso podrán ser afiliados en los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP) de Salud la población que no pertenezca al Seguro Familiar de Salud en el Régimen Contributivo.

Párrafo V: Del Pago de los Planes Alternativos de Salud.- Los pagos de las Primas Comerciales (precio/tarifa) de los Planes Alternativos de Salud (individuales, familiares o colectivos) contratados, se harán a las ARS/SeNaSa por el Contratante, acogiéndose a los términos pactados con el Contratante.

Párrafo VI: Cambio de Tipo de Plan.- Ante la muerte del Contratante (Titular), los afiliados (dependientes) en un Contrato de Aseguramiento para Planes Complementarios (PC) y/o Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP), tendrán un plazo de treinta (30) días para traspasarse a una póliza individual o colectiva de un Plan Voluntario (PV), siempre que los mismos no apliquen como beneficiarios del SDSS.

Párrafo VII: De los Anexos Obligatorios a los Contratos.- Los Contratos de Aseguramiento o Condiciones Generales entre las ARS/SeNaSa y el Contratante deberán contener anexos los documentos siguientes:

1. Condiciones Particulares/Coberturas de los Planes Alternativos de Salud (PAS) ;
2. Tarifas o Guías de Precios de las coberturas contratadas;
3. Red de Prestadoras de Servicios de Salud contratada; y
4. Cualquier otra documentación que sustente lo convenido entre las partes, tales como endosos, enmiendas, entre otros.

Párrafo VIII: De la Solución de Conflictos de los Contratos de Aseguramiento.- Toda diferencia, controversia o conflicto que surja en la ejecución de los Contratos de Aseguramiento entre las ARS/SeNaSa y el Contratante, será sometida en primera instancia a la Sisalril y podrán seguir el curso normal de grados de jurisdicción establecidos por la Ley 87-01 y sus



normas complementarias, de acuerdo a las facultades señaladas en el Literal j) del Artículo 178 de la Ley 87-01.

Párrafo IX: Del Contrato de Aseguramiento Aprobado.- Todo Contrato de Aseguramiento aprobado por la Sisalril, debe indicar en el pie de página la siguiente leyenda “*Aprobado por la Sisalril mediante el oficio No._____*”, el cual deberá corresponder al notificado en la comunicación mediante el que recibió la autorización de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, para comercializar las Condiciones Particulares bajo dicho Contrato.

Párrafo X: De la Suscripción a los Recién Nacidos.- Todo recién nacido tiene la vocación de afiliado para ser suscrito en los Planes Alternativos de Salud, siempre que cuente con un documento probatorio de identidad. En particular, para la suscripción en los Planes Complementarios/ Especiales de Medicina Prepagada, el recién nacido deberá contar de forma obligatoria con su propio registro de afiliación al SDSS para recibir los servicios de la ARS/SeNaSa.

2) **Los Contratos de Gestión.** Estos documentos deberán estar redactados en forma clara, legible, en idioma castellano y de fácil comprensión para la ARS/SeNaSa y la PSS, especificando el nombre y las generales de las partes, la Resolución de habilitación emitida por la Sisalril a la ARS/SeNaSa, el Número de Acreditación emitido por el Ministerio de Salud Pública a la PSS, el Registro Nacional de Contribuyentes (RNC) de las partes, el nivel de atención contratado, las coberturas contratadas para los Planes Alternativos de Salud, la forma/modalidad y frecuencia de pago acordada y la duración del contrato, de acuerdo a los requerimientos contenidos en la Normativa sobre los Contratos de Gestión entre ARS/ARL y PSS, puesta en vigencia mediante la Resolución Administrativa de la Sisalril 111-07, de fecha 03 de abril del año 2007.

Párrafo: De la Contratación de las PSS especializadas.- Los Contratos con Proveedores de Servicios de Salud Opcionales (ambulancia, odontología, medicamentos ambulatorios, entre otros), deberán ser remitidos por las ARS/SeNaSa a la Sisalril, siempre que tales servicios no sean ofrecidos por reembolso.

CAPÍTULO VII PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACION DE LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD

Artículo 32.- La ruta crítica para la evaluación de los Planes Alternativos de Salud (PAS) de las ARS/SeNaSa es la siguiente:

- a. Las ARS/SeNaSa deberán someter a evaluación de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales los Planes Alternativos de Salud que desee comercializar, de acuerdo con el Instructivo de Remisión de Planes Alternativos de Salud a la SISALRIL, publicado en el SIMON.

Párrafo: Los Planes Alternativos de Salud que no contemplen todos los requisitos mínimos para proceder a la evaluación, serán descartados para fines



de registro y eventual aprobación de la Superintendencia, debiendo ser remitida toda la documentación nuevamente.

- b. La Superintendencia procede a la evaluación de los Planes Alternativos de Salud (PAS) que sean remitidos conforme a los requisitos mínimos, notificando las observaciones de aquellos Planes que no califiquen para la aprobación, mediante oficio Sisalril a la ARS/SeNaSa.

Párrafo I: Las ARS/SeNaSa tendrán un plazo de treinta (30) días para reintroducir su propuesta conforme a las observaciones realizadas por la Sisalril.

- c. Los Planes Alternativos de Salud (PAS) aprobados serán codificados por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales y notificados a la ARS/SeNaSa de manera expresa, mediante oficio Sisalril.
- d. Los Planes Alternativos de Salud (PAS) cuyo expediente haya sido remitido completo, serán evaluados y/o aprobados por la Sisalril en un plazo no mayor a sesenta(60) días calendario, a partir de la fecha de recepción de los documentos, en caso contrario los Planes sometidos quedaran aprobados de manera automática.

CAPÍTULO VII DE LAS AUDITORIAS TECNICAS A LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD

Artículo 33.- La Sisalril, como ente regulador y representante del Estado, tiene la responsabilidad de realizar auditorías a los Planes Alternativos de Salud (PAS) en la periodicidad que considere necesaria. Estas auditorías tendrán las características siguientes:

- a. Serán realizadas con previa notificación a las ARS/SeNaSa.
- b. Serán efectuadas por comisiones técnicas de la Sisalril, que auditarán los Planes Alternativos de Salud (PAS) en cualquiera de los aspectos que considere necesarios, tales como: Cantidad de Afiliados, Prima Comercial, Coberturas, Autorizaciones, Facturaciones, Cuentas y Contratos.
- c. Los hallazgos encontrados serán comunicados mediante oficio, a fin de que las ARS/SeNaSa introduzcan las correcciones de lugar.
- d. Suministrar a los auditores de la Sisalril toda la documentación que les requieran al momento de realizar la inspección de los Planes Alternativos de Salud (PAS).



CAPÍTULO VIII DE LAS SANCIONES

Artículo 34.- Son pasibles de sanción, de conformidad con las disposiciones del Reglamento sobre Infracciones y Sanciones al Seguro Familiar de Salud y al Seguro de Riesgos Laborales, las ARS/SeNaSa que a partir de la publicación de la presente normativa, incurran en las faltas siguientes:

- a. Comercializar Planes Alternativos de Salud (PAS) sin la aprobación expresa de la Sisalril.
- b. Comercializar Planes Complementarios (PC) a los afiliados que no estén cubiertos previamente por el Plan Básico de Salud (PBS) en su ARS/SeNaSa.
- c. Comercializar Planes Voluntarios (PV) o Independientes de Salud a los afiliados que cotizan al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).
- d. Negar cobertura por los Planes Alternativos de Salud (PAS), estando el afiliado al día con el pago de la Prima Comercial, salvo en los casos que el afiliado haya usado o intentado utilizar los beneficios que les ofrecen los Planes Alternativos de Salud (PAS) de forma abusiva o de mala fe, conforme a lo establecido en el Artículo 31, párrafo II de la presente normativa.
- e. Terminar en forma unilateral la relación contractual con los afiliados a los Planes Alternativos de Salud por las razones de edad, sexo, estereotipos, condición social o cualquier otra característica que lesione su condición humana, conforme a lo establecido en la Ley 87-01 y sus normas complementarias vigentes.
- f. Aplicar alguna modificación o adecuación en las Condiciones Particulares y/o en las Condiciones Generales de los Planes Alternativos de Salud (PAS), sin la aprobación expresa de la Sisalril.
- g. Negar las coberturas establecidas dentro del Plan Básico de Salud (PBS), bajo el alegato de que el afiliado tiene un Plan Alternativo de Salud activo.

CAPÍTULO IX DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 35.- Los Planes Alternativos de Salud (PAS) sometidos por las ARS/SeNaSa a la Sisalril serán aprobados, siempre que cumplan con los requisitos establecidos en la Ley 87-01, sus normas complementarias vigentes y la presente normativa.

Artículo 36.- La SISALRIL, como ente fiscalizador y regulador del SFS, solicitará los Estudios de Suficiencia Técnica y Financiera de los Planes Alternativos de Salud (PAS) aprobados, así como cualquier información



adicional o complementaria, en relación con el contenido de las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares de dichos Planes, cuando detecte alguna variación en la siniestralidad que atente contra la solvencia financiera del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y/o los derechos de los afiliados.

Artículo 37.- La presente normativa se aplicará a partir del primero (1º) de diciembre del año 2014, por lo que todas las propuestas de Planes Alternativos de Salud (PAS) de las ARS/SeNaSa deberán estar ajustadas a su contenido a partir de dicha fecha.

