



CNSS

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

**Reglamento sobre
el Seguro Familiar de Salud
y el Plan Básico de Salud**

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

Aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante Resolución No. 48-13 del 10 de octubre del 2002. Promulgado mediante Decreto 74-03 de fecha 31 de enero, 2003.

TÍTULO I. DEL SEGURO FAMILIAR DE SALUD

CAPÍTULO I. GENERALIDADES

ARTÍCULO 1. AMBITO DE APLICACIÓN. El presente Reglamento tiene por objeto regular la prestación de los beneficios, contenidos, condiciones, limitaciones y exclusiones del Seguro Familiar de Salud en todo el territorio nacional. Obliga a todas las entidades públicas, privadas o mixtas debidamente autorizadas para participar en el Sistema prestando uno o varios de los componentes del Seguro Familiar de Salud de que trata el presente Reglamento.

ARTÍCULO 2. DEFINICIÓN. Los beneficios del Seguro Familiar de Salud son el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, suministros y reconocimientos que el Sistema Dominicano de Seguridad Social brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general, maternidad.

PÁRRAFO: Los beneficiarios del Seguro Familiar de Salud se catalogan en cinco subconjuntos diferentes a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el Sistema, esto es como Beneficiario Cotizante Contributivo, como Beneficiario Cotizante Contributivo Subsidiado, como Beneficiario dependiente o Familiar del cotizante, como Beneficiario Subsidiado, afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social, o beneficiario transitorio de los servicios tradicionales del Sistema Nacional de Salud, esta última hasta tanto se materialice la afiliación de todos los ciudadanos obligados a ello en alguna de las formas o regímenes previstos.

ARTÍCULO 3. DE LOS TIPOS DE PRESTACIONES. Los beneficiarios del Seguro Familiar de Salud accederán a los diferentes beneficios que ofrece el Sistema Dominicano de Seguridad Social a través de los siguientes planes:

a) SERVICIOS PREVENTIVOS DE CARÁCTER GENERAL (S.P.C.G). Es un plan de carácter gratuito dirigido a todos los habitantes del territorio nacional, de responsabilidad directa del Estado a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social SESPAS, y prestado por la

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

red pública, ONG o por particulares, mediante contrato con la SESPAS como representante del Estado, que contiene acciones Públicas tales como información y educación para la salud, prevención primaria y diagnóstico precoz individual en patologías y riesgos con altas complicaciones para la salud pública.

b) PLAN BÁSICO DE SALUD (P.B.S). Es el conjunto de servicios de atención y reconocimientos económicos a los que tienen derecho todos los afiliados a los regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado. Sus contenidos están definidos en el presente Reglamento y su forma de prestación estará normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que elaboren para tal efecto de acuerdo con gremios, entidades aseguradoras y prestadoras de servicios. El Consejo Nacional de Seguridad Social –CNSS- expedirá un Catálogo detallado de las Actividades, Intervenciones y Procedimientos que contiene el Plan Básico de Salud.

c) SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD NO PROFESIONAL. Son los pagos en dinero otorgados a los afiliados del Régimen Contributivo en caso de una incapacidad temporal por enfermedad no profesional.

d) SUBSIDIO POR MATERNIDAD. Es el pago en dinero otorgado a la trabajadora afiliada del Régimen Contributivo equivalente a tres meses del salario cotizante, otorgados en las condiciones y formas que para tales fines se establecen.

e) SUBSIDIO PARA LACTANCIA. Es el pago en dinero otorgado durante doce (12) meses a los hijos menores de un año de las trabajadoras afiliadas que tengan un salario cotizante inferior a tres salarios mínimos nacionales en caso de contraindicación de lactancia materna, y este es otorgado en las condiciones y formas que para tales fines se establecen.

f) ESTANCIAS INFANTILES.: Entidades especializadas habilitadas para atender a los hijos de los/as trabajadores/as, desde los cuarenta y cinco (45) días de nacidos hasta cumplir los cinco años de edad. Comprende servicios de: alimentación según la edad; servicios de salud materno-infantil; educación pre-escolar; actividades de desarrollo psico-social y recreación.

ARTÍCULO 4. GLOSARIO. Para efecto del presente Reglamento se adoptan las siguientes definiciones:

1. Actividad: Es la utilización de un recurso particular bien sea físico, humano o tecnológico dentro del proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

2. Procedimiento: Es la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

3. Intervención: Es un conjunto de actividades y procedimientos acordes con un diagnóstico, dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

4. Guía de atención integral: Es el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad; en la que se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial lógico de éstos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo a variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada; y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el sistema de seguridad social y por los afiliados al mismo.

5. Promoción y fomento de la salud: Son aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo e informativo, individual o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellos que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos, como también a promover, estimular, incentivar y concretar la participación social en el manejo y solución de sus problemas.

6. Prevención de la enfermedad: Son aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención, cuya finalidad es actuar sobre los factores de riesgo o condiciones específicas presentes en el individuo, la comunidad o el medio ambiente, que determinan la aparición de la enfermedad.

7. Prevención primaria: actividades dirigidas al individuo que buscan reducir el riesgo de un caso de enfermedad, mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia.

8. Prevención secundaria: actividades que van orientadas a una detección temprana, oportuna y efectiva de la enfermedad, o a reducir su duración.

9. Prevención terciaria: actividades que van orientadas a reducir y minimizar el sufrimiento, la duración, la incapacidad y las secuelas de la enfermedad, lo mismo que a promover la adaptación a condiciones irremediables.

10. Diagnóstico: Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a demostrar la presencia de la enfermedad, su estado de evolución, sus complicaciones y consecuencias presentes y futuras para el paciente y la comunidad.

11. Tratamiento: Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o hacer desaparecer los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad que alteran el normal funcionamiento laboral, familiar, individual y social del individuo.

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

12. Rehabilitación: Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a restaurar la función física, psicológica o social resultante de una condición previa o crónica, modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de la enfermedad, que puedan reducir o alterar la capacidad del paciente para desempeñarse adecuadamente en su ambiente familiar, social y laboral.

13. Atención ambulatoria: Es toda actividad, intervención o procedimiento que se realiza sin necesidad de internar el paciente por un período no mayor de 24 horas.

14. Atención con internamiento u hospitalización: Es toda actividad, intervención o procedimiento que se realiza con alojamiento del paciente en un centro de salud por un período superior a 24 horas.

15. Períodos mínimos de cotización: Es el tiempo que transcurre entre el momento de la afiliación al Sistema Dominicano de Seguridad Social y el inicio de la atención para ciertas enfermedades, que sean demostrables por algún medio diagnóstico, que el afiliado conozca de su existencia, o que se demuestre su existencia por la historia clínica, la anamnesis o el examen del paciente.

16. Copago: Es el aporte en dinero que hace el afiliado del Régimen Contributivo y Contributivo Subsidiado al adquirir los medicamentos ambulatorios incluidos en el Plan Básico de Salud y cuya finalidad es contribuir al pago del precio de esta partida. Los beneficiarios del régimen subsidiado están exentos del pago del mismo.

17. Cuota Moderadora Variable: Es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio, equivalente a una parte del total de este servicio definido en el costo del Plan Básico de Salud para el sector público, y cuya finalidad es regular la utilización y estimular el buen uso del servicio. Los beneficiarios del régimen subsidiado están exentos del pago del mismo.

18. Cuota Moderadora Fija: Es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un medio diagnóstico contenido en el catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud, equivalente a una parte del total e este servicio definido en el costo del Plan Básico de Salud, y cuya finalidad es evitar el exceso en el uso de los mismos. La cuota moderadora fija será revisada cada seis meses. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado, están exentos del pago de cuota moderadora fija.

19. 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 cualquiera otra característica de atención, contratados, prestados y pagados en forma directa a los Proveedores de Servicios de Salud (PSS).

20. Planes Complementarios: Son aquellos servicios pre-pagados a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS/SNS) destinados a cubrir un conjunto de actividades, procedimientos o intervenciones que no están incluidos en el Plan Básico de Salud, o que se ofrecen en condiciones

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

diferentes o adicionales de hotelería, comodidad, tecnología o cualquier otra característica de atención.

CAPÍTULO II. DE LOS SERVICIOS PREVENTIVOS DE CARÁCTER GENERAL

ARTÍCULO 5. CONTENIDO. Es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos que incluye las acciones colectivas e individuales, descritas a continuación:

En las acciones colectivas se incluye:

1. Información y educación masiva para el control del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas; sobre los derechos y deberes del usuario en el sistema de seguridad social, sobre sus servicios, sobre los riesgos para la salud presentes en el medio o derivados de su conducta, factores protectores, como promover y estimular la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud, y de cómo llevar una vida saludable.
2. Actividades para la prevención y el control de los accidentes, violencia y desastres.
3. Control de vectores.

En las acciones individuales se incluye:

1. Actividades de prevención, detección precoz, control y vigilancia epidemiológica de enfermedades sujetas a control estricto, como el VIH-SIDA y otras de transmisión sexual, tuberculosis, lepra, leishmaniasis, filariasis, cólera, malaria, fiebre amarilla y dengue, las inmunoprevenibles contenidas en el P.A.I., rabia y otras zoonosis y en general todas aquellas enfermedades que a juicio del CNSS y la SESPAS puedan convertirse en un riesgo para la salud y el bienestar público en general.
2. Las actividades de vacunación contenidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones P.A.I.
3. Actividades de prevención, diagnóstico precoz y control de enfermedades relacionadas con el riesgo originado en el proceso reproductivo, tales como cáncer de cérvix y las relacionadas con la morbilidad materna y perinatal.

PÁRRAFO I: Para los afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social, las acciones individuales de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, tales como SIDA, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, lepra, cólera, enfermedades tropicales como la malaria, leishmaniasis, filariasis y dengue, serán responsabilidad de la A.R.S./S.N.S. respectiva y se financiarán con cargo al per cápita reconocido a las A.R.S./S.N.S. por cada afiliado.

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

PÁRRAFO II: La provisión de las vacunas objeto del P.A.I. y los medicamentos para la tuberculosis y lepra seguirán siendo responsabilidad de la SESPAS la que se encargará de garantizar el abastecimiento y la proveerá al Sistema Dominicano de Seguridad Social, al costo, a través de los mecanismos y procedimientos que la SESPAS establezca. La adquisición y aplicación de las vacunas así como el suministro de medicamentos a los pacientes estará a cargo de la ARS en la que se encuentre afiliado.

ARTÍCULO 6. OBLIGATORIEDAD DE LAS PROVINCIAS Y AYUNTAMIENTOS. Es responsabilidad y obligación del Gobierno a través de la SESPAS, las provincias y ayuntamientos, la planeación, ejecución, evaluación y control de las acciones contenidas en los Servicios Preventivos de Carácter General, en cuya prestación podrán concurrir las ARS/S.N.S., las PSS públicas, privadas o mixtas, las ONG y las comunidades, mediante el establecimiento de contratos de prestación de servicios.

PÁRRAFO: Los Servicios Preventivos de Carácter General deberán ser adoptados y adecuados por las provincias y ayuntamientos dentro de los Planes Provinciales o Municipales de Salud respectivamente.

ARTÍCULO 7. GRATUIDAD. La prestación de las actividades, intervenciones y procedimientos definidos en los Servicios Preventivos de Carácter General, serán de carácter gratuito y no podrán estar sujetas a períodos mínimos de cotización, copagos o cuotas moderadoras.

ARTÍCULO 8. FINANCIAMIENTO. La prestación de las actividades, intervenciones y procedimientos definidos en los Servicios Preventivos de Carácter General serán financiados con recursos del presupuesto nacional destinados al fomento de la salud y prevención de la enfermedad, con recursos fiscales de donación o préstamo asociados a los programas nacionales de la SESPAS y con los recursos que para el efecto destinen las provincias y los ayuntamientos.

ARTÍCULO 9. CRITERIOS DE INCLUSIÓN. Se incluirán dentro de los Servicios Preventivos de Carácter General, actividades, intervenciones y procedimientos de acuerdo a lo definido en el literal a) del artículo 3ro del presente Reglamento, para lo que deberá tenerse en cuenta su focalización en los grupos poblacionales de mayor riesgo, en las enfermedades cuyo manejo sea el de mayor costo efectividad, en aquellas que representen el mayor número de años de vida saludables perdidos (AVISA) y en enfermedades que generen altas complicaciones y representen un alto riesgo para la salud y el bienestar público.

ARTÍCULO 10. REGLAMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS PREVENTIVOS DE CARÁCTER GENERAL. Los contenidos y la forma de operación de los Servicios Preventivos de Carácter General serán definidos por la SESPAS con la colaboración del Consejo Nacional de Seguridad Social en una reglamentación adicional y estarán incluidos en el Catálogo de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Básico de Salud que se expida.

CAPÍTULO III. DEL PLAN BÁSICO DE SALUD

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

ARTÍCULO 11. DE LA INTEGRALIDAD. El Plan Básico de Salud brindará atención integral a la población afiliada en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales para los regímenes contributivo y contributivo subsidiado y esenciales genéricos para el régimen subsidiado, para los diferentes niveles de complejidad establecidos en el presente Reglamento.

ARTÍCULO 12. DE LA FACTIBILIDAD FINANCIERA. La aplicación del Plan Básico de Salud en sus diferentes fases y niveles de complejidad se desarrollará en forma gradual y progresiva, garantizando el equilibrio financiero del sistema y de acuerdo a las condiciones de la economía del país, en las que se garantice la concordancia entre el costo de las actividades propuestas con la disponibilidad de recursos que aseguren su ejecución y sostenibilidad futura.

ARTÍCULO 13. DE LOS CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN. En el Plan Básico de Salud, se privilegian el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos y guías de atención de mayor costo efectividad, orientados a la solución de las enfermedades de mayor importancia para las comunidades y de acuerdo al perfil de morbimortalidad, partiendo del Plan Nacional y de las condiciones de tecnología existentes en el país y a los recursos actuales y futuros con que cuenta el Sistema.

ARTÍCULO 14. DE LA RESPONSABILIDAD DEL AFILIADO AL SISTEMA. Es obligación del afiliado y sus beneficiarios procurar el cuidado integral de su salud y el de su comunidad, cumpliendo las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que prestan la atención de acuerdo a las definiciones hechas en el Catálogo de Actividades, Intervenciones y Procedimientos y en las guías de atención integral del Plan Básico de Salud.

ARTÍCULO 15. DE LA RESPONSABILIDAD DE LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD. Es obligación de las Administradoras de Riesgos de Salud garantizar a los beneficiarios una protección de calidad, oportuna y satisfactoria a través de la racionalización del costo de los servicios del Plan Básico de Salud, con niveles adecuados de productividad y eficiencia, en correspondencia con las coberturas objetivos y metas del Plan Nacional contenidas en el Plan Básico de Salud y con las disposiciones que para tal efecto de establezca la SISALRIL.

ARTÍCULO 16. DE LA RESPONSABILIDAD DE LAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Es obligación de las Prestadoras de Servicios de Salud brindar a los beneficiarios atenciones oportunas, satisfactorias, con calidad y calidez en las condiciones establecidas en el contrato suscrito con la Administradoras de Riesgo de Salud, cumpliendo con las disposiciones contenidas en el Plan Básico de Salud y con las regulaciones y políticas generales de la SESPAS.

ARTÍCULO 17. DE LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES. En concordancia con los artículos anteriores y para dar cumplimiento a los principios de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia enunciados en la Ley 87-01, el Plan Básico de Salud tendrá exclusiones y limitaciones, que serán, todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; los que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente defina el Consejo Nacional de Seguridad Social, más los que se describen a continuación:

- a)** Cirugía estética con fines de embellecimiento;
- b)** Tratamientos nutricionales con fines estéticos;
- c)** Tratamientos para la infertilidad;
- d)** Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas en el ámbito mundial o aquellos de carácter experimental;
- e)** Tratamientos o curas de reposo o del sueño;
- f)** Corsés, fajas, sillas de ruedas, prótesis electrónicas o electromecánicas, plantillas, zapatos ortopédicos y lentes de contacto. Se autoriza el suministro de lentes para anteojos una vez cada dos años en los niños, para la corrección de defectos de refracción que disminuyan la capacidad de visión, siempre que por razones médicas sea necesario su cambio en razón de la modificación del defecto padecido. Salvo las medias elásticas usadas en actos quirúrgicos y en el período de recuperación post quirúrgico y la ropa de presión para el tratamiento de las quemaduras en las condiciones que se disponen en el catálogo de prestaciones y de acuerdo a la gradualidad y al equilibrio financiero del Sistema.
- g)** Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica;
- h)** Tratamiento con medicamentos o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad;
- i)** Transplante de órganos. Salvo el transplante renal, de médula ósea y el de córnea. Su realización estará sujeta a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías de Atención Integral;
- j)** Tratamientos de prótesis, ortodoncia, endodoncia, periodoncia, cirugías y operatorias en la atención odontológica;
- k)** Tratamiento de vrices con fines estéticos;
- l)** Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la disfuncionalidad y la incomodidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías de Atención Integral.
- m)** Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.
- n)** Medicamentos antirretrovirales, salvo en los casos de prevención de la transmisión vertical madre recién nacido. El manejo de los medicamentos antirretrovirales corresponden a COPRESIDA y a la SESPAS, ya que la primera constituye la más alta

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

instancia del Estado, con carácter permanente, en los asuntos de VIH-SIDA y la segunda tiene la responsabilidad del control y manejo de las epidemias.

- o) Tratamientos médicos en el exterior o fuera de las fronteras del país.
- p) Actividades, intervenciones y procedimientos no autorizados expresamente en el respectivo Catálogo de actividades, intervenciones y procedimientos.

ARTÍCULO 18. CATÁLOGO DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS. Para garantizar la operatividad del Plan Básico de Salud se establece el Catálogo de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, que incluye el detalle necesario que permita cumplir con lo dispuesto en el presente Reglamento.

PÁRRAFO. El Catálogo de Actividades, Intervenciones y Procedimientos será revisado como mínimo una vez cada dos (2) años, o cuando a juicio del CNSS así lo requiera, bien sea para agregar, modificar o suprimir actividades, intervenciones o procedimientos.

ARTÍCULO 19. ADOPCIÓN DE PROTOCOLOS O GUIAS DE ATENCION INTEGRAL. La SESPAS con el apoyo de la SISALRIL, el CNSS, la AMD, las ARS/SNS, ANDECLIP y las organizaciones científicas, adoptará en un plazo no mayor de un (1) año contado a partir de la fecha de expedición del presente Reglamento, las Guías de Atención Integral comenzando por aquellas para el tratamiento de las enfermedades de altísimo costo o complejidad, y para las enfermedades más prevalentes y de mayor costo-efectividad en su manejo.

ARTÍCULO 20. CONDICIONES DE CALIDAD Y TECNOLOGIA. Las actividades, intervenciones, procedimientos y guías de atención integral deberán ofrecerse en forma oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua, de acuerdo a los estándares y condiciones medias de calidad aceptadas en el ámbito nacional, teniendo en cuenta el recurso humano, las tecnologías y la infraestructura de servicios de mayor costo efectividad disponibles en cada región, que se adecuen a las condiciones médicas del paciente, al pronóstico de la enfermedad y a las condiciones sociales, culturales y económicas del país.

PÁRRAFO: A juicio del CNSS, podrá incluirse en el listado de prestaciones el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en el país.

ARTÍCULO 21. CONDICIONES DE ACCESO. Para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad del Plan Básico de Salud, descritos en el presente Reglamento, se consideran como indispensables y de transferencia obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica. Para la transferencia entre niveles de complejidad es requisito indispensable el procedimiento de Remisión definido en el Catálogo de Actividades, Intervenciones y Procedimientos de que trata el artículo 16 del presente Reglamento. Se exceptúan de lo anterior las atenciones derivadas de las emergencias.

PÁRRAFO: Las condiciones mínimas de hotelería hospitalaria para la prestación del Plan Básico de Salud serán establecidas en el Catálogo de Prestaciones del PBS.

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

ARTÍCULO 22. DE LAS CONDICIONES DEL PLAN OFRECIDO. Las condiciones, ventajas, comodidades, limitaciones, adendas y demás que se ofrezcan al afiliado, para la prestación del Plan Básico de Salud ofrecidas por una Administradora de Riesgos /Seguro Nacional de Salud no podrán ser modificados antes del período establecido por la Ley salvo cuando el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante resolución y de aplicación universal determine su modificación.

ARTÍCULO 23. NIVELES DE COMPLEJIDAD. Para la prestación del plan básico de salud se establecen tres (3) niveles de complejidad, definidos de acuerdo a la tecnología utilizada en la actividad, intervención o procedimiento, contenidos y descritos en el Catálogo de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, sin que en ningún momento los niveles de complejidad sean excluyentes o restrictivos siempre que se cumplan las condiciones mínimas requeridas para cada servicio específico, los cuales podrán ser ofrecidos bajo modalidades ambulatorias y con internamiento.

PÁRRAFO: Los tres niveles serán los siguientes:

1. Atención primaria y primer nivel de complejidad.
2. Segundo nivel o de especialidades básicas ambulatorias y hospitalarias.
3. Tercer nivel o de especialidades no básicas ambulatorias y hospitalarias, y de la atención a las enfermedades de alta complejidad y de alto costo.

ARTÍCULO 24. INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES Y GUIAS DE ATENCION. El Consejo Nacional de Seguridad Social, previo estudio que tenga en cuenta las condiciones económicas del sistema, las tecnologías más apropiadas y adecuadas a nuestro medio, las frecuencias esperadas de utilización y el costo en relación con su efectividad, podrá incluir o excluir en el catálogo detallado de los servicios del plan básico de salud, actividades, procedimientos, intervenciones que sean de aceptación y probada eficacia por las asociaciones científicas en el ámbito mundial y nacional.

PÁRRAFO: Aquellas actividades, procedimientos e intervenciones de carácter experimental o no aceptados por las asociaciones científicas en el ámbito mundial, deberán ceñirse a los protocolos aprobados para la investigación biomédica, los que en ningún caso podrán ser financiados con cargo al per cápita que se reconoce a las ARS/ SNS por cada afiliado. Estas modificaciones deberán ser aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

ARTÍCULO 25. DE LAS PRIORIDADES EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN BÁSICO DE SALUD. A fin de proteger integralmente un mayor número de personas con acciones de salud costo efectividad y ofrecer atención familiar integral por parte de equipos interdisciplinarios ligados a la actividad comunitaria, los siguientes deberán ser los contenidos prioritarios, no excluyentes, a tener en cuenta en la elaboración del Plan Básico de Salud:

1. Educación y Promoción de la Salud: El Plan Básico de Salud prioritario aplicará en forma continua programas de educación y promoción de la salud para todos los afiliados, ligados a la

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

atención, que les den respuestas específicas a los interrogantes de la población, en relación con los principales problemas o casos de enfermedad.

2. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad: Inicialmente el Plan Básico de Salud prioritario aplicará programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ámbito individual y colectivo, los cuales incluyen lo siguiente:

- **Niños Menores de Diez (10) Años:** Inmunización con vacunas contra Difteria, Tosferina, Tétanos, Poliomiélitis, Tuberculosis, Hepatitis B, Rubeola, Sarampión, Parotiditis y Meningitis. Control y crecimiento del desarrollo y complementación alimentaria según el riesgo nutricional y valoración de la agudeza visual y auditiva.

- **Adolescentes:** Valoración de la agudeza visual y auditiva, detección de signos de violencia intrafamiliar y de riesgos de adicciones, educación para la salud reproductiva, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), salud mental y salud oral preventiva, educación nutricional y refuerzos de las vacunas.

- **Mujeres Embarazadas:** Control prenatal, detección de riesgo, complementación nutricional, vacunación, exámenes de laboratorio y ecografía, cursos psicoprofilácticos, puericultura y fomento de la lactancia materna.

- **Mujeres en Edad Fértil:** Planificación familiar, consejería reproductiva, citología cervicouterina y examen del seno y cáncer de cervix.

- **Hombres y Mujeres Mayores de Cuarenta y Cinco (45) años:** evaluación de riesgo cardiovascular.

- **Familia y Comunidad:** Control de los factores de riesgo relacionados con el ambiente familiar, la vivienda, la comunidad y el medio ambiente, orientados al mejoramiento de las relaciones interfamiliares y el ambiente físico interdomiciliario, así como la conformación de grupos de apoyo comunitarios para la prevención de problemas de salud de tipo crónico, accidentes y desastres.

3. Atenciones Ambulatorias del Primer Nivel para la Recuperación de la Salud:

- **Niños Menores de Diez (10) años:** Infección respiratoria aguda, otitis, amigdalitis, enfermedad diarreica aguda, neumonía, parasitismo intestinal, recuperación nutricional, conjuntivitis, meningitis, enfermedades de la piel, pediculosis enfermedades renales y reumáticas. Atención del trauma menor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico, atención inicial y remisión urgente al segundo y tercer nivel en casos de apendicitis y trauma mayor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves de acuerdo con las normas de referencia y contrarreferencia.

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

- **Adolescentes:** Infección respiratoria aguda, parasitismo intestinal, enfermedades de la piel, pediculosis. Atención del trauma menor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico, atención inicial y remisión al segundo y tercer nivel en casos de apendicitis y trauma mayor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.

- **Puerperio:** Control de puerperio y complementación nutricional.

- **Mujeres Entre los Veinte (20) y los Sesenta (60) Años:** Atención a mujeres con NIC I, hipertensión arterial, enfermedad genitourinaria, enfermedades de transmisión sexual, diabetes, infección respiratoria aguda, enfermedad de la piel, gastritis aguda y crónica y trauma menor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico y remisión al segundo y tercer nivel de atención de los casos de apendicitis, mujeres con NIC II-III, coleditiasis, prolapso uterovaginal, trauma mayor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.

- **Hombres Entre los Veinte (20) y los Sesenta (60) Años:** Hipertensión arterial, enfermedades genitourinarias, enfermedades de transmisión sexual, diabetes, infección respiratoria aguda, enfermedades de la piel, gastritis aguda y crónica, diagnóstico y remisión de apendicitis, y trauma menor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico y remisión al segundo y tercer nivel de atención de los casos de apendicitis, enfermedades de próstata y hemorragia digestiva, y trauma mayor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.

- **Hombres y Mujeres Mayores de Sesenta (60) Años:** Hipertensión arterial, enfermedades genitourinarias y enfermedades de transmisión sexual, diabetes, infección respiratoria aguda (bronquitis, enfisema y asma), enfermedades de la piel, gastritis aguda y crónica, artritis y problemas oftalmológicos; y trauma menor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico y remisión al segundo y tercer nivel de atención de los problemas oftalmológicos graves, enfermedades de próstata, neumonía grave y hemorragias digestivas; y trauma mayor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.

4. Atenciones de Enfermedades Endémicas: Los casos de paludismo, leishmaniasis, dengue, fiebre amarilla, filariasis, lepra y tuberculosis se atenderán de acuerdo con los lineamientos de los Servicios Preventivos de Carácter General.

5. Salud Oral:

- **Niños de Dos (2) a Catorce (14) años:** Educación sobre técnicas de cepillado, identificación de dieta cariogénica, importancia de la visita al odontólogo, aplicación de sellantes especialmente de los primeros molares permanentes así como flúor, exámenes de diagnóstico y atención de urgencias odontológicas, de acuerdo a las normas de salud bucal.

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

- **Mujeres Embarazadas:** Exámenes de diagnóstico, educación sobre cepillado, identificación de dieta cariogénica, importancia de la visita al odontólogo, profilaxis y detartaje y atención de urgencias odontológicas.

- **Resto de la Población:** Educación sobre técnicas de cepillado, identificación de dieta cariogénica, importancia de la visita al odontólogo.

6. Atenciones Hospitalarias de Primer Nivel:

- **Niños Menores de Diez (10) años:** complicación de EDA, IRA y atención básica de accidentes, laceraciones y heridas.

- **Adolescentes:** Atención inicial de accidentes, laceraciones y heridas.

- **Mujeres Embarazadas:** atención del parto sin riesgo.

- **Hombres y Mujeres Mayores de 20 Años:** Neumonía grave, atención de accidentes, laceraciones y heridas, úlcera péptica, hemorragia digestiva.

7. Atenciones de recuperación de la Salud Ambulatorias del Segundo y Tercer Nivel (Consulta Especializada):

- **Recién Nacido de Alto Riesgo:** Atención de problemas perinatales.

- **Menores de Un (1) Año:** Neumonía grave y meningitis.

- **Embarazada con Riesgo:** Atención especializada del parto y puerperio.

8. Atenciones Hospitalarias del Segundo y Tercer Nivel:

- Atención del parto de alto riesgo y complicaciones del puerperio. Atención del recién nacido de alto riesgo. Complicaciones en EDA y neumonía grave al menor de un (1) año.

PÁRRAFO: Las prioridades específicas serán ajustadas a la situación de cada municipio o provincia que cada entidad ARS/SNS estén encargados de administrar, previa aprobación de la SISALRIL.

ARTÍCULO 26. PLAN DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL. Como una estrategia de incorporación acelerada de los grupos vulnerables al Sistema Dominicano de Seguridad Social, se ofrecerá a las mujeres embarazadas y los menores de un año, lo siguiente:

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

- 1. Servicios Prenatales:** Control prenatal, detección de riesgo, complementación nutricional, vacunación, exámenes de laboratorio y ecografía, cursos psicoprofilácticos, puericultura y fomento de la lactancia materna.
- 2. Parto y Puerperio:** Cuidado prenatal y atención del parto incluyendo el de alto riesgo. Control de puerperio, planificación familiar, complementación nutricional y fomento de la lactancia materna.
- 3. Planificación Familiar:** Planificación familiar tanto quirúrgica como no quirúrgica, consejería reproductiva, citología cervicouterina y examen de seno.
- 4. Niños Menores de Un (1) Año:** Inmunizaciones PAI, promoción de la lactancia materna, paquete de complementación nutricional, control y atención del niño enfermo (especialmente tratamientos de EDA e IRA).

TÍTULO II.

DE LAS CONDICIONES DE OPERACION DEL PLAN BÁSICO DE SALUD

CAPÍTULO I.

DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y DE LA CONSERVACIÓN TEMPORAL DEL DERECHO A SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 27. DEL INICIO DE LA ATENCIÓN. Una vez el afiliado y su familia se inscriban a una Administradora de Riesgos/Seguro Nacional de Salud recibirán inmediatamente los servicios de emergencias. El resto de los servicios contemplados en el Plan Básico de Salud les serán brindados treinta (30) días después.

ARTÍCULO 28. DEL PERÍODO DE CONSERVACIÓN TEMPORAL DEL DERECHO A SERVICIOS DE SALUD. Una vez finalizada la relación laboral o el aporte correspondiente a la cotización, el trabajador y su familia gozarán de los beneficios del Plan Básico de Salud hasta por sesenta (60) días más, contados a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando hayan estado afiliados a una ARS/SNS como mínimo durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de la desafiliación. Hasta tanto se adquiera la nueva afiliación, la Tesorería de la Seguridad Social pagará a las ARS/SNS el per cápita correspondiente a los 60 días señalados.

PÁRRAFO I: Durante el período de conservación temporal del derecho a servicios de salud, al afiliado y su familia le serán atendidas las emergencias, los servicios de atención primaria y aquellas enfermedades que venían en curso de tratamiento o las derivadas de una emergencia de acuerdo con las normas y procedimientos aceptados y con las definiciones de las leyes vigentes en el país. En todo caso la atención sólo se prolongará hasta la finalización del citado período. Las atenciones adicionales o aquellas que superen el período descrito correrán por cuenta del usuario.

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

PÁRRAFO II. Es responsabilidad del afiliado del Régimen Contributivo y Contributivo Subsidiado, realizar los trámites correspondientes para la evaluación de su situación, la determinación del régimen al cual va a pertenecer y su consecuente afiliación.

CAPÍTULO II. PERÍODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN

ARTÍCULO 29. DE LOS PERÍODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN. Para acceder al tratamiento de enfermedades o procedimientos definidos como de alto costo y complejidad por el CNSS, podrán exigirse períodos mínimos de afiliación al Sistema, que en ningún caso podrán ser superiores a 12 meses continuos o 18 discontinuos

PÁRRAFO I. El CNSS definirá las enfermedades crónicas respecto de las cuales se aplican los periodos mínimos de cotización.

PÁRRAFO II. Para fines de determinar los periodos mínimos de cotización se tendrá en cuenta el tiempo que de forma continua las personas hayan estado afiliadas al IDSS y/o a algún seguro de salud así como afiliada al Sistema Dominicano de Seguridad Social.

PÁRRAFO III. Cuando el afiliado esté sujeto a períodos mínimos de cotización por alguna enfermedad presente al momento de la afiliación o desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en meses de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados en el presente artículo.

ARTÍCULO 30. DE LAS EXCEPCIONES A LOS PERÍODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN. Serán de atención inmediata sin someterse a períodos de espera las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad que se hagan en el primer nivel de atención, incluido el tratamiento integral del embarazo, parto, puerperio, como también el tratamiento inicial y la estabilización del paciente en caso de una emergencia.

PÁRRAFO I. La atención del parto y sus complicaciones no está sujeta a períodos mínimos de cotización. No obstante, el derecho al reconocimiento de las prestaciones económicas por maternidad requerirá que la afiliada haya cotizado por un período mínimo de ocho (8) meses en el período de los doce (12) meses anteriores al parto, y no ejecutar trabajo remunerado alguno en el periodo de licencia.

PÁRRAFO II. Cuando se suspende la cotización al sistema por seis (6) o más meses continuos, la antigüedad acumulada se recuperará una vez cumplidos seis (6) meses de la última afiliación.

CAPÍTULO III. DEL PAGO DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

ARTÍCULO 31. APLICACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS MODERADORAS. El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) podrá, previo estudio, establecer cuotas moderadoras cuando la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) compruebe de manera fehaciente que el uso generalizado de determinados servicios durante un período mínimo de un trimestre, supera la frecuencia promedio establecida como base para el cálculo del Plan Básico de Salud, afectando la sostenibilidad financiera del Seguro Familiar de Salud (SFS).

PÁRRAFO I: El monto de la cuota moderadora será establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) a propuesta de SISALRIL, el cual nunca será superior al por ciento del costo del servicio que resulte de la diferencia porcentual entre el presupuesto para cubrir dichas intervenciones y el gasto real incurrido en las mismas.

PÁRRAFO II. El Consejo Nacional de Seguridad Social, basado en estudios de comportamiento de uso de servicios, costos y situación financiera del Sistema Dominicano de Seguridad Social, podrá ampliar o disminuir el rango y el monto de los cobros para las actividades, intervenciones y procedimientos sujetos al pago de cuotas moderadoras.

PÁRRAFO III. En todo caso el valor de las cuotas moderadoras estará sujeto a los límites que fije el CNSS, establecidos como un porcentaje del costo de los servicios afectados y de un valor porcentual del salario de los afiliados.

PÁRRAFO IV. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado están exentos del pago de cuotas moderadoras.

ARTÍCULO 32. ACTIVIDADES SUJETAS AL COBRO DE CUOTAS MODERADORAS. Estarán sujetas al pago de cuotas moderadoras aquellas actividades donde se compruebe que exista una demanda superior a la estimada en el cálculo del Plan Básico de Salud y cuya incidencia afecte de manera directa la sostenibilidad financiera del Seguro Familiar de Salud. Dichas cuotas sólo serán establecidas en aquellas intervenciones que causan el desequilibrio financiero y mientras el mismo perdure.

PÁRRAFO. Las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de la salud y las de prevención de la enfermedad, no estarán sujetas al cobro de cuotas moderadoras, salvo que la SESPAS disponga lo contrario y así lo apruebe el Consejo Nacional de Seguridad Social.

ARTÍCULO 33. DESTINO DE LOS RECAUDOS DE CUOTAS MODERADORAS. Los recaudos por concepto de cuotas moderadoras pertenecen a la ARS/SENASA y serán cobrados por las Proveedoras de Servicios de Salud a cuenta de las ARS/ SENASA. Estos recaudos serán estimados por la Tesorería de la Seguridad Social para efectos del reconocimiento del per cápita a dichas entidades. Las ARS / SNS enviarán un informe mensual sobre las cuotas moderadoras a la SISALRIL y a la Tesorería de la Seguridad Social.

ARTÍCULO 34. DEL SEGURO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO NIVEL DE COMPLEJIDAD Y COSTO. Para garantizar la cobertura del riesgo económico derivado de la

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

atención a los afiliados que resulten afectados por enfermedades de alto costo, incluidos en el Plan Básico de Salud, las Administradoras de Riesgos de Salud y el Seguro Nacional de Salud deberán contar con un seguro de garantía contra contingencias extraordinarias de salud y contra reclamos de los afiliados, proporcional al número de beneficiarios cuyo monto mínimo será establecido por la SISALRIL.

PÁRRAFO I. Para este efecto el CNSS dispondrá la utilización con fines exclusivos a las atenciones de alto costo de una porción del per cápita y definirá periódicamente las enfermedades o procedimientos sujetos al Sistema de Redistribución de Riesgos.

PÁRRAFO II. Para efectos de lo señalado en el presente artículo se clasifican como enfermedades o tratamientos de alto nivel de complejidad y costo, los que se enuncian expresamente a continuación. El CNSS podrá ampliar o reducir este listado:

- a) Tratamiento con quimioterapia y radioterapia para el cáncer.
- b) Trasplantes de órganos y tratamiento con diálisis para la insuficiencia renal crónica.
- c) Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.
- d) Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor.
- e) Tratamiento para el paciente internado en una unidad de cuidados intensivos.
- f) Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central.
- g) Tratamiento médico-quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito.
- h) Reemplazos articulares.

ARTÍCULO 35. El copago que asuma el usuario por concepto de medicamentos ambulatorios cubiertos por el Plan Básico de Salud, será del treinta por ciento (30%) de su valor comercial de venta al público, aplicable a las recetas que reciba el paciente, independiente del número de ellas que requiera en el año y de su costo. Los usuarios del Régimen Subsidiado no están sujetos al cobro de copago por este concepto.

PÁRRAFO I. El CNSS podrá, de conformidad con la disponibilidad general de recursos en los Regímenes Contributivo y Contributivo Subsidiado, excluir del cobro de copagos los medicamentos formulados para controlar una patología de manera permanente, en pacientes que deban inscribirse en programas especiales de control.

PÁRRAFO II. Las normativas relativas a los medicamentos estarán contenidas en los reglamentos que para tales fines se elaboren.

CAPÍTULO IV. DE LA RELACIÓN DEL PLAN BÁSICO DE SALUD CON LOS PLANES Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

ARTÍCULO 36. DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS. Se entiende por Planes Complementarios aquellos contratos pre-pagados a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS/SNS) destinados

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

a cubrir un conjunto de 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.

PÁRRAFO. Estos planes constituyen modalidades alternativas no obligatorias de acceso a servicios de salud definidos en el presente artículo, en la que su característica esencial es el financiamiento mediante pre-pagos mensuales a las ARS contratadas, cubiertos por el afiliado, o por su empleador, o por ambos a la vez.

ARTÍCULO 37. DE LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS. Son aquellas 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 cualquiera otra característica de atención, prestados y pagados en forma directa a los Proveedores de Servicios de Salud (PSS).

ARTÍCULO 38. DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS PARA OFRECER LOS PLANES COMPLEMENTARIOS DE SALUD. Los Planes Complementarios de Salud serán ofrecidos por las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA) a través de la red de Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) afiliadas.

PÁRRAFO: Las ARS y el SENASA requerirán de la autorización de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales para ofrecer planes complementarios y para ello deberán establecer una separación técnica y financiera de esta actividad frente a las demás actividades de la entidad.

ARTÍCULO 39. DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS PARA OFRECER LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE SALUD. Los Servicios Complementarios de Salud serán ofrecidos directamente por la Prestadora de Servicios de Salud seleccionada por el beneficiario.

PÁRRAFO I: Las PSS podrán ofertar servicios complementarios siempre que cuenten con la habilitación correspondiente de la SESPAS.

PÁRRAFO II: Los servicios o tratamientos odontológicos no contemplados en el Plan Básico de Salud podrán ser ofertados como servicios complementarios.

PÁRRAFO III: Los servicios complementarios serán reglamentados por el CNSS a propuesta de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

ARTÍCULO 40. DE LA FINANCIACIÓN. Los Planes Complementarios, así como los Servicios Complementarios serán financiados exclusivamente y en su totalidad con recursos de los afiliados, de los empleadores o de ambos, distintos a los cotizados al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

ARTÍCULO 41. DE LA OBLIGATORIEDAD DE AFILIACION AL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA OPTAR POR UN PLAN O SERVICIO COMPLEMENTARIO. Ninguna

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

empresa, entidad o persona podrá ofrecer y prestar Planes Complementarios a personas que no estén cubiertas previamente por el Plan Básico de Salud.

PÁRRAFO: De comprobarse la omisión por cualquier causa de este requisito, dará lugar a la aplicación de las sanciones que contempla la Ley. Es responsabilidad de la entidad que ofrece los planes complementarios verificar que las personas que se inscriben estén afiliadas previamente al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

ARTÍCULO 42. PERÍODOS DE CARENCIA, COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS. Las ARS/SNS que ofrezcan Planes Complementarios de Salud, podrán establecer para éstos, según su criterio, períodos de carencia o pactar períodos mínimos de afiliación para acceder a los beneficios, cuotas moderadoras y copagos; condiciones que deberán establecerse previamente y quedar claramente definidas en los contratos de acuerdo a las normas aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

ARTÍCULO 43. CONDICIONES PARA LA APROBACIÓN Y PRESTACIÓN DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS. Los Planes Complementarios, deberán ser registrados y aprobados por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, los cuales se ajustarán a la normativa vigente para estos casos dictada por el Consejo Nacional de Seguridad Social, con sujeción además a los siguientes requisitos:

- a) Nombre y contenido de la actividad, procedimiento o guía de atención que se aspira a ofrecer.
- b) Descripción de los riesgos previsible potenciales para el paciente, inherentes a lo ofrecido.
- c) Costo y forma de pago del plan.
- d) Descripción de los períodos de carencia, exclusiones, cuotas moderadoras y copagos.

PÁRRAFO. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales podrá solicitar en cualquier momento información adicional o complementaria en relación con el contenido, condiciones y demás aspectos que considere necesarios referente a los Planes Complementarios.

ARTÍCULO 44. VIGENCIA. El presente Reglamento rige a partir de la fecha de su promulgación y publicación por parte del Poder Ejecutivo.

DADO en Santo domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los treinta y un (31) días del mes de enero del año dos mil tres (2003); año 159 de la Independencia y 140 de la Restauración.

Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud



CNSS

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

www.cnss.gob.do