



República Dominicana
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
"Año del Fortalecimiento del Estado Social y Democrático de Derecho"

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA No.00190-2012

QUE APRUEBA LA 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 el Artículo 31 de la Ley No. 87-01, establece que la Administración de los Riesgos de Salud estará a cargo del Seguro Nacional de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Salud;

CONSIDERANDO: Que en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 133 de la Ley No. 87-01, el Consejo Nacional de Seguridad Social dictó la Resolución No. 157-03, 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 del Artículo 13 ordinal 2do del Reglamento para la Organización y Regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud, aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante Resolución No. 47-04 del 3 de octubre del 2002, los planes de salud y modelos de contratos 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, se hace necesario contar con una normativa que regule la viabilidad financiera, el diseño y la estructura de estos planes, entre otros aspectos;

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 del 2001, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social; el Reglamento para la Organización y Regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud, aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante





República Dominicana
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

"Año del Fortalecimiento del Estado Social y Democrático de Derecho"

Resolución No. 47-04 del 3 de octubre del 2002; la Resolución No. 157-03, de fecha 19 de marzo del año 2007, dictada por el Consejo Nacional de Seguridad Social 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 Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, SISALRIL.

RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR, como al efecto aprueba, la 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 próximo primero (1ro) de noviembre del presente año y deja sin efecto cualquier otra normativa, resolución o disposición administrativa dictadas por esta Superintendencia, en todos los aspectos que les sean contrario.

TERCERO: Se ordena la publicación de la presente resolución en un periódico de circulación nacional y en la página de Internet www.sisalril.gov.do, para los fines legales correspondientes.

DADA en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los dieciocho (18) días del mes de octubre del año dos mil doce (2012).

LIC. FERNANDO CAAMAÑO
Superintendente





República Dominicana

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)

"Año por el Fortalecimiento del Estado Social y Democrático de Derecho"

NORMATIVA SOBRE LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD

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 y el Seguro Nacional de Salud (ARS/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. En lo adelante serán denominadas como "ARS/SeNaSa".
- 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 no 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 en Salud:** Es la evaluación sistemática de la atención en salud, enfocada, tanto hacia su proceso y resultado, como al personal involucrado en el acto médico, que hace parte del sistema obligatorio de garantía de calidad de las ARS/SeNaSa y las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS).
- f. **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.
- g. **Beneficiario:** Es la persona elegible para los Planes Alternativos de Salud, de acuerdo a las políticas de suscripción de las ARS/SeNaSa, conforme a la presente Normativa.
- h. **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.
- i. **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.
- j. **Códigos SIMON:** 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.
- k. **Condiciones Generales:** Es el marco legal del Contrato de Aseguramiento contentivo de los términos y condiciones que regulan la relación contractual entre las ARS/SeNaSa y el Contratante/Beneficiario.
- l. **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

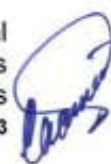


limitaciones, los topes máximos de la cobertura que adquiere -alcance de las mismas- y los beneficios que le corresponde al Afiliado/Beneficiario.

- m. **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.
- n. **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.
- o. **Contrato de Aseguramiento:** Es el documento legal utilizado para la inscripción del Afiliado y/o sus dependientes en los Planes Alternativos de Salud (PAS), mediante el cual las ARS/SeNaSa y el Contratante/Beneficiario convienen los términos, condiciones y responsabilidades bajo los que se establece la relación contractual entre las partes.
- p. **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 y las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) para la provisión de las coberturas contempladas en los Planes Alternativos de Salud (PAS).
- q. **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.
- r. **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, cuya finalidad es evitar el exceso en el uso de los mismos.
- s. **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), cuya finalidad es regular la utilización y estimular el buen uso del servicio.
- t. **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 a los Planes Alternativos de Salud (PAS).
- u. **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.
- v. **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.
- w. **Ley:** Es la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, promulgada el 09 de mayo del año 2001.
- x. **Plan Básico de Salud (PBS):** 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.
- y. **Plan de Servicios de Salud (PDSS):** Es el plan de Servicios de Salud, producto del acuerdo firmado por todos los sectores del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), el 19 de diciembre de 2006, ratificado mediante la Resolución No. 151-05 del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) en fecha 11/01/2007, para posibilitar la

entrada en vigencia del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo; es considerado como una primera etapa de aplicación del Plan Básico de Salud (PBS).

- z. **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/Afiliado. Los tipos de Planes que se contemplan son: Planes Complementarios, Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP) y Planes Voluntarios (PV).
- aa. **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).
- bb. **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.
- cc. **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. Las personas afiliadas a estos Planes no forman parte de la población registrada en nómina de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), por consiguiente, no son parte del Régimen Subsidiado, ni tampoco del Régimen Contributivo en Salud.
- dd. **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. En lo adelante serán denominadas como "PSS".
- ee. **Promotor de Seguros de Salud:** Es la persona física o moral contratada por la ARS/SeNaSa para ofertar sus servicios e inscribir afiliados, debidamente acreditada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, para ejercer esta función, según lo dispuesto por el artículo 155 de la Ley 87-01. Cumplirán además, con las regulaciones establecidas por el Reglamento para la Organización y Regulación de la ARS/SeNaSa, aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).
- ff. **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, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 118 de la Ley 87-01.
- gg. **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 en forma directa a las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS).
- hh. **Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS):** Es un Sistema de protección social creado mediante la Ley 87-01 promulgada el 9 de mayo de 2001. Su carácter es universal, obligatorio, integral, solidario y plural, a fin de otorgar los derechos



constitucionales a la población; 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.

- ii. **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISARIL):** 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.
- jj. **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, garantizando 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 II

OBLIGACIONES DE LAS ARS/SENASA

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.

Párrafo I: Toda comercialización de Planes Alternativos de Salud (PAS) por las ARS/SeNaSa de AUTOGESTION deberá efectuarse de conformidad con las disposiciones contempladas en la Resolución Administrativa de la SISALRIL No. 141-07, de fecha 12 de octubre del año 2007.

Párrafo II: Cuando la cartera de afiliados de una ARS/SeNaSa sea adquirida por otra ARS/SeNaSa, la SISALRIL le asignará automáticamente los códigos cargados en el SIMON para los Planes Alternativos de Salud (PAS) aprobados para la ARS/SeNaSa que vendió la cartera de afiliados.

c. Una vez la ARS/SeNaSa inicie la comercialización de los Planes Alternativos de Salud (PAS) aprobados por la SISALRIL, deberá mantener una base de datos actualizada con el número de afiliados en cada Plan y remitir a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales la población total de afiliados al corte de cada mes, cargando durante los primeros diez (10) días de cada mes, a través de los Esquemas 31, 32, 33 y 34 diseñados para tales fines.

Párrafo I: Es responsabilidad de las ARS/SeNaSa verificar si las personas que solicitan los Planes Alternativos de Salud (PAS) están afiliadas al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

Párrafo II: Las ARS/SeNaSa no deben vender Planes Voluntarios (PV) a aquellas personas que aparezcan afiliada al SDSS. En caso de que los afiliados tengan contratado estos Planes previo a insertarse en el SDSS, dichos planes deberán ser cancelados o traspasados a un Plan Complementario o un Plan Especial de Medicina Prepagada, según corresponda.

Párrafo III: La SISALRIL efectuará mensualmente la validación de las cargas de los afiliados realizada por las ARS/SeNaSa, a través de los Esquemas 31, 32, 33 y 34 diseñados para tales fines, con objeto de supervisar el cumplimiento de lo estipulado en la presente normativa. Los hallazgos encontrados les serán notificados a las ARS/SeNaSa mediante oficio, tras lo cual tendrán un plazo de 30 días para efectuar los ajustes correspondientes.

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).

e. Garantizar que los Planes Alternativos de Salud (PAS) sean autogestionables en el tiempo, es decir, que los ingresos recibidos por estos Planes puedan cubrir su Siniestralidad y los Gastos Generales y Administrativos.

f. Remitir para evaluación, registro y aprobación de la SISALRIL toda modificación y/o adecuación a las Condiciones Particulares y/o las Condiciones Generales de los Planes Alternativos de Salud (PAS) aprobados por la SISALRIL, no pudiendo aplicar dichas modificaciones hasta tanto la Superintendencia le otorgue la nueva aprobación.

CAPÍTULO III

REQUERIMIENTOS PARA SOMETER PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD A LA SISALRIL

Artículo 4.- Para someter a 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.

CAPÍTULO IV

DEL DISEÑO DE LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD, SEGÚN TIPO

Artículo 5.- De los Planes Complementarios (PC). Para la remisión de los Planes Complementarios (PC) a la SISALRIL, se establece que las ARS/SeNaSa podrán conformar las condiciones siguientes:

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: Adicional 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 I: Todos los Planes Complementarios (PC) 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 4 de la presente normativa, identificando el código o número de aprobación de dicho Plan.

Párrafo II: Cuando el Plan Básico de Salud (PBS) sea ampliado o modificado y esta ampliación afecte el Plan Complementario de Salud 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. Para remitir dichos Planes Complementarios (PC), las ARS/SeNaSa tiene un plazo de sesenta (60) días a partir de la publicación del nuevo Plan Básico de Salud (PBS), mediante Resolución del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

Párrafo III: 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/beneficiario de los Planes Complementarios (PC) de Salud, para las reclamaciones incurridas fuera de la Red de Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) contratada.

Artículo 6.- 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 de emergencia, ya que el PBS los cubre al cien por ciento (100%), salvo los casos de emergencia fuera de la Red de PSS contratadas que podrán ser cubiertos por reembolso; y

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 estas coberturas 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 7.- De los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP). Para remisión de los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP) a la SISALRIL, se establece que las ARS/SeNaSa podrán conformar las condiciones siguientes:

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 podrán aumentar los topes monetarios de cobertura establecidos en el PBS para Atenciones de Alto Costo, Habitación y Medicamentos Ambulatorios.

Párrafo II: Adicional 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 I: 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 4 de la presente normativa, identificando el código o número de aprobación de dicho Plan.

Párrafo II: Cuando el Plan Básico de Salud (PBS) sea ampliado o modificado y esta ampliación afecte el Plan Especial de Medicina Prepagada 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. Para remitir dichos Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP), las ARS/SeNaSa tiene un plazo de sesenta (60) días a partir de la publicación del nuevo Plan Básico de Salud (PBS), mediante Resolución del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

Párrafo III: 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.

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

d. Contratar la Red de Prestadoras de Servicios de Salud ampliada y preferencial con acceso directo a especialistas y/o sub-especialistas nacionales e internacionales.

Párrafo I: Podrán ofrecer cobertura 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.

Artículo 8.- Del Diseño de los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP).- 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 de emergencia, ya que el PBS los cubre al cien por ciento (100%), salvo los casos de emergencia fuera de la Red de PSS contratadas que podrán ser cubiertos por reembolso; y

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 estas coberturas 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 9.- De los Planes Voluntarios (PV). Para la remisión de los Planes Voluntarios (PV) de Salud a la SISALRIL, se establece que las ARS/SeNaSa podrán conformar las condiciones siguientes:

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 el Formato FC-01, siempre que las mismas se correspondan con las establecidas en el Catálogo de Prestaciones del

PDSS. En caso contrario, las coberturas deberán ser presentadas en un Cuadro de Beneficios contentivo de dichas Condiciones Particulares.

Párrafo I: Todos los Planes Voluntarios (PV) 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 4 de la presente normativa, identificando el código o número de aprobación de dicho Plan.

Párrafo II: 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. Contratar la Red de Prestadoras de Servicios de Salud preferencial con acceso directo a especialistas y/o sub-especialistas.

Artículo 10.- 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. A 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 ofrecidas 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 estas coberturas 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.

CAPÍTULO V DE LA DOCUMENTACIÓN LEGAL

Artículo 11.- Para la evaluación de los Planes Alternativos de Salud (PAS) es indispensable la remisión de los documentos legales siguientes:

a. Los Contratos de Aseguramiento. Estos documentos deben estar redactados en forma clara, en idioma castellano y de fácil comprensión para la ARS/SeNaSa y el Contratante/Afiliado, contentivo de las condiciones siguientes:

1. **Condiciones Generales/ Contrato.**- Estas deberán contener los nombres y generales de las partes, las obligaciones entre las partes, la forma/modalidad de pago, el glosario de términos -definición de las coberturas-, forma en que se otorgarán las coberturas y beneficios, las cuales deberán guardar relación con las Condiciones Particulares de los Planes Alternativos de Salud, la forma de identificación del afiliado - uso de carnet-, períodos de carencia/espera, las exclusiones, el período de vigencia, entre otros.
2. **Condiciones Particulares/ Coberturas.**- Estas deberán ser presentadas anexas a las Condiciones Generales contemplando las coberturas, los copagos, deducibles, las limitaciones, los topes máximos de la cobertura -alcance de las mismas-, la prima comercial o el precio acordado, beneficios que le corresponde, tales como, reembolso.

De tal modo que el Contrato de Aseguramiento entre la ARS/SeNaSa y el Contratante/Afiliado debe contener las disposiciones siguientes:

Párrafo I: Del Título de los Contratos. El título de los convenios para la subscripción de los beneficiarios a los Planes Alternativos de Salud (PAS) debe expresar como sigue: "Contrato de

Aseguramiento para Planes (especificar nombre y/o tipo de plan) - Condiciones Generales -". Los términos Individual y/o Colectivo sólo se colocarán en el título de tales Contratos -Condiciones Generales- para la suscripción los beneficiarios en los Planes Alternativos de Salud (PAS).

Párrafo II: 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 acordada para que dicha renovación se haga efectiva.

Párrafo III: Sobre las Enmiendas a los Contratos.- Los Contratos de Aseguramiento deben establecer que cualquier modificación al mismo, se efectuará de común acuerdo entre las partes y por escrito, salvo disposición de carácter legal.

Párrafo IV: De la Rescisión de los Contratos.- Los Contratos de Aseguramiento entre la ARS/SeNaSa y el Contratante 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/afiliado garantice el pago de la prima 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:

1. Solicitar u obtener para sí o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios;
2. Solicitar u obtener la prestación de servicios del Plan Alternativos de Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos;
3. Suministrar a la ARS/SeNaSa y PSS en forma deliberada información falsa o engañosa; y
4. 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 V: De la Suscripción a los Planes Voluntarios (PV).- En ningún caso los Beneficiarios del Contrato de Aseguramiento -individual, familiar o colectivo- para los Planes Voluntarios (PV) de Salud, podrán ser trabajadores cuyo empleador cotiza al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), a través de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) por él, 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 No. 110-07, de fecha 30 de marzo del año 2007.

Párrafo VI: De los Contratos de Aseguramiento para los Planes Alternativos de Salud.- Los Contratos de Aseguramiento podrán ser firmados entre la ARS/SeNaSa y el Contratante/Beneficiario para la suscripción en los Planes Alternativos de Salud (PAS), siempre que el Contratante y/o el Afiliado cubra el precio convenido por dichos Planes.

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

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

1. Condiciones Particulares/Coberturas de los Planes Alternativos de Salud (PAS) ;

2. Políticas de Suscripción y uso de las coberturas contempladas en los Planes Alternativos de Salud (PAS);
3. Tarifas o Guías de Precios de las coberturas contratadas;
4. Red de Prestadoras de Servicios de Salud contratada; y
5. Cualquier otra documentación que sustente lo convenido entre las partes, tales como endosos, enmiendas, entre otros.

Párrafo X: 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/Beneficiario, 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 XI: 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, a fin de facilitar las auditorías de los Planes Alternativos de Salud.

Párrafo XII: De la Suscripción a los Recién Nacidos.- Todo recién nacido tiene la vocación de afiliado para ser subscrito en los Planes Alternativos de Salud, siempre que cuente con el Registro/ Acta de Nacimiento. 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.

b. Los Contratos de Gestión. Estos documentos deberán estar redactado en forma clara, en idioma castellano y de fácil comprensión para la ARS/SeNaSa y la PSS, especificando el nombre y las generales de las partes, Resolución de habilitación emitida por la SISALRIL a la ARS/SeNaSa, No. Acreditación emitida por el Ministerios de Salud pública a la PSS, Registro Nacional de Contribuyentes (RNC) de las partes, nivel de atención contratado, coberturas contratadas para los Planes Alternativos de Salud, forma/modalidad y frecuencia de pago acordada y duración del contrato, de acuerdo a los requerimientos contenidos en la Normativa sobre los Contratos de Gestión entre ARS/SeNaSa, ARL y PSS, puesta en vigencia mediante la Resolución Administrativa de la SISALRIL No. 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 VI

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACION DE LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD

Artículo 12.- 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 a lo dispuesto en el artículo 4 de la presente normativa.

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

Párrafo I: A las ARS/SeNaSa se le otorgará un plazo de 30 días para reintroducir su propuesta conforme a las correcciones realizadas por la SISALRIL, tras la notificación por escrito de dichas

observaciones. En caso contrario, los Planes Alternativos de Salud evaluados quedarían descartados para fines de registro y eventual aprobación de la Superintendencia, debiendo ser remitida toda la documentación nuevamente.

Párrafo II: Las ARS/SeNaSa podrán continuar dando servicios a los afiliados vigentes en sus Planes Alternativos de Salud, bajo las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares (coberturas) previamente aprobadas por la SISALRIL, durante un periodo de 60 días contados a partir del vencimiento del periodo de vigencia del plan, de cualquier modificación efectuada por el CNSS sobre PBS que impacte sobre sus planes aprobados o desde el sometimiento por parte de la ARS de cualquier modificación en los Planes Alternativos de Salud previamente aprobados.

Párrafo III: Las ARS/SeNaSa que requieran de una reunión con la Superintendencia para tratar el tema de los Planes Alternativos de Salud (PAS), deberá solicitar formalmente mediante una comunicación dirigida a la Dirección correspondiente.

c. Los Planes Alternativos de Salud (PAS) que califiquen para aprobación serán codificados y publicados (Condiciones Particulares/Coberturas y Condiciones Generales/Contratos de Aseguramiento de los Planes Alternativos de Salud) en la Página Web de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, tras lo cual las ARS/SeNaSa correspondiente recibirá la aprobación expresa de los mismos mediante oficio SISALRIL .

Párrafo: A partir de esta codificación, todos los documentos (Contratos, Anexos, Facturas, entre otros.) deberán tener el código asignado por la SISALRIL tras la aprobación de tales Planes.

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 13.- La SISALRIL, como ente regulador del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en representación 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 los aspectos siguientes:

1. Cantidad de Afiliados;
2. Prima Comercial;
3. Coberturas;
4. Autorizaciones;
5. Facturaciones;
6. Cuentas;
7. Contratos; y,
8. Cualquier otro aspecto que la SISALRIL entienda bien verificar.

c. Los hallazgos encontrados serán comunicados mediante oficio, a fin de que las ARS/SeNaSa introduzcan las correcciones de lugar.



CAPÍTULO VIII DE LAS SANCIONES

Artículo 14.- 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 Laboral, 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.** No remitir a la SISALRIL la cantidad de afiliados a los Planes Alternativos de Salud (PAS), a través de los Esquemas 31, 32, 33 y 34 diseñados para tales fines, en la periodicidad requerida.
- e.** Negar cobertura por los Planes Alternativos de Salud (PAS), estando el afiliado al día en el pago de los beneficios amparados en dichos Planes, 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 11, párrafo IV de la presente normativa.
- f.** 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.
- g.** 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.
- h.** Negar las coberturas del Plan Básico de Salud (PBS), bajo el alegato de que el afiliado fue autorizado por un Plan Especial de Medicina Prepagada.

CAPÍTULO IX DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 15.- 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 16.- Los Planes Alternativos de Salud (PAS) aprobados tienen un período de vigencia no mayor de un año; transcurrido dicho período las ARS/SeNaSa solo deberán someter nuevamente los Estudios de Suficiencia Técnica y Financiera, siempre que no existan modificaciones en las Condiciones Generales (Contrato), en las Condiciones Particulares (Coberturas) y en cualquier otro documentos que sustente lo convenido entre las partes, con el objeto de actualizar las Primas Comerciales de tales Planes, de conformidad con la experiencia de siniestralidad de los mismos.

Artículo 17.- La presente normativa se aplicará a partir del 1ero de Noviembre del año 2012, 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.

