

PREGUNTAS MAS FRECUENTES



1.- ¿Qué es el Plan Básico de Salud (PBS)?

- Es un conjunto de servicios de salud, otorgados a través del Seguro Familiar de Salud a todos los afiliados del Sistema Dominicano de Seguridad Social, los servicios ofertados son de carácter integral, es decir incluye prevención de enfermedades y promoción de la salud, atención a los enfermos, ambulatoria y hospitalaria, diagnósticos, servicios odontológicos, medicamentos y rehabilitación, según listado de prestaciones determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

2.- ¿Qué es el Plan De Servicios de Salud (PDSS)?

- Es un Plan de Servicios de Salud, producto del acuerdo firmado por todos los sectores del sistema el 19 de diciembre del 2006, ratificado mediante la Resolución No. 151-05 del CNSS en fecha 11/1/2007, para entrar en vigencia el Seguro Familiar de Salud para el Régimen Contributivo, es considerado como una primera etapa de aplicación del Plan Básico de Salud (PBS). Iniciará su aplicación el **primero (1ero.) de junio del 2007.**

3.- ¿Cuál es la diferencia entre el PBS y el PDSS?

- El Plan Básico de Salud (PBS) tiene un catálogo definido con todos los servicios de salud, el Plan de Servicios de Salud (PDSS) define gradualidad en la entrega de esos servicios, establece co-pagos, topes y cuotas moderadoras.

4.- ¿Cuáles son las Prestaciones del Seguro Familiar de Salud para el Régimen Contributivo?

A.) Prestaciones en Especie:

- Plan Básico de Salud:
 - Programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

- Consultas Ambulatorias.
- Servicio de Urgencia y Emergencia.
- Atención Prenatal
- Cirugía.
- Hospitalización clínica.
- Consulta e interconsulta en hospitalización
- Honorarios Médicos en Hospitalización
- **Estudios diagnósticos de Imagen y Laboratorio.**
- **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos de Alto Costo.**
(resonancia magnética, tomografía, cateterismo cardíaco, ERCP, etc.).
- **Tratamiento de cáncer y otras enfermedades catastróficas.**
- **Servicios odontológicos básicos.**
 - Servicios de Estancias Infantiles.

B.) Prestaciones en Dinero:

- Subsidio por Enfermedad
- Subsidio de Maternidad y Lactancia

5.- ¿Qué son los servicios con gradualidad y cuáles son los que se quedan para la Gradualidad?

- Son todos aquellos servicios que no entran de inmediato con el Plan de Servicios de Salud (PDSS), si no que irán incorporándose al catálogo para ir ampliando la oferta de servicios de salud.
- Los que se quedan para la Gradualidad son: algunos servicios odontológicos, diálisis y hemodiálisis peritoneal, subsidio de maternidad, lactancia, por enfermedad no profesional y las estancias infantiles.

6.- ¿A cuáles personas cubre el Plan de Servicios de Salud del Seguro Familiar de Salud?

- El trabajador y/o trabajadora afiliado/a
- El pensionado del Régimen Contributivo, independientemente de su edad y estado de salud.
- El cónyuge del afiliado/a y del pensionado o a falta de éste el compañero/a de vida con quien haya mantenido una vida marital durante los tres años anteriores a su inscripción, o haya procreado hijos, siempre que ambos no tengan impedimento legal para el matrimonio.
- Los hijos/as menores de 18 años del afiliado/a.
- Los hijos del afiliado hasta 21 años cuando sean estudiantes.
- Los hijos/a discapacitados independientemente de su edad, que dependan del afiliado o del pensionado.
- En forma complementaria, podrán incluir a otros familiares que dependan del afiliado/a o pensionado/a siempre que el afiliado cubra el costo de su protección,.

El Seguro Familiar de Salud es de carácter universal, sin exclusiones por sexo, edad, género, condición social, laboral, territorial y capacidad económica.

7.- ¿Puedo afiliar a mis padres?

- Sí, el Consejo Nacional de la Seguridad Social mediante la resolución 155-03 del 22 de febrero del 2007, autorizó la inclusión de **los padres** de los afiliados a los beneficios del Plan de Servicios de Salud, siempre que el afiliado cubra el costo total del per cápita para su protección.

8.- ¿Cuál es el tope de salario cotizabile para el Seguro Familiar de Salud?

- Hasta diez (10) salarios cotizables, esto es: que si usted gana más de ese valor, sólo le descontarán hasta ese monto.

9.- ¿Cuáles son los documentos que se necesitan para inscribirme e inscribir a mis familiares al Seguro Familiar de Salud?

- Acta de matrimonio o Declaración jurada de unión libre (para los no solteros).
- Cédula de identidad y electoral (para los mayores de edad).
- Acta de nacimiento (para los menores de 18 años).
- Para los mayores con edades entre 18 y 21 años, certificación actualizada del centro de estudios correspondiente.
- Documentación de los padres si decides afiliarlos (aquellas requeridas por la ARS).
- Formulario de afiliación (facilitado por la ARS elegida).
- Certificación médica para los discapacitados.

10.- ¿Si me afilio por primera vez a una ARS, qué tiempo tengo que esperar para poder hacer uso de mi seguro?

- Si usted está afiliado a una ARS, no tiene período de espera, puede demandar cualquier servicio de salud incluido en el PDSS, si es afiliado nuevo (primera vez que se inscribe en una ARS) usted y su familia, recibirán inmediatamente los servicios de emergencia, promoción y prevención en caso de necesitarlos, así como la atención al parto y sus consecuencia.
- El resto de los servicios contemplados en el Plan de Servicios de Salud (PDSS) serán brindados treinta (30) días después de su inscripción formal en una ARS.

11.- ¿Cuál será la forma de pago del PDSS del Seguro Familiar de Salud (SFS)?

- La Tesorería de la Seguridad Social a partir del 15 de mayo del 2007 notificará el pago en base al porcentaje correspondiente al Plan de Servicio de Salud (PDSS) del

Seguro Familiar de Salud (SFS) del régimen contributivo, junto con los montos del Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia y al Seguro de Riesgos laborales, es decir, notificará los tres seguros en un único documento.

12.- ¿A quién se le pagarán las facturas (notificaciones de pago) del PDSS del Seguro Familiar de Salud a partir del mes de mayo, al IDSS, a la ARS o a la TSS?

- A partir de mayo del 2007 se pagará directamente a la Tesorería de la Seguridad Social, en función de la notificación de pago que generen las cotizaciones de los tres seguros (pensión, salud y riesgos laborales), estos pagos se efectuarán a través de la Red Nacional de Bancos autorizados para esos fines, los cuales son: Banco BHD, Banco León, Banco Popular, Banreservas, Banco del Progreso y Banco Santa Cruz.

13.- ¿Qué pasará con aquellas empresas que deben facturas del IDSS?

- Se les seguirá cobrando las facturas adeudadas al IDSS y se le aplicará un recargo por concepto de interés y mora.

14.- ¿Dónde conseguir las informaciones de las clínicas y centros de salud que me garantizará la ARS a la que estoy afiliado con mi familia?

- Esta información debe solicitarla a la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) a la cual esté afiliado.

15.- ¿Puedo estar afiliado a dos ARS?

- Ninguna persona podrá afiliarse a más de una ARS, aún cuando preste servicios a más de un empleador o realice otras actividades productivas.

16.- ¿Si estoy afiliado a dos ARS cómo selecciono una sola, para eliminar la doble afiliación?

En virtud de la Resolución administrativa No.00107-2007, luego del 27 de abril del 2007 el afiliado que se encuentre en dos ARS entrará en un proceso de afiliación automática. Para este proceso, sólo entrarán las ARS en las cuales se encontraba afiliado.

17.- ¿Qué proceso debió llevar a cabo el empleador para eliminar la doble afiliación?

Antes del 27 de abril del 2007, los empleadores debieron elaborar una lista a la firma de los empleados contentiva de:

- Número de cédula de los empleados.
- Nombre de los empleados.
- Primer apellido de cada empleado.
- Segundo apellido de cada empleado

El empleador debió enviar a la ARS elegida por los empleados, la lista de la información descrita, así como el Registro Nacional de Contribuyente (RNC) y las dos (2) últimas facturas pagadas a dicha ARS.

18.- ¿Qué pasará con los afiliados que continúen en dos ARS, después del 27 de abril del 2007?

- Luego del 27 de abril del 2007, los afiliados que permanezcan bajo la situación de doble afiliación, entrarán en un proceso especial de afiliación automática ejecutado por la EPBD/UNIPAGO. Para este proceso, sólo entrarán las ARS en las cuales se encontraba afiliado.

19.- ¿En cuál ARS me quedaré si laboro con más de un empleador y cotizo como titular en más de una ARS?

- Se tomará en cuenta la ARS contratada por el empleador en la cual usted perciba mayor salario. En caso de que usted perciba el mismo salario en las dos ARS, es decir, un empate en monto salarial, se seleccionará una de estas ARS de manera aleatoria.

20.- ¿Si mi esposa está en una ARS y yo estoy en otra cómo nos quedamos como familia en una sola?

- Cuando los dos cónyuges o compañero de vida son afiliados cotizantes al SFS, sólo uno de ellos podrá constituirse en afiliado titular y deberán estar afiliado a la misma ARS. El otro cónyuge o compañero de vida pasará a formar parte del núcleo familiar de aquel que haya sido elegido por ellos como afiliado titular.

La decisión tomada por el titular y su cónyuge o compañero de vida será formalizada a través de la ARS seleccionada por ellos, la cual tramitará esta inscripción en la base de datos oficial del SDSS, manejada por la Empresa Procesadora de la Base de Datos/UNIPAGO.

21.- ¿Si mi compañera(o) de vida trabaja y yo también nos descontarán a los dos por el Seguro Familiar de Salud?

- Sí, todas las personas que trabajen, sean esposo/a y/o compañera de vida o no, se les descontará lo relativo al Seguro Familiar de Salud, así como también lo relativo al Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia.
- En este sentido, debemos señalar que uno de los principios rectores de la Seguridad Social es la **Solidaridad**, basada en una contribución según el nivel de ingreso y el acceso a los servicios de salud, sin tomar en cuenta el aporte individual realizado.

22.- ¿Si estoy afiliado a una ARS de Autogestión habilitada y a cualquier otra ARS habilitada, en cuál me quedaría?

- Quedará únicamente afiliado a la ARS de autogestión.

23.- ¿Qué es una ARS de Autogestión?

- Las ARS de autogestión son aquellas entidades integradas por sus propios empleados y/o por trabajadores de un mismo sector, por ejemplo: ARS SEMMA (maestros), ARS FFAA (ejército, marina de guerra y fuerza aérea), ARS ISSPOL (policía), ARS CMD (médicos), ARS Reservas, ARS SEMUNASED (enfermeras), ARS Plan Salud (Banco Central), entre otras.

24.- ¿Dónde gestionaré el subsidio de maternidad y Lactancia ?

- En la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la cual podrá optar entre pagar directamente a la trabajadora el subsidio por Maternidad o designar a una entidad gestora que tendrá a su cargo el pago del subsidio, según lo dispuesto en el párrafo IV del artículo 140 de la Ley 87-01.
- El primer pago deberá realizarse dentro de los diez (10) días inmediatamente posteriores al inicio del descanso por maternidad, de acuerdo al Reglamento sobre el subsidio por maternidad y el subsidio por lactancia, disponibles en el sitio de Internet www.sisalril.gov.do.

25.- ¿Qué son los planes complementarios y qué cubren?

- Los Planes Complementarios se definen como aquellos planes de salud que ofertaran las ARS para ampliar o completar la cobertura del PDSS, y deben ser comprados a la ARS en la que este afiliada para el PDSS, la forma de pago es directa a la ARS y la modalidad de pago debe ser un acuerdo entre las partes interesadas ARS y empleador (si el PC es colectivo) o ARS y Usuario (si el plan es individual)
- Los servicios incluidos en estos Planes son los llamados Servicios Complementarios de Salud, y complementan o amplían la oferta del PDSS, por ejemplo si usted sufre una enfermedad catastrófica y el PDSS tiene un tope de RD\$150,000.00 por año por persona, usted puede comprar un plan que amplíe esta cobertura a fin de que cuando necesite atención pueda acceder al servicio sin pagar diferencias, de acuerdo al plan complementario que adquiera.
- Todos los Planes Complementarios deberán estar debidamente registrados y aprobados por la SISALRIL.

26.- ¿Si trabajo independiente, puedo contratar un Plan Voluntario de Salud?.

- Sí, los Planes voluntarios o Independientes son todos aquellos tipos de planes individuales, familiares o colectivos de salud, diseñados y administrados hoy o en el futuro por las ARS, 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 Sistema Dominicano de Seguridad Social. 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 ni del Régimen Subsidiado, ni tampoco del Régimen Contributivo en Salud.

27.- ¿Si voy a una consulta donde un médico sea general o especialista, tengo que pagar diferencia?

- Si, para recibir consultas ambulatorias del Plan de Servicios de Salud, usted pagará una cuota fija de **RD\$100.00**, no debe pagar más de esa cantidad y usted la paga directamente al centro de salud donde recibió la atención.
- En caso de que quieran cobrar más de RD\$100.00, solicite un recibo como constancia, para luego reclamar ante la ARS a la que está afiliado/a o con la DIDA.

28.- ¿Me cubrirá el Plan de Servicios de Salud medicamentos ambulatorios?

- Sí, el Plan de Servicios de Salud (PDSS), cubre RD\$3,000.00 (Tres mil pesos) de medicamentos ambulatorios por afiliado por año.
- En caso de que cualquier médico que usted consulte sea general o especialista le haga una receta en el modelo establecido para recibir este beneficio, del costo de la misma cuando la solicite a través de una farmacia habilitada por el Sistema, usted pagará una diferencia (co-pago) del 30% (treinta por ciento) del costo del o los medicamentos, el otro 70% (setenta por ciento) lo cubre la ARS a la cual usted está afiliado.
- Por ejemplo si el costo de los medicamentos es RD\$500.00 (quinientos pesos) usted sólo pagará RD\$150.00 (ciento cincuenta pesos) y los otros RD\$350.00 (trescientos cincuenta pesos) los paga el Sistema. Esta suma se le va descontando de los RD\$3,000.00 aprobado por afiliado por año, o sea, que le quedaría en fondo RD\$2,650.00.

ELSA GONZALEZ & ASOCIADOS
SERVICIO Y SEGURIDAD

Tu mejor elección!!!

30.- ¿Qué es eso de Co-pago? y ¿Qué son las Cuotas Moderadoras?

- Co-pago: Es un pago compartido entre la ARS y su afiliado, consistente en que la ARS a la que pertenezca el afiliado cubra el 70% y el 30% el afiliado, sobre el monto total de medicamentos cubiertos por el Plan de Servicios de Salud (PDSS).
- Cuota Moderadora: Es el aporte en dinero que debe hacer un usuario al utilizar los servicios de salud del PDSS.

Existe la Cuota Moderadora Fija que está aplicada a las consultas en el PDSS y es un monto de RD\$100.00 y la Cuota Moderadora Variable que es una cantidad variable no fija y que en el PDSS es el 20% del total de los servicios, que no puede ser mayor a la suma de dos salarios mínimos cotizables.

Los Programas de Prevención y Promoción están exentos de ese pago y los afiliados del Régimen Subsidiado, no pagan ningún tipo de cuota moderadora.

31.- ¿Que son las ARS y qué diferencias existen entre ellas?

- Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), son entidades públicas, privadas o mixtas, con patrimonio propio y personería jurídica, autorizada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), para asumir y administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud a una determinada cantidad de afiliados y beneficiarios, mediante un pago per cápita previamente establecido por el Consejo Nacional de la Seguridad Social de acuerdo a la Ley 87-01.
- En cuanto al cumplimiento de la Ley, todas están obligadas a dar las prestaciones y beneficios que establece la Ley 87-01 con relación al Seguro familiar de Salud, ser fiscalizada por la SISALRIL y respetar las resoluciones y normativas que así dispongan tanto el CNSS, como la SISALRIL
- No hay diferencias entre las ARS para ofrecer las coberturas del PDSS, la diferencia entre unas y otras será el servicio, información, destreza, flexibilidad para con los afiliados

32.- ¿Dónde debo dirigirme en caso de tener una inconformidad sobre un hospital o Centro de Salud?

- Las inconformidades, inconvenientes o cualquier tipo de queja o trato inapropiado que reciba en cualquier Centro de Salud, deberá presentarla a la ARS que esté afiliado, entidad responsable de garantizar una atención de calidad, oportuna y satisfactoria.

33. - ¿Si mi queja es sobre la ARS entonces que hago?

- Acuda a una de la oficinas de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA) o llame al Telf.: (809) 472-1900, 1(809) 200-3432 desde el interior sin cargos o marque al ***GOB (*462)**.

34.- ¿Cuáles son las funciones de la Superintendencia de Salud (SISALRIL)?

- Representar al Estado Dominicano en velar por el estricto cumplimiento la presente Ley 87-01 y sus normas complementarias.
- Supervisar la correcta aplicación de la Ley citada, los Reglamentos y resoluciones del CNSS en lo concerniente a las ARS.
- Autorizar el funcionamiento de las ARS.
- Proponer al CNSS el costo del PBS y sus componentes.
- Supervisar, controlar y evaluar el funcionamiento de las ARS.
- Fungir como árbitro conciliador ARS/PSS.
- Supervisar a la TSS y al PRISS.
- Proponer al CNSS la regulación de los aspectos no contemplados SFS y SRL.
- Disponer el examen de libros, cuentas y archivos de las ARS y SENASA.
- Imponer multas y sanciones.
- Entre otras, de acuerdo al artículo 176 de la Ley 87-01

35.- ¿Cuándo podré cambiarme o traspasarme de una ARS?

- Usted podrá solicitar su cambio por primera vez, en el marco del Sistema Dominicano de Seguridad Social, a partir de mayo del año 2008, para hacerlo efectivo en junio de ese mismo año, de acuerdo a la Resolución administrativa No. 00108-2007 de la SISALRIL (homologada por la Resolución 157-04 el CNSS, d/f 19/3/07) y a los artículos 120 de la Ley 87-01 y 20 del Reglamento de Aspectos Generales de Afiliación.

ELSA GONZALEZ & ASOCIADOS
SERVICIO Y SEGURIDAD

Tu mejor elección!!!