



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Informe

Número:

Referencia: EX-2019-77318749 -APN-GGE#SSS - ANEXO I - REGLAMENTACIÓN DE LOS PLANES DE COBERTURA PARCIAL

REGLAMENTACIÓN DE LOS PLANES DE COBERTURA PARCIAL

1. CONSIDERACIONES GENERALES

Los Planes de Cobertura Parcial (PCP) deberán ajustarse a las normas y principios de la Ley N° 26.682 y su reglamentación que resulten razonablemente aplicables de acuerdo a las características del plan de que se trate, así como al presente Reglamento.

No se podrán derivar aportes de la Seguridad Social a un plan de cobertura parcial. Asimismo, queda expresamente establecido que no será de aplicación el procedimiento establecido en el artículo 5º, inc. m, de la Ley N° 26.682 a los planes de cobertura parcial.

En caso de que el usuario titular y/o cualquiera de los integrantes del grupo familiar desee contratar un plan de cobertura integral en la misma entidad u otro plan de cobertura parcial, no podrá requerirse valor adicional alguno por situaciones preexistentes cuando la cobertura de las mismas se encuentre contemplada dentro del plan de cobertura parcial contratado previamente.

1.1. REQUISITOS GENERALES DE LOS PLANES DE COBERTURA PARCIAL

Los planes de cobertura parcial, en todos los casos, deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a. no incluir períodos de carencia o espera superiores a los DOCE (12) meses corridos desde el comienzo de la relación contractual para ninguna de las prestaciones cubiertas;
- b. brindar cobertura íntegra e ilimitada respecto de toda complicación, efecto adverso, agravamiento de enfermedad, etc. que derive o sea consecuencia de prácticas, procedimientos, intervenciones o cualquier otra prestación cubierta dentro del plan;
- c. la declaración jurada de salud que los pacientes suscriban al momento de la afiliación sólo podrá contemplar como preexistencia patologías o situaciones cuya prestación o tratamiento se encuentre

contemplada dentro la cobertura que el plan abarcará. A los efectos de poder cobrar valores adicionales por preexistencia, deberán dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 10 de la Ley N° 26.682 y su reglamentación.

1.2. REQUISITOS ESPECÍFICOS

1.2.1. PLANES DE COBERTURA PARCIAL PARA SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y TRASLADOS:

Los planes de cobertura parcial de servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas en los términos del artículo 7°, inciso b, de la Ley N° 26.682, a excepción de lo previsto en los requisitos generales, deberán ajustarse a los siguientes requisitos específicos:

- a. no podrán incluir períodos de carencia o espera;
- b. no requerirán la suscripción previa de una declaración jurada de salud ni podrán solicitar la autorización de incrementos adicionales al valor de la cuota por la existencia de patologías o situaciones preexistentes;
- c. podrán incluir servicios de atención médica ambulatoria por demanda espontánea.

1.2.2. PLAN PARCIAL PARA ENTIDADES QUE ACTÚAN EN ÚNICA LOCALIDAD Y CON PADRÓN DE USUARIOS INFERIOR A CINCO MIL (5.000)

Las Entidades de Medicina Prepaga (EMP) registradas que desarrollen su actividad en una única localidad y posean un padrón de usuarios inferior a CINCO MIL (5.000) podrán brindar planes de cobertura parcial en los términos del artículo 7°, inciso c, de la Ley N° 26.682, siempre que respeten lo previsto en los requisitos generales y se ajusten a las siguientes pautas:

- a. desarrollar su actividad en una única localidad;
- b. en caso de alcanzarse el tope máximo de CINCO MIL (5.000) usuarios, deberán abstenerse de comercializar nuevos planes o bien ofrecer a los potenciales nuevos usuarios planes de cobertura total u otros tipos de planes de cobertura parcial regulados en los incisos a y b del artículo 7° de la Ley N° 26.682, en la Disposición N° 900/2019 de la GERENCIA DE CONTROL PRESTACIONAL o en futuras normas que pudieren autorizarlo.

2. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

2.1. PROCEDIMIENTO PARA TRAMITAR LAS SOLICITUDES DE REGISTRO DE PLANES DE COBERTURA PARCIAL.

Una vez presentado el **FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA PARA EL REGISTRO DE PLANES DE COBERTURA PARCIAL** por la entidad solicitante a los fines de comercializar planes de cobertura parcial con la documentación que lo sustente, la SUBGERENCIA DE EVALUACIÓN DE COSTOS de la GERENCIA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA otorgará una constancia de recepción, evaluará las presentaciones recibidas y verificará que cumplan formalmente con la información requerida.

Si las mismas no cumplieran formalmente con lo requerido, ordenará a la entidad presentante las adecuaciones correspondientes en un plazo no mayor a DIEZ (10) días. Cuando las presentaciones cumplan formalmente con lo requerido, remitirá las mismas a la GERENCIA DE CONTROL PRESTACIONAL.

Una vez recibida la presentación en la GERENCIA DE CONTROL PRESTACIONAL, dicha área procederá a registrar el plan de cobertura parcial, previa emisión del acto administrativo correspondiente.

Sin perjuicio de ello, la GERENCIA DE CONTROL PRESTACIONAL podrá en todo momento revisar los planes registrados, ordenar las auditorías pertinentes, disponer la adecuación de los planes a las pautas legales establecidas en cada caso e iniciar los procesos sumariales que resulten procedentes. En caso de recibirse reclamos por parte de los usuarios procederá en la forma indicada con relación a los extremos que resulten objeto de reclamo.

Cumplido el plazo de NOVENTA (90) días previsto en el artículo 2° de la presente Resolución, no podrán continuar comercializándose aquellos planes que no hayan sido presentados para su registro en los términos de la misma, sin perjuicio de los derechos adquiridos que le asistan a quienes se hayan afiliado previamente a dicha fecha.

El incumplimiento de lo previsto en el párrafo anterior implicará la obligatoriedad de pleno derecho de la entidad de cubrir al titular del plan y su grupo familiar la totalidad de las prestaciones incluidas en el Plan Médico Obligatorio (PMO), con el mismo valor de cuota que venían pagando.

2.2. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO RESPECTO DE NUEVOS TIPOS DE PLANES DE COBERTURA PARCIAL

Las Entidades de Medicina Prepaga (EMP) registradas que deseen brindar nuevos tipos de planes de cobertura parcial no incluidos en el artículo 7° de la Ley N° 26.682 ni en la Disposición N° 900/2019 de la GERENCIA DE CONTROL PRESTACIONAL, deberán someter la propuesta a consideración de la Comisión Permanente prevista en el artículo 6° de la Ley N° 26.682 en los términos del artículo 7°, segundo párrafo, del Decreto N° 1993/2011 (cfr. Decreto N° 66/2019).

A tal efecto, deberán ingresar la presentación por ante la GERENCIA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA.

A los efectos del párrafo anterior, deberá realizarse una presentación individual por cada tipo de plan que deseen someter a consideración y detallar, en cada una de tales presentaciones, contenido y alcance general del tipo de plan de cobertura parcial que se desea autorizar.

Recibida la propuesta, la GERENCIA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA realizará un análisis preliminar y podrá desestimar sin más trámite las propuestas que resulten manifiestamente improcedentes. Si se hubiere propuesto un mismo tipo de plan por más de una Entidad de Medicina Prepaga (EMP), se podrán analizar y remitir en forma conjunta tales presentaciones.

Si a criterio de la GERENCIA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA la propuesta tuviera posibilidades de ser admitida como nuevo tipo de plan de cobertura parcial distinto de los previstos en los incisos a, b y c del artículo 7° de la Ley N° 26.682 y en la Disposición N° 900/2019 de la GERENCIA DE CONTROL PRESTACIONAL, elevará la presentación al Presidente de la Comisión Permanente, para consideración de la misma.

Recibida la propuesta, la Comisión Permanente prevista en el artículo 6° de la Ley N° 26.682 deberá analizarla y emitir DOS (2) informes:

- a. un informe de viabilidad, pertinencia y conveniencia desde el punto de vista sanitario prestacional;
- b. un informe de viabilidad, pertinencia y conveniencia desde el punto de vista económico financiero, de Defensa de los Derechos de los Usuarios y Consumidores y de Defensa de la Competencia;

La Comisión podrá requerir información adicional a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, a la Entidad de Medicina Prepaga (EMP) proponente o a otros organismos, si lo considerase conveniente, a los efectos de emitir tales informes.

En función de lo que surja de los informes del párrafo anterior, la Comisión emitirá una opinión respecto

de la procedencia de proponer la autorización del tipo de plan a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en los términos del artículo 7º, segundo párrafo, del Decreto N° 1993/2011 (cfr. Decreto N° 66/2019).

Junto con la propuesta, se deberán acompañar los informes mencionados anteriormente para conocimiento y consideración de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

Recibida la propuesta por parte de la Comisión Permanente, la GERENCIA DE CONTROL PRESTACIONAL se expedirá sobre la autorización del tipo de plan.

De considerarlo procedente, autorizará el tipo de plan de cobertura parcial propuesto. Una vez autorizado un tipo de plan de cobertura parcial, el mismo gozará de los mismos alcances que aquellos contemplados en los incisos a, b y c del artículo 7º de la Ley N° 26.682 y deberá ajustarse a las reglas generales de la Ley y su reglamentación en la medida que resulten aplicables y conducentes a la naturaleza del tipo de plan en cuestión.

Sin perjuicio de la autorización del tipo de plan de cobertura parcial, para poder comercializar un plan de tales características, todas las entidades, incluso aquella que hubiera propuesto el tipo de plan analizado, deberán previamente registrar el mismo de acuerdo con lo previsto en el apartado 2.1 de la presente reglamentación.

Un mismo tipo de plan de cobertura parcial sólo podrá ser elevado una única vez a la Comisión, sin perjuicio de que se hubiese presentado por más de una Entidad de Medicina Prepaga (EMP).

Si la Comisión hubiere desaconsejado la autorización del tipo de plan propuesto, no volverá a considerar dicho tipo de plan aunque sea presentado por otra Entidad de Medicina Prepaga (EMP). La GERENCIA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA se abstendrá de remitir para consideración de la Comisión Permanente tipos de planes de cobertura parcial que ya hayan sido considerados o estén siendo considerados por la Comisión.