

PLAN

Básico de Salud



ARS
UNIVERSAL®

Plan Básico de Salud

Te ofrece un conjunto de servicios, otorgados a través del Seguro Familiar de Salud a las personas afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social, es decir, a toda persona que posee trabajo formal.

Tabla de beneficios

COBERTURAS		LÍMITES	CUADRO DE VACUNAS		
Ambulatorias			Nombre Générico	Edad	Cantidad
Consulta ambulatoria		Ilimitada sujeto a copago	BCG	Recién nacido	1
Emergencia ambulatoria por enfermedad o por accidente		100%	DT	Adulto	5
Vacunas		100% hasta los 7 años	DPT	18 meses y 4 años	2
Estudios especiales para diagnósticos		80%	Meningitis	2, 4 y a los 6 meses	3
Diagnósticos ambulatorios		80%	Pentavalente	2, 4 y a los 6 meses	3
Medicina ambulatoria		RD\$8,000 anual al 70%	Difteria/Tosferina/Tétano (DPT)		
Hospitalización			HepB/HIB		
Habitación, costo diario		RD\$2,040 (RD\$1,500 al 100% y el resto al 90%)	Polio (Inyectado)	2,4, 6, 18 meses y 4 años	5
Honorarios quirúrgicos		90%	Hepatitis B	Recién nacido	1
Internamientos quirúrgicos		90%	Rota Virus	2 y 4 meses	2
Internamientos clínicos		85%	Triple Viral (SRP)	12 meses	1
Sala de cuidados intensivos		80%	Sarampión - Paperas - Rubeola		
Servicios especiales de hospital		85%			
Medicina durante internamiento		85%			
Honorarios clínicos		85%			
Maternidad					
Recién nacidos con problemas		80%			
Parto		100%			
Cesárea		80%			
Límite anual					
Tope anual del gasto		Ilimitado			
Alto costo		RD\$1,000,000 al 80% por evento por año			
Trasplante Renal		RD\$3,500,000			
Medicamentos para Cancer		RD\$2,090,000			
Medicamentos para otras patologías diferentes al Cáncer		RD\$1,000,000			



¿Sabías que?

Por el aporte que realizas al Plan de Servicios de Salud, puedes incluir sin pago adicional a tus dependientes directos (cónyuge e hijos), también a tus padres y a tus hijos mayores de 21 años, que no sean estudiantes ni discapacitados, pagando por cada uno el cápita aprobado.

Documentos para la afiliación

DEPENDIENTES DIRECTOS

Parentesco	Documentos requeridos
Afiliado titular	Copia de la cédula
Cónyuge	Copia de la cédula Certificado de matrimonio o Acta de convivencia
Hijos (as) menores de 18 años	Acta de nacimiento
Hijos (as) 18-21 años ¹	Copia de cédula y certificado de estudios
Hijos (as) mayores de 21 años con incapacidad permanente	Copia de la cédula Certificado de discapacidad

DEPENDIENTES ADICIONALES²

Parentesco	Documentos requeridos
Madre y padre del titular	Copia de la cédula Acta de nacimiento titular
Madre y padre del cónyuge	Copia de la cédula Acta de nacimiento cónyuge
Hijos (as) mayores de 21 años	Acta de nacimiento Copia de la cédula Solicitud de afiliación

Si eres extranjero, podrás afiliarte al Plan de Servicios de Salud cumpliendo con los procedimientos de residencia provisional o permanente.

*Nota: debe estar al día en el pago de las cotizaciones de la Seguridad Social.
1. Para incluir hijastros se requiere la misma documentación y que su padre/madre biológico esté dentro de la póliza.
2. Para los dependientes adicionales, el empleado debe de realizar un aporte por cada uno (cápita establecida por Ley).*

Para la inclusión de hijos menores de 18 años extranjeros de padres dominicanos, se necesita la documentación siguiente:

1. Acta de nacimiento y/o certificado de nacido vivo (extranjera)
2. Traducción del acta de nacimiento y/o certificado de nacido vivo
3. Copia de las cédulas de los padres

Para la inclusión de menores extranjeros que sean hijos de extranjeros residentes legales en la República Dominicana:

1. Cédula del titular cotizante
2. Acta de nacimiento emitida por el país de origen
3. Copia de transcripción legalizada del acta de nacimiento
4. Copia del permiso de residencia de los padres y del menor



Los afiliados al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo tienen los siguientes derechos principales:

1 Derecho a recibir todas las prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) a partir de los 30 días de la afiliación. Este incluye las siguientes prestaciones:

a. Emergencias: cobertura 100%, sin pago de diferencia.
b. Promoción y Prevención: cobertura al 100%, sin pago de diferencia en los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) del Programa de Promoción y Prevención (PYP), que incluye los siguientes programas:

- Asistencia prenatal
- Prevención fiebre reumática
- Tratamiento integral niños y niñas
- Infecciones de transmisión sexual
- Planificación familiar
- Malaria
- Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
- Salud escolar
- Tratamiento de hipertensión arterial
- Prevención cáncer cervicouterino
- Prevención y tratamiento tuberculosis
- Prevención y tratamiento diabetes tipo I, insulino dependiente
- Prevención y tratamiento diabetes tipo II, no dependiente

c. Atención Ambulatoria: cobertura ilimitada. Sujeto a copago.

d. Hospitalización: cobertura ilimitada (sin depósito), pagando diferencia de un 15% del monto final de la cuenta, el copago, no será mayor a un salario mínimo en los servicios de hospitalización, cesáreas, cirugías, trasplante renal y otras enfermedades de alto costo.

e. Cirugías: cobertura ilimitada, pagando diferencia de un 10% del monto final de la cuenta, que no superará dos salarios mínimos nacionales. Incluye:

- Cirugías generales
- Cirugías menores
- Cirugías dermatológicas
- Cirugías gástricas
- Reumatologías
- Cirugías otorrinolaringológicas
- Cirugías urológicas
- Cirugías ortopédicas
- Cirugías hematológicas
- Cirugías cardiovasculares
- Cirugías endocrinológicas
- Neurocirugías
- Cirugías oftalmológicas
- Cirugías pediátricas

- Cirugías vasculares
- Cirugías ginecológicas
- Cirugías neumología

f. Parto normal: cobertura ilimitada al 100% para honorarios médicos y por el recibimiento del bebé. El monto final de la cuenta no superará dos salarios mínimos nacionales.

g. Parto por cesárea: cobertura ilimitada. Pagando diferencia de un 20% de los honorarios médicos. El monto final de la cuenta no superará dos salarios mínimos nacionales.

h. Atención al neonato: proveer al infante los servicios de salud correspondientes durante 60 días, a partir de la fecha de parto, sin exigir su registro
i. con el acta de nacimiento.

Habitación: cobertura habitación 100% hasta RD\$1,500 por día y 90% en el exceso de RD\$1,500 hasta RD\$2,040.

j. Apoyo diagnóstico (Dx) ambulatorio: cobertura ilimitada, 20% de pago de diferencia. El monto final de la cuenta no superará dos salarios mínimos nacionales.

k. Odontología: cobertura ilimitada. Pago de 20% de diferencia. El monto final de la cuenta no superará dos salarios mínimos nacionales.

l. Rehabilitación: cobertura ilimitada. Pago 20% de diferencia. El monto final de la cuenta no superará dos salarios mínimos nacionales. Incluye:

- Consultas
- Terapias
- Aparatos
- Prótesis

m. Medicamentos ambulatorios: cobertura de RD\$8,000 por afiliado por año. Pagando el 30% de la diferencia en cada receta.

n. Cobertura de RD\$90,000 por año por afiliado en medicamentos coadyuvantes en tratamientos oncológicos.

o. Enfermedades de alto costo y máximo nivel de complejidad: cobertura prorrateada de RD\$1,000,000 afiliado por año. Pago de diferencia del 20%, no superará dos salarios mínimos nacionales. Incluye:

- Cirugía de corazón abierto para by pass
- Angioplastia
- Valvuloplastia mitral
- Transplante de córnea
- Hemodiálisis renal
- Diálisis peritoneal
- Reemplazo articular cadera
- Reemplazo articular de rodilla
- Reemplazo articular de hombro
- Columna: cirugía escoliosis

- Columna: cirugía espondilolitesis total
- Atención de unidad de cuidados intensivos
- Atención de prematuros
- Tratamiento de cáncer de adultos
- Tratamiento de cáncer pediátrico
- Tratamiento de politraumatismo (Trauma total)
- Tratamiento de quemaduras graves (3er. grado o antóloga)

Cardiopatías adquiridas cubre, entre otras:

- Reemplazo de válvula tricúspide / de dos o tres válvulas y reemplazo de la válvula aórtica y aorta ascendente
- Angioplastia coronaria: percutánea, de dos o más vasos / con agente trombólido de uno dos o más vasos
- Angioplastia arteria coronaria con tórax abierto
- Inserción o implante de prótesis intracoronaria (stent).
- Anastomosis aortocoronaria de una, dos, tres o más arterias coronarias / simple o secuencial
- Anastomosis simple o secuencial de arteria mamaria coronaria por esternotomía o taracotomía
- Cateterismo transepal solo / con estudio electrofisiológico / transeofágico
- Pericardiectomía
- Ablación con catéter de lesión del corazón / por crío o por electrocoagulación
- Implantación de marcapasos

Cardiopatías congénitas cubre, entre otras:

- Comisurotomías o valvuloplastias de aorta / mitral, pulmonar y tricuspídea con balón
- Reparación del músculo papilar
- Recesión de membrana subaórtica
- Colocación de parche u homoinjerto supralavalvar
- Atrioseptomía quirúrgica interauricular con y sin balón
- Reparación de defecto de tabique: interauricular / interventricular y atrio ventricular / con prótesis o cateterismo / vía percutánea o con cateterismo
- Reparación de tetralogía de fallot transatrial o transventricular
- Reparación completa de todo tipo de drenaje venoso pulmonar anómalo
- Cierre de ductus arterioso persistente
- Reparación de la doble salida del ventrículo izquierdo y del ventrículo derecho (simples o complejas)
- Reparación de la transposición de aorta / de la transposición de os grandes vasos / con parche aórtico y/o pulmonar
- Creación de conducto entre ventrículo derecho y arteria pulmonar / derivaciones cavo-pulmonar
- Cerclaje / reconstrucción / ablación y reemplazo de arteria pulmonar y aórtica, con o sin prótesis valvular mecánica

p. Límite de RD\$2,090,000 para medicamentos de Alto Costo relacionados a tratamiento de cáncer, incluye medicamentos neoadyuvantes, adyuvantes y paliativos.

q. Límite de RD\$1,000,000 para medicamentos de Alto Costo en otras patologías no oncológicas.

r. Inclusión de coberturas de dispositivos, materiales y equipos necesarios en la realización de los procedimientos.

2 Derecho a recibir atenciones médicas a consecuencia de un accidente de tránsito: cobertura de una póliza de 40 salarios mínimos nacionales. Sin pago de diferencia. Incluye:

- Atención médica en sala de emergencia.
- Hospitalización, medicamentos y diagnósticos en casos ambulatorios y de internamiento.
- Cirugías a consecuencia de lesiones provocadas por el accidente.
- Tratamiento y rehabilitación en caso de lesiones sufridas en el accidente.
- Gastos de traslado del afiliado del primer centro de atención al centro especializado en caso de ser necesario.
- Corrección de defectos producidos a consecuencia de lesiones sufridas.

3 Derecho a que la ARS le suministre el listado de Prestadores de Servicios de Salud (centros médicos, farmacias, laboratorios, centros diagnósticos, médicos). A falta de prestadores, la ARS tiene la obligación de garantizar el servicio.

4 Derecho a recibir los servicios de salud durante 60 días, una vez quede sin empleo.

5 Derecho a recibir información detallada de parte de la ARS sobre los beneficios adicionales en caso de contar con un plan complementario y derecho a recibir orientación y ser defendido por la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA).

Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA)

Sede Principal, Torre de la Seguridad Social
 Presidente Antonio Guzmán Fernández
 Av. Tiradentes No. 33, Ens. Naco
 Tel.: 809 472-1900 Ext. 462 | Fax: 809 563-3488
 E-mail: dida@dida.gov.do

www.dida.gov.do

Proceso de solicitud y obtención de autorizaciones

El prestador se comunica con nuestro Centro de Atención Telefónica, IVR o vía el portal de Universal para solicitar las coberturas correspondientes de los servicios ambulatorios requeridos por el afiliado.

Proceso de Cotización de Servicios de Salud:

Hemos habilitado una opción en nuestro menú telefónico donde, sin necesidad de trasladarte a nuestras oficinas, podrás conocer la cotización de tu servicio de salud (809 544 7111 / OPCIÓN 9)

Aprovecha las ventajas de tener tu núcleo familiar unificado

(conglomerado formado por el titular y sus dependientes)

1. El contrato se mantiene activo mientras uno de los cónyuges se encuentre cotizando en la TSS.
2. Contarás con la facilidad de tramitar todo lo relacionado al plan de salud de tu familia en un solo lugar.

Solicita el traspaso por unificación de tu núcleo familiar presentando los documentos para afiliación.

Proceso para incluir recién nacidos

El recién nacido cuenta con cobertura de ley por 60 días a partir de su nacimiento. Dentro de los 60 días, el titular cotizante debe enviar a la ARS la copia del acta de nacimiento la cual debe incluir NUI (Número Único de Identidad) luego la ARS envía a la Tesorería Nacional los datos principales del acta para que le sea asignado el NSS (Número Seguridad Social). Este proceso tiene una duración de 45 días hábiles desde que la Tesorería Nacional (TSS) recibe la copia del acta.

La cobertura de recién nacidos solo aplica para dependientes directos (hijos/as).

Duplicado de carné:

Si deseas solicitar la impresión de un duplicado de tu carné por pérdida o deterioro, debes dirigirte a nuestro Centro de Atención al cliente o a los Puntos de Servicio Universal (PSU). Para garantizar la entrega de carné a la persona autorizada, se requiere lo siguiente:

- La cédula o pasaporte del solicitante.
- En el caso de los menores, presentar la fotocopia de la cédula o del pasaporte del titular de un mayor de edad afiliado en el grupo familiar.



Conoce el proceso de traspaso

¿Cuáles son los requisitos para solicitar y aplicar al traspaso?

- El titular debe contar con 12 cotizaciones consecutivas al Seguro Familiar de Salud.
- Los pagos del afiliado a la Tesorería de la Seguridad Social deberán encontrarse al día.
- Que ninguno de los integrantes del núcleo familiar tenga alguna cirugía electiva, ni se encuentre en tratamiento a consecuencia de una enfermedad catastrófica.
- Que el solicitante no se encuentre afiliado a SENASA en condición de empleado público o en una ARS de Autogestión Institucional* en condición de empleado de la institución.

¿Qué debes saber sobre el proceso de traspaso?

- Podrás solicitar el traspaso de tu núcleo familiar a la ARS de tu preferencia.
- Continuarás recibiendo servicios de la ARS origen, pues la misma recibirá las cápitas del núcleo familiar hasta que el traspaso sea efectivo.
- La ARS origen es responsable de garantizar la cobertura del afiliado durante todo el proceso de traspaso.
- El titular lleva consigo todos los dependientes declarados en su núcleo familiar.
- Disfruta de tarifas preferenciales en el Plan Especial de Salud por contratarlo en la misma ARS donde tiene la cobertura del PBS.
- Una vez sea efectivo el traspaso, la ARS destino deberá garantizar las atenciones a pesar de que el afiliado no cuente con el carné, utilizando la cédula.
- El traspaso será efectivo el primer día del mes siguiente, una vez cumplido el plazo de 30 días.

**ARS de Autogestión Institucional son aquellas entidades integradas por sus propios empleados y/o trabajadores de un mismo sector.*



SERVICIO AL CLIENTE

Centro de Servicios, Santo Domingo
Av. Lope de Vega Esq. Fantino Falco
T. 809 544 7111

Centro de Servicios, Santiago
Av. Juan Pablo Duarte 195
T. 809 247 3922

Desde provincias sin cargo
809 200 1283

Oficina principal
Av. Winston Churchill 1100
T. 809 544 7200

E. clientes@universal.com.do
www.arsuniversal.com.do

 [UniversalRD](#)  [@UniversalRD](#)

 [Universal_RD](#)  [Canales Universal](#)

 [Grupo Universal](#)

APP Universal



Actualizado en enero 2023.