SISALRIL

SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES

Mostrar búsqueda Buscar

Seguro Familiar de Salud

Informaciones y consultas sobre el

Seguro Familiar de salud (SFS)

Documentos disponibles para el usuario

Accede a manuales de usuario, instructivos y guías que facilitan el uso de la Oficina Virtual, la consulta de auditores acreditados, la normativa sobre traspasos,

reembolsos y auditoría médica, entre otros temas clave.

Ver documentos disponibles

Documentos disponibles para empleadores

Guía Subsidio Enfermedad Común

Guía Subsidio Maternidad y Lactancia

Estadísticas del SFS

Catálogo de series Históricas

m

Cifras Afiliación al SFS

Información sobre Coberturas y Medicamentos

En esta sección encontrarás documentos clave relacionados con el **Plan de Servicios de Salud (PDSS)**, incluyendo detalles sobre coberturas, medicamentos y normativas vigentes.

Ver documentos disponibles

Formularios y Solicitudes



Ver formularios disponibles

Propuesta Atención Primaria de Salud

En esta sección encontrarás documentos relacionados con la implementación y desarrollo de la estrategia de atención primaria y el primer nivel de atención en el **Seguro Familiar de Salud**.



Ver información disponible

Preguntas frecuentes

Generalidades del Sistema Dominicano de Seguridad Social y el Plan de Servicio de Salud

¿Cuál es la diferencia entre el PBS y el PDSS?

El Plan Básico de Salud (PBS), es el conjunto de servicios de atención y reconocimientos económicos a los que tienen derecho todos los afiliados a los Regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado; se concibe como una visión general de los derechos a la salud dentro del Seguro Familiar de Salud.

Mientras que el Plan de Servicios de Salud (PDSS) es una forma de entrega del Plan Básico, haciendo más explícito y viable el proceso de financiamiento de beneficios adquiridos.

¿Existen otros planes de salud distintos al Plan Básico?

Si, el Plan Básico de Salud es el plan de Ley, para los empleadores, empleados y sus familias, es decir toda persona asalariada y sus dependientes directas; sin embargo, existen otros planes de salud privados y voluntarios que pueden comercializar las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y las aseguradoras, sea como un plan de salud para las personas que no poseen plan básico o como un plan complementario al PBS.

¿Por qué no ha entrado en funcionamiento el PBS?

El PBS ha sido implementado y está funcionando de manera parcial, a través del Plan de Servicios de Salud, (PDSS) dado que como plan de salud requiere de la organización y estructuración de los servicios de salud de manera integral como lo establece el párrafo II del artículo 129 de la Ley 87-01; en este orden deben ser definida la estrategia de atención primaria, los niveles de atención, puntos de entrada al sistema, referencia, contra referencia y monitoreo de la salud de la población financiada.

¿Cada ARS tiene un catálogo de coberturas distinto?

No, para el Plan Básico de Salud existe un único catálogo de servicios, aprobado y actualizado mediante las Resoluciones del Consejo Nacional de la Seguridad Social. Los catálogos adicionales o distintos que pueden tener las ARS corresponden a Planes Voluntarios.

¿Cuál ARS cubre más?

En términos de derechos y en lo que respecta al Plan Básico de Salud la cobertura es la misma para todas las ARS, ya que se otorga a partir del Catálogo Único de Prestaciones para todas

las ARS, afiliados y regímenes. La diferencia radica en los regímenes, pues para el régimen subsidiado la cobertura es al 100%, mientras que el Régimen Contributivo conlleva el pago de cuotas moderadoras fijas o variables, conocidas como diferencias; adicionalmente se tienen montos distintos cuando se posee planes de beneficios adicionales al Plan Básico de Salud, es decir planes complementarios.

¿Cómo es el proceso para agregar más beneficios al catálogo?

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), es la responsable de enviar al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), propuestas para modificar, actualizar o agregar nuevos beneficios al catálogo. El CNSS evalúa junto a sus miembros con capacidad de voto y emite mediante resolución las inclusiones o actualizaciones.

¿De dónde salió el catálogo del PDSS?

El PDSS es 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).

¿Cuándo van a actualizar el catálogo de servicios?

La ley establece revisión del PDSS como mínimo una vez cada dos años, siempre que hay propuestas y suficiencia financiera que emiten resoluciones de actualización.

¿Cuántas versiones existen del Catálogo del PDSS?

El catálogo ha sido modificado en distintas ocasiones, actualmente existe una versión única y vigente (9.0) a partir de las actualizaciones de la Resolución CNSS 563-01 de enero 2023. Pueden consultarlo en la oficina virtual de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales: .

¿Cuál es la diferencia entre el plan básico y los planes complementarios?

Existen marcadas diferencias entre estos planes, citamos las más relevantes:
a) El Plan Básico es obligatorio para todos los empleadores y empleados formales. Los planes complementarios son opcionales.
b) El recaudo es común a través de la Tesorería de la Seguridad Social. El pago de los otros planes es directo desde el afiliado o la empresa hacia el administrador de riesgos o la aseguradora.
c) El costo del PBS está definido a través de un per cápita común establecido y actualizado mediante Resolución del CNSS, el costo de los planes complementarios es variado en función de las tablas de beneficios de planes ofertados por las ARS, tras aprobación de SISALRIL.
d) El listado de coberturas del PBS está definido en el PDSS y es común para todos los regímenes, afiliados y ARS, mientras que los planes complementarios pueden tener distintos cuadros de coberturas atendiendo al tipo de oferta de cada ARS, de planes aprobados por SISALRIL.

Acceso y Cobertura Plan Básico de Salud

¿Por qué debo pagar tanto de diferencia en consulta?

La falta de implementación del primer nivel de atención, como puerta principal obligatoria de entrada al sistema de salud, ha limitado la regulación de los honorarios de consulta. En

este sentido el monto de cobertura de consulta es estándar, con un límite de RD$500 pesos por consulta, lo que lleva a los médicos a cobrar de manera directa a los pacientes los montos de diferencia de sus precios de consulta, lo cual no tiene fijado un tope.

¿Cómo saber cuáles de los medicamentos que me indican están en cobertura por mi seguro?

Los medicamentos que tienen cobertura por el Plan Básico de Salud, se encuentran descritos en el catálogo del PDSS, y la cobertura es acorde al grupo de servicios, tales como: ambulatorios, alto costo (tratamiento de cáncer), otros. Los medicamentos cubiertos mediante planes voluntarios deben ser solicitados a la ARS que lo comercializa.

¿Por qué mi seguro no cubre la mayoría de los medicamentos que me indica mi médico?

La cobertura del seguro será acorde a los medicamentos que están aprobados y registrados en el catálogo de prestaciones PDSS.

¿Cómo y dónde puedo saber cuánto me queda disponible para medicamentos?

La información de disponibilidad de monto para medicamentos debe solicitarse a su ARS.

¿Cuánto me cubre el seguro por una cirugía?

Las cirugías están cubiertas al 90%, de manera ilimitada, siempre que el procedimiento se encuentre en el grupo 7 del PDSS. Es decir, no existe un monto tope, sino que la cobertura será el noventa por ciento del monto total del procedimiento, incluyendo los honorarios del médico y los gastos clínicos.

¿Cuánto debo pagar de diferencia cuando me hago una cirugía?

Si es una cirugía de convencional, consignada en el grupo 7 del PDSS, el afiliado solo pagará un salario mínimo nacional del total de la cuenta, de los procedimientos que están cubiertos, la ARS será responsable de pagar el resto. En los casos de cirugías de Alto Costo, registradas en el grupo 9 del PDSS, la cobertura tendrá un tope máximo por año cotización, de un RD$1,000,000.00, estando a cargo del afiliado el tope de un salario mínimo por año cotización, y los montos que exceden a este millón de pesos.

¿Económicamente me conviene más un parto o una cesárea?

El parto normal está cubierto al 100%, el afiliado no debe pagar diferencia, mientras que en la cesárea debe pagarse un salario mínimo, pues la cobertura es al 80%.

¿Cuánto debo pagar por habitación en una hospitalización? La cobertura de habitación es la siguiente:

PDSS.- Cobertura de habitación por persona/ por día					
Precio		**Cobertura ARS**		**Cobertura afiliada**	
Mínimo	**Máximo**	**Porcentaje**	**Monto**	**Porcentaje**	**Monto**
RD$0.00	RD$1,725.00	100%	RD$1,725.00	0%	RD$0.00
RD$1,725.00	RD$2,415.00	90%	RD$621.00	10%	RD$69.00
Total general:		**RD$2,346.00**		**RD$69.00**	

Fuente: SISALRIL

Este cuadro indica que:

- Si el precio de la habitación es menor o igual a RD$1,725.00, la ARS cubre al 100% este monto por día, y **el afiliado no paga diferencia.**
- Si el precio de la habitación está entre RD$1,725.00 y RD$2,415.00, la ARS pagará 100% hasta RD$1,725.00; y el 90% de la diferencia entre RD$1,725.00 y el precio de la

habitación (hasta RD$2,415.00); mientras que **el 10% de la diferencia entre los RD$1,725.00 y el precio de la habitación (hasta RD$2,415.00), queda a cargo del afiliado.**

- Si el precio de la habitación es mayor a RD$2,415.00, la ARS cubre RD$2,346.00, y **el afiliado paga RD$69.00 más el exceso entre los RD$2,415.00 y el precio de la habitación, por día.**

¿Por qué hay servicios cubiertos en el plan complementario que el plan básico no cubre, siendo de una misma ARS?

Porque el Plan Básico es único y obligatorio, pero los planes complementarios son privados y cada ARS puede formular planes particulares.

¿Qué debo hacer si me quieren cobrar más de la cuenta al momento de dar el alta médica?

Ante cualquier situación con el servicio, negación o cobro directo por encima de los establecido, el afiliado debe en primer orden comunicarse con la ARS, con el objetivo de corroborar los montos que le corresponde pagar. En los casos que no haya conformidad con la respuesta de la ARS o ante la falta de respuesta, deberá comunicarse con Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) o de manera directa a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a través de sus diferentes canales de servicios: Oficina de Atención al Usuario, Redes Sociales, Call Center, Puntos GOB.

¿Por qué me cobran ayudantía directamente en las cirugías?

Muchos médicos desconocen que las ayudantías están en cobertura y las cobran de manera directa a los afilados. Sin

embargo, las ayudantías de los procedimientos que están en el PDSS también tienen cobertura. Debe notificarse a la ARS cuando les sean cobradas directamente.

¿Por qué solo tengo RD$8,000 para medicamentos ambulatorios una vez al año?

8 mil pesos es el monto tope que se ha establecido para los medicamentos ambulatorios, esta cobertura es limitada, sujeta a los medicamentos que están en el catálogo del PDSS. Cada vez que se renueva el ciclo de cotizaciones se renuevan los 8 mil pesos con cobertura al 70% y pago de diferencia de 30% por el afiliado.

¿Cada qué tiempo o cómo se revisa si esos RD$8,000 para medicamentos ambulatorios son suficientes?

Con la revisión del PDSS y/o tras la solicitud del CNSS, se revisa la suficiencia en función de los nuevos fármacos, la inflación y aumento de los costos de los medicamentos en el mercado.

¿Por qué no puedo acumular o transferir los montos disponibles para medicamentos ambulatorios que no consumo en un año cotización?

Los sistemas de aseguramiento y gestión de riesgos no se realizan en función de acumulados, sino con base en la capacidad de enfermar, los consumos que puede generar al sistema o las probabilidades de uso de la población afiliada.

Por lo que los montos no utilizados por un afiliado se administran y gestionan para otros gastos y consumos. Esta práctica sería insostenible debido a que la tasa de recaudo es insuficiente para respaldar la transferencia o acumulación de los RD$8,000.00 anuales que ampara el PDSS para la cobertura de Medicamentos Ambulatorios.

Por ejemplo, imaginemos un núcleo familiar compuesto por un padre, una madre y un hijo, donde el padre trabaja y la madre y el hijo no. Si el padre cobra un salario de RD$7,000.00, aporta al Seguro Familiar de Salud un 10.13%, en la que, 9.58% es para el otorgamiento de coberturas del PDSS. Estos 9.58% que aporta el padre se traducen en RD$670.6 pesos mensuales, equivalentes a RD$8,047.2 pesos anuales. Si nos fijamos, el padre aporta anualmente lo que conllevaría aportar, solo por él, la cobertura de los medicamentos ambulatorios acumulables o transferibles de RD$8,000.00 pesos, sin tomar en cuenta el costo que llevaría la cobertura de las demás prestaciones del PDSS, y la cobertura de los demás familiares del núcleo, que, en este caso, son la madre y el hijo.

Con el ejemplo anterior, podemos ver que esos RD$670.6 pesos mensuales que paga el padre para el núcleo completo ni siquiera es suficiente para el otorgamiento de las coberturas del PDSS, ya que, actualmente se dispersa un monto per cápita de RD$1,555.14 pesos por afiliado. Es decir, se dispersa a las ARS para cubrir a los 3 afiliados un monto total de RD$4,665.42 pesos vs los RD$670.6 pesos que aporta el padre para la cobertura del PDSS. Los RD$3,994.82 pesos restantes son cubiertos por cotizantes que aportan más de RD$1,555.14 pesos mensuales para la cobertura del PDSS. Esto se sustenta en el principio de solidaridad, basada en una contribución según el nivel de ingreso sin tomar en cuenta el aporte individual realizado.

Ahora bien, si se quisiera presentar un escenario en la cual los afiliados pudiesen acumular o transferirse los RD$8,000.00 pesos, tenemos que para que esto sea posible, es necesario aumentar la tasa de recaudo en más de un 12%, llevando la tasa de recaudo del SFS de 10.13% a 14.57% aproximadamente, que implicaría un monto adicional aproximado de más de RD$35,000,000.00 pesos anuales.

¿Por qué lo que el médico o la clínica no negocia con la ARS el PSS me lo cobra a mí, a pesar de acudir a un centro contratado en su red?

Los cobros de diferencias (cuotas moderadoras) dentro de los porcentajes establecidos son legales, sin embargo, los montos cobrados por encima de lo establecido deben ser denunciados a la ARS, pues son cobros no autorizados.

¿Por qué hay tan poco de Odontología en el Catálogo?

Los servicios de odontología han sido poco estudiados, pues se ha enfocado más a dar asistencia a problemas de salud con carga importante de enfermedad. Se están trabajando propuestas de mejora a los servicios de odontología.

¿Por qué varía tanto la diferencia que pago entre un centro y otro en servicios de consulta, cirugía, hospitalización, laboratorio y apoyo diagnóstico?

Tenemos poca regulación en materia de control de precios y cada prestador establece los costos de los servicios, lo que impacta directamente en los porcentajes de diferencias a ser asumidas por los afiliados.

¿Por qué existen medicamentos y/o procedimientos que cubren las ARS y otros no, para una misma patología?

Las diferencias en cobertura solo ocurren cuando se otorgan a través de un plan voluntario, pues los medicamentos y procedimientos son los mismo en el Plan Básico de Salud, en función de un catálogo único PDSS para todos los regímenes.

¿Por qué hay medicamentos compuestos que la ARS no cubren, aun cuando al menos uno de los principios activos se encuentra en el catálogo del PDSS?

La responsabilidad de cobertura de las ARS es solo sobre aquellos medicamentos que están registrados en le catálogo del

PDSS, si están combinados y existen moléculas que no se encuentran en el catálogo, la ARS no está en obligación de dar cobertura.

Si la consulta especializada está contemplada en el PDSS a un 80/20, por qué no se regula el cobro de diferencias de hasta un 100% realizado por los médicos?

El PDSS no establece consulta, los honorarios de consulta no están regulados debido a la falta del establecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, lo que da libertad a cobro de montos particulares por cada especialista.

¿Por qué se limitan los procedimientos según la vía de abordaje?

Están limitados los abordajes según lo descrito en el PDSS debido a que cada abordaje conlleva complejidades, equipos, insumos y costos distintos, por lo cual tendrían que ser costeados e incluidos en el Catálogo para que las ARS tengan la obligación de cubrirlos.

¿Por qué el uso de equipos médicos se circunscribe a algunas patologías, aun cuando se utilizan en otras?

El uso de equipos y materiales en procedimientos quirúrgicos es usado acorde a como ha sido estudiado, en función del aporte, pertinencia y costo beneficio que genera, a partir de lo cual se estudia el per cápita.

¿Por qué las prótesis se limitan únicamente al tipo convencional?

No está determinado en el PDSS que las prótesis deban ser convencionales. Las ARS deben analizar el beneficio y riesgo del uso de una u otra prótesis y otorgar la cobertura en

función de la correspondencia y pertinencia en cada caso.

¿Por qué no puedo hacer uso de la libre elección para acudir a centros y médicos que no están contratados por mi ARS?

Los literales c; de los artículos 148 y 150, de la ley 87-01 establecen la responsabilidad que tienen las ARS de conformar (contratar) una red de prestadores para el otorgamiento de los servicios contemplados en el PDSS, lo que a su vez les permiten establecer relación de pago y monitorear la entrega de los servicios como establece el literal f; del mismo artículo 150.

¿Cuáles son los servicios que ofrece el PDSS?

El PDSS contiene todos los grupos de servicios que debe garantizar un Plan Básico de Salud, con restricciones en los detalles de la cobertura, las vías de abordaje y la forma de entrega de los servicios. En resumen, contiene:
a) Atenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
b) Servicios odontológicos.
c) Servicios de consulta ambulatoria.
d) Medios diagnósticos ambulatorios y bajo hospitalización.
e) Cirugías.
f) Coberturas relacionadas al parto y cesárea.
g) Hospitalización.
h) Medicamentos ambulatorios.
i) Rehabilitación.
j) Coberturas de alto costo tales como tratamiento de Cáncer, Diálisis, trasplante Renal y Cirugías de alta complejidad y costos.

¿En caso de un dependiente familiar fallece, el seguro me cubre los gastos mientras estuvo hospitalizado?

Si, la cobertura se circunscribe al momento de la entrada y se

abre con una autorización de servicio, independientemente del desenlace del caso debe dar la cobertura bajo los estándares del PDSS.

¿Qué debo hacer si me dicen que no tengo cobertura y he revisado que el servicio sí está en cobertura?

El primer paso es comunicarse de manera directa con su ARS y plantear la situación, en caso de no encontrar respuesta o solución a su problemática, puede acceder a la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) o de manera directa a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), a través de sus distintos canales de servicios: Oficina de Atención al Usuario, Redes Sociales, Call Center, Puntos GOB.

Conócenos

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

Contáctanos

Tel: (809) 227-4050
diau@sisalril.gob.do

búscanos

Búscanos en av. 27 de Febrero, #261, ensanche Piantini, Edificio SISALRIL, Santo Domingo, R. D.

Infórmate

Política de privacidad

Términos de uso

Preguntas frecuentes

Norma para el Desarrollo y Gestión de los Medios Web del Estado Dominicano (norma)

Norma sobre Publicación de Datos Abiertos del Gobierno Dominicano (norma)

Norma para la Interoperabilidad entre los Organismos del Gobierno Dominicano (norma)

Norma para la Gestión de las Redes Sociales en los Organismos

Gubernamentales (norma)
Certificación B2 - Buenas Prácticas Gubernamentales Digitales (norma)

Certificaciones Obtenidas

Norma para el Desarrollo y Gestión de los Medios Web del Estado Dominicano (norma)	Norma sobre Publicación de Datos Abiertos del Gobierno Dominicano (norma)	Norma para la Interoperabilidad entre los Organismos del Gobierno Dominicano (norma)
Norma para la Gestión de las Redes Sociales en los Organismos Gubernamentales (norma)	Certificación B2 - Buenas Prácticas Gubernamentales Digitales (norma)	

Certificaciones Obtenidas

Norma para el Desarrollo y Gestión de los Medios Web del Estado Dominicano (norma)	Norma sobre Publicación de Datos Abiertos del Gobierno Dominicano (norma)	Norma para la Interoperabilidad entre los Organismos del Gobierno Dominicano (norma)

Norma para la Gestión de las Redes Sociales en los Organismos Gubernamentales (norma)	Certificación B2 - Buenas Prácticas Gubernamentales Digitales (norma)	

© 2025 Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. Todos los derechos reservados.

Instagram de SISALRIL
Facebook de SISALRIL
X (antes Twitter) de SISALRIL
YouTube de SISALRIL