SISALRIL SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES	**Formulario**				
	Título	Registro observaciones y propuestas modificación de instrumentos regulatorios			
	Proceso	Resoluciones Administrativas		**Código**	
	Fecha de emisión		**Versión**	**Fecha de revisión**	N/A

Tipo de Instrumento Regulatorio:		**Título:**	**i. Proyecto de Resolución Administrativa que Establece el Proceso de Registro y Descargo de las Autorizaciones de Cobertura, Reclamaciones y Pagos por Servicios de Salud.**

Redacción original	Sugerencias / Propuestas redacción	Acogida/Rechazada/No aplica	Observaciones
Art.11	Se debería informar a las PSS de las reclamaciones descargadas pendiente de pago, ya que en muchos de los casos por asunto burocrático de las ARS´s no son pagados a tiempo, tal es el caso de la ARS Senasa, ellos dice que no hacen pagos parciales y no cierran los expedientes hasta llegar a un acuerdo, mientras tanto las PSS tienen el pago de la prestación de servicio detenido. Ver Resolución Administrativa Silsalril No.00111-2007 - Aprueba la Normativa de Contrato de Gestion	No aplica	La normativa no trata de las autorizaciones que hayan sido reclamadas por el prestador, sino que corresponden a las autorizaciones otorgadas a los afiliados que no llegaron a ser realizadas por el procedimiento autorizado o no fueron reclamadas por el PSS luego de autorizadas, entre otras.
Art.12	1. Descargo: Recomendamos que el descargar las autorizaciones mensuales, las ARS´s pudieran notificar también a las PSS´s las reclamaciones descargadas, esto lo sugerimos con la finalidad que hacer una revisión de ambas institución que lo que está siendo descargado se corresponde a la realiza. #3. Algunas ARS´s toman el plazo de los 180 días como el período de vigencia de la prestación de servicio, sin tomar en consideración el art. 2272 del código civil de la Rep. Dom., a los 6 meses dan por vencidos los expedientes y se rehúsan a pagarlos, hasta llegar al descaro de negociar el pago del expediente por un porcentaje..	No aplica	La normativa no trata de las autorizaciones que hayan sido reclamadas por el prestador, sino que corresponden a las autorizaciones otorgadas a los afiliados que no llegaron a ser realizadas por el procedimiento autorizado o no fueron reclamadas por el PSS luego de autorizadas, entre otras.
General	Es importante incluir los requisitos que deben presentar las personas que realizan el proceso en nombre del afiliado en dado caso de que este no esté hábil para realizar el proceso personalmente. Asimismo, en caso de realizar el proceso nombre de menores de edad.	Acogida	Se eliminó el párrafo del artículo 3 para evitar confusiones.
Art.6	Requerimos que se anexe una definición clara da glosas con listado de posibles razones para las mismas, que puedan ser consultadas por las PSS. Asimismo, sugerimos que dicha definición contemple que no se considere glosa el caso en el cual una factura tiene diferencias con el monto de la autorización y que sea pagada al PSS el monto autorizado en lugar de llevarlo todo a glosa por la no coincidencia en montos.	No aplica	Esto se aborda en la Normativa de Auditorías Médicas.
General	Sugerimos que se suspenda la práctica de la emisión de un NCF global manual para el reclamo mensual del pago de autorizaciones a las ARS por parte de las PSS pues dicha práctica no ofrece trazabilidad y es dificil de auditar, además de que presenta vulnerabilidades desde el aspecto de auditoría financiera.	Acogida	Párrafo inlcuido en el artículo 9 del siguiente modo: El pago de las reclamaciones a las PSS por cualquier medio que se realice se le debe anexar la relación o lista de todas las autorizaciones contenidas en dicho pago indicando monto pagado y glosado de cada autorización.
Art.8	Sugerimos aclarar el punto de que no serán aceptados acuses de recibo temporales de ningún tipo, especialmente de forma manual. Los acuses de recibo deben ser subidos en las plataformas de forma inmediata desde que el PSS entregue la documentación a la ARS.	No aplica	No se contempla ese escenario.
Art.12	Sugerimos agregar párrafo en el que se especifique que cuando se produzca un descargo definitivo de las autorizaciones no pagadas al PSS, se le retorne al afiliado el monto de cobertura afectado de forma inmediata.	Acogida	Se modifica redacción en el artículo 12 literal b, aclarando que se deberá reponer el monto de la cobertura de la autorización descargada.
Art.9	Sugerimos aclarar en este articulo como entra la figura de terceros sub-contratados por la ARS en el proceso de los pagos en cumplimiento con Ley de Seguridad Social	No aplica	Esto se aborda en la Normativa de Contratos de Gestión.

Art.12	Entendemos que los descargos autorizados a las ARS tambien deben ser autorizados para el PSS y debe constar en este reglamento.	Rechazada	Las autorizaciones descargadas corresponden a las autorizaciones otorgadas a los afiliados que no llegaron a realizarse.
Art.12.3	Por favor aclara cuales son las razones por las cuales puede reaperturarse un reclamo despues de descargada dentro del periodo desde los 180 dias y hasta el año que especifica aqui.	Rechazada	Se modifica redacción para mejor comprensión.
General	Observamos que en este documento no se menciona a los terceros sub-contratados por la ARS que suplen las plataformas de autorizaciones. Es importante que en este documento y/o en otros documentos se regule a estas entidades, su relación con las ARS y las PSS asi como establecer claramente sus responsabilidades. Asimismo, necesitamos validar si las mismas son consideradas PSS, pues para nosotros no encajan en la descripción provista por la Ley 87-01.	No aplica	Esto se aborda en la Normativa de Contratos de Gestion.
General	Aprovechamos oportunidad para levantar observación de que aun existen ARS que no cuentan con plataforma de autorizaciones lo que ya no va acorde con los tiempos y tiene implicaciones de servicio para los afiliados e incluso de trazabilidad para todas las partes involucradas.	No aplica	Observación recibida.
General	Sea en este documento o en el que sea pertinente, sugerimos ampliar la ventana de tiempo para procesar la cancelación de autorizaciones. Sugerimos subirlo a un máximo de 3 a 5 días.	No aplica	Observación recibida.
General	Favor instruir sobre las instancias de la SISALRIL a la que las PSS deben acudir en caso de incumplimiento del reglamento y/o tener dudas y requerir apoyos con auditorias.	Acogida	En el proyecto de resolución en cuestión, se verifica el artículo 15 sobre infracciones.
Art.7	En el caso de los rechazos, bajo que código simón se registrada la negación de cobertura fuera de PDSS. estos rechazos,	Acogida	En el periodo de implementación se darán los detalles para registrar adecuadamente los rechazos, a través de guías o instructivos.
Art.9	El pago vía cheque es un marco legal y no se le puede negar a ningún prestador que prefiera este método de pago	No aplica	No se niega el pago por cheque, únicamente se requiere que dispongan de las evidencias correspondientes de la realización del pago.
Art.11	Se debe definir un tiempo único para la de descarga, 180 ó 365 días, debido a que esto puede afectar un cierre fiscal con el pago de los impuestos, además puede crear una inestabilidad económica en base a la reservas técnicas	Acogida	Queda plasmado en la Resolucion, artículo 12 numeral 4.
Art.11	El plazo para la descarga debe iniciar a los 120 días, ya que es un tiempo mas que justificado para realizar el cobro. Hoy día las PSS no cancelan los servicios que no ofrecen, incrementando el monto de las reclamaciones pendientes.	Rechazada	En tal caso, existiría el riesgo de muchas autorizaciones que deben ser reaperturadas.
Art.7	El ajuste de este pedido implica muchos catálogos de rechazos y ajustes tecnológicos a desarrollar, por lo que recomendamos no incluir este articulo en esta etapa. en adición representa inversiones económicas, que en estos momentos no estamos en capacidad de realizar.	Acogida	Se aumentará periodo de entrada en vigencia a 180 dias y se elaborará una lista de rechazos. Adecuado artículo 17.
Art.10 y 11	Establecer las vías por donde las PSS reporten a la SISALRIL cuando una ARS no envíe el Analisis de Antigüedad de Saldos o las justificaciones de las cuentas no pagadas.	No aplica	Esto se aborda en la Normativa de Contratos de Gestión y de Auditorías Médicas.
Art.6	De acuerdo a lo ya establecido en la política del esquema 007 y en su estructura, dicho esquema no permite registrar coberturas o reclamaciones con valor 0 . Base legal Manual del esquema 007	Acogida	Se modifica redacción para mejor comprensión.
Art.7	Las ARS no cuentan con un listado de rechazos de coberturas	Acogida	En el periodo de implementación se darán los detalles para registrar adecuadamente los rechazos, a traves de guías o instructivos y se elaborará una lista de rechazos.

Art.11	Estamos de acuerdo que las autorizaciones sean descargadas a los 90 días, que dicha descarga sea de manera definitiva y que el PSS no pueda reclamarla en el futuro.	Rechazada	En tal caso, existiría el riesgo de muchas autorizaciones que deben ser reaperturadas.
Art.12	No estamos de acuerdo, ya que puede haber situaciones, como que el PSS presente un litigio legal o embargo retentivo y que durante ese proceso las reclamaciones cumplan con el requisito para ser descargadas. si este proceso se da en el mes de diciembre tendremos que registrar un ingreso frutos de las descargas de esas autorizaciones y por ende tambien debemos pagar el 27% del ISR	Rechazada	Este escenario no aplica,porque el artículo contempla solamente las autorizaciones no reclamadas.
Art.9	Entendemos que se deben estandarizar dos métodos de pago, transferencia electrónica y cheques, ya para cualquier otra forma se requiera una evidencia de la solicitud para tales fines de parte del afiliado o PSS.	Acogida	Corresponde con lo establecido en el art.9 párrafo I
Art.12	Entendemos que si se da un plazo de 180 días para reclamar sus pagos y descargar las reclamaciones, este plazo debería ser definitivo para el descargo del sistema, ya que 180 días más no ayudaría a que el Prestador se organice refiriéndonos más a los prestadores Físicos. Base Legal: En el manual del prestador especifica que el Prestador deberá reclamar los pagos por su servicio a más tardar a los 60 días de haber dado el mismo, siendo así las ARS estarían siendo muy flexibles al otorgarles 120 días más para recibirles y pagarles.	Acogida	Se adecúa redacción en este sentido y para mejor comprensión.
Art.17	Según presentacion el plazo que se otorgaría para realizar las adecuaciones serán de 90 días, sin embargo en este artículo dice 30 días	Acogida	Se aumentará periodo de entrada en vigencia a 180 días y se comunicará formalmente una lista de rechazos.
Art.3	Entendemos que en el “párrafo” de este artículo, debe establecerse un contenido mínimo de la prescripción o receta médica, para que no sea rechazada y agilizar los procesos de autorizaciones. Comentario 2: En este artículo podríamos agregar un listado uniforme aplicables para todas las Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS, en lo adelante). Con esto, crearíamos uniformidad de criterio en los requisitos para la aprobación de servicios.	Rechazada	Estos requisitos se encuentran contemplados en el Reglamento para la Prescripción y Dispensación de Medicamentos Ambulatorios en el SDSS Decreto 665-12.
Art.4	Vemos la oportunidad de fijar un plazo máximo para realizar la autorización. Los pacientes se quejan del tiempo de espera. Esto podría, en ocasiones, resolverse con un sistema de preaprobación, que tenga una vigencia de tiempo determinado: 30 días, por ejemplo.	No aplica	En la presente resolución no se aborda este tipo de autorización.
Art.6	Simplemente entendemos interesante que fijemos un tiempo de vigencia de las autorizaciones que un paciente recibe. Tal como indicamos más arriba, un plazo de 30 días es prudente.	No aplica	En la presente resolución no se aborda este tipo de autorización.
Art.8	Estamos de acuerdo en el registro y creación de base de datos en el sistema de reclamaciones. Sin embargo, es importante fijar o reiterar el plazo para las ARS en las que deben de presentar las glosas (reclamaciones rechazadas) y sus motivos. El artículo 17.1 de la normativa de contratos.	Acogida	Se adecuará en la resolución, incorporando el plazo conforme a la normativa de contratos de gestión.
Art.10	Es prudente que estos reportes de reclamaciones pendientes de pago vengan acompañados con los siguientes datos: (a) reclamaciones pagadas, debidamente identificadas y; (b) reclamaciones pendientes de pago, debidamente identificadas. Con esto, la PSS tienen control y transparencia de las reclamaciones.	Rechazada	Este requerimiento solo es exigible para las ARS y el IDOPPRIL.
Art.11	Es importante determinar cómo proceder con las autorizaciones vigentes de un paciente cuyo proceso odontológico es continuo y durante este ínterin, el paciente cambia de ARS. Esto siempre supone una situación complicada para las PSS.	No aplica	En la presente resolución no se aborda este tipo de autorización.
Art.3	Debe quedar claro en la resolución que el prestador elegido por el afiliado debe pertenecer a la red de la ARS.	No aplica	Las ARS constituyen su red de prestadores.
Art. 4	Esto no aplica para la ARS ya que al autorizar un servicio no existe un expediente que validar. Esto se hace en el proceso de Auditoría y Reclamaciones.	Acogida	Al autorizar un servicio se hacen validaciones de ciertos criterios, como afiliado en la cartera, PSS en su red ee prestadores, etc. Se adecúa resolución para mejor comprensión.

Art. 5	Esto no aplica para la ARS ya que al autorizar un servicio no existe un expediente que validar. Esto se hace en el proceso de Auditoria y Reclamaciones.	Acogida	Al autorizar un servicio se hacen validaciones de ciertos criterios, como afiliación en la cartera, PSS en su red de prestadores, etc.
Art. 6	Párrafo I.- En este proceso el PSS es protagonista ya que el//ellos deciden que reportan a la ARS. Desde la perspectiva de TI, antes de externar comentarios debemos conocer el impacto a nivel de cambios en el sistema por cómo se capturará y luego reportar las informaciones en el esquema 007.	Acogida	Se ampliará plazo a 180 dias para implementación.
Art. 7	En este proceso el PSS es protagonista ya que el//ellos deciden que reportan a la ARS. Desde la perspectiva de TI, antes de externar comentarios debemos conocer el impacto a nivel de cambios en el sistema por cómo se capturará y luego reportar las informaciones en el esquema 007	Acogida	Se ampliará plazo a 180 dias para implementación.
Art. 8	Debe quedar claro que el registro no es inmediato, sino, que la fecha de reclamación debe ser la misma que la de recepción.	Acogida	Adecuado en la resolucion.
Art. 1	Definir los términos como descargo y sus consecuencias juridicas para la PSS		Art.12.1 establece el procedimiento para descargo de las autorizaciones no reclamadas.
Art. 12 Numeral 1	Se produjo un claro error, talvez por no haber tomado en cuenta los procesos de facturación de una PSS, al establecer un plazo de 180 días, a partír de la fecha de la autorización. Es perfectamente conocido que no se factura a partir de una fecha de autorización, ni siquiera a partir de la fecha de alta del paciente. Una cuenta puede facturarse por una PSS, solamente después de que la ARS ha dado una cobertura que identifica a través de un cierre de cuenta. Un paciente puede estar ingresado tres días, como puede prolongarse por un mes, dos meses o más el alta del mismo. Después del alta del paciente, la ARS envía sus Auditores Médicos, quienes verifican el expediente; si no ha habido objeción validan el pago final, cerrando la cuenta. Pero si emiten objeciones, el expediente puede tardar uno o varios meses. Si las objeciones no se levantan se va a una segunda instancia y puede haber también una tercera instancia, en esos casos el expediente dura a veces cuatro o más meses en tener la validación final. Por las anteriores razones, respetuosamente solicitamos: que este numeral sea debidamente REVISADO y corregido, para que diga: " un plazo de 180 días contados a partir del cierre total del caso por la ARS. " De lo contrario se está sometiendo a las Clínicas a situaciones sumamente difíciles y de injusticia por estos "descargos".	Acogida	Se adecúo redacción incluyendo "contados a partir de la fecha de la autorización o de la fecha de cierre de la cuenta o del expediente auditado en los casos de hospitalización".
General	En relación a la posibilidad de que la PSS (Clínica) solicite un Pago Parcial (que podría ser un paliativo), en caso de objeciones, según está establecido por la Normativa de Contratos de Gestión, hay que establecer que no sería una solución pues en la realidad algunas ARS se niegan a aceptar estos pagos parciales porque informan que sus sistemas de cómputo no lo admiten.	No aplica	Acercamiento.
General	Por otra parte, esta Resolución produce una indefensión a las Clínicas ya que son las ARS Y LA IDOPPRIL quienes proceden a hacer las descargas. No existe en la Resolución un procedimiento de validación y / o intervención en defensa de los derechos de pago de un servicio ya prestado por las PSS, a fin de que se pueda evitar un descargo no debido a las actuaciones de esa PSS, sino a procesos de validación de casos con las ARS. Respetuosamente solicitamos se establezca en la Resolución un proceso obligatorio mediante el cual la ARS y la SISALRIL informen previamente a la PSS su decisión de descargar el pago de algún expediente, a fin de que la PSS en el ejercicio de su legítima defensa pueda explicar si es justo o no ese trámite y formule sus medios de prueba. Y, en caso de disconformidad, ejercer sus derechos ante quien corresponda.	No aplica	Las autorizaciones descargadas corresponden a las autorizaciones otorgadas a los afiliados que no llegaron a realizarse, no aquellas que han sido reclamadas por el PSS.
General	No intervienen las PSS en contraparte. Sin embargo son claras las consecuencias negativas tanto jurídicas, como financieras para las PSS. Jurídicamente hablando las normas NO son retroactivas por lo que solicitamos que para iniciar la aplicación de la normativa se haga con los expedientes que se abrirán a partir de la entrada en vigencia de esta Resolución a quien revisión. En relación con las reclamaciones de pago de expedientes anteriores a la Resolución deben las ARS E IDOPPRIL suministrar a las prestadoras (Clínicas) el Listado de las Reclamaciones que tengan dicha condición a fin de que ambas partes puedan llegar a acuerdos de cierres de cuentas.	No aplica	Las autorizaciones descargadas corresponden a las autorizaciones otorgadas a los afiliados que no llegaron a realizarse, no aquellas que han sido reclamadas por el PSS.

General	Se deben tomar en cuenta los casos que ameritan contratación de procedimientos quirúrgicos con especialistas o en su defecto con la PSS. En estos supuestos las ARS no permiten a la Clínica facturar los gastos clínicos, hasta que la ARS llegue a acuerdos en relación a los honorarios de los especialistas. Es claro que en estos casos podría sancionarse a una Clínica con un descargo en el que ella no tuvo responsabilidad, ni control. También este problema señalado aquí puede ser resuelto si se cuentan los 180 días a partir del cierre del caso por la ARS.	Acogida	Se adecúo redacción incluyendo "contados a partir de la fecha de la autorización o de la fecha de cierre de la cuenta o del expediente auditado en los casos de hospitalización".
General	A todos estos problemas hay que agregar que algunas ARS cuando se les entregan los documentos de facturación, se niegan a ponerle el acuse de recibido. Esta situación deja sin poder probar fehacientemente la fecha de entrega de facturaciones por parte de la PSS. Respetuosamente solicitamos incluir en esta Resolución la exigencia de que las ARS pongan "acuse de recibido" a los documentos que les son presentados por facturación de cuentas, por las PSS " como fundamentos de derecho invocamos: la Ley 87- 01 Art.171, 181 y siguientes, la Normativa de Contratos de Gestión, Resolución 0111-2007, el Código Civil, artículo 2272.	Acogida	Verificar artículo que incluye "acuse".
General	Definir cuáles serían los tipos de negaciones que deberán ser registradas y los motivos. El número de autorización es un campo obligatorio. ¿Se realizarán autorizaciones para las negaciones? En caso de que dentro de una misma indicación haya prestaciones pasibles de cobertura y otras no, como se debe realizar el registro de las negaciones.	Acogida	Se incorporará una lista de rechazos para fines de reporte en el esquema, será informada a las ARS. Para todas las solicitudes de servicios debe existir una aprobación y o un rechazo, que deben ser registrados en su plataforma correspondiente.
General	Se debe considerar, que el registro de las negaciones tiene un impacto directo en los tiempos de atención por las distintas vías de autorización, aumentando el tiempo promedio de respuesta y generando más carga operativa.	Rechazada	Es el mimso tiempo que se requiere para hacer la aprobación de la autorización.
General	La gestión con los PSS debe tener una capacitación y gestión de rigor por ejemplo en autorizaciones de pruebas de laboratorios, aquella que no tenga cobertura puede quedarse sin registrar negación si el colaborador del PSS no realiza la labor de solicitar esa cobertura, esto puede pasar con frecuencia dado que hay coberturas comunes que el PSS tiene conocimiento que no forman parte del catalogo del PDSS.	Acogida	Aclarar en la normativa que siempre la PSS debe solicitar la aprobación del servicio, no puede decidir la aprobación o el rechazo.
Art.6 párrafo III	Esta disposicion sería contraria al registro de estos casos en la contabilidad, donde se establece que las autorizaciones en esta situación se registran en las Reservas Técnicas con un valor que normalmente representa el gasto promedio del procedimiento médico que provocó la hospitalización, de acuerdo con la experiencia de cada ARS. Asignar un valor es necesario, porque desde el mismo momento en que se aprueba la autorización se genera un pasivo que en los registros de contabildiad no debe ser cero y el esquema 007 debe conciliar con la contabilidad. La redacción del párrafo III contribuiria a retratos en pagos a PSS, porque no habria reservas constituidas ni inversiones requeridas para cuadno sea necesario efectuar el pago a los PSS.	Acogida	Adecuar normativa en este sentido.
Art.3,4,5,6 párrafo I y 8	A los requirientes de las autorizaciones y ordenes de servicios, son en todos los casos, los afiliados de las ARS, para recibir atenciones o prestaciones a través de su PSS de elección, en el cuerpo de la propuesta normativa debe contemplarse que las solicitudes de autorización de cobertura y órdenes de servicio son requeridas o gestionadas ante las ARS por los afiliados, de forma directa o a través del PSS que elija, conforme los protocolos de atención.	Acogida	Adecuar normativa para mejor comprensión.

Art.6	Solicitamos incluir que se procederá con la aprobación de las autorizaciones de coberturas de servicios de salud realizadas por los afiliados, de forma directa o a traves del PSS elegido de los que conforman la red de PSS de su ARS, siempre que a) El afiliado se encuentre con estado vigente o activo, b) La prestación se encuentre dentro del Catálogode prestaciones vigente aprobado por CNSS, c) El afiliado cuente con disponibilidad de cobertura, que no haya agotado el límite anual de cobertura o no se encuentre dentro del período de carencia y d) La solicitud corresponda y sea pertinente.	Acogida	Adecuar normativa para mejor comprensión, en el artículo 6.
Art.7	Solicitamos la inclusión de una categoría de solicitudes anuladas, que no son más que las solicitudes de autorización canceladas o anuladas motu proprio por las ARS por errores al momento de su emisión o a requerimiento del afiliado o por vencimiento de una autorización previa (para dar lugar a su sustitución con una nueva autorización)	Rechazada	Cuando las autorizaciones correspondan mismo mes pueden ser reportadas como anuladas, estatus 10, si pasan al siguiente mes se reportan como descargadas, estatus 13.
Art.9 párrafo I	Seguimiento a primer comentario, sugerimos incluir una mención para que los afiliados de manera excepcional, puedan requerir de forma expresa a las ARS cualquier reembolso que corresponda mediante cheque, primando siempre como medio de pago predeterminado el pago electrónico vía transferencia bancaria.	Acogida	Esta establecido en la normativa, art.9 párrafo I.
Art.11,12 y 13	El contexto social y económico del ejercicio médico y farmacéutico en el año 1941 es completamente disitnto al actual. El texto solo resulta aplicable a la fecha a la relación privada entre médico, cirujanos y farmacéuticos, sean personas físicas o jurídicas, con sus pacientes como lo ha recogido la jurisprudencia de la SCJ en las últimas décadas. En el ámbito sectorial, con una ley órganica, por una legslación de carácter especial, en base a contratos de gestión entre ARS y PSS,se debe establecer un plazo máximo de 180 días para radicar o presentar reclamaciones por autorizaciones. No debe existir ningun PSS que pueda subisitir financieramente reclamando a las ARS en diciembre de 2025 por servicios de enero 2025.Tambien se debe contemplar que en cortoplazo todas las PSS deberán pasar a facturación electrónica, en tenor de la Ley Núm.32-23 y su normativa complementaria. Permitir que sean resucitadas reclamaciones no radicadas por mas de 6 meses pudiera convertirse en un desincentivo regulatorio, fomentadno la ineficiencia operativa de los PSS. Así como se exige a las ARS incremento de su capacidad para la gestión de auditoría médica, debe requerirse a las PSS más organización en la gestión de reclamaciones. Solicitamos mantener únicamente 180 días para el descargo definitivo de las reclamaciones no presentadas, sin posibilidad de que sean reaperturadas, en tanto quedarán excluidas del registro contable de las reservas técnicas, impediría un cierre real de los ejercicios fiscales por las ARS.	Acogida	Se reformulará normativa en este sentido.
Art.17	Solicitamos la entrada en vigor sea fijada para el 1 de enero de 2026 (no siendo previsto en ningún caso un plazo inferior a 180 días) dando así plazo razonable a las ARS para que realicen las adecuaciones y actualizaciones de sistemas, políticas y procedimientos, con su consecuente socialización y capactiación con todo el personal, para poder dar cumplimiento a la nueva reportería del esquema 007. Igual para que las PSS puedan realizar las inversiones y ajustes necesarios para realizar sus reclamaciones ante las ARS en el plazo establecido por la normativa.	Acogida	Se ampliará plazo a 180 días para implementación.
Art.6	“Modificación” de los esquemas a los fines de que permita el seguimiento a través del número estándar de autorización asignado, para poder asegurar la congruencia de los registros contables y de auditorías con las informaciones. El layout de Esquema 07 indica en su numeral 8.2.6 que el Número de Autorización es “el número único que asigna la ARS a cada autorización de cobertura en su sistema. Es requerido (obligatorio). No puede repetirse en un mismo período. No puede estar en blanco. No puede contener caracteres especiales.”	No aplica	Se emitirá instructivo durante el periodo de entrada en vigencia.

Art.12	Nuestra posición es que las autorizaciones de servicios no reclamadas para pago por las PSS, cuya antigüedad oscile entre los 90 y 180 días contados a partir de la fecha de autorización de las mismas, podrán ser descargadas de las reservas técnicas tomando en consideración el Tipo de Prestador, sin embargo, entendemos no es recomendable la reapertura de dichas autorizaciones después de este plazo. En el caso de autorizaciones que involucran Topes Disponibles (medicamentos ambulatorios, alto costo, etc.), al ser descargadas se habilita el monto disponible al afiliado, el cual puede ser utilizado por el mismo. Con la opción de permanecer disponibles para ser reaperturadas si estas fueran reclamadas hasta transcurrido un año desde la fecha de su autorización, el afiliado podría exceder el límite establecido.	Acogida	Se reformulará normativa evaluando los plazos para declinar definitivamente las autorizaciones no reclamadas.
Art.17	Nuestra posición es que, por la cantidad de cambios solicitados para la entrada en vigor de esta resolución, necesitamos un tiempo mínimo de 180 días, para su implementación. Se necesita tiempo para realizar las modificaciones y pruebas necesarias en nuestro sistema.	Acogida	Se ampliará plazo a 180 dias para implementación.
Art.6 Párrafo V	Esto resultaría aplicable siempre y cuando las reservas IBNR, para siniestros ocurridos pero todavía no reportados, resulten suficientes. Entendemos necesario establecer claramente con base a qué período temporal y bajo qué mecanismo se determinará el valor promedio de las coberturas en servicios de hospitalización.	Acogida	Se modifica redacción para mejor comprensión.
Art.12 literal b	A los fines de garantizar certeza normativa y seguridad jurídica en esta resolución, solicitamos que en cuanto el descargo mensual de las autorizaciones que no hayan sido reclamadas por las PSS, con la consecuente reposición al afiliado del monto de la cobertura de la autorización que ha sido descargada, se indique expresamente que dicho reintegro al disponible se realizará dentro de la vigencia anual de cobertura que corresponda al afiliado, limitando su temporalidad conforme las normas vigentes del PBS/PDSS del SFS, de modo que no pueda interpretarse erróneamente que dicha reposición se sumará a los montos disponibles para el período de vigencia anual siguiente.	Acogida	Se modifica redacción para mejor comprensión.
Art.12 párrafo I	En cuanto a las descargas de reclamaciones entregadas a las ARS por las PSS, es necesario recalcar que existen razones adicionales al desarrollo de un proceso de conciliación o arbitraje que, no obstante llegado el término de 180 días, exijan mantener vigente para fines de reservas técnicas algunas autorizaciones, como por ejemplo, ante bloqueos fiscales o legales (embargos/oposiciones) contra las PSS en manos de las ARS, o porque existan auditorías en curso, o porque ya el pago se encuentra cursando el flujo del procedimiento de pago.	Acogida	Se modifica redacción para mejor comprensión.
Art.7 y 17	A los fines de viabilizar y posibilitar las mejoras y desarrollos de sistemas informáticos de las ARS para dar cumplimiento a las obligaciones regulatorias establecidas en esta normativa, solicitamos contemplar que el plazo de 180 días calendario contados a partir de la publicación de la normativa para su entrada en vigor, se establezca y comience a computarse a partir del dictado del instructivo complementario, en tanto el mismo contendrá informaciones fundamentales para el correcto diseño de la arquitectura de software requerida por las ARS. Es necesario, a modo de ejemplo, contemplar desde el inicio del desarrollo de sistema informático los códigos de las causas que originan la no aprobación de una reclamación, que serán establecidos mediante instructivo.	Rechazada	Dentro del plazo se estará emitiendo la circular.

Art.9	La Ley habilita distintos medios de pago y no restringe las formas en que pueden efectuarse las obligaciones. Limitar el pago a las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) exclusivamente mediante transferencia electrónica carece de fundamento legal, incluso tratándose de una disposición administrativa en un sector regulado. Debe considerarse que todo medio de pago que garantice trazabilidad, control, registro e individualización del libramiento cumple con los principios de transparencia y seguridad exigidos y que en este caso el Organismo Rector debe crear los procesos de vigilancia a fin de que las ARS cumplan con los procesos de pago no importa en medio legal que utilicen para tales fines.	Acogida	En la resolución párrafo I se indica la posibilidad de recibir pagos por otro medio, no únicamente transferencia electrónica.
Art.12	El descargo que se ejecute de conformidad con el artículo 2272 del Código Civil extingue la obligación de pago está estipulada por un año a profesionales liberales citados en dicho artículo del código civil, no así para personas jurídicas, No resulta procedente la figura del descargo de 180 días con vocación de reclamo posterior, pues introduce inseguridad en la contabilidad financiera, fiscal, laboral y corporativa de las ARS, IDOPPRIL y PSS. con el descargo de los 180 días con posibilidad de pagos posteriores se violan las normas financieras en el sentido de que los estados financieros se elaboran bajo el método de lo devengado donde deben estar registrados todos los compromisos por cobrar y por pagar, de aprobarse la normativa como está planteada puede crear distorsión en los registros que afectarían la veracidad de los estados financieros por ocultamiento de información, debido a que se crearía una reserva técnica insuficiente y lo que también llevaría a la empresa a declarar unos beneficios no reales y a pago de unos impuestos fundamentados en unos estados financieros carentes de información. Lo que es una cuenta por pagar para la ARS se convierte en una cuenta por cobrar para la PSS, Lo que indica que la PSS mantendrán en sus estados financieros esos reclamos por cobrar por 360 días, sin embargo, la ARS sólo lo tendrá por 180 por lo que se deber normatizar con período definitivo para la descarga (180 días ó 360 días) Les recordamos el código tributario obliga a registrar por el método de lo devengado, no por lo percibido para la declaración jurada	Acogida	Se modifica redacción en este sentido.
Art.12	La ARS Banco Central examina mensualmente las autorizaciones de servicios no reclamadas para pago, con el objetivo de identificar las que califiquen para su descargo a los fines de mantener saneado el registro de las Reservas Técnicas. 2-Las autorizaciones de servicios no reclamadas para pago por las PSS cuya antigüedad oscile entre los 90 y 180 días contados a partir de la fecha del servicio de las mismas, podrán ser descargadas de las reservas técnicas tomando en consideración el Tipo de Prestador. 3-En el caso de autorizaciones de servicios no reclamadas para pago por las PSS que conlleven topes anuales tales como (Medicamentos Ambulatorios y Alto Costo), se descargan al final de cada año.	Rechazada	Se deberá actualizar el plazo a 180 días.
Art.11	El plazo para descargar las reclamaciones, debe ser a partir 120 días, no 180 días, ya que 4 meses es un tiempo mas que hábil para realizar los procesos administrativos de cobro. Agregar mas tiempos es premiar la inficiencia.	Rechazada	Se trata de autorizaciones no de reclamaciones.
Art.6 Párrafo II	Indispensable el compromiso de los prestadores, los PSS asumen en la mayoría de los casos que prestación está o no en cobertura y se limitan a reportar lo que entienden corresponde.	Acogida	Observación enfatizando lo establecido en el artículo.

Art.6 Párrafo V	Documento plantea valor promedio del último período, a qué consideran último período? Pues esto se maneja al cierre de cada mes y puede que en el mes anterior no se hayan cerrado cuentas con algunos diagnósticos que existan en el que se está cerrando.	Acogida	Se indicó en la resolución que se refiere a los últimos doce meses.
Art.9 párrafo I	Confirmar cuáles serían las evidencias que necesitan: correo del PSS, Comunicado Oficial, etc.	Acogida	Las evidencias podrán ser cualquier medio que demuestre el pago.
Art.7 Párrafo I	Los 180 días deben contar a partir de recibir los códigos, instructivos y el layout actualizado para el esquema 007 por parte de la SISALRIL.	Rechazada	Durante el plazo de entrada en vigencia se estará notificado formalmente el instructivo y se otorgará plazo razonable.
Art.11 Párrafo I	No debe existir el rango 7, si las autorizaciones con más de 180 días serán descargadas	Rechazada	El rango 7 existe, debido a que se pueden presentar autorizaciones en este plazo, las cuales serán sujeto de monitoreo y se requieren para trazabilidad.
Art.12	Confirmar que esto solo aplica para prestaciones con tope de cobertura.	Acogida	Conforme indicado, sólo aplica para aquellas con tope de cobertura.
Art. 12	Resulta una carga operativa sacar la autorización de las Reservas Técnicas y esperar 180 días más para sacar definitivamente la autorización si no la reclamaron. Consideramos factible la salida definitiva de la autorización a los 180 días, reponiendo su cobertura a los afiliados y si reclama en los 180 días posteriores, registrar una nueva autorización, así nos quitamos la carga de reaperturar, tomar en cuenta la antiguedad de esa autorización, el tema de reponer la cobertura, etc. Entendemos que esta propuesta debe ser analizada con mayor profundidad, ya que persisten riesgos operativos y reputacionales. Por ejemplo, si una PSS presenta una reclamación por RD$500,000 a los 240 días de emitida la autorización, el afiliado habría contado con ese monto en su tope de cobertura durante los 60 días previos a la reclamación. Si en ese período el afiliado utiliza otra autorización por RD$750,000 en una PSS distinta, podría generarse una situación conflictiva tanto para el afiliado como para las PSS y la ARS.	Acogida	Se adecúa redacción en este sentido.
Art.13	El proceso de descargada se manejaría con un estatus. Este estatus no se contemplaría en el gasto del afiliado, entonces no se debería permitir reaperturarlas. No vemos factible que al sacar la autorización en descargada deba teneral en stand by hasta la prescripción. Otra recomendación es que se descarguen a la prescripción de 360 días, por el derecho que le asiste al PSS el Código Civil Dominicano.	Rechazada	Se mantiene el plazo de 180 días para descargadas y se adecúa redacción.
Art.17	Es importante señalar que para actualizar nuestro sistema debemos contar con el instructivo y el layout actualizado del esquema 007, entendemos que los 180 días deben correr a partir de haber recibido esas informaciones de SISALRIL.	Rechazada	Durante el plazo de entrada en vigencia se estará notificado formalmente el instructivo y se otorgará plazo razonable.