

**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

**APP 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
Ambulatorias		
Consulta ambulatoria	Ilimitada sujeto a copago	
Emergencia ambulatoria por enfermedad o por accidente	100%	
Vacunas	100% hasta los 7 años	
Estudios especiales para diagnósticos	80%	
Diagnósticos ambulatorios	80%	
Medicina ambulatoria	RD\$12,000 anual al 70%	
Hospitalización		
Habitación, costo diario	RD\$2,346 (RD\$1,725 al 100% y el resto al 90%)	
Honorarios quirúrgicos	90%	
Internamientos quirúrgicos	90%	
Internamientos clínicos	85%	
Sala de cuidados intensivos	80%	
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 Cáncer	RD\$2,090,000	
Medicamentos para otras patologías diferentes al Cáncer	RD\$1,000,000	

Esquema de vacunación					
EDAD	VACUNAS	ESQUEMA	DOSIS	COBERTURA	GÉNERO
0-1 mes	BCG	Al nacer	1 dosis	100%	Ambos
0-1 mes	Hepatitis B	Al nacer	1 dosis	100%	Ambos
2 meses a 6 años	Polio (inyectado)	2,4 y 6 meses (refuerzos a los 18 meses y de 4 a 6 años)	5 dosis	100%	Ambos
2 meses a 4 meses	Rotavirus (Rotarix)	2 y 4 meses (nunca después de los 8 meses)	2 dosis	100%	Ambos
2 meses a 6 meses	Rotavirus (Rotateq)	2-4 y 6 meses (nunca después de los 8 meses)	3 dosis	100%	Ambos
2 meses a 15 meses	Prevenar 13 (Neumococo)	2-4 y 12 meses, hasta los 15 meses	4 dosis	100%	Ambos
2 meses a 6 meses	Pentavalente (Difteria, Tos ferina, Tétanos, Hepatitis B, Hib)	2 - 4 y 6 meses	3 dosis	100%	Ambos
12 meses a 6 años	Triple Viral (SRP): •Sarampión •Paperas •Rubeola	2 - 15 meses o de 4 - 6 años	2 dosis	100%	Ambos
18 meses a 6 años	DPT	18 meses - hasta los 6 años	2 dosis	100%	Ambos
7 a 14 años	Tétanos y Difteria (DT)	3er refuerzo	1 dosis	100%	Ambos
4 a 7 años	Vacuna de Influenza (Pediátrica)	1 por año	1 por año	100%	Ambos
9 a 14 años	Papiloma Humano (HPV) Cervarix	2da dosis a los 6 meses de la 1ra	2 dosis	100%	Femenino
9 a 14 años	Papiloma Humano (HPV)- Gardasil	2da dosis a entre 6 y 12 meses de la 1ra	2 dosis	100%	Femenino

Esquema de vacunación embarazadas					
SEMANAS	VACUNAS	ESQUEMA	DOSIS	COBERTURA	GÉNERO
27 a 36 semanas	Diférico, Tos Ferina y Tetánico (DTAP) - (Tdap)	Entre la 27 y 36 semanas	1 dosis	100%	Femenino
	Tétanos y Difteria (DT)	Embarazadas como 2da dosis luego de la DTAP	1 dosis	100%	Femenino

¿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*	Copia de cédula y certificado de estudios
Hijos (as) mayores de 21 años con incapacidad permanente	<ul style="list-style-type: none">• Copia de la cédula• Certificado de discapacidad

DEPENDIENTES ADICIONALES**

Parentesco	Documentos requeridos
Madre y padre del titular	<ul style="list-style-type: none">• Copia de la cédula• Acta de nacimiento titular
Madre y padre del cónyuge	<ul style="list-style-type: none">• Copia de la cédula• Acta de nacimiento cónyuge
Hijos (as) mayores de 21 años	<ul style="list-style-type: none">• 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.

*Para incluir hijastros se requiere la misma documentación y que su padre/madre biológico esté dentro de la póliza.

**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 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
- Aparatos
- Terapias
- Prótesis

- m Medicamentos ambulatorios:** cobertura de RD\$12,000 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
- Trasplante de córnea
- Hemodiálisis renal
- Diálisis peritoneal
- Reemplazo articular cadera
- Reemplazo articular de rodilla
- Reemplazo articular de hombro
- Columna: cirugía escoliosis
- Columna: cirugía espondilolisis 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 / transesofágico
- 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 tricúspide con balón
- Reparación del músculo papilar
- Recesión de membrana subaórtica
- Colocación de parche u homoinjerto supralavular
- 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 trasatrial 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

- Ⓟ **Límite de RD\$2,090,000** para medicamentos de **Alto Costo** relacionados a tratamiento de cáncer, incluye medicamentos neoadyuvantes, adyuvantes y paliativos.
- Ⓟ **Límite de RD\$1,000,000** para medicamentos de Alto Costo en otras patologías no oncológicas.
- Ⓟ **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.gob.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.



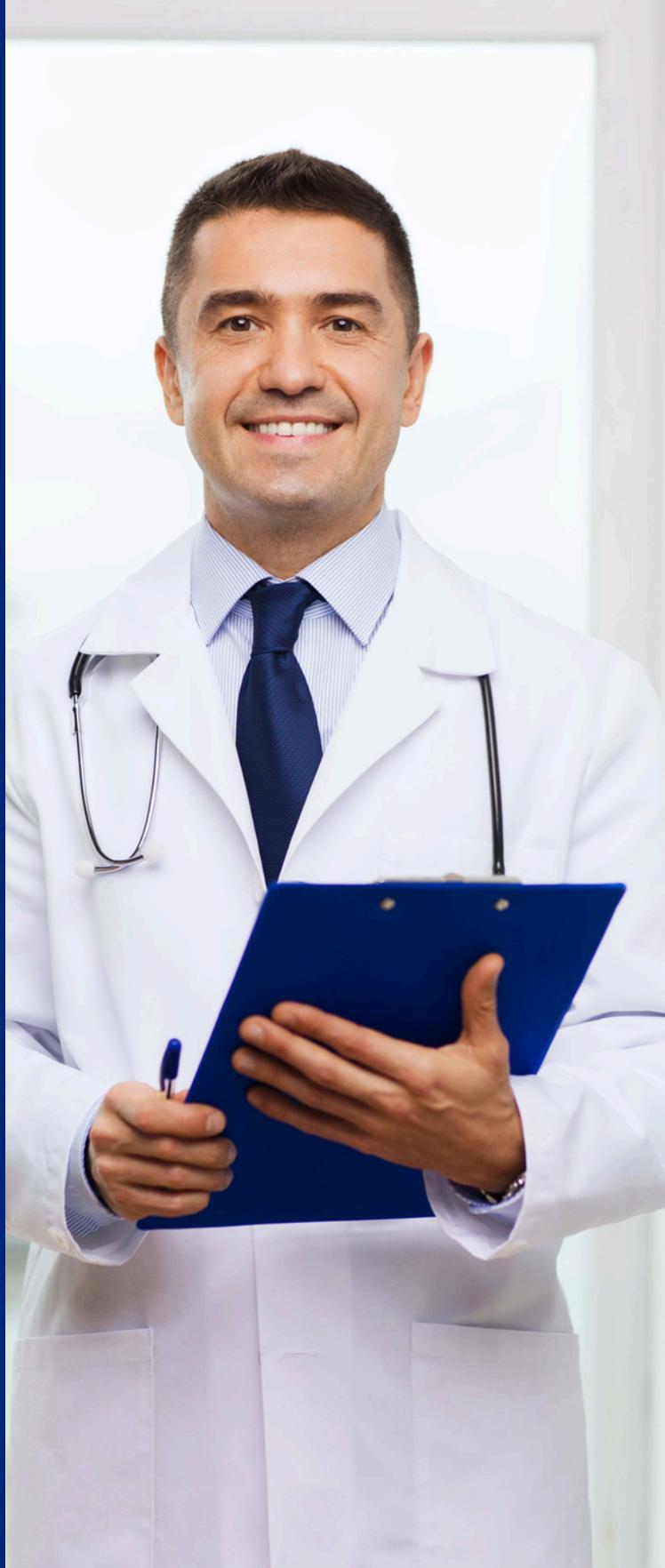


CONOCE EL PROCESO DE TRASPASO

¿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.

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





¿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.