

APRUEBA CONDICIONES SANITARIAS EN CONTRATOS DE SALUD PREPAGADA

Acuerdo Ministerial 68
Registro Oficial 14 de 14-jun.-2017
Estado: Vigente

No. 0068-2017

LA MINISTRA DE SALUD PUBLICA

Considerando:

Que, la Constitución de la República, en el artículo 3, numeral 1, establece como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes;

Que, la referida Constitución, en el artículo 32, dispone: " La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos; entre ellos, el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenta el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. ";

Que, la Norma Suprema, en el artículo 52, prevé que las personas tienen derecho a disponer de bienes y servicios de óptima calidad y a elegirlos con libertad, así como a una información precisa y no engañosa sobre su contenido y características; correspondiéndoles a la Ley establecer los mecanismos de control de calidad y los procedimientos de defensa de las consumidoras y consumidores; y las sanciones por vulneración de estos derechos, la reparación e indemnización por deficiencias, daños o mala calidad de bienes y servicios, y por la interrupción de los servicios públicos que no fuera ocasionada por caso fortuito o fuerza mayor;

Que, la Norma Ibídem, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud, a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, siendo responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, manda que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a quien corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; siendo obligatorias las normas que dicte para la plena vigencia de dicha Ley;

Que, en el Registro Oficial Suplemento No. 863 de 17 de octubre de 2016 , se publicó la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, cuyo objeto es "normar la constitución y funcionamiento de las Compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada; regular, vigilar y controlar la prestación de dichos servicios para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de los usuarios; fijar las facultades y atribuciones para establecer y aprobar el contenido de los planes y contratos de atención integral de salud prepagada y de seguros en materia de asistencia médica; así como determinar la competencia para la

aplicación del régimen sancionador y la solución de controversias";

Que, la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, en el artículo 27, dispone que las condiciones de carácter sanitario de los contratos de prestación de servicios de atención integral de salud prepagada deberán ceñir su contenido a dicha Ley, a la Ley Orgánica de Salud, reglamentos y más normativa expedida por la Autoridad Sanitaria Nacional, correspondiéndole a dicha Autoridad definir las condiciones de carácter sanitario de los referidos contratos;

Que, con Decreto Ejecutivo No. 703, publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 534 de 01 de julio de 2015, se crea la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACESS-, como un organismo técnico administrativo, adscrito al Ministerio de Salud Pública, con personalidad jurídica de derecho público, autonomía administrativa, técnica, económica, financiera y patrimonio propio, con sede principal en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, con jurisdicción en todo el territorio nacional; encargada de ejercer la regulación técnica, control técnico y la vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina prepagada y del personal de salud;

Que, mediante Decreto Ejecutivo No. 1293, publicado en el Registro Oficial No. 934 de 31 de enero de 2017, el Presidente Constitucional de la República, nombró a la doctora Verónica Espinosa Serrano como Ministra de Salud Pública; y,

Que, con Oficio No. ACESS-ACESS-2017-0384-O de 26 de abril de 2017, el Director Ejecutivo de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACESS, remitió el Criterio Técnico DEMPYSAM-002 de 24 de abril del mismo año, y solicitó la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

En ejercicio de las atribuciones concedidas por los artículos 151 y 154 numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador, en concordancia con el artículo 17 del Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva.

Acuerda:

EXPEDIR LOS LINEAMIENTOS PARA LA APROBACION DE LAS CONDICIONES SANITARIAS EN CONTRATOS QUE OFERTEN LAS COMPAÑIAS QUE FINANCIEN ATENCION INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y LAS DE SEGUROS QUE OFERTAN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MEDICA

CAPITULO I OBJETO Y AMBITO

Art. 1.- Objeto.- El objeto del presente instrumento es proporcionar los lineamientos obligatorios de carácter sanitario para las prestaciones de salud a ofertarse por las compañías de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, mismos que serán utilizados para la aprobación de los contratos, planes programas y anexos, por la autoridad competente en el ámbito sanitario.

Art. 2.- Alcance.- Estos lineamientos sanitarios constituyen un instrumento en el cual, cualquier ente de control deberá basar su criterio en cuanto a prestaciones sanitarias brindadas por las compañías de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.

Art. 3.- Lineamientos sanitarios para la aprobación de las condiciones sanitarias.-Los lineamientos sanitarios para la aprobación de las condiciones sanitarias para las prestaciones de salud a ofertarse

por las compañías de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, son los siguientes:

3.1. Las prestaciones ofertadas por las compañías de medicina prepagada y las de seguros que ofrezcan atención médica en sus planes y contratos deberán observar, en lo que corresponda, al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y normativa secundaria vigente, particularmente al conjunto de prestaciones del documento "Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral de Salud", emitido por Ministerio de Salud Pública.

3.2. Las compañías de medicina prepagada y las de seguros que ofrezcan atención médica podrán ofertar planes de acuerdo a las modalidades establecidas en el artículo 22 de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica. Para los planes en modalidad cerrada y mixta, las compañías verificarán el cumplimiento de los criterios de habilitación de los prestadores de servicios de salud dictaminados por la Autoridad Sanitaria Nacional.

En toda modalidad, incluyendo la abierta, en caso de detectarse que el prestador de servicios de salud incumple con alguna de las condiciones de funcionamiento, previstas en la Ley de la materia, es obligación de la compañía de medicina prepagada o de seguro que ofrezca atención médica, notificar a la Autoridad Sanitaria Nacional para las acciones pertinentes.

3.3. Respecto de los períodos de carencia para planes, programas y modalidades, se aprobará lo siguiente:

a) Para embarazo, el período de carencia no superará los sesenta días, de conformidad con lo dispuesto en el último inciso del artículo 33 de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica. Después del período de carencia, la cobertura se realizará de acuerdo al artículo 15 numeral 6 de dicha Ley y según el monto de cobertura contratado.

El cargo al precio al que se refiere el inciso final del artículo 33 de la Ley se aplicará únicamente cuando las atenciones prenatales sobrepasen a las estipuladas bajo tarifa cero señaladas en el artículo 30 numeral 3 de la ley en mención.

Si el embarazo se produjera durante el período de carencia la inclusión intra-útero de 1 nonato se podrá realizar como un beneficio adicional. La contratación de este beneficio se podrá realizar a partir de la semana veinte de embarazo y hasta la semana treinta y dos, siempre y cuando el contratante cancele las cuotas correspondientes a partir de la semana de contratación de este beneficio.

b) Para preexistencias, en planes individuales y grupales se aplicará lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley; en planes empresariales y corporativos se estará al acuerdo libre y voluntario entre las partes, que debe constar en el contrato aprobado por el organismo responsable.

c) Los únicos períodos de carencia que se podrán utilizar adicionalmente a los estipulados en la Ley son:

1. Para atención ambulatoria: máximo 30 días.

2. Para atención hospitalaria: máximo 90 días.

d) La atención de emergencia y urgencia recibirá cobertura desde las 24 horas posteriores a la suscripción del contrato, hasta el monto contratado y de acuerdo al plan aprobado. Los planes con cobertura para patologías específicas contarán con cobertura de emergencia médica únicamente para las patologías previstas en dicho plan.

3.4. Las compañías reguladas en la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de

Seguros de Asistencia Médica podrán ofertar las coberturas determinadas en su artículo 15 en uno o varios planes, siempre que los mismos se oferten en la forma descrita en los numerales de dicho artículo. El detalle, alcance de las prestaciones y la frecuencia de uso, constarán de forma expresa en los planes y anexos y se justificarán en las correspondientes notas técnicas.

Para las prestaciones de interés de salud pública, no se podrá determinar coberturas inferiores al 50% del monto máximo contratado, caso contrario estas prestaciones deberán ofertarse de manera adicional al plan y deberán ser reducidas de la prima del plan que no contemple estas prestaciones.

Las prestaciones de interés de salud pública incluyen pero no limitan a:

1. Enfermedades catastróficas y raras: Diagnóstico, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos
2. Atención integral pre trasplante, trasplante de Organos, post trasplante y seguimiento.

La Autoridad Sanitaria Nacional podrá incluir prestaciones de interés de salud pública, conforme a la realidad epidemiológica nacional.

3.5. Las prestaciones que se cubrirán con tarifa cero se realizarán según ciclo de vida y de acuerdo a los servicios y prestaciones establecidos en el artículo 15 de la citada Ley que correspondan. Estas prestaciones se detallan en el Anexo No 2, y para la aprobación de contratos, planes y programas deben constar en las notas técnicas.

Para los planes con cobertura para patologías específicas, las atenciones con tarifa cero estarán en concordancia con la cobertura ofertada en dicho plan.

3.6. Se utilizarán las siguientes estrategias con el fin de garantizar las atenciones que se cubren dentro de la tarifa cero:

Nota: Para leer Tabla, ver Registro Oficial 14 de 14 de Junio de 2017, página 6.

3.7. Las compañías de medicina prepagada y las de seguros que oferten cobertura de asistencia médica serán las responsables del control del número de prestaciones con tarifa cero determinadas en el anexo 2; bajo ningún concepto se permitirá el cobro por excesos en las prestaciones ofertadas con tarifa cero.

Art. 4.- Lineamientos para revisión de las condiciones de carácter sanitarias de los contratos.- Para la revisión de las condiciones de carácter sanitario de los contratos, se estará a lo siguiente:

4.1. El detalle de prestaciones cubiertas y sus especificaciones se revisará conforme a la siguiente estructura:

Nota: Para leer Tabla, ver Registro Oficial 14 de 14 de Junio de 2017, página 7.

4.2. El detalle expreso de exclusiones debe guardar concordancia con lo especificado en el Anexo 4.

Art. 5.- Soporte técnico para la aprobación del precio de planes.- Los precios de los planes deberán guardar conformidad con lo siguiente:

- a) Nota técnica.
- b) Monto de cobertura del plan o póliza.
- c) Portafolio de prestadores adscritos (según plan cerrado o mixto).
- d) Nivel de atención, complejidad y especialización de los prestadores, aprobado por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Art. 6.- Resumen de verificación rápida de condiciones sanitarias de planes y contratos.- La Autoridad Sanitaria Nacional, aplicará el siguiente mecanismo de verificación rápida, respecto de las

condiciones de carácter sanitarias de planes y contratos, previo a la aprobación de los mismos:

Nota: Para leer Tabla, ver Registro Oficial 14 de 14 de Junio de 2017, página 7.

Art. 7.- De la coordinación de beneficios y la prelación de pagos.- La coordinación de beneficios y la prelación de pagos se realizarán de acuerdo a lo establecido en las Disposiciones Generales Cuarta y Quinta de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, en concordancia con los procedimientos administrativos de relacionamiento interinstitucional por derivación de usuarios/pacientes, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria vigentes, emitidos para el efecto por la Autoridad Sanitaria Nacional en la Normativa pertinente.

Art. 8.- Del Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (TPSNS).- Para el relacionamiento económico entre la Red Pública Integral de Salud y las compañías de medicina prepagada o las de seguros que ofrezcan cobertura de asistencia médica se utilizará de manera obligatoria el TPSNS vigente.

Art. 9.- Del control.- La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada podrá solicitar a las compañías la información necesaria para la verificación de lo señalado en los presentes lineamientos.

DISPOSICION GENERAL

Delegar a la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada ACESS, para que mediante resolución actualice los presentes lineamientos, cuando técnicamente lo considere necesario.

DISPOSICION TRANSITORIA

Los contratos o convenios firmados entre las compañías y los prestadores de salud deberán ser actualizados de acuerdo a los presentes lineamientos en el plazo máximo estipulado por la Ley en su Disposición Transitoria Novena.

DISPOSICION FINAL

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, y de su ejecución encárguese a la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada-ACCESS. 15 de mayo de 2017.

f.) Dra. María Verónica Espinosa Serrano, Ministra de Salud Pública.

Es fiel copia del documento que consta en el Archivo de la Dirección Nacional de Secretaría General al que me remito en caso necesario.- Lo certifico en Quito a, 16 de mayo de 2017.- f.) Ilegible, Secretaría General, Ministerio de Salud Pública.

ANEXO No. 1.

Quito, de del 2017

CERTIFICADO DE COMERCIALIZACION Y AUTORIZACION

En cumplimiento de las atribuciones legalmente concedidas y delegadas a la Autoridad Sanitaria Nacional, representada en este acto por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS, por su interpuesta persona, en calidad de Director Ejecutivo, ha procedido a verificar la información que se hace referencia en la comunicación dirigida

a esta autoridad de fecha...../...../.....

Teniendo en cuenta que la compañía..... ha cumplido con la entrega de la información respecto de las condiciones sanitarias de los planes y contratos de salud integral prepagada o de seguro de asistencia médica y que dicha información cumple con las disposiciones de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica y de la Ley Orgánica de Salud, por lo que esta Autoridad, certifica que:

- 1.- El Plan.....descrito en el documento adjunto, cumple con las disposiciones legales y reglamentarias referentes a planes y contratos.
- 2.- La compañía..... puede comercializar las condiciones sanitarias descritas en el documento adjunto.

El presente certificado tendrá validez mientras el plan se comercialice o hasta que esta Autoridad Sanitaria Nacional disponga la modificación de alguna de las partes del plan o contrato.

Dr. Edy Rolando Quizhpe Ordóñez
 Director Ejecutivo
 Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada-ACCESS.

ANEXO 2.

Prestaciones de Prevención Primaria incluidas en tarifa cero

Nota: Para leer Anexo, ver Registro Oficial 14 de 14 de Junio de 2017, página 10.

Anexo No 3.

Glosarios de términos

Beneficiario.- Es la persona que ha de percibir, en caso de siniestro, el producto del seguro o los servicios establecidos en el contrato de seguro celebrado entre un asegurado y una empresa de seguros generales de salud o una empresa de medicina prepagada.

Consulta Especializada.- Es la atención que realiza el médico especialista al usuario, con el fin de establecer un diagnóstico para posterior tratamiento en función de una determinada rama de la Medicina.

Cuidado de largo plazo.- Es un tipo de servicio que se brinda a personas en condición de dependencia debido a una enfermedad, discapacidad o impedimento cognitivo, con el objetivo de mantener la calidad de vida de la persona.

Diagnóstico.- Es un proceso inferencial, realizado a partir de la información obtenida a través de la entrevista al paciente, el examen físico y el análisis de imágenes y de laboratorio, destinado a identificar la enfermedad o condición de salud que lo afecta.

Empresas de medicina pre-pagada.- Son sociedades constituidas en el territorio nacional y que, en virtud del pago de cotizaciones o aportaciones individuales, otorgan a sus afiliados el financiamiento para el servicio de salud y atención médica en general.

Enfermedad Catastrófica.- Es aquella que cumple con las siguientes características:

- a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;
- b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente; Y,
- c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea

mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria.

Enfermedades Raras y Huérfanas.- Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad.

Establecimientos de Salud.- Son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación, rehabilitación y atención sanitaria en situaciones de emergencia/urgencia en forma ambulatoria, en el sitio de ocurrencia, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad. Pudiendo ser fijos o móviles.

Guía de práctica clínica.- Es el conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones en salud o una condición clínica específica.

Nivel de atención.- Corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios está en directa relación con las necesidades de salud de la población y sus diferentes grados de complejidad.

Nivel de complejidad.- Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, en relación al nivel de atención al que corresponde, alcanzado mediante la especialización y tecnificación de sus recursos. Guarda relación directa con la categorización de establecimientos de salud

Notificación sanitaria.- Es la comunicación mediante la cual el interesado informa a entidad competente de la Autoridad Sanitaria Nacional, bajo declaración jurada, que comercializará en el país un producto de uso o consumo humano, fabricado en el territorio nacional o en el exterior cumpliendo con condiciones de calidad, seguridad e inocuidad.

Prestación de servicios de salud.- Es la provisión de servicios de salud a los individuos, las familias y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud.

Prestadores de servicios de salud.- Son las personas naturales y jurídicas que brindan servicios de salud, incluyendo al personal de salud; a los establecimientos de salud, públicos, privados, con o sin fines de lucro, autónomos y comunitarios, a las compañías de seguros que ofrecen seguros de salud; y, a las empresas de salud y medicina pre-pagada.

Primer nivel de atención.- Los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención son los más cercanos a la población, facilitan y coordinan el flujo del usuario dentro del Sistema, prestan servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Además, brindan atención de urgencia y emergencia de acuerdo a su capacidad resolutive, garantizan una referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa adecuada, aseguran la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueven acciones de salud pública de acuerdo a normas emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional. Son ambulatorios y resuelven problemas de salud de corta estancia. El Primer Nivel de Atención es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud.

Protocolos clínicos y administrativos.- Son instrumentos normativos, de orientación eminentemente práctica, que pueden o no resumir los contenidos de una Guía de Práctica Clínica; o bien puede especificar acciones o procedimientos operativos o administrativos determinados.

Segundo nivel de atención.- El Segundo Nivel de Atención corresponde a los establecimientos que prestan servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención. En este Nivel se brindan otras modalidades de atención, no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la

cirugía ambulatoria y el centro clínico quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día).

Cuidados paliativos.- La Organización Mundial de la Salud (OMS) (13) define los cuidados paliativos (CP) como "el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales".

Servicios de salud.- Son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad.

Tercer nivel de atención.- El Tercer Nivel de Atención corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, son de referencia nacional, resuelven los problemas de salud de alta complejidad y pueden realizar, incluso, trasplantes. Tienen recursos de tecnología de punta y cuentan con especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas reconocidas por la ley.

Vigilancia Sanitaria.- Función esencial de salud pública consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana.

Visita domiciliaria.- Es la acción de salud extramural del equipo de salud, parte de las actividades de prevención y promoción de salud.

ANEXO No.4.

PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES

1) Para todos los Planes:

- a) No se puede excluir individual o colectivamente la cobertura de atenciones por condiciones laborales o profesionales. Sin embargo se puede ajustar las primas de acuerdo al riesgo.
- b) No se permitirá la exclusión de gastos en salud incurridos por el usuario para el diagnóstico diferencial o definitivo, siempre y cuando estos estén de acuerdo a las guías de práctica clínica, protocolos nacionales o internacionales.
- c) No se puede excluir la cobertura de atención integral a personas con problemas de malnutrición siempre y cuando haya diagnóstico médico definitivo y elección de tratamiento de acuerdo a los protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales.
- d) No se permitirá la exclusión de métodos anticonceptivos.
- e) No se podrá excluir la atención necesaria para cubrir condiciones de salud que sean consecuencia de acciones y/o enfermedades por uso de drogas, estupefacientes, embriaguez, alcoholismo y lesiones debido a trastornos de la salud mental, estados de demencia incluso a resultantes por intento de suicidio.
- f) No podrán constar en el listado de exclusiones, periodos de carencia y preexistencias otros distintos a los dispuestos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- g) No se pueden colocar exclusiones basándose en criterios emitidos por organismos extranjeros.
- h) No puede constar como exclusión el tratamiento de enfermedades de Transmisión Sexual.
- i) No se podrá excluir cobertura de endo-prótesis en los casos que estas sean de tejidos de origen animal, siempre y cuando cumplan con las aprobaciones requeridas por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- j) No se permitirá la exclusión para el tratamiento de úlceras de presión, ni sus complicaciones.
- k) No se permitirá la exclusión de fórmulas alimenticias medicadas, siempre y cuando la enfermedad obligue su utilización y sea prescrita.

- l) No se permitirá la exclusión de trastornos en el desarrollo psicomotor, cuando este se deba o se presente como consecuencia de una patología.
- m) No se permitirá la exclusión de cirugía plástica reconstructiva o correctiva.
- n) No se puede excluir pruebas de sensibilidad ni tratamientos inmunológicos en general, siempre y cuando hayan sido prescritas por un profesional calificado en base a protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales.
- o) No se puede excluir la cobertura de tratamientos dentales cuando estos sean causados por accidentes hasta el monto y las condiciones contratadas.
- p) No se permite la exclusión de gastos adicionales de acompañantes en clínicas y hospitales para recién nacidos, menores de 16 años y adultos mayores de 75 años.
- q) No se puede excluir el alquiler de cualquier equipo o dispositivo médico para monitoreo e infusión de medicamentos, ni los suministros necesarios para su utilización o funcionamiento.
- r) No se puede excluir cobertura de cuidados paliativos, sean estos hospitalarios o domiciliarios, siempre y cuando estén prescritos por un médico.

2) Para los Planes con Cobertura de Maternidad:

- a) No se puede limitar la cobertura de legrados o abortos no punibles, siempre y cuando estos sean indicados como procedimiento terapéutico por un médico.

3) Para los Planes con Cobertura de Trasplante:

- a) No se puede excluir los gastos del donante que tiene relación con la procuración de órganos en donantes cadavéricos o con la extracción del órgano en donantes vivos, ni sus complicaciones, hasta el límite de la cobertura.

4) Para los Planes con cobertura para enfermedades Catastróficas y Raras:

- a) No se puede excluir la cobertura de alimentación enteral, parenteral, ni complementos alimenticios prescritos.
- b) No se puede excluir la cobertura de tratamiento con estimulantes del crecimiento para este tipo de patologías.