



NACIONAL



DECRETO 66/2019
PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.)

Medicina Prepaga. Modificación del Decreto N° 1993/2011.
Del: 22/01/2019; Boletín Oficial 23/01/2019.

VISTO el Expediente N° EX-2018-67120840-APN-GGE#SSS, la Ley N° [26.682](#) y su modificación, el Decreto N° [1993](#) de fecha 30 de noviembre de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° [26.682](#) y su modificación, establece el Marco Regulatorio de la Medicina Prepaga, alcanzando a toda persona humana o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopte, cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

Que posteriormente, en uso de la potestad reglamentaria propia del PODER EJECUTIVO NACIONAL, se dictó el Decreto N° [1993/11](#) que reglamentó diversos artículos de dicha Ley.

Que la experiencia recogida a través de la aplicación de aquel plexo normativo, muestra la conveniencia de arbitrar medidas tendientes a realizar consecuentes adecuaciones de las normas reglamentarias sobre algunos aspectos allí regulados.

Que en mérito a las consideraciones expuestas, se torna imperioso adecuar la reglamentación de la Ley N° [26.682](#) y su modificación, con el objeto de compatibilizar, en forma razonable, las disposiciones legales con la realidad y el dinamismo intrínseco y propio del sector de la Medicina Prepaga.

Que en lo que hace al actual procedimiento administrativo que deben respetar las Entidades de Medicina Prepaga para obtener las autorizaciones de incrementos de cuotas, corresponde modificar el inciso g) del artículo 5° del Decreto N° [1993/11](#), por cuanto dicha disposición prevé la intervención estatal en sentido tripartito (la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la SECRETARÍA DE COMERCIO INTERIOR actualmente dependiente del MINISTERIO DE PRODUCCIÓN Y TRABAJO y del actual MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL), generando una innecesaria superposición de cometidos y funciones públicas, en detrimento de la simplicidad de los trámites administrativos.

Que en razón de ello, con el fin de lograr una más ágil y fluida operatoria, corresponde centralizar las actuales competencias en un número menor de Jurisdicciones.

Que a tales fines, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, tendrá la atribución específica de intervenir, conjuntamente con el MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, en el procedimiento de autorizaciones de incrementos de cuotas y valores diferenciales, fijándole un plazo razonable para adoptar una resolución a los requerimientos que se presenten.

Que asimismo, también resulta conveniente introducir modificaciones en la redacción de los artículos 1°; 5°, inciso c); 7°; 10; 12 y 17 del Decreto N° [1993/11](#), adecuándolos a las competencias propias de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

Que, por otra parte, se propone también reemplazar parcialmente el artículo 9° de dicho

cuerpo legal, definiendo cabalmente los supuestos de resolución contractual.

Que conforme lo expuesto, adoptar la presente medida se traduce directamente en una simplificación normativa y en una mejora respecto de la operatividad de la misma y del desarrollo de la actividad regulada.

Que la presente medida se dicta en virtud de las facultades conferidas al PODER EJECUTIVO NACIONAL por el artículo 99, incisos 1 y 2, de la CONSTITUCIÓN NACIONAL.

Por ello,

El Presidente de la Nación Argentina decreta:

Artículo 1°.- Sustitúyese el artículo 1° del Decreto N° [1993](#) de fecha 30 de noviembre de 2011, por el siguiente:

“ARTÍCULO 1°.- Quedan expresamente incluidas en la Ley N° [26.682](#) y su modificación:

a. Las Empresas de Medicina Prepaga definidas en el artículo 2° de la Ley.

b. Las obras sociales comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° [23.660](#) y sus modificatorias y las entidades adheridas o que en el futuro se adhieran como agentes del seguro al Sistema Nacional del Seguro de Salud regulado en la Ley N° [23.661](#) y sus modificaciones, por los planes de salud de adhesión voluntaria individuales o corporativos, superadores o complementarios por mayores servicios médicos que comercialicen. En todo lo demás dichas entidades continuarán rigiéndose por los respectivos regímenes que las regulan.

c. Las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones, con los alcances establecidos en el segundo párrafo del artículo 1° de la Ley N° [26.682](#) y su modificación, están sujetas en todo lo relacionado con dicha Ley, en forma exclusiva, a las disposiciones y medidas que tome la Autoridad de Aplicación de la mencionada Ley, careciendo de competencia el INSTITUTO NACIONAL DE ASOCIATIVISMO Y ECONOMÍA SOCIAL (INAES).”

Art. 2°.- Sustitúyese el artículo 5° del Decreto N° [1993](#) de fecha 30 de noviembre de 2011, por el siguiente:

“ARTÍCULO 5°.- a) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD designará síndicos, auditores y veedores, que tendrán por cometido la fiscalización y control de los actos de los órganos y funcionarios de los sujetos indicados en el artículo 1° vinculados con el cumplimiento de las normas y disposiciones de la Ley N° [26.682](#) y su modificación y de la presente Reglamentación. Estas sindicaturas, auditorías y/o veedurías serán asignadas a cada entidad en la oportunidad, condiciones y objetivos de supervisión y control que para cada caso disponga la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y podrán ser individuales o colegiadas según lo establezca la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y, cada una de ellas, podrá abarcar a más de una entidad. Su actuación será rotativa con un máximo de CUATRO (4) años de funciones en una misma entidad. Los síndicos, auditores y veedores podrán ser removidos por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y percibirán la remuneración que la misma determine, con cargo a su presupuesto. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD establecerá las normas referidas a las atribuciones y funcionamiento de las sindicaturas, auditorías y veedurías.

b) 1. El Registro Nacional de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la Ley, se denominará REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA (R.N.E.M.P).

Deben inscribirse en el Registro: i) Las Empresas de Medicina Prepaga definidas en el artículo 2° de la Ley; ii) Las obras sociales comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° [23.660](#) y sus modificatorias, y las entidades adheridas o que en el futuro se adhieran como Agentes del Seguro al SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD regulado en la Ley N° [23.661](#) y sus modificaciones, que comercialicen planes de salud de adhesión voluntarios (individuales o corporativos), superadores y/o complementarios por mayores servicios médicos; y iii) Las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones, con

los alcances del segundo párrafo del artículo 1° de la Ley.

2. El Padrón Nacional de Usuarios se creará con la información proporcionada por las entidades que obligatoriamente deben inscribirse en el REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA (R.N.E.M.P). El Padrón de Usuarios de cada entidad será exigido como recaudo formal a los fines de obtener su inscripción en el Registro.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD establecerá las características que deberá reunir el Padrón Nacional de Usuarios y los datos de cada uno de los usuarios y los integrantes de sus respectivos grupos familiares que se deberán consignar en el padrón, procurando crear una base unificada de todos los beneficiarios de sistema de salud privada para que, cuidando la confidencialidad de los datos, sea utilizado por el Sistema Público de Salud a fin de identificar a las personas con padecimientos y las prestaciones a las que acceden (Resolución ex MSyAS N° 394/94, Ley N° [15.465](#) “Régimen Legal de las Enfermedades de Notificación Obligatoria” y Decreto N° [3640/64](#)).

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD determinará el sistema y periodicidad para la actualización de los padrones con la información de altas y bajas que se produzcan.

c) A los fines de obtener la inscripción en el REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA (R.N.E.M.P), aquellas entidades que obligatoriamente deben inscribirse suministrarán la siguiente información:

1. Padrón actualizado de usuarios discriminando titulares, grupo familiar primario, personas a cargo y personas comprendidas en el artículo 14, inciso b) de la Ley.

2. Distribución territorial por jurisdicción de los usuarios de la cobertura prestacional brindada por la entidad.

3. Modelos de contratos a suscribir con los usuarios, en todas las modalidades de contratación y planes, en los términos del artículo 8° de la Ley.

4. Composición del patrimonio e inventario de los bienes.

5. Últimos TRES (3) Estados Contables aprobados, o Certificación Contable de Inicio de Actividades.

6. Cobertura prestacional-médico-asistencial, Planes de extensión de coberturas y programas y otras prestaciones.

7. Estatuto, Contrato Social y/o Convenio de Adhesión al Sistema de la Ley N° [23.661](#) y sus modificaciones si correspondiere.

8. Estructura orgánico-funcional, y estructura de gastos administrativos. Las entidades indicadas en el artículo 1°, inciso b) de la presente Reglamentación deberán, además, acreditar su inscripción en el registro respectivo, como Obra Social (Ley N° [23.660](#) y sus modificatorias) o Agente del Seguro (Ley N° [23.661](#) y sus modificaciones), según corresponda.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD fijará un plazo de hasta TREINTA (30) días hábiles contados a partir de la fecha de la presentación de la solicitud de inscripción dentro del cual cada entidad deberá completar la información antes detallada. La información suministrada deberá ser actualizada con la periodicidad que establezca la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD podrá disponer la cancelación de la inscripción en el REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA (R.N.E.M.P) a pedido de las mismas. También podrá disponer cancelaciones cuando deriven de la aplicación del régimen sancionatorio dispuesto en el artículo 24, inciso c) de la Ley, previa sustanciación del respectivo sumario administrativo.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD determinará las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión y prestacional, además de otros recaudos formales, que serán exigibles a las entidades para su inscripción en el Registro previsto en el artículo 5°, inciso b) de la Ley.

d) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD deberá establecer los sistemas de información y modelos informáticos y de gestión necesarios para la fiscalización de las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y las del Sistema de Prestaciones

Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad (Ley N° [24.901](#)) y de cualquier otra que se incorpore al contrato suscripto con los usuarios bajo el modelo autorizado.

Facúltase a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para requerir toda información necesaria y hacer cumplir dicho requerimiento por parte de cualquiera de las entidades fiscalizadas.

e) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD controlará el cumplimiento de los recaudos exigidos a las entidades para obtener su inscripción en el REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA (R.N.E.M.P). En todos los casos la inscripción será dispuesta por acto del Superintendente de Servicios de Salud e implicará la autorización para funcionar como Entidad de Medicina Prepaga, debiendo dejarse constancia de tal implicancia en el respectivo acto resolutivo.

Ninguna entidad sin autorización para funcionar como Entidad de Medicina Prepaga, podrá brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa. De comprobarse fehacientemente el incumplimiento de esta disposición, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD lo pondrá en conocimiento de las autoridades competentes y procederá a formular la denuncia penal si correspondiere.

f) En oportunidad de solicitar su inscripción en el Registro, las entidades incluidas en la Ley deberán presentar, para fiscalización y autorización de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, los modelos de contratos a suscribir con los usuarios, en todas las modalidades de contratación y planes, en los términos del artículo 8° de la Ley. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD resolverá dentro de los TREINTA (30) días hábiles inmediatos a su presentación la aprobación, observaciones o rechazo de los modelos contractuales referidos.

Las entidades que pretendan efectuar modificaciones en los modelos de contratos aprobados por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, deberán presentar previamente ante dicho organismo los cambios que intenten introducir, para su autorización.

g) Las cuotas que deberán abonar los usuarios se autorizarán conforme las pautas establecidas en el artículo 17 del presente. Las entidades que pretendan aumentar el monto de las cuotas que abonar los usuarios, deberán presentar en forma individual el requerimiento a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, quien deberá expedirse en un plazo máximo de CUARENTA Y CINCO (45) días, a partir de la presentación completa del trámite en la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, para elevarlo al MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL para su aprobación.

Las entidades deberán, una vez autorizado dicho aumento, informar a los usuarios los incrementos que se registrarán en el monto de las cuotas con una antelación no inferior a los TREINTA (30) días corridos, contados a partir de la fecha en que la nueva cuota comenzará a regir. Se entenderá cumplimentado el deber de información del aumento al usuario al que se refiere el presente apartado, con la notificación incorporada en la factura del mes precedente y/o carta informativa.

h) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD procederá a circularizar, con una periodicidad no mayor a un cuatrimestre el listado de los efectores indicados en el artículo 5°, inciso h) de la Ley, que sean consignados como acreedores en los informes económico financieros que deben ser presentados por los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente Reglamentación, a efectos de que exterioricen sus acreencias.

La Autoridad de Aplicación, con los resultados obtenidos, procederá al relevamiento de aquellas prestaciones impagas que invoquen y acrediten los efectores mencionados.

En caso de detectarse crédito a favor de un efector público se cursará reclamo al deudor, correspondiendo se resuelva la situación dentro de un plazo máximo de TREINTA (30) días hábiles desde el reclamo. La omisión de la cancelación de las facturas adeudadas hará

pasible al deudor de la aplicación de las sanciones previstas en la Ley N° [26.682](#) y su modificación.

i) Aquellos sujetos del artículo 1° que revistan forma societaria deberán presentar: Balance General de cierre de ejercicio con Dictamen de Contador Público Independiente y Estados Intermedios con Informe Profesional, a los CUATRO (4) y OCHO (8) meses del inicio del ejercicio económico.

El resto de los sujetos deberán presentar: un informe cuatrimestral que contenga los ingresos percibidos y las erogaciones efectuadas y un informe anual que dé cuenta de los bienes afectados a la actividad y de las deudas generadas por la misma.

En ambos casos deberán acompañar detalles pormenorizados de los efectores médicos asistenciales que integren el pasivo de la entidad y los montos adeudados.

j) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará las normas que resulten pertinentes relacionadas con la facultad de impartir instrucciones, fijar criterios y señalar los procedimientos que determinen las reglas aplicables a la atención al usuario, trámite de peticiones y reclamos por incumplimiento del servicio.

k) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará las normas pertinentes a fin de establecer el sistema de categorización y acreditación de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente.

l) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará las normas complementarias para requerir a los sujetos mencionados en el artículo 1° de la presente Reglamentación, los datos demográficos, epidemiológicos y estadísticos de prestaciones médicas realizadas por los prestadores contratados, como también datos de los distintos planes de prevención y detección de patologías de acuerdo con la normativa de realización y ejecución de la cobertura, dentro del marco teórico y los objetivos generales y específicos, con la definición de población bajo programa, así como de acciones y metas con las correspondientes evaluaciones programáticas.

m) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará las normas necesarias a fin de decidir la reasignación de los usuarios afectados en masa en aquellas empresas con programas y cuota equiparable a los de la entidad desaparecida, según la categorización y acreditación que a dicho efecto realice la Autoridad de Aplicación respecto de los sujetos incluidos en el artículo 1° de la presente Reglamentación. En dichos supuestos se deberán respetar criterios de distribución proporcional según cálculo actuarial y contar con el consentimiento del usuario.”

Art. 3°.- Sustitúyese el artículo 7° del Decreto N° [1993](#) de fecha 30 de noviembre de 2011, por el siguiente:

“ARTÍCULO 7°. - Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° [26.682](#) y su modificación, podrán ofrecer planes de cobertura parciales en los casos de los incisos a), b) y c) del artículo 7° de la Ley, de acuerdo con los requerimientos de la Autoridad de Aplicación y las autoridades jurisdiccionales.

Además, la Autoridad de Aplicación podrá autorizar nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de la Comisión Permanente prevista en el artículo 6° de la Ley N° [26.682](#) y su modificación. Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la Ley podrán presentar nuevos planes de coberturas parciales a la Comisión Permanente. Todos los planes de cobertura parcial deben adecuarse a lo establecido por la Autoridad de Aplicación. No se podrán derivar aportes de la Seguridad Social a un plan parcial.

En todos los casos en los que los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la Ley se encuentren autorizados a ofrecer planes de coberturas parciales se deberán explicitar claramente las prestaciones cubiertas y detallar pormenorizadamente las excluidas de la cobertura, no pudiendo hacer referencias genéricas respecto de enfermedades de escasa aparición.”

Art. 4°.- Sustitúyese el artículo 9° del Decreto N° [1993](#) de fecha 30 de noviembre de 2011, por el siguiente:

“ARTÍCULO 9°.- Extinción contractual por rescisión o resolución:

1) RESCISIÓN EFECTUADA POR LOS USUARIOS:

Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato sin limitación y sin

penalidad alguna. Sin perjuicio de ello y a efectos de evitar el ejercicio abusivo de este derecho, el mismo podrá ser ejercido solamente UNA (1) vez por año. No podrá supeditarse el ejercicio de la facultad de rescisión contractual por el usuario a la previa cancelación de las sumas adeudadas a las entidades comprendidas en el artículo 1° de la presente Reglamentación.

2) RESOLUCIÓN EFECTUADA POR LAS ENTIDADES MENCIONADAS EN EL ARTÍCULO 1° DE LA PRESENTE REGLAMENTACIÓN:

a) Por falta de pago de TRES (3) cuotas íntegras y consecutivas: En este caso, será obligación de la entidad notificar de inmediato la constitución en mora intimando al usuario a regularizar el pago íntegro de las sumas adeudadas en un plazo de DIEZ (10) días hábiles y, vencido este último, resolver el vínculo contractual, con la finalidad de impedir el devengamiento de nuevos períodos de facturación.

b) Por falsedad de la declaración jurada: Para que la entidad pueda resolver con justa causa el contrato celebrado, deberá poder acreditar que el usuario no obró de buena fe en los términos del artículo 961 del CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN. La falta de acreditación de la mala fe del usuario, determinará la ilegitimidad de la resolución.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará la normativa pertinente a fin de establecer las características que deberán contener las declaraciones juradas y el plazo por el cual se podrá invocar la falsedad.”

Art. 5°.- Sustitúyese el artículo 10 del Decreto N° [1993](#) de fecha 30 de noviembre de 2011, por el siguiente:

“ARTÍCULO 10.- Los períodos de acceso progresivo a la cobertura (carencias) para los contratos celebrados entre los usuarios y los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente Reglamentación, sólo podrán establecerse para el acceso a las prestaciones sanitarias superadoras o complementarias al Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente.

Los contratos deberán estar previamente aprobados por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Los períodos de acceso progresivo en ningún caso podrán superar los DOCE (12) meses corridos desde el comienzo de la relación contractual.

Cuando por modificación de lo normado en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente, la prestación médica carente complementaria o suplementaria ingresare a un nuevo Programa Médico Obligatorio (PMO) aprobado y publicado por la autoridad sanitaria, dicha carencia quedará automáticamente anulada.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD autorizará las situaciones de preexistencia que podrán ser de carácter temporario, crónico o de alto costo que regirán para todos los tipos de contratos entre las partes comprendidas en el presente Decreto.

Las preexistencias de carácter temporario son aquellas que tienen tratamiento predecible con alta médica en tiempo perentorio.

Las de carácter crónico son aquellas que con el nivel científico actual no se puede determinar una evolución clínica predecible ni tiempo perentorio de alta médica.

Las de alto costo y baja incidencia son aquellas en que el tratamiento pone en riesgo económico a las partes intervinientes. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD autorizará los valores de cuota diferencial para las preexistencias, sean éstas temporarias, crónicas y/o de alto costo, así como también la duración del período de pago de la cuota diferencial. Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente Reglamentación deberán presentar el requerimiento a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para su aprobación quien deberá expedirse en un plazo máximo de TREINTA (30) días, a partir de la presentación completa del trámite en la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.”

Art. 6°.- Sustitúyese el artículo 12 del Decreto N° [1993](#) de fecha 30 de noviembre de 2011, por el siguiente:

“ARTÍCULO 12.- Para los supuestos previstos en la primera parte del artículo 12 de la Ley, la Autoridad de Aplicación definirá una matriz de cálculo actuarial de ajuste por riesgo.

Para aquellos casos contemplados en la segunda parte de la norma, la antigüedad de DIEZ (10) años deberá ser en forma continua en la misma entidad comprendida en los alcances de la presente Reglamentación.

En caso de producirse el supuesto previsto en artículo 5º, inciso m) de la Ley N° [26.682](#) y su modificación, los usuarios conservarán la antigüedad que tuvieren hasta el momento de declararse la quiebra de la entidad la que se adicionará a la nueva entidad que se le asigne, a los fines establecidos en este artículo.”

Art. 7º. - Sustitúyese el artículo 17 del Decreto N° [1993](#) de fecha 30 de noviembre de 2011, por el siguiente:

“ARTÍCULO 17.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD implementará la estructura de costos que deberán presentar las entidades, con los cálculos actuariales necesarios, la verificación fehaciente de incremento del costo de las prestaciones obligatorias, suplementarias y complementarias, las nuevas tecnologías y reglamentaciones legales que modifiquen o se introduzcan en el Programa Médico Obligatorio (PMO) en vigencia, el incremento de costos de recursos humanos y cualquier otra circunstancia que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y las entidades comprendidas en la presente Reglamentación consideren que incide sobre los costos de la cuota de los planes ya autorizados.

El pago de las cuotas será efectuado por los usuarios a través de red bancaria. Cada entidad deberá denunciar ante la Autoridad de Aplicación, los datos de la entidad bancaria y de la cuenta recaudadora. Las respectivas entidades bancarias deberán debitar automáticamente los importes correspondientes a los artículos 24 y 25 de la Ley N° [26.682](#) y su modificación. Tales débitos serán acreditados por las entidades bancarias en una cuenta especial a crearse por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en el BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA.

Cuando se trate de planes con diferenciación de la cuota por plan y por grupo etario sólo se admitirá el cambio de categoría de cuota cuando el mismo haya sido expresamente previsto en el contrato de afiliación. La relación de precio entre la primer franja etaria y la última no puede presentar una variación de más de TRES (3) veces, siendo que la primera franja será la menos onerosa y la última la más onerosa.”

Art. 8º. - Comuníquese, publíquese, dése a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese.

Macri; Marcos Peña; Carolina Stanley.

