

<b>CIRCULAR</b>	<b>PRESTACIÓN DE SERVICIO NO. 2025-01</b>						
<b>TEMA</b>	<b>RESOLUCIÓN 624-02</b>						
<b>Fecha de creación</b>	17 NOV 2025	<b>Fecha de última revisión</b>		<b>Fecha de versión</b>	17NOV 2025	<b>Versión</b>	

**Conforme a lo establecido en la Resolución 624-02 de 31 de octubre del 2025, la cual aprueba el incremento de la cápita del PBS, incluye nuevas coberturas y aprueba el método per cápita por riesgo, conforme el detalle siguiente:**

### **1. Aumento del Per Cápita del Régimen Contributivo**

El CNSS aprobó un incremento del per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS), estableciéndolo en RD\$1,887.54 por afiliado, desglosado de la siguiente manera:

- RD\$1,882.49 serán dispersados a las ARS.
- RD\$5.05 se asignarán al nuevo Fondo Especial para Programas Prioritarios de Salud Pública (FONSAP).
- Los dependientes adicionales recibirán los nuevos beneficios indicados en esta resolución a partir de diciembre 2025.

### **2. Implementación del Per Cápita Diferenciado por Riesgo**

A partir de mayo de 2026, el financiamiento será distribuido según sexo y edad, reemplazando el esquema actual de per cápita único.

### **3. Nuevas Coberturas Obligatorias para las ARS**

Con obligatoriedad inmediata a partir del 1ero de noviembre de 2025, se incorporan las siguientes prestaciones:

Cirugías de mamoplastia:

- Mamoplastia de reducción por gigantomastia.
- Mamoplastia de reducción por hipertrofia mamaria sintomática.
- Mamoplastia de reducción por ginecomastia.

La cobertura para mamoplastia por diagnóstico de hipertrofia mamaria, bajo el Grupo 7 (Cirugía), será:

- 90% de cobertura
- 10% de cuota moderadora
- Tope: un salario mínimo cotizante.

### **Listado ampliado de 40 nuevos medicamentos esenciales.**

Procedimientos diagnósticos y seguimiento clínico para tuberculosis.

Estas coberturas incluyen: consultas, estudios preoperatorios, hospitalización, cirugías, anestesia y seguimiento postoperatorio.

CIRCULAR	PRESTACIÓN DE SERVICIO NO. 2025-01						
TEMA	RESOLUCIÓN 624-02						
Fecha de creación	17 NOV 2025	Fecha de última revisión		Fecha de versión	17NOV 2025	Versión	

#### 4. Criterios para Cobertura: Mamoplastia de Reducción por Gigantomastia (Mujeres-Hombres)

Se reconocerá la cobertura de la mamoplastia de reducción por gigantomastia en la mujer cuando se cumplan algunas de las siguientes condiciones y dos o más síntomas relacionados con el tamaño de la mama:

- Hipertrofia mamaria sintomática o gigantomastia en afiliadas con edades entre los 15 y los 65 años.
- Mujeres con hipertrofias severas (800–1499 gramos/mama) que presenten signos y síntomas asociados al tamaño de la mama, tales como: dolor crónico, desviación de la columna vertebral, surco e irritación cutánea, entre otros.
- Mujeres con gigantomastia, mamas con peso igual o mayor a 1500 gramos/mama.
- Mujeres cuyo índice de masa corporal esté por debajo de 35%.  
Para fines de autorización, el historial médico de la paciente debe contener:
  - a) Cálculo con la fórmula del peso y medidas de ambas mamas.
  - b) Reporte de las evaluaciones médicas realizadas por los demás especialistas que intervienen, a citar: fisiatra, ortopeda, neurocirujano o cualquier otro que certifique desviación de columna, dolor, irritación cutánea, surco marcado del sostén, como parte de los signos y síntomas para el objeto de cobertura.

La población afiliada menor de edad que cumpla con los criterios de elegibilidad para una mamoplastia de reducción por ginecomastia o gigantomastia deberá contar con un consentimiento informado firmado por el padre, madre o tutor legal.

**En los casos de mujeres que hayan debido ser operadas a temprana edad por diagnóstico de gigantomastia, y que requieran una nueva cirugía debido a la reaparición de la condición de salud, se financiará de manera justificada hasta tres (3) mamoplastias de reducción, con intervalos de cinco (5) años entre cada una.**

Se reconocerá la cobertura de mamoplastia de reducción por ginecomastia en el hombre cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Varones con ginecomastia con edades comprendidas desde los 16 años y hasta los 30 años.
- Ginecomastia grado III (severa) y grado IV (extrema).
- Disponer de reporte de las evaluaciones médicas que certifiquen el daño o impacto psicológico asociado a esta condición.

Para fines de autorización, el historial médico del paciente debe contener:

- a) Cálculo con la fórmula del peso y medidas de ambas mamas.
- b) Reporte de las evaluaciones médicas realizadas por los demás especialistas que intervienen, a citar: fisiatra, ortopeda, neurocirujano o cualquier otro que certifique desviación de columna, dolor, irritación cutánea, como parte de los signos y síntomas para objeto de cobertura.

**En el hombre no aplicará financiamiento por reintervención por ginecomastia.**

<b>CIRCULAR</b>	<b>PRESTACIÓN DE SERVICIO NO. 2025-01</b>						
<b>TEMA</b>	<b>RESOLUCIÓN 624-02</b>						
<b>Fecha de creación</b>	17 NOV 2025	<b>Fecha de última revisión</b>		<b>Fecha de versión</b>	17NOV 2025	<b>Versión</b>	

### 5. Aumento en las Tarifas por Consultas Médicas

Las ARS deberán pagar RD\$750 por cada consulta médica, psicológica, psiquiátrica u odontológica, equivalente a un aumento de RD\$250 respecto a la tarifa anterior.

### 6. Creación del Fondo Especial para Programas Prioritarios de Salud Pública (FONSAP)

Las ARS deberán aportar RD\$5.05 por afiliado al FONSAP, responsable de la compra de medicamentos para:

- VIH
- Hepatitis B
- Tuberculosis

Los siguientes medicamentos:

NO	ATC	MEDICAMENTOS INCLUIDOS	GRUPO/ACCIÓN TERAPÉUTICA
1	P01BF01	ARTEMETER + LUMEFANTRINA	ANTIMALARICO
2	P01BE03	ARTESUNATO	ANTIPALUDICO
3	J04AK05	BEDAQUILINA	TB

El Ministerio de Salud Pública administrará estas compras de forma centralizada.

NO	ATC	MEDICAMENTOS INCLUIDOS	GRUPO/ACCIÓN TERAPÉUTICA
4	J05AR20	Bictegravir + Emtricitabina + Tenofovir Alafenamide (TAF)	VIH
5	J04AK06	DELAMANID	TB
6	J05AJ03	DOLUTEGRAVIR	VIH
7	No posee ATC (revisado en ATC/CDD Index y el en nuevo CBME)	DOLUTEGRAVIR + EMTRICITABINA + TENOFOVIR ALAFENAMIDE (TAF)	VIH
8	J05AR27	DOLUTEGRAVIR + TENOFOVIR +LAMIVUDINA	VIH
9	J04AM07	ETAMBUTOL + ISONIAZIDA + RIFAMPICINA	TB
10	J04AC51	ISONIAZIDA + RIFAPENTINA	TB
11	P01BC02	MEFLOQUINA CLORHIDRATO	ANTIMALARICO
12	J04AK08	PRETOMANID	TB
13	J04AB05	RIFAPENTINA	TB
14	J05AR11	TENOFOVIR + LAMIVUDINA + EFAVIRENZ	VIH

CIRCULAR	PRESTACIÓN DE SERVICIO NO. 2025-01					
TEMA	RESOLUCIÓN 624-02					
Fecha de creación	17 NOV 2025	Fecha de última revisión		Fecha de versión	17NOV 2025	Versión

Dentro de los medicamentos a incluir en el **Grupo 12, subgrupo 12.1**, detallamos los siguientes medicamentos, con una cobertura **70/30**, hasta el **límite de Doce Mil Pesos (RD\$12,000.00) anuales**:

NO	ATC	MEDICAMENTOS INCLUIDOS	GRUPO/ACCIÓN TERAPEUTICA
1	B01AF02	APIXABAN	AGENTE ANTITROMBOTICO
2	C10AA05	ATORVASTATINA	AGENTES MODIFICADORES DE LOS LIPIDOS

NO	ATC	MEDICAMENTOS INCLUIDOS	GRUPO/ACCIÓN TERAPEUTICA
3	P01BB51	ATOVACUONA + PROGUANIL	ANTIPROTOZOOARIO
4	G02CB03	CABERGOLINA	ANTIPARKINSONIANOS
5	J01XB01	COLISTINA	ANTIBACTERIANO
6	A10BK01	DAPAGLIFLOZIN	ISGLT2
7	N06AX21	DULOXETINA	ANTIDEPRESIVO
8	A10BK03	EMPAGLIFLOZINA	ISGLT2
9	A10BB12	GLIMEPIRIDA	SULFONILUREAS
10	A10AD06	INSULINA ASPART	INSULINA
11	A10AE06	INSULINA DEGLUDEC	INSULINA
12	A10AE04	INSULINA GLARGINE	INSULINA
13	N03AX14	LEVETIRACETAM	ANTICONVULSIVANTE
14	A10BJ02	LIRAGLUTIDA	GLP 1
15	N06BA04	METILFENIDATO CLORHIDRATO	PSICOESTIMULANTE
16	J01MA14	MOXIFLOXACINA	ANTIINFECCIOSO
17	G03AA05	NORETISTERONA Y VALERATO DE ESTRADIOL	ANTICONCEPTIVO DE USO INTRAMUSCULAR
18	G03AD02	ACETATO DE ULIPRISTAL	Anticonceptivo de emergencia
19	C09DB04	TELMISARTAN + AMLODIPINA	HTA
20	C09DA07	TELMISARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA	HTA