

## ANEXO VII

El presente anexo, tiene como objeto establecer las obligaciones que asumen las partes contratantes en relación al ingreso al Seguro Nacional de Salud de los jubilados y pensionistas definidos en el artículo 1° de la Ley No. 18.731 de 5 de enero de 2011, de acuerdo a las modalidades de incorporación previstas en dicha norma. -

El plazo de vigencia del presente anexo será el mismo que el dispuesto para el Contrato de Gestión del que forma parte y se registrará, en lo pertinente, por las cláusulas Primera a Sexta del mismo.-

**Alcance de las prestaciones asistenciales.** El prestador proporcionará a todas las personas pertenecientes a los colectivos que ingresen al Seguro Nacional de Salud de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley No. 18.731 de 5 de enero de 2011 y resulten registradas en sus padrones de usuarios, las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el Ministerio de Salud Pública en los términos establecidos en la Ley No.18.211 de 5 de diciembre de 2007, extendiendo a las mismas los beneficios determinados en la cláusula Vigésima quinta numeral 2 del Contrato de Gestión.-

**Formas de pago al prestador.** Por los jubilados y pensionistas a que refiere el artículo 1° de la Ley No. 18.731 de 5 de enero de 2011, que resulten registrados en sus padrones de usuarios, el Banco de Previsión Social pagará mensualmente al prestador, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud:

l) Tratándose de jubilados y pensionistas incluidos en el numeral 1 de la norma mencionada, un 80% (ochenta por ciento) del valor de la cuota salud correspondiente, determinada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley No. 18.211, en la redacción dada por el artículo 9° de la Ley No.18.731, excluido el componente metas asistenciales, durante el primer año; un 90% (noventa por ciento) de dicho valor durante el segundo año y el 100% (cien por ciento) del mismo a partir del tercer año.-

II.- Tratándose de jubilados y pensionistas incluidos en el numeral 2 de la misma norma, una cuota que tendrá en cuenta el valor promedio de las cuotas de afiliación individual de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y la cuota salud prevista en el artículo 55 de la Ley No. 18.211, en la redacción dada por el artículo 9° de la Ley No. 18.731, de acuerdo al siguiente cronograma:

a) a partir del 1° de julio de 2012, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 20 % (veinte por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual;

b) a partir del 1° de julio de 2013, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 40 % (cuarenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual;

c) a partir del 1° de julio de 2014, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 60 % (sesenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual;

d) a partir del 1° de julio de 2015, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 80 % (ochenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual;

e) a partir del 1° de julio de 2016, el valor de la cuota salud que corresponda. A los montos que resulten por aplicación de lo dispuesto en el literal I, se adicionará el 100% (cien por ciento) del componente metas asistenciales que correspondan, sin perjuicio del prorrateo por nivel de cumplimiento de las mismas.

Respecto de las fechas de liquidación y pago, será aplicable lo dispuesto en la cláusula Vigésima sexta del Contrato de gestión.

III.- Tratándose de jubilados incluidos en el numeral 3 de la misma norma, el pago al prestador será el que corresponda a la cuota salud vigente al 1° de julio de 2011.

**Permanencia en el mismo prestador.** Los jubilados y pensionistas incluidos en el numeral 1 del artículo 1° de la Ley No. 18.731, deberán permanecer durante 5 (cinco) años, contados a partir de que lo elijan voluntariamente, en el mismo prestador. Si luego de haber

elegido un seguro integral, el usuario decidiera trasladar su registro a la Administración de Servicios de Salud del Estado o a una institución de asistencia médica colectiva, el pago a estos prestadores se registrará por lo dispuesto en el numeral I del presente Anexo (Formas de pago).

Los jubilados y pensionistas incluidos en el numeral 2 del mismo artículo deberán permanecer durante 5 (cinco) años en el prestador privado en el que hubieran estado registrados al 1° de diciembre de 2010. En la eventualidad de que en el período comprendido entre dicha fecha y el 30 de junio de 2012 el usuario se hubiere cambiado de prestador, la JNS podrá autorizar, por vía excepcional y mediando razones justificadas de continuidad asistencial, que dicho usuario permanezca durante 5 (cinco) años en el último prestador elegido, en cuyo caso el pago a éste se registrará por lo dispuesto en el numeral II del presente Anexo (Formas de pago).

En caso de que el usuario debiera cambiar de prestador porque aquel en el que estaba registrado al 1° de diciembre de 2010 no hubiera firmado el presente anexo, y omitiera hacer la elección en el plazo de 30 días contados a partir del 1° de julio de 2012, el pago al prestador en que resulte registrado por aplicación de los Artículos 7° y 25° del Decreto No. 2/2008 y el Artículo 4° del Decreto No. 3/2011, se registrará por lo dispuesto en el numeral I de este anexo (Formas de pago).-.

El pago del componente metas asistenciales para los jubilados y pensionistas que se incorporan al SNS de acuerdo a lo previsto en el numeral 2° del artículo 1° de la Ley No. 18.731 de 7 de enero de 2011 y sus modificativas, se determinará en función de lo que preceptúen las mismas.

Quienes hubieren estado registrados o se registren en un seguro integral hasta el 30 de junio de 2016 y decidan trasladar su registro a una institución de asistencia médica colectiva o a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el pago a estos prestadores se registrará por lo dispuesto en los numerales I o II del presente Anexo (Formas de pago), según corresponda.-

En caso de cambio de prestador al amparo de las causales excepcionales habilitadas por la reglamentación general aplicable, el pago a los nuevos prestadores se regirá por lo dispuesto en el numeral I del presente Anexo (Formas de pago).-

**Sustitutivos de tasas moderadoras a pasivos.** El pago mensual del sustitutivo de órdenes y tickets establecido en la Cláusula Vigésimo quinta numeral 2 del Contrato de gestión, se realizará según el valor vigente a la fecha de incorporación de los usuarios a los padrones del prestador y no aplicará a quienes se registren en seguros integrales y/o en ASSE.