



**Monotributistas: períodos de carencia  
(SEGÚN DECRETO 806/04)**

**ANEXO:** El titular y su grupo familiar, si estuviera inscripto, tendrá la cobertura prevista en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) aprobado por Resolución N° 201 de fecha 9 de abril de 2002 del MINISTERIO DE SALUD prorrogada por el Decreto N° 1210 de fecha 10 de diciembre de 2003, la que en lo sucesivo la modifique o reemplace, dividida por niveles, conforme se detalla a continuación:

**a) COBERTURA DESDE EL INICIO DE SU INSCRIPCIÓN AL RÉGIMEN:**

**I) NIVEL AMBULATORIO:**

1. Consulta: En consultorio, de urgencia y emergencia en domicilio. Consulta programada en domicilio a mayores de SESENTA Y CINCO (65) años que no puedan movilizarse.

2. Atención ambulatoria de todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria competente.

3. Prácticas y estudios complementarios ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos, detalladas en el Anexo II del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace, incluyendo el material de diagnóstico y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza.

4. Salud Mental: Promoción y prevención.

Hasta TREINTA (30) visitas por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad de CUATRO (4) consultas mensuales. Esto incluye las modalidades: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, psicoterapia grupal, individual, familiar, de pareja y psicodiagnóstico.

5. Rehabilitación ambulatoria:

Kinesiología: Hasta VEINTICINCO (25) sesiones año calendario/beneficiario.  
Fonoaudiología: Hasta VEINTICINCO (25) sesiones año calendario/beneficiario. Estimulación temprana: En los términos que los define el Anexo II del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace.

6. Los traslados que correspondan a pacientes en ambulatorio.

7. Odontología: conforme el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), Resolución N° 201/02 o el que lo reemplace.

8. Medicamentos: Se asegura la cobertura de medicamentos en tratamientos ambulatorios que figuran en el Anexo III del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace, con un CUARENTA POR CIENTO (40%) de cobertura, conforme al precio de referencia que se

explícita en el Anexo IV, y en las formas farmacéuticas allí indicadas. La prescripción se hará por nombre genérico.

9. Cobertura al CIEN POR CIENTO (100%) de anteojos con lentes estándar en niños hasta los 15 años.

## **II) OTRAS COBERTURAS AMBULATORIAS:**

1. Plan materno infantil (prestaciones ambulatorias).
2. Programas de prevención de cánceres femeninos, en especial de cuello de útero y mama.
3. Cobertura de pacientes diabéticos (Resolución N° 301 de fecha 16 de abril de 1999 del ex- MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL).
4. Cobertura al CIEN POR CIENTO (100%) de piridostigmina 60 mg. Para el tratamiento de la miastenia gravis (Resolución N° 791 de fecha 6 de octubre de 1999 del ex-MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL).

## **b) COBERTURA A LOS TRES (3) MESES:**

Se agrega toda la prevista en el "nivel internación", y la que se detalla a continuación:

## **I) NIVEL INTERNACION**

1. Se asegura el CIEN POR CIENTO (100%) de cobertura en cualquiera de sus modalidades. Todas las prácticas y coberturas del Anexo II del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace, se encuentran incluidas dentro de la cobertura. La cobertura se extiende sin límite de tiempo.
2. Salud Mental: Hasta TREINTA (30) días por año calendario, en patologías agudas, en la modalidad institucional u hospital de día.
3. Medicamentos. La cobertura será de un CIEN POR CIENTO (100%) en internados.
4. Los traslados que correspondan a pacientes internados.
5. Prótesis e implantes de colocación interna al CIEN POR CIENTO (100%) de cobertura, con las especificaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace.
6. Medicamentos oncológicos según protocolos nacionales aprobados al CIEN POR CIENTO (100%). Los medicamentos no oncológicos tendrán la cobertura del CUARENTA POR CIENTO (40%) a excepción del ondasetrón en el tratamiento de vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes.
7. Los cuidados paliativos, con cobertura al CIEN POR CIENTO (100%).
8. Hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria. Cobertura al CIEN POR CIENTO (100%).
9. Eritropoyetina al CIEN POR CIENTO (100%) en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica.
10. Plan Materno Infantil (prestaciones en internación).
11. Cobertura de otoamplifonos al CIEN POR CIENTO (100%) en niños hasta los 15 años.

12. Cobertura del CINCUENTA POR CIENTO (50%) en prótesis y órtesis de colocación externa, no reconociéndose las prótesis denominadas mioeléctricas o bioeléctricas.

**c) COBERTURA A LOS SEIS (6) MESES:**

Se incorporan las prestaciones subsidiadas por la Administración de Programas Especiales, conforme sus Resoluciones Nros. 500 del 27 de enero de 2004, 2048 del 30 de abril de 2003, 1276 del 16 de agosto de 2002, 6080 del 17 de septiembre de 2003, 475 del 27 de mayo de 2002 y 5600 del 29 de agosto de 2003, y las que las sustituyeran o complementaren, de cobertura obligatoria por parte de los agentes del seguro, y por las que éstos puedan gestionar el cobro a través del Fondo Solidario de Redistribución.

**I) COSEGUROS**

En todos los casos se adaptarán a lo dispuesto en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace.

**II)GRUPO FAMILIAR**

A partir de su inscripción, ingresará progresivamente a la cobertura conforme se describe precedentemente para el titular.

**REQUISITOS PARA ACCEDER A LA COBERTURA**

(ARTICULOS DEL TEXTO LEY 25.865 - MONOTRIBUTO) Impuesto Mensual a Ingresar - Categorías

ARTICULO 7º — Los pequeños contribuyentes inscriptos en el Régimen Simplificado (RS) deberán —desde su adhesión al régimen— ingresar mensualmente el impuesto integrado, sustitutivo de los impuestos mencionados en el artículo precedente, que resultará de la categoría donde queden encuadrados en función al tipo de actividad, a los ingresos brutos y a las magnitudes físicas asignadas a las mismas. El presente impuesto deberá ser ingresado hasta el mes en que el contribuyente

renuncie al régimen —en los plazos, términos y condiciones que tal fin determine la Administración Federal de Ingresos Públicos, entidad autárquica en el ámbito del Ministerio de Economía y Producción— o, en su caso, hasta el cese definitivo de actividades.

=====

ARTICULO 43. — Las prestaciones del Sistema Único de la Seguridad Social correspondientes a los pequeños contribuyentes adheridos al Régimen Simplificado (RS), por los períodos en que hubieran efectuado las cotizaciones de conformidad con lo dispuesto por el artículo 40, serán las siguientes:

a. La Prestación Básica Universal, prevista en el artículo 17 de la ley 24.241 y sus modificaciones.

b. El retiro por invalidez o pensión por fallecimiento, previstos en el artículo 17 de la ley 24.241 y sus modificaciones, el que se calculará sobre la base de aplicar los porcentajes previstos en los incisos a) o b), según corresponda, del artículo 97 de la ley 24.241 y sus modificaciones, sobre el importe de la Prestación Básica Universal, prevista en el artículo 17 de la ley 24.241 y sus modificaciones. Esta prestación estará a cargo del Régimen Previsional

Público, salvo que el pequeño contribuyente ejerza la opción indicada en el artículo 41, en cuyo caso estará a cargo del Régimen de Capitalización.

c. La prestación que corresponda del Régimen de Capitalización o las relativas al Régimen Público de Reparto, en caso de que el pequeño contribuyente ejerza la opción indicada en el artículo 41.

d. Las prestaciones previstas en el Sistema Nacional del Seguro de Salud, instituido por las leyes 23.660 y 23.661 y sus modificaciones, para el Pequeño Contribuyente y en el caso de que éste ejerza la opción del inciso c) del artículo 40, para su grupo familiar primario. El pequeño contribuyente podrá elegir la obra social que le efectuará las prestaciones, desde su inscripción en el Régimen Simplificado (RS), en los términos y condiciones establecidos en el Decreto 9 del 7 de enero de 1993 y su modificatorio y el Decreto 504 de fecha 12 de mayo de 1998 y su modificatorio. El Poder Ejecutivo nacional dispondrá como requisito para el goce de las prestaciones previstas en este inciso que el pequeño contribuyente haya ingresado un número determinado de meses de los aportes indicados en el inciso b) y en su caso el c) del artículo 40, durante un período anterior a la fecha en que corresponda otorgar la cobertura.

e. Cobertura Médico Asistencial por parte del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en los términos de la ley 19.032 y sus modificaciones, al adquirir la condición de jubilado o pensionado.

#### **PARA MONOTRIBUTISTAS ACTUALES**

Para tener derecho a las prestaciones establecidas en el inciso d), el contribuyente deberá estar al día con los aportes al presente régimen simplificado. A tal efecto, el monotributista deberá acreditar ello presentando los comprobantes de los tres últimos aportes realizados.

Ante la falta de pago por parte del monotributista de tres aportes mensuales consecutivos o 5 alternados, la O.S.C.R.A.I.A procederá a la desafinación del mismo.