

**DECLARACIÓN JURADA A PRESENTAR PARA  
EL REGISTRO DE PLANES DE COBERTURA INTEGRAL**

**(Se debe presentar una Declaración Jurada por cada plan)**

- a) Nombre de la Entidad:
- b) N° de RNEMP (definitivo o provisorio):
- c) Correo electrónico:
- d) Nombre del plan:
- e) Tipo de plan (Marcar el correspondiente con una X):
  - Plan de cobertura integral
  - Plan de cobertura integral con prestaciones adicionales al PMO.
- f) Código interno del Plan:
- g) Documentación acompañada con la presente Declaración Jurada, en formato electrónico:
  - g.1. contenido prestacional y de cobertura del Plan (conforme Anexos I a IV);
  - g.2. cuadro tarifario con detalle de franjas etarias y valor de cuota previsto para cada una de ellas;

**Declaro conocer que el presente documento reviste carácter de Declaración Jurada a los efectos de su registro por la GERENCIA DE CONTROL PRESTACIONAL de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y que la autoridad de aplicación se encuentra facultada para revisar la información presentada, ordenar las auditorías pertinentes, disponer la adecuación del plan**

**a las pautas legales establecidas e iniciar los procesos sumariales disciplinarios que resulten procedentes.**



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO V - DECLARACIÓN JURADA EMP

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.