SUPERINTENDENCIA DE SALUD

COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE BENEFICIOS

(Versión actualizada 30.10.2026)[1]

[1] **Circular IF/N°528, 26 de mayo de 2026**, modificada por RE IF/N°11156, de 23 de septiembre de 2026, complementada por RE IF/N°12343, de 21 de octubre de 2026, ambas que resuelven los recursos de reposición interpuestos por las isapres en contra de dicha normativa.

CONTENIDO

Capítulo I de los Beneficios Contractuales y de la Cobertura del Plan de Salud Complementario 8
Título I Beneficios Contractuales 8
1. Otorgamiento de beneficios en caso de incumplimiento contractual del cotizante 8
2. Prestaciones Mínimas Obligatorias.....8
3. Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva (eliminado) 8
4. Obligación de financiar las prestaciones y beneficios de salud.....8
5. De la protección de la cobertura de atenciones de salud mental 9
Título II Beneficios del Plan de Salud Complementario.....9
1. Menciones del Plan 9
2. Limitaciones para la fijación de montos máximos y topes de bonificación.....9
3. Cobertura financiera mínima en caso de topes de bonificación 10
4. Cobertura financiera mínima para las consultas médicas de especialidades 10
5. Exclusiones de cobertura.....11
Título III Normas Especiales en Relación a Los Planes Cerrados y Planes con Prestadores Preferentes 11
A.- Reglas sobre información que debe estar a disposición de los afiliados.....11
1. Información general sobre prestadores 11
2. Información específica sobre los prestadores individualizados en el plan 12
B.- Reglas generales.....12
1. Planes cerrados 12
2. Planes con prestadores preferentes 12
3. Los tiempos de espera.....13
4. Cumplimiento de los tiempos de espera.....13
5. Insuficiencia del prestador.....13
6. Derecho a requerir la derivación 14
7. Individualización en el plan de los prestadores derivados.....14
8. Prestaciones en el prestador derivado.....14
9. Traslado en caso de derivación 14
10. Responsabilidad de las isapres en relación a los prestadores derivados 14
11. Derecho a requerir segunda opinión médica 15
12. Mecanismos de garantía respecto a la segunda opinión.....15
13. Opiniones médicas divergentes 15
14. Condiciones de acceso a la cobertura.....15
Título IV Selección de Prestaciones Valorizadas 17
1. Concepto 17

2. Bonificación en caso de haber diferencia de valor entre la Cartilla y el Plan de Salud Complementario 17
Título V Reglas Especiales de Cobertura y Bonificación 18
1. Disposiciones generales 18
2. Normas especiales de cobertura 20
3. Normas sobre bonificación 53
4. Beneficios con cargo a la cuenta corriente de excedentes 55
Título VI Restricciones de Cobertura 56
1. Cobertura de enfermedades preexistentes declaradas 56
2. Cobertura de enfermedades preexistentes no declaradas 56
3. Cobertura de supuestas preexistencias respecto de las que no existen pruebas 56
4. Cobertura del parto 56
Anexo 56
Capítulo II de los Subsidios por Incapacidad Laboral 58
Título I Subsidios por Incapacidad Laboral 58
1. Pago de los subsidios por incapacidad laboral 58
1.1. Pago a los empleadores del sector público de la suma equivalente al mínimo de los subsidios por incapacidad laboral 58
2. Convenios de pago de subsidios por incapacidad laboral celebrados con empleadores 59
3. Plazo de prescripción para el cobro de los subsidios 60
4. Comunicación al trabajador 60
Título II Subsidio por Incapacidad Laboral y Pensión de Invalidez 62
1. Fecha en que se devenga la pensión transitoria de invalidez para los trabajadores afectos al DL Nº 3.500, de 1980, en goce de subsidio por incapacidad laboral durante el trámite de calificación de la invalidez 62
2. Incompatibilidad entre las pensiones de invalidez y el subsidio por incapacidad laboral 62
3. Imposibilidad del afiliado al Sistema de Pensiones de concurrir a la Comisión Médica Regional de la AFP 63
4. Solicitud de declaración de invalidez y honorarios a Médicos Interconsultores de las Comisiones Médicas de la ex Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones 64
Capítulo III de las Urgencias 65
Título I Normas sobre la certificación del estado de emergencia y la estabilización. 65
1. Generalidades sobre la atención de emergencia 65
2. Sistema de información para atenciones de emergencia 65
3. Datos de contacto para la gestión de rescate 66
4. Coordinación y gestión del rescate 66
5. Normas contenidas en el Reglamento para los Prestadores de Salud referidas a las funciones asignadas respecto de las atenciones de emergencia 67

Título II Mecanismos de financiamiento de las atenciones de emergencia....68
1. Pago de las atenciones de emergencia....68
2. Definiciones comunes a isapres y Fonasa....68
3. Pago de la isapre al prestador....68
4. Eliminado....68
5. Repetición contra el afiliado....68
6. Antecedentes para acreditar deuda y monto....69
7. Proposición de alternativas de pago....69
8. Plazo para la objeción o el pago....69
9. Objeciones a la liquidación....69
10. Activación del crédito legal....70
11. Pago del crédito legal....70
12. Servicio del crédito legal....70
13. Servicio del crédito durante períodos de incapacidad laboral transitoria....70
14. Servicio del crédito durante períodos de cesantía....71
15. Reajustes e intereses de la deuda....71
16. Imputaciones del monto pagado....71
17. Información al cotizante del servicio de la deuda....71
18. Nueva deuda por urgencia o emergencia....72
19. Pago mensual del crédito....72
20. Cotizante que percibe más de un ingreso....72
21. Cambio de situación laboral o previsional del cotizante....73
22. Situación de término del contrato del cotizante con la isapre....73
23. Fallecimiento del afiliado....73
24. Garantías....73
25. Reliquidación de prestaciones....74
Anexos....75
Anexo Nº 1....75
Anexo Nº 2....77
Anexo Nº 3....81
Anexo Nº 4....82
Capítulo IV de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile....84
Título I Normas Generales....84
1. Eliminado....84
2. Obligación de informar de las isapres....84
3. Obligación de la isapre de designar un funcionario encargado de la CAEC.....85

4. Obligación de las isapres de realizar las gestiones que permitan acceder a la CAEC. 85
Título II Condiciones De Cobertura....86
1. Anexo de la CAEC 86
2. Dependencia de la CAEC del contrato de salud....86
3. Eliminado....86
4. Definición de la Red 86
5. Tiempos de espera....87
6. Insuficiencia de los prestadores....87
7. Cálculo del deducible 87
8. Crédito para el financiamiento del deducible 88
9. Reglas sobre la modalidad de pago del deducible 89
10. Eliminado....89
Título III Urgencias Caec....90
1. De las atenciones de urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave....90
2. Atención de urgencia en prestador ajeno a la Red CAEC....90
3. Atención de urgencia dentro de la RED CAEC....90
Título IV Incorporación de la CAEC 91
1. Isapres que no han incorporado la CAEC....91
2. Incorporación de la CAEC a los planes grupales....91
Título V Medidas de Publicidad....93
Título VI Término de la CAEC al Vencimiento del Período Anual 94
Título VII Disposiciones Transitorias....95
1. Pacientes crónicos 95
2. Eliminado....95
Anexo 96
CONDICIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN CHILE....96
Capítulo V del Programa Nacional de Alimentación Complementaria 117
1. Generalidades....117
2. Formularios PNAC 117
3. Carné de control de embarazadas y niños beneficiarios de isapres 117
4. Formulario de evaluación nutricional 117
5. Subprograma “Alergia a la Proteína de la Leche de la Vaca APLV, del Programa Nacional de Alimentación Complementaria PNAC”....117
Capítulo VI de las Garantías Explícitas en Salud GES 130
Título I Introducción....130
Título II Normas comunes a los Aseguradores....131

1. De la Periodicidad de los copagos y monto de ellos 131
2. De la Cobertura 131
3. De las prestaciones otorgadas mediante telemedicina o a distancia.....132
Título III Normas Especiales para las Isapres.....134
1. Introducción 134
2. Obligación de las isapres de gestionar 134
3. Procedimientos y Mecanismos para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud 134
4. Obligación de Informar y verificación del precio GES 135
5. Obligación de las isapres de realizar las acciones que permitan el acceso efectivo a los beneficios GES. 145
6. De las Enfermedades GES Preexistentes 145
7. Activación de las GES 146
8. Obligaciones de las Isapres en cuanto al Acceso y Cobertura de Medicamentos, Insumos y Ayudas Técnicas GES. 148
Título IV Normas Especiales para Prestadores 154
1. Obligación de los Prestadores de informar a las personas beneficiarias de su derecho a las GES .154
2. De los prestadores institucionales, públicos o privados, que cuentan con unidades de entrega de medicamentos, insumos y/o ayudas técnicas.....158
Título V. Cobertura especial catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud GES-CAEC.....160
I. Generalidades 160
II. Complementariedad GES-CAEC 160
III. Eliminado.....160
IV. Difusión 160
Título VI Normas Especiales para el otorgamiento de las GES por Fonasa 161
Anexo N° 1: Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud 162
Capítulo VII Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo 174
Título I Disposiciones generales 174
Título II Disposiciones relacionadas con la difusión y mecanismos de acceso a la Ley N° 20.850 174
Título III Obligación de los prestadores de entregar información relacionada con la Ley Ricarte Soto 186
Título IV Operación de la CAEC en relación con el Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850 189
1. Procedencia de impetrar la CAEC 189
2. Efectos diferenciados de la CAEC 189
2.1Prestaciones garantizadas afectas a la CAEC 189
2.2Prestaciones garantizadas no afectas a la CAEC 190
2.3Prestaciones asociadas, pero no garantizadas, afectas a la CAEC.....190
3. Red de prestadores aplicable a ambos beneficios 190

4. Aplicación de la GES-CAEC 190
5. Registro 191
6. Transferencias al Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo 191
6.1 Obligaciones del Fonasa 191
6.2 Obligaciones de las isapres 192
6.3 Otras Obligaciones 192
6.3.1 De las isapres 192
6.3.2 Del Fonasa 192
Título V Operación del plan de salud en relación con el Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850 193
Red de Prestadores para prestaciones asociadas, pero no garantizadas, no siendo aplicable la CAEC. 193
Título VI Comunicación entre el Fonasa y las isapres 193
Título VII Instrucciones sobre la aplicación informática para notificación y gestión de pacientes en urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave GES y/o personas beneficiarias de Ley Ricarte Soto. 194
1. Sobre la obligación de los prestadores de informar 194
2. Sobre la información disponible para las Isapres, Fonasa, las Instituciones de Salud Previsional de las Fuerzas Armadas y las de Orden y Seguridad Pública. 195

Capítulo I de los Beneficios Contractuales y de la Cobertura del Plan de Salud Complementario

Título I Beneficios Contractuales

En los contratos de salud deberá señalarse, entre otras estipulaciones, que las prestaciones y beneficios a cuyo otorgamiento se obliga la Institución, estarán contenidas, básicamente, en el Arancel de Referencia de la Isapre y en el plan de salud complementario pactado.

1. Otorgamiento de beneficios en caso de incumplimiento contractual del cotizante

Las isapres no podrán contemplar en los Contratos de Salud Previsional, ni ordenar como medida administrativa, la suspensión o restricción de los beneficios pactados por el incumplimiento de las obligaciones del cotizante, especialmente la que se refiere al pago de la cotización, sea cual fuere la calidad que detente éste.

2. Prestaciones Mínimas Obligatorias

En los contratos deberán señalarse expresamente las prestaciones mínimas a que se refiere el artículo 194 del DFL Nº 1, y precisar si estas prestaciones y beneficios se otorgarán en conformidad a las normas generales del Libro II del DFL Nº 1, u otras superiores, y establecer los mecanismos a través de los cuales se proporcionarán dichas prestaciones y beneficios, por la Institución especializada con la que ésta convenga su otorgamiento, o por prestadores en libre elección.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de estos beneficios, así como las medidas de difusión que la isapre haya decidido adoptar para darlos a conocer a sus beneficiarios, deberán ser puestos en conocimiento de esta Superintendencia para su aprobación previa o su modificación.

En virtud de lo dispuesto en el artículo 138 del DFL Nº 1, y atendido que los resultados del examen de medicina preventiva deben ser manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos, las isapres deberán adoptar todas las medidas conducentes a resguardar la confidencialidad de la información que obtengan acerca de los beneficiarios, pudiendo utilizarla únicamente para los fines expresamente señalados en la normativa vigente.

3. Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva (eliminado) [2]

4. Obligación de financiar las prestaciones y beneficios de salud[3]

Es obligación de las isapres financiar las prestaciones y beneficios de salud conforme al contrato de salud suscrito.

La existencia de un plazo convencional o contractual para dicho financiamiento, sea para solicitar reembolsos o para la bonificación de los Programas de Atención Médica, no impide que los beneficiarios puedan pedir y obtener la bonificación requerida una vez vencido éste[4].

En el evento que un beneficiario haya realizado el copago para una prestación de salud que posteriormente no se lleva a cabo, éste siempre podrá exigir su reembolso, sin importar que alguna convención entre el beneficiario y la isapre haya limitado en el tiempo esta acción.

---

[2] Contenido del numeral 3 eliminado por Circular IF/N° 406 de 29 de junio de 2022.

[3] Numeral incorporado por la Circular IF/N°287, de 29 de junio de 2017.

[4] Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF/N° 246, de 31 de agosto de 2017.

Sin perjuicio de lo señalado, transcurrido el plazo de cinco años dispuesto en el artículo 2.515 del Código Civil, la isapre podrá voluntariamente pagar lo adeudado o bien ejercer la prescripción que le asiste[5].

5. De la protección de la cobertura de atenciones de salud mental[6]

En virtud de la ley 21.331, las isapres no podrán comercializar planes de salud que restrinjan la cobertura para las prestaciones de salud relacionadas con enfermedades mentales, discapacidades psíquicas o salud mental.

Asimismo, los planes de salud no podrán estipular para las prestaciones de salud relacionadas con discapacidades psíquicas o intelectuales, enfermedades mentales y con la salud mental, topes de bonificación y/o topes máximo año contrato por beneficiario menores que los establecidos para las prestaciones de salud físicas.

Para estos efectos, se entenderá por discapacidad psíquica o intelectual, enfermedad mental y por salud mental lo señalado en la ley 21.331.

Cualquier estipulación en contrario se tendrá por no escrita.

Título II Beneficios del Plan de Salud Complementario

Los planes de salud complementarios podrán contener una o más de las siguientes modalidades: plan libre elección, plan cerrado y plan con prestadores preferentes.

1. Menciones del Plan

El Plan de Salud Complementario considerará lo siguiente en materia de beneficios:

1.1. Porcentajes de cobertura de bonificación, que deberán aplicarse sobre el valor real de la prestación, que es el precio cobrado por el prestador al paciente.

En el caso de las isapres que no hubiesen adherido al “Formato Uniforme del Plan de Salud Libre Elección”, los porcentajes de cobertura se determinarán por grupos de prestaciones definidos por la isapre y claramente especificados.

1.2. Topes de bonificación por prestaciones, en caso de haberlos, los cuales deberán expresarse en pesos, en Unidades de Fomento o en número de veces el valor asignado a la prestación respectiva en el Arancel de la isapre, sea que se aplique a una prestación o a un grupo de prestaciones por evento.

1.3. Montos máximos o topes generales de bonificación por beneficiario, en caso de haberlos, los que sólo se expresarán en pesos o en Unidades de Fomento y por un período máximo de un año de vigencia de beneficios.

2. Limitaciones para la fijación de montos máximos y topes de bonificación

El tope general de bonificación deberá ser el mismo para todos los beneficiarios del Plan.

Los máximos por beneficiario deberán ser equivalentes en cuanto a su naturaleza y monto.

Párrafo derogado[7]

[5] Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF/N° 246, de 31 de agosto de 2017.

[6] Numeral incorporado por la Circular IF/N°396, de 8 de noviembre de 2021.

[7] Párrafo derogado por la circular N°154, 22.08.2011

Los montos máximos por beneficiario sólo se podrán aplicar respecto de los beneficios convencionales; en consecuencia, no se podrá considerar para su determinación el gasto que represente el otorgamiento de los beneficios mínimos obligatorios.

Asimismo, en ningún caso podrán establecerse montos máximos anuales por contrato, ya que sólo se podrán estipular topes por cada beneficiario. Tampoco se podrán contemplar en dichas convenciones topes por prestaciones, expresados en número de sesiones o número de prestaciones, sino únicamente en montos anuales.

3. Cobertura financiera mínima en caso de topes de bonificación

3.1. Regla general sobre cobertura

La legislación contempla dos pisos mínimos de cobertura, uno referido al interior de cada plan de salud y otro que opera como referencia para todos los planes de salud del sistema.

Al interior de cada plan, el artículo 190 del DFL Nº 1 señala en lo pertinente que "No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente".

En referencia a todos los planes de salud del sistema, el artículo precitado establece que "Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 31 de la ley que establece el Régimen General de Garantías en Salud."

Sin perjuicio de las demás sanciones que establece la ley, la infracción a cualquiera de las dos limitaciones conlleva que "…las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas".

En consecuencia, respecto de ningún plan de salud, general o con cobertura restringida o condición particular pactada respecto de preexistencias declaradas[8], se podrá convenir una cobertura inferior a los pisos mínimos de cobertura señalados, debiendo otorgarse la que resulte mayor.

Por su parte, una vez agotados los Montos Máximos de Bonificación para determinadas prestaciones o grupo de prestaciones, o bien, extinguido el Tope General por Beneficiario o Beneficiaria, para el año-contrato, si lo hubiera, ambos contados desde la vigencia de beneficios, la Institución deberá concurrir al pago de la prestación o prestaciones de que se trate, en un porcentaje no inferior al 25% de la cobertura definida para esa misma prestación o prestaciones en el plan general correspondiente o con la cobertura financiera que asegura el Fonasa en la modalidad Libre Elección, la que sea mayor[9].

3.2. Planes con cobertura expresada en copagos fijos o garantizados[10]

No obstante lo anterior, los planes que contemplen la cobertura expresada en copagos fijos o garantizados, en pesos o unidades de fomento, se ejecutarán de acuerdo a las reglas pactadas en los mismos, sin perjuicio de la cobertura mínima establecida en el inciso primero del artículo 190 del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud.

El último párrafo de este punto fue derogado[11]

4. Cobertura financiera mínima para las consultas médicas de especialidades[12]

Tratándose de las consultas médicas de especialidad, las isapres deberán otorgar, como mínimo, la cobertura financiera que asegura Fonasa en la Modalidad de Libre Elección para el código respectivo. Si la especialidad no estuviera expresamente denominada en el correspondiente Arancel, deberán aplicar, a lo menos, la

[8] Modificado por Circular IF/N 334 de 2019.

[9] N° 8.1 de la Circular IF Nº 116, de 21 de abril de 2010.
[10] Letra a) punto I de la circular IF N° 90, 06.01.2009
[11] Párrafo incorporado por la letra a) punto I de la Circular N°90, de 06.01.2009 y derogado por la Circular IFN°151, 23.05.2011
[12] Numeral modificado por la Circular IF N° 297, de 10.10.2017.

bonificación establecida para el código 0101300 “Consulta médica otras especialidades”, o el que lo reemplace. En consecuencia, no se podrá convenir una bonificación inferior a los mínimos señalados.

5. Exclusiones de cobertura

Las exclusiones de cobertura, si las hubiere, sólo podrán estar referidas a los conceptos expresados en el artículo 190 del DFL Nº 1.

Título III Normas Especiales en Relación a Los Planes Cerrados y Planes con Prestadores Preferentes[13]

Los planes cerrados y los planes con prestadores preferentes se sujetarán, en lo pertinente, a las reglas que se indican.

A.- Reglas **sobre información que debe estar a disposición de los afiliados**

1. Información general sobre prestadores

Las isapres deberán garantizar la continuidad y oportunidad de las prestaciones y velar por la veracidad de la información que entreguen a sus afiliados sobre las características de los prestadores que incorporen e individualicen en los planes cerrados y con prestadores preferentes.

Las isapres deberán mantener a disposición de los afiliados la nómina de los profesionales médicos que, formando parte de los prestadores individualizados en el plan, están adscritos al otorgamiento de las prestaciones que integran su oferta cerrada o preferente. Dichos profesionales deberán agruparse según las especialidades médicas mencionadas en el Anexo de este Capítulo -“Listado de especialidades médicas certificadas”-, indicándose además, respecto de cada uno de ellos, si la correspondiente especialidad se encuentra certificada de acuerdo a lo señalado en el punto “2. Información sobre los prestadores individualizados en el plan”.

La mencionada nómina deberá actualizarse a lo menos semestralmente, dejándose constancia en ella de la fecha de la última actualización.

Asimismo[14], la isapre deberá contar con un mecanismo o aplicación destinada a la consulta por parte de las personas beneficiarias, sobre la información de la Red de Prestadores Cerrados y Preferentes que forman parte de sus respectivos planes de salud, ubicándola en el sitio web privado de las personas beneficiarias o sucursal virtual/digital, habilitada para contener este tipo de información de índole personal.

La[15] información respecto de dichos prestadores -independientemente de si en el sitio privado se expone la carátula o imagen del plan de salud asociado al beneficiario/a- deberá contemplar, como mínimo, el detalle del nombre del o los prestadores y la identificación del tipo de cobertura que otorga (ambulatoria / hospitalaria).

Tal[16] información deberá estar permanentemente a disposición de las personas afiliadas y beneficiarios/as en el sitio web privado dispuesto para ello.

Con[17] el objeto de que la persona beneficiaria, pueda consultar fácilmente toda la información necesaria de manera integral en el sitio privado destinado para ello, se estima pertinente que, en la misma ubicación (sitio web privado/sucursal virtual o digital) en que la isapre informe a las personas beneficiarias respecto de la Red de Prestadores Cerrados y Preferentes, se disponibilice un link, enlace, botón o herramienta a fin, que los conduzca o les dé acceso a la información (o aplicación) sobre las Redes de Prestadores GES y CAEC, con que cuenta en la actualidad la institución de salud en su página principal del sitio Web institucional (sitio público), instauradas en cumplimiento de la obligación que al respecto se establece en los Compendios de Beneficios y de Información de esta Superintendencia.

---

[13] Título modificado por Circular IF/N° 294, de 5.10.2017

[14] Párrafo incorporado por Circular IF/N° 466, de 02.05.2024

[15] Párrafo incorporado por Circular IF/N° 466, de 02.05.2024

[16] Párrafo incorporado por Circular IF/N° 466, de 02.05.2024

[17] Párrafo incorporado por Circular IF/N° 466, de 02.05.2024

2. Información específica sobre los prestadores individualizados en el plan

Las isapres deberán informar sobre las acreditaciones y certificaciones que tengan los prestadores individualizados en sus planes cerrados y planes con prestadores preferentes -incluyendo los prestadores derivados a que se refiere el párrafo "5. Insuficiencia del prestador" de este Capítulo, en los programas de Control de Infecciones Intrahospitalarias (PCIIH) del Ministerio de Salud, de Evaluación Externa de la Calidad de Laboratorios Clínicos (PEEC) del Instituto de Salud Pública y en la Certificación de especialidad médica otorgada por las facultades de medicina de universidades adscritas a la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, ASOFAMECH, por facultades de medicina no adscritas a este organismo o por la Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas, CONACEM. [18]

B.- Reglas generales

1. Planes cerrados

Estos planes deberán explicitar el o los prestadores a través de los cuales se cumplirá la obligación de proporcionar al menos las prestaciones contenidas en el Arancel del Fonasa en la modalidad libre elección, especificando las prestaciones o agrupación de prestaciones que cada uno de ellos otorgará[19].

En el caso del afiliado que, en el contexto de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, haya sido derivado por la isapre a un centro de atención de salud distinto al prestador convenido en su plan cerrado, corresponderá otorgar la cobertura como si las prestaciones se hubieran otorgado en el plan de salud cerrado contratado, ya que la elección del prestador corresponde a una decisión de la isapre y no obedece a una resolución adoptada por el afiliado o beneficiario.

Tratándose de atenciones de emergencia –de acuerdo a la definición de éstas, contenida en el Reglamento vigente para la certificación de estado de emergencia o urgencia, del Ministerio de Salud[20]- otorgadas por prestadores que no sean los convenidos en el plan cerrado, las isapres deberán otorgar, como mínimo, la cobertura financiera que asegura el Fonasa en la Modalidad de Libre Elección[21].

Adicionalmente, mientras no medie la autorización de traslado a un prestador del plan, otorgada por el médico tratante, aun cuando el paciente ya esté estabilizado, la isapre también deberá otorgar la cobertura financiera que asegura el Fonasa en la Modalidad de Libre Elección.

Asimismo, las isapres deberán otorgar la cobertura contemplada en el plan de salud cerrado del beneficiario, en el evento que se le hayan otorgado prestaciones de salud en conformidad al Régimen de la Ley N°16.744 y su reglamento respectivo, en un prestador distinto al contemplado en su plan, con motivo de presuntos accidentes laborales o enfermedades profesionales cuya causa posteriormente es calificada como de origen común[22].

2. Planes con prestadores preferentes

En los planes con prestadores preferentes deberán explicitarse las prestaciones que componen su oferta. La antedicha obligación se cumple indicando las especialidades médicas y/o prestaciones que se otorgan por el o los prestadores preferentes y las prestaciones específicas que, pudiendo entenderse incluidas en la oferta preferente, no se realizan por el respectivo prestador.

En caso de incumplimiento de la obligación de explicitar las prestaciones que componen la oferta cerrada o preferente, en los términos señalados en los párrafos anteriores, las isapres se verán obligadas a mantener el monto que le habría correspondido copagar al afiliado si dichas prestaciones hubieran sido brindadas por el respectivo prestador, cualquiera sea el que las realice.

[18] La información sobre prestadores del plan se encuentra tratada en el Compendio de Procedimientos elaborado por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.
[19] Agregado por Circular IF/Nº 153, de 9.08.2011.
[20] Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.2023
[21] Incorporado por Circular IF/N° 201, de 13.09.2013
[22] Párrafo incorporado por la Circular IF/N°218, de 11 de junio de 2014.

3. Los tiempos de espera

Los planes de salud cerrados y con prestadores preferentes deberán explicitar los tiempos máximos de espera previstos para que los prestadores que en ellos se individualizan otorguen efectivamente las atenciones contempladas en el plan, debiendo indicar aquéllos definidos para consultas médicas, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e intervenciones quirúrgicas, de conformidad a las instrucciones sobre planes cerrados y planes con prestadores preferentes.[23]

Dentro de las antedichas agrupaciones, las isapres podrán establecer las clasificaciones o desagregaciones que estimen pertinentes para el debido cumplimiento de lo instruido precedentemente.

En el plan de salud deberá estipularse el momento a partir del cual empiezan a correr los tiempos de espera definidos.

4. Cumplimiento de los tiempos de espera

Las isapres deberán establecer los mecanismos tendientes a verificar el cumplimiento de los tiempos de espera definidos en los planes de salud.

En todo caso, cualquiera sea el sistema que las instituciones de salud implementen para tal efecto, deberá garantizar la inviolabilidad de la información que en él se registre y dejar constancia, al menos, del momento a partir del cual empieza a correr el tiempo de espera fijado.

Las isapres deberán mantener a disposición de la Superintendencia la información a que alude este numeral, en la sede principal de sus negocios, salvo las excepciones autorizadas por ella.

5. Insuficiencia del prestador

Se configura una insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan cuando, por falta de profesionales o medios materiales y/o técnicos, aquéllos se encuentran imposibilitados de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta cerrada o preferente.

La insuficiencia puede ser de carácter transitorio o permanente.

5.1. Se entenderá por insuficiencia transitoria, o temporal, aquella que se produce ocasionalmente y por períodos acotados de tiempo. Tal es, por ejemplo, la que se materializa por falta de disponibilidad de camas para atención, por estar ocupadas, ausencia temporal del especialista o desperfecto ocasional de un equipo o instrumental médico.

Transcurrido el tiempo de espera previsto en el plan para el otorgamiento de las prestaciones ofrecidas, sin que la prestación solicitada haya sido otorgada, el cotizante tendrá derecho a solicitar a la isapre su derivación o la de sus beneficiarios, a otro u otros prestadores, manteniendo las condiciones de calidad médica, idoneidad técnica y cobertura financiera, conforme al procedimiento previsto en cada contrato de salud.

5.2. Se entenderá por insuficiencia permanente, aquella que tenga un carácter definitivo, esto es, que impida de manera absoluta que el prestador otorgue la prestación requerida, como por ejemplo, la falta de correspondencia entre la complejidad del prestador y las exigencias de la prestación requerida -respecto de la que se ha ofrecido cobertura preferente o cerrada-, la carencia de la especialidad, del equipo o instrumental médico requerido para otorgar tal prestación.

En la hipótesis prevista en el párrafo precedente, el beneficiario tendrá derecho a ser derivado a otro prestador con capacidad para otorgarle las prestaciones ofrecidas, manteniendo las condiciones generales de calidad médica, idoneidad técnica y cobertura financiera, sin necesidad de esperar el transcurso del tiempo de espera establecido en el plan. La isapre deberá gestionar la derivación de inmediato una vez que tome conocimiento, por cualquier medio, respecto de la falta de capacidad del prestador del plan.

[23] Revisar Compendio de Instrumentos Contractuales.

5.3. Para efectuar la derivación por insuficiencia, sea transitoria o permanente, la isapre deberá preferir a los prestadores derivados individualizados en el plan y, ante la falta o ausencia de éstos, a alguno que sin figurar en él, tenga las características de calidad e idoneidad referidas precedentemente.

No se entenderá que hay insuficiencia, si ningún prestador en el territorio nacional tiene la capacidad técnica y médica para realizar las prestaciones requeridas.

6. Derecho a requerir la derivación

Los contratos de salud deberán contemplar, para el caso que se produzca una insuficiencia, el derecho del cotizante de solicitar la derivación y los procedimientos para hacerla efectiva.

7. Individualización en el plan de los prestadores derivados

La isapre deberá identificar en el plan los prestadores derivados que brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia. Para tal efecto, deberá indicarse el nombre de uno o más prestadores de similares características a las del o los prestadores individualizados en el plan cerrado o en los planes con prestadores preferentes, según corresponda.

8. Prestaciones en el prestador derivado

Las prestaciones que se otorguen con ocasión de la derivación, deberán ser bonificadas por la isapre manteniendo el monto que le habría correspondido copagar al afiliado de haberse atendido en el prestador que dio origen a la derivación.[24]

La derivación por insuficiencia del prestador sólo tendrá por objeto el otorgamiento de la o las prestaciones específicas que no pudieron ser brindadas por éste.

Corresponderá a los prestadores individualizados en el plan el otorgamiento de otras prestaciones que surjan a propósito de dicha derivación, conforme a los procedimientos previstos en cada contrato.

9. Traslado en caso de derivación

Cuando la derivación por insuficiencia dé origen a la hospitalización del beneficiario, serán aplicables, en todo aquello en que fueren pertinentes, las disposiciones relativas al ejercicio del derecho a traslado contemplado a propósito de las atenciones de urgencia, contenidas en el artículo 189 del DFL Nº 1.

Los gastos derivados del ejercicio del derecho a traslado se bonificarán conforme a la cobertura pactada en el respectivo plan de salud.

10. Responsabilidad de las isapres en relación a los prestadores derivados

Las instituciones serán responsables de que la atención de salud requerida sea efectiva y oportunamente otorgada por los prestadores derivados.

En tal sentido, y estando en conocimiento de la insuficiencia del prestador, deben realizar[25] las acciones necesarias para el cumplimiento del objetivo señalado en el párrafo precedente, haciéndose cargo de todas las gestiones administrativas que correspondan, aquéllas de coordinación necesarias con los prestadores involucrados, y las destinadas al traslado del paciente y a su ingreso al prestador derivado, entre otras, de modo tal que permitan hacer efectivos los beneficios pactados, en la modalidad de cobertura elegida, debiendo estar siempre en condiciones de acreditar tales acciones. Lo anterior, sin perjuicio de aquéllas que sólo el beneficiario o su representante puedan realizar.

[24] Párrafo incorporado por Circular IF/275, de 2016.

[25] Agregado por Circular IF N°212, del 27.03.2014.

Las isapres no podrán excepcionarse de la responsabilidad que emana de los contratos de salud celebrados, atribuyéndosela a los prestadores, quienes, para los efectos de la ejecución de dichos contratos se entenderá que son sus agentes o delegados.

11. Derecho a requerir segunda opinión médica

Los planes deberán consagrar el derecho de los afiliados y beneficiarios de planes de salud cerrados o con prestadores preferentes, a solicitar una segunda opinión médica, respecto de las decisiones que emanen del médico tratante.

12. Mecanismos de garantía respecto a la segunda opinión

Las isapres deberán contemplar los mecanismos que aseguren el derecho a requerir una segunda opinión médica de alguno de los prestadores individualizados en el plan y, en caso que dicha segunda opinión sea obtenida de otros prestadores, garantizar que ésta será debidamente considerada por el prestador que corresponda.

13. Opiniones médicas divergentes

Las isapres deberán establecer en sus contratos una instancia médica, especialmente destinada a dar solución a la divergencia entre opiniones médicas que se produzca como consecuencia del ejercicio del derecho regulado en el numeral precedente.

Dicha instancia puede consistir en la opinión técnica del director médico del prestador individualizado en el plan, o del respectivo jefe de servicio u otro profesional que cumpla en la institución similares funciones.

Los cotizantes y/o beneficiarios tendrán derecho a requerir directamente la intervención de quien o quienes deben dar solución a la mencionada divergencia de opiniones. En todo caso, dicha diferencia deberá ser zanjada dentro del plazo que cada contrato defina para tal efecto, a través de un pronunciamiento escrito donde consten los fundamentos de la decisión adoptada y la identificación y firma de quien o quienes la emitan.

14. Condiciones de acceso a la cobertura[26]

Se presume que el beneficiario que solicita atención en un prestador institucional individualizado en el plan, ha optado por la cobertura preferente o cerrada ofrecida en éste, salvo que conste indubitadamente que ha optado por la libre elección.

Las isapres que celebren convenios con prestadores institucionales e individuales de salud para el otorgamiento de prestaciones hospitalarias y/o ambulatorias en un plan cerrado o con prestadores preferentes, deberán tenerlos permanentemente informados sobre los beneficiarios, debidamente individualizados, que están adscritos a dichos planes. Asimismo, deberán coordinar con dichos prestadores la adecuada entrega de información y el traslado a que pudiere haber lugar dentro del propio establecimiento asistencial o a otro señalado en el plan y cualquier otra acción que sea necesaria para que el solicitante acceda a la cobertura requerida en modalidad cerrada o preferente, de acuerdo a las condiciones fijadas en el plan respectivo, por ejemplo, la derivación a un médico de staff o en convenio aceptado por el paciente.

Las isapres serán responsables, ante sus afiliados, en el evento de que éstos se vean privados de los beneficios que les corresponden, por la falta de ejecución de dichas acciones.

No producirán efecto en los contratos de salud previsional las cláusulas que impongan requisitos de acceso a la cobertura ofrecida en el prestador individualizado en el plan, cuyo objeto no se refiera exclusivamente a las condiciones de otorgamiento de la prestación, entrabando, dificultando o impidiendo el acceso a las mismas, tales como exigir la presentación previa del afiliado en las oficinas de la isapre, el llenado de formularios, etc.

[26] Numeral agregado por Circular IF/294, de 5.10.2017

Las isapres no podrán limitar las modalidades de pago previstas en el contrato de salud para que los afiliados y beneficiarios accedan a la cobertura preferente o cerrada, debiendo estas modalidades ser, a lo menos, las mismas previstas para el acceso a la cobertura de libre elección.

En dicho contexto, se previene especialmente que las instituciones no podrán excluir la aplicación de la modalidad de pago directo con reembolso posterior, definida en el artículo 10° letra b) de las Condiciones Generales Uniformes para el Contrato de Salud Previsional, contenidas en el Compendio de Instrumentos Contractuales, haciéndose responsables de que el valor cobrado por el prestador en esos casos, corresponda a aquel pactado en el convenio celebrado entre ellos, quedando obligadas, siempre, a otorgar la cobertura preferente del plan.

Título IV Selección de Prestaciones Valorizadas[27]

1. Concepto

La selección de prestaciones valorizadas, también denominada Cartilla, es un instrumento que tiene por finalidad facilitar a las personas la comparación entre los diferentes planes ofrecidos por las isapres.

Este instrumento está constituido por un conjunto de prestaciones médicas que han sido seleccionadas por esta Superintendencia considerando su alto impacto sobre el gasto, mayor frecuencia y/o alto costo, que deberán ser valorizadas por las isapres en una unidad monetaria común, de acuerdo a la cobertura que a ellas se les otorgue en los planes de salud con que cuentan las referidas instituciones.[28]

2. Bonificación en caso de haber diferencia de valor entre la Cartilla y el Plan de Salud Complementario

Si, a consecuencia de errores cometidos en la valorización, se produjeren diferencias entre los valores consignados en la selección de prestaciones valorizadas y la bonificación expresada en el Plan de Salud Complementario correspondiente, se preferirá aquella cobertura que sea más favorable para los beneficiarios.

[27] Ver Compendio de Instrumentos contractuales y Compendio de Procedimientos.
[28] Las reglas relativas al valor a considerar para establecer la equivalencia en unidades de fomento de los topes expresados en esa unidad, así como también el párrafo referido a la actualización de la cartilla conforme al valor de la UF al 1 de diciembre de cada año, se encuentran contendidas en el “Compendio de Procedimientos”.

Título V Reglas Especiales de Cobertura y Bonificación

1. Disposiciones generales

a) Facultades de las isapres

Las isapres están facultadas legal y contractualmente para controlar el otorgamiento de las prestaciones que financian a sus beneficiarios, entre otros, a través de chequeos o peritajes médicos, destinados a evitar el mal uso de los beneficios contemplados en los contratos de salud.

Asimismo, están facultadas para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la sola certificaclón médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia del beneficio. Si la Isapre considera que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, podrá designar un médico cirujano Independiente de las partes para que revise personalmente la ficha clínica, conforme al procedimiento establecido en el Numeral 2, del Titulo III, del Capítulo VI, del Compendio de Procedimientos. Esta facultad no habillta a las instituciones para requerir de los prestadores otros antecedentes médicos distintos a la certificación antes mencionada[29].

b) Normas Técnico-Administrativas

Las isapres podrán crear y establecer Normas Técnico-Administrativas, para efectos de interpretar su Arancel, en el entendido que dichas disposiciones no forman parte del contrato. Esto significa que en ningún caso, tales normas podrán imponer a los afiliados restricciones o limitaciones de ninguna especie a los derechos emanados de sus respectivos contratos de salud.

c) Negativa de Cobertura

Si requerida la isapre para el otorgamiento de los beneficios pactados, estima que no corresponde otorgar la cobertura solicitada, deberá manifestárselo al interesado expresamente y por escrito, dentro del plazo de veinte días hábiles contado desde la presentación de la solicitud[30].

d) Vigencia de beneficios

1. Vigencia anticipada

La isapre podrá anticipar la vigencia de los beneficios del plan de salud siempre que el interesado cumpla la condición de no tener simultáneamente beneficios vigentes en otra isapre o en el Fonasa. La institución que utilice esta modalidad para personas que ingresan a la fuerza laboral por primera vez o después de un período de cesantía podrá cobrar las cotizaciones que financian los respectivos beneficios[31].

2. Modificación del mes de anualidad

El cambio de mes de anualidad no alterará el cómputo de los meses de vigencia de los beneficios del contrato, resguardando así el tratamiento legal de las preexistencias declaradas, no declaradas, el embarazo, la desafiliación y en general todos los plazos y períodos de espera que dependen de éstos[32].

3. Extensión del contrato con desafiliación visada

Si a la fecha de término de los beneficios, el cotizante se encuentra en situación de incapacidad laboral, el contrato se extenderá de pleno derecho hasta el último día del mes en que finalice la incapacidad[33].

---

[29] Párrafo segundo del punto 4.1 y punto 8.2, letra a) de la Circular IF/Nº 116, de 21 de abril de 2010. Reemplazado por la Circular IF/N° 410, de 14 de septiembre de 2022.

[30] Párrafo 1° y 4° del 4.2. de la Circular IF Nº 116, de 21 de abril de 2010.

[31] Párrafo 1° del 1.3. de la Circular IF Nº 116, de 21 de abril de 2010.

[32] Párrafo 2° del 3.4. de la Circular IF Nº 116, de 21 de abril de 2010.

[33] Primer párrafo de la letra e) del 5.4. de la Circular IF Nº 116, de 21 de abril de 2010

En todo caso, de haberse suscrito contrato con una nueva isapre, el cumplimiento del período anual con ésta, seguirá siendo el mes en que se haya firmado el contrato de salud, independientemente de la fecha en que se comenzarán a percibir los beneficios[34].

e) Beneficios en caso de término del contrato de salud

Si durante la vigencia de los beneficios el cotizante deduce demanda en contra del término del contrato, éste se mantendrá vigente hasta la resolución del reclamo, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas[35].

Para el caso que el término del contrato de salud entre un afiliado y una isapre cerrada se origine en la pérdida de la relación laboral del cotizante con una determinada empresa, los beneficios del plan de salud se extenderán hasta el último día del mes siguiente a la fecha de dicho término, a menos que a ese día se encuentre en situación de incapacidad laboral, caso en el cual el contrato se mantendrá vigente hasta el último día del mes en que finalice la incapacidad y no se declare su invalidez[36].

f) Cobertura de prestaciones aranceladas

La regla general del sistema de salud es la cobertura de las prestaciones que los beneficiarios requieran, y las restricciones sólo pueden aplicarse a las situaciones expresamente consideradas en la ley. Entre las exclusiones de cobertura permitidas por el legislador está aquella que se refiere a las prestaciones que no forman parte del arancel.

Cuando se otorguen a un beneficiario prestaciones que no están aranceladas, conjuntamente con otras que sí lo están, sólo procederá la exclusión de cobertura respecto de las primeras, debiendo bonificarse las segundas conforme al plan de salud.

g) Cobertura hospitalaria

Las isapres deberán otorgar cobertura en la modalidad hospitalaria, conforme al plan de salud pactado, a las prestaciones que hayan tenido lugar cuando se presente alguna de las siguientes circunstancias:

1.- La hospitalización ha ocurrido por indicación escrita, precisa y específica del médico tratante del paciente de que se trate.

2.- El prestador de salud ha facturado la utilización de, a lo menos, un día cama, cualquiera sea el tipo de éste conforme al Arancel vigente de la isapre.

h) Hospitalización domiciliaria

La hospitalización domiciliaria es una alternativa a la hospitalización tradicional que permite mejorar la calidad de vida y de atención de los pacientes y que contribuye a la contención de costos mediante la utilización racional de los recursos hospitalarios.

La hospitalización domiciliaria no es un beneficio extraordinario ni extracontractual, sino que una prestación equivalente a una hospitalización tradicional sujeta a la cobertura del plan de salud pactado.

Para discernir en un caso concreto si la prestación de que se trate es una hospitalización domiciliaria, las Instituciones deberán considerar que la asistencia y atenciones que se brinden al paciente, correspondan a las que habría recibido de haberse encontrado en un centro asistencial para su manejo clínico y terapéutico, en atención a que su estado de salud así lo hace exigible y que dichas condiciones estén prescritas y debidamente controladas por un médico tratante.

Para los efectos de calificar este tipo de atención como hospitalización domiciliaria, deberán considerarse los siguientes factores:

a) El estado de salud del paciente;

b) Existencia de una prescripción o indicación médica;

c) Control médico periódico, debidamente acreditado con los documentos clínicos que correspondan; y

[34] Segundo párrafo de la letra e) del 5.4. de la Circular IF Nº 116, de 21 de abril de 2010.
[35] Segundo párrafo del 5.1.1 de la Circular IF Nº 116, de 21 de abril de 2010,
[36] Segundo párrafo del 5.3. de la Circular IF Nº 116, de 21 de abril de 2010.

d) Asistencia y atención equivalente a la que habría recibido el paciente de haberse encontrado en un centro asistencial.

En el evento que la Isapre determine poner término a la cobertura de la prestación Hospitalización Domiciliaria, respecto de un beneficiario que ya no cumple con las condiciones para tener derecho a ella, deberá comunicar esta decisión al afiliado, a través de una carta certificada o correo electrónico autorizado expresamente por el afiliado para las comunicaciones que le efectúe la institución de salud,[37] informando, de manera clara y fundadamente, los requisitos que dejaron de cumplirse para mantenerla vigente. La comunicación deberá enviarse a la dirección que el afiliado registre en la isapre, a más tardar el último día del mes anterior a aquel en que se hará efectivo el término de la cobertura.[38]

De igual manera, si la isapre decide reemplazar el prestador de salud que está otorgando la prestación Hospitalización Domiciliaria, deberá informar esta modificación al afiliado, señalando de manera clara y fundadamente, las razones que dieron origen a esta decisión. La comunicación deberá enviarse por carta certificada o correo electrónico autorizado expresamente por el afiliado para las comunicaciones que le efectúe la institución de salud[39] a la dirección que el afiliado registre en la isapre, a más tardar el último día del mes anterior a aquel en que se hará efectivo el referido reemplazo.[40]

2. Normas especiales de cobertura

a) Cobertura del procedimiento de By Pass Gástrico

Las isapres deberán bonificar el procedimiento de By Pass Gástrico, conforme al código de la Gastroenteroanastomosis, ya que constituye uno de los procedimientos o etapas del referido By Pass. [41]

b) Cobertura del lente intraocular

Las isapres deberán otorgar cobertura bajo el código 23-01-080 a los lentes intraoculares que se implanten a sus beneficiarios, para cualquier patología ocular a que hubiese sido indicado, y a las demás prestaciones que se hubiesen otorgado siempre que se encuentren aranceladas, según la modalidad de su otorgamiento y conforme a las estipulaciones del respectivo contrato.

c) Cobertura a todos los integrantes del equipo médico según el plan

Las isapres deberán bonificar los honorarios médico quirúrgicos del equipo médico que participa en el otorgamiento de una prestación, independientemente del número de profesionales que lo integren y de la composición que para dicho equipo contempla el arancel Fonasa libre elección, con la única limitación del monto máximo de cobertura que dispone el plan de salud pactado para la prestación de que se trate. El mismo criterio recién expresado, deberá seguirse para la bonificación que corresponda aplicar de conformidad con la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

d) Cobertura de la Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente[42]

d).1. Cobertura mínima

a) En relación al Código 1101140 del Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección: Este se aplicará exclusivamente para la cobertura de todos los fármacos indicados para el tratamiento de la Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente, tales como los inmunomoduladores u otros. Se excluirán de dicha cobertura los fármacos indicados para enfermedades concurrentes a la Esclerosis. La cobertura de los medicamentos será anual, año que se contará a partir de la fecha de la primera bonificación de fármacos.

---

[37] Se modifica la expresión: "carta certificada" por "carta certificada o correo electrónico autorizado expresamente por el afiliado para las comunicaciones que le efectúe la institución de salud", de acuerdo a Resolución Exenta IF/N°1019, de 29.11.2019.

[38] Párrafo incorporado por Circular IF/N°330 de 27 de agosto de 2019

[39] Se modifica la expresión: "carta certificada" por "carta certificada o correo electrónico autorizado expresamente por el afiliado para las comunicaciones que le efectúe la institución de salud", de acuerdo a Resolución Exenta IF/N°1019, de 29.11.2019.

[40] Párrafo incorporado por Circular IF/N°330 de 27 de agosto de 2019

[41] Las isapres deberán otorgar esta cobertura bajo el código 18-02-012-7.

[42] Circular IF Nº 93, 20.4.2009, Incorpora al Título V del Compendio de Beneficios, la nueva letra "d) Cobertura de la Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente".

La cobertura financiera farmacológica deberá dividirse, homogéneamente, en doce meses y, en todo caso, las isapres deberán asegurar la continuidad en la cobertura del tratamiento médico de la Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente.

Para otorgar la cobertura farmacológica, las isapres podrán exigir la presentación de la receta médica en que se prescriban los medicamentos indicados para el tratamiento de la Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente y la o las boletas en que conste el gasto correspondiente.

b) En relación a los Códigos 1101141 y 1101142: Atendido que su incorporación al arancel de referencia ha tenido por objeto mejorar la cobertura financiera de las prestaciones asociadas al tratamiento de la Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente, las isapres deben aplicar las coberturas establecidas en los referidos códigos, cuando se hubieren agotado los topes máximos anuales por beneficiario establecidos en el plan de salud para las prestaciones necesarias para la rehabilitación o el tratamiento del brote de la patología, según corresponda.

En último término, cabe hacer presente que una vez agotado el referido tope máximo anual por beneficiario de las prestaciones para el tratamiento de la rehabilitación y el brote de la Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente, al que se adicionará la cobertura especial dispuesta en el Arancel Fonasa, Modalidad de Libre Elección, en la forma descrita en el párrafo precedente, se aplicará la regla del doble piso de cobertura establecida en el artículo 190, del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

d).2. Cobertura extracontractual

En el evento que para casos particulares determinados, las isapres hubiesen convenido con alguno de sus afiliados, una modalidad de financiamiento para las prestaciones asociadas al tratamiento de la Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente, deberán continuar otorgando dicha cobertura en la medida que sea superior a la que actualmente contiene el Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección.

En consecuencia, si el convenio suscrito otorga al tratamiento de la Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente una cobertura inferior a la contenida en el Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección actualmente vigente, las isapres habrán de otorgar la cobertura financiera en los términos referidos en las instrucciones precedentemente señaladas.

d).3. Cobertura GES y Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente[43]

La Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente es parte de los Problemas de Salud incluidos en las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud (GES), correspondiendo dicha condición de salud al número 67 en el Decreto Supremo N°72/2022[44], requisito que es uno de los elementos necesarios como tal, para que los pacientes que padezcan de esta enfermedad, tengan derecho a las garantías allí establecidas. Las prestaciones asociadas a este problema de salud se hallan taxativamente indicadas en el decreto, de acuerdo a la etapa de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en que se encuentre la persona beneficiaria. Por su parte, el detalle para el grupo de prestaciones relacionadas, por ejemplo, con exámenes; procedimientos; consultas médicas; medicamentos; ayudas técnicas y demás insumos que pudiera incluir este problema de salud, se identifican pormenorizadamente en el "Listado de Prestaciones Especifico" que se menciona en el artículo 17, del citado decreto N°72 o el que lo reemplace.

Al respecto, cabe señalar que, la canasta correspondiente al Problema de Salud 67, incluye el procedimiento de Resonancia Magnética de tres (3) tipos:

-Resonancia Magnética Cráneo Encefálica
-Resonancia Magnética de Columna Dorsal
-Resonancia Magnética de Columna Cervical*

*Las Resonancias Magnéticas de Columna Lumbar, fueron sustituidas por Resonancias Magnéticas de Columna Cervical (conforme a R.E. N° 1589/2022)

Ellas están incluidas en las canastas asociadas al Diagnóstico (Confirmación), Tratamiento Farmacológico, Tratamiento no Farmacológico y Tratamiento de Brote.

[43] Letra incorporada por la Circular IF N° 437, de 07.07.2023

[44] O bien, aquella numeración que haya sido asignada conforme al decreto que lo reemplace (nota al pie de página contenida en la Circular IF N°437, de, 07.07.2023.

En consecuencia, las isapres deberán dar estricto cumplimiento al otorgamiento de las prestaciones definidas para este Problema de Salud, en el Decreto que se encuentre vigente y en correspondencia con su listado de prestaciones asociados (LEP), como también, respecto de sus posteriores modificaciones.

e) Cobertura GES Oxigenoterapia domiciliaria[45]

El Ministerio de Salud, a modo orientador, considera una clasificación para las Ayudas Técnicas, reconociendo distintos grupos, entre los cuales se distinguen las Ayudas Técnicas para el Soporte vital, entendiéndose por tales, aquellas destinadas a asistir, mantener o mejorar las funciones vitales, en un contexto en que el uso de estos productos promueva y permita una mayor independencia en las actividades. Dentro de esta clasificación se considera en la categoría de Ayudas Técnicas de apoyo a la función respiratoria, los equipos para proporcionar oxígeno, que supone productos tales como, por ejemplo: dispositivos para proporcionar oxigeno gaseoso, liquido, concentrador de oxígeno, etc. En este mismo sentido, las Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo, dictadas por el MINSAL, para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud de la Ley N° 19.966[46], definen las Ayudas Técnicas como cualquier producto externo cuya principal finalidad es mantener o mejorar la independencia y el funcionamiento de las personas y, por tanto, promover su bienestar. Asimismo, señala que estos productos se emplean también, para prevenir déficits en el funcionamiento y afecciones secundarias. En concordancia con lo antes señalado, el Listado de Prestaciones específico (LEP), incluye para los Problemas de Salud números 4 “Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer”; 38 “Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de tratamiento ambulatorio” (EPOC); 51 “Fibrosis Quística” y 58 “Displasia Broncopulmonar del prematuro” (DBP), la prestación “Oxigenoterapia Domiciliaria” como suministro suplementario de Oxígeno.

De acuerdo a lo anterior, las isapres deberán disponer las gestiones y acciones necesarias, con las entidades que corresponda, para la entrega del Oxígeno y los equipos necesarios para su administración, en todos aquellos Problemas de Salud que la incluyan[47]. Se entenderá incorporado a este precepto, los elementos de transporte que lo hagan portátil, como el cilindro de transporte o mochila de transporte en el caso de oxígeno líquido, toda vez que estos últimos, aseguran el debido apoyo a la función respiratoria y abastecimiento de Oxígeno, especialmente en el caso de eventuales situaciones de traslado de pacientes con este tipo de condición de salud, además, de prever el auxilio de éste en caso de situaciones de urgencia.

f) Cobertura para prestaciones dentales[48] [49]

Las prestaciones dentales incorporadas al Arancel de Fonasa Modalidad Libre Elección, en el grupo 25 de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), deben entenderse como un conjunto de prestaciones estandarizadas, que permiten resolver en forma integral un diagnóstico o patología determinada, considerando tanto la resolución de la patología de ese paquete, como, además, las complicaciones derivadas de ella y el tratamiento de las lesiones iatrogénicas que se produzcan.

Las citadas prestaciones deberán ser aplicadas y financiadas por las isapres de acuerdo a las siguientes instrucciones:

f).1. Composición de los PAD de prestaciones dentales.[50]

Los siguientes códigos incluirán las atenciones que a continuación se describen:

Código	Glosa
2503001	Diagnóstico, Prevención y Obturación para un diente

[45] Letra incorporada por la Circular IF N°487, de 18.11.2024

[46] Norma Técnica vigente, emitida mediante el Decreto N°53 de 05.11.2019 del MINSAL

[47] Contenido modificado por la Resolución Exenta IFN°17.514 de 20.12.2024

[48] Modificado por Circular IF Nº196, 09.08.2013.

[49] Se reemplaza la letra e) por la f) y así sucesivamente, conforme a Circular IFN°487, de 18.11.2024

[50] Contenido reemplazado por Circular IF/N°395, de 15.10.2021

Considera el examen de salud oral, radiografías bitewing o radiografías periapicales, educación y control de higiene oral, destartraje supragingival y/o subgingival e higiene bucal fluoración completa y sellantes en caso de necesidad de tratamiento mínimamente invasivo y la obturación de un diente (cualquier diente con composite o resina compuesta), todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.

Código	**Glosa**
2503002	Obturación 2 hasta 4 dientes (Tratamiento complementario)
Considera educación y control de higiene oral y la obturación a uno o más dientes (máximo 4 dientes, cualquier diente con composite o resina compuesta), todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.	

Código	**Glosa**
2503003	Obturación 5 y más dientes (Tratamiento complementario)
Considera educación y control de higiene oral y la obturación de más de 4 dientes (sin máximo, cualquier diente con composite o resina compuesta), todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.	

Código	**Glosa**
2503004	Tratamiento de Endodoncia Unirradicular, un diente
Considera el examen de salud oral; a lo menos, 3 radiografías retroalveolares; una endodoncia unirradicular y la obturación con resina compuesta o composite, todos los insumos que se requiera y las complicaciones que deriven del tratamiento.	

Código	**Glosa**
2503005	Tratamiento de Endodoncia Birradicular, un diente
Considera el examen de salud oral; a lo menos, 3 radiografías retroalveolares; una endodoncia birradicular y la obturación con resina compuesta o composite, todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.	

Código	**Glosa**
2503006	Tratamiento de Endodoncia Multirradicular, un diente
Considera el examen de salud oral; a lo menos, 3 radiografías retroalveolares; una endodoncia multirradicular y la obturación con resina compuesta o composite, todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.	

f).2. Acceso a las prestaciones.[51]

Podrán acceder a los tratamientos contemplados en los PAD de prestaciones dentales los beneficiarios entre 12 años y 34 años 11 meses 29 días, que presenten lesiones de caries de uno o más dientes y/o necesidad de tratamiento endodóntico.

f).3. Eliminado [52]

[51] Contenido del Punto e).2. reemplazado por Circular IF/N°395, de 15.10.2021

[52] Letra e).3. -actual f).3.)- eliminada por Circular IF/N°395, de 15.10.2021

f).4. Atención Odontológica del Paciente Oncológico[53]

Las isapres deberán otorgar cobertura y financiar las prestaciones que conforman la Atención Odontológica del Paciente Oncológico, asignando como mínimo la cobertura financiera que asegura Fonasa.

4.1 Composición

Esta prestación incorpora procedimientos y acciones odontológicas generales y de especialidad de Periodoncia, como las siguientes:

Código 25-03-007 *	**Glosa**
Prestaciones	
Diagnósticas	Examen de salud oral, radiografías intraorales y periodontograma según evaluación clínica
Preventivas	Procedimientos de higiene dental, profilaxis y aplicación de barniz de flúor
Curativas	Como las siguientes: Obturaciones de cemento de vidrio ionómero, restauraciones, exodoncias, destartraje subgingival y pulido radicular (por sextante) realizado por cirujano dentista especialista en periodoncia, según evaluación clínica. Incluye además todos los insumos que se requieran, y las sesiones necesarias para la integralidad de la atención, así como también aquellas complicaciones derivadas del tratamiento específico realizado.

***Cobertura financiera mínima según Arancel Fonasa (Res. Exenta N°1.008/2019) $137.670**

La prestación 2503007 es excluyente con los códigos PAD dental 2503001, 2503002 y 2503003.

Este tipo de atención dental no incluye el control para evaluación finalizado su tratamiento oncológico.

4.2 Acceso a las prestaciones

Para tener derecho a la cobertura de este PAD de carácter integral y preventivo en las áreas de odontología general y Periodoncia, el beneficiario debe contar con la correspondiente Orden Médica que certifique el diagnóstico oncológico (Cáncer). El acceso a este tipo de atención odontológica no contempla límite de edad para los beneficiarios.

4.3 Cobertura a otorgar por aplicación de los PAD dentales

Las isapres, en conformidad con los artículos 189 y 190 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, deberán contemplar y otorgar la cobertura financiera que se fije como mínimo al grupo de prestaciones que conforman los PAD códigos 25-03-001 al 25-03-007, a partir de la vigencia de las respectivas instrucciones que dictan su incorporación al Arancel de la Modalidad Libre Elección del Fonasa.

Respecto a las prestaciones asociadas a los códigos 25-03-001 al 25-03-006, se deberá otorgar cada uno de esos códigos, por beneficiario y por año-contrato.

Por su parte, la prestación 25-03-007 podrá realizarse por cada tratamiento indicado por el equipo oncológico tratante y, previo al inicio del tratamiento oncológico (quimioterapia, radioterapia).

Las prestaciones que pudieren requerirse con motivo de complicaciones que puedan presentarse en la ejecución de las prestaciones dentales, quedarán afectas a la cobertura del plan de salud complementario.

[53] Letra modificada por la Circular IF N°349, de 27.03.2020. La Circular IF N°487, de 18,.11.2024, reemplaza la letra“e” por la “ f”

f). 5. Plan de Salud y Otorgamiento de la bonificación [54]

Los planes de salud que la isapres comercialicen deberán explicitar la cobertura que otorguen a las prestaciones dentales. En consecuencia la creación y configuración de planes deberá contemplar las modalidades de atención, identificando los prestadores que otorgarán las atenciones comprendidas en los PAD de prestaciones dentales, según sea el caso.

Las isapres podrán celebrar convenios con prestadores para brindar las prestaciones dentales a los beneficiarios, cuyos planes de salud no cuenten con prestadores individualizados para el otorgamiento de este tipo de atenciones, que, en el caso de las prestaciones dentales oncológicas, requiere de equipamiento e infraestructura acorde, así como de un profesional cirujano dentista con especialidad en Periodoncia.

El hecho de no contar con convenios para el otorgamiento de prestaciones dentales no eximirá a la isapre del financiamiento de esas prestaciones una vez que éstas les sean requeridas.

Para el otorgamiento de la bonificación, la aseguradora podrá requerir al beneficiario que acredite la realización de la atención dental a través de boletas o facturas emitidas por el prestador, en que consten expresamente los códigos de los PAD dentales, o bien, las prestaciones que éstos incluyen. Asimismo, podrá solicitar cualquier otro documento que dé cuenta del otorgamiento efectivo de la prestación.

Las isapres deberán estar siempre, en condiciones de informar a sus beneficiarios acerca de todas las Atenciones Odontológicas contempladas en el Arancel en la modalidad PAD y los prestadores con quienes mantengan convenios para el otorgamiento de estas atenciones -en tanto cuenten con ellos-, por todos los medios de comunicación de que dispongan, tales como correo electrónico, sitio web, redes sociales, avisos en sucursales, entre otros.

g) "Cobro y bonificación de las 20 Soluciones Integrales a Problemas de Salud"[55] [56]

Cada Solución Integral a un Problema de Salud está constituida por el conjunto de prestaciones -íntegramente consideradas- predefinidas para el tratamiento de un problema de salud. El listado de las 20 Soluciones Integrales a Problemas de Salud se contiene en el Anexo N°1 de la presente letra[57].

Las isapres deberán suscribir convenios con los prestadores para que opere esta forma de cobro y bonificación.

Cada prestador de salud determinará e informará el precio que cobrará por cada Solución Integral.

El beneficiario que requiera ser atendido por un problema de salud contemplado en las 20 Soluciones Integrales que se individualizan en la presente circular, personalmente o por medio de su representante, podrá optar por esta forma de cobro y bonificación de prestaciones correspondiente a la Solución Integral a un Problema de Salud o, por la forma tradicional, en la que el prestador de salud cobra el precio que resulta de sumar el valor asignado a cada una de las prestaciones individuales efectuadas. La opción que se ejerza no podrá ser revocada una vez que se hayan comenzado a otorgar las prestaciones.

En el mismo documento que suscriba el beneficiario para dejar constancia de su decisión de acceder a la forma de cobro y bonificación prevista para la Solución Integral de su Problema de Salud, se explicitarán las condiciones bajo las cuales se otorgan dichas prestaciones, en cuanto a la habitación que ocupará y la técnica quirúrgica que se realizará precisando, además, si se incluye en el precio los honorarios médicos y los de otros

[54] Letra incorporada por la Circular IF N°349, de 27.03.2020. La Circular IF N°487, de

18,.11.2024, reemplaza la letra"e" por la " f"

[55] Texto actualizado de la Circular IF Nº200, 10.09.2013, según Resolución Exenta 603 de 05.12.2013.

[56] La Circular IF N°487, de 18,.11.2024, reemplaza la letra"f" por la "g"

[57] La Circular IF/275, de 2016 reemplazó el vocablo "circular" por "letra".

profesionales cuando corresponda, entre otras. El documento incluirá una declaración que deberá ser firmada por el beneficiario o su representante, en la cual se indique que ha tomado conocimiento de cada una de las condiciones de otorgamiento de los beneficios.
Conforme a lo anterior, el formulario donde conste la opción por la forma de cobro y bonificación para una Solución Integral al Problema de Salud, deberá ajustarse al siguiente contenido mínimo, incluyendo su título "Formulario de Opción por Solución Integral al Problema de Salud":

a) Individualización del prestador institucional que otorgará las prestaciones.
b) Denominación de la Solución Integral por la que se opta y su precio.
c) Advertencias:
   i) Que esta forma de cobro y bonificación sólo opera cuando existe un convenio entre el prestador y su isapre.
   ii) La situación de hecho en que no operará la forma de cobro y bonificación prevista respecto de la Solución Integral a un Problema de Salud de acuerdo a lo dispuesto en el número 2 siguiente.
   iii) La irrevocabilidad de esta opción una vez iniciado el otorgamiento de las prestaciones, indicando el caso en que automáticamente deja de aplicarse.
d) Identificación del beneficiario que suscribe la opción o su representante.
e) Condiciones bajo las cuales se otorgan estas prestaciones, especialmente lo que se refiere al tipo de habitación que ocupará, la técnica quirúrgica a emplear y si incluye los Honorarios Médicos Quirúrgicos y de otros profesionales, en caso que corresponda.
f) Individualización de la isapre a la cual está adscrito el beneficiario.
g) Fecha en que se suscribe la opción por esta forma de cobro y bonificación.
h) Firma del beneficiario o de su representante.
i) Identificación del representante del prestador institucional y su respectiva firma.

g).1. Cálculo de la bonificación

Si el beneficiario o su representante opta por acogerse a la Solución Integral definida para el Problema de Salud que le aqueja, la isapre adherida al acuerdo deberá bonificar el valor asignado por el prestador al conjunto de prestaciones que tal Solución comprende, conforme al plan de salud pactado, utilizando la estructura de composición del gasto definida en la presente circular para la misma. Las tablas de ponderación de los distintos ítems de prestaciones que componen el gasto total para cada Solución Integral, se contemplan en el Anexo N°2, diferenciadas según consideren o no el ítem Honorarios Médicos Quirúrgicos.

De esta forma, el precio conocido e informado por el prestador para la Solución Integral a un Problema de Salud se deberá descomponer de acuerdo a la tabla correspondiente para obtener los valores respecto de los cuales se aplicará la bonificación del plan pactado.

Las Soluciones Integrales contemplan el número de días cama que las isapres deben considerar, en caso de que el cálculo de la cobertura que otorga el plan de salud sea en base a la cantidad de días cama.

Las tablas con la estructura porcentual de bonificación, definidas en la presente circular, serán revisadas periódicamente por esta Superintendencia, con la finalidad de velar por que se ajusten a la estructura de gastos del sistema.

g).2. Situación en que no operará la forma de cobro y bonificación prevista respecto de la Solución Integral a un Problema de Salud

Sólo en el evento que la sumatoria de los costos unitarios que conforman una determinada Solución Integral a un Problema de Salud superen como mínimo en un 50% el valor total informado por el prestador de salud, éste podrá dejar sin efecto el acuerdo de la forma de cobro prevista para la respectiva Solución Integral, en cuyo caso aquél podrá cobrar las prestaciones individualmente consideradas, las que serán bonificadas de acuerdo al plan de salud suscrito.

g).3. Información sobre bonificación de las prestaciones incluidas en la Solución Integral a un Problema de Salud

A solicitud de un beneficiario del contrato, la isapre deberá calcular la bonificación para la Solución Integral al Problema de Salud, según el plan de salud contratado, utilizando para ello la tabla de ponderaciones que corresponda, contenida en el Anexo N°2 de la presente circular, en la que se especifica si la solución incluye o no Honorarios Médicos Quirúrgicos. La información de la cobertura para la Solución Integral a un Problema de Salud deberá constar por escrito y entregarse dentro del plazo máximo de 5 días hábiles contado desde su solicitud.

ANEXO N° 1

20 SOLUCIONES INTEGRALES A UN PROBLEMA DE SALUD

N°	**PROBLEMA DE SALUD Y/O PROCEDIMIENTO**
1	CESÁREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMÍA
2	PARTO PRESENTACIÓN CEFÁLICA O PODÁLICA,
3	HISTERECTOMÍA TOTAL
4	CONIZACIÓN Y/O AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO
5	COLECISTECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPÍA
6	HEMORROIDECTOMÍA
7	HERNIA INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LÍNEA MEDIA
8	AMIGDALECTOMÍA C/S ADENOIDECTOMÍA
9	RINOPLASTÍA Y/O SEPTOPLASTÍA
10	CIRUGÍA FOTOREFRACTIVA O LASIK
11	CATARATAS CON LENTE INTRAOCULAR
12	CHALAZIÓN
13	HERNIA NÚCLEO PULPOSO
14	MENISECTOMÍA
15	HALLUX VALGUS O RIGIDUS,TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COMPLETO
16	ADENOMA PROSTÁTICO
17	LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA
18	CIRCUNCISIÓN
19	SAFENECTOMÍA
20	MASTECTOMÍA PARCIAL

ANEXO N° 2

TABLAS DE PONDERACIÓN DE ÍTEMS DE PRESTACIONES QUE COMPONEN LA SOLUCIÓN INTEGRAL A UN PROBLEMA DE SALUD

(El número de días cama de las tablas es un elemento a utilizar en la bonificación específicamente para aquellos planes de salud que definan su bonificación por día cama.)

	CESÁREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMÍA	**(%) del Gasto con HMQ**	**(%) del Gasto sin HMQ**
1.A.-	Día cama[1]	32,99%	48,60%
	Derechos de pabellón	16,13%	23,66%
	Medicamentos	5,02%	7,39%
	Insumos y materiales clínicos	5,86%	8,57%
	Procedimiento parto honorarios matrona	7,96%	11,78%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	32,04%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 4 días cama de la madre y sala cuna recién nacido.

	CESÁREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMÍA (excluye día cama R.N. y At. Médica R.N.)	**(%) del Gasto con HMQ**	**(%) del Gasto sin HMQ**
1.B.-	Día cama[1]	29,97%	45,04%
	Derechos de pabellón	16,76%	25,17%
	Medicamentos	5,20%	7,80%
	Insumos y materiales clínicos	6,09%	9,14%
	Procedimiento parto honorarios matrona	8,56%	12,85%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	33,42%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 4 días cama de la madre.

	PARTO PRESENTACIÓN CEFÁLICA O PODÁLICA	**(%) del Gasto con HMQ**	**(%) del Gasto sin HMQ**
2.A.-	Día cama[1]	34,63%	49,93%
	Derechos de pabellón	15,26%	22,00%
	Medicamentos	4,57%	6,59%
	Insumos y materiales clínicos	5,15%	7,42%
	Procedimiento parto honorarios matrona	9,76%	14,06%
	Procedimiento parto honorarios médico	30,63%	
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 3 días cama de la madre y sala cuna recién nacido.

	PARTO PRESENTACION CEFÁLICA O PODÁLICA (excluye día cama R.N. y At. Médica R.N.)	**(%) del Gasto con HMQ**	**(%) del Gasto sin HMQ**
2.B.-	Día cama[1]	31,64%	46,54%
	Derechos de pabellón	15,97%	23,49%
	Medicamentos	4,78%	7,03%
	Insumos y materiales clínicos	5,38%	7,92%
	Procedimiento parto honorarios matrona	10,20%	15,02%
	Procedimiento parto honorarios médico	32,03%	
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 3 días cama de la madre.

	HISTERECTOMÍA TOTAL (ABDOMINAL)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
3.A.-	Día cama[1]	18,78%	29,34%
	Derechos de pabellón	22,96%	35,95%
	Exámenes de laboratorio	3,88%	5,99%
	Medicamentos	4,58%	7,23%
	Insumos y materiales clínicos	13,78%	21,49%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	36,02%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 3 días cama.

	HISTERECTOMÍA TOTAL (VAGINAL)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
3.B.-	Día cama[1]	17,80%	30,14%
	Derechos de pabellón	20,24%	34,26%
	Exámenes de laboratorio	4,37%	7,41%
	Medicamentos	5,50%	9,26%
	Insumos y materiales clínicos	11,19%	18,93%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	40,90%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 3 días cama.

	CONIZACIÓN Y/O AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
4.-	Día cama[1]	15,64%	23,67%
	Derechos de pabellón	22,53%	33,99%
	Exámenes de Laboratorio	10,29%	15,54%
	Medicamentos	4,42%	6,67%
	Insumos y materiales clínicos	13,27%	20,13%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	33,85%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 1 día cama.

	COLECISTECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPÍA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
5.-	Día cama[1]	11,09%	17,04%
	Derechos de pabellón	26,55%	40,86%
	Exámenes de laboratorio	3,15%	4,83%
	Imagenología	1,32%	2,05%
	Medicamentos	9,47%	14,48%
	Insumos y materiales clínicos	13,53%	20,74%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	34,89%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 1 día cama.

	HEMORROIDECTOMÍA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
6.-	Día cama[1]	18,13%	27,62%
	Derechos de pabellón	22,14%	33,58%
	Exámenes de laboratorio	3,30%	5,02%
	Medicamentos	7,62%	11,60%
	Insumos y materiales clínicos	14,62%	22,18%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	34,19%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 1 día cama.

	HERNIA INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LÍNEA MEDIA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
7.-	Día cama[1]	16,21%	29,13%
	Derechos de pabellón	24,53%	44,14%
	Medicamentos	5,26%	9,42%
	Insumos y materiales clínicos	9,58%	17,31%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	44,42%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 1 día cama.

	AMIGDALECTOMÍA C/S ADENOIDECTOMÍA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
8.-	Día cama[1]	16,00%	27,22%
	Derechos de pabellón	22,39%	38,19%
	Exámenes de laboratorio	1,75%	2,95%
	Medicamentos	8,26%	14,02%
	Insumos y materiales clínicos	10,32%	17,62%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	41,28%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 1 día cama.

	RINOPLASTÍA Y/O SEPTOPLASTÍA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
9.-	Día cama[1]	9,62%	18,06%
	Derechos de pabellón	22,01%	41,34%
	Medicamentos	8,39%	15,65%
	Insumos y materiales clínicos	13,31%	24,95%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	46,67%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 1 día cama.

	CIRUGÍA FOTOREFRACTIVA O LASIK	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
10.-	Derechos de pabellón	37,42%	72,57%
	Medicamentos	8,35%	16,20%
	Insumos y materiales clínicos	5,84%	11,23%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	48,39%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

	CATARATAS CON LENTE INTRAOCULAR	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
11.-	Derechos de pabellón	23,45%	43,33%
	Medicamentos	6,32%	11,68%
	Insumos y materiales clínicos	8,36%	15,41%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	45,87%	---
	Prótesis, Órtesis y Elementos Osteosíntesis	16,00%	29,58%
	Total	**100,00%**	**100,00%**

	CHALAZIÓN	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
12.-	Día cama[1]	1,73%	4,07%
	Derechos de pabellón	28,47%	65,35%
	Exámenes de laboratorio	1,22%	2,92%
	Medicamentos	3,78%	8,56%
	Insumos y materiales clínicos	5,51%	12,63%
	Procedimientos	2,76%	6,47%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	56,53%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 1 día cama.

	HERNIA NÚCLEO PULPOSO	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
13.-	Día cama[1]	11,32%	18,49%
	Derechos de pabellón	22,85%	37,41%
	Imagenología	1,87%	2,98%
	Medicamentos	4,77%	7,86%
	Insumos y materiales clínicos	11,32%	18,49%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	38,84%	---
	Prótesis, Órtesis y Elementos Osteosíntesis	9,03%	14,77%
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 2 días cama.

	MENISECTOMÍA (VIA ARTROSCÓPICA)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
14.-	Día cama[1]	10,42%	17,29%
	Derechos de pabellón	20,74%	34,37%
	Medicamentos	6,03%	9,93%
	Insumos y materiales clínicos	23,08%	38,41%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	39,73%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 1 día cama.

	HALLUX VALGUS O RIGIDUS, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COMPLETO	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
15.-	Día cama[1]	14,45%	23,00%
	Derechos de pabellón	17,83%	28,41%
	Imagenología	1,84%	2,91%
	Medicamentos	4,82%	7,70%
	Insumos y materiales clínicos	14,75%	23,41%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	37,19%	---
	Prótesis, Órtesis y Elementos Osteosíntesis	9,12%	14,57%
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 1 día cama.

	ADENOMA PROSTÁTICO (ABIERTA)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
16.A.-	Día cama[1]	32,19%	42,39%
	Derechos de pabellón	15,26%	20,15%
	Exámenes de laboratorio	3,12%	4,09%
	Medicamentos	10,38%	13,75%
	Insumos y materiales clínicos	14,85%	19,62%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	24,20%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 6 días cama.

	ADENOMA PROSTÁTICO (ENDOSCÓPICO)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
16.B.-	Día cama[1]	23,89%	34,31%
	Derechos de pabellón	20,91%	30,03%
	Exámenes de laboratorio	3,09%	4,38%
	Medicamentos	7,21%	10,32%
	Insumos y materiales clínicos	14,62%	20,96%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	30,28%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 3 días cama.

	LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
17.-	Día cama[1]	8,07%	13,54%
	Derechos de pabellón	38,10%	63,60%
	Exámenes de laboratorio	1,04%	1,69%
	Imagenología	2,38%	4,02%
	Medicamentos	5,06%	8,47%
	Insumos y materiales clínicos	5,18%	8,68%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	40,17%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 1 día cama.

	CIRCUNCISIÓN	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
18.-	Día cama[1]	10,77%	20,65%
	Derechos de pabellón	25,52%	48,80%
	Medicamentos	6,08%	11,75%
	Insumos y materiales clínicos	9,83%	18,80%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	47,80%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 1 día cama.

	SAFENECTOMÍA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
19.-	Día cama[1]	9,85%	17,26%
	Derechos de pabellón	28,10%	49,27%
	Medicamentos	4,21%	7,32%
	Insumos y materiales clínicos	14,97%	26,15%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	42,87%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 1 día cama.

	MASTECTOMÍA PARCIAL	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
20.-	Día cama[1]	11,57%	19,11%
	Derechos de pabellón	20,37%	33,75%
	Exámenes de laboratorio	9,62%	15,89%
	Imagenología	3,28%	5,40%
	Medicamentos	6,13%	10,17%
	Insumos y materiales clínicos	9,52%	15,68%
	Honorarios médicos quirúrgicos (HMQ)	39,51%	---
	Total	**100,00%**	**100,00%**

[1] Corresponde a 1 día cama.

h) Cobertura para el "Tratamiento Fertilización Asistida Baja Complejidad[58] [59]

Las isapres deberán otorgar cobertura al grupo de prestaciones que conforman los PAD, código 2502009 "Tratamiento fertilización asistida de baja complejidad en hombre" y código 2502010 "Tratamiento fertilización asistida de baja complejidad en mujer", que incluyen la totalidad de las prestaciones requeridas para el tratamiento de infertilidad con inseminación artificial.[60]

La cobertura financiera mínima se consigna bajo los siguientes códigos e incluye las atenciones que a continuación se indican:[61]

Código	Glosa	Cobertura Mínima por Ciclo (Valores Arancel 2021)
2502009	Tratamiento fertilización asistida baja complejidad en hombre	$32.940
2502010	Tratamiento fertilización asistida baja complejidad en mujer	$110.890

• Estos grupos de prestaciones incluyen: las consultas de especialidad, exámenes de laboratorio e imagenología propios de este tratamiento, procedimiento de criopreservación espermática, capacitación espermática, inseminación artificial y los fármacos e insumos requeridos para realizar el tratamiento referido, previa indicación médica[62].

• Las isapres deberán financiar, a lo menos, 3 ciclos en el año-contrato, en caso de ser requeridos, correspondiendo los valores indicados precedentemente, a cada uno de dichos ciclos, valores que se actualizarán conforme lo haga el arancel Fonasa respectivo.

h).1.- Cobertura por aplicación de PAD:

Para efecto de dicho financiamiento, las isapres podrán celebrar convenios con los prestadores, otorgando la cobertura al conjunto de prestaciones denominado PAD, definido por el Fonasa, considerando como mínimo, aquélla establecida para dicho tratamiento en su conjunto, en hombre y en mujer.

Las prestaciones que pudieren requerirse con motivo de complicaciones que puedan presentarse en la ejecución de este tratamiento, quedarán afectas a la cobertura del plan de salud complementario.

h).2.- Cobertura Según Plan de Salud[63]:

Teniendo presente que la incorporación de estos PAD tiene por objeto mejorar la cobertura financiera para el "tratamiento fertilización asistida de baja complejidad", en caso que las atenciones no se otorguen a través de convenios en dicha modalidad, aquélla que asegura el Fonasa se destinará en su totalidad al financiamiento de las prestaciones que, formando parte de los PAD, no se encuentran individualmente codificadas en el arancel Fonasa Libre Elección, esto es, procedimiento de criopreservación espermática, capacitación espermática, los fármacos e insumos ambulatorios e inseminación artificial.

La cobertura para el procedimiento de inseminación artificial, será aquélla que deriva de su homologación al código 2001015, "Colocación o Extracción de Dispositivo Intrauterino".

---

[58] Incorporado por la Circular IF/N°217, de 16/5/14

[59] La Circular IF N°487, de 18,.11.2024, reemplaza la letra"g" por la " h"

[60] Párrafo modificado por Circular IF N° 250, de 2015

[61] Cuadro actualizado por Circular IF N° 388, de 17.8.2021

[62] Viñeta modificada por Circular IF/N° 332, de 4/9/19

[63] Modificado por Circular IF/N° 332, de 4/9/19

De este modo, las prestaciones que se encontraban individualmente aranceladas antes de la incorporación del PAD al arancel Fonasa en su modalidad de libre elección, quedarán sujetas a la cobertura del plan de salud complementario, esto es, consultas de especialidad, exámenes de laboratorio e imagenología.

Los planes de salud que las isapres comercialicen deberán incluir en su formato las prestaciones “Tratamientos Fertilización Asistida (PAD)” y explicitar la cobertura que les corresponde.[64]

[64] Párrafo agregado por Circular IF N° 388, de 17.8.2021

h).3.-Cobertura Incorporada Previamente a los Contratos

En el evento que las isapres hubiesen incorporado a sus contratos, en forma previa a esta obligación, una determinada cobertura para las prestaciones asociadas a los referidos tratamientos de fertilización, deberán continuar otorgándola en la medida que resulte superior a la que deriva de su incorporación al arancel Fonasa Modalidad Libre Elección.

Las isapres deberán informar a sus afiliados, los prestadores con quienes hayan celebrado convenios para el otorgamiento de estas atenciones -en tanto cuenten con ellos-, por todos los medios de comunicación de que dispongan, tales como, correo electrónico, página web, avisos en sucursales, entre otros.

i) Prestaciones asociadas a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)[65] [66]

Las isapres deberán bonificar todas las prestaciones otorgadas a una beneficiaria que se encuentre en alguna de las tres causales establecidas en la Ley N° 21.030, debiendo aplicar la cobertura del plan de salud complementario correspondiente.

Las nuevas prestaciones incorporadas al Arancel Fonasa en su modalidad de Libre Elección son las siguientes:

Código	Pab	Denominación
0304007		Diagnóstico Genético Molecular: Displasia Tanatofórica tipo I y II
0405032		Resonancia Magnética Fetal
2001024		Biopsia corial
2004007	2	Aspiración manual endouterina (AMEU)
2004008		Tratamiento Farmacológico Ley IVE (incluye consulta especialidad en Obstetricia y Ginecología y fármacos)

En el caso del nuevo código 2004008, con la glosa: “Tratamiento farmacológico Ley IVE (incluye Consulta especialidad en Obstetricia y Ginecología y fármacos)”, el valor del arancel se aplicará exclusivamente para la cobertura de todos los fármacos indicados por el profesional, dado que las consultas de especialidad en obstetricia y ginecología deberán ser cubiertas a través del código correspondiente a la respectiva prestación.

Por otra parte, las isapres, en la aplicación práctica de los contratos celebrados con prestadores de salud, deberán velar porque éstos cumplan, en especial, con las siguientes obligaciones:

- Otorgar las prestaciones señaladas precedentemente y, en caso de imposibilidad por parte del prestador, ya sea por insuficiencia o por objeción de conciencia, establecer los mecanismos de coordinación para efectos de información, reasignación y derivación a otro prestador en la forma y plazos que establecen la ley y el reglamento.

Finalmente, la isapre, a través del Servicio Continuo de Atención Telefónica que debe operar las 24 horas del día, los siete días de la semana, deberá proporcionar a la beneficiaria que se encuentre en alguna de las tres causales establecidas en la Ley N° 21.030, toda la información referida a los prestadores a los que debe acudir para acceder a las prestaciones; el derecho de reclamar ante el prestador de salud en caso de que el acompañamiento que considera la ley no sea ofrecido; la posibilidad de reclamar ante esta Superintendencia y, por último, la opción de recurrir al fono Salud Responde del Ministerio de Salud (600 360 7777).

j) Cobertura para los “Tratamientos de Fertilización Asistida de Alta Complejidad”[67]. [68]

[65] Letra incorporada por la Circular IF/N°311, del 7 de febrero de 2018

[66] La Circular IF N°487, de 18,.11.2024, reemplaza la letra “h” por la “i”

[67] Letra incorporada por la Circular IF/N°331, de 27 de agosto de 2019

[68] La Circular IF N°487, de 18,.11.2024, reemplaza la letra“i” por la “j”

Las isapres deberán otorgar cobertura al grupo de prestaciones que conforman los PAD, códigos 2502011, 2502012, 2502013, 2502014, 2502015, 2502016, 2502017 y 2502018, sobre Fertilización Asistida de Alta Complejidad, cada uno de los cuales constituye una prestación en sí misma.
La cobertura financiera mínima se consigna bajo los siguientes códigos e incluye las atenciones que a continuación se indican:[69]

Código	Glosa	Cobertura mínima por ciclo (Valores Arancel 2020)
2502011	Inducción de la Ovulación	$867.210
2502012	Aspiración Folicular	$193.430
2502013	Laboratorio FIV/ICSI	$262.480
2502014	Transferencia en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad	$110.510
2502015	Soporte Post Transferencia en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad	$36.280
2502016	Criopreservación en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad	$62.970
2502017	Preparación Endometrial	$139.450
2502018	Descongelación en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad	$84.410

De acuerdo a las normas técnico administrativas del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud en la Modalidad de Libre Elección, estos grupos de prestaciones incluyen: Tratamiento hormonal necesario y completo con sus respectivos medicamentos; Honorarios médicos y todas las consultas de matrona y de psicólogo del equipo tratante; Exámenes de imagenología y laboratorios necesarios, durante todo el tratamiento (ecografías, Anticuerpos virales, determinación de HIV, Hepatitis B, entre otros); Día cama ginecológico, cuando corresponda.[70]

También incluyen la selección de espermatozoides, fecundación del óvulo y cultivo embrionario.

Además, incorporan congelar o vitrificar los embriones excedentes que se forman en la FIV o en ICSI. No incluye esa cobertura la mantención de embriones una vez concluido el procedimiento.

Para tener derecho a la cobertura de los tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad, la mujer debe ser beneficiaria de la isapre respectiva y contar con diagnóstico previo de infertilidad, ya sea que éste haya sido formulado a ella o a su pareja.

La isapre deberá otorgar cobertura a los ciclos requeridos por la beneficiaria, con a lo menos las coberturas financieras indicadas precedentemente, a cada uno de los grupos de prestaciones de cada ciclo, valores que se actualizarán conforme lo haga el arancel Fonasa respectivo.

La beneficiaria que solicite cobertura para estos tratamientos deberá contar con la correspondiente Orden Médica que certifica que aquella tiene un diagnóstico de infertilidad y requiere someterse a tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad. Este certificado deberá señalar que la paciente cuenta con medición de reserva ovárica, que en los casos que corresponda ya cuenta con tratamientos de baja complejidad, de acuerdo a la etiología de la infertilidad que presente, con resultados infructuosos, o que la beneficiaria es candidata directa sólo a este tipo de procedimientos, explicando los fundamentos clínicos.[71]

[69] Cuadro actualizado por Circular IF N° 359, de 25.06.2020

[70] Párrafo modificado por Circular IF N° 359, de 25.06.2020

[71] Párrafo modificado por Circular IF N° 359, de 25.06.2020

Las mujeres deben encontrarse libres de patologías concomitantes que impidan comenzar el tratamiento. Si cursan alguna patología crónica, ésta debe estar compensada para su derivación y posterior inicio de tratamiento de infertilidad de alta complejidad.

Asimismo, no podrá ingresar a este tratamiento la beneficiaria que padezca alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) activa, especialmente Clamidia Trachomatis y Gonorrea; y VIH (+) con carga viral detectable, o la sufra su pareja.

j).1.- Cobertura por aplicación de PAD.[72]

Para efecto del financiamiento de las atenciones de fertilización asistida de alta complejidad, las isapres podrán celebrar convenios con los prestadores, otorgando la cobertura a los respectivos conjuntos de prestaciones denominados PAD, definidos por el Fonasa, considerando, como mínimo, aquélla establecida para dichos tratamientos en el PAD respectivo.

Las prestaciones que pudieren requerirse con motivo de complicaciones que puedan presentarse en la ejecución de este tratamiento, quedarán afectas a la cobertura del plan de salud complementario.

Asimismo, se regirán por la cobertura del plan de salud complementario los exámenes y procedimientos necesarios tanto para el Diagnóstico de Infertilidad como para el inicio del tratamiento (por ejemplo, manejo de endometriosis); la evaluación previa de la paciente, por parte del equipo de Reproducción Asistida, desde la cual se obtendrá la respectiva Orden Médica para realizar las técnicas de fertilización de alta complejidad, y la anestesia general o regional-espinal para aspiración folicular, en caso de ser requerida por voluntad expresa de la paciente.

j).2.- Cobertura según Plan de Salud.[73]

En caso de que las atenciones no se otorguen a través de convenios en la modalidad PAD, la cobertura financiera para los tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad que asegura el Fonasa se destinará en su totalidad al financiamiento de las prestaciones que, formando parte de los PAD, no se encuentran individualmente codificadas en el Arancel Fonasa Libre Elección, entre ellas, tratamiento hormonal completo y sus respectivos medicamentos.

A su vez, las prestaciones que se encuentren individualmente aranceladas, tales como consultas de especialidad, exámenes de laboratorio e imagenología y día cama ginecológico, quedarán sujetas a la cobertura del plan de salud complementario.

Lo anterior se funda en que la incorporación de estos PAD al Arancel Fonasa en su modalidad de libre elección tiene por objeto mejorar la cobertura financiera para los tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad.

Los planes de salud que las isapres comercialicen deberán incluir en su formato las prestaciones "Tratamientos Fertilización Asistida (PAD)" y explicitar la cobertura que corresponde a cada uno de ellas.[74]

j).3.- Cobertura para los tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad incorporada a los contratos.[75]

En el evento de que las isapres hubiesen pactado en sus contratos, en forma previa a la vigencia de esta obligación, una determinada cobertura para las prestaciones asociadas a los referidos tratamientos de reproducción asistida, deberán continuar otorgándola en la medida en que resulte superior a la que deriva

[72] Señalamiento del subtítulo, modificado por Circular IF N° 359, de 25.06.2020

[73] Señalamiento del subtítulo, modificado por Circular IF N° 359, de 25.06.2020

[74] Párrafo incorporado por Circular IF N° 388, de 17.8.2021

[75] Señalamiento del subtítulo, modificado por Circular IF N° 359, de 25.06.2020

de su incorporación al Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección. Asimismo, con posterioridad, pueden pactar una mejor cobertura para dichas prestaciones.

Las isapres deberán informar a sus afiliados acerca de los nuevos tratamientos de fertilización asistida incorporados al Arancel y de los prestadores con quienes hayan celebrado convenios para el otorgamiento de estas atenciones -en tanto cuenten con ellos-, por todos los medios de comunicación de que dispongan, tales como correo electrónico, sitio web, redes sociales, avisos en sucursales, entre otros.

k) Cobertura para prestaciones de Terapia Ocupacional, Kinesiología y Fonoaudiología otorgadas a beneficiarios con discapacidad.[76] [77]

Las isapres deberán otorgar cobertura a las prestaciones que conforman la atención de Kinesiología, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología a beneficiarios con discapacidad, sin tope de atenciones anuales.

1. Acceso a las prestaciones

Para tener derecho a la cobertura citada, las personas con discapacidad, beneficiarias de un contrato de salud, que se encuentren inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad, y los beneficiarios de 6 años y menos, que sean acreditados por el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), tendrán cobertura para las mencionadas prestaciones sin tope de atenciones anuales, previa emisión de orden médica.

2. Cobertura:

Las isapres se encuentran obligadas a financiar las prestaciones asociadas a los códigos que comprende las atenciones de Kinesiología, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología, otorgadas a personas con discapacidad, sin el límite de prestaciones anuales previsto para las citadas atenciones. Si el plan de salud al cual adscribe una persona con discapacidad contempla un tope máximo anual de cobertura para las referidas prestaciones, éste se dejará sin efecto.

Para el otorgamiento de la bonificación, la aseguradora podrá requerir que se acredite la condición de discapacidad con el certificado de la Inscripción en el Registro Nacional de Discapacidad o del Servicio Nacional de Discapacidad, según corresponda, precaviendo que esa información sea incorporada debidamente en los registros de la isapre, de modo de solicitarla únicamente si ha vencido la vigencia de los referidos documentos.

La cobertura, respecto de las atenciones de Kinesiología y Terapia Ocupacional, se otorgará en modalidad hospitalaria y ambulatoria, tanto en consultas, instituciones de salud y/o domicilio. Mientras que las prestaciones de Fonoaudiología se otorgaran sólo en consulta.

Los materiales e insumos necesarios para el uso de órtesis, que se requieran en los procedimientos de Terapia Ocupacional, se encuentran incluidos en el costo de la prestación.[78]

3. Cobertura Incorporada Previamente a los Contratos

En el evento que las isapres hubiesen incorporado la Terapia Ocupacional a sus contratos, en forma previa a esta obligación, una vez determinada la cobertura para las prestaciones asociadas, deberán continuar otorgándola en la medida que resulte superior a la que deriva de su incorporación al arancel Fonasa Modalidad Libre Elección.

[76] Letra incorporada por la Circular IF/N°353, del 20 de mayo de 2020

[77] La Circular IF N°487, de 18,.11.2024, reemplaza la letra"j" por la " k"

[78] Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF/N°523, del 22 de julio de 2020

l) Cobertura a los PAD Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad) y Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad).[79] [80]

Las isapres deberán otorgar cobertura y financiar las prestaciones que conforman los PAD Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad) y Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad), asignando como mínimo la cobertura financiera que asegura Fonasa.

El detalle y cobertura mínima de estas prestaciones es el siguiente:

Código	Glosa	Cobertura mínima ($) *
2502020	Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad)	20.570
2502021	Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad)	22.270

*Cobertura financiera mínima según Arancel Fonasa (Res. Exenta N°1.008/2019, publicada D.O. de 01.02.2020)

1. PAD Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad)

1.1. Definición

El PAD código 2502020 corresponde a una intervención profesional integral, inmediata y de seguimiento para acoger a las mujeres, sus hijos/as y familia, con y sin dificultades en el proceso de amamantamiento, en su contexto multidimensional.

Esta prestación está destinada a inducir, mantener, o recuperar la lactancia materna "madre e hijo(a)", la lactancia mixta (que combina la leche materna y la artificial) u otras alternativas. Frente a la presencia de dificultades, podrán ser acompañados en su resolución mediante atención profesional, para evaluar el proceso y otorgar la debida educación y orientación.

1.2. Acceso a las prestaciones

Para tener derecho a la cobertura de este PAD de carácter integral, la beneficiaria o beneficiario podrán hacerlo de manera espontánea o derivados por algún miembro del equipo de salud.

Podrán acceder a esta prestación las beneficiarias o beneficiarios cuyos hijos o hijas tengan entre 0 y 6 meses de edad.

1.3. Cobertura a otorgar por aplicación del PAD Clínica de Lactancia

Las isapres, en conformidad con los artículos 189 y 190 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, deberán contemplar y otorgar la cobertura financiera que se fije como mínimo a las prestaciones que se otorguen dentro del PAD código 25-02-020 a partir de la vigencia de las respectivas instrucciones que dictan su incorporación al Arancel de la Modalidad Libre Elección del Fonasa.

La cobertura de cada PAD deberá incluir la consulta por profesional de salud (matrona, enfermera o nutricionista) y 2 sesiones de consejería en técnicas de lactancia y alimentación saludable. Asimismo, en caso de sospecha de alergias alimentarias o alguna patología del niño(a), incluirá la consulta por médico pediatra y, en caso de confirmarse, considerará apoyo de nutricionista en la alimentación de la madre. También deberá incluir una atención psicológica a la madre cuando se requiera.

Dentro de la cobertura se deben incluir los insumos de enfermería tales como sonda de alimentación, jeringa, contenedor, guantes, entre otros necesarios para la atención.

[79] Letra incorporada por la Circular IF/N°352, del 20 de mayo de 2020

[80] La Circular IF N°487, de 18,.11.2024, reemplaza la letra“k” por la “ l”

Por su parte, la cobertura de este PAD no incluye los alimentos o leche artificial, solicitados en las sesiones correspondientes.

Las isapres deberán financiar las prestaciones asociadas al código 25-02-020, como mínimo 2 veces, por beneficiario entre 0 y 6 meses de edad, en caso de ser requeridas.

2. PAD Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad)

2.1. Definición

El PAD Código 2502051 corresponde a la intervención integral nutricional, para el manejo de la malnutrición infantil en menores entre 7 y 72 meses de edad.

2.2. Acceso a las prestaciones

Para tener derecho a la cobertura de este PAD de carácter integral, la beneficiaria o beneficiario podrán hacerlo de manera espontánea o derivados por algún miembro del equipo de salud.

Podrán acceder a esta prestación las beneficiarias o beneficiarios cuyos hijos o hijas tengan entre 7 y 72 meses de edad.

2.3. Cobertura a otorgar por aplicación del PAD Mal Nutrición Infantil

Las isapres, en conformidad con los artículos 189 y 190 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, deberán contemplar y otorgar la cobertura financiera que se fije como mínimo a las prestaciones que se otorguen dentro del PAD código 25-02-021 a partir de la vigencia de las respectivas instrucciones que dictan su incorporación al Arancel de la Modalidad Libre Elección del Fonasa.

Este PAD incluye de manera integral dos consultas profesionales por nutricionista principalmente, siendo una de ellas de seguimiento, dos sesiones de consejería en técnicas de lactancia y alimentación saludable, una atención psicológica a la madre, cuando se requiera, e insumos de enfermería en general. Asimismo, en caso de sospecha de alergias alimentarias o alguna patología del niño(a), incluirá la consulta por médico pediatra.

Por su parte, la cobertura de este PAD no incluye los alimentos o leche artificial, solicitados en las sesiones correspondientes.

Las isapres deberán financiar las prestaciones asociadas al código 25-02-021, como mínimo 2 veces, por beneficiario entre 7 y 72 meses de edad y por año-contrato, en caso de ser requeridas.

3. Plan de Salud y otorgamiento de la bonificación

Los planes de salud que la isapres comercialicen deberán explicitar la cobertura que otorguen a los PAD Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad) y Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad). En consecuencia, la creación y configuración de planes deberá contemplar ambas prestaciones, identificando los prestadores que otorgarán las atenciones comprendidas en los referidos PAD de prestaciones, según sea el caso.

Las isapres podrán celebrar convenios con prestadores para brindar las prestaciones a los beneficiarios, cuyos planes de salud no cuenten con prestadores individualizados para el otorgamiento de este tipo de atenciones.

El hecho de no contar con convenios para el otorgamiento de estas prestaciones no eximirá a la isapre de su financiamiento, una vez que éstas les sean requeridas.

Para el otorgamiento de la bonificación, la aseguradora podrá requerir al beneficiario que acredite la realización de la atención a través de boletas o facturas emitidas por el prestador, en que consten expresamente los códigos de los PAD, o bien, las prestaciones que éstos incluyen. Asimismo, podrá solicitar cualquier otro documento que dé cuenta del otorgamiento efectivo de la prestación.

Las isapres deberán estar siempre, en condiciones de informar a sus beneficiarios acerca de todas las prestaciones contempladas en los PAD Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad) y Mal Nutrición Infantil (7

a 72 meses de edad) y los prestadores con quienes mantengan convenios para el otorgamiento de estas atenciones -en tanto cuenten con ellos-, por todos los medios de comunicación de que dispongan, tales como correo electrónico, sitio web, redes sociales, avisos en sucursales, entre otros.

m) Condiciones de prestaciones de Telemedicina para efectos de su cobertura. [81] [82][83]

m.1 Concepto de Telemedicina[84]

La Telemedicina corresponde a la provisión de servicios de salud a distancia, esto es acciones y prestaciones vinculadas a la atención de salud mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). Esta modalidad permite realizar diagnósticos, tratamiento, promoción, prevención, rehabilitación y cuidados del fin de la vida. Es realizada por profesionales de la salud, permitiendo intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y oportunidad, asegurando la calidad y continuidad de la atención.

Conforme a lo establecido por el Ministerio de Salud (MINSAL), todos los profesionales y técnicos de la salud podrán realizar acciones y prestaciones de salud, dentro de sus competencias, haciendo uso de TIC, cumpliendo con las normas y estándares de calidad previstos en la Ley Nº20.584, en el Decreto Supremo Nº38, de 2012, del Ministerio de Salud, que Aprueba el reglamento sobre derechos y deberes de las personas en relación a las actividades vinculadas con su atención de salud, en el Reglamento sobre atenciones vinculadas a la atención de salud realizada a distancia, contenido en el Decreto N°6, publicado en el Diario oficial con fecha 9 de diciembre de 2022, y en cualquier otra norma, modificación legal o reglamentaria que pueda ser aplicable en la materia.

De acuerdo con la temporalidad, las actividades de telemedicina que impliquen una interacción entre las partes se pueden diferenciar en:

• **Sincrónica:** Corresponde a la interacción en “tiempo real y en vivo” que permite las comunicaciones entre uno o más integrantes del equipo de salud entre sí, o entre el paciente y el equipo de salud.

• **Asincrónica:** Corresponde a la interacción “diferida”, que permite el almacenamiento y transmisión de datos e imágenes, los que son enviados a un profesional de la salud, junto con antecedentes clínicos del paciente, para que este emita un diagnóstico y tratamiento.

Entre las actividades de Telemedicina definidas por el MINSAL como las más utilizadas a nivel nacional se encuentran la Teleconsulta y la Telerehabilitación.

La Teleconsulta es la actividad de interacción que ocurre entre un profesional de la salud y un paciente, con el objetivo de otorgar una atención con fines diagnósticos o terapéuticos a través de tecnologías de la información y comunicaciones (ej. videollamada). Durante la teleconsulta podrían participar otros miembros del equipo de salud que se encuentran físicamente al lado de la persona atendida, acompañando o facilitando la atención. Esta prestación puede realizarse de manera sincrónica o asincrónica o diferida.

La Telerehabilitación consiste en la provisión de servicios de rehabilitación mediante el uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC), entregados por un profesional o equipo de salud a un paciente y/o grupo de pacientes. Esta modalidad puede considerar una amplia gama de intervenciones clínicas asociadas a la rehabilitación.

m.2 Condiciones de otorgamiento[85]

[81] Letra incorporada por la Circular IF/N°358, del 25 de junio de 2020

[82] La Circular IF N°487, de 18,.11.2024, reemplaza la letra “l” por la “m”

[83] Título modificado por la Circular IF/N° 514, de fecha 17 de octubre de 2025.

[84] Literal modificado por la Circular IF/N° 514, de fecha 17 de octubre de 2025.

[85] Literal modificado por la Circular IF/N° 514, de fecha 17 de octubre de 2025.

Las acciones y prestaciones de salud otorgadas a través de la modalidad de Telemedicina han de ser realizadas a través de un prestador de salud en los términos definidos por el artículo 3° de la Ley N° 20.584.[86]

De conformidad con dicho cuerpo legal, los prestadores de salud pueden otorgar acciones, atenciones y procedimientos de salud digital destinados a la prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de las personas, manteniendo registros de estas prestaciones en los mismos términos que las atenciones presenciales.

Las prestaciones de telemedicina deben sujetarse a las disposiciones reglamentarias vigentes y las que al efecto dicte el Ministerio de Salud, cuyo objeto es resguardar que se ejecuten en condiciones de seguridad, con respeto a los derechos en salud de las personas y regular la implementación y desarrollo de acciones vinculadas a la atención de salud realizadas a distancia, por medio o con apoyo de tecnologías de la información y comunicaciones (TIC).

Los medios a través de los cuales se realicen este tipo de atenciones[87] deberán ser adecuados al tipo de prestación que se otorgará al paciente, debiendo preferir aquellos medios que resguarden la calidad de la atención de salud, de acuerdo con la normativa vigente, la autonomía de la voluntad del paciente, la seguridad y la confidencialidad de los datos de las personas.

Tratándose de pacientes que no dominen suficientemente las TIC, o que tengan otra condición que les impida hacer uso adecuado de ellas, la acción o prestación podrá otorgarse de manera remota asistido por una persona de su confianza o, en su defecto, un profesional, técnico o administrativo que tenga las competencias necesarias para apoyar al paciente en los aspectos relativos a la operación de las tecnologías necesarios para la conexión.

m.3 Cobertura aplicable[88]

Las isapres, en conformidad con lo dispuesto en el artículo 189 del DFL Nº1, de 2005, de Salud, deberán otorgar a las consultas médicas de Telemedicina una cobertura financiera que no podrá ser inferior a la dispuesta en el artículo 190 de dicho cuerpo legal ni a aquella contenida para esas prestaciones en el Arancel del Fondo Nacional de Salud para Modalidad de Libre Elección.

m.4 Acceso a las prestaciones[89]

---

[86] El artículo 3° de la Ley N° 20.584 establece que: Se entiende por prestador de salud, en adelante prestador, toda persona, natural o jurídica, pública o privada, cuya actividad sea el otorgamiento de atenciones de salud. Los prestadores son de dos categorías, institucionales e individuales.

Prestadores institucionales son aquellos que organizan en establecimientos asistenciales medios personales, materiales e inmateriales destinados al otorgamiento de prestaciones de salud, dotados de una individualidad determinada y ordenados bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad. Corresponde a sus órganos la misión de velar porque en los establecimientos indicados se respeten los contenidos de esta ley.

Prestadores individuales son las personas naturales que, de manera independiente, dependiente de un prestador institucional o por medio de un convenio con éste, otorgan directamente prestaciones de salud a las personas o colaboran directa o indirectamente en la ejecución de estas. Se consideran prestadores individuales los profesionales de la salud a que se refiere el Libro Quinto del Código Sanitario.

[87] El Reglamento sobre acciones vinculadas a la atención de salud realizada a distancia, contenido en el Decreto N°6, publicado en el Diario Oficial con fecha 9 de diciembre de 2022, establece:

- Artículo 4°: "Los prestadores de salud podrán realizar acciones o prestaciones de salud a través de herramientas tecnológicas tales como aplicaciones, robótica, inteligencia artificial, Internet de las Cosas (IoT), entre otras, en la medida que la naturaleza de las acciones o prestaciones lo admitan y que se garantice la calidad de la atención, la autonomía de la voluntad del paciente, la seguridad y la confidencialidad de los actos de las personas.

- Artículo 6°: "Se entenderá por herramientas tecnológicas al servicio de las acciones y prestaciones de salud a distancia, los programas computacionales, los dispositivos a que se refiere el artículo 4 de este reglamento, las aplicaciones, los soportes, sistemas o plataformas, por los cuales se puedan realizar acciones y prestaciones vinculadas con la salud a distancia, o sirvan de apoyo a éstas".

[88] Literal modificado por la Circular IF/N° 514, de fecha 17 de octubre de 2025.

[89] Literal modificado por la Circular IF/N° 514, de fecha 17 de octubre de 2025.

Las personas beneficiarias podrán acceder, sin restricción alguna, a las acciones y prestaciones de salud otorgadas a través de la modalidad de Telemedicina, y obtener la cobertura que dichas prestaciones tengan asignada en su respectivo plan de salud.

Durante la realización de una Teleconsulta, podrá notificarse un problema de salud GES, en la forma indicada en el Capítulo VI de las Garantías Explícitas en Salud, Título IV Normas Especiales para Prestadores, numeral 1.2.- "Constancia escrita en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES", letra d) "Uso en teleconsulta" del presente Compendio.

m.5 Plan de Salud y otorgamiento de la bonificación

Los planes de salud que las isapres comercialicen deberán incluir, a lo menos, la cobertura para las prestaciones de Telemedicina contenidas en el Arancel de Libre Elección del FONASA, y explicitar la cobertura que les corresponde[90].

Las isapres podrán celebrar convenios con prestadores para brindar las referidas prestaciones a sus beneficiarios.

El hecho de no contar con convenios para el otorgamiento de estas prestaciones no eximirá a la isapre de su financiamiento cuando éste le sea solicitado.

Para el otorgamiento de la bonificación, la isapre podrá requerir al beneficiario que acredite la realización de la atención a través de una boleta o factura emitida por el prestador, en que conste expresamente el código de la prestación[91] de Telemedicina realizada.

n) Cobertura para los Tratamientos de Quimioterapia[92]

1.- Composición:

Las isapres deberán otorgar cobertura a los esquemas terapéuticos que conforman los Tratamientos de Quimioterapia, incorporados en el arancel de acuerdo con los siguientes códigos, asignando como mínimo la cobertura financiera que se indica a continuación:

Código	Glosa	Cobertura Mínima por Ciclo*
2904001	Quimioterapia alto riesgo 1 (por ciclo)	$769.960
2904002	Quimioterapia alto riesgo 2 (por ciclo)	$200.910
2904003	Quimioterapia bajo riesgo 1 (por ciclo)	$1.086.010
2904004	Quimioterapia bajo riesgo 2 (por ciclo)	$312.160
2904005	Quimioterapia bajo riesgo 3 (por ciclo)	$41.230
2904006	Quimioterapia bajo riesgo 4 (por ciclo)	$10.590
2904007	Quimioterapia riesgo intermedio 1 (por ciclo)	$1.542.390
2904008	Quimioterapia riesgo intermedio 2 (por ciclo)	$463.250
2904009	Quimioterapia riesgo intermedio 3 (por ciclo)	$96.810

[90] Párrafo modificado por la Circular IF/N° 514, de fecha 17 de octubre de 2025.

[91] Palabra agregada por la Circular IF/N° 514, de fecha 17 de octubre de 2025.

[92] Letra incorporada por la Circular IF/N°360, del 25 de junio de 2020

2904010	Quimioterapia riesgo intermedio 4 (por ciclo)	$33.910
2904011	Quimioterapia radioterapia 1 (por ciclo)	$115.740
2904012	Quimioterapia radioterapia 2 (por ciclo)	$32.940
2904013	Tratamiento Terapia Endocrina 1 (por ciclo)	$687.480
2904014	Tratamiento Terapia Endocrina 2 (por ciclo)	$65.420
2904015	Tratamiento inhibidores tirosin kinasa 1 (valor trimestral)	$4.664.660
2904016	Tratamiento inhibidores tirosin kinasa 2 (valor trimestral)	$2.906.810
2904017	Tratamiento inhibidores tirosin kinasa 3 (valor trimestral)	$1.098.470
2904018	Tratamiento inhibidores tirosin kinasa 4 (valor trimestral)	$498.310

*Cobertura financiera mínima según Arancel 2020 Fonasa (Res. Exenta Nº1008/2019)

a. Definiciones:

De acuerdo a la Resolución Exenta Nº54, de 17 de febrero de 2020, del Ministerio de Salud, que modificó las Normas Técnico Administrativas del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud en la Modalidad de Libre Elección, estas prestaciones se definen como:

Quimioterapia: es el tratamiento en el que se usan fármacos para destruir las células cancerosas. Actúa evitando que las células cancerosas crezcan y se dividan en más células.

Terapia hormonal: es el tratamiento que hace lento o detiene el crecimiento del cáncer que usa hormonas para crecer.

Inmunoterapia: También denominada terapia biológica, es un tipo de tratamiento para el cáncer que estimula las defensas naturales del cuerpo a fin de combatir el cáncer.

Inhibidor de la tirosinakinasa: son sustancias que impiden la acción de las enzimas llamadas tirosinaskinasas. Las tirosinaskinasas forman parte de muchas funciones de la célula, incluso la señalización celular, el crecimiento y la multiplicación.

Los esquemas, a su vez, se clasifican según el riesgo dado por el daño que puede producir el fármaco a las células sanas, conforme a la siguiente pauta:

Esquema Terapéutico Alto riesgo: es el esquema que se puede administrar por vía endovenosa con necesidad de un catéter con reservorio, por vía intratecal, y que puede necesitar o no supervisión la administración en forma semanal o bien es necesaria la hospitalización del paciente para que el esquema sea administrado. En este esquema está considerada la profilaxis primaria, cuando se pueda desarrollar neutropenia. En este caso el fármaco, generalmente, produce daño.

Esquema Terapéutico Riesgo intermedio: es aquel esquema que requiere de supervisión de enfermería en forma periódica (por ejemplo 2 veces al mes). El fármaco puede producir daño.

Esquema Terapéutico Bajo riesgo: consiste, generalmente en indicar una monodroga, cuya administración puede ser por vía oral o intramuscular y que no tiene una mayor complejidad su administración. El fármaco no debería producir daños.

Ciclo: es el periodo de administración del tratamiento y el de descanso, hasta la siguiente administración.

2.- Acceso:

Para tener derecho a la cobertura de las prestaciones incluidas en los Tratamientos de Quimioterapia, el beneficiario debe contar con la correspondiente Orden Médica, entregada por el especialista Oncólogo u Hemato-oncólogo.

3.- Cobertura:

Las isapres, en conformidad con los artículos 189 y 190 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, deberán contemplar y otorgar la cobertura financiera que se fije como mínimo a cada una de las prestaciones que conforman los tratamientos de Quimioterapia, a partir de la vigencia de las respectivas instrucciones que dictan su incorporación al Arancel de la Modalidad Libre Elección del Fonasa.

La cobertura incluye los fármacos para quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia, inhibidores de tirosin kinasa, como tratamientos para el cáncer. Asimismo, se extiende a todos los insumos para la administración de los fármacos oncológicos, incorporándose, además, en el valor de los esquemas de riesgo alto e intermedio el valor de los fármacos para la profilaxis primaria y fármacos antieméticos.

El valor de los esquemas corresponde a un ciclo. Sólo en el caso de tratamiento con inhibidores de tirosin kinasa el valor es trimestral. El valor de los esquemas se actualizará conforme lo haga el arancel FONASA respectivo. La cantidad de ciclos necesarios para el tratamiento se determinará por el médico tratante

4.- Cobertura para los Tratamientos de Quimioterapia incorporados previamente a los contratos

En el evento de que las isapres hubiesen pactado en sus contratos, en forma previa a la vigencia de esta obligación, una determinada cobertura para las prestaciones asociadas a los tratamientos de Quimioterapia, deberán continuar otorgándola en la medida en que resulte superior a la que deriva de su incorporación al Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección. Asimismo, con posterioridad, pueden pactar una mejor cobertura para dichas prestaciones.

Las isapres deberán informar a sus afiliados acerca de las nuevas prestaciones de Quimioterapia incorporadas al Arancel, por todos los medios de comunicación de que dispongan, tales como correo electrónico, sitio web, redes sociales, avisos en sucursales, entre otros.

ñ) Cobertura para los PAD orientados a la resolución de tratamientos de Accidente Cerebrovascular (ACV)[93] [94]

La cobertura financiera mínima se consigna bajo los siguientes códigos:

Código	Glosa	Cobertura mínima (valores 2020) *
2505456	Trombólisis de urgencia infarto cerebral	731.840
2505939	Trombectomía mecánica infarto cerebral	4.445.930

***Cobertura financiera mínima según Arancel Fonasa (Res. Exenta N°1.008/2019, publicada en D.O. de 01.02.2020)**

1.1.- Definición de PAD-ACV

La Resolución Exenta N°54 de 13.02.2020, que modificó la Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud, que aprueba las Normas Técnico Administrativas, estableció, entre otras, las definiciones que a continuación se indican respecto de los siguientes PAD de Tratamientos de Accidentes Cerebrovasculares:

PAD código 2505456 Trombólisis intravenosa en el Infarto Cerebral: La trombólisis intravenosa consiste en la administración de un fármaco fibrinolítico por una vía venosa periférica. Se recomienda el tratamiento trombolítico con Alteplase (r-TPA) para el tratamiento de pacientes con infarto cerebral agudo de menos de 4

[93] Letra incorporada por Circular IF/N°364, del 11 de agosto de 2020

[94] La Circular IF N°487, de 18,.11.2024, reemplaza la letra “m” por la “ñ”

horas y media de evolución. La administración del fármaco se debe realizar lo antes posible, pues mientras antes se realice el tratamiento, mejores serán los resultados. Algunos pacientes con más de 4 horas y media y hasta 9 horas de evolución o con hora de inicio incierto, que son seleccionados en base a estudios imagenológicos avanzados (Resonancia Magnética o estudios de Perfusión), también se benefician del tratamiento trombolítico.

PAD código 2505939 Trombectomía Mecánica en el Infarto Cerebral: Es un tipo de tratamiento de urgencia para el Ataque Cerebrovascular isquémico (infarto cerebral), que consiste en la extracción del trombo o coágulo que se encuentra ocluyendo un vaso sanguíneo cerebral, por vía endovascular, mediante el uso de un dispositivo mecánico (Stent retriever u otro). Es un procedimiento invasivo que se realiza en un pabellón especializado, requiere monitoreo anestésico y sedación del paciente.

1.2.- Acceso a las prestaciones

Los beneficiarios que son candidatos clínicamente a acceder a las prestaciones señaladas en los PAD para tratamientos de accidentes cerebrovasculares, ACV, deben contar con una orden de atención médica emitida por un especialista Neurólogo y/o Neurocirujano médico.

Se excluye la evaluación previa del paciente, por parte del equipo médico tratante desde la cual se obtendrá la respectiva "Orden Médica" para realizar las prestaciones necesarias.

Podrán acceder a los PAD-ACV que se regulan en la presente Circular todos los beneficiarios, sin importar la edad.

1.3.- Cobertura a otorgar según Plan de Salud

Atendido que la incorporación de estos PAD ha tenido por objeto mejorar la cobertura financiera para el Tratamiento de Accidente Cerebrovascular, en caso que las atenciones no se otorguen a través de convenios en dicha modalidad, aquélla que asegura el Fonasa se destinará en su totalidad al financiamiento de las prestaciones que, formando parte de los PAD, no se encuentran individualmente codificadas en el arancel Fonasa Libre Elección.

En consideración a lo anterior, se instruye lo siguiente:

a) PAD código 2505456 “Trombólisis intravenosa en el Infarto Cerebral”.

Las isapres deberán otorgar la cobertura mínima que asegura el Fonasa para la trombólisis intravenosa que consiste en la administración de un fármaco fibrinolítico por una vía venosa periférica, prestación que no se encuentra individualmente codificada en el arancel Fonasa Libre Elección 2020.

b) PAD 2505939 “Trombectomía Mecánica en el Infarto Cerebral”

Las isapres deberán dar la cobertura que asegura el Fonasa al tratamiento de urgencia para el Ataque Cerebrovascular Isquémico (infarto cerebral), la que se aplicará exclusivamente para cubrir el dispositivo mecánico Stent retriever, dado que no existe una codificación individual de la citada prestación.

1.4.- Cobertura a otorgar por aplicación del PAD

Para efecto de dicho financiamiento, las isapres también podrán celebrar convenios con los prestadores, otorgando la cobertura al conjunto de prestaciones denominado PAD-ACV.

El PAD código 2505456 “Trombólisis intravenosa en el Infarto Cerebral”, tiene como límite financiero establecido, un máximo de una prestación por año por beneficiario.

El PAD 2505939 “Trombectomía Mecánica Infarto Cerebral” tiene como límite financiero establecido, un máximo de dos prestaciones por beneficiario por año.

1.5.- Cobertura incorporada previamente a los contratos

En el evento que las isapres hubiesen incorporado a sus contratos, en forma previa a esta obligación, una determinada cobertura para las prestaciones asociadas a los referidos tratamientos de accidentes cerebrovasculares, deberán continuar otorgándola en la medida que resulte superior a la que deriva de su incorporación al Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección.

o) Cobertura de la Consulta de Nutricionista. [95]

Las isapres deberán bonificar la Consulta de Nutricionista, conforme a las siguientes reglas[96].

o.1) Acceso a la prestación

Todo beneficiario tendrá derecho a la cobertura de la Consulta de Nutricionista[97].

La primera consulta de nutricionista, dentro del año calendario, deberá ser indicada por el médico tratante.

o.2) Cobertura aplicable

A la consulta de nutricionista se le deberá asignar la cobertura que contempla el Arancel de Modalidad Libre Elección de Fonasa para el código 26-02-001 cuya glosa es "ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA (POR SESIÓN)" o la cobertura correspondiente al código 26-08-201 cuya glosa es "TELECONSULTA: ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA (POR SESIÓN)", según corresponda[98].

Para el otorgamiento de la bonificación, la isapre podrá requerir al beneficiario que acredite la realización de las prestaciones a través de boletas o facturas o, cualquier otro documento que dé cuenta de su realización efectiva.

Las isapres que ya hubieran incorporado a su arancel, con anterioridad a esta norma administrativa, la Consulta de Nutricionista, deberán continuar otorgándole la cobertura asignada, si es superior a la dispuesta por la presente circular.

o.3) Plan de Salud y otorgamiento de la bonificación

Los nuevos planes de salud que la isapres comercialicen a partir de la notificación de la presente Circular deberán incluir en su formato la prestación “Consulta Nutricionista” y explicitar la cobertura que les corresponde.

Las isapres podrán suscribir convenios con prestadores que otorguen la “Consulta de Nutricionista”. El hecho de no contar con convenios para el otorgamiento de dicha prestación no las eximirá del otorgamiento de la cobertura cuando ésta les sea requerida.

Las isapres estarán obligadas a informar a sus afiliados y beneficiarios acerca de la incorporación a su Arancel y, consecuentemente al contrato de salud, de la Consulta de Nutricionista, por los medios de comunicación de que dispongan, tales como correo electrónico, sitio web, redes sociales, avisos en sucursales, entre otros.

---

[95] Letra incorporada por la Circular IF/N°371, del 27 de agosto de 2020. Posteriormente se reemplaza la letra “ñ” por la “o”, conforme a Circular IF N°487, de 18.11.2024.

[96] Párrafo reemplazado por Circular IF/N°508 de 08.09.2025.

[97] Párrafo reemplazado por Circular IF/N°508 de 08.09.2025.

[98] Párrafo reemplazado por Circular IF/N°508 de 08.09.2025

p) Cobertura sin límite financiero en determinadas prestaciones para los menores de 6 años[99]

Estarán exentas de límite financiero y no será necesario acreditar condición o diagnóstico particular para las prestaciones otorgadas a los menores de 6 años beneficiarios de isapres que así lo haya declarado la Resolución Exenta Nº 176 de 1999, del Ministerio de Salud, que aprueba el Arancel de Prestaciones de Salud del Libro II, del D.F.L. N°1, de 2005 de Salud, y la Resolución Exenta Nº277 de 2011, del mismo Ministerio, que establece las Normas Técnico Administrativas para la aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II, del D.F.L. Nº1, de 2005 de Salud, en la Modalidad Libre Elección, del mismo Ministerio, o las que en un futuro las reemplacen.

En tal sentido, las isapres deberán otorgar la cobertura del plan de salud sin topes de montos máximos anuales por beneficiario a las prestaciones de kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología y psiquiatría otorgadas a los menores de 6 años respecto de aquellos códigos del Arancel Fonasa en Modalidad Libre Elección a los que se les haya eximido de límite financiero por las normas antes señaladas y en las modalidades de atención que allí se establezca (Ej.: telerehabilitación, teleconsulta, presencial, etc.).

Las cláusulas que contravengan el párrafo anterior se tendrán por no escritas.

q)[100] **Cobertura para prestaciones de Kinesiología**[101]**:**

1.- Composición:

Las isapres deberán otorgar cobertura a las prestaciones de kinesiología incorporadas en el Arancel de acuerdo con los siguientes códigos, asignando como mínimo la cobertura financiera que Fonasa asegura en su Arancel MLE, según se indica a continuación:

ARANCEL 2021		
Código	**Glosa**	**Cobertura mínima**
0601101	Evaluación Kinesiológica Integral	$950
0601102	Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria o Domiciliaria	$2.920
0601103	Atención Kinesiológica Integral en Pacientes hospitalizados	$3.200
0601104	Atención Kinesiológica Integral UPC (Intensivo e Intermedio)	$6.050

*Cobertura financiera mínima según Arancel 2021 Fonasa (Res. Exenta Nº220/2021, publicada D.O. de 27.03.2021)

2.- Definición

De acuerdo a la Resolución Exenta Nº436, publicada en el Diario Oficial el 11 de mayo de 2021, del Ministerio de Salud, que modificó las Normas Técnico Administrativas del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud en la Modalidad de Libre Elección, **estas prestaciones integrales incluyen todas las terapias y procedimientos de kinesiterapia que deba realizar el profesional a un beneficiario en una sesión o prestación, entiéndase en este caso, sesión igual a prestación**.

Las citadas 4 prestaciones consideran evaluación y atención kinésica, todas integrales, que adquieren el nombre dependiendo del lugar donde se efectúa, pudiendo ser ambulatoria (box de atención, sala de

[99] Letra p) incorporada por la Circular IF/Nº 390, de 31 de agosto de 2021. Posteriormente se reemplaza la letra “o” por “p”, según la Circular IF N°487, de 18.11.2024
[100] Letra modificada por la Circular IF/Nº 395, de 15 de octubre de 2021. Posteriormente se reemplaza la letra “p” por “q”, según la Circular IF N°487, de 18.11.2024
[101] Letra incorporada por la Circular IF/Nº 393, de 8 de septiembre de 2021.

rehabilitación o domicilio), hospitalizada en servicios de menor complejidad y hospitalizada en Unidad de Paciente Crítico (UPC). Las características de cada una de ellas son las siguientes:

a) **Evaluación Kinesiológica Integral** (código 06-01-101): Atención destinada a realizar pesquisa, evaluación y valoración funcional, que permita, de acuerdo con el razonamiento clínico, realizar un diagnóstico kinesiológico y de esta forma programar la intervención terapéutica y sus objetivos de tratamiento.

Esta prestación deberá ser efectuada de forma independiente de las sesiones de tratamiento.

Incluye mediciones kineantropométricas y otras valoraciones estáticas o funcionales del ser humano, en paciente ambulatorio y hospitalizado.

b) **Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria o Domiciliaria** (código 06-01-102): Atención destinada a desarrollar, mantener, mejorar o recuperar el movimiento y la función de una persona en cualquier condición de salud a lo largo del curso de la vida, así como, la prevención de disfunciones a través de la prescripción, supervisión y facilitación de ejercicio terapéutico, entrenamiento funcional de ayudas técnicas y prótesis, más aplicación de terapias manuales, instrumentales o agentes físicos y otras estrategias terapéuticas que el avance de la ciencia y tecnología lo permita. El uso de las diferentes estrategias terapéuticas estará en relación con el diagnóstico médico de derivación y las necesidades de cada beneficiario. También se considera que estas prestaciones pueden ser entregadas en domicilio. Esta prestación, no incluye la evaluación integral del profesional.

c) **Atención Kinesiológica Integral en Pacientes hospitalizados** (código 06-01-103): Conjunto de prestaciones que incluye todos los procedimientos de kinesiterapia que deba realizar el profesional a un beneficiario hospitalizado, en una prestación, con excepción de las evaluaciones.

Incluye prestaciones de rehabilitación física, respiratoria, entre otras. Esta prestación se realiza en unidades de atención médico-quirúrgico, de baja o mediana complejidad. Excepto pacientes UPC (Unidad Paciente Crítico).

d) **Atención Kinesiológica Integral UPC** (Intensivo e Intermedio) (código 06-01-104): Conjunto de prestaciones que incluye todos los procedimientos de kinesiterapia que deba realizar el profesional a un beneficiario que permanece en unidad de paciente crítico, en una prestación, ya sea, con algún sistema de ventilación mecánica (invasiva o no invasiva), con excepción de las evaluaciones.

Incluye las prestaciones de rehabilitación intensiva y precoz, la conexión y adaptación del ventilador mecánico invasivo o no invasivo al beneficiario, destete, extubación, asistencia a intubación, fijaciones, rehabilitación de vía aérea artificial (Traqueostomía), prueba de tolerancia Ortostática, entre otros.

3.- Acceso a las prestaciones

Para acceder a la cobertura bastará presentar la orden médica de derivación con la respectiva prescripción en la que se identificará a la o al paciente, además de consignar el diagnóstico y la indicación de tratamiento, no siendo imprescindible el detalle de cada terapia a realizar, con excepción de los menores de 6 años, respecto de quienes no es necesario acreditar ninguna condición o diagnóstico en particular.

4.- Cobertura:

Las isapres se encuentran obligadas a financiar las prestaciones asociadas a las atenciones de Kinesiología Integral de acuerdo con lo determinado en el plan de salud complementario y, una vez consumida esa cobertura, conforme a lo establecido en el artículo 190 del DFL Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Del mismo modo, deberán bonificar las prestaciones kinesiológicas que se presenten a cobro de acuerdo con los códigos que se consignen en la orden médica, ya sea en la modalidad integral prevista en el Arancel vigente de Fonasa o, en su defecto, de forma individualizada de acuerdo con los códigos de prestaciones específicas.

Respecto de la Evaluación Kinesiológica Integral se considera, al menos, una evaluación inicial para programar las terapias o procedimientos y una segunda evaluación, luego de finalizar el tratamiento.

r) Cobertura para el PAD Reparación Prenatal de Espina Bífida[102]

r.1.- Acceso a las prestaciones

a) La prestación Reparación Prenatal de Espina Bífida sólo podrá ser realizada en el feto.
b) Requiere de orden médica y debe ser efectuada por especialista en Neurología y un multiequipo disciplinario (Neurocirugía, Ginecología y Obstetricia, Medicina Fetal.)

r.2.- Cobertura a otorgar según Plan de Salud

Las isapres se encuentran obligadas a financiar las prestaciones asociadas a las atenciones de Reparación Prenatal de Espina Bífida, código 2502023, de acuerdo con lo determinado en el plan de salud complementario y, una vez consumida esa cobertura, conforme a lo establecido en el artículo 190 del DFL Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Atendido que la incorporación de este PAD ha tenido por objeto mejorar la cobertura financiera para la Reparación Prenatal de Espina Bífida, en caso que las atenciones no se otorguen a través de convenios en dicha modalidad, aquélla que asegura el Fonasa se destinará en su totalidad al financiamiento de las prestaciones que, formando parte del referido PAD, no se encuentran individualmente codificadas en el arancel Fonasa Libre Elección.

Sobre el particular, cabe señalar que deberán considerarse dentro de la cobertura del referido código 2502023, los fármacos que se incluyen en la prestación.

r.3.- Cobertura a otorgar por aplicación del PAD

Para efecto de dicho financiamiento, las isapres también podrán celebrar convenios con los prestadores, otorgando la cobertura al conjunto de prestaciones denominado Reparación Prenatal de Espina Bífida.

r.4.- Cobertura incorporada previamente a los contratos

En el evento que las isapres hubiesen incorporado a sus contratos, en forma previa a esta obligación, una determinada cobertura para las prestaciones asociadas a la Reparación Prenatal de Espina Bífida, deberán continuar otorgándola en la medida que resulte superior a la que deriva de su incorporación del PAD al Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección.

s) Cobertura para el PAD orientado a Crosslinking Corneal[103]

s.1.- Acceso a las prestaciones

Debe ser efectuada por Médico Especialista en Oftalmología.

s.2.- Cobertura a otorgar según Plan de Salud

Las isapres se encuentran obligadas a financiar las prestaciones asociadas a las atenciones de Crosslinking corneal, código 2502024, de acuerdo con lo determinado en el plan de salud complementario y, una vez consumida esa cobertura, conforme a lo establecido en el artículo 190 del DFL Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud.

---

[102] Letra “q” incorporada por la Circular IF/Nº 395, de 15 de octubre de 2021.Posteriormente, cambia de letra “q” a “r”, según Circular IF N°487, de 18.11.2024

[103] Letra “r” incorporada por la Circular IF/Nº 395, de 15 de octubre de 2021. Posteriormente, cambia de letra “r” a “s”, según Circular IF N°487, de 18.11.204

Atendido que la incorporación de este PAD ha tenido por objeto mejorar la cobertura financiera para el Crosslinking Corneal, en caso que las atenciones no se otorguen a través de convenios en dicha modalidad, aquélla que asegura el Fonasa se destinará en su totalidad al financiamiento de las prestaciones que, formando parte del referido PAD, no se encuentran individualmente codificadas en el arancel Fonasa Libre Elección.

Al respecto, cabe hacer presente que el valor o costo de la prestación, no incluye bilateralidad.

s.3.- Cobertura a otorgar por aplicación del PAD

Para efecto de dicho financiamiento, las isapres también podrán celebrar convenios con los prestadores, otorgando la cobertura al conjunto de prestaciones denominado PAD Crosslinking Corneal.

s.4.- Cobertura incorporada previamente a los contratos

En el evento que las isapres hubiesen incorporado a sus contratos, en forma previa a esta obligación, una determinada cobertura para las prestaciones asociadas al Crosslinking corneal, deberán continuar otorgándola en la medida que resulte superior a la que deriva de su incorporación del PAD al Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección.

t) Cobertura sin montos máximos anuales de bonificación por beneficiario, para las prestaciones de salud asociadas al Trastorno del Espectro Autista (TEA)[104]

En virtud de lo dispuesto en la Ley Nº21.545, las isapres deberán otorgar la cobertura del plan de salud complementario sin aplicar montos máximos anuales de bonificación por beneficiario respecto de las prestaciones de psiquiatría, psicología, kinesiología, terapia ocupacional y/o fonoaudiología prescritas a sus beneficiarios diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA). En consecuencia, al momento de determinar la bonificación específica, deberán prescindir de la columna "Tope máx. año contrato por beneficiario", cualquiera sea la edad de esta persona y antigüedad del contrato.

Para acceder a esta cobertura, el beneficiario o quien lo represente deberá presentar a la isapre un informe o certificado emitido por un médico especialista en neurología, psiquiatría o con formación en trastornos del neurodesarrollo que acredite el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Conjuntamente con lo anterior, deberá acompañar un instrumento de evaluación diagnóstica estructurada o de tamizaje, tal como, test ADOS-2, ADI-R, tamizaje M-CHAT (o su versión M-CHAT-R/F) u otro equivalente conforme a la lex artis médica, realizado por un profesional de salud capacitado en el uso de tal herramienta.

Atendido que el Trastorno del Espectro Autista es una condición del neurodesarrollo de carácter permanente que abarca todo el ciclo vital, dicho certificado u orden médica no estará sujeto a vigencia temporal, ni requerirá de actualizaciones o renovaciones periódicas.

Asimismo, para dar por formalizada esta solicitud de cobertura, bastará con la presentación de un informe o certificado y el instrumento de evaluación diagnóstica que el beneficiario ya tenga en su poder, siempre y cuando dichos documentos consignen explícitamente el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Las Instituciones de Salud Previsional no podrán exigir la repetición de consultas de especialidad, evaluaciones diagnósticas, exámenes confirmatorios o la realización de nuevas prestaciones clínicas a pacientes que ya tengan su condición debidamente acreditada conforme a esta normativa, toda vez que ello constituye una barrera de acceso injustificada y contraria al espíritu de la Ley N°21.545.

Las isapres no podrán exigir, como requisito para acceder a esta bonificación, la inscripción del beneficiario en el Registro Nacional de Discapacidad regulado por la Ley Nº20.422.

---

[104] Letra “t” incorporada por la Circular IF/Nº528, 26 de mayo de 2026, posteriormente, modificada por RE IF/N°11156, de 23 de septiembre de 2026, complementada por RE IF/N°12343, de 21 de octubre de 2026.

Asimismo, las instituciones tampoco podrán intervenir en la determinación de las prestaciones que componen el abordaje terapéutico de una persona con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), ya que su definición dependerá de las necesidades específicas del beneficiario y de la indicación del profesional tratante, sea este, neurólogo, psiquiatra o facultativo con formación en trastornos del neurodesarrollo. En consecuencia, no podrá condicionar la bonificación de una prestación particular (por ejemplo, fonoaudiología), a la ejecución previa o simultánea de otras atenciones (por ejemplo, terapia ocupacional y/o psicología), por cuanto, al tratarse de una condición del neurodesarrollo que se manifiesta de forma distinta en cada paciente, el abordaje integral debe ajustarse según el caso.

Con el fin de otorgar certeza operativa y facilitar la emisión de bonos electrónicos, los beneficiarios que requieran acceder a esta cobertura sin tope anual deberán solicitarlo expresamente. Para lo anterior, deberán adjuntar la documentación a través de la Sucursal Virtual o realizar dicho trámite en forma presencial en las agencias o sucursales de la isapre.

En todos los casos, cualquiera sea la vía de ingreso, la institución deberá entregar un comprobante físico o electrónico que acredite la fecha y hora de la recepción conforme de los referidos documentos. Asimismo, la isapre dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles, contados desde el requerimiento, para validar los antecedentes, materializar el registro interno, adecuar sus soportes informáticos para permitir la compra directa de bonos sin tope anual, y notificar por escrito a la persona afiliada.

La aludida comunicación informará sobre la habilitación permanente de esta cobertura o, en su defecto, los fundamentos del rechazo y se remitirá mediante correo electrónico a la última dirección registrada, en caso contrario, deberá hacerlo por carta certificada. Ante una negativa, la respuesta indicará expresamente sobre el derecho que asiste al beneficiario de presentar un reclamo ante la Superintendencia de Salud.

3. Normas sobre bonificación

3.1. Regla general de otorgamiento de beneficios[105]

Para el efecto de solicitar reembolso de prestaciones o requerir órdenes de atención, la isapre sólo podrá exigir la presentación del documento identificatorio que debe otorgar antes de la entrada en vigencia de los beneficios, la cédula de identidad y los documentos que acrediten el otorgamiento de la prestación (tales como el original de boleta o factura y la orden médica, u otro documento auténtico, en caso de exámenes o procedimientos), cuando éstos sean requeridos por el o la titular o un beneficiario o beneficiaria[106].

Si el reembolso o compra de órdenes de atención es realizado por una persona mandataria del o la titular no beneficiaria del contrato, la isapre sólo podrá exigir, además de los requisitos enunciados en el párrafo anterior, una copia de la cédula de identidad del o la titular, un poder simple del o la titular autorizando al portador o portadora, y la cédula de identidad de esta última persona[107].

En el caso que la atención de salud sea entregada a menores de edad que están bajo el cuidado de una tercera persona que no sea titular del contrato de salud, la isapre deberá implementar los procedimientos que sean necesarios para facilitar el acceso a los beneficios del contrato a estos beneficiarios y beneficiarias.

Respecto de las personas extranjeras, la isapre deberá considerar como antecedente suficiente para acreditar la identidad y acceder a todos los beneficios del contrato, la exhibición de la cédula de identidad de extranjeros, y en caso de que ésta se encuentre vencida, deberá considerarla vigente tal como lo expresa la ley, cuando se exhiba en conjunto con un certificado de residencia en trámite, o de prórroga de residencia temporal en trámite.

3.2. Reglas especiales

a) Bonificación de prestaciones otorgadas por prestadores que emiten boletas de ventas y servicios no afectos o exentos de IVA

[105] Primer párrafo del punto N°4.1 y letra b) del punto 8.2 de la Circular IF Nº 116, de 21 de abril de 2010.
[106] Tercer párrafo del punto N°4.1 y letra b) del punto 8.2 de la Circular IF Nº 116, de 21 de abril de 2010.
[107] Cuarto párrafo del punto N°4.1 y letra b) del punto 8.2 de la Circular IF Nº 116, de 21 de abril de 2010.

Tratándose de prestaciones de salud recibidas por un afiliado o sus cargas, éstas deben estar respaldadas por boleta de honorario, boleta de prestación de servicios o boleta de ventas y servicios no afectos o exentos de lVA, según la tributación del prestador del servicio.

Para obtener cobertura por las prestaciones otorgadas por entidades que emitan boletas de ventas y servicios no afectos o exentos de IVA, los afiliados deberán dar cumplimiento de lo pactado en los respectivos contratos de salud y presentar a la isapre el duplicado o copia del cliente de la boleta mencionada.

b) Reembolso en el caso de pérdida de boletas

En los casos de pérdida fortuita de las boletas que den cuenta de atenciones de salud, para efectos de reembolsar las mismas, las isapres considerarán como documentos válidos las fotocopias que se indican, cuando la solicitud de bonificación presentada por el beneficiario cumpla con los siguientes requisitos:

1. Presentar fotocopia de la boleta, la que debe estar emitida en forma nominativa, e identificar al afiliado o su carga, con el nombre, apellidos, domicilio y RUT.

2. La fotocopia de la boleta debe obtenerse del ejemplar de la copia Servicio de Impuestos Internos que está en poder del prestador del servicio. No se acepta la fotocopia de la misma boleta extraviada, es decir del "Original Cliente" o "Duplicado o Copia Cliente".

3. La fotocopia de la boleta debe estar certificada ante notario, donde conste que es copia fiel del "Original o Copia Servicio de Impuestos Internos".

4. Se deberá acompañar, además, un declaración jurada firmada ante Notario, donde se señale que la pérdida o inutilización de la boleta fue fortuita. Debe considerarse como pérdida o inutilización fortuita aquella que ocurre casualmente, sin la voluntad del afiliado, quien ha debido adoptar los cuidados razonables y necesarios para el resguardo de este documento.

c) Validez de solicitudes de reembolso con copias de recetas retenidas o recetas cheques

Las solicitudes de reembolso de prestaciones otorgadas bajo la modalidad de receta retenida o receta cheque, podrán estar respaldadas por boletas u otros documentos originales que las detallen y acrediten su pago o, en su defecto, por copias autorizadas ante Notario de los mismos.

Las isapres deberán reconocer plena validez y eficacia a las copias de las recetas retenidas y/o recetas cheque extendidas conforme a lo señalado en el Reglamento de Farmacia, que se acompañen a las solicitudes de reembolso de prestaciones que efectúen los beneficiarios.

d) Cobertura de la presbicia

Las isapres no podrán exigir una receta médica como condición para otorgar la bonificación de los lentes destinados al tratamiento de la presbicia.

3.3. Pago a través de Órdenes de Atención

En caso que el pago de las prestaciones de salud se lleve a cabo a través de órdenes de atención, el afiliado pagará el monto correspondiente a la parte no bonificada o copago, en la Isapre o directamente en el prestador que otorgó las atenciones, según el mecanismo que se hubiere convenido entre la aseguradora y el prestador, el que deberá estar en conocimiento del afiliado[108].

En ambos casos, los valores registrados en las órdenes de atención o bonos, deberán contemplar, a lo menos, el total cobrado por las prestaciones recibidas, el monto total de la bonificación otorgada por la Isapre y el copago efectivo, independientemente del mecanismo utilizado, de acuerdo a las alternativas descritas en el párrafo anterior.

Tratándose de bonos electrónicos, las isapres deberán garantizar el acceso universal a dicha modalidad de pago de las prestaciones, por parte de las personas beneficiarias. En tal sentido, las limitaciones de los sistemas que esas instituciones empleen para la verificación de la identidad, en ningún caso podrán constituir un obstáculo para la emisión de dichas órdenes de atención[109].

En caso de que la isapre haya optado por la biometría como medio de verificación de la identidad de las personas beneficiarias en el proceso de emisión de bonos electrónicos, corresponderá a cada institución la

[108] Incorporado por Circular N°157, del 22.09.11.

implementación de un mecanismo alternativo para la verificación de identidad, que posibilite el acceso a dicha modalidad de pago, por parte de aquellas personas que, por diversas causas, se vean impedidas de efectuar ese tipo de validación, ya sea temporal o indefinidamente.

El mecanismo auxiliar de validación de identidad que disponga la isapre, deberá permitir a las personas la adquisición de las órdenes de atención médica electrónica en las mismas condiciones, celeridad y oportunidad con las que opera la validación biométrica, sin que sea procedente la imposición de trabas o cargas adicionales para su uso.

Dicho medio, deberá encontrarse permanentemente disponible para las personas, bastando la sola solicitud de la interesada para su activación, sin que les pueda ser exigible el sometimiento a un proceso de evaluación o acreditación de una condición médica determinada.

Será responsabilidad de las isapres informar a las personas beneficiarias sobre la existencia de los medios auxiliares de verificación de identidad para la compra de bonos electrónicos debiendo, además, adoptar las medidas necesarias para que los prestadores de salud informen de la existencia de dichas alternativas[110].

3.4 Pago a través de Programas de Atención Médica u otros mecanismos equivalentes[111]

Cuando el pago de las prestaciones de salud se lleve a cabo a través de la modalidad Programa de Atención Médica (PAM) u otras modalidades similares, la isapre deberá otorgar la cobertura requerida dentro de un plazo no superior a 60 días corridos, contado desde la presentación del PAM o documento equivalente por la persona beneficiaria o el prestador de salud, según sea el caso.

Sin perjuicio de lo anterior, para efectos de la fiscalización del cumplimiento de esa obligación por parte de la Isapre, dicho plazo se entenderá suspendido durante el tiempo en que el Programa se encontrare en poder del prestador de salud, esto en caso de haberse requerido nuevos antecedentes necesarios para la correcta tramitación del mismo, la aclaración de puntos dudosos o la subsanación de eventuales errores que dicho documento pudiera contener[112].

La isapre deberá informar a esta Superintendencia cuando opte por pactar con prestadores de salud, modalidades de pago diversas al Programa de Atención Médica, lo que bajo ningún concepto la habilitará para aumentar el plazo para el otorgamiento de coberturas, indicado en el párrafo anterior.

3.5 Solicitud de antecedentes a Prestadores de Salud

Conforme a lo establecido en el artículo 110 N° 9, del DFL N°1, del Ministerio de Salud, tanto los prestadores de salud como las isapres, deben procurar que la ejecución práctica de los contratos que celebren, no afecte el correcto otorgamiento de los beneficios a que tienen derecho las personas afiliadas y beneficiarias.

En ejercicio de la facultad de velar por el cumplimiento de dicha obligación y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 126 del mismo cuerpo legal, esta Superintendencia podrá requerir a los prestadores de salud los antecedentes y explicaciones que estime necesarios, en caso de existir dilaciones en los procesos de tramitación de aquellos Programas de Atención Médica (PAM) u otros documentos equivalentes que se encuentren o hayan estado en su poder por haberse solicitado por parte de la isapre nuevos antecedentes, la aclaración de puntos dudosos o la subsanación de eventuales errores que pudieran contener, entre otras causas.

4. Beneficios con cargo a la cuenta corriente de excedentes[113]

El afiliado podrá hacer uso de los excedentes de cotización para alguno de los destinos previstos en el inciso segundo del artículo 188 del DFL Nº 1, en cualquier momento.

---

[110] Párrafos tercero y siguientes agregados por Circular IF/N° 476 de 31 de julio de 2024, modificada por la Resolución IF/N° 13859 de fecha 1 de octubre de 2024. La vigencia para la implementación de las instrucciones se prorrogó hasta el día 2 de enero de 2025.

[111] Numerales 3.4 y 3.5 incorporados por la Circular IF/Nº 429 de fecha 9 de mayo de 2023.

[112] Párrafo agregado por Resolución Exenta IF/N° 5174 de 24 de octubre de 2023, que modificó la Circular IF/N° 429 de mayo de 2023.

[113] Punto 4.5 de la Circular IF Nº 116, de 21 de abril de 2010.

Para tales efectos, deberá efectuar una solicitud a la isapre, la que deberá resolver a más tardar dentro de los dos días hábiles siguientes, de acuerdo al saldo disponible que tenga el cotizante en su cuenta corriente individual.

Título VI Restricciones de Cobertura

1. Cobertura de enfermedades preexistentes declaradas

Según lo dispuesto en la letra g) del artículo 189 del DFL Nº 1, las restricciones a la cobertura sólo podrán estar referidas a enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo máximo de dieciocho meses, contado desde la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario. Durante este período, las prestaciones correspondientes deberán ser bonificadas, al menos, según la cobertura mínima del 25% que establece el inciso primero del artículo 190 del citado decreto.

Se entenderá que el plazo indicado en el párrafo anterior, se cuenta a partir del primer día del mes siguiente a aquél en que se suscriba un contrato.

2. Cobertura de enfermedades preexistentes no declaradas

El plazo a que se refiere el Nº 6 del artículo 190 del DFL Nº 1, en relación con la cobertura de las enfermedades preexistentes no declaradas, se contará a partir del primer día del mes siguiente a aquél en que se suscriba el respectivo contrato de salud, o desde el primer día del mes siguiente a aquél en que se incorpore beneficiario, en su caso.

3. Cobertura de supuestas preexistencias respecto de las que no existen pruebas[114]

4. Cobertura del parto [115]

El otorgamiento de la cobertura de las prestaciones asociadas al parto, no podrá estar condicionado a la circunstancia de haber sido conocido o no el estado de embarazo al momento de la suscripción o de la incorporación de la beneficiaria, por cualquiera de las partes, sin que la Isapre pueda, en consecuencia, exigir una declaración sobre dicho estado.

La cobertura de las prestaciones asociadas al parto no podrá ser inferior a la que resulte de aplicar al plan, la proporcionalidad que establece el artículo 189, inciso segundo de la letra g), del DFL N°1, de 2005, de Salud.

Dicha cobertura corresponde a la proporción resultante entre el número de meses trascurridos desde la suscripción del contrato hasta la ocurrencia del parto, y el número total de meses de duración efectiva del embarazo, aplicada al plan convenido y vigente. En todo caso, las partes podrán pactar condiciones superiores a la recién indicada[116].

Con todo, tratándose de la sustitución de un plan con cobertura reducida de parto, por un plan con cobertura general, de una beneficiaria de la misma isapre, deberá agregarse a dicha proporción, aquélla correspondiente a la aplicación del plan que estaba vigente a la fecha de la modificación.

Esta cobertura proporcional sólo se aplicará en el evento que la fecha probable de concepción sea anterior a la suscripción o modificación del contrato.

Anexo

Corresponde al Anexo Nº 5 de la Circular Nº 57, 4.02.2000, Imparte instrucciones sobre planes cerrados y planes con prestadores preferentes.

“Listado de especialidades médicas certificadas”

---

[114] Extraído y trasladado al Compendio de Procedimientos Capítulo I "Procedimientos Relativos al Contrato de Salud", Título V "Cumplimiento del contrato de salud", por Circular IF N°503, de 11.07.2025.

[115] Modificado por Circular IF N°233, de 18.11.2014

[116] Párrafo incorporado mediante Circular IF N°271, de 21.07.2016

- Anatomía Patológica
- Anestesiología
- Cardiología
- Cirugía General
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica y Reparadora
- Cirugía de Tórax y Cardiovascular
- Cirugía Vascular Periférica
- Dermatología y Venereología
- Endocrinología
- Endocrinología Pediátrica
- Enfermedades Respiratorias
- Enfermedades Respiratorias Pediátricas
- Gastroenterología
- Gastroenterología Pediátrica
- Genética Clínica
- Hematología
- Hemato-Oncología Pediátrica
- Infectología
- Laboratorio Clínico
- Medicina Familiar
- Medicina Física y Rehabilitación
- Medicina Interna
- Medicina Legal
- Medicina Nuclear
- Nefrología
- Nefrología Pediátrica
- Neonatología
- Neurocirugía
- Neurología
- Neurología Pediátrica
- Obstetricia y Ginecología
- Oftalmología
- Ortopedia y Traumatología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Psiquiatría
- Psiquiatría Infantil
- Radiología
- Reumatología
- Salud Pública
- Urología

Capítulo II de los Subsidios por Incapacidad Laboral

Título I Subsidios por Incapacidad Laboral

1. Pago de los subsidios por incapacidad laboral

Autorizada la licencia por la isapre o tenida por autorizada por el transcurso del plazo establecido en el artículo 196 del DFL Nº 1 la Institución estará obligada a pagar los subsidios cuando proceda, los que se otorgarán en las condiciones generales del Libro II del citado DFL Nº 1, o superiores si las partes lo acordaren.

El cálculo de los subsidios por incapacidad laboral que paguen las isapres debe sujetarse a lo dispuesto en el artículo 8° del DFL N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, si se trata de licencias por enfermedad común o por enfermedad grave del hijo menor de un año y a lo establecido en el inciso segundo del artículo 1° de la Ley N°18.867, si se refiere a los subsidios que se otorguen en virtud de los artículos 181 (subsidio por reposo pre y post natal) y 182 (subsidio por reposo maternal suplementario y de plazo ampliado) del Código del Trabajo.

De acuerdo al inciso segundo del artículo 149 y al inciso primero del artículo 194, ambos del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, los trabajadores independientes, ya sea que tengan la calidad de titular o carga en un contrato de salud, tendrán derecho a subsidio por incapacidad laboral, en la medida que cumplan los requisitos que en dicho inciso segundo se indican. Respecto de los trabajadores independientes a que se refiere el artículo 89 del D.L. 3.500, de 1980, se entenderán cumplidos los requisitos señalados en los numerales 2, 3, y 4 del inciso segundo antes mencionado, a partir del día 1 de julio del año en que se pagaron las cotizaciones y hasta el 30 de junio del año siguiente a dicho pago. Asimismo, conforme al citado artículo 194, los trabajadores y trabajadoras dependientes que sean cargas en un contrato de salud previsional tendrán derecho a subsidio por incapacidad laboral, en la medida que cumplan los requisitos para gozar de él. Ello, por cuanto el pago del subsidio constituye un beneficio mínimo del contrato de salud para todos los beneficiarios y beneficiarias que tengan derecho a él, tanto titulares como cargas. [117]

Cabe destacar que los N° 3 y 4 del artículo 110 del DFL N°1, de 2005, encomiendan a esta Superintendencia la fiscalización del debido cumplimiento por parte las isapres de las obligaciones que establece la Ley y aquellas que emanen de los contratos de salud y velar porque ellas cumplan con las leyes y reglamentos que las rigen y con las instrucciones que este Organismo emita. En virtud de lo anterior, esta Superintendencia podrá revisar el cálculo de los subsidios por incapacidad laboral, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros Organismos Fiscalizadores.

Asimismo, esta Superintendencia fiscalizará que se dé cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 20 del DFL N°44, de 1978, en orden a que los subsidios se paguen, por lo menos, con la misma periodicidad de las remuneraciones, sin que pueda ser, en caso alguno, superior a un mes. En consecuencia, la primera cuota del subsidio deberá pagarse como máximo dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se haya presentado la licencia y las demás cuotas con una frecuencia de a lo más un mes entre ellas.

1.1. Pago a los empleadores del sector público de la suma equivalente al mínimo de los subsidios por incapacidad laboral[118]

Cabe hacer presente que los funcionarios públicos regidos por la Ley N°18.834 (Estatuto Administrativo de los Empleados Públicos), durante los períodos de goce de licencia por enfermedad o embarazo, tienen derecho a la mantención del total de sus remuneraciones y su pago corresponde al Servicio o Institución empleadora, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 12 de la Ley N°18.196. Conforme a esta última norma, la Isapre debe reembolsar a la Institución empleadora una suma equivalente al mínimo del subsidio que le habría correspondido percibir al trabajador, de haberse encontrado afecto a las disposiciones del DFL N°44, de 1978. Las sumas a reembolsar incluyen el subsidio líquido y las cotizaciones.[119]

Cabe señalar que igual obligación establece el artículo único de la Ley N°19.117 respecto de los funcionarios regidos por la Ley N°18.883 (Estatuto Administrativo de los Empleados Municipales) o de los profesionales de

[117] Párrafo incorporado por Circular IF/N° 327, de 2019 y modificado por Circular IF/N° 414, de 21.10.22.

[118] Numeral insertado por Circular IF/N° 491, de 13.1.2025

[119] Parte final eliminada por Circular IF/N° 491, de 13.1.2025

la educación regidos por el artículo 36, inciso tercero, de la Ley N°19.070, acogidos a licencia médica por enfermedad.[120]

Párrafos suprimidos.[121]

La obligación de la isapre nace por disposición de la ley, independientemente de su cobro posterior, y para que nazca, basta que el servicio público haya pagado la remuneración de un beneficiario de la isapre a quien le habría correspondido percibir subsidio, de haberse encontrado afecto a las disposiciones del DFL N°44, de 1978.

Al respecto, se entenderá que constituye suficiente presentación de cobro por el empleador del sector público el ingreso a la isapre de la licencia médica del trabajador, con sus antecedentes, bajo la condición de que ésta sea autorizada o se entienda aprobada y haya transcurrido el plazo que el artículo 40 del DS Nº 3 de 1984 otorga al trabajador, a sus cargas familiares y al empleador para reclamar ante la COMPIN correspondiente o, habiéndose interpuesto tal reclamo o remitidos los antecedentes por la isapre en virtud del artículo 3° inciso 3° de la Ley Nº 20.585, la COMPIN haya emitido su pronunciamiento autorizando la licencia médica, sea en forma completa o reducida.

En los casos descritos en el párrafo inmediatamente precedente, el plazo para el pago de la isapre al empleador del sector público se diferirá y vencerá el décimo día del mes siguiente a aquel en que haya quedado firme la autorización de la licencia por la isapre o por la COMPIN, según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, en el evento de que la institución pública empleadora ingrese formalmente una presentación de cobro de las sumas señaladas en el párrafo 1°, sin que el pago hubiere sido efectuado con anterioridad, dicho pago deberá ser realizado dentro del plazo fatal de los diez (10) primeros días del mes siguiente a aquél en que se haya ingresado la presentación del cobro respectivo.

En armonía con lo dispuesto en el artículo 20° del citado DFL Nº 44, las referidas sumas se pagarán, por lo menos, con la misma periodicidad que la remuneración, sin que pueda ser, en caso alguno, superior a un mes.

Las cantidades que no se paguen oportunamente, se reajustarán en el mismo porcentaje en que hubiere variado el IPC determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el mes anterior a aquél en que debió efectuarse el pago y el mes precedente a aquél en que efectivamente se realice y devengarán interés corriente.[122]

2. Convenios de pago de subsidios por incapacidad laboral celebrados con empleadores

Las isapres que, en uso de la facultad que les confiere el artículo 19 del D.F.L. Nº 44, celebren convenio con los empleadores para el pago de los subsidios, deberán tener presente que tal facultad no puede hacerse extensiva al pago de las correspondientes cotizaciones, dado que tal obligación no es delegable, conforme a lo dispuesto en el artículo 195 del DFL Nº 1, y consecuente con lo expresado en el artículo 22 del D.F.L. Nº 44, de 1978 y el artículo 17 del D.L. Nº 3.500, de 1980.

En el evento que las isapres celebren convenios de pago con los empleadores, para que estos últimos paguen el subsidio por incapacidad laboral a los trabajadores, debe tenerse presente que el obligado primero y natural al pago del subsidio es el organismo pagador, en este caso la isapre.

Si el trabajador tiene dificultades para que el empleador le pague el subsidio que le corresponde, la isapre deberá pagarlo sin más trámite al afectado, aun cuando los dineros hayan sido enviados a la entidad empleadora con la que se tiene convenio, debiendo posteriormente solucionar ese aspecto directamente con la empresa y evaluar la conveniencia de mantener dicho convenio, ya que éste tiene como propósito facilitar el pago a los trabajadores.

Las isapres deberán tomar todos los resguardos necesarios para que los trabajadores reciban efectivamente el subsidio que les corresponde y que los empleadores no realicen a dichos subsidios descuentos que no proceden de acuerdo a la normativa legal.

---

[120] Párrafos 2° al 6° incorporados por Circular IF/275, de 2016.

[121] Nuevos párrafos penúltimo y último, que habían sido incorporados por Circular IF/346, de 31.01.20, fueron suprimidos por Resolución Exenta SS/968, de 23.12.21, que acogió recursos jerárquicos deducidos en contra de aquélla.

[122] Párrafos 3° a 8° incorporados por Circular IF/N° 491, de 13.1.2025

Si por cualquier causa termina el contrato de trabajo y la persona continúa con licencias médicas, los subsidios deben ser pagados por la entidad pagadora de subsidios respectiva.

3. Plazo de prescripción para el cobro de los subsidios

Conforme a lo establecido en el inciso segundo del artículo 155 del DFL Nº 1, el derecho a impetrar el subsidio por incapacidad laboral prescribe en seis meses desde el término de la respectiva licencia médica.

El plazo de prescripción de seis meses que establece la norma referida precedentemente para impetrar el subsidio por incapacidad laboral está referido tanto a la solicitud del beneficio como a su cobro efectivo, de tal manera que dentro del plazo de seis meses contado desde el término de la correspondiente licencia médica deberá haberse solicitado y cobrado el subsidio a que aquella ha dado derecho.

Lo anterior no significa que el trabajador deba efectuar otro trámite para expresar que está cobrando el subsidio, por cuanto la sola presentación de la licencia médica implica la solicitud del beneficio, pero sí exige que el trabajador, dentro del plazo antes referido, cobre materialmente el subsidio a la entidad otorgante.

La Isapre deberá acreditar el envío al cotizante de la comunicación que informa sobre el pago del subsidio por incapacidad laboral, debiendo demostrar su entrega en el domicilio o remisión del correo electrónico, según corresponda.[123]

Los cobros que puedan efectuar los servicios públicos o instituciones empleadoras a las isapres por efecto de la aplicación del artículo 12 de la Ley Nº 18.196 y del artículo único de la Ley Nº 19.117, se encuentran afectos a la prescripción general establecida en los artículos 2514 y 2515 del Código Civil.

4. Comunicación al trabajador[124]

La isapre debe informar al trabajador, mediante carta certificada o correo electrónico, acerca del pago del subsidio por incapacidad laboral a que tenga derecho, dentro del plazo de 15 días corridos, contado desde la recepción de la licencia médica, siempre que esta comunicación sea recibida por el trabajador, en forma previa a la fecha del pago del subsidio, con excepción de los funcionarios públicos regidos por la Ley N° 18.834 (Estatuto Administrativo de los Empleados Públicos), funcionarios regidos por la Ley N°18.883 (Estatuto Administrativo de los Empleados Municipales), profesionales de la educación regidos por el artículo 36, inciso tercero, de la Ley N°19.070 y trabajadores del sector privado cuyos empleadores hayan celebrado convenios en virtud de lo establecido en el artículo 19 del DFL N° 44 de 1978, lo siguiente:

a) Fecha a partir de la cual estará disponible el subsidio.

b) Medio a través del cual se pagará el subsidio.

c) Lugar en que se debe cobrar el subsidio.

d) El plazo perentorio con que cuenta el trabajador para realizar el cobro del subsidio, ya sea personalmente o a través de un representante, y la forma en que podrá cobrar el representante.

e) Que el reclamo ante la COMPIN y la apelación ante la Superintendencia de Seguridad Social suspenden el plazo de prescripción para el cobro del subsidio, especificando la forma de su cómputo.

La misma información señalada precedentemente, deberá remitirse al trabajador para notificar el redictamen de la COMPIN que autorice la licencia médica y que dé origen al pago del subsidio por incapacidad laboral. Dicha

[123] Párrafo incluido por Circular IF/N° 296/17

[124] Texto incluido por Circular IF/N° 296/17

comunicación deberá enviarse por correo certificado o correo electrónico -en el evento que el afiliado haya aceptado este medio de notificación-, dentro del plazo establecido por la respectiva COMPIN en su resolución o, en caso que la COMPIN no haya fijado dicho plazo, dentro del plazo máximo de siete días hábiles contado desde que la isapre tome conocimiento del redictamen.

Título II Subsidio por Incapacidad Laboral y Pensión de Invalidez

1. Fecha en que se devenga la pensión transitoria de invalidez para los trabajadores afectos al DL Nº 3.500, de 1980, en goce de subsidio por incapacidad laboral durante el trámite de calificación de la invalidez

De conformidad a lo establecido en el artículo 73 del D.S. Nº 57, de 1990, de Previsión Social, que contiene el Reglamento del DL Nº 3.500, de 1980, las pensiones transitorias de invalidez se devengan a contar de la fecha que señale el dictamen respectivo.

Por esta razón, al momento de declarar la invalidez de un trabajador afiliado al Sistema de Pensiones del referido DL, conforme a un primer dictamen, las Comisiones Médicas Regionales y la Comisión Médica Central en su caso, deben consignar en el respectivo dictamen o resolución, la fecha a contar de la cual se devengará el beneficio de pensión que genera la declaración de invalidez, aplicando, según corresponda la norma de carácter general o alguna de las excepciones contempladas en el artículo 31 del citado Reglamento[125].

Por regla general, las pensiones de invalidez se devengarán a contar de la fecha de declaración de la invalidez y ésta corresponderá a la de presentación de la respectiva solicitud de pensión. Excepcionalmente, en el caso de los trabajadores acogidos a subsidio por incapacidad laboral dicha pensión se devengará desde el día siguiente al de término de la última licencia médica vigente a la fecha en que quede ejecutoriado el dictamen.

2. Incompatibilidad entre las pensiones de invalidez y el subsidio por incapacidad laboral

El inciso segundo del artículo 12 del D.L. Nº 3.500, de 1980, establece la incompatibilidad entre las pensiones de invalidez del citado decreto ley y los subsidios por incapacidad laboral, disposición que se encuentra reglamentada por el artículo 75 del D.S. Nº 57 de 1990.

Sólo existe incompatibilidad entre la pensión de invalidez y el subsidio por incapacidad laboral, cuando la licencia médica se funda en las mismas causas que originaron la declaración de invalidez.

Para establecer la fecha de devengamiento de la pensión transitoria, en el evento que el afiliado al Sistema de Pensiones del referido DL se encuentre en goce de subsidio por incapacidad laboral, deberá considerarse la causal de la última licencia médica vigente a la fecha en que haya quedado ejecutoriado el dictamen[126].

En consecuencia, el solo hecho de que el afiliado al Sistema de Pensiones se encuentre acogido a subsidio por incapacidad laboral al momento de suscribir la solicitud de pensión de invalidez o durante el proceso de calificación, no basta para aplicar la citada norma de excepción, sino que se requiere que dicho afiliado se encuentre acogido a subsidio a la fecha en que quede ejecutoriado el respectivo dictamen y que las causas fundantes de dicha licencia sean las mismas que originaron la invalidez. En caso contrario, deberá aplicarse la regla general[127].

La Administradora de Fondos de Pensiones respectiva determinará, en mérito de los antecedentes de cada caso, si corresponde aplicar la norma que constituye la regla general del devengamiento de la pensión o aquella de excepción, para los trabajadores acogidos a subsidio por incapacidad laboral con licencia médica vigente a la fecha en que quede ejecutoriado el dictamen de invalidez respectivo.

Para los efectos citados, las Administradoras de Fondos de Pensiones deberán, dentro del plazo de dos días hábiles contado desde que éstas reciban el dictamen de invalidez ejecutoriado, solicitar a la entidad pagadora de subsidio información sobre la fecha de inicio y término de la licencia médica vigente a la fecha de ejecutoria, que generó derecho a subsidio por incapacidad laboral, y las patologías invocadas en esa licencia médica. Para lo anterior, la Administradora deberá adjuntar copia del respectivo dictamen ejecutoriado.

Cuando los antecedentes señalen que existe licencia médica vigente a la fecha en que quedó ejecutoriado el dictamen, por uno o más de los diagnósticos por los cuales se declaró la invalidez, la pensión se devengará a

[125] Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

[126] Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

[127] Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

partir del día siguiente del término de esa licencia. Por el contrario, si la licencia médica invoca causales distintas de la declaración de invalidez, la pensión se devengará a partir de la fecha de presentación de la solicitud.

Si al confrontar la información, existen dudas acerca de si los diagnósticos invalidantes son los mismos que originaron la licencia médica, la Administradora deberá requerir, dentro del plazo de dos días hábiles contado desde la fecha de recepción de la información proporcionada por la entidad pagadora de subsidio, un pronunciamiento definitivo a la Comisión Médica Regional respectiva, trámite que podrá efectuar a través del personal designado para la autentificación de antecedentes contemplado en la Circular N°901 de la ex Superintendencia de AFP.

Para cumplir esta gestión, el personal de la Administradora que concurra a la Comisión Médica Regional deberá acompañar los antecedentes del caso, incluso el expediente de invalidez si estuviera en su poder, y la respectiva solicitud, en formato de libre diseño, que debe contener espacio para la respuesta de la Comisión Médica. Esta última se pronunciará en un plazo no superior a tres días hábiles.

Si a la fecha en que quedó ejecutoriado el dictamen, el afiliado al Sistema de Pensiones no estaba en goce de subsidio por incapacidad laboral, la fecha de devengamiento de la pensión corresponderá a la de presentación de la solicitud, aun cuando durante el trámite de evaluación y calificación hubiere devengado subsidios. En este caso, la Administradora de Fondos de Pensiones deberá informar a su afiliado, con copia a la entidad pagadora de subsidios respectiva, la obligación de devolver a esta última los subsidios por incapacidad laboral que se devengaron por las mismas patologías que dieron origen a la pensión de invalidez[128].

Por lo tanto, para aplicar la letra b) del inciso tercero del artículo 31, del D.S. N° 57, de Previsión Social, de 1990, en concordancia con el artículo 75 del mismo cuerpo reglamentario, las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez de los Servicios de Salud, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar y las Instituciones de Salud Previsional, en un plazo no superior a 7 días hábiles contado desde la fecha de recepción del requerimiento de la Administradora de Fondos de Pensiones, deberán proporcionar a ésta, la siguiente información:

- Fecha de inicio y término de la licencia médica que devengó subsidio por incapacidad laboral, vigente a la fecha en que quedó ejecutoriado el dictamen, e
- Informar las patologías invocadas en dicha licencia médica.[129]

3. Imposibilidad del afiliado al Sistema de Pensiones de concurrir a la Comisión Médica Regional de la AFP[130]

En aquellos casos en que las isapres estén requiriendo la calificación de invalidez de algún afiliado al Sistema de Pensiones del DL 3.500 que se encuentre imposibilitado de concurrir a la Comisión Médica Regional de la Administradora de Fondos de Pensiones respectiva, para la calificación correspondiente, deberán informar dicha situación en el informe que se acompaña a la solicitud[131].

Para cumplir con lo señalado, las isapres deberán adoptar las medidas pertinentes para proporcionar una información correcta a la Administradora de que se trate, a objeto que ésta, junto con informar a su afiliado que ha recibido la solicitud de calificación de la patología que lo afecta, comunique dicha situación a la Comisión Médica Regional, para que ésta designe a un “Médico Interconsultor Domiciliario” que concurra al domicilio de dicho afiliado o al centro hospitalario en que se encuentre, para efectos de continuar el trámite correspondiente[132].

---

[128] Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

[129] Párrafos 4° al 11°, agregados por Circular IF/275, de 2016.

[130] Epígrafe modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

[131] Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

[132] Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

4. Solicitud de declaración de invalidez y honorarios a Médicos Interconsultores de las Comisiones Médicas de la ex Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones [133]

Las isapres que soliciten a las Comisiones Médicas de la ex Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones la declaración de invalidez de sus beneficiarios y beneficiarias deben financiar la totalidad de los gastos que demandan dichas solicitudes[134].

En el proceso de cobranza de los honorarios de los médicos interconsultores deberán seguir el siguiente procedimiento:

a) Las isapres deben requerir a la Administradora de Fondos de Pensiones a la que pertenece el beneficiario, a través de personal acreditado ante la ex Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, la solicitud de declaración de invalidez[135].

b) La Administradora de Fondos de Pensiones, luego de revisada tal solicitud, la remitirá a trámite a la Comisión Médica correspondiente, perteneciente a la ex Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones[136].

c) La Comisión Médica solicitará el peritaje médico que corresponda para lo cual emitirá la Orden Médica respectiva.

d) El Médico Interconsultor, una vez realizado el peritaje, emitirá el informe correspondiente junto con la boleta o factura. Ambos documentos los enviará a la Comisión Médica que formuló la solicitud de peritaje.

e) La Comisión Médica luego de revisar los antecedentes, dará su aprobación, y pondrá bajo su responsabilidad, la siguiente leyenda en la tercera copia de la Orden Médica: “Esta Comisión certifica que el peritaje realizado corresponde a lo solicitado, y a lo que se consigna en boleta o factura N°. .....” Firma y timbre.

f) La Comisión entregará la tercera copia de la Orden Médica junto con la boleta al Médico Interconsultor, quien presentará ambos documentos en cobranza en la Institución de Salud Previsional que corresponda.

g) Las isapres deberán efectuar el pago dentro del plazo de diez días hábiles contado desde la presentación de la factura o boleta.

h) Las isapres podrán requerir copia de los peritajes que sean de su cargo, previa autorización de la Comisión Médica Central, y sólo una vez ejecutoriado el dictamen respectivo.

i) La Asociación de Administradoras de Fondos de Pensiones, deberá tener a disposición de las Instituciones de Salud Previsional el Registro de Interconsultores autorizados por la ex Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones[137].

---

[133] Epígrafe modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

[134] Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

[135] Letra modificada por Circular IF N° 414, de 21.10.22

[136] Letra modificada por Circular IF N° 414, de 21.10.22

[137] Letra modificada por Circular IF N° 414, de 21.10.22

Capítulo III de las Urgencias

Título I Normas sobre la certificación del estado de emergencia y la estabilización[138].

1. Generalidades sobre la atención de emergencia[139]

En virtud de lo dispuesto en el artículo 173 incisos 4° y 5° del DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, las isapres deberán pagar directamente a los Servicios de Salud y establecimientos asistenciales del sector privado, el valor de aquellas prestaciones otorgadas en casos de emergencia debidamente certificada, hasta que el paciente se encuentre estabilizado, de modo que esté en condiciones de ser derivado a otro establecimiento asistencial.

En el cumplimiento de dicha obligación legal, las isapres deberán abstenerse de recalificar o solicitar al prestador la reconsideración de la condición de emergencia o urgencia cuando ésta se encuentre debidamente certificada por un médico cirujano.

De igual manera, no podrán efectuar o solicitar a los prestadores, la recalificación del momento del término del estado de emergencia o estabilización, cuando dicha condición haya sido debidamente certificada.

Sin perjuicio de lo anterior, las isapres podrán requerir a los prestadores de salud la complementación o rectificación de las certificaciones de emergencia o estabilización, que no contengan la información mínima exigida o se refieran a casos exceptuados de la aplicación del beneficio, esto conforme a los criterios establecidos en el Reglamento sobre Condiciones Clínicas Generales y Circunstancias para Certificar el Estado de Emergencia o Urgencia en Paciente Adulto, Recién Nacido y Pediátrico, contenido en el Decreto N° 34, del año 2022, del Ministerio de Salud, o el que lo reemplace, siempre y cuando no se objeten aspectos clínicos que hayan sido consignados por el médico cirujano al certificar el estado de emergencia y/o la condición de paciente estabilizado, tales como la hipótesis diagnóstica, el diagnóstico, las condiciones clínicas que debe cumplir el traslado y la fecha y hora de estabilización[140].

Tratándose de casos de urgencia vital que tengan su origen en problemas de salud GES, cuando existan discrepancias con las certificaciones emitidas por los prestadores de salud, las isapres deberán ceñirse al procedimiento establecido en el inciso séptimo del artículo 9° de la Ley N° 19.966, y solicitar la intervención de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud en los términos establecidos en el Capítulo XI Procedimientos Relativos a las GES, Título IV, del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos[141].

Las isapres deberán financiar de manera directa todas aquellas prestaciones recibidas por los pacientes desde la fecha del ingreso al establecimiento de salud en una condición de emergencia debidamente certificada, hasta el momento en que se declare la estabilización, independientemente de la fecha en la que las mismas hayan sido facturadas por el prestador.

2. Sistema de información para atenciones de emergencia [142]

Conforme a lo dispuesto en el Título IV “De las funciones”, del Decreto 34, de 2022, de Salud, corresponderá a la isapre a la cual se encuentre afiliado el paciente en condición de emergencia, las siguientes funciones:

a) Contar con un sistema de información de sus afiliados y beneficiarios, que contemple al menos su identificación completa y el plan de salud con su red de prestadores GES y no GES, según las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud.

b) Contar con un sistema de gestión del paciente en condición de emergencia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a fin de facilitar la emisión del certificado de estado de emergencia.

---

[138] Título agregado por Circular IF/N° 436, de 07.07.2023.

[139] Título agregado por Circular IF/N° 479, de 21.08.2024

[140] Párrafo incorporado por la Resolución Exenta IF/N° 4355, de 19.03.2024

[141] Párrafo incorporado por la Resolución Exenta IF/N° 4355, de 19.03.2024

[142] Numerales 2, 3, 4 y 5 introducidos por Circular IF/N° 479, de 21.08.2024

De acuerdo a lo señalado en las letras a y b anteriores, las instituciones de salud, deberán disponer de un sistema de información y gestión de pacientes en condición de urgencia o emergencia, que contemple como mínimo, la identificación completa del o la paciente, entendiéndose por tal, su nombre completo; rol único nacional (RUN), el plan de salud vigente, la red de prestadores preferentes, la red de prestadores GES y la red CAEC.

El sistema también podrá registrar información adicional, de interés para la isapre, a fin de tener a la vista los antecedentes, datos, fechas o historial que favorezcan la mejor resolución del caso y cometido que tiene respecto del paciente y su condición de emergencia. Los datos de interés se relacionan por ejemplo con, fecha y hora de la certificación de estado de emergencia; hipótesis diagnóstica concordante con el diagnóstico consignado en el Dato de Atención de Urgencia (DAU); fecha y hora de la certificación de estabilización; nombre del establecimiento de salud (atención de emergencia), etc.
El sistema deberá estar habilitado, al menos electrónica y telefónicamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Por su parte, la información del sistema deberá estar siempre disponible para el ejercicio de la función fiscalizadora de esta Superintendencia de Salud, en especial respecto de la revisión de la gestión de casos de las personas beneficiarias relacionados con esta materia.
Es responsabilidad de las instituciones de salud previsional mantener actualizada la información de las personas beneficiarias en el mencionado sistema y consultarlo diariamente con el objeto de efectuar la gestión del caso y garantizar el rescate oportuno, si correspondiere, el que se encuentra definido en el Reglamento como la gestión que deben realizar las isapres en el caso de los afiliados a ésta, para trasladar al paciente a la red de prestadores convenidos en el plan de salud. En este mismo sentido, el Título III, “De la certificación de la estabilización y rescate”, artículo 17, señala respecto al rescate de pacientes estabilizados afiliados/as a una isapre, que, dichas instituciones serán las encargadas de gestionar el rescate de los pacientes estabilizados y realizar su traslado, procurando que se cumplan las indicaciones del médico cirujano del establecimiento que certificó la estabilización del paciente. Relevando a su vez, que en el caso de las personas beneficiarias de isapre, si el prestador en convenio no cuenta con capacidad resolutiva para atender la situación clínica del paciente estabilizado, deberá gestionar su traslado con la red de prestadores correspondiente.
La institución de salud previsional deberá llevar registro de cada solicitud y gestión que se realice para su debido respaldo y fiscalización sobre la materia.
El manejo de los datos a que se refieren los párrafos precedentes, quedará sujeto a las disposiciones contenidas en el artículo 134 bis, del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de salud, y de la Ley 19.628 sobre Protección a la Vida Privada.

3. Datos de contacto para la gestión de rescate[143]

Las instituciones de salud previsional, para efectuar comunicaciones, remisión de información o antecedentes a los prestadores de salud y a esta Intendencia en lo que corresponda, respecto de la gestión de casos de atenciones de emergencia o urgencia, deberán informar como mínimo una dirección de correo electrónico y, adicionalmente, al menos un número telefónico de contacto y/ o número de aplicación de mensajería (como, por ejemplo, Whatsapp, Telegram, etc.). Además de designar al menos un funcionario titular y a uno suplente, que desempeñe la tarea de coordinar y de facilitador de los antecedentes o información que se le requiera.

Lo anterior, no obsta que la institución de salud, conforme a la definición de sus tareas y sistema relacionadas con la captura de información y gestión del paciente en los casos de atenciones de emergencia, designe y cumpla con informar, más de un funcionario, número telefónico de contacto, dirección de correo o número de aplicación de mensajería, según corresponda.

Los datos de contacto mencionados deberán comunicarse formalmente a la Intendencia de Fondos Previsionales de Salud. Asimismo, deberán publicarse en el pie de página, de la página web institucional, con la denominación “Contacto urgencias para prestadores” o en alguna sección fácilmente accesible que la isapre determine para estos efectos, de manera que queden los datos a disposición de los prestadores de salud.

Esta información deberá mantenerse permanentemente actualizada, comunicando a esta Intendencia los cambios que se produzcan, a más tardar, al tercer día hábil de ocurridos.

4. Coordinación y gestión del rescate

[143] Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF N°15047, de 21.10.2024

Ante un aviso que corresponda a una situación de urgencia o emergencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave, efectuada por un prestador de salud -o bien de un aviso que provenga de la persona beneficiaria o su representante- la isapre deberá realizar inmediatamente las coordinaciones pertinentes con el prestador y gestionar el rescate del paciente, en caso de que el prestador sea uno distinto al contemplado en su contrato de salud y que el paciente o su representante haya manifestado su voluntad en ese sentido.

Sin perjuicio de la responsabilidad del prestador de salud de informar permanentemente al paciente o a quien lo represente, de su condición clínica y de la gestión de rescate y traslado, las personas beneficiarias o sus representantes podrán solicitar información sobre la Ley de Urgencia y pedir la gestión y rescate a la isapre de forma presencial, en agencias o sucursales, a través de la página web institucional o telefónicamente. Respecto de esta última vía, las isapres deberán actuar en conformidad a lo establecido en el punto 2.5, del Título VIII, del Capítulo VII, del Compendio de Información de esta Superintendencia, que contempla instrucciones sobre el servicio continuo de atención telefónica, en relación con la Ley de Urgencias.

5. Normas contenidas en el Reglamento para los Prestadores de Salud referidas a las funciones asignadas respecto de las atenciones de emergencia

Según lo dispuesto en el Título IV “De las funciones”, del Reglamento vigente para la certificación de estado de emergencia o urgencia, del Ministerio de Salud, existen funciones destinadas al médico cirujano de la Unidad de Emergencia -independiente de aquellas que dicen relación con la certificación del art. 7 del citado Reglamento- entre las cuales, se deben mencionar, de acuerdo al tenor de esta norma, aquellas comprendidas en las letras c) y d) según se indica:

Corresponderá al médico cirujano de la unidad de emergencia de un establecimiento de salud público o privado las siguientes funciones:

c) Informar oportunamente al asegurador o a quien éste designe y por la vía más expedita cualquier modificación de la condición clínica del paciente estabilizado, que pueda influir en la gestión de su rescate o en las condiciones de su traslado.
d) Informar permanentemente al paciente o a quien lo represente de su condición clínica y de la gestión de rescate y traslado.
Por su parte, respecto de las funciones del establecimiento de salud -en relación a la materia de que se tratan estas instrucciones- corresponderá a este último (público o privado) que cuente con una unidad de emergencia, las siguientes funciones consignadas en las letras d) y f):
d) Informar oportunamente de la condición clínica del paciente a Fonasa o a la Isapre, según corresponda, al momento de su ingreso al establecimiento, durante su estabilización y hasta su egreso.
f) Informar en forma inmediata a la Isapre respectiva los casos de pacientes estabilizados que han hecho uso de la opción que regula el artículo 15 de este reglamento. En el caso de los beneficiarios Fonasa, deberá informar a la UGCC.
Respecto de esta última letra, cabe señalar que trata de la declaración o constancia de la opción del paciente estabilizado- persona beneficiaria de isapre o Fonasa- de continuar su atención en la red de prestadores preferentes definida en su plan de salud, contratado con la isapre o bien, en Modalidad Institucional o la Modalidad Libre Elección según se trate de beneficiarios del Fonasa. Tal decisión constará en un documento denominado “Documento de opción de Modalidad de Atención Institucional” (DOMA). Este documento debe ser firmado por el paciente o quien lo represente, una vez emitido el certificado de estabilización.

Título II Mecanismos de financiamiento de las atenciones de emergencia[144][145]

1. Pago de las atenciones de emergencia

En virtud de lo dispuesto en el artículo 173, incisos 4° y 5°, del DFL Nº 1, las isapres deberán pagar directamente a los Servicios de Salud y a los establecimientos asistenciales del sector privado, el valor de las prestaciones derivadas de las atenciones de emergencia que éstos hayan otorgado a sus beneficiarios.

Asimismo, de acuerdo al artículo 141 inciso 3° del citado DFL 1, el Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor por las prestaciones de emergencia que hayan otorgado a sus beneficiarios, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en los Libros I y II de ese cuerpo legal.

2. Definiciones comunes a isapres y Fonasa

Para la aplicación de lo dispuesto en las citadas normas legales y en las instrucciones de la Superintendencia de Salud, el sentido y alcance que se le deberá dar a los siguientes términos legales, es el contenido en el Reglamento vigente para la certificación de estado de emergencia o urgencia, del Ministerio de Salud:

a. Atención Médica de Emergencia

b. Emergencia

c. Certificación de estado de emergencia

d. Paciente estabilizado[146]

Sin perjuicio de las excepciones establecidas en el citado Decreto[147], el beneficiario que, al momento de nacer en un prestador público o privado, esté en una condición objetiva de emergencia, será considerado sujeto de los derechos establecidos en las normas citadas en el acápite anterior y de todo otro derecho que emane de dicha condición, tales como los descritos en las Leyes N° 19.966, 20.850 y en las Condiciones de la CAEC en Chile.

3. Pago de la isapre al prestador

La isapre deberá solucionar o convenir la forma de solucionar las prestaciones cobradas dentro de los treinta días hábiles siguientes a la fecha en que haya sido formalmente compelida por el Servicio de Salud o el establecimiento asistencial privado que corresponda.

Se entenderá que la isapre ha sido formalmente requerida para el pago, cuando se le haya entregado o remitido los siguientes antecedentes: la certificación de estado de emergencia o urgencia y de estabilización del paciente, la boleta, factura u otro documento equivalente, que consigne el valor total cobrado hasta la estabilización y una liquidación detallada, codificada según el arancel del FONASA, y valorizada de todas y cada una de las prestaciones que se cobran.

La isapre podrá requerir, si lo estima necesario para el cumplimiento de la obligación establecida en el párrafo primero de este numeral, los informes de los exámenes y procedimientos realizados al paciente.

La isapre y el Servicio de Salud o el establecimiento asistencial privado podrán convenir plazos y formalidades distintas para los efectos instruidos precedentemente.

4. Eliminado [148]

5. Repetición contra el afiliado

Sólo una vez que la isapre cuente con una factura cancelada, u otro documento que acredite que ha extinguido su obligación con el Servicio de Salud o establecimiento asistencial privado que corresponda, podrá ejercer su derecho a repetir en contra del afiliado.

Para[149] estos efectos, deberá remitir al afiliado, al último domicilio registrado en su contrato o informado con

---

[144] Número del Título modificado por la Circular IF/N° 436, de 07.07.2023.

[145] Nombre del Título y numerales 1, 2 y 3, modificados por Circular IF N° 270, de 15.07.2016.

[146] Párrafo modificado por Circular IF/N°450, de 13.12.23

[147] Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23

[148] Eliminado por Circular IF Nº 83, 1.10.2008.

[149] Párrafo modificado por la Circular IF N°245 de 20/05/2015

posterioridad a la isapre y a través de Correos de Chile u otro medio de correspondencia privado, una carta certificada de cobro (Anexo N° 1) en la que se precisará el monto de la deuda contraída con la institución, la que será equivalente a la parte del valor de las prestaciones de emergencia pagadas por la isapre, que, de acuerdo al plan vigente a la época de otorgamiento de las mismas, sea de cargo del afiliado. Adicionalmente a dicho envío, y de forma complementaria, la isapre podrá remitir la citada comunicación, a través de un correo electrónico.

No obstante lo anterior, la comunicación efectuada por correo certificado, a través de correos de Chile u otro medio de correspondencia privado, podrá reemplazarse por el envío de un correo electrónico, de mediar la autorización expresa de la persona cotizante y de cumplirse con los requisitos que contempla la normativa vigente sobre la validez de la notificación alternativa mediante correo electrónico.

6. Antecedentes para acreditar deuda y monto

Con el objeto de acreditar la efectividad de la deuda y su monto, deberán acompañarse a la carta los siguientes antecedentes:

1.- Un documento emitido por la isapre, que contendrá una liquidación del valor pagado al establecimiento asistencial por concepto de las prestaciones de emergencia recibidas por el beneficiario, la parte de dicho valor que corresponde a la bonificación otorgada por la isapre de acuerdo al plan de salud y el saldo que, de conformidad a este último, le corresponde pagar al afiliado como copago por esas mismas prestaciones, y

2.- Copia[150] de las boletas y/o facturas o bien, otros documentos emitidos por el respectivo establecimiento asistencial, donde consten las prestaciones y el valor pagado por las mismas.

7. Proposición de alternativas de pago

En la referida carta de cobro la isapre deberá proponer al cotizante alternativas para el pago del crédito, entre las cuales podrá contemplar el pago al contado y la posibilidad de extinguir el total o parte de la deuda con los saldos que el cotizante registre en su cuenta de excedentes.

En todo caso, la isapre deberá informar la alternativa consistente en el otorgamiento del préstamo a que se refiere el inciso 8° del artículo 173 del DFL Nº 1.

8. Plazo para la objeción o el pago [151]

En la misma carta de cobro la isapre deberá informar al cotizante que dispone de un plazo de treinta días hábiles, que se contará desde que se pone en conocimiento del afiliado -mediante la notificación por correo certificado de la mencionada carta o bien el envío de un correo electrónico, conforme a la normativa vigente sobre validez de la notificación alternativa a través de este medio- el pago que ha efectuado la isapre al prestador. Las notificaciones realizadas por carta certificada, se entenderán practicadas cuando la mencionada carta sea entregada por el servicio de correos al domicilio del afiliado, y en el caso del envío de un correo electrónico, se entenderá practicada el mismo día en que se hubiere verificado dicha comunicación conforme lo dispone la normativa vigente.

En el plazo de los treinta días hábiles ya señalados, el afiliado podrá objetar por escrito la liquidación, pagar lo adeudado o convenir con la isapre alguna modalidad de pago y que si nada dice dentro de dicho término, se entenderá que se acoge al crédito previsto en los incisos 8° y 9° del artículo 173 del DFL Nº 1.

9. Objeciones a la liquidación

Las objeciones que el afiliado formule a la liquidación contenida en la carta de cobro, en conformidad a lo instruido en el párrafo segundo del numeral anterior, [152] serán conocidas y resueltas por la isapre a través del procedimiento previsto en las instrucciones de la Superintendencia referidas a la tramitación de reclamos ante las isapres.

En[153] la respuesta que se emita a la objeción, deberá concedérsele al afiliado un plazo no inferior a cinco días hábiles, contado desde que la mencionada carta, sea entregada por el servicio de correos al domicilio del

150 Punto reemplazado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

[151] Punto reemplazado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

152 La oración entre comas “en conformidad a lo instruido en el párrafo primero del numeral anterior” se reemplaza por “en conformidad a lo instruido en el párrafo segundo del numeral anterior”, en conformidad con la Circular IF N°245, de 20/05/2015.

[153] Párrafo modificado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

afiliado, o bien, el mismo día en que se hubiere verificado la comunicación por correo electrónico -de existir autorización expresa del afiliado para usar este medio de comunicación- para que pague lo adeudado o convenga con la isapre alguna modalidad de pago, e informársele que si nada dice dentro de dicho término, se entenderá que se acoge al crédito legal previsto en el inciso 8° del artículo 173 del DFL Nº 1. Lo anterior, sin perjuicio del derecho que asiste al afiliado de recurrir a la Superintendencia, dentro del mismo plazo indicado precedentemente.

10. Activación del crédito legal

Si, vencido el plazo de treinta días hábiles concedido al afiliado, no se hubiese objetado la liquidación, pagado la deuda ni convenido con la isapre alguna otra modalidad para efectuar dicho pago, se activará el crédito legal a que se refiere el inciso 8° del artículo 173 del DFL Nº 1.

11. Pago del crédito legal [154]

Para implementar el pago del préstamo referido en el numeral precedente, la isapre deberá notificar al afiliado independiente, voluntario, pensionado o dependiente y a su empleador o entidad pagadora de la pensión, según correspondiere, la cuota mensual que deberá enterarse en la institución, mediante una comunicación cuyo contenido y formato deberá ajustarse a lo instruido en el Anexo Nº 2 de este Capítulo.

La referida comunicación deberá remitirse al afiliado por correo certificado al último domicilio registrado en su contrato o informado con posterioridad a la isapre y a través de Correos de Chile u otro medio de correspondencia privado. Adicionalmente a dicho envío, y de forma complementaria, la isapre podrá remitir la citada comunicación, a través de un correo electrónico.

No obstante lo anterior, la comunicación efectuada por correo certificado, a través de correos de Chile u otro medio de correspondencia privado, podrá reemplazarse por el envío de un correo electrónico, de mediar la autorización expresa de la persona cotizante y de cumplirse con los requisitos que contempla la normativa vigente para la validez de la notificación alternativa mediante correo electrónico.

Tratándose de trabajadores dependientes o pensionados, deberá ponerse en conocimiento del empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, la cuota mensual a enterar mediante notificación personal o por vía electrónica de acuerdo a la normativa vigente, antes del día 10 del mes siguiente a aquél en que se debe efectuar el pago de la cuota. El mismo plazo para poner en conocimiento la cuota mensual se entenderá aplicable al cotizante independiente o voluntario.

Sin perjuicio de haberse activado el crédito, en cualquier momento la isapre y el cotizante podrán acordar formas y plazos distintos para el pago, lo que deberá comunicarse oportunamente al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, según corresponda.

12. Servicio del crédito legal

El valor de las cuotas que deberá pagar mensualmente el cotizante, ya sea directamente o a través de su empleador o entidad pagadora de la pensión, corresponderá al 5% de la remuneración o de la renta imponible, tratándose de trabajadores dependientes o independientes, respectivamente, o de la pensión, en el caso de los pensionados. Por su parte, el valor de dicha cuota para los cotizantes voluntarios será una suma equivalente al precio del plan contratado.

13. Servicio del crédito durante períodos de incapacidad laboral transitoria

Si en un mes determinado el afiliado permanece diez o más días en situación de incapacidad laboral, la cuota será equivalente al mayor valor entre el 5% de la remuneración imponible, correspondiente a los días efectivamente trabajados, y el promedio de las tres últimas cuotas anteriores al mes de que se trate.

Para dicho efecto, el empleador deberá descontar y pagar el porcentaje pactado de la remuneración de los días efectivamente trabajados en el mes respectivo. Recibido el pago, la isapre determinará si hubiere diferencias entre dicho porcentaje y el promedio antes referido, las que deberán ser pagadas directamente por el cotizante, no pudiendo, en caso alguno, descontarse del monto que debe pagar la institución por concepto de subsidios por incapacidad laboral.

[154] Punto reemplazado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

Tratándose de trabajadores dependientes que dentro de un mes determinado permanezcan menos de diez días en situación de incapacidad laboral, el valor de la cuota será el porcentaje pactado de la remuneración correspondiente a los días efectivamente trabajados y se pagará por el respectivo empleador.

El mismo procedimiento de cálculo indicado en los párrafos precedentes, se aplicará cuando, por cualquier motivo, los afiliados no hubiesen trabajado durante los períodos señalados.

14. Servicio del crédito durante períodos de cesantía

En caso de cesantía del cotizante, el valor de la cuota se determinará promediando las tres últimas cuotas anteriores al inicio del período de cesantía.

15. Reajustes e intereses de la deuda

Para el cálculo de reajustes e intereses entre el período que media entre la generación de la deuda, esto es, una vez que la isapre ha extinguido su obligación con el Servicio de Salud o el establecimiento asistencial privado que corresponda, y el inicio del pago de las cuotas correspondientes, el total de la deuda deberá reajustarse, conforme al Índice de Precios al Consumidor, IPC, y generará el interés corriente para operaciones reajustables a que se refiere el artículo 6° de la Ley Nº 18.010. Para estos efectos, los reajustes e intereses se calcularán considerando el período comprendido entre el día siguiente a aquél en que se genera la deuda y el último día del mes anterior a aquél en que se devenga la primera cuota.

Para el cálculo de los reajustes e intereses mensuales durante el servicio de la deuda, la isapre considerará la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, IPC, y el interés corriente para operaciones reajustables a que se refiere el citado artículo 6° de la Ley Nº 18.010.

Para efectuar los respectivos cálculos, se deberá considerar que la cuota correspondiente a un mes en particular, se descuenta de la remuneración del mismo mes y se paga a la isapre dentro de los diez primeros días del mes siguiente.

Una vez que la isapre reciba el pago de la cuota correspondiente al mes anterior, determinará el reajuste de la deuda considerando el IPC de dicho mes.

Por su parte, el interés de la deuda se calculará considerando la tasa mensual de interés corriente para operaciones reajustables, vigente el primer día del mes al que corresponda la cuota.

Tanto los reajustes, como los intereses, se aplicarán sobre el saldo insoluto de la deuda al primer día del mes al que corresponda la cuota.

Por ejemplo, la cuota del mes de julio se descontará de la remuneración del mismo mes y se pagará hasta el día 10 de agosto. Para determinar el reajuste, se considerará la variación del IPC de julio, mientras que para el cálculo de los intereses se utilizará la tasa de interés corriente para operaciones reajustables vigente al día 1 de julio. Por su parte, ambos conceptos se aplicarán sobre el saldo insoluto de la deuda al día 1 de julio.[155]

16. Imputaciones del monto pagado

Una vez realizados los cálculos indicados en los numerales precedentes, los resultados correspondientes deberán ser imputados al valor de la cuota pagada en el respectivo mes. Para tales efectos, de la suma percibida en un mes por concepto de cuota, en primer lugar deberá imputarse el monto de reajuste, luego los intereses y, finalmente, el saldo restante se contabilizará como amortización del préstamo.

Las partes podrán estipular que si el monto de la cuota no alcanzare a cubrir la totalidad de los reajustes y/o de los intereses, la diferencia no cubierta se capitalizará, acumulándose al total de la deuda.

17. Información al cotizante del servicio de la deuda [156]

Para información del afiliado, la isapre deberá poner en su conocimiento anualmente, esto es, al cumplirse 12 meses desde la fecha en que se otorgó el préstamo a través de una carta certificada, o por los medios que disponga, una liquidación acumulada hasta esa fecha, con un detalle mensual del servicio de la deuda. Para tales efectos, deberá incluir en la citada comunicación un cuadro que se ajuste al formato que se instruye en el Anexo Nº 3 de este Capítulo.

---

[155] Párrafo agregado por Circular IF/275, de 2016.

[156] Punto modificado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

Esta obligación de informar el detalle del servicio de la deuda será mensual, cuando se trate de préstamos mayores a un mes y de menos de 12 meses de duración.

En aquellas situaciones en que los deudores no se encuentren al día y /o la cuota no se esté pagando correctamente, la isapre deberá comunicar de inmediato el estado de la deuda, haciendo presente tal circunstancia.

En todo caso, la isapre deberá estar en condiciones de informar, en cualquier momento, acerca del estado de la deuda, cuando ello sea requerido por el cotizante.

18. Nueva deuda por urgencia o emergencia [157]

Si mientras dura el servicio de la deuda, el afiliado contrae una nueva obligación con la isapre por el mismo concepto, se generará un nuevo préstamo que dará lugar a cuotas independientes, y respecto del cual se aplicará el mismo procedimiento descrito en estas instrucciones, sin perjuicio de lo que convengan las partes.

19. Pago mensual del crédito

El pago de las cuotas mensuales determinadas en la forma establecida en los puntos precedentes, se efectuará a la isapre por el afiliado independiente o voluntario o por el empleador o entidad pagadora de la pensión, según el caso, dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquél en que se devengó la cuota respectiva, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

Para el efecto del pago mensual del crédito, el empleador o entidad pagadora de la pensión, en el caso de los trabajadores dependientes y pensionados, deducirá la cuota de la remuneración o pensión del trabajador o pensionado; los afiliados independientes y voluntarios pagarán directamente a la isapre la correspondiente cuota.

Las cuotas que no se paguen oportunamente por el empleador, la entidad encargada del pago de la pensión, el afiliado independiente o el voluntario, se reajustarán y devengarán un interés penal, de conformidad a las reglas establecidas en el artículo 186 del DFL Nº 1 y en las instrucciones impartidas por la Superintendencia para la determinación de la tabla de reajustes e intereses aplicable para las cotizaciones de salud que sean pagadas fuera del plazo legal.

Para los efectos del cobro de las cuotas vencidas y no pagadas, los representantes legales de las isapres tendrán las facultades establecidas en el artículo 2° de la Ley Nº 17.322, con excepción de la que se señala en el número tres de esa disposición.

Será aplicable, a los deudores que fueren empleadores y entidades pagadoras de pensiones, para el cobro de las cuotas vencidas y no pagadas del préstamo que se regula en este Capítulo, con sus reajustes e intereses, lo dispuesto en los artículos 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 11°, 12°, 14° y 18° de la Ley Nº 17.322. Del mismo modo, y para el sólo efecto de dicho cobro, se aplicará a los deudores que fueren afiliados independientes o voluntarios, lo establecido en los artículos 4° al 9° de ese cuerpo legal.

20. Cotizante que percibe más de un ingreso

Si el cotizante percibe remuneraciones provenientes de dos o más empleadores o además declara renta como trabajador independiente o recibe una pensión afecta al D.L. Nº 3.500, todas las remuneraciones, rentas o pensiones deberán sumarse para los efectos de determinar el valor total imponible sobre el cual debe aplicarse la cuota pactada.

Si la suma de las remuneraciones, rentas o pensiones es superior al límite máximo imponible, deberá descontarse la cuota del préstamo de las remuneraciones, rentas o pensiones mayores, excluyendo o limitando a las restantes, según corresponda.

Si, en cambio, el cotizante es a la vez, trabajador dependiente o independiente y pensionado del antiguo sistema previsional -INP- se deberá considerar la pensión proveniente de este último organismo en forma separada de los demás ingresos para efectos de determinar el monto máximo de imponibilidad y, en consecuencia, deberá aplicarse la cuota pactada sobre el monto de esa pensión y, además, calcularse la cuota pactada del resto de las remuneraciones o rentas del cotizante, con el respectivo tope de imponibilidad.

[157] Punto modificado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

21. Cambio de situación laboral o previsional del cotizante

En el evento que el afiliado modifique su situación laboral o previsional, circunstancia que deberá comunicar a la isapre, la institución deberá notificar directamente a quien ha adquirido la calidad de independiente o voluntario, al cesante, al nuevo empleador o a la entidad que se incorpora como pagadora de la pensión, según corresponda, el monto que mensualmente deberá enterarse en la isapre por concepto del préstamo otorgado.

Del mismo modo instruido precedentemente podrá proceder la isapre, en el evento que, sin mediar comunicación del afiliado, tome conocimiento de dicha modificación laboral o previsional.

22. Situación de término del contrato del cotizante con la isapre

Si mientras dura el servicio de la deuda se pusiere término al contrato de salud, cualquiera sea la causa, se mantendrá inalterable la obligación contraída por el ex afiliado con la institución respecto del préstamo otorgado, hasta la total extinción de la misma.

En consecuencia y no obstante la terminación del vínculo contractual con el afiliado, la isapre acreedora continuará cobrando las cuotas mensuales del préstamo, ya sea directamente al ex cotizante o a su empleador o entidad pagadora de la pensión, según correspondiere.

Asimismo, la isapre deberá enviar al deudor, una vez al año, una liquidación acumulada hasta esa fecha, con el detalle mensual del servicio de la deuda.

Para los efectos de lo dispuesto en este numeral, el deudor deberá comunicar a la isapre, mientras está vigente el préstamo, las modificaciones que experimente su situación laboral o previsional y su domicilio, con el objeto de notificar el pago de la cuota a quien correspondiere.

Con [158] todo, en este caso y en el descrito en el punto precedente, las partes podrán convenir nuevas condiciones para el pago, sujetándose en tal caso a lo previsto en el punto 24 “Garantías”

23. Fallecimiento del afiliado

Si a la fecha del fallecimiento del afiliado se registrare un saldo de deuda por concepto del préstamo otorgado por la isapre, éste gravará la masa hereditaria, pudiendo pactarse entre la isapre y los herederos, la forma y los plazos en que se pagará el referido saldo.

Sin perjuicio de lo anterior, la isapre y el afiliado podrán acordar que éste contrate un seguro de desgravamen cuyo beneficiario único y directo sea la institución.

24. Garantías [159]

Para asegurar el cumplimiento de lo adeudado, las partes podrán convenir las garantías que estimen pertinentes, salvo la utilización de cheques. Ello, no impide que este documento mercantil, sea aceptado como un medio de pago para extinguir total o parcialmente la deuda generada.

Si la isapre, ante incumplimientos reiterados del pago de las cuotas, entendiéndose por tal 2 o más cuotas impagas total o parcialmente, decide proponer nuevas condiciones para el pago, deberá ofrecer por escrito al deudor mediante una comunicación por correo certificado al último domicilio registrado en su contrato o informado con posterioridad a la isapre y a través de Correos de Chile u otro medio de correspondencia privado, un convenio de nuevas condiciones que no podrá contemplar reajustes e intereses superiores a los previstos en el inciso 9° del artículo 173 del DFL Nº 1. Adicionalmente a dicho envío, y de forma complementaria, la isapre podrá remitir la citada comunicación, a través de un correo electrónico.

No obstante lo anterior, la comunicación efectuada por correo certificado, a través de correos de Chile u otro medio de correspondencia privado, podrá reemplazarse por el envío de un correo electrónico, de mediar la autorización expresa de la persona cotizante y de cumplirse con los requisitos que contempla la normativa vigente para la validez de la notificación alternativa mediante correo electrónico.

A la propuesta de convenio de pago deberá adjuntarse una liquidación de la deuda indicándose los abonos y cargos efectuados durante el período que haya durado su servicio.

---

[158] Párrafo modificado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

[159] Punto modificado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

En la misma comunicación se le deberá informar al deudor que dispone de un plazo de treinta días hábiles, contado desde que la carta certificada sea entregada por el servicio de correos al domicilio del afiliado o bien, desde el día en que se hubiere verificado la comunicación por correo electrónico conforme lo dispone la normativa vigente, para pagar el saldo adeudado, convenir una modalidad de pago distinta a la ofrecida por la isapre o aceptar la propuesta de convenio de pago de la Institución.

Lo señalado, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso 11° y 12° del artículo 173 del DFL Nº 1.

Las nuevas condiciones del crédito que se hayan convenido, estarán sujetas a las disposiciones contempladas en el artículo 173 del DFL N°1, que regula el otorgamiento del crédito legal para atenciones de emergencia o urgencia.

25. Reliquidación de prestaciones[160]

La isapre deberá reliquidar aquella parte de la cuenta sujeta al crédito de la Ley de Urgencia, ante una rebaja o eliminación de prestaciones efectuada por el prestador, por cualquier causa, con posterioridad al requerimiento de pago original, e informar tanto a la persona cotizante, como al empleador o entidad pagadora de la pensión, el monto de las nuevas cuotas que se deberán enterar producto de la citada reliquidación.

El saldo debidamente reajustado, de haber pagos en exceso por la persona afiliada, se imputará, en primer lugar, a las cuotas no pagadas, reintegrándose la diferencia, si la hubiese, a favor de ella.

El reintegro de la diferencia, si la hubiere, deberá hacerse dentro de los treinta días hábiles siguientes a la fecha en que haya sido formalmente notificado por el Servicio de Salud o el establecimiento asistencial privado que corresponda, de la rebaja o eliminación de prestaciones.

Las notificaciones, plazos, antecedentes para acreditar deuda y monto, objeciones, reajustes e intereses, imputaciones del monto pagado, entre otras acciones, se sujetarán a las reglas del presente Capítulo.

[160] Numeral incorporado por la Circular IF N°430, de 09/05/2023

Anexos

Anexo Nº 1

CARTA COBRANZA[161]

Por deuda atenciones de Urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[162][163]

Santiago, [dd] de [mm] de [aaaa]

Sr/ Sra.

[Nombres, primer apellido, segundo apellido del afiliado]

[R.U.N.]

[Dirección]

Ref. : Cobranza por atenciones de emergencia y opciones de pago.

De acuerdo a las disposiciones legales le informamos que, las atenciones de Urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave [164], NO SON GRATUITAS, la Isapre, en estos casos, paga directamente al Prestador Institucional (Clínica u Hospital) las prestaciones recibidas por el paciente durante el período que dura la emergencia, otorgando un crédito al afiliado -si éste lo necesitase- para que pueda financiar el valor no cubierto por su plan de salud, monto conocido como "copago".

Ahora bien, Isapre [nombre de la Isapre] pagó la deuda que se generó con el Prestador Institucional [nombre del Prestador Institucional] por las atenciones de emergencia realizadas al paciente [completar con la individualización del paciente indicando el Nombre Sr(a)/Menor y Run,] durante el mes de [mm] de [aaaa].

A continuación se especifica la deuda pagada por Isapre [nombre de la Isapre] a [nombre del Prestador Institucional]:

Descripción	**Valor total en $**
Monto cobrado y facturado por el Prestador Institucional	
Monto bonificado por la Isapre de acuerdo al plan de salud vigente	( )
Monto adeudado por el cotizante a la Isapre (copago)	

Con el objeto de respaldar el monto que le adeuda a esta Isapre, le remitimos –adjunto a esta carta- copia de la(s) boleta(s) y/o factura(s) o bien, otros documentos, donde constan las prestaciones otorgadas al referido paciente y el valor pagado por la Isapre.

Respecto de la deuda, se le informa que tiene un plazo de 30 (treinta) días hábiles contado desde la entrega en su domicilio de la presente carta para regularizar su situación optando por alguna de las siguientes alternativas:

[161] Anexo reemplazado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015
[162] Se reemplaza la palabra "vital" mediante Circular IF/N°450, de 13.12.23
[163] Modificado por Circular IF/N°477 de 05/08/2024.
[164] Frase reemplazada mediante Circular IF/N°450, de 13.12.23

1.- Oponerse a la liquidación efectuada por la Isapre, para lo cual deberá concurrir a cualquiera de nuestras oficinas de atención, que se individualizan más adelante.

2.- Pagar al contado el total o una parte de la deuda a la Isapre. Le recordamos que si dispone de excedentes de cotización, puede utilizarlos para cancelar la deuda informada.

3.- Acogerse al préstamo legal contemplado en la Ley de Urgencia (artículo 173 D.F.L. N°1). Éste se deberá pagar mensualmente. Tratándose de afiliados dependientes, independientes o pensionados, las cuotas no pueden exceder del 5% de la(s) remuneración(es) o renta imponible que perciba. Para los cotizantes voluntarios la cuota mensual no podrá exceder de una suma equivalente al precio del plan de salud contratado.

- En el caso de los trabajadores dependientes, el empleador es quien debe descontar el monto de la cuota de su remuneración.

- En el caso de los trabajadores independientes y voluntarios, éstos son quienes deben hacer el pago de la cuota directamente a la Isapre.

En ambos casos, el pago de la cuota debe hacerse dentro de los primeros 10 (diez) días del mes siguiente en que se devengó la cuota, plazo que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente, si éste termina un día sábado, domingo o festivo.

Le informamos que las cuotas generan un reajuste, equivalente a la variación que experimenta el índice de precios del consumidor (IPC), en tanto que el interés aplicable, es el corriente para operaciones reajustables en moneda nacional (artículo 6 de la Ley 18.010). Las cuotas que no se paguen oportunamente por el empleador, la entidad encargada del pago de la pensión, el afiliado independiente, o el voluntario, se reajustarán considerando la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPC) y devengaran un interés penal, equivalente a la tasa de interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional, aumentado en un 20%, conforme a lo establecido en el artículo 186 D.F.L. N° 1.

4.- Convenir otra modalidad de pago con nuestra Isapre, consistente en:

[Completar con otras modalidades de pago con las que opere la Isapre]

Finalmente le indicamos que, si usted desea acogerse al **préstamo legal contemplado en la Ley de Urgencia** (alternativa N°3), no es necesario que concurra físicamente a esta Isapre, atendido a que si nada manifiesta dentro del plazo de 30 (treinta) días hábiles contado desde la entrega en su domicilio de la presente carta, el préstamo operará automáticamente.

En caso que opte por cualquiera de las otras alternativas de pago, (alternativas N°1, N°2 y N°4) usted debe concurrir a nuestras oficinas de atención ubicadas en [Dirección y horario de atención] y dirigirse a [Completar en caso que la isapre tenga una unidad asignada o encargado del tema]. Sin perjuicio de la decisión que tome, usted podrá convenir con esta Isapre otras modalidades y condiciones de pago.

Para mayor información agradeceremos comunicarse al fono [número de teléfono] o al correo electrónico [colocar un correo electrónico o casilla Web].

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,

_____

[firma]

[Nombre completo representante de la Isapre]

[Cargo que desempeña representante de la Isapre]

Anexo Nº 2

Modelos de Cartas de Notificación de Cuota del Crédito [165]

1.- Notificación de cuota del crédito al afiliado dependiente o pensionado

Fecha

Señor …..

Notifico a Ud. que ha operado el préstamo legal de la Ley de Urgencias (incisos 8° a 11° del artículo 173 del DFL N° 1, de 2005, de Salud), razón por la cual a partir del mes de …Ud. deberá pagar a esta Isapre una cuota equivalente al 5% de su remuneración o pensión imponible, por concepto del crédito otorgado para financiar la parte no bonificada por su plan de salud, de las prestaciones de emergencia recibidas con fecha …. en …(indicar la unidad de emergencia pública o privada donde se recibieron las atenciones).

Dicha cuota será retenida y descontada de su remuneración o pensión por su empleador o entidad pagadora de la pensión y enterada, junto con la cotización de salud, en esta Institución.

A continuación se detalla información general sobre el crédito otorgado

Fecha de otorgamiento del Crédito (1)	
Plazo del crédito (en meses) [166]	
Monto de Crédito	
Número de cuotas	
Fecha descuento primera cuota	
Valor de la primera cuota mensual a enterar	

(1) Esta fecha corresponde a la que internamente asigna la isapre cuando opera automáticamente el préstamo -es decir, si el afiliado no se manifiesta dentro del plazo de 30 días hábiles- o bien corresponderá a la fecha en que se concede el préstamo al afiliado, cuando este último ha convenido una modalidad de pago con la isapre. f

Se hace presente que la isapre no puede exigirle cheques en garantía por el préstamo que le ha otorgado.

_____

[firma]

[Nombre completo representante de la Isapre]

[165] Anexo Reemplazado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

[166] Información incluida por Resolución Exenta IF N°222, de 02.07.2015

[Cargo que desempeña representante de la Isapre]

2.- Notificación de cuota del crédito al afiliado independiente

Fecha
Señor …..

Notifico a Ud. que ha operado el préstamo legal de la Ley de Urgencias (incisos 8° a 11° del artículo 173 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud), razón por la cual a partir del mes de … Ud. deberá pagar a esta Isapre una cuota equivalente al 5% de su renta imponible, por concepto del crédito otorgado para financiar la parte no bonificada por su plan de salud, de las prestaciones de emergencia recibidas con fecha …. en …(indicar la unidad de emergencia pública o privada donde se recibieron las atenciones).

Dicha cuota deberá ser pagada por Ud. directamente en esta Institución, conjuntamente con la cotización destinada a financiar su plan de salud.

A continuación se detalla información general sobre el crédito otorgado

Fecha de otorgamiento del Crédito (1)	
Plazo del crédito (en meses) [167]	
Monto de Crédito	
Número de cuotas	
Fecha descuento primera cuota	
Valor de la primera cuota mensual a enterar	

(1) Esta fecha corresponde a la que internamente asigna la isapre cuando opera automáticamente el préstamo -es decir, si el afiliado no se manifiesta dentro del plazo de 30 días hábiles- o bien la fecha en que se concede el préstamo al afiliado cuando este último ha convenido una modalidad de pago con la isapre.

Se hace presente que la isapre no puede exigirle cheques en garantía por el préstamo que le ha otorgado.

_____

[firma]

[Nombre completo representante de la Isapre]

[Cargo que desempeña representante de la Isapre]

[167] Información incluida por Resolución Exenta IF N°222, de 02.07.2015

3.- Notificación de cuota del crédito al afiliado voluntario

Fecha

Señor …..

Notifico a Ud. que ha operado el préstamo legal de la Ley de Urgencias (incisos 8° a 11° del artículo 173 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud), razón por la cual a partir del mes de … Ud. deberá pagar a esta Isapre una cuota equivalente al precio del plan contratado, es decir, la suma de …, por concepto del crédito otorgado para financiar la parte no bonificada por su plan de salud, de las prestaciones de emergencia recibidas con fecha …. en …(indicar la unidad de emergencia pública o privada donde se recibieron las atenciones).

Dicha cuota deberá ser pagada por Ud. directamente en esta Institución, conjuntamente con el precio de su plan de salud.

A continuación se detalla información general sobre el crédito otorgado

Fecha de otorgamiento del Crédito (1)	
Plazo del crédito (en meses) [168]	
Monto de Crédito	
Número de cuotas	
Fecha descuento primera cuota	
Valor de la primera cuota mensual a enterar	

(1) Esta fecha corresponde a la que internamente asigna la isapre cuando opera automáticamente el préstamo -es decir, si el afiliado no se manifiesta dentro del plazo de 30 días hábiles- o bien la fecha en que se concede el préstamo al afiliado cuando este último ha convenido una modalidad de pago con la isapre.

Se hace presente que la isapre no puede exigirle cheques en garantía por el préstamo que le ha otorgado.

_____

[firma]

[Nombre completo representante de la Isapre]

[Cargo que desempeña representante de la Isapre]

[168] Información incluida por Resolución Exenta IF N°222, de 02.07.2015

4.- Notificación de cuota del crédito a empleador o entidad pagadora de la pensión (sólo en el caso de afiliados dependientes o pensionados)

Fecha

Señor …..

Notifico a Ud. que ha operado el préstamo legal de la Ley de Urgencias (incisos 8° a 11° del artículo 173 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud) , razón por la cual a partir del mes de … Ud. deberá retener y descontar de la remuneración o pensión de don ….(identificar al afiliado dependiente o pensionado) una suma equivalente al 5% de dicha remuneración o pensión imponible, y enterarla en esta Isapre junto con la cotización de salud correspondiente.

Dicha suma tiene por objeto pagar el crédito otorgado por esta Institución al afiliado antes individualizado, para financiar la parte no bonificada por su plan de salud, de las prestaciones de emergencia recibidas con fecha…. en… (indicar la unidad de emergencia pública o privada donde se recibieron las atenciones).

A continuación se detalla información general sobre el crédito cuyas cuotas Ud, deberá retener y descontar de la remuneración.

Fecha de otorgamiento del Crédito (1)	
Plazo del crédito (en meses) [169]	
Monto de Crédito	
Número de cuotas	
Fecha descuento primera cuota	
Valor de la primera cuota mensual a enterar	

(1) Esta fecha corresponde a la que internamente asigna la isapre cuando opera automáticamente el préstamo -es decir, si el afiliado no se manifiesta dentro del plazo de 30 días hábiles- o bien la fecha en que se concede el préstamo al afiliado cuando este último ha convenido una modalidad de pago con la isapre.

Se hace presente que la isapre no puede exigirle cheques en garantía por el préstamo que le ha otorgado.

_____

[169] Información incluida por Resolución Exenta IF N°222, de 02.07.2015

[firma]

[Nombre completo representante de la Isapre]

[Cargo que desempeña representante de la Isapre]

Anexo Nº 3

Informe al Afiliado del Detalle del Servicio de la Deuda

SERVICIO DE PRÉSTAMOS POR ATENCIONES DE EMERGENCIA								
Mes	Saldo Insoluto	Valor	IPC	Reajuste	Tasa de	Interés	Amortización	Saldo Insoluto
	al inicio de	Cuota			Interés			al final de
	cada mes ($)	($)	(%)	($)	(%)	($)	($)	cada mes ($)

Anexo Nº 4

Documento a Entregarse o Remitirse a los Cotizantes que Suscriban Contratos a Partir de la Fecha de Entrada en Vigencia de la Ley Nº 19.650.

1.-El 24 de diciembre de 1999 entró en vigencia la Ley Nº 19.650, que introdujo modificaciones a los artículos 22 y 33 de la Ley Nº 18.933, que rige a las instituciones de salud previsional, normas actualmente contendidas en los artículos 173 y 189 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud.

En virtud de las modificaciones efectuadas, las instituciones deben pagar directamente a los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud o pertenecientes al sector privado, el valor de las prestaciones derivadas de atenciones de emergencia recibidas por sus beneficiarios, hasta que éstos se encuentren estabilizados, de modo que estén en condiciones de ser derivados. En esta situación, dichos prestadores no podrán exigir dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma la atención.

Paralelamente, la reforma legal contempla que los afiliados deben reembolsar a las isapres la parte que les corresponda pagar, por dichas prestaciones, conforme al plan de salud; para estos efectos, se entenderá que la respectiva institución ha otorgado un préstamo al cotizante, cuyas condiciones de pago, modalidades, garantías y plazos, se regirán por las normas contenidas en la citada Ley Nº 19.650 y por las instrucciones que esta Superintendencia dicte. Sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán convenir otras modalidades para restituir las sumas enteradas por la isapre al establecimiento asistencial y que son de cargo del cotizante.

Para la aplicación de lo dispuesto precedentemente, se entenderá por emergencia toda condición de salud o cuadro clínico que involucre estado de riesgo de muerte o riesgo de secuela grave de una persona y que requiera atención médica inmediata e impostergable.[170]

Asimismo, se entenderá por paciente estabilizado, aquel que habiendo estado en una condición de riesgo de muerte o riesgo de secuela grave, certificada por un médico cirujano de una unidad de emergencia, y que aun teniendo una patología no resuelta o parcialmente solucionada, puede ser trasladada a otro centro asistencial, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.[171]

2.- La Superintendencia de Isapres, actual Superintendencia de Salud, mediante la Circular Nº 56 del 24 de diciembre de 1999, ha impartido instrucciones respecto al pago de las atenciones de emergencia por parte de la isapre a los prestadores y sobre la forma, plazo y demás modalidades en que el afiliado debe pagar a la institución la parte del valor de las prestaciones recibidas que, de acuerdo al plan convenido, sea de su cargo.

En dichas instrucciones se establece que una vez que la respectiva isapre acredita que ha extinguido su obligación con el Servicio de Salud o establecimiento asistencial privado que otorgó las prestaciones de emergencia a su beneficiario, le enviará al cotizante una carta certificada de cobro, informándole el monto de la deuda contraída con la Institución y las alternativas que le ofrece para el pago del crédito, una de las cuales deberá consistir en el otorgamiento del préstamo a que se refiere el inciso 8° del artículo 173 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud, otorgándole un plazo de 30 días hábiles para pronunciarse al respecto. Si el afiliado no paga su deuda ni dice nada en este término, se entenderá que se acoge al crédito mencionado.

El crédito antes referido deberá pagarse mensualmente, por el cotizante en forma directa -si se trata de afiliados independientes o voluntarios- o a través de su empleador o entidad pagadora de la pensión -en el caso de los dependientes y pensionados- en cuotas que corresponderán[172] al 5% de la remuneración, renta o pensión imponible, tratándose de dependientes, independientes o pensionados o una suma equivalente al precio del plan contratado para los voluntarios. La cantidad adeudada se reajustará de conformidad a la variación del Índice de Precios a Consumidor y devengará el interés corriente para operaciones reajustables referido en el artículo 6 de la Ley Nº 18.010.

[170] Párrafo modificado por Circular IF/N°450, de 13.12.23
[171] Id.
[172] La Circular IF/275, de 2016, suprimió la expresión “a un monto máximo equivalente”.

[173] Eliminado

La isapre podrá convenir con sus afiliados las garantías que estime pertinentes para asegurar el cumplimiento de lo adeudado, salvo la utilización de cheques.

Asimismo la isapre podrá valerse de las facultades que le otorga la Ley Nº 17.322 y ejecutar el cobro de acuerdo al procedimiento ejecutivo contemplado en dicha ley, cuando las sumas adeudadas no se paguen oportunamente por los empleadores o entidades pagadoras de la pensión, o por los afiliados independientes o voluntarios.

El afiliado deberá comunicar a la isapre las modificaciones que experimente su situación laboral o previsional mientras está vigente la deuda, a fin que la institución notifique al nuevo empleador o a la entidad que se incorpora como pagadora de una pensión, o al propio cotizante que ha adquirido la calidad de independiente, voluntario o cesante, el monto que deberá enterarse por concepto del préstamo otorgado.

Por su parte, durante los períodos de incapacidad laboral, la cuota respectiva deberá pagarse directamente a la isapre por el afiliado y no podrá descontarse del monto que debe pagar la institución por concepto de subsidio por incapacidad laboral.

Asimismo, si se pusiere término al contrato de salud por cualquier causa, se mantendrá inalterable la obligación contraída por el ex afiliado con la isapre que le otorgó el préstamo, la que continuará cobrando las cuotas mensuales de éste, ya sea directamente al ex cotizante o a su empleador o entidad pagadora de la pensión.

Finalmente, si el afiliado o ex afiliado falleciere y registrare un saldo de deuda por concepto del préstamo otorgado, dicho saldo gravará la masa hereditaria, pudiendo pactarse entre la isapre y los herederos la forma y los plazos en que éste se pagará.

3.- Los beneficios que otorga la Ley Nº 19.650, se entienden incorporados en su contrato de salud a partir de la suscripción de éste y podrán ser exigidos desde la fecha de inicio de vigencia de los beneficios contractuales, esto es, desde el primer día del mes subsiguiente de la celebración del contrato.

[173] Párrafo eliminado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

Capítulo IV de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile[174]

Título I Normas Generales

1. Eliminado[175]

2. Obligación de informar de las isapres

Las instituciones deberán informar a sus beneficiarios acerca de la posibilidad de acogerse a la CAEC, cada vez que tomen conocimiento de habérseles diagnosticado una enfermedad que pueda transformarse en catastrófica, indicándoles los procedimientos a seguir para hacer uso de aquel beneficio.

En particular, deberá proporcionarse esta información a propósito de las solicitudes de presupuestos para futuras prestaciones, de los requerimientos de cobertura para prestaciones determinadas o de las consultas acerca del alcance o limitaciones de la cobertura del plan contratado, siempre que de los antecedentes entregados por el peticionario aparezca que la situación de salud de las personas afectadas las habilitaría para acceder a dicho beneficio. Para estos efectos, la institución deberá garantizar la debida preparación y capacitación en estas materias, del personal encargado de la atención de público.

2.1.- Obligación de informar el término de la prestación Hospitalización Domiciliaria CAEC[176]

El término de la prestación Hospitalización Domiciliaria a que hace referencia el penúltimo párrafo del numeral 10 “De la Hospitalización Domiciliaria CAEC”, del Artículo I, del Anexo “Condiciones de la Cobertura adicional para enfermedades catastróficas en Chile”, del Capítulo IV, deberá ser comunicado al afiliado a través de una carta certificada o correo electrónico autorizado expresamente por el afiliado para las comunicaciones que le efectúe la institución de salud[177], informando, de manera clara y fundadamente, las condiciones que cesaron para mantener vigente este tipo de atención. La comunicación deberá enviarse a la dirección que el afiliado registre en la isapre, a más tardar el último día del mes anterior a aquel en que se hará efectivo el respectivo término.

2.2.- Obligación de informar el reemplazo del prestador de salud CAEC designado para otorgar la prestación Hospitalización Domiciliaria[178]

En el evento que la isapre determine reemplazar el prestador de salud CAEC designado para otorgar la prestación Hospitalización Domiciliaria, deberá informar esta modificación al afiliado, señalando de manera clara y fundadamente, las razones que dieron origen a esta decisión. La comunicación deberá enviarse por carta certificada o correo electrónico autorizado expresamente por el afiliado para las comunicaciones que le efectúe la institución de salud[179], a la dirección que el afiliado registre en la isapre, a más tardar el último día del mes anterior a aquel en que se hará efectivo el referido reemplazo.

---

[174] La Cobertura Adicional para enfermedades catastróficas, CAEC, nació en el año 2000, como iniciativa de la Asociación de Isapres (en representación de las isapres Aetna Salud S.A., Banmédica S.A., Cigna Salud S.A., Colmena Golden Cross S.A., Consalud S.A., Cruz Blanca S.A., Master Salud S.A., Mas Vida S.A., Normédica S.A., Promepart, Vida Plena S.A. y Vida Tres S.A.)
En mayo de 2005, la Asociación de Isapres presentó a la Superintendencia de Salud las “Nuevas Condiciones de la Cobertura Adicional Para Enfermedades Catastróficas en Chile”. La modificación obedece a que, atendida la vigencia de las Garantías Explícitas en Salud (GES) y la obligación de las isapres de otorgar, como mínimo, la cobertura del Fonasa en la modalidad libre elección, se cumplió el supuesto de vigencia de las iniciales condiciones de cobertura catastrófica, consistente en un cambio fundamental de las normas legales referidas a la cotización legal para salud o a las coberturas o beneficios mínimos obligatorios.

[175] Numeral 1 “Definición”, eliminado por Circular IF/275, de 2016.

[176] Punto incorporado por la Circular IF/N°330, de 27 de agosto de 2019.

[177] Se modifica la expresión: “carta certificada” por “carta certificada o correo electrónico autorizado expresamente por el afiliado para las comunicaciones que le efectúe la institución de salud”, de acuerdo a Resolución Exenta IF/N°1019, de 29.11.2019.

[178] Punto incorporado por la Circular IF/N°330, de 27 de agosto de 2019.

[179] Se modifica la expresión: “carta certificada” por “carta certificada o correo electrónico autorizado expresamente por el afiliado para las comunicaciones que le efectúe la institución de salud”, de acuerdo a Resolución Exenta IF/N°1019, de 29.11.2019.

3. Obligación de la isapre de designar un funcionario encargado de la CAEC.

Las instituciones deberán designar formalmente ante la Superintendencia de Salud a una persona que esté ampliamente facultada por la Gerencia General de la isapre para atender y resolver los requerimientos que le formulen los funcionarios del referido Organismo.

Dicha información deberá contener los siguientes antecedentes: a) Nombre del encargado y cargo que desempeña en la isapre; b) Dirección, fono, fax y correo electrónico; c) Nombre del encargado suplente y cargo que desempeña en la isapre y d) Dirección, fono, fax y correo electrónico de dicho suplente.

En caso de reemplazo del encargado o su suplente, la Institución deberá comunicarlo a la Superintendencia con cinco días hábiles de anticipación a la materialización de dicho cambio.

4. Obligación de las isapres de realizar las gestiones que permitan acceder a la CAEC[180].

Las isapres deben ejecutar las acciones necesarias para que los beneficiarios accedan en forma oportuna a las atenciones de salud que requieran y puedan obtener la CAEC, cuando conste que éstos o sus representantes han optado por atenderse bajo las condiciones de este beneficio. Dichas acciones deberán manifestarse tanto en la etapa de designación del prestador, como en aquellas posteriores que sean necesarias para la materialización de dicho acceso, tales como gestiones administrativas y de coordinación con los prestadores involucrados, y para su traslado, según corresponda, entre otras. Lo anterior, sin perjuicio de aquéllas que sólo el beneficiario o su representante puedan realizar.

Las referidas acciones deben responder a las necesidades específicas de atención de salud que requiera el beneficiario, teniendo presente factores tales como, la condición de salud del beneficiario y el lugar en el que éste se encuentre, entre otros.

Sin perjuicio de la facultad de las isapres para determinar la red de prestadores, éstas siempre deben posibilitar y hacer viable el acceso a las atenciones de salud en los términos señalados, especialmente, frente a una atención de urgencia vital y/o riesgo de secuela funcional grave, permitiendo la materialización efectiva de la CAEC.

Las isapres deberán estar siempre en condiciones de acreditar la ejecución de las referidas acciones, las que no pueden significar, en caso, alguno, un obstáculo para la obtención del beneficio.

[180] Agregado por la Circular IF N°212, del 27.03.2014.

Título II Condiciones De Cobertura

1. Anexo de la CAEC

Los términos y condiciones para el otorgamiento de la CAEC se contienen en el documento Anexo a este Capítulo, denominado "Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile", en adelante, las Condiciones de Cobertura.[181]

En consecuencia, las instrucciones que seguidamente se imparten sólo se refieren y son aplicables a la cobertura adicional para enfermedades catastróficas cuya configuración se ajuste estricta y rigurosamente a los términos y condiciones revisados por esta Superintendencia y que se reproducen en el anexo ya mencionado.[182]

2. Dependencia de la CAEC del contrato de salud

La Cobertura es dependiente del contrato de salud previsional, por lo que una vez incorporada en la relación contractual, su vigencia y terminación se sujetará a las reglas del mismo contrato, sin perjuicio de lo dispuesto en el Artículo III del Anexo referido en el numeral anterior.[183]

Las exclusiones contempladas en el número 6 del Artículo I del documento denominado Condiciones de Cobertura, anexo a este Capítulo, no alterarán de modo alguno la bonificación de esas mismas prestaciones en el plan de salud, de acuerdo a la modalidad que en éste se establezca.

3. Eliminado[184]

4. Definición de la Red

Cada vez que las Condiciones de Cobertura se refieren a la RED CAEC debe entenderse que aluden al conjunto de prestadores que la isapre fija y pone a disposición de los beneficiarios, con el propósito de otorgar la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile, según lo dispuesto en el artículo I de las Condiciones de Cobertura.

La RED CAEC actualizada -esto es, los prestadores individuales e institucionales y, dentro de estos últimos, los prestadores individuales que forman parte del convenio- deberá estar permanentemente a disposición de los afiliados y beneficiarios en la página web y en las agencias de la isapre.

La información respecto de los prestadores institucionales deberá contemplar, como mínimo, el nombre del prestador, la dirección, ciudad donde se ubica, teléfono, especialidad, tipo de habitación y tiempos de espera. Respecto de estos últimos, las isapres deberán velar por su cumplimiento.

Frente a cualquier cambio que se produzca en los prestadores, nunca podrán verse afectados los tratamientos en curso que tengan los beneficiarios, de modo que ante dicha circunstancia, la isapre deberá adoptar las medidas tendientes a permitir la continuidad en el otorgamiento de las prestaciones.

4.1. Reemplazo de los prestadores de la red

La isapre podrá reemplazar cualquiera de los prestadores de la RED CAEC. En todo caso, el prestador que se incorpore a la RED CAEC deberá mantener las condiciones de calidad médica e idoneidad técnica del prestador reemplazado.

---

[181] El Anexo de este Capítulo contiene el documento denominado "Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile" se compone de un cuerpo, estructurado en cuatro Artículos y siete Anexos.

[182] Párrafo incorporado por Circular IF/275, de 2016.

[183] La parte final del párrafo fue suprimida por Circular IF/275, de 2016.

[184] Numeral 3 "Modificación de la CAEC", eliminado por Circular IF/275, de 2016.

5. Tiempos de espera

En el documento que contiene el Listado de prestadores de la RED, las instituciones deberán informar los tiempos de espera máximos previstos para que dichos prestadores otorguen efectivamente las mencionadas atenciones, debiendo indicarse aquellos definidos para exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e intervenciones quirúrgicas.

Dentro de las antedichas agrupaciones, las isapres podrán establecer las clasificaciones o desagregaciones que estimen pertinentes para el debido cumplimiento de lo instruido precedentemente.

Asimismo, deberá explicitarse en ese listado, el momento a partir del cual empiezan a correr los tiempos de espera definidos.

6. Insuficiencia de los prestadores

Se configura una insuficiencia de la RED, cuando por falta de profesionales o medios, los prestadores que la integran se encuentran imposibilitados temporalmente de realizar alguna de las prestaciones que requiera el beneficiario para la atención de su enfermedad catastrófica y ha transcurrido el tiempo de espera indicado en el numeral precedente.

En caso de configurarse dicha insuficiencia, la isapre deberá derivar al paciente a un prestador que esté en condiciones de otorgar las atenciones de salud requeridas y mantenga similares condiciones de calidad médica e idoneidad técnica respecto de aquél que dio origen a la derivación, sin que se vea alterada por ello, la cobertura que este beneficio otorga, ejecutando las acciones y gestiones necesarias para el efectivo acceso a la CAEC[185].

7. Cálculo del deducible

[186]

El deducible correspondiente a una enfermedad catastrófica, será calculado por la isapre desde el ingreso del afiliado a la RED, para lo cual deberá llevar un registro detallado de los copagos que éste haya efectuado.[187] La información con que cuente la isapre sobre esta materia, deberá estar a disposición del afiliado en sus oficinas de atención de público.

7.1. Base de cálculo del deducible[188]

Para los efectos del cálculo del deducible de la CAEC, deberá considerarse el total de la cotización pactada.

El total de la cotización pactada corresponde al monto total pactado y está conformado por la suma del precio del plan de salud complementario, el precio de las Garantías Explícitas en Salud, GES, el precio de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, CAEC, y el precio de los beneficios adicionales.[189]

7.2. Forma en que se acumula el deducible y cobertura del beneficio[190]

Para garantizar la protección financiera que contempla la CAEC y ajustarse al objetivo para el cual fue creada, esto es, aumentar la cobertura del plan de salud complementario, se establecen los siguientes criterios para la aplicación del deducible según la situación que se trate:

• Complicaciones de una enfermedad catastrófica[191]

Se aplicará el deducible correspondiente a una sola enfermedad catastrófica- 30 cotizaciones de salud con un máximo de 126 UF- cuando se presenten dos (2) enfermedades catastróficas y una sea complicación de la

[185] Modificado por la Circular IF N°212, del 27.03.2014.
[186] Párrafo 1°, eliminado por Circular IF/275, de 2016.
[187] Oración intermedia suprimida por Circular IF/275, de 2016.
[188] Circular IF Nº 85, 8.10.2008; Oficio Circular IF Nº 27, 14.10.2008
[189] La definición corresponde a la contenida en la letra e) del Nº 3.4., del Título III, Formato mínimo del FUN, del Capítulo III, Instrucciones Contractuales.
[190] Se agrega el punto 7.2, en virtud de la Circular IF N°292,de 12.09.2017
[191] Epígrafe modificado por la Resolución Exenta IF N°345, de 09.11.2017

otra, en el entendido de que esta última deberá estar relacionada directamente con el evento por el cual se activó la CAEC. En tal caso la complicación o evento secundario no se considerará una enfermedad catastrófica independiente.

• Acumulación del deducible para más de una enfermedad

Se aplicará el deducible total de 43 cotizaciones cuando se requiera la CAEC para más de un beneficiario del contrato de salud, o en más de una enfermedad catastrófica para un mismo beneficiario dentro de un mismo período anual. En estos casos, al completarse el deducible asociado a una de las patologías, deberá comenzar a operar a su respecto la Cobertura Adicional, en tanto que por la o las demás, se seguirán acumulando los copagos hasta que alguna de ellas, complete el monto suficiente para cubrir la diferencia entre el deducible de la primera enfermedad catastrófica y el deducible total.

De la contabilización del deducible

El deducible es anual y se contabilizará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado, esto es, la fecha en que se otorgue la primera prestación que tenga su origen en una enfermedad catastrófica, lo que será determinado por la isapre una vez aprobada por ésta, la cuenta del prestador.

La contabilización del período anual en la renovación del beneficio, se iniciará en la fecha en que se registre el copago devengado de la primera prestación que se otorgue a contar de la mencionada renovación. No corresponderá reiniciar la anualidad y el cómputo del deducible inmediatamente después de finalizado el período anterior, en forma sucesiva, en la medida que no exista otorgamiento de prestaciones.

De la Cobertura CAEC y GES- CAEC

La Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas opera cuando los copagos que se originan por un mismo diagnóstico, superan el deducible respectivo, dentro de un mismo período anual, como lo establecen ·las letras b), d) y e) del número 1 del artículo I, del Anexo de las Condiciones. Si ello no ocurre, no se estará frente a una enfermedad catastrófica y por lo tanto, tampoco procederá considerar los copagos que esta última genere para el cálculo de un eventual deducible grupal aplicable a la ocurrencia de otra enfermedad que sí sea catastrófica.

Respecto a la aplicación de la cobertura GES-CAEC, en la eventualidad que se requieran prestaciones con cargo a dicho beneficio, no comprendidas en los protocolos o Guías Clínicas del MINSAL, pero sí en el arancel de prestaciones de la isapre, procederá que sus copagos se consideren para la acumulación de deducible por cuanto la aplicación de la cobertura GES no puede afectar o lesionar derechos previamente obtenidos por los afiliados, ni obstaculizar el acceso a una mejor cobertura pactada contractualmente, como ·los beneficios que otorga la CAEC, de manera· que la cobertura GES-CAEC se extiende a todas las prestaciones aranceladas, por lo que cualquier interpretación en contrario, no producirá efectos.

8. Crédito para el financiamiento del deducible

El afiliado podrá solicitar a la isapre un crédito para cubrir los copagos correspondientes al deducible definido en la letra e) del Nº 1 del artículo I de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile.

Con esta finalidad, el solicitante deberá entregar a la isapre todos los antecedentes requeridos en el Anexo Nº 2 de las señaladas Condiciones de Cobertura, a fin que la Institución de Salud pueda evaluar si el afiliado cumple con los requisitos que lo habilitan para la obtención del mencionado crédito.

Si el afiliado acumula los copagos suficientes para completar el deducible, de acuerdo a lo señalado en el número 2 del artículo I de las Condiciones de Cobertura, y cumple con los requisitos señalados en el referido Anexo Nº 2, la isapre financiará el monto de los mencionados copagos, a condición que el afiliado convenga con la isapre la modalidad de pago y firme los documentos correspondientes, así como un pagaré a su favor y un mandato que faculta a esta última para llenarlo, con el objeto de garantizar el pago del crédito concedido, de acuerdo a lo dispuesto en el número 8 del artículo I de las citadas Condiciones de Cobertura.

9. Reglas sobre la modalidad de pago del deducible

a) Las partes podrán convenir, como modalidad de pago del deducible, la prevista en los incisos 8° y 9° del artículo 173 del DFL Nº 1 a que se refiere el Capítulo, "De las Urgencias", de este Compendio. [192]

b) El afiliado podrá financiar el deducible a través de un crédito otorgado por un tercero, Caja de Compensación, Banco o Institución Financiera.

c) Si el sistema elegido para el pago del crédito es el descuento por planillas de la remuneración o pensión mensual del afiliado -y no corresponde a la modalidad de pago prescrita en los incisos 8° y 9° del artículo 173 del DFL Nº 1- el porcentaje a descontar no podrá exceder, en ningún caso, del tope del 15% para los descuentos voluntarios establecido en el artículo 58 del Código del Trabajo, para el caso del trabajador dependiente o en la normativa previsional correspondiente, en el caso de los pensionados.

Para estos efectos la primera cuota a descontar será aquella que las partes acuerden en el mismo convenio de pago.

d) Las cuotas pactadas en el convenio de pago no podrán reajustarse por sobre el Índice de Precios al Consumidor (IPC) y generarán el interés pactado por las partes, con los límites dispuestos en el artículo 6° de la Ley Nº 18.010, que "Establece las normas para las operaciones de crédito y otras obligaciones de dinero".

e) La isapre deberá estar en condiciones de informar el estado actual de la deuda, cuando ello sea requerido por el afiliado, dentro de los diez días corridos siguientes a la presentación de la solicitud.

f) Si durante el servicio del crédito se pusiere término al contrato de salud, cualquiera sea la causa, se mantendrá inalterable la obligación contraída por el ex afiliado con la institución respecto del préstamo otorgado, hasta la total extinción de la misma.

En consecuencia y no obstante la terminación del vínculo contractual con el afiliado, la isapre acreedora continuará cobrando las cuotas mensuales de dicho préstamo, ya sea directamente al ex cotizante o a su empleador o entidad pagadora de la pensión, según correspondiere.

Para los efectos de lo dispuesto en este punto, el deudor deberá comunicar a la isapre, mientras está vigente el préstamo, las modificaciones que experimente su situación laboral o previsional y su domicilio, con el objeto de notificar el pago de la cuota a quien correspondiere.

g) Finalmente, en caso que el afiliado no pague dos o más cuotas sucesivas del crédito por una causal imputable a éste la isapre podrá hacer exigible el total del saldo adeudado, completando y ejecutando el pagaré entregado en garantía.

10. Eliminado[193]

[192] En tal caso, las isapres deberán pagar directamente a los prestadores el valor de las prestaciones otorgadas a sus afiliados, entendiéndose que han otorgado un préstamo por el valor del deducible de las prestaciones que sea de cargo de éstos.

[193] Numeral 10 "Prestaciones no cubiertas por la Cobertura Adicional para Enfermedades catastróficas", eliminado por Circular IF/275, de 2016.

Título III Urgencias Caec

1. De las atenciones de urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave

Se entenderá que las atenciones de urgencia a las que se refieren las Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile, en el punto 4 de su artículo I, están referidas a aquellas condiciones de salud que impliquen urgencia vital o secuela funcional grave, que requiera hospitalización inmediata e impostergable.

El tratamiento para las atenciones de urgencia difiere, según se trate de prestaciones otorgadas fuera o dentro de la Red.

2. Atención de urgencia en prestador ajeno a la Red CAEC

En caso de que la atención se realice fuera de la Red, deberá cumplirse con las condiciones que se fijan en el punto 4.1 de las Condiciones de Cobertura, siendo de cargo de la presente cobertura el traslado a un prestador que será designado especialmente para tal efecto.[194]

En el evento de que la isapre incumpla el plazo para efectuar la derivación, los copagos originados en la atención de urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave se computarán para el cálculo del deducible, desde el ingreso del paciente en el prestador ajeno a la Red.[195]

3. Atención de emergencia que involucre riesgo de muerte o de secuela grave dentro de la RED CAEC[196].

Tratándose de una internación de emergencia que implique riesgo de muerte o riesgo de secuela grave, la CAEC se entenderá activada automáticamente desde el ingreso del beneficiario o beneficiaria al prestador que pertenezca a la Red CAEC de la isapre. Dicha activación no estará sujeta a notificación previa a la isapre por parte de la persona beneficiaria, ni a la realización de trámites o diligencias administrativas posteriores.

En estos casos, la activación automática operará a todo evento, independientemente del tipo de cama que sea utilizada por el paciente.

La aplicación de la CAEC no podrá generar un copago superior al que resulte de la cobertura del plan complementario ni de otras coberturas adicionales contratadas.[197].

---

[194] Párrafos 1° a 4° eliminados y nuevo párrafo 1° incorporado, por Circular IF/275, de 2016.

[195] Párrafo reemplazado por Circular IF/275, de 2016.

[196] Título modificado por la Circular IF/N°521 de 23.12.2025.

[197] El texto de este número 3 fue sustituido por completo por la Circular IF/N°521 de 23.12.2025. Modificaciones anteriores que registró este número Circular IF/275, de 2016 y Circular IF N°280, de 03.01.2017.

Título IV Incorporación de la CAEC

1. Isapres que no han incorporado la CAEC

Las isapres que no tienen incorporada la CAEC en sus contratos y que decidan ofrecerla por primera vez, adhiriéndose a las Condiciones de Cobertura vigentes, deberán sujetarse a las siguientes instrucciones.

1.1. Deberán informar su decisión de incorporar las Condiciones de Cobertura a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en forma previa a su implementación, entendiéndose por tal, la fecha de envío de las primeras cartas que la ofrezcan. En la misma oportunidad deberán informar la nómina de prestadores institucionales que conformará su RED CAEC.

1.2. Con el objeto de evitar cualquier forma de discriminación, la Isapre ofrecerá la Cobertura a todos los afiliados de todos sus planes de salud, sin que pueda tener en consideración el estado de salud de éstos o de sus beneficiarios.

1.3. Respecto a los contratos de salud vigentes de cotizantes adscritos a planes individuales, la isapre incorporará la Cobertura en el próximo proceso de adecuación contractual que realice, para lo cual deberá proceder en conformidad a las reglas de adecuación de los contratos contenidas[198] en los artículos 197 y 198 del DFL Nº 1 y a las instrucciones impartidas por la Superintendencia en relación a los procedimientos de suscripción, modificación, adecuación y terminación de los contratos de salud.

En la carta, la isapre explicará el contenido de la adecuación de forma tal que el cotizante pueda distinguir las variaciones que se introduzcan al precio pactado tanto por el cambio en el precio base del plan y/o en los tramos de edad de los beneficiarios, como por la incorporación de la Cobertura.

A la carta de adecuación deberá acompañarse, junto con los antecedentes que exige el proceso de adecuación, el documento que contiene las Condiciones de Cobertura y el Anexo “Requisitos para acceder al financiamiento del deducible por la isapre”.[199]

La sola incorporación de la Cobertura al contrato de salud no se considerará una modificación a los beneficios del plan de salud vigente.

Si la adecuación sólo consiste en la incorporación de la Cobertura, sin alterar el precio del plan, la institución se limitará a explicar el alcance y contenido fundamental de la misma, no siendo procedente el ofrecimiento de planes alternativos en condiciones equivalentes. Tampoco será procedente en este caso, identificar a cada plan con un nuevo nombre y código, según lo dispuesto en las instrucciones de la Superintendencia de Salud a propósito de la suscripción, modificación, adecuación y terminación de los contratos de salud.

Si, por el contrario, junto con la incorporación de la Cobertura la adecuación modifica el precio del plan, la institución estará obligada a ofrecer planes alternativos en condiciones equivalentes, sin que constituya infracción al inciso tercero del artículo 197 del DFL Nº 1, ni a las instrucciones de esta Superintendencia la circunstancia que dichos planes alternativos también contemplen la Cobertura.

2. Incorporación de la CAEC a los planes grupales

Respecto a los contratos de salud vigentes de cotizantes adscritos a planes grupales, la isapre deberá incorporar la Cobertura procediendo en conformidad a lo dispuesto en el artículo 200 del DFL Nº 1, y a las instrucciones impartidas por esta Superintendencia en materia de suscripción, adecuación, modificación y terminación de los contratos de salud, con las siguientes precisiones y modificaciones:

a) Para el efecto de incorporar la Cobertura, se entenderá que cesan todas o algunas de las condiciones previstas para la vigencia del plan, estando facultada la isapre para modificar el mismo;

b) La isapre deberá remitir una comunicación escrita a los cotizantes o al representante o mandatario común, según corresponda, explicando el precio que se deberá pagar por la Cobertura y/o la forma en que se

[198] Palabra corregida por Circular IF/275, de 2016.

[199] Párrafo modificado por Circular IF/275, de 2016.

modificarán los beneficios del plan, a raíz de su incorporación. A la carta deberá acompañarse el documento que contiene las Condiciones de Cobertura y su anexo 2.[200]

En todo caso, las comunicaciones a que se refiere el párrafo precedente, deberán ser remitidas a más tardar dentro del año siguiente al inicio del proceso de implementación de la Cobertura.

c) La antedicha comunicación deberá señalar claramente el plazo que dispone el cotizante o el representante o mandatario común, según corresponda, para pronunciarse sobre el aumento del precio y/o la modificación de los beneficios del plan, el que, al menos, se deberá extender hasta el último día hábil del mes siguiente al de la expedición de la comunicación, si se remite por correo, o de su entrega, si ésta es personal. Adicionalmente, deberá informar que ante el silencio, se entenderá aceptada la Cobertura en las condiciones propuestas.

d) Si la isapre opta por incorporar la Cobertura, sin alterar ni el precio ni los beneficios del plan, la comunicación se limitará a explicar el alcance y contenido fundamental de aquella;

e) En su caso, si como resultado de la implementación de la Cobertura cesan todas o algunas de las condiciones previstas para la vigencia del plan grupal, la isapre podrá ponerle término pero, en todo caso, incorporando la Cobertura al plan que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del trabajador al momento de terminarse el plan.

f) Para el sólo efecto de la incorporación de la Cobertura, los contratos cuyo precio se haya pactado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud podrán combinar dicha modalidad con una cotización adicional expresada en pesos o unidades de fomento.

[200] Párrafo modificado por Circular IF/275, de 2016.

Título V Medidas de Publicidad

Las isapres deberán tener a disposición de sus afiliados, para conocimiento y consulta, en sus oficinas de atención de público y a través de su página web, información general acerca de la modalidad de acceso, deberes y derechos respecto de la CAEC.

Esta información contemplará como mínimo lo siguiente:

- Aviso inmediato en caso de urgencia fuera de la Red;
- Aviso de 48 horas en caso de urgencia dentro de la Red;
- Obligación de utilizar tipo de habitación especificado por la isapre;
- Descripción del procedimiento de acceso a la red (uso de formularios), etc.;
- Otros plazos que debe cumplir el beneficiario o representante para acceder a la CAEC.

Asimismo, las isapres que dispongan de una página web, deberán tener disponible el formulario Nº 1 “Solicitud de incorporación a la Red Cerrada de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas CAEC y GES-CAEC”, del Anexo Nº 1, de las Condiciones de Cobertura, para su impresión y posterior presentación en la isapre.

Título VI Término de la CAEC al Vencimiento del Período Anual

Para ejercer la facultad prevista en la letra a), número 7 del artículo I de las Condiciones de Cobertura, que permite poner término a la Cobertura derivada del vencimiento del período anual, la isapre deberá comunicar al beneficiario el término del período con una antelación de, a lo menos, treinta días.[201]

El incumplimiento o cumplimiento extemporáneo de la obligación establecida en el párrafo precedente por parte de la isapre, importará la renovación automática del beneficio, cuya activación y cómputo del nuevo período anual se iniciará desde la fecha en que se devengue el copago asociado a la primera prestación que se otorgue.[202]

Cabe señalar que se deberá emplear la comunicación antes· referida, para informar además, que si el afiliado requiere activar el beneficio nuevamente, la anualidad regirá a contar de la fecha en que se otorgue la primera prestación, respecto de la enfermedad por la cual acumulará deducible, por lo que será imprescindible que antes que se realice la prestación, se acerque o contacte con la isapre a fin de informarse sobre el prestador de la Red CAEC que le corresponde o está vigente.[203]

[201] Párrafo modificado por Circular IF/275, de 2016.

[202] Párrafo modificado por la Circular IF N°292, de 12.09.2017

[203] Párrafo agregado por la Circular IF N°292, de 12.09.2017

Título VII Disposiciones Transitorias

1. Pacientes crónicos

Tratándose de pacientes con tratamientos de enfermedades crónicas en curso con anterioridad al 1 de julio de 2005, y acogidos a la CAEC, se mantendrá el período bienal de acumulación del deducible hasta que concluya el tratamiento de que se trate, con el alta del paciente.

No obstante lo anterior, en caso que la cobertura adicional para enfermedades catastróficas sea utilizada por más de un beneficiario del contrato de salud, o en más de una enfermedad catastrófica para un mismo beneficiario, el cálculo del deducible, su monto y límites, se sujetará a las reglas previstas en el numerando 2 del artículo I de las Condiciones de Cobertura.[204]

Esta vigencia especial para el período de acumulación del deducible sólo regirá para los pacientes señalados en el párrafo primero de este numeral, sin que pueda extenderse a otras personas del contrato de salud respectivo, ya sea que se trate del titular u otro familiar beneficiario.

2. Eliminado[205]

[204] Frase final suprimida por Circular IF/275, de 2016.

[205] Numeral 2 “Renuncia al desahucio”, eliminado por Circular IF/275, de 2016.

Anexo

CONDICIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN CHILE

Por el presente acto e instrumento, el afiliado que suscribe, por sí y en representación de sus beneficiarios, los que se individualizan en el Formulario Único de Notificación (FUN) del contrato de salud previsional suscrito con la Isapre, pacta con ésta la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, en adelante CAEC, y la cobertura especial GES-CAEC, que se detallan a continuación:[206]

El Anexo Nº 1, que se refiere a la petición del beneficio y derivación a la Red CAEC (procedimiento y formularios 1 y 2) y el Anexo Nº 2, relativo a los requisitos para acceder al financiamiento del deducible por la isapre, se adjuntan a las presentes condiciones generales. Los restantes anexos mencionados en este instrumento se encuentran a disposición del afiliado y beneficiarios en todas las Agencias de la Isapre.

ARTICULO I: COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS, CAEC

Este beneficio tiene por finalidad aumentar la cobertura que otorga al afiliado y sus beneficiarios su Plan Complementario de Salud, en el ámbito de las prestaciones hospitalarias, así como en el de las ambulatorias que expresamente se indican en el presente instrumento, que sean otorgadas dentro del territorio nacional. Respecto de aquellas enfermedades, diagnósticos, condiciones de salud y tratamientos que estén comprendidos en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, en adelante GES, regirá lo dispuesto en el Artículo II de estas mismas Condiciones.

Para el otorgamiento de la CAEC, la Isapre pone a disposición de los beneficiarios un sistema conformado por una Red Cerrada de Atención y modalidad de atención médica cerrada, en adelante la "RED CAEC", que tiene como finalidad prestar atención de salud a dichas personas ante la eventualidad de presentar alguna de las enfermedades catastróficas cubiertas por el presente beneficio adicional. Para acceder a la Red CAEC, el beneficiario deberá solicitar previa y expresamente a la Isapre su ingreso y ésta efectuará la derivación al prestador médico y/o institucional correspondiente, de acuerdo con lo indicado en el anexo Nº 1 de las presentes Condiciones (Formularios 1 y 2).

Por regla general, este beneficio no aumenta la cobertura de las prestaciones ambulatorias, salvo aquéllas que expresa y explícitamente se indican y regulan en este instrumento. Las prestaciones ambulatorias, excepcionalmente cubiertas por este beneficio adicional, son las siguientes:

a) las drogas inmunosupresoras en caso de trasplantes,

b) radioterapia,

c) drogas[207] aplicadas en ciclos de quimioterapia para el tratamiento del cáncer, y

d) los medicamentos definidos como coadyuvantes o biomoduladores que se usan antes, durante o después de los ciclos de quimioterapia que estén considerados en los programas del ministerio de salud.

1.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y COBERTURAS

a) RED CAEC: Conjunto de prestadores de salud, individuales e institucionales, y tipo de habitación que la conforman.

La Isapre derivará a cualquiera de los prestadores de la Red CAEC y, dentro de ésta, al o a los médicos que expresamente le indique al beneficiario. Los establecimientos de la Red deberán estar ubicados en el territorio nacional y cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto Nº 161 (Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas) del Código Sanitario, y las normas sobre acreditación hospitalaria vigentes.

[206] Los temas GES-CAEC serán tratados en el Capítulo GES de este Compendio.

[207] Expresión "citotóxicas" suprimida por Circular IF/Nº368, de 2020.

La Isapre podrá reemplazar cualquiera de los prestadores de la Red CAEC, informando de ello, previamente a la Superintendencia de Salud con 30 días de antelación a su incorporación formal a la Red CAEC, remitiéndole la información de capacidad de camas, pabellones quirúrgicos y especialidades del prestador. En todo caso, el prestador que se incorpore a la Red CAEC deberá mantener las condiciones de calidad médica e idoneidad técnica del prestador reemplazado.

La Red actualizada -esto es, los prestadores individuales e institucionales y, dentro de estos últimos, los prestadores individuales que forman parte del convenio- deberá estar permanentemente a disposición de los afiliados y beneficiarios en la página web y en las agencias de la Isapre. Es responsabilidad del beneficiario informarse sobre los prestadores que conforman la RED y las condiciones de acceso a ella.

b) COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Es el financiamiento del 100% de los copagos originados por enfermedades catastróficas que superen el deducible, calculado de acuerdo a lo establecido en la letra e) del presente artículo, sin perjuicio de las exclusiones señaladas en el Artículo I número 6, del presente instrumento.

c) COPAGO: Es la diferencia que se produce entre el valor cobrado por las prestaciones cubiertas por el plan de salud complementario y la bonificación efectiva que otorga dicho plan. Los pagos efectuados por los beneficiarios, por prestaciones y servicios no cubiertos por el plan complementario y pagos efectuados fuera de la RED, no se considerarán como copagos para efectos de la presente cobertura.

d) ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Todo diagnóstico, enfermedad o patología que cumpla con lo indicado en este artículo y que represente para el beneficiario copagos superiores al deducible establecido en la letra e) de este numerando 1 y en los números 2 y 3 del presente artículo y esté excluida en el numerando 6 de este artículo.

Se entenderá por diagnósticos aquellos indicados en el decreto que establezca la GES, esto sólo aplicable para efectos de GES-CAEC y por la Organización Mundial Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o la vigente a la época de la prestación.

e) DEDUCIBLE: Se define como deducible a la suma de los copagos correspondientes a un mismo diagnóstico, que habrán de ser acumulados para tener derecho a esta cobertura adicional para enfermedades catastróficas y que, en consecuencia, no son de cargo de este beneficio. Para efectos del cómputo del deducible, no se contabilizarán los copagos que tengan su origen en prestaciones no cubiertas por este beneficio o que estando cubiertas se hayan otorgado fuera de la RED.

2.- MONTO, ACUMULACIÓN Y DURACIÓN DEL DEDUCIBLE

El deducible es el equivalente a la cantidad de treinta veces la cotización pactada en el plan de salud, por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 126 UF, para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.

El deducible es anual, esto es, se acumula durante un año contabilizado desde la fecha en que el beneficiario registre el copago devengado[208] por la primera prestación que tenga su origen en una enfermedad catastrófica en los términos establecidos en el número 3 del presente artículo. Al cabo de un año de esa fecha, se reiniciará el cómputo del deducible por otro año y así sucesivamente.

Los copagos a contabilizar en el deducible son sólo aquellos que tienen su origen en un gasto incurrido en la Red CAEC, salvo lo indicado en el número 4, por una misma enfermedad catastrófica y sus complicaciones.
El deducible no se podrá conformar con copagos efectuados por hospitalizaciones derivadas de enfermedades que no revistan el carácter de catastrófica, en los términos de esta cobertura adicional ni por la acumulación de copagos correspondientes a más de un beneficiario o que fueran atendidas fuera de la Red.

[208] Las expresiones “registre” en lugar de “entere” y “copago devengado” , se agregan en virtud de la Circular IF N°292, de 12.09.2017

En caso que la cobertura adicional para enfermedades catastróficas sea utilizada por más de un beneficiario del contrato de salud, o en más de una enfermedad catastrófica para un mismo beneficiario, el deducible total será de 43 cotizaciones pactadas por cada período anual, el que no podrá exceder de 181 unidades de fomento. Una vez completado dicho deducible total, y en la eventualidad de producirse una tercera enfermedad catastrófica durante ese período anual, en que ya se han acumulado y pagado, ya sea directamente o financiado en conformidad a las reglas establecidas en el presente instrumento, un equivalente a 43 cotizaciones, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 181 UF, no será necesario completar uno nuevo, hasta el próximo período anual, entendiéndose por tal aquél que se inicia con el copago de la primera prestación del beneficio.

3.- CÁLCULO DEL DEDUCIBLE

El deducible se determinará multiplicando por 30 el monto de la cotización vigente.

Para efectos del cálculo del deducible se entenderá que la Unidad de Fomento a utilizar, será el valor que esta unidad tenga al último día del mes anterior a aquél en que se efectúe la prestación que da origen al copago correspondiente.

La determinación de la cotización vigente se realizará de acuerdo a las siguientes reglas, según corresponda:

a) PLANES INDIVIDUALES PACTADOS EN UNIDADES MONETARIAS: La cotización vigente corresponderá a la cotización total pactada de acuerdo al plan complementario vigente.

b) PLANES INDIVIDUALES Y GRUPALES PACTADOS EN EL PORCENTAJE DE LA COTIZACIÓN LEGAL: Tratándose de planes de salud pactados en el porcentaje de cotización legal y sólo para efectos de cálculo, la cotización vigente será determinada en base al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos 6 meses y/o las equivalentes en el caso de pago de subsidio por incapacidad laboral. Dicho promedio debe calcularse retroactivamente a partir de la cotización declarada o pagada del mes inmediatamente anterior a la solicitud del presente beneficio.

Si en el referido período, se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización vigente se determinará en base al promedio del número de meses que registren información.

En el caso de no existir información dentro del aludido período de 6 meses, se considerará el 7% aplicado al último dato de la renta imponible que haya sido declarada o pagada.

c) PLANES INDIVIDUALES COMPENSADOS, GRUPALES O MATRIMONIALES: Para efectos de determinar la cotización vigente a utilizar para la definición del deducible, se calculará el monto en función del precio base del plan complementario contratado y los factores de riesgo de los beneficiarios vigentes, de acuerdo al procedimiento aplicado para la determinación de la cotización para un plan de salud individual.

4.- ATENCIONES DE URGENCIA

4.1.- Tratándose de una hospitalización, que requiera atención inmediata e impostergable en un prestador ajeno a la RED CAEC, el otorgamiento de este beneficio adicional estará supeditado al cumplimiento en forma copulativa a las siguientes condiciones:

a) El beneficiario o su representante deberá solicitar el ingreso a la RED CAEC a la Isapre y

b) El médico tratante deberá autorizar el traslado y

c) La Isapre deberá derivar al paciente a un prestador de la RED CAEC, para lo cual dispondrá de un plazo de dos días hábiles contados desde la formulación de la solicitud respectiva; y

d) El paciente debe ingresar al establecimiento de la RED CAEC que corresponda, bajo las condiciones indicadas en la derivación.

En tanto no se cumplan las condiciones señaladas precedentemente, el paciente gozará sólo de los beneficios de su plan complementario de salud, sin perjuicio de los derechos y beneficios respecto a las urgencias vitales o con secuela funcional grave que contempla la Ley 18.933 en su artículo 22. [209]

Sólo en caso de urgencia con riesgo vital o de secuela funcional grave, el traslado del paciente será parte de la presente cobertura según las condiciones anteriormente señaladas y será la Isapre la que designará el prestador de la Red que realizará el traslado.

Una vez cumplidas las condiciones señaladas y desde la fecha en que el paciente ingrese al prestador de la Red CAEC, en el tipo de habitación definida por la Isapre, se iniciará la cobertura y el cómputo del deducible. Solo en este caso los copagos derivados de la atención de urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave, en el prestador ajeno a la Red CAEC, se computarán para el cálculo del deducible de este beneficio.

4.2.- Tratándose de una internación de emergencia que implique riesgo de muerte o riesgo de secuela grave, la CAEC se entenderá activada automáticamente desde el ingreso del beneficiario o beneficiaria al prestador que pertenezca a la Red CAEC de la isapre. Dicha activación no estará sujeta a notificación previa a la isapre por parte de la persona beneficiaria, ni a la realización de trámites o diligencias administrativas posteriores.

En estos casos, la activación automática operará a todo evento, independientemente del tipo de cama que sea utilizada por el paciente.

La aplicación de la CAEC no podrá generar un copago superior al que resulte de la cobertura del plan complementario ni de otras coberturas adicionales contratadas [210].

5.- CONDICIONES DE ACCESO A LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS.

El beneficiario o quien actúe en su representación en caso de menores de edad o de pacientes impedidos de efectuar el procedimiento por si mismos, deberá solicitar el ingreso a la Red de atención médica, a partir del momento en que presuma que la enfermedad que se le ha diagnosticado puede transformarse en una enfermedad catastrófica, para lo cual deberá solicitar a la isapre la designación y derivación al prestador correspondiente, lo anterior de acuerdo a lo descrito en el Anexo Nº 1.

Una vez solicitada la derivación por parte del beneficiario o su representante, la Isapre dispondrá de 2 días hábiles y 3 días hábiles según se trate de pacientes hospitalizados o no, respectivamente, para designar el prestador.

En el caso del paciente hospitalizado, el beneficiario o representante deberá contar con la autorización del médico tratante para su traslado. De no contarse con la autorización para el traslado por parte del médico tratante, no podrá gozar de los beneficios de esta cobertura.

Sólo desde el momento en que el beneficiario haya sido derivado a la Red, aceptado las condiciones de derivación y haya ingresado, comenzará el cómputo de los copagos para acumular el deducible. Una vez pagado el deducible correspondiente, de acuerdo a las normas que establece el presente instrumento, comenzará a operar la cobertura adicional pactada para enfermedades Catastróficas.

Cualquiera sea la enfermedad catastrófica, el beneficiario nunca verá alterada la cobertura de este beneficio adicional por no existir capacidad suficiente de atención, en el prestador que la Isapre ha designado para su tratamiento. En tal situación, el beneficiario o su representante, deberá informar a la Isapre, la cual se encargará de derivar al paciente a otro prestador de características similares al primero, ubicado en el territorio nacional, debiendo mantenerse las condiciones de calidad médica e idoneidad técnica de éste. No se entenderá por insuficiencia en la Red, la imposibilidad de realizar el tratamiento por parte de cualquier prestador ubicados en el territorio nacional.

Asimismo, transcurridos más de seis meses desde la última fecha de derivación, la Isapre tendrá la facultad de cambiar al prestador, dándole aviso oportuno al afiliado, invocando para ello modificaciones de la Red.

---

[209] Actual artículo 173 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud.

[210] Texto de este número 4.2 reemplazado por completo por Circular IF/N° 521 de 23.12.2025. El texto anterior había sido modificado por la Circular IF N°280, de 03.01.2017

6.- PRESTACIONES NO CUBIERTAS POR LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Las siguientes prestaciones se excluyen de esta Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas:

- Las prestaciones derivadas de problemas de salud que reúnan las condiciones exigidas para ser cubiertas por el Régimen General de Garantías en Salud-GES.
- Las exclusiones establecidas en el contrato de salud.
- Las patologías derivadas de complicaciones y secuelas de los tratamientos cosméticos o con fines de embellecimiento.
- Tratamientos hospitalarios de patologías psiquiátricas, adicciones a drogas o alcoholismo.
- Tratamientos de infertilidad o esterilidad.
- Tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida, sus complicaciones y secuelas, salvo lo indicado en el numeral 9 de este artículo.
- Cualquier tratamiento posterior a un tratamiento de obesidad, tanto quirúrgico como no quirúrgico, que tenga el carácter de cosmético, tales como abdominoplastía u otra corrección derivada de la baja de peso.
- Tratamientos odontológicos.
- Prestaciones médicas, fármacos y técnicas que tengan el carácter de experimental para la patología en tratamiento o que no estén avaladas por las sociedades científicas chilenas correspondientes.
- Los medicamentos e insumos que no estén registrados por el Instituto de Salud Pública (ISP), de acuerdo a la normativa vigente en el país.
- La atención domiciliaria en todas sus formas
- La hospitalización domiciliaria, salvo lo indicado en el numeral 10 de este artículo.
- Todas aquellas prestaciones que no estén detalladas en el arancel del plan complementario.
- Cirugías programadas realizadas fuera de la Red y sus complicaciones, mientras no se incorpore a la Red CAEC.
- Prestaciones otorgadas en establecimientos o instituciones ubicadas fuera del territorio nacional y todas aquellas prestaciones que se realicen fuera de la Red.
- Las prestaciones y medicamentos de carácter ambulatorio no codificadas en el arancel del contrato de salud, salvo lo señalado en el párrafo tercero del Artículo I de este documento.
- Las prestaciones homologadas, entendiendo por homologación el reemplazo de prestaciones por otras no codificadas en el arancel del contrato de salud.

Este beneficio adicional para enfermedades catastróficas no se aplica durante los plazos señalados en los Artículos 33° letra f [211] para el caso de enfermedades preexistentes declaradas y en el artículo 33 bis[212] respecto de las patologías preexistentes no declaradas, ambos de la ley 18.933 de Isapre.

7.- DEL TÉRMINO DE LA COBERTURA ADICIONAL RESPECTO DE UNA DETERMINADA ENFERMEDAD CATASTRÓFICA

La cobertura adicional para una determinada enfermedad catastrófica termina:

[211] Actual artículo 189, del DFL Nº 1, 2005, de Salud.
[212] Actual artículo 190, del DFL Nº 1, 2005, de Salud.

a) Cuando el beneficiario complete el período anual, contabilizado desde el momento en que se empieza a acumular el deducible, esto es, desde el primer copago devengado,[213] la Institución deberá comunicar por correo certificado tal circunstancia. En tal caso, el beneficiario podrá solicitar la renovación del beneficio dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de envío de dicha comunicación y la Isapre evaluará, dentro del plazo de dos días hábiles, contado desde la solicitud, si corresponde o no modificar alguna circunstancia específica, como por ejemplo, el prestador designado. Una vez emitido el pronunciamiento de la Isapre y aceptada la derivación y sus condiciones dentro de los siguientes 5 días hábiles, se comenzará a acumular el deducible, el que, considerará los copagos generados durante el proceso de renovación. En caso de no observarse estos plazos por el beneficiario, no habrá lugar a la acumulación de deducible durante ese período.

b) Cuando un médico de la Red otorga la orden de alta médica al paciente. En caso de existir complicaciones posteriores derivadas de la patología tratada como catastrófica, el beneficiario podrá reincorporarse nuevamente a la Red en las mismas condiciones originales, dentro del mismo período anual si correspondiere.[214]

c) Cuando el beneficiario decida voluntariamente retirarse del sistema de la Red.

d) Cuando el beneficiario no cumpla la prescripción médica indicada por los prestadores de la Red.

e) Cuando el contrato de salud previsional termine por cualquier causa.

8.- PAGO DEL DEDUCIBLE

El deducible que se menciona en la letra e) del número 1 de este artículo, será siempre de cargo del afiliado. Por lo tanto, éste será responsable de efectuar el pago del mismo en forma directa al prestador -médico o institucional- correspondiente.

Sin perjuicio de lo anterior, el afiliado podrá recurrir a la Isapre, previo cumplimiento de los requisitos a que se alude en el Anexo Nº 2, o a un tercero tales como Cajas de Compensación, Bancos e Instituciones Financieras, a fin de obtener el financiamiento del monto a pagar por concepto del deducible.

La Isapre no se podrá negar a otorgar el financiamiento solicitado si el afiliado cumple los requisitos indicados en el Anexo referido. En todo caso, para que la Isapre financie el deducible que debe pagar el afiliado, éste deberá suscribir, previamente, un pagaré (Anexo Nº 4) a favor de la Isapre y un mandato (Anexo Nº 3) que faculte a esta última a completar dicho documento por el saldo adeudado, a fin de garantizar el reembolso íntegro de dicho financiamiento.

Para los efectos del pago del crédito otorgado, las partes suscribirán un convenio (Anexo Nº 5) en el cual se convendrán las condiciones de otorgamiento y en el que el afiliado se comprometa a reembolsar a la Isapre el monto financiado por ésta, ya sea mediante pago contado, o el uso del saldo acumulado en su cuenta corriente de excedentes de cotización o a cuenta de sus excesos, descuento en cuotas por planilla de su remuneración o pensión mensual (Anexo Nº 6), descuento en cuotas de su cuenta corriente bancaria o tarjeta de crédito (Anexo Nº 7) o bien mediante cualquier otro medio de pago que consienta la Isapre.

Para el caso que el afiliado se negare a suscribir un convenio de pago, o si habiéndose suscrito dicho convenio, la Isapre no hubiere percibido pago durante dos meses consecutivos o tres meses en forma alternada, por causa imputable al cotizante, o bien si habiéndose efectuado todos los descuentos acordados en el convenio de pago aún persistiere un saldo insoluto del crédito, la Isapre estará facultada para perseguir el cobro de dicho saldo mediante la ejecución del pagaré mencionado.

9.- DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

Se otorgará la cobertura del beneficio descrito en este documento, cuando el diagnóstico corresponda a obesidad mórbida y en caso de un tratamiento quirúrgico excepto instalación de balón intragástrico, si se cumplen todos los requisitos descritos a continuación:

---

213 La palabra “devengado”, se agrega a continuación de la expresión “desde el primer copago”, en virtud de la Circular IF N°292, de 12.09.2017

214 Se agrega la expresión “si correspondiere”, a continuación de la frase “dentro del mismo período anual” , en virtud de la Circular IF N°292, de 12.09.2017

1. El beneficiario debe tener en la Isapre una vigencia superior a 18 meses.

2. El beneficiario deberá registrar un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 40.

3. Certificar el haber fracasado en un tratamiento médico de la obesidad ejecutado por equipo multidisciplinario por lo menos un año.

4. Contar con una autorización dado por un psiquiatra designado por la Isapre que no contraindique este tipo de cirugía.

5. Sólo si la cirugía se realiza en el establecimiento hospitalario que la ISAPRE determine en la RED.

10.- DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA CAEC

Esta cobertura procederá respecto de la Hospitalización Domiciliaria, previa solicitud a la Isapre y derivación por parte de ésta a un prestador designado por ella. Para este efecto debe dar cumplimiento a todas las siguientes condiciones:

- Se debe tratar de un paciente que este hospitalizado, sometido a un tratamiento que requiera presencia del médico tratante.
- El médico tratante debe ser distinto del médico supervisor de la empresa que da el servicio de hospitalización domiciliaria.
- Debe tratarse de pacientes sin Alta, sólo se trata de traslado desde un prestador de la Red, con continuidad de prestaciones como una sustitución de una hospitalización [215]y que la hospitalización no se justifique exclusivamente por la administración de medicamentos.
- [216]
- La indicación de la hospitalización domiciliaria y su duración debe ser efectuada por el médico tratante. La Isapre derivará a un servicio de hospitalización domiciliaria señalando la duración de la misma, y considerando para ello la indicación del médico tratante de la RED.
- [217]
- La Isapre está facultada para evaluar periódicamente el cumplimiento de las condiciones que ameritan la hospitalización domiciliaria CAEC, para efectos de determinar la procedencia de esta cobertura.[218]
- Se excluyen los tratamientos de antibióticos.[219]

11.- DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA ADICIONAL

La presente cobertura adicional reemplaza en todas sus partes las condiciones de este beneficio contempladas en la Circular Nº 59 del año 2000, de la Superintendencia de Isapres.

El afiliado y sus beneficiarios tendrán derecho a esta Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas – CAEC, a contar del 1 de julio de 2005 o desde el primer día del mes subsiguiente a la fecha de suscripción del contrato de salud, en su caso.

Excepcionalmente, el beneficiario que al 30 de Junio de 2005, se encuentre acumulando el deducible o gozando del beneficio contemplado en la cobertura contenida en la Circular Nº 59 citada, la mantendrá hasta el cumplimiento de su período bienal y en adelante regirá la cobertura establecida en este documento.

ARTICULO II: COBERTURA ESPECIAL CATASTRÓFICA PARA LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD, GES-CAEC

Las Garantías Explícitas en Salud –GES, contemplan un listado específico de prestaciones taxativo para cada problema de salud, condiciones y diagnósticos comprendidos en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, que estará a disposición del afiliado cuando éste los requiera. La garantía de cobertura financiera

[215] Modificado mediante Circular IF N°290, del 8.08.17

[216] Eliminada por Circular IF N°290, del 8.08.17

[217] Eliminada por Circular IF N°290, del 8.08.17

[218] Modificado por Circular IF/N°465, de 30 de abril de 2024

[219] Modificado por Circular IF N°282, de 26.01.2017

expresamente señalada en la ley 19.966 y sus reglamentos correspondientes, rige sólo para el listado antes referido.

La cobertura especial GES-CAEC se aplica sólo para las prestaciones no contenidas en el listado antes referido, pero considerados en los protocolos para la solución de los problemas de salud definidos por el Ministerio de Salud.

Tratándose de Problemas de Salud contemplados en dicha GES, el beneficiario podrá optar por atenderse bajo las condiciones de la GES o de su Plan Complementario de salud, según se indica a continuación:

1) Si opta por la atención en la GES

a) Cobertura

Si opta por la atención según las Garantías Explícitas en Salud – GES podrá acceder además a esta cobertura especial para aquellas prestaciones no cubiertas por la GES, incluidas en la solución del problema de salud según protocolos médicos definidos y publicados por el Ministerio de Salud y que cuentan con la cobertura del plan complementario de salud. Estos protocolos serán puestos a disposición del afiliado cuando éste lo requiera. La Isapre integrará en sus convenios con los prestadores de la Red dichos protocolos. En todo caso, respecto de las prestaciones no ajustadas a protocolo, la Isapre otorgará sólo la cobertura prevista para ellas en el plan complementario pactado.

Esta cobertura especial de enfermedades catastróficas denominada GES-CAEC, rige con las mismas condiciones definidas para la CAEC, en lo que corresponda, y que se establecen en el Artículo I de este documento salvo lo siguiente:

i) Toda referencia a enfermedad catastrófica, debe entenderse referida a los diagnósticos comprendidos en la GES.

ii) Toda referencia a Red CAEC debe entenderse referida a Red GES-CAEC.

iii) Las condiciones de acceso a este beneficio se establecen a continuación en la letra b).

iv) Se abonará para la acumulación del deducible de la Cobertura Especial para las Garantías Explícitas en Salud, GES-CAEC, lo acumulado como copago en las atenciones GES, por un mismo diagnóstico y beneficiario.

v) La atención debe haberse iniciado en la cobertura GES.

b) Condiciones de acceso al beneficio GES-CAEC

El beneficiario podrá acceder a la cobertura especial catastrófica GES-CAEC para aquellas condiciones de salud y enfermedades GES, de acuerdo a lo siguiente:

i) Estar utilizando la modalidad de atención GES en la Isapre.

ii) Las prestaciones GES-CAEC se entregarán a través de una red GES, conforme a lo señalado en la ley 19.966, Red que puede ser distinta a la de la CAEC;

iii) Las prestaciones cubiertas por este beneficio son aquellas que aparecen en los protocolos referenciales del Ministerio de salud y forman parte de los aranceles de la Isapre;

iv) Haber cumplido con el procedimiento de ingreso a la Red GES de acuerdo a los procedimientos y condiciones estipulados por la Isapre.

2) Si no opta por la atención en la GES

Sólo tendrá la cobertura de su Plan Complementario, quedando excluido de las coberturas adicional y especial definidas en los Artículos I y II de este documento.

3) Vigencia inicial de la cobertura adicional GES-CAEC

El afiliado y sus beneficiarios tendrán derecho a esta Cobertura Especial Catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud, GES-CAEC, a contar del 1 de julio de 2005 o desde el primer día del mes subsiguiente a la fecha de suscripción del contrato de salud o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

ARTÍCULO III: DE LA PERMANENCIA DE LAS COBERTURAS ADICIONALES

Aun cuando cualquiera de los documentos integrantes del contrato de salud se modifique a futuro por mutuo acuerdo de las partes o mediante la facultad de revisión de los mismos que regula el artículo 38° [220] de la Ley Nº 18.933, la Isapre se compromete a mantener las coberturas adicionales indicadas en los Artículos I y II en los términos definidos, salvo que medie cambio en las normativas referidas a los beneficios mínimos legales, cambios en la cotización legal de salud, o cambios en el régimen de garantías en salud y las garantías explícitas en salud.

ARTÍCULO IV: FISCALIZACIÓN Y ARBITRAJE

La Cobertura adicional para Enfermedades de Catastrófica CAEC y la Cobertura Especial Catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud GES-CAEC quedan sometidas a las mismas normas de fiscalización y arbitraje que se establecen en la Ley Nº 18.933 y la ley Nº 19.937.-

(FIRMA SOLO PARA VENTA)

_____ _____

NOMBRE RUT AFILIADO Y FIRMA FIRMA HABILITADO ISAPRE

[220] Actual artículo 197 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud.

LISTADO DE ANEXOS

Nº 1: PETICIÓN DEL BENEFICIO Y DERIVACIÓN A LA RED

Nº 2: REQUISITOS PARA ACCEDER AL FINANCIAMIENTO DEL DEDUCIBLE POR LA ISAPRE

Nº 3: MANDATO

Nº 4: PAGARÉ

Nº 5: CONVENIO DE PAGO

Nº 6: AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Nº 7: MANDATO AUTORIZACIÓN DE CARGO

ANEXO Nº 1

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR EL INGRESO A LA RED CERRADA DE ATENCIÓN

1.- El afiliado o quien lo represente deberá concurrir a la Isapre.

2.- Deberá llenar y firmar el formulario Nº 1 (incluido en este anexo, el cual será elaborado por cada Isapre y contendrá como mínimo los antecedentes del formulario Nº 1 propuesto.) denominado SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A LA RED CERRADA DE COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS (CAEC) Y GES-CAEC

3.- Desde el momento que la Isapre recibe la solicitud, tendrá dos y tres días hábiles, según se trate de pacientes que se encuentren hospitalizados o aquellos que requieran atenciones programadas respectivamente, para definir si rechaza o acepta la solicitud, y en este último caso designar el prestador de la Red.

La Isapre pondrá a disposición del afiliado o su representante la derivación respectiva (Formulario Nº 2) en el lugar donde fue solicitado el beneficio, en los plazos establecidos en el punto 3.

El afiliado o su representante deberán formalizar la aceptación de la derivación estampando su firma en el Formulario 2. En consecuencia, ante la ausencia de dicha firma, se considerará rechazada la derivación, situación que será informada por carta certificada al Afiliado pasados 10 días hábiles contados desde los plazos establecidos en el punto 3.

FORMULARIO Nº 1

Logo Isapre

Nº Solicitud:

SOLICITUD DE INCORPORACION A LA RED CERRADA
DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTROFICAS
CAEC Y GES-CAEC

Antecedentes Afiliado o Beneficiario

Nombre del Afiliado _____ RUT del Afiliado: _____

Nombre del Paciente _____ RUT del Paciente: _____

Domicilio _____ Ciudad : _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Of.: _____ Cel: _____

Diagnostico GES _____

Diagnostico CAEC _____

Tratamiento a seguir _____

Médico Tratante _____ Especialidad _____

Institución _____

Hospitalizado SI ____ Desde ___/___/___ Hasta ___/___/___

NO ____

Institución _____

Fue Trasladado SI ____ Desde / Hasta _____

NO ____

Identificación del Representante

Nombre _____

Rut _____ Relación _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Of.: _____ Cel: _____

IMPORTANTE:

Isapre YYYYYY, informa a usted que el beneficio solicitado comenzará a regir sólo cuando ingrese a la RED y firme la aceptación de la "Derivación a la Red Cerrada de Atenciones CAEC o GES-CAEC", documento que estará a su disposición o de su familiar responsable a mas tardar el día subsiguiente hábil a la fecha de esta solicitud, en cualquiera de nuestras sucursales.

El afiliado o su representante deberá formalizar la aceptación de la derivación mediante la firma estampada en el Formulario Nº2, en consecuencia, ante la ausencia de dicha firma se considerará rechazada la derivación.

Tomé conocimiento _____
Firma

Agencia : _____ Fecha Recepción : ___/___/___

Funcionario Receptor : _____ Hora de Recepción : ___:___:___

FORMULARIO Nº 2

DERIVACIÓN A LA RED CERRADA DE ATENCIONES PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS (CAEC)

Isapre YYY comunica que el paciente debe presentarse con este documento en uno de los centros de la RED que se indican a continuación, establecimiento que le designará un Médico tratante si este no está expresamente señalado en el presente documento.
La presente derivación tendrá una duración de seis meses contados desde la fecha de aceptación de este documento, posterior a lo cual la Isapre efectuará una evaluación, cuyo resultado se comunicará al paciente, en caso de modificarla. Posteriormente la Isapre podrá modificar las condiciones de derivación, situación que deberá ser comunicada por correo certificado.

Establecimiento	Dirección	Habitación	Médico
OBSERVACIONES :			

Nombre del Afiliado : Rut :
Nombre del Paciente : Rut :
Diagnóstico CIE 10
Tratamiento Indicado :
Fecha Solicitud CAEC : Monto Deducible:
Fecha Vº Bº : Fecha Inicio Beneficios :

PRESTACIONES NO INCLUIDAS EN LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS CAEC NI EN LA GES-CAEC:

- Las prestaciones derivadas de problemas de salud que reúnan las condiciones exigidas para ser cubiertas por el Régimen General de Garantías en Salud-GES.
- Las exclusiones establecidas en el contrato de salud.
- Las patologías derivadas de complicaciones y secuelas de los tratamientos cosméticos o con fines de embellecimiento.
- Tratamientos hospitalarios de patologías psiquiátricas, adicciones a drogas o alcoholismo.
- Tratamientos de infertilidad o esterilidad.
- Tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida, sus complicaciones y secuelas, salvo lo indicado en el numeral 9 de este artículo.
- Cualquier tratamiento posterior a un tratamiento de obesidad, tanto quirúrgico como no quirúrgico, que tenga el carácter de cosmético, tales como abdominoplastía u otra corrección derivada de la baja de peso.
- Tratamientos odontológicos.
- Prestaciones médicas, fármacos y técnicas que tengan el carácter de experimental para la patología en tratamiento o que no estén avaladas por las sociedades científicas chilenas correspondientes.
- Los medicamentos e insumos que no estén registrados por el Instituto de Salud Pública (ISP), de acuerdo a la normativa vigente en el país.
- La atención domiciliaria en todas sus formas.
- La hospitalización domiciliaria, salvo lo indicado en el numeral 10 de este artículo.
- Todas aquellas prestaciones que no estén detalladas en el arancel del plan complementario.
- Cirugías programadas realizadas fuera de la Red y sus complicaciones, mientras no se incorpore a la Red CAEC.

- Prestaciones otorgadas en establecimientos o instituciones ubicadas fuera del territorio nacional y todas aquellas prestaciones que se realicen fuera de la Red.

- Las prestaciones y medicamentos de carácter ambulatorio no codificadas en el arancel del contrato de salud, salvo lo señalado en el párrafo tercero del Artículo I de este documento.

- Las prestaciones homologadas, entendiendo por homologación el reemplazo de prestaciones por otras no codificadas en el arancel del contrato de salud.

Este beneficio adicional para enfermedades de Catastrófica no se aplica durante los plazos señalados en los Artículos 33° letra f [221] y 33° bis[222] de la Ley 18.933 para los casos de enfermedades preexistentes declaradas o en el período que le reste al beneficiario para cumplir dicho plazo, según la fecha de suscripción de su contrato.

Este documento de derivación acredita que el paciente individualizado es afiliado a Isapre YYYYYYYYYYYYY. y se encuentra incorporado a la RED de enfermedades de Catastrófica, por lo que es de su responsabilidad el pago del monto de su deducible.

Constancia:

Con fecha_____Hora_____, informé a _____ RUT_____-___, la derivación efectuada para las atenciones por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas del paciente individualizado, negándose a firmar tanto la aceptación como el rechazo del ingreso a ese beneficio.

Timbre de Caja Firma……....

ACEPTO INGRESO A LA RED
Firma de Familiar Responsable Nombre : Rut :

[221] La referencia a la letra f) del artículo 33 de la Ley Nº 18.933 debe entenderse hecha a la letra g) del inciso 2° del artículo 189 del DFL Nº 1, 2005, de Salud.
[222] La referencia al artículo 33 bis de la Ley Nº 18.933 debe entenderse hecha al segundo párrafo del Nº 6 del artículo 190 del DFL Nº 1, 2005, de Salud.

ANEXO Nº 2

REQUISITOS PARA ACCEDER AL FINANCIAMIENTO DEL DEDUCIBLE POR LA ISAPRE:

Para acceder al financiamiento por parte de la Isapre del deducible a que se alude en la letra e) del numerando 2°, artículo I del documento denominado “Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas”, el solicitante debe cumplir los siguientes requisitos copulativos, según sea el caso.

1) Trabajador Dependiente y Pensionado:

a) Tener incorporada la cobertura adicional para enfermedades de Catastrófica.

b) Encontrarse aquejado por una enfermedad catastrófica, conforme a la definición señalada en el numerando 2° letra d) de este condicionado.

c) Tener contrato de salud vigente con la Isapre.

d) Tener una antigüedad mayor de un año en el empleo, a la fecha de solicitud de financiamiento del deducible.

e) No registrar anotaciones en el boletín comercial vigente ni en el boletín histórico del último año.

f) Tener un aval o codeudor solidario que reúna los requisitos de tal, según parámetros exigidos por la Caja de Compensación que registra el mayor número de trabajadores afiliados.

g) En el caso de trabajador dependiente y pensionado, la cuota mensual del servicio del crédito junto a sus restantes compromisos financieros, exceptuando el hipotecario, no podrá exceder del 25% de la remuneración o pensión líquida mensual. Tratándose de rentas variables, se considerará el promedio de las últimas 3 remuneraciones o pensiones líquidas mensuales.

2) Trabajador Independiente y Voluntarios:

a) Estos deben cumplir con los mismos requisitos establecidos en las letras a), b), c), e) y f) precedentes.

b) Acreditar renta o ingresos periódicos mediante declaración de impuestos u otros medios.

c) Los trabajadores independientes y voluntarios deben estar al día en el pago de sus cotizaciones de salud.

Anexo Nº 3 Mandato

En _____, a ____ de _____ del _____, Don (a) _____ (en adelante el "Mandante"), Cédula Nacional de Identidad Nº _____, domiciliado en esta ciudad en calle _____, Nº _____, expone:

Que con el objeto de documentar en título ejecutivo y facilitar el cobro de la totalidad o el saldo del deducible que el Mandante adeude a _____ (en adelante, indistintamente, la "Isapre") en caso de ocurrencia de algunos de los eventos señalados en el párrafo quinto del artículo 6° de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (en adelante la "Cobertura") que el Mandante contrató con la Isapre, el Mandante suscribe, sin ánimo de novar, un pagaré a la orden de la Isapre, con algunas menciones en blanco, otorgando por este acto el Mandante a la Isapre y a sus sucesores o endosatarios, un mandato especial para que en su nombre y representación, proceda a incorporar al pagaré mencionado, antes de su cobro, la fecha de expedición, el monto de capital adeudado y la fecha de vencimiento.

La Isapre, de conformidad a lo dispuesto en el Artículo 11° de la Ley Nº 18.092 sobre Letra de Cambio y Pagaré, deberá incorporar las menciones faltantes al citado pagaré, con arreglo a las siguientes instrucciones:

1. La Isapre podrá llenar el pagaré en uno cualquiera de los siguientes casos: (i) si el Mandante se negare a suscribir un convenio de pago una vez que la Isapre le hubiere financiado el pago del deducible de acuerdo a los términos del numerando 8° del Artículo I de la Cobertura; (ii) si habiéndose suscrito dicho convenio de pago, la Isapre, por causa imputable al cotizante, no hubiere percibido pago durante 2 meses consecutivos o 3 meses en forma alternada; o (iii) si habiéndose efectuado los descuentos acordados en el convenio de pago aún persistiere un saldo insoluto del deducible.

2. La fecha de expedición del pagaré corresponderá al día en que se complete el mismo, según lo señalado en el Nº 1.

3. La Isapre procederá a enterar el correspondiente impuesto de timbres y estampillas que grava el pagaré, dentro de los plazos establecidos en el DL 3475 de 1980. El costo del impuesto que deba pagarse con ocasión del llenado del pagaré será de cargo exclusivo del Mandante.

4. La fecha del vencimiento del pagaré será el día hábil siguiente al de su expedición.

5. El capital adeudado será el saldo del deducible mencionado que se adeude a la fecha de expedición, con su correspondiente reajuste, más los intereses corrientes, gastos de cobranza y el monto del impuesto de timbres y estampillas que corresponda, según liquidación que al efecto practique la Isapre.

6. La Isapre queda expresamente facultada para autorizar ante Notario Público la firma del suscriptor una vez completados los blancos del Pagaré.

7. El Mandante releva expresamente a la Isapre de la obligación de rendir cuenta.
8. Todos los gastos, derechos notariales, impuestos y desembolsos que tengan su origen en las presentes instrucciones y en el mencionado pagaré, serán de cargo exclusivo del Mandante.
9.- La Isapre no recibirá remuneración alguna por la ejecución de las gestiones encomendadas en el presente mandato.

10.- El presente mandato terminará al mismo tiempo que termine el Contrato de Salud Previsional existente entre el Mandante y la Isapre, a menos que a tal fecha el Mandante adeude a la Isapre todo o parte del deducible ya mencionado, en cuyo caso el presente mandato se extinguirá sólo una vez que el Mandante pague en forma íntegra a la Isapre el saldo del deducible adeudado.

11.- Las presentes instrucciones de llenado se otorgan con carácter de irrevocables en los términos del Artículo 241° del Código de Comercio.

_____

Firma del Mandante

Anexo N°4

PAGARÉ

(A la Vista – Pesos Reajustabilidad Unidad de Fomento)

Capital Adeudado: U.F._____

-Vencimiento: A la vista.

Debo y prometo pagar incondicionalmente a la vista y a la orden de _____**,** (la Isapre), la suma equivalente en pesos, moneda corriente nacional de curso legal, de _____ **U.F. (**_____ **Unidades de Fomento).**

El capital adeudado se determinará y pagará en pesos, moneda corriente nacional de curso legal, según el valor que la Unidad de Fomento tenga al día del respectivo pago efectivo, salvo si el pago se hiciere después de la fecha estipulada y en ésta el valor de la Unidad de Fomento hubiese sido superior, pues en tal evento se utilizará este último valor.

Se entiende por Unidad de Fomento aquel sistema de reajuste autorizado por el Banco Central de Chile, de acuerdo a lo establecido en el Nº 9del artículo 35° de la Ley 18.840 o la que en el futuro la reemplace y sea determinada sobre las mismas bases.

El pago de toda cantidad adeudada en virtud de este pagaré se efectuará antes de las 12:01 horas P.M. del día del pago correspondiente, en las oficinas de la Isapre ubicadas en _____ Nº _____, comuna de _____, ciudad de _____.

En caso de mora o simple retardo en el pago de este pagaré, se devengará, desde la fecha de la mora o del simple retardo y hasta la fecha del pago íntegro y efectivo, un interés penal igual al máximo convencional que la ley permita estipular a la fecha de la mora o del simple retardo para operaciones de crédito de dinero en moneda nacional reajustables, interés que se calculará y pagará sobre el saldo adeudado, debidamente reajustado. Los intereses que no fueren pagados se capitalizarán cada 30 días y, sin necesidad de demanda judicial, devengarán nuevos intereses, los que se calcularán y pagarán a una tasa igual a la del interés penal antes referido. La obligación de pagar este documento es indivisible. SIN PROTESTO. Para todos los efectos de este pagaré, el suscriptor fija su domicilio en la ciudad y comuna de _____ y se somete a la competencia de sus Tribunales de Justicia. El Impuesto de Timbres y Estampillas que grava a este documento se entera en dinero en Tesorería según DL 3.475 Art. 15° Nº 1.

En _____, a _____ de _____ del año _____.

Suscriptor

Nombre o Razón Social del Suscriptor:

R.U.T. Nº:

Domicilio:

AUTORIZACIÓN NOTARIAL (uso exclusivo notario)

Autorizo la firma puesta en este documento por don(a) _____, C.I.

Nº _____, como Suscriptor.

En _____, a _____ de _____ del año _____.

NOTARIO

ANEXO N° 5

CONVENIO DE PAGO

En _____, a ____ de _____ del _____, entre Don (a) _____ (en adelante el "Cotizante"), Cédula Nacional de Identidad Nº _____, por una parte y por la otra _____ (en adelante la "Isapre"), Rol Único Tributario Nº _____, representada por don(a) _____, Cédula Nacional de Identidad Nº _____, se ha convenido lo siguiente:

PRIMERO: Con fecha _____, el Cotizante suscribió con la Isapre una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (en adelante la "Cobertura"), según las condiciones establecidas para la misma en el contrato de salud.

SEGUNDO: Como consecuencia del uso de la mencionada cobertura, el Cotizante adeuda actualmente a la Isapre, la cantidad de _____ Unidades de Fomento, correspondientes al deducible de su cargo y que fue financiado por la Isapre de conformidad a lo establecido en el numerando 8° del artículo I de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

TERCERO: Por el presente instrumento y con el objeto de asegurar el total reembolso a la Isapre del monto indicado en la cláusula precedente, el Cotizante se compromete a pagar a la Isapre la mencionada suma mediante:

(a) El pago, en este mismo acto, de la suma de _____ Unidades de Fomento, en su equivalente en pesos al día de hoy, mediante el descuento de dicha suma del saldo acumulado en la Cuenta Corriente de Excedentes que el Cotizante mantiene en la Isapre en los términos del Artículo 32° bis[223] de la Ley Nº 18.933; y

(b) El saldo, ascendente a _____ Unidades de Fomento, mediante la alternativa elegida por el Cotizante y que se indica a continuación:

* Descuento por planilla de su remuneración o de su pensión mensual en ____ cuotas mensuales de _____ Unidades de Fomento, para cuyos efectos el Cotizante suscribe la Autorización del Descuento correspondiente, por instrumento paralelo, con esta misma fecha.

* Descuento en Cuenta Corriente Nº _____ del Banco _____, cuyo titular es el Cotizante, de ____ cuotas mensuales de _____ Unidades de Fomento, para cuyos efectos el Cotizante suscribe el Mandato de Autorización de Cargo correspondiente, por instrumento paralelo, con esta misma fecha, autorizando a la vez en forma irrevocable a la Isapre para informar a la institución bancaria señalada, en la oportunidad correspondiente, el monto de las cuotas a descontar.

* Cargo en Tarjeta de Crédito _____ Nº _____, cuyo titular es el Cotizante, de ____ cuotas mensuales de _____ Unidades de Fomento, para cuyos efectos el Cotizante suscribe el Mandato de Autorización de Cargo correspondiente, por instrumento paralelo, con esta misma fecha, autorizando a la vez en forma irrevocable a la Isapre para informar a la administradora de tarjeta de crédito, en la oportunidad correspondiente, el monto de las cuotas a descontar.

* Cualquiera otra que la Isapre estime conveniente.

CUARTO: En el evento que la Isapre, por causa imputable al cotizante, no hubiere percibido pago durante 2 meses consecutivos o 3 meses en forma alternada, o bien si habiéndose efectuado todos los descuentos acordados en este convenio aún persistiere un saldo insoluto del deducible, la Isapre estará facultada para perseguir el cobro de dicho saldo, mediante la ejecución del pagaré suscrito por el Cotizante y que se menciona en el numerando 8° del artículo I de las Condiciones para la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

QUINTO: Si una vez terminado el Contrato de Salud Previsional, se efectuara un pago con cargo al saldo adeudado mediante alguna de las alternativas indicadas en la cláusula tercera, se deja constancia que ello no implicará en caso alguno la rehabilitación de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

[223] Actual artículo 188, del DFL Nº 1, de 2005, de Salud.

_____	_____
Cotizante	**Isapre**

ANEXO Nº 6

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

En _____, a _____ de _____ del _____, Don(a) _____, en adelante el "Trabajador" (Pensionado), Cédula Nacional de Identidad Nº _____, declara:

Que por el presente instrumento vengo en autorizar a mi empleador (entidad pagadora de la pensión), para que de mi liquidación de remuneraciones (de la pensión) del mes de _____ del año _____, como también de la de los _____ meses siguientes, se descuente la cantidad de _____ Unidades de Fomento y pague dicha cantidad a _____, en adelante la "Isapre", por concepto de reembolso del deducible de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas que he contratado con dicha Isapre.

En caso de que la cantidad mensual a descontar arriba señalada, sumada a los otros descuentos previamente autorizados por mí (y que sean distintos a los mencionados en el inciso primero del artículo 58° del Código del trabajo), exceda del 15% de mi remuneración total, autorizo a que la suma a descontar se reduzca en el monto exacto en que exceda del referido límite y el saldo, se acumule en una o más fracciones que no excedan del referido 15% y se descuenten a partir del último mes indicado en el párrafo precedente hasta su total extinción.

En caso que el descuento se realice de mi pensión, el porcentaje a descontar no podrá exceder del límite señalado en la regulación del régimen previsional correspondiente.

_____	_____	
Empleador	**Trabajador**	
(Entidad Pagadora de la Pensión)		**(Pensionado)**

NOTA: Esta autorización se deberá completar con los datos que corresponda, según se trate de un afiliado dependiente o pensionado.

ANEXO Nº 7

MANDATO AUTORIZACIÓN DE CARGO

(CUENTA CORRIENTE BANCARIA / TARJETA DE CRÉDITO)

En _____, a _____ de _____ del _____, Don(a) _____, en adelante el "Mandante", Cédula Nacional de Identidad N° _____ autoriza al Banco/Administradora de Tarjetas de Crédito _____ en adelante el "Mandatario", a pagar de su Cuenta Corriente/Tarjeta de Crédito N°_____ a _____, en adelante la "Isapre", las cuotas correspondientes al deducible de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, en adelante la "Cobertura", de acuerdo a las condiciones que a continuación se indica:

PRIMERO: El pago de los montos que la Isapre informe mensualmente al Mandatario, se efectuará con cargo a la cuenta corriente individualizada, línea de crédito, de sobregiro o cuenta vista si la hubiere, que el Mandante posea en dicha institución y en la medida en que existan fondos suficientes y disponibles para cubrirlo.

SEGUNDO: El pago de las cuotas se efectuará dentro de los 5 primeros días hábiles de los meses en que corresponda pagarlas, según informará la Isapre al Mandatario. Si tales pagos no se pudieran efectuar por cualquier causa, el Mandatario queda liberado de toda responsabilidad, debiendo el Mandante pagarlas a la Isapre según lo dispuesto en la Cobertura. En el evento que alguna(s) cuota(s), por cualquier causa, no haya(n) sido cargada(s) por el Mandatario o habiendo sido cargada(s) haya(n) sido rechazada(s), el Mandante faculta a la Isapre para cargarla(s) en otra(s) fecha(s) durante el respectivo mes, o bien al mes siguiente con sus reajustes e intereses, junto con la cuota correspondiente a dicho mes.

TERCERO: Si alguna cuota, por cualquier razón, no fuera pagada, el Mandatario no tendrá responsabilidad alguna, aunque de dicha circunstancia resulte o pudiese resultar la terminación de la Cobertura.

CUARTO: Esta autorización regirá hasta que el Mandante la revoque por escrito a la Isapre, quien informará al Mandatario de esta revocación.

(Firma Titular Cuenta Corriente Bancaria/Tarjeta de Crédito)

Capítulo V del Programa Nacional de Alimentación Complementaria

1. Generalidades

Los beneficios del Programa Nacional de Alimentación Complementaria no están contemplados entre los mínimos señalados en el artículo 194 del DFL Nº 1, ya que corresponden a prestaciones de naturaleza jurídica diferente.

En relación a este programa, las isapres deben adoptar las medidas que resulten necesarias para que sus cotizantes dispongan de los formularios pertinentes a objeto que sus médicos tratantes puedan registrar los datos requeridos.

2. Formularios PNAC

Las isapres deberán entregar a los beneficiarios los formularios elaborados al efecto y distribuidos por el Ministerio de Salud.

3. Carné de control de embarazadas y niños beneficiarios de isapres

El Ministerio de Salud ha implementado el uso del carné de control de salud del niño, que contiene entre otros datos, el registro de las actividades relacionadas con el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), el que es exigido a los beneficiarios de este programa para el retiro de los productos contemplados en él.

Las isapres deberán editar el carné infantil y la cartilla sobre Control de Examen de Salud del Niño, para su entrega a todos los beneficiarios al momento de tramitar el programa de atención médica del parto.

Las isapres deberán adoptar el uso del referido carné para que los beneficiarios puedan acceder a los productos del PNAC básico.

En el caso de la embarazada se deberá adoptar el uso del carné perinatal para el retiro de productos, tanto del PNAC básico como de refuerzo.

4. Formulario de evaluación nutricional

Las isapres deberán utilizar un formulario de evaluación nutricional para el niño en riesgo de desnutrir o desnutrido, los que serán exigidos por los consultorios del Sistema Nacional de Servicios de Salud para el retiro de los productos del PNAC de refuerzo. Esta evaluación nutricional individual, aparte de ajustarse a las nuevas normas de evaluación antropométrica de niños menores de seis años, deberá ser efectuada por un profesional médico o nutricionista que confirme dicha situación de riesgo.

La consulta nutricional a que se hace referencia en el párrafo anterior será de responsabilidad de las isapres, las que deberán efectuarla registrando sus resultados en el formulario elaborado para estos fines por el Ministerio de Salud.

5. Subprograma “Alergia a la Proteína de la Leche de la Vaca APLV, del Programa Nacional de Alimentación Complementaria PNAC” [224]

El Ministerio de Salud ha incorporado al PNAC un subprograma “Alergia a la Proteína de la Leche de la Vaca”, que consiste en un beneficio gratuito para los niños y niñas menores de 2 años con diagnóstico confirmado de alergia a la proteína de la leche de vaca, independientemente de su sistema previsional.

[224] El punto N°5 fue agregado por Circular IF/N°323 de 04 de febrero de 2019

En el Anexo “PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)- ALERGIA A LA PROTEINA DE LA LECHE DE LA VACA (APLV), que se adjunta, se encuentran los formularios que deberán ser llenados para acceder al beneficio.

Las Isapres deberán difundir la información del anexo antes citado, a través de todos los medios de que dispongan, tales como, agencias, sucursales y correos electrónicos, con el propósito que los afiliados y beneficiarios puedan conocer y hacer uso de este beneficio gratuito cuando corresponda. Por otra parte, deberán entregar esta información a toda la Red de Prestadores de Salud con los que tenga convenio, con el objetivo de que ellos tomen conocimiento y puedan difundirla a sus pacientes.

Adicionalmente a lo anterior, las isapres deberán incorporar en sus páginas web el link https://www.minsal.cl/pnac-informacion-relevante/ para acceder al banner del Ministerio de Salud donde podrán obtener los formularios relacionados con el PNAC APLV.

Se debe hacer presente a las isapres que para que sus beneficiarios puedan retirar los productos que entrega el PNAC, deben contar con el carné que se menciona en el punto N°3, del presente Capítulo, en el que se indica que, las Instituciones de Salud deberán editar el carné infantil y la cartilla sobre Control de Examen de Salud del Niño, para su entrega a todos los beneficiarios al momento de tramitar el programa de atención médica del parto.

ANEXO Nº 1

NUEVO FORMULARIO DE RESUMEN PARA ENTREGA DEL PNAC A EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE ISAPRES [225]

DATOS PERSONALES

Profesional Referente: _____

Profesión: _____Nº de RUT_____

Dirección de la Consulta:_____

Firma del profesional:_____

Nombre de la embarazada_____RUT_____

Edad:_____Fecha probable de parto:_____

Nombre del Beneficiario Titular:_____

Domicilio:_____Comuna:_____

Institución Previsional:_____Fecha:_____

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LA EMBARAZADA *

1) Peso:_____Talla:_____ Edad gestacional(EG)_____(semanas)

2) Estado Nutricional Actual

☐ Normal ☐ Bajo Peso ☐ Sobrepeso ☐ Obesa

Observaciones:

_____

3) Estado Nutricional al primer control de Embarazo (**):

Peso ☐ EG ☐

* Evaluación Nutricional según gráfica incremento: Atalah E., Castillo C., Castro R., 1997

** Si no hay dato en este punto la entrega del beneficio será según el Estado Nutricional actual

[225] Expresión final "Y FONASA LIBRE ELECCIÓN", suprimida por Circular IF/275, de 2016.

ANEXO Nº 2

FORMULARIO DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL PARA BENEFICIARIOS DE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL (NIÑOS CON ESTADO NUTRICIONAL NORMAL)

Datos personales

Profesional referente:_____RUT:_____

Profesión:_____

Dirección de la consulta:_____

Nombre del niño (niña):_____

Fecha de nac.:_____Edad del niño (niña:)_____

Nombre del beneficiario titular:_____RUT:_____

Domicilio:_____Comuna_____Isapre:_____

Firma Profesional_____Fecha_____

Situación Nutricional

1) Peso:_____

2) Talla_____

3) Apreciación de curva de crecimiento y Calificación Nutricional:_____
(según gráfica OMS 2006)

P/E_____T/E_____P/T_____

4) Dg. Integrado Nutricional_____

5) En el menor de 6 meses agregar situación de lactancia según recuadro:

☐ < 50% = Fórmula Predominante

☐ > 50 y < 90% = Lactancia Materna Predominante

☐ > 90% = Lactancia Materna Exclusiva

IMPORTANTE: Si no tiene definición de condición de Lactancia, recibirá beneficio como Lactancia Materna Predominante

ANEXO Nº 3

FORMULARIO DE RESUMEN EVALUACIÓN NUTRICIONAL INDIVIDUAL PARA USO DE BENEFICIARIOS DE ISAPRE (NIÑOS EN RIEGO DE DESNUTRIR O DESNUTRIDOS)

Datos personales

Profesional referente:_____RUT:_____

Profesión:_____

Dirección de la consulta:_____

Nombre del niño (niña):_____

Fecha de nac.:_____Edad del niño (niña:)_____

Nombre del beneficiario titular:_____RUT:_____

Domicilio:_____Comuna_____Isapre:_____

Firma Profesional_____Fecha_____

Situación Nutricional

1) Peso:_____

2) Talla_____

3) Apreciación de curva de crecimiento y Calificación Nutricional:_____

P/E_____T/E_____P/T_____

4) Resultado de encuesta dietética: adecuación de ingesta calórica, proteica:_____

5) Causa aparente de deterioro nutricional_____

6) Dg. Integrado Nutricional_____

7) Fundamento de diagnóstico de riesgo o de desnutrición_____

8) Principales causas determinadas del deterioro nutricional_____

Revisión por profesional de consultorio

Fecha:_____ Consultorio_____

Nombre y profesión_____

Conclusión_____

_____

_____
Firma

A N E X O

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)

ALERGIA A LA PROTEINA DE LA LECHE DE LA VACA (APLV)

INFORMACIÓN RELEVANTE

El PNAC APLV es un beneficio para la población que distribuye fórmulas hipoalergénicas a niños y niñas menores de 2 años con diagnóstico confirmado de alergia a la proteína de la leche de vaca.

A partir del 16 de enero de 2019 es un programa gratuito para los usuarios tanto de Fonasa como isapres.

¿QUIÉNES PUEDEN ACCEDER AL PNAC APLV?

Todos los niños y niñas menores de 2 años con diagnóstico de alergia a la proteína de la leche de vaca confirmado.

¿QUIÉNES PUEDEN REALIZAR LA DERIVACIÓN AL PNAC APLV?

El diagnóstico de alergia a la proteína de la leche de vaca debe ser realizado por los siguientes médicos especialistas inscritos en la Superintendencia de Salud: Gastroenterólogos; Inmunólogos o Pediatras, quienes podrán realizar la derivación para ingreso al Programa.

¿QUÉ PRODUCTOS SE DISTRIBUYEN?

El PNAC APLV distribuye dos tipos de productos: una fórmula hidrolizada y una fórmula aminoácida.

Los beneficiarios podrán recibir mensualmente hasta 4,5 KG de alguno de estos productos, de acuerdo a la prescripción médica.

¿CÓMO REALIZAR LA DERIVACIÓN AL PNAC APLV?

Una vez realizada la confirmación diagnóstica y definido el tratamiento con fórmulas hipoalergénicas, el médico tratante deberá realizar la derivación de los beneficiarios para ingreso en el PNAC APLV en el Centro de Salud Familiar en el que el usuario se encuentre inscrito o el más cercano a su domicilio.

MODALIDAD EXTRASISTEMA: USUARIOS QUE SE CONTROLAN EN EL SISTEMA PRIVADO DE ATENCIÓN (FUERZAS ARMADAS Y DE ORDEN; ISAPRES; FONASA LIBRE ELECCIÓN; PARTICULARES, ENTRE OTROS)

La derivación al Programa podrá ser realizada a través de la modalidad privada de atención del usuario. En este caso, el médico tratante deberá emitir la documentación que a continuación se indica:

- Formulario de “Ingreso al PNAC APLV”
- Receta médica

A los documentos señalados, se deberán agregar los siguientes:

- Certificado del registro del médico en la Superintendencia de Salud
- Certificado de residencia
- Fotocopia carné de identidad del cuidador

Todos los documentos deberán tener letra legible, todos sus campos completos y nombre, firma y timbre del médico tratante.

RETIRO DE LOS PRODUCTOS

El retiro de los productos se establecerá de manera mensual de acuerdo con los horarios definidos por cada establecimiento de salud.

El cuidador del beneficiario deberá presentar de forma completa la documentación en el establecimiento de atención primaria en el que se encuentre inscrito o en el más cercano a su domicilio cumpliendo con los siguientes requisitos:

- Tener el beneficiario menos de dos años de edad cronológica o edad corregida en el caso de prematuros
- Presentar receta médica con indicación de tratamiento a través de fórmula hipoalergénica
- Presentar fotocopia de carné de identidad del cuidador.
- Presentar carné de control de salud o documento que lo reemplace
- Presentar certificado de inscripción del médico en la Superintendencia de Salud

Dependiendo del stock de productos en el establecimiento de atención primaria de salud, se podrá realizar la entrega inmediata del producto o citar al usuario dentro de las 3 siguientes semanas para el retiro del producto.

El encargado de distribución deberá ajustar el número de tarros de productos a entregar al beneficiario de acuerdo a los Kg solicitados en la receta médica y al gramaje del formato comercial vigente.

EGRESO O TRASLADO DE PUNTO DE DISTRIBUCIÓN

Egreso

El paciente podrá hacer egreso del programa en cualquier momento por las siguientes causas:

- Razones clínicas que el médico especialista estime conveniente
- Por cumplimiento de la edad de término de la cobertura del PNAC APLV (dos años cumplidos)
- En estos casos, el médico tratante deberá realizar el formulario de “Egreso del PNAC APLV”. El cuidador deberá presentarlo en el punto de distribución para ser reingresado en el subprograma que corresponda.
- Además, se realizará egreso del Programa si el beneficiario no realiza retiro del producto por un período de 3 meses.

Traslado de punto de distribución

En caso de que el beneficiario deba trasladarse de establecimiento de salud por cambio de domicilio, el encargado de distribución del establecimiento de atención primaria de salud, deberá completar el formulario “Traslado de punto de distribución para beneficiarios (as)” y presentarlo en su nuevo establecimiento de atención primaria.

Forman parte del anexo, los formularios que se indican a continuación:

- Formulario de “Ingreso al PNAC APLV”
- Formulario de “Traslado de punto de distribución PNAC APLV"
- Formulario de “Egreso del PNAC APLV”
- Acta de Retiro/No Retiro de fórmulas PNAC APLV”

Anexo 2 Formulario de ingreso al PNAC APLV

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ALERGIA A LA PROTEINA DE LA LECHE DE VACA (Este formulario debe ser completado por el médico tratante)			
INGRESO DE BENEFICIARIOS(AS)			
A) ANTECEDENTES GENERALES DEL BENEFICIARIO(A)			
PREVISIÓN:		**FECHA**	
NOMBRE BENEFICIARIO(A)			
RUN:		**FECHA DE NACIMIENTO**	
DIRECCIÓN:			
CIUDAD/COMUNA:		**TELÉFONO DE CONTACTO**	
REGIÓN:			
NOMBRE DEL CUIDADOR(A):			
RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO:			
NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SALUD DERIVADOR:			
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA			
B) DETALLES DEL DIAGNÓSTICO			
Cuadro clínico que fundamenta el diagnóstico según la guía clínica APLV			
C) INFORMACIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA			
NOMBRE:			
RUT:			
ESPECIALIDAD:	**CONTACTO:**		
N° INSCRIPCIÓN DE SUPERINTENDENCIA DE SALUD (si corresponde)			
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DE MÉDICO TRATANTE			
FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA (Completa establecimiento punto de distribución):			

*Todos los campos son obligatorios. Versión 2018

Página 14 de 21

Anexo 3 Formulario de traslado de punto de distribución



PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA

TRASLADO DE PUNTO DE DISTRIBUCIÓN

ANTECEDENTES GENERALES DEL BENEFICIARIO(A)			
PREVISIÓN:			
NOMBRE DEL BENEFICIARIO:			
RUN DEL BENEFICIARIO:			
NOMBRE DEL CUIDADOR(A):			
RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO:		**TELÉFONO DE CONTACTO:**	
DIRECCIÓN ACTUAL			
CIUDAD ACTUAL:			
REGIÓN ACTUAL:			
ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN		**TELÉFONO CONTACTO ESTABLECIMIENTO ORIGEN:**	

DATOS DEL LUGAR DE TRASLADO	
DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO:	
CUIDAD:	
REGIÓN:	
ESTABLECIMIENTO DE DESTINO:	

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE	
NOMBRE DEL ESPECIALISTA:	
ESPECIALIDAD:	

DATOS DE LA ÚLTIMA ENTREGA PNAC APLV:	
TIPO DE FORMULA	
Nº DE TARROS PROPORCIONADOS:	
FECHA DE ÚLTIMA ENTREGA:	
FECHA SUGERIDA DE LA PRÓXIMA ENTREGA:	

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL ENCARGADO DE DISTRIBUCIÓN

TIMBRE DEL CESFAM

*El beneficiario debe adjuntar la receta médica

Versión 2018

Página 15 de 21

Anexo 4 Formulario de egreso de beneficiarios

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 2 AÑOS CON APLV
EGRESO DE BENEFICIARIOS(AS) DEL PNAC-APLV

A) ANTECEDENTES GENERALES DEL BENEFICIARIO(A)	
NOMBRE:	
RUN:	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	
REGIÓN:	
ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA:	

B) CAUSA DEL EGRESO

__ALTA MÉDICA

__TÉRMINO DE COBERTURA POR EDAD (2 AÑOS CUMPLIDOS)

__OTRA CAUSA (DETALLAR): _____

C) INFORMACIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA		
NOMBRE:		
ESPECIALIDAD:		**FIRMA Y TIMBRE**
RUN:		

C) CONSENTIMIENTO DEL CUIDADOR(A)

EL (LA) CUIDADOR(A) DEL BENEFICIARIO(A) DECLARA ESTAR EN CONOCIMIENTO DEL TERMINO DE LOS BENEFICIOS DEL SUBPROGRAMA PNAC-APLV

FECHA DE EGRESO DEL PNAC APLV:	**NOMBRE Y FIRMA DEL CUIDADOR(A):**

*Presentar este formulario en el establecimiento de atención primaria para ingresar al subprograma que corresponde

Versión 2018

Página 16 de 21

Anexo 6 ACTA DE RETIRO / NO RETIRO DE PRODUCTOS

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 2 AÑOS CON APLV

ACTA DE RETIRO/NO RETIRO DE FÓRMULAS PNAC-APLV

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

FECHA	TIPO DE FÓRMULA* (FEH - FAA)	N° DE TARROS A ENTREGAR	GRAMAJE TOTAL A ENTREGAR	NOMBRE DE CUIDADOR RESPONSABLE	RELACION CON EL BENEFICIARIO	RETIRO/NO RETIRO DE PRODUCTOS (marcar con x)		FIRMA DEL CUIDADOR RESPONSABLE	EN CASO DE NO RETIRO DE PRODUCTOS INDICAR MOTIVO (formularios incompletos, receta mal emitida, etc)
						RETIRA	NO RETIRA		

*FEH: Fórmula extensamente hidrolizada // FAA: Fórmula aminoacídica

Capítulo VI de las Garantías Explícitas en Salud GES

Título I Introducción

Tanto el Fondo Nacional de Salud como las Instituciones de Salud Previsional deben garantizar a sus personas afiliadas y beneficiarias el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud, en adelante GES, aprobadas con la periodicidad que establece la ley, en un Decreto Supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda.

Al respecto, la Ley 19.966 establece que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios y beneficiarias, las cuales serán las mismas para estos últimos. Exigencia que, en el caso de las isapres, se encuentra refrendado, además, en el artículo 205, del DFLN°1, de Salud.[226]

Las Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento puede ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.[227]

En consecuencia, existe el mandato legal para las Instituciones de Salud y el Fondo Nacional de Salud, de certificar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a las personas beneficiarias en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11 de la Ley 19.966.[228]

Por otra parte, es deber de esta Superintendencia supervigilar y controlar las obligaciones legales y reglamentarias que se impongan a las isapres en relación a las GES, de manera tal de velar por su adecuada operatividad y materialización para los beneficiarios del sistema privado de salud.[229]

[230]Para que los beneficiarios/as tengan derecho a las garantías establecidas en el Decreto Supremo que aprueba los problemas de salud y garantías explícitas a que se refiere la Ley N° 19.966, será necesario que se cumplan los requisitos o condiciones detallados en el artículo 5 del citado Decreto.

[231]Al respecto, es importante mencionar además que, para que se configure un evento (ocurrencia de un problema de salud que se encuentre incorporado en el decreto que fije las GES) cubierto por la Garantía Explícita de Protección Financiera y eventualmente la Cobertura Financiera Adicional, se deberá cumplir con todos los requisitos que señala el antes citado artículo 5º del Decreto Supremo, que se encuentre vigente.

[232]Por su lado, según lo consigna el Decreto GES, las prestaciones a que tienen derecho las personas beneficiarias, se encuentran taxativamente señaladas en el artículo 3° -donde se describen en detalle los problemas de salud cubiertos por las Garantías Explícitas en Salud- y en el Listado de Prestaciones Específico, ellas, según lo establecido, se entregarán de acuerdo a la prescripción que realice el profesional de la salud competente, tanto respecto a la frecuencia como al uso de algunas o todas las prestaciones, y conforme las especificaciones o características técnicas que establezcan para ello, no procediendo la homologación de prestaciones. Fundado en razones de carácter clínico o sanitario, el profesional de la salud tratante podrá no prescribir una o más de las prestaciones cuando, atendida la situación de salud del beneficiario/a y el estado de la medicina en el país, las perspectivas de éxito o sobrevida no hagan

[226] Párrafo incorporado por la Circular IF/N°437, del 07.07.2023

[227] Párrafo incorporado por la Circular IF/N°277, del 27.12.2016

[228] Párrafo incorporado por la Circular IF/N°437, del 07.07.2023

[229] Párrafo incorporado por la Circular IF/N°437, del 07.07.2023

[230] Párrafo incorporado por la Circular IF/N°494, de 18.2.2025

[231] Párrafo incorporado por la Circular IF/N°494, de 18.2.2025

[232] Párrafo incorporado por la Circular IF/N°494, de 18.2.2025

aconsejable la prestación correspondiente. Tratándose de la sospecha y siempre que el problema de salud incluya una prestación asociada a esa etapa, el beneficiario tendrá derecho a la(s) garantía(s) correspondientes tanto si se confirma la sospecha como si se descarta.

[233]Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, el Decreto instaura que las personas beneficiarias tendrán derecho a solicitar una segunda opinión profesional. Este mismo derecho tendrán aquellos a los que se les ha diagnosticado un problema de salud por un profesional que no integra la Red de prestadores, en el caso que dicho diagnóstico no sea confirmado por el correspondiente profesional de la Red. El Fonasa y las isapres deberán contemplar los mecanismos o procedimiento para el ejercicio del derecho anteriormente citado, en alguno de los prestadores que formen parte de la Red correspondiente. Lo anterior, en observancia con lo instruido en el Capítulo VI, Título III, numerando 3 “Procedimientos y Mecanismos para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud” del Compendio de Beneficios

Sobre la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud [234]

Las Garantías Explícitas en Salud y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente, al de la publicación en el Diario Oficial del decreto que las contiene. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el respectivo decreto que se publica. Dichas Garantías tendrán una vigencia de tres años. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años y así sucesivamente. No obstante, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo señalado con anterioridad.

Por su parte, el Listado Específicos de Prestaciones, que forma parte de cada Decreto GES, también podrá ser objeto de modificaciones y/o rectificaciones propias. Al respecto, la Subsecretaría de Salud Pública, conforme al artículo 27 del Decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, tiene la facultad de corregir errores manifiestos de escritura y numéricos en los decretos ya firmados por el Presidente de la República y por el Ministro de Salud o por éste, en su caso -según se establece en su letra o) del citado artículo-. Dichas modificaciones, emanadas del MINSAL, entrarán en vigencia, una vez publicada su resolución en el Diario Oficial.

En consecuencia, las isapres deberán dar estricta observancia a las modificaciones que se realicen al Decreto supremo y/o a su correspondiente LEP, para cumplir con el otorgamiento de las prestaciones incluidas en las Canastas GES, para cada Problema de Salud definido, actualizando sus sistemas en el mismo sentido.

Título II Normas comunes a los Aseguradores

1. De la Periodicidad de los copagos y monto de ellos [235]

Derogado

2. De la Cobertura

Al momento de otorgar la cobertura GES, los Aseguradores deberán dar cumplimiento a las siguientes instrucciones:

2.1.- Medicamentos garantizados

[233] Párrafo incorporado por la Circular IF/N°494, de 18.2.2025

[234] Subtítulo incorporado por la Circular IF/N°437, del 07.07.2023

[235] Numeral derogado por la Circular IF/N°222, del 31 de julio de 2014

Con respecto al Listado de Prestaciones Específico, cada vez que se prescriba por el prestador de la Red el uso de medicamentos, se entenderá que éstos están garantizados ya sea que se identifiquen según su componente genérico, con su nombre comercial [236], o por su efecto farmacológico.

De esta manera, no estando especificada una presentación determinada de los medicamentos garantizados, la aseguradora cumplirá con la obligación legal que le impone el Decreto que aprueba los problemas de salud y garantías explícitas a que se refiere la Ley N° 19.966, cualquiera sea la forma farmacéutica en que se entreguen dichos medicamentos.

No obstante, la aseguradora deberá garantizar la entrega del medicamento en la dosis y presentación indicadas por el o la médico de la Red, cuando la forma farmacéutica que se ponga a disposición de las personas afiliadas no se encuentre en las dosis y tipos de presentación prescritas, de modo que no se obligue al o la paciente a fraccionar un comprimido o a recombinar o utilizar parte de un producto.

Del mismo modo, la aseguradora está obligada a garantizar el otorgamiento del medicamento indicado por el prestador de la Red, cuando éste insista, por razones sanitarias, en una determinada presentación farmacológica y esa presentación contenga los principios activos garantizados explícitamente.

[237]Prosiguiendo con este precepto, corresponderá otorgar cobertura a los medicamentos que contengan dos o más principios activos, incluidos por separado en el Listado de Prestaciones Específico, de un mismo grupo de prestaciones del mismo problema de salud, los que se entenderán que también están garantizados.[238]

2.2.- Medicamentos, insumos y atenciones profesionales incluidos en el Día Cama de Hospitalización Integral y en la Intervención Quirúrgica

En atención a que de conformidad con las “Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud de la Ley N° 19.966”, las prestaciones denominadas “Día Cama de Hospitalización Integral” e “Intervención Quirúrgica” incluyen, entre otros, [239]los medicamentos y dispositivos médicos de uso habitual, los materiales y elementos de enfermería no desechables, insumos de uso general y los medicamentos e insumos usados en dicha intervención, los insumos y los honorarios médicos y paramédicos y de los demás profesionales de la salud utilizados, en el evento que el prestador los facture separadamente, la aseguradora deberá incluirlos de todos modos dentro del copago garantizado[240].

2.3.- Prestaciones bilaterales

Salvo que el decreto a que se refiere el artículo 11 de la Ley N° 19.966 disponga lo contrario o que por la naturaleza de la patología se entienda que su tratamiento debe ser bilateral, en el caso de cirugías y prótesis se podrá requerir dos copagos cuando por indicación médica se otorgue a la persona beneficiaria una cirugía y/o prótesis de esa naturaleza.

---

[236] Se reemplaza la expresión, “de fantasía” por “comercial”, en armonía con el Decreto N°53 / 2019 (Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud) y en virtud de la Circular IF 494, de 18.2.2025

[237] Párrafo incorporado por la Circular IF 494, de 18.2.2025

[238] Como, por ejemplo, **Problema de Salud 7 Diabetes Mellitus tipo 2**: Medicamentos LEP = Metformina- Glibenclamida **/** Medicamento combinado= Glucovance. **Problema de Salud 12 Endoprótesis total de cadera (65 años y +)**: Medicamentos LEP = AINES – Tramadol **/** Medicamento combinado= Adorian. **Problema de Salud 41 Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada**: Medicamentos LEP = Paracetamol-Tramadol-AINES **/** Medicamento combinado= Doloten - Adorian. Además, para los Problemas de salud **21 Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y +; 10 Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años; 44 Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar**, entre otros.

[239] La Circular IF 494, de 18.2.2025, reemplaza, en conformidad con la norma técnica vigente, la oración “los medicamentos de uso habitual y los usados en dicha intervención, respectivamente” por “los medicamentos y dispositivos médicos de uso habitual, los materiales y elementos de enfermería no desechables, insumos de uso general y los medicamentos e insumos usados en dicha intervención

[240] Inciso modificado por la Circular IF/N°156, del 22 de septiembre de 2011

2.4.- Reconstrucción mamaria en dos tiempos

En atención a que la cirugía de Reconstrucción Mamaria, garantizada en el Listado de Prestaciones Específico para el grupo denominado “Intervención quirúrgica cáncer de mama” correspondiente al tratamiento del problema de salud “Cáncer de Mama en personas de 15 años y más”, puede realizarse en uno o más tiempos, y considerando que el propósito de incorporar esta cirugía en este grupo de prestaciones es ofrecer una solución quirúrgica integral a las personas portadoras de esta patología, se deberá requerir un solo copago por el conjunto de acciones de salud identificadas en el mencionado grupo de prestaciones, independientemente del número de cirugías o tiempos quirúrgicos definidos por el prestador de acuerdo a la experiencia de éste y su evaluación particular de cada caso.

2.5.- Tratamiento quirúrgico de la hernia del núcleo pulposo lumbar

Para el caso del tratamiento quirúrgico de la hernia del núcleo pulposo lumbar, si la persona beneficiaria presentare más de una y éstas fueren resueltas en un mismo acto quirúrgico, a aquella le corresponderá efectuar por una sola vez el copago indicado en el decreto a que se refiere el artículo 11 de la Ley N° 19.966 para la prestación unitaria o grupo de prestaciones definidas en el Listado de Prestaciones Específico.

3. De las prestaciones otorgadas mediante telemedicina o a distancia

En la medida que la naturaleza de la prestación así lo permita, los prestadores de la Red GES podrán brindar atenciones de salud a distancia, a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación, con el fin de realizar diagnósticos, tratamientos, prevención, rehabilitación y cuidados de fin de la vida. Lo anterior, según lo dispuesto en las Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el Cumplimiento de las Garantías Explicitas en Salud de la Ley N°19.966 (NTMA)[241].

Los prestadores de salud de la Red GES, respecto de las atenciones otorgadas mediante la modalidad de Telemedicina, deberán ajustarse a los estándares de seguridad que, en materia de protección de datos personales establezcan el Ministerio de Salud y la Agencia de Protección de Datos Personales, en ejercicio de las atribuciones conferidas por la Ley N° 21.719[242]. Asimismo, los medios a través de los cuales se realicen las acciones y prestaciones de salud de telemedicina deberán ajustarse a los requisitos técnicos y operativos establecidos[243] en el Reglamento sobre atenciones vinculadas a la atención de salud realizada a distancia, contenido en el Decreto N° 6, publicado en el Diario Oficial con fecha 9 de diciembre de 2022, y en la Norma General Técnica N° 237, de 18 de octubre de 2024, “Estándares asociados a las acciones y prestaciones de salud a distancia y telemedicina” (o la que la reemplace), ambos del Ministerio de Salud. Sin perjuicio de lo anterior, serán igualmente aplicables todas las disposiciones contenidas en la Ley N° 21.541[244].

[241] Numeral agregado por la Circular IF/N° 462 de fecha 19 de marzo de 2024.

[242] La Ley N° 21.719 publicada el 13 de diciembre de 2024 entra en vigencia el 1 de diciembre del año 2026.

[243] Expresión modificada por la Resolución Exenta IF/N° 1315, de fecha 3 de febrero de 2026.

[244] Párrafo agregado por la Circular IF/N°514 de fecha 17 de octubre de 2025.

Título III Normas Especiales para las Isapres[245]

1. Introducción

Las Garantías Explícitas en Salud deberán ser garantizadas por las Instituciones para todas las personas cotizantes y beneficiarias sin discriminación alguna, cualquiera sea el plan de salud al que se encuentren adscritas.

Eliminado.

En el acto de celebración y suscripción de los contratos de salud, deberá entregarse al afiliado o afiliada, conjuntamente con los restantes documentos contractuales, el anexo del presente capítulo, que contiene las Condiciones para acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud. [246]

2. Obligación de las isapres de gestionar [247]

Las isapres tienen la obligación de monitorear la ejecución de las garantías en cada una de las etapas de intervención sanitaria que correspondan, siendo responsables del cumplimiento de cada una de las garantías involucradas en los problemas de salud, para lo cual deben realizar una gestión integral de todo el ciclo de la atención clínica del paciente, mediante la ejecución de todas las acciones necesarias, tales como gestiones administrativas y de coordinación con los prestadores de la Red, para que los beneficiarios accedan en forma expedita a las atenciones de salud garantizadas. Lo anterior, sin perjuicio de aquéllas que sólo el beneficiario o su representante puedan realizar.

Las isapres deberán estar siempre en condiciones de acreditar y mantener los respaldos de cada gestión efectuada y tomar todas las medidas de seguridad para la protección de los datos personales y sensibles que deban tratar.

3. Procedimientos y Mecanismos para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud

Las isapres deberán establecer procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las Garantías Explicitas en Salud ajustados a las leyes y reglamentos vigentes, los que serán sometidos al conocimiento y aprobación de esta Superintendencia, cada vez que sean modificados.

Los procedimientos y mecanismos deberán diseñarse con simplicidad y eficiencia, con el objetivo de facilitar el acceso a las garantías por parte de sus beneficiarios y no pueden implicar mayor tramitación que aquellos establecidos para el acceso al resto de los beneficios que establece el plan complementario.

Tales procedimientos y mecanismos deberán contener, a lo menos, lo siguiente:

a) Forma, documentos y requisitos establecidos para que el afiliado pueda solicitar el acceso a las garantías. Para ello la Isapre deberá considerar todos los medios físicos y tecnológicos disponibles, tales como formularios impresos en las agencias o sucursales, opción de aviso por medios electrónicos y telefónicos, (página web, correo electrónico, etc.).

   En el caso de la activación del beneficio se deberá establecer que los únicos documentos exigibles al beneficiario para efectuar tal solicitud son el Formulario de Constancia de Información al Paciente GES o en su reemplazo el documento “Dato de Atención de Urgencia (DAU)” o aquel instrumento de atención

[245] Título modificado por la Circular IF/N°277, del 27.12.16
[246] Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21
[247] Párrafo incorporado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

de urgencia homologado para tales efectos en los servicios privados, o la indicación médica y/o la receta para medicamentos, insumos y ayudas técnicas.[248]

Eliminado[249]

b) Forma, plazo y registros que den cuenta de la designación del prestador de la red, por parte de la isapre, así como de la aceptación o rechazo de parte del beneficiario. Para ello la Isapre deberá considerar todos los medios físicos y tecnológicos disponibles, tales como formularios físicos en las agencias o sucursales, opción de aviso por medios electrónicos y telefónicos, (página web, correo electrónico, etc.)

c) Descripción[250] detallada de los procedimientos y acciones que debe efectuar la persona beneficiaria y, por otra parte, la isapre, según corresponda, para realizar trámites asociados a las garantías, tales como adquirir las órdenes de atención, dispensación y/o retiro de los medicamentos, insumos y ayudas técnicas en las distintas situaciones previstas en el numeral 8, agendar las horas médicas, etc.

d) Derecho del beneficiario a solicitar una segunda opinión médica.

e) Notificación a los beneficiarios de los reemplazos, término o modificación del convenio Ges con el prestador y sus efectos en los tratamientos en curso. Para ello la isapre deberá explicitar cómo se abordará dicha situación, de modo de no afectar las prestaciones que se estén otorgando.

f) Tratamiento de las insuficiencias del prestador designado y la notificación y registro de los rechazos de atención.

g) Responsabilidades tanto de la isapre, como del prestador ante situaciones tales como, incumplimiento del prestador en las atenciones, negligencias, cobros indebidos, falta de información al paciente, manejo de datos sensibles, etc.

4. Obligación de Informar y verificación del precio GES [251]

a. De las modificaciones introducidas al Decreto GES vigente [252]

a.1 Información a la Superintendencia y verificación del precio GES.

a.1.1 Comunicación de las Isapres a la Superintendencia de Salud respecto del precio que cobrarán por las Garantías Explícitas en Salud.

La Isapre deberá informar a esta Superintendencia de Salud en el plazo no prorrogable de **quince días** corridos, contado desde la publicación del Decreto Supremo que contemple o modifique las Garantías Explícitas de Salud (GES), el precio que cobrará por dichas garantías a sus afiliados y beneficiarios.

Si nada informa dentro del plazo señalado, se entenderá que ha optado por mantener el precio cobrado antes de la fecha de publicación del nuevo Decreto GES.

[248] Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21
[249] Párrafo eliminado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21
[250] Párrafo modificado por la Circular IF/N°419, de 29.12.2022
[251] Numeración modificada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21
[252] Esta letra a) nueva fue agregada por la Circular IF/N°301, del 6.12.2017. Título posteriormente modificado por Circular IF/N°511 de 03.11.2025.

a.1.2 Contenido de la comunicación.

Conforme al artículo 206 bis, letra a), del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, la Isapre, junto con informar a la Superintendencia de Salud y justificar el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud, deberá acompañar todos los antecedentes técnicos que sirven de base para el cálculo.

Asimismo, deberá indicar todas las variables o componentes utilizados para definir la estructura del precio. Cada una de estas variables deberá ser explicada y justificada.

La información que remita la Isapre deberá considerar los siguientes elementos:

i) La variación porcentual en los costos de los Grupos de Prestaciones Principales (GPP) no modificados por el nuevo Decreto GES.
ii) Los costos de los GPP modificados por el nuevo Decreto GES.
iii) El costo adicional de los nuevos GPP incorporados por el nuevo Decreto GES.

Para efectos de esta circular, la información relativa a los "costos" corresponde exclusivamente a los montos efectivamente bonificados por la Isapre en relación con las GES.

El periodo de referencia y de análisis para los cálculos corresponde cada uno a un periodo de 36 meses.

i. La variación porcentual en los costos de los Grupos de Prestaciones Principales (GPP) no modificados por el nuevo Decreto GES.

La Isapre deberá justificar la variación porcentual, por persona beneficiaria, en UF, en los costos de los GPP asociados a los problemas de salud que no han sido modificados por el nuevo Decreto GES, en comparación con el Decreto anterior.

La variación de costos deberá considerar el periodo de referencia y análisis respectivo.

ii. Los costos de los Grupos de Prestaciones Principales (GPP) modificados por el nuevo Decreto GES.

La Isapre deberá justificar el costo mensual por persona beneficiaria, en UF, de los GPP que hayan sido modificados por el nuevo Decreto GES.

Considera la totalidad del costo de los GPP modificados como parte del nuevo precio GES, es decir, tanto el costo actual de los GPP modificados, como el costo incremental de los GPP modificados por el nuevo Decreto GES.

iii. El costo adicional de los nuevos Grupos de Prestaciones Principales (GPP) incorporados por el nuevo Decreto GES.

La Isapre deberá justificar el costo adicional real mensual por persona beneficiaria, en UF correspondiente a los nuevos GPP incorporados en el nuevo Decreto GES.

a.1.3 Forma de entrega de la información.

La Isapre deberá remitir a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales un Informe que contenga la comunicación del nuevo precio, la información que lo justifique y todos los antecedentes técnicos que sirven de base para su cálculo, sin perjuicio de otros antecedentes que le sean requeridos para el análisis de un periodo particular.

a.1.4 Verificación por parte de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de los precios comunicados por las Isapres.

La Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, verificará el precio informado por cada Isapre, en base a la información y antecedentes técnicos incluidos en la comunicación del nuevo precio. En dicho proceso de verificación, se considerará la variación de los costos de las prestaciones de salud y la variación de la frecuencia de uso experimentada por ellas, y también, se observará el costo de las prestaciones incluidas en las canastas de Garantías Explícitas de Salud, la tasa de uso efectivo de tales Garantías por parte de las personas beneficiarias, y el estudio de verificación de costos regulado en la Ley N°19.966, que establece un Régimen de Garantías en Salud.

El precio que verifique la Intendencia de Fondos y Seguros de Salud Previsional se calculará de acuerdo con la siguiente fórmula:

Fórmula de verificación del Nuevo Precio GES.

Nueva Prima GES = Prima GES vigente (GPP no modificados)* (1+A) + B + C

donde:

Nueva Prima GES: Monto de prima per cápita (p/c) mensual en UF para el nuevo Decreto.

Prima GES vigente (GPP no modificados): Corresponde a la prima p/c mensual en UF del Decreto GES vigente menos el monto bonificado mensual p/c en UF de los Grupos de Prestaciones Principales (GPP) modificados en el nuevo Decreto GES.

A: variación porcentual del costo mensual por persona beneficiaria en UF, **de los GPP que no han sido modificados por el nuevo Decreto GES**, en comparación con el decreto GES anterior.

B: costo mensual por persona beneficiaria en UF **de los GPP modificados por el nuevo Decreto GES**.

C: costo adicional mensual por persona beneficiaria, en UF, **correspondiente a los GPP nuevos incorporados en el nuevo Decreto GES**. Su valor es 0 en caso de que el nuevo Decreto GES no incluya nuevos GPP en los problemas de salud GES.

El nuevo precio GES, al igual que el precio GES vigente, deberán ser expresados en Unidades de Fomento (UF) mensual, por persona beneficiaria.

Algoritmo para la verificación del precio GES.

1. Verificar la variación porcentual del costo por persona beneficiaria, en UF de los GPP que no han sido modificados por el nuevo Decreto GES, en comparación con el Decreto GES anterior (componente A de la fórmula), según la información disponible en esta Superintendencia y la proporcionada por cada Isapre.
2. Verificar la Prima GES vigente (GPP no modificados), que corresponde a la prima p/c mensual en UF del Decreto GES vigente menos el monto bonificado mensual p/c en UF de los Grupos de Prestaciones Principales (GPP) modificados en el nuevo Decreto GES.
3. Verificar el costo mensual en UF por persona beneficiaria, de los GPP modificados por el nuevo Decreto GES (componente B de la fórmula), según la información disponible en esta Superintendencia y la proporcionada por cada Isapre y los antecedentes aportados por el Ministerio de Salud vinculado con el Estudio de Verificación del Costo (EVC) esperado por persona beneficiaria del conjunto priorizado de problemas de salud con Garantías Explícitas en Salud (GES).
4. Verificar el costo adicional mensual en UF por persona beneficiaria, correspondiente a los GPP nuevos incorporados en el nuevo Decreto GES (componente C de la fórmula), aportado por cada Isapre y los antecedentes aportados por el Ministerio de Salud vinculado con el Estudio de Verificación del Costo (EVC) esperado por persona beneficiaria del conjunto priorizado de problemas de salud con Garantías Explícitas en Salud (GES).
5. Aplicar el resultado del componente A al precio GES vigente (GPP no modificados) y sumar los componentes B y C.

a.1.5 Resolución de verificación.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 206 bis, letra c), del DFL N°1 del año 2005, del Ministerio de Salud, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá la verificación de los precios informados por las Isapres y el precio que cobrará cada una de ellas por las Garantías Explícitas de Salud a sus afiliados, dentro del plazo de treinta días corridos contado desde la publicación del decreto que contemple o modifique las Garantías Explícitas de Salud.

Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

Comunicaciones a los beneficiarios

Las Instituciones de Salud Previsional que decidan modificar el precio de las Garantías Explícitas en Salud (GES), con motivo de las modificaciones introducidas por un nuevo Decreto Supremo, deberán informar dicha situación a todas las personas cotizantes y sus respectivos empleadores y entidades encargadas del pago de la pensión.

Sin perjuicio de lo anterior, las isapres deberán tener en consideración que el precio fijado podrá cobrarse desde el mes en que entre en vigencia el nuevo decreto, o al cumplirse la anualidad de cada contrato. En este último caso, no procederá el cobro retroactivo. La opción que la isapre elija respecto de la oportunidad del cobro, deberá aplicarse a todos los afiliados.

Las isapres que modifiquen el precio de las GES a raíz de la vigencia de un nuevo Decreto Supremo, deberán remitir una carta o un correo electrónico en caso de contar con certeza de la existencia y exactitud de las direcciones electrónicas, a todos sus afiliados, con una antelación mínima de 10 días hábiles a la entrada en vigencia del decreto respectivo, informando lo siguiente:

La carta, o el correo electrónico en su caso, deberán indicar el nuevo precio que se cobrará por las GES, haciendo mención del precio que actualmente se encuentra vigente en conformidad al Decreto Supremo respectivo. Paralelamente, deberá comunicar si el nuevo precio se cobrará a contar de la entrada en vigencia del nuevo Decreto Supremo o al cumplirse la respectiva anualidad de cada contrato.

Asimismo, deberá informar las modificaciones que el nuevo Decreto Supremo introduzca a las Condiciones de Salud Garantizadas vigentes, en el caso que corresponda. Se deberá adjuntar a la carta o correo electrónico el listado de las Condiciones de Salud Garantizadas vigentes.

La mencionada comunicación deberá informarle al afiliado el plazo excepcional en que podrá poner término al contrato, aun cuando no haya transcurrido un año de vigencia de los beneficios contractuales, de conformidad a lo establecido en el artículo 209 del DFL N°1 de 2005, de Salud.

Finalmente, se deberán indicar los canales de información que ha dispuesto la isapre para que los beneficiarios puedan imponerse de las GES, el Examen de Medicina Preventiva, Redes de Prestadores, Mecanismos de Acceso y cualquier otra información que sea relevante para el debido ejercicio de sus derechos.

Se hace presente que el formato para el correo electrónico -incluyendo sus adjuntos- y la carta que debe utilizar la isapre para informar a sus afiliados sobre la modificación del precio que se cobrara por las GES, deberá ajustarse a lo señalado en el numeral 11 "Comunicación de la modificación del precio de las Garantías Explicitas en Salud (GES)" del Título III "Instrucciones sobre procedimientos de adecuación de contratos de salud" del Capítulo I "Procedimientos Relativos al Contrato de Salud" del Compendio de Procedimientos de esta Superintendencia[253].

Comunicaciones a los empleadores y entidades encargadas del pago de la pensión

La isapre que decida modificar el precio de las GES deberá comunicarlo al empleador y a las entidades encargadas del pago de la pensión mediante una carta que podrá ser entregada personalmente, enviada por correo o por vía electrónica. Este último medio de comunicación podrá utilizarlo en caso que las entidades encargadas del pago de la cotización hayan suscrito un convenio de prestación de servicios informáticos para la notificación electrónica del FUN, según lo dispuesto en el Compendio de Normas Administrativas en materia de Procedimientos de esta Superintendencia.

La comunicación al empleador o entidad encargada del pago de la pensión se regirá por las reglas que a continuación se indican:

- En el caso que la isapre haya optado por cobrar el precio de las GES a contar del mes de la remuneración anterior al de la entrada en vigencia del nuevo decreto supremo, deberá efectuar la comunicación, a más tardar el día 10 de ese mismo mes, indicando, a lo menos, que la modificación del precio a pagar tiene su origen en la entrada en vigencia del nuevo Decreto Supremo que establece las GES y que la nueva cotización debe ser enterada en la isapre, a más tardar el día 10 del mes en que entre en vigencia el decreto o el día 13 tratándose de declaración y pago electrónico. Se deberá incluir, además, la nómina de trabajadores del empleador o pensionados de la entidad encargada del pago de la pensión, afiliados a la institución, individualizando el R.U.T., nombre y monto total a pagar en la isapre.

- En el caso que la isapre haya optado por cobrar el precio fijado para las GES a la anualidad de cada contrato, hay que distinguir dos situaciones. Si la isapre no hace uso de la facultad de adecuación que contempla el artículo 197 del DFL N°1 de 2005, de Salud, efectuará la comunicación, antes del día 10 del mes siguiente a la anualidad de cada contrato, indicando que la modificación del precio a pagar tiene su origen en la entrada en vigencia del nuevo Decreto Supremo y que la nueva cotización debe ser enterada en la isapre, a más tardar, el día 10 del mes subsiguiente a la anualidad o el día 13 tratándose de declaración y pago electrónico.

[253] Párrafo incorporado por la Circular IF/N°411, de 4 de octubre de 2022.

Se deberá incluir la nómina de trabajadores del empleador o pensionados de la entidad encargada del pago de la pensión afiliados a la institución, individualizando el R.U.T., nombre y monto total a pagar en la isapre. En caso que la notificación de la carta se realice en forma personal, una copia de la nómina deberá ser firmada y timbrada por el empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión al momento de la recepción, en señal de aceptación, indicando la fecha en que se produce el hecho. Asimismo, tratándose de una notificación electrónica, el empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión deberá tener acceso a una aplicación que le permita recibir la carta y dar por aprobada la nómina, debiendo quedar, además, el registro del día y hora del acceso.

Por otra parte, si la isapre hace uso de la facultad de adecuación, la notificación al afiliado y al empleador deberá ajustarse al procedimiento normal instruido en el Capítulo I "Procedimientos relativos al Contrato de Salud", Título III "Instrucciones sobre procedimientos de adecuación de Contratos de Salud", del Compendio de Normas Administrativas en materia de Procedimientos. No obstante lo anterior, la carta de adecuación deberá hacer mención a que el nuevo precio incluye el costo que la isapre ha decidido cobrar por las GES, que fue o será informado, en su caso, en la comunicación remitida en los términos instruidos precedentemente. El Formulario Único de Notificación que se emita a raíz de la adecuación, deberá registrar el nuevo precio que la isapre haya decidido cobrar por el otorgamiento de las GES.

Respaldo de las comunicaciones

Para efectos de fiscalización y control, la isapre deberá mantener a disposición de esta Superintendencia un sistema de respaldo de las comunicaciones efectuadas a sus afiliados y a las entidades encargadas del pago de la cotización, así como de los antecedentes que acrediten la aceptación de la nómina por el empleador o entidad encargada del pago de la pensión.

Difusión masiva de las modificaciones al Decreto GES vigente

Las Instituciones de Salud Previsional, aun cuando opten por no modificar el precio de las GES, deberán, a más tardar el último día del mes anterior a la entrada en vigencia del Decreto Supremo que modifica las GES, disponer todas las medidas de difusión que estén a su alcance, en especial, correo electrónico, página web, cartas por correo, mensajes de texto cualquier otro que la tecnología disponible permita, para informar correcta y oportunamente a sus beneficiarios, respecto de las modificaciones que se apliquen a las Garantías Explicitas en Salud, el derecho a solicitar el Examen de Medicina Preventiva, las prestaciones comprendidas en él y la red de atención para efectuarlo.

Adicionalmente, las isapres en el mismo plazo señalado en el párrafo anterior deberán disponer de las mismas medidas de difusión para informar correcta y oportunamente a sus beneficiarios sobre el plazo excepcional para desahuciar el contrato, de conformidad a lo establecido en el artículo 209 del DFL N°1 de 2005, de Salud.

b) Información ante un requerimiento del beneficiario previo a optar por las GES

Las isapres deberán entregar información oportuna y suficiente ante un requerimiento de sus beneficiarios, o sus representantes, para que éstos, enfrentados a un problema de salud GES, puedan ejercer informadamente el derecho de optar por la atención bajo las condiciones de las GES o de su Plan Complementario de Salud[254].

Para tal efecto, podrán utilizar los medios de comunicación que estimen convenientes en las circunstancias de que se trate, siempre que cumplan las condiciones de oportunidad y suficiencia citadas en el párrafo

[254] Modificado por Circular N°155, del 1.9.2011

anterior, debiendo estar siempre en situación de acreditarlas. La referida información, deberá incluir a lo menos lo siguiente:

- Identificación de los prestadores frente a cada alternativa de atención (GES y Plan de Salud Complementario).
- Cobertura del plan complementario, en sus modalidades preferente y/o de libre elección, según se trate, a través de la entrega de presupuesto.
- Cobertura GES, con indicación de copagos, prestaciones garantizadas, prestaciones no garantizadas incluidas en los protocolos del Ministerio de Salud y derecho a la GES-CAEC.
- Deducibles y plazos involucrados en la aplicación de las coberturas y garantías.
- Advertencia que existen prestaciones que no están en los listados específicos de prestaciones GES ni en los protocolos del Ministerio de Salud, que son cubiertas por el plan de salud.

c) Información al beneficiario al momento de incorporarse a las GES

Una vez realizada la solicitud de activación GES por el beneficiario, la isapre dispondrá de un plazo de dos días hábiles, contado desde la presentación de la solicitud, para designar al prestador GES, salvo en aquellos problemas de salud en que la garantía de oportunidad sea menor a dicho plazo, en cuyo caso deberá ajustarse al plazo de la garantía. Asimismo, la isapre deberá entregar al beneficiario, en el plazo antes señalado, la solicitud aprobada de la incorporación a los beneficios garantizados, conjuntamente con el documento en que conste la aceptación por parte de éste de la derivación a la Red GES y la cartilla con la información correspondiente a la patología respectiva, en tamaño y letra legible, con el formato que se completa como ejemplo, para el problema de salud N°34 y que se encuentra al final de la presente letra c).[255][256]

En el caso de que el problema de salud contemple el uso de medicamentos e insumos, las isapres deberán consignar en la cartilla señalada en el párrafo precedente, específicamente en la parte denominada “PRESTADOR DESIGNADO”, la identificación de la farmacia en convenio y del prestador de ayudas técnicas en convenio (cuando corresponda), que entregarán los referidos beneficios GES.[257]

[255] Párrafo modificado por la Circular IF/N°350 de 30.04.2020, con vigencia a contar de junio 2020. Modificada por la Res. Ex. IF/N°600 de 11.08.2020.

[256] Párrafo reemplazado por la Circular IF/N°381 de 09.06.2021, con vigencia a contar del 31 de agosto 2021, de acuerdo a Res. Ex IF/432 de 03.08.2021

[257] Párrafo incorporado por la Circular IF/N°350 de 30.04.2020, , con vigencia a contar de junio 2020. Modificada por la Res. Ex. IF/N°600 de 11.08.2020.

PROBLEMA DE SALUD N°34: DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El Auge/GES es un derecho garantizado por ley y su cumplimiento puede ser exigido ante la Isapre y la Superintendencia de Salud.

GARANTÍA DE ACCESO: Todo beneficiario de 15 años y más

Con confirmación diagnóstica: tendrá acceso a tratamiento

GARANTÍA OPORTUNIDAD

Tipo de intervención sanitaria	Atención garantizada	Plazos máximos de atención
TRATAMIENTO	Tratamiento	Inmediato desde la confirmación diagnóstica
	Consulta con especialista	Dentro de 30 días desde derivación, según criterios establecidos en la Norma de Carácter Técnico, Médico y Administrativo.

GARANTÍA DE PROTECCIÓN FINANCIERA

Tipo de intervención sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Copago
TRATAMIENTO	Tratamiento depresión leve	mensual	$1.190
	Tratamiento depresión moderada	mensual	$1.780
	Tratamiento depresión grave año 1	mensual	$2.040
	Tratamiento Depresión con Psicosis, alto Riesgo Suicida, o refractariedad Año 1	mensual	$6.370
	Tratamiento Depresión con Psicosis, alto Riesgo Suicida, o refractariedad Año 2	mensual	$1.500

PRESTADOR DESIGNADO:

Indicar los datos para contactarse (dirección, teléfono y/o correo electrónico del prestador)

DÓNDE RECLAMAR SI NO SE CUMPLE LA GARANTÍA DE OPORTUNIDAD:

En caso que el prestador designado por la isapre no lo atienda dentro del plazo establecido en el problema de salud, dispone de 30 días para presentar un reclamo ante la isapre.

Desde el momento en que presentó el reclamo, la isapre tiene un plazo de 2 días para designar un nuevo prestador, el cual deberá brindar la atención en un plazo máximo de 10 días.

Si no recibe respuesta dentro de estos 2 días o el prestador no está en condiciones de resolver el problema de salud garantizado, debe acudir a la Superintendencia de salud, durante los 15 días siguientes a presentar su reclamo.

En un plazo de 2 días la Superintendencia de Salud deberá designar un tercer prestador y éste deberá resolver el problema de salud en los 5 días siguientes desde la designación.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD, fono consulta 600-836-9000,

www.superdesalud.gob.cl

d) Información disponible en la página web y en agencias y sucursales

Las isapres deberán mantener información permanente y actualizada en sus páginas web, en una ubicación de fácil acceso a los beneficiarios, y en las agencias y sucursales, en relación a lo siguiente:

- Listado de los Problemas de Salud Garantizados y sus respectivas garantías.
- Una versión resumida de los procedimientos y mecanismos definidos por la isapre con información relevante para el beneficiario en el uso de las garantías, tales como, indicación de horarios de atención y números de contacto para atenciones relacionadas con las GES.
- Información sobre el derecho a reclamar en caso de incumplimiento de las garantías y plazos asociados.
- Información actualizada de la Red de Prestadores convenida para el otorgamiento de las Garantías Explícitas, ingresando, modificando o eliminando el convenio con el prestador respectivo, a más tardar, el día hábil anterior a aquél en que entre en vigencia la respectiva modificación.

La Red GES deberá disponerse en la página web de la isapre en alguna aplicación que permita acceder, como mínimo, a la siguiente información y formato:

Ejemplo de la información de la Red de Prestadores GES en la página web de la isapre, para dos problemas de salud, en dos regiones:

Región	**Problema de Salud GES (N° y nombre)**	**Nombre del prestador**	**Dirección del prestador**	**Región de ubicación del prestador**	**Tipo de intervención sanitaria**	**Prestación o grupo de prestaciones GES**
13	8. Cáncer de mama en personas de 15 años y más	Clínica XXX (Servicios de Salud zzz Ltda)	Av. XXX N°zzz, comuna de YYY	13	Tratamiento	Quimioterapia cáncer de mama, etapa IV
1	44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar	Hospital XXX	Calle xxx, N°zzz 999, Comuna YYY	13	Tratamiento Seguimiento	Todas las prestaciones para esta intervención sanitaria

Para la disposición de la Red GES en la página web de la isapre, se debe considerar lo siguiente:

- La Región corresponde a lugar donde se encuentra el afiliado
- El Problema de salud GES es el número y nombre del Problema de Salud GES
- El nombre del prestador convenido GES es el nombre comercial del prestador y, entre paréntesis, la razón social, en caso que corresponda.
- La dirección del prestador: en el caso que se trate de prestadores que operan a través de varias sucursales, en una ciudad o a lo largo del país, se debe informar la concatenación entre el nombre o razón social y la sucursal respectiva. Ejemplo: Clínica XXX- Ñuñoa.

- La Región del prestador es donde se ubica el prestador GES
- El tipo de intervención sanitaria corresponde a aquella convenida con el prestador
- La prestación o grupo de prestaciones o canastas GES corresponden a aquellas convenidas con el prestador. Si el prestador informado se encuentra en convenio para otorgar todas las prestaciones o grupo de prestaciones GES, debe informar "todas las prestaciones para esta intervención sanitaria" en la última columna. Si las prestaciones o grupo de prestaciones de un determinado problema de salud GES son convenidas en distintos prestadores, debe detallarse cada una de ellas en los respectivos prestadores.
- Los ítems Problema de Salud GES (N° y Nombre), Tipo de intervención sanitaria y Prestación o grupo de prestaciones GES, deben ser informados utilizando la misma nomenclatura del decreto supremo vigente.

e) Difusión preventiva de las Garantías Explícitas en Salud

Las isapres deberán efectuar una difusión preventiva y oportuna respecto del derecho que tienen los beneficiarios a acceder a algunas prestaciones garantizadas, difusión que deberá focalizarse en el grupo de beneficiarios definido y en la oportunidad que se indica a continuación. La información remitida al beneficiario deberá indicar el prestador donde acudir y el valor del copago para la respectiva prestación, según el decreto vigente.

Para efectuar la difusión preventiva la isapre deberá usar todos los medios disponibles, en especial, correo electrónico, página web, o cartas por correo, mensajes de texto y cualquier otro que la tecnología disponible permita, debiendo mantener los respaldos que acrediten dicha acción.

Los grupos de beneficiarios a quienes debe dirigirse la información, las prestaciones garantizadas y la oportunidad de la difusión son las siguientes:

GRUPO OBJETIVO	**PRESTACIÓN**	**OPORTUNIDAD DE LA DIFUSIÓN**	**PRESTADOR DONDE ACUDIR**	**VALOR DEL COPAGO**
Toda la cartera	Urgencia odontológica ambulatoria	Una vez al año		Se debe indicar el valor del copago según el decreto GES vigente
Adulto de 60 años y a los niños y niñas de 6 años,	Salud Oral Integral	al cumplir la edad,		Se debe indicar el valor del copago según el decreto GES vigente
Beneficiarios mayores de 65 años	Audífonos, en caso de hipoacusia bilateral; Órtesis y ayudas técnicas con orden médica, por patologías que produzcan limitaciones.	una vez al año		Se debe indicar el valor del copago según el decreto GES vigente

5. Obligación de las isapres de realizar las acciones que permitan el acceso efectivo a los beneficios GES[258].[259]

Las isapres deben ejecutar -y estar siempre en condiciones de acreditar- las acciones necesarias para el cumplimiento de la garantía legal de acceso a las GES, ante la opción cierta del beneficiario por este beneficio. Ello, sin perjuicio de aquéllas que sólo el beneficiario o su representante puedan realizar.

Ante el conocimiento de la isapre de una atención de urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[260] GES, a través del portal web de la Superintendencia de Salud o por cualquier otro medio, deberá comunicarse con el afiliado y/o beneficiario, si fuere posible, o, en su defecto, con algún familiar o representante, a fin de orientar y entregar información suficiente y oportuna respecto de la conveniencia o no de la cobertura GES y la necesidad de traslado si fuese necesario. En caso que aquéllos opten por las GES, la isapre deberá efectuar las gestiones de coordinación pertinentes con los prestadores involucrados, si correspondiere, que permitan el acceso a los beneficios de dicho régimen.

La facultad de las isapres para determinar la red de prestadores deberá ejercerse siempre teniendo en consideración su obligación de asegurar, efectivamente, el cumplimiento de la Garantía de Acceso.

En caso de inexistencia o de insuficiencia de prestadores de la Red GES en la región del domicilio del beneficiario, ante la designación de un prestador en una región del país distinta de aquélla, la Isapre estará obligada a financiar íntegramente los gastos del traslado del paciente que fueren necesarios para asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas[261].

Sin perjuicio de lo indicado en el párrafo anterior, la isapre podrá disponer atenciones de salud a distancia, a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación, de acuerdo a lo establecido en el numeral 3, del Título II, del presente Capítulo. No obstante, la modalidad de telemedicina sólo será procedente si la persona beneficiaria la elige voluntariamente, de lo contrario, se mantendrá la obligación de financiamiento de los gastos de traslado prevista en el párrafo precedente[262].

Asimismo, sin perjuicio de la prerrogativa de la isapre en la conformación de las redes para el otorgamiento de las garantías explícitas en salud, las instituciones deberán privilegiar la convergencia de éstas con los prestadores convenidos para el otorgamiento de las prestaciones a través del plan de salud complementario, facilitando el funcionamiento conjunto de los beneficios del contrato de salud.

6. De las Enfermedades GES Preexistentes[263]

6.1.- Obligación de declarar preexistencias

En virtud del principio de la buena fe contractual, las personas que desean contratar con una isapre están obligadas a declarar las enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por ellas y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del o la beneficiario/a, en su caso, independientemente de si aquellas se encuentran o no en el catálogo de problemas de salud que contiene el decreto que fija las GES.

6.2.- Obligación de financiamiento

Tratándose de problemas de salud amparados por las GES, las isapres no podrán estipular exclusiones referidas a enfermedades o condiciones de salud garantizadas aunque sean preexistentes y no hayan sido declaradas, por lo que deberán otorgar cobertura aun cuando demuestren que el problema o condición de salud constituye una enfermedad preexistente no declarada.

---

[258] Agregado por Circular IF N°212, del 27.03.2014
[259] Numeración modificada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21
[260] Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23
[261] Agregado por Circular IF N°247, del 19.06.2015
[262] Párrafo agregado por la Circular IF/N° 462 de fecha 19 de marzo de 2024.

[263] Numeración modificada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

6.3.- Extensión de la obligación de financiamiento para problemas de salud con GES

La obligación de las isapres de otorgar cobertura a enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes contenidas en las GES sólo se extiende a las prestaciones vinculadas con aquellas y que estén consideradas en el Listado de Prestaciones Específico establecido en el Decreto Supremo correspondiente, conservando la facultad para negar la cobertura del resto de las prestaciones.

6.4.- Facultad de poner término al contrato de salud

Las isapres están facultadas para poner término a la relación contractual vigente cuando se invoque cualquiera de las causales legales establecidas en el artículo 201 del D.F.L. N° 1, y se cumplan los requisitos legales para ello, incluso tratándose de la no declaración de un problema de salud preexistente con Garantías Explícitas en Salud, puesto que la ley no ha distinguido.

6.5.- Fecha en que produce efectos la terminación unilateral del contrato por parte de las isapre

Excepcionalmente, tratándose de problemas de salud con Garantías Explícitas, si llegado el día en que se produce el término del contrato la persona beneficiaria está requiriendo atenciones en la etapa de confirmación diagnóstica, tratamiento o seguimiento, la terminación deberá diferirse hasta el momento en que, según los plazos fijados en el Decreto que contiene las GES, la respectiva etapa o subetapa se encuentre terminada, siempre y cuando dicha extensión se justifique para no poner en riesgo el tipo de intervención sanitaria de que se trate, lo que debe analizarse caso a caso.

7. **Activación de las GES**[264]

Las isapres deberán disponer de medios físicos y tecnológicos para la activación y el otorgamiento de las Garantías Explicitas en Salud.

7.1 Medios alternativos para acceder a las GES

La institución debe disponer de una aplicación informática de fácil acceso y comprensión que permita a los beneficiarios solicitar la activación de las GES de modo remoto; sin perjuicio de que dicha activación se pueda realizar presencialmente en cualquiera de las sucursales de la isapre.[265]

Segundo párrafo eliminado [266]

A través de dicha aplicación electrónica el beneficiario podrá efectuar la activación correspondiente, según se indica a continuación:

a) Ingresar el Formulario de Constancia de Información al Paciente GES o, en su defecto, el documento “Dato de Atención de Urgencia (DAU)” o aquel instrumento de atención de urgencia homologado para tales efectos en los servicios privados, o la indicación médica y/o la receta para medicamentos, insumos y ayudas técnicas.

b) Ingresar, de forma opcional, cualquier antecedente que dé cuenta de las atenciones que ha recibido el beneficiario previo a la solicitud de activación.

c) Ingresar los datos necesarios para la generación del Formulario N° 1.

---

[264] Numeral incorporado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

[265] Por R. Ex. IF/N°676 de 22.11.21 se elimina la expresión “o, en su defecto, mediante cualquier otro medio que cumpla ese objetivo”.

[266] Se elimina el segundo párrafo de acuerdo a la R. Ex IF/N°676 de 22.11.21

d) Tomar conocimiento acerca de la fecha en que la isapre le responderá la solicitud de activación del beneficio y del prestador de la Red GES designado.

e) Rechazar o aceptar el prestador de la Red GES designado por la isapre y recibir el documento que dé cuenta de dicho acto.

f) Recibir el documento en que conste que acepta la derivación a la Red GES y la cartilla con la información sobre la patología respectiva.

g) Acceder a las prestaciones en la etapa de intervención sanitaria que corresponda, según el problema de salud de que se trate, mediante – a lo menos - la compra de bonos, copago de la canasta, la incorporación de recetas.

La isapre debe enviar al correo electrónico informado por la persona beneficiaria, cada uno de los documentos que se generen a raíz de la solicitud de activación del beneficio GES, efectuada a través de esta aplicación.

Independiente del mecanismo que se utilice para la activación de las GES, éste debe ajustarse a las etapas del procedimiento reseñado anteriormente, debiendo cada fase quedar registrada con el envío de los correos electrónicos pertinentes. De efectuarse la solicitud mediante llamado telefónico, concluido éste, la isapre debe remitir un correo electrónico al solicitante con la transcripción de la gestión efectuada, para así continuar con el resto del procedimiento.

7.2 Situaciones exentas de una nueva confirmación diagnóstica

El acceso a las garantías no puede estar condicionado a una nueva confirmación diagnóstica cuando:

i.- El paciente haya sido diagnosticado por un profesional que sea parte de cualquiera de las redes de prestadores convenidas por la isapre.

ii.- El paciente, beneficiario de la institución de salud que habiendo optado previamente por recibir a través del plan complementario el tratamiento de un problema de salud garantizado por un profesional médico registrado en la Superintendencia de Salud pero que no forma parte de la red de la institución de salud previsional, con posterioridad, decide continuarlo a través de las garantías explícitas en salud.

iii.- El paciente que haya sido diagnosticado por un profesional médico registrado en la Superintendencia de Salud pero que no forma parte de la red de la institución de salud previsional, que cuente con la indicación médica y/o la receta para medicamentos, insumos y ayudas técnicas. [267]

iv.- El paciente que proviene de otro sistema o institución de salud estando en tratamiento por un problema de salud GES.

Aquellos pacientes en tratamiento tendrán derecho a recibir las prestaciones dentro de la Red GES, de acuerdo a la etapa de intervención sanitaria en la que se encuentren a la fecha de su solicitud de acceso.

La Isapre podrá realizar otras gestiones relativas al procedimiento de activación de las GES, como por ejemplo exámenes adicionales o complementarios, pero no podrá exigir como condición que se repita la consulta médica ni aquellos exámenes que el beneficiario ya se hubiere efectuado por determinación de dicho médico tratante.[268]

[267] Se elimina párrafo que se encontraba después del punto seguido y se cambia al final del punto 7.2, de acuerdo a la R. Ex IF/N°676 de 22.11.21
[268] Párrafo ubicado en este lugar de acuerdo a R. Ex IF/N°676 de 22.11.21

8. Obligaciones de las Isapres en cuanto al Acceso y Cobertura de Medicamentos, Insumos y Ayudas Técnicas GES. [269] [270]

Las[271] instituciones de salud previsional deberán desarrollar y mantener un procedimiento escrito que detalle el modelo de atención utilizado y, específicamente, las acciones y mecanismos (medios clínicos o administrativos) para certificar y dejar constancia de la entrega efectiva, a las personas beneficiarias, de los medicamentos, insumos y ayudas técnicas GES, en farmacias en convenio y prestadores, respectivamente, con el fin de asegurar la continuidad de sus tratamientos médicos, sin interrupciones que puedan afectar su estado de salud. Dichos procedimientos deben contemplar, además, el registro de la no entrega de los mismos, o bien, si ellos se entregaron de manera parcial, con expresa mención de la causa o razón de la negativa o entrega incompleta, en cumplimiento con lo establecido por el artículo 29 de la Ley N°19.966.

Tal procedimiento escrito deberá ser difundido por la isapres al personal y los funcionarios relacionados con este quehacer.

En conformidad a los artículos 2, 24 y 42 de la Ley 19.966, las isapres serán directamente responsables en caso de incumplimiento por parte de las farmacias del procedimiento escrito que aluden los párrafos precedentes.

En virtud de las disposiciones anteriores y las obligaciones que de ellas se derivan, hacia las isapres y sus farmacias en convenio, se hace necesario que, como mínimo, el contenido relativo al procedimiento escrito para dispensar y certificar la entrega y no entrega de todos los productos ya citados, considere, al menos, los siguientes aspectos en cada caso en particular:

i. Contar con un programa de acciones que se deben llevar a cabo con la farmacia en convenio, para la entrega de medicamentos GES, el cual debe ser difundido a las personas beneficiarias por todas las vías y canales idóneas para ello, como, por ejemplo, correo electrónico en caso de contar con certeza de la existencia y exactitud de las direcciones electrónicas, página web, sucursales, call center, etc. Cabe señalar, que deben existir medidas de coordinación entre la isapre y la farmacia en convenio a fin de conocer cómo se debe operar en la práctica y los posibles problemas o aspectos de mejora que puedan surgir para gestionarlos e incluirlas en su procedimiento, de corresponder, como nuevas cláusulas en los convenios.

ii. Protocolos de información o medidas de entrega de información a las personas beneficiarias en lo que respecta a la dispensación de medicamentos, insumos y ayudas técnicas, en especial, las destinadas a promover la cadena de farmacia en convenio, direcciones asociadas y horarios de atención.

iii. En el caso de contar con alguna plataforma en la que las personas beneficiarias puedan inscribirse para la entrega de medicamentos GES, se deberá difundir ampliamente por todas las vías y canales idóneas para ello (Por ejemplo, correo electrónico en caso de contar con certeza de la existencia y exactitud de las direcciones electrónicas, página web, sucursales, call center, etc.). Del mismo modo, se deberá indicar en forma clara y precisa los datos que debe llenar la persona afiliada en el momento de registrarse, así como si debe adjuntarse algún documento como la Notificación GES, certificado médico, cédula de identidad, receta médica, etc. o si dichos documentos se encuentran en línea, para que la persona beneficiaria no los incluya cuando se inscriba.

iv. Lo anterior, sin perjuicio del deber de gestionar de las isapres respecto a las Garantías Explícitas en Salud, contenido en el Numeral 2, del Título III “Normas especiales para Isapres”, Capítulo IV “de las Garantías Explícitas GES”; Compendio de Beneficios.

v. Establecer un tratamiento, esto es, acciones concretas que deberá llevar a cabo la farmacia, con los respaldos de entrega que emita este tipo de prestador, en razón de la dispensación de medicamentos, entre otros, determinar el medio con que contarán estos prestadores para informarlos a la isapre y/o almacenarlos, además de los plazos para hacerlo.

   De acuerdo con lo anterior, la isapre siempre deberá estar en condición de acreditar las prescripciones médicas de los pacientes GES, disponiendo para ello de la digitalización de las respectivas recetas, así como también de los respaldos de entrega, que son generados por su farmacia en convenio. En ambos casos se debe velar

[269] Numeral incorporado por la Circular IF/N°350 de 30.04.2020, con inicio de vigencia a contar de junio 2020. Modificada por la Res. Ex. IF/N°600 de 11.08.2020.
[270] Numeración modificada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21
271 Párrafos y viñetas agregadas por la Circular IF/N°419, de 29.12.2022

por que la digitalización del documento sea óptima y se pueda visualizar legiblemente todo su contenido. La isapre deberá determinar tareas o gestiones concretas destinadas monitorear este proceso.

vi. Establecer algún tipo de medio por el cual se pueda dar cuenta de:

a. Entrega efectiva de medicamentos o insumos

La Isapre deberá monitorear el funcionamiento de las medidas implementadas con su farmacia convenida, con la finalidad de que la institución siempre pueda acreditar la entrega efectiva de los productos despachados, contando para ello, con el respectivo respaldo de entrega (váucher, comprobante o documento afín), el que debe identificar claramente los productos dispensados y su cantidad, debiendo estos documentos contener, además, la fecha de la transacción, la identidad de la persona que retira dichos productos junto con su firma, de ser posible su obtención[272]. Respecto a lo anterior, se deberá facilitar la compra del medicamento garantizado por terceras personas, distintas al paciente GES, debiendo solicitar, a lo más, un poder simple como documento suficiente para la representación o una copia de la Cédula de Identidad respectiva.

b. Entrega parcial o no entrega de medicamentos o insumos

- Instituir medidas específicas para que la isapre tome conocimiento y registre una entrega parcial o la falta de ésta. Establecer un sistema de coordinación directa con la farmacia, para tomar conocimiento y gestionar este tipo de casos, lo que implicará además una revisión y control periódico de los respaldos de entrega que obedezcan a esta categoría.

- Instaurar medidas para asegurar la disponibilidad de los medicamentos o insumos, para evitar las faltas de stock y, en caso de que esto último suceda, las formas de solucionarlo, de manera de no afectar la continuidad de los tratamientos y sin que ello signifique demoras, trámites adicionales o mayores costos para las personas beneficiarias.

  De acuerdo a lo anterior, la isapre deberá implementar medidas de difusión, a través de sus canales de comunicación, para que ante la no entrega por parte de la farmacia en convenio de algún medicamento o insumo garantizado por las GES o esta no pueda solucionar en forma inmediata su requerimiento, ya sea por falta de stock o por despacho parcial del producto indicado, la persona beneficiaria informe a la brevedad de aquello a la isapre, con la finalidad que esta última realice todas las gestiones pertinentes, y se proceda con la entrega de aquellos, tal como se describe en el numeral 8.1 del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios.

  También se deberá considerar la implementación de medidas concretas para que la persona beneficiaria comunique los cambios en las indicaciones médicas de manera que no se vea afectada la entrega.

c. Rechazo de medicamentos o insumos

En el caso de rechazo de algún medicamento o insumo por parte de la persona beneficiaria o su representante, deberá constar por algún tipo de medio, el registro del nombre del producto rechazado, nombre de la persona que rechaza, fecha, y, en lo posible, la firma respectiva[273].

d. Eliminada[274]

vii. Específicamente, en relación a los prestadores que entregan ayudas técnicas GES, se deberá disponer de un protocolo de acciones destinadas a la coordinación y entrega de información entre estos últimos, isapres y personas beneficiarias, así como la implementación de un medio de registro que dé cuenta de la entrega efectiva del producto (qué producto se entregó, cantidad e identificación de quien lo recibió junto con su firma, de ser posible su obtención[275]); de la no entrega; entrega parcial; o rechazo[276] al retiro por parte de la persona

[272] Modificado por Resolución Exenta IF/N°189, de 08 de mayo de 2023.
[273] Modificado por Resolución Exenta IF/N°189, de 08 de mayo de 2023.
[274] Letra Eliminada por Resolución Exenta SS/N°631, de 30 de junio de 2023.
[275] Modificado por Circular IF/N°526, de 15 de mayo de 2026.
[276] Modificado por Resolución Exenta SS/N°631, de 30 de junio de 2023.

beneficiaria o su representante. Al respecto, se deberá facilitar el retiro de ayudas técnicas garantizadas por medio de terceras personas, distintas al paciente GES, debiendo solicitar, a lo más, un poder simple como documento suficiente para la representación o una copia de la cédula de identidad respectiva.

viii. Eliminada[277]

Cabe indicar que, las isapres deberán estar siempre en condiciones de acreditar y mantener los respaldos de cada gestión efectuada y tomar todas las medidas de seguridad para la protección de los datos personales y sensibles que les corresponda administrar.

8.1.- Gestiones para asegurar la entrega de medicamentos, insumos y ayudas técnicas y prevenir problemas de stock de los mismos

Ante eventuales cierres de locales, faltas de stock o demoras en la entrega de medicamentos, insumos y ayudas técnicas garantizados, las isapres, los prestadores que suministran dichas ayudas técnicas y las farmacias en convenio, estas últimas en su calidad de prestadores de salud de acuerdo a lo establecido en la letra h), del artículo 1°, del Decreto Supremo N°29, de 2025[278] [279], del Ministerio de Salud, deberán asegurar la entrega de los productos prescritos por el médico tratante y que forman parte de la canasta de beneficios GES, y prevenir las faltas de stock de los mismos.

En consecuencia, y en cumplimiento de lo establecido al efecto en el Compendio de Procedimientos, Capítulo I "Procedimientos Relativos al Contrato de Salud", Título V "Cumplimiento del Contrato de Salud", las instituciones de salud deben realizar las gestiones necesarias, disponer de mecanismos alternativos y adoptar las medidas específicas que llevarán a cabo conjuntamente y en coordinación con las farmacias y con los prestadores de ayudas técnicas, con el fin que las garantías de acceso y oportunidad no se vean vulneradas, asegurando el derecho de los beneficiarios a seguir su tratamiento médico sin interrupciones que puedan afectar su estado de salud. Estas medidas no podrán significar trámites ni costos adicionales para los beneficiarios y deberán estar contempladas expresamente en los convenios que suscriban las isapres con las farmacias.

En este sentido, las isapres deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar que la farmacia y el prestador en convenio dispongan de un stock suficiente y permanente de medicamentos, insumos y ayudas técnicas GES, respectivamente. La composición del referido stock deberá determinarlo la isapre, considerando los requerimientos de los beneficiarios GES de la institución, en virtud de sus respectivos tratamientos garantizados.

Ahora bien, en los casos en que la isapre y la respectiva farmacia o prestador en convenio no puedan solucionar en forma inmediata el requerimiento de un medicamento, insumo o ayuda técnica GES, respectivamente, por falta de stock o por despacho parcial del producto indicado, el beneficiario deberá informar a la isapre y ésta deberá entregar una solución, coordinando con la farmacia que el retiro efectivo del medicamento en ésta pueda ser efectuado dentro de las 48 horas contadas desde el retiro frustrado. En caso de superar el plazo establecido, deberá coordinar su despacho inmediato al domicilio del beneficiario, lo que no debe implicar al afiliado trámites y/o costos adicionales por la utilización de dicho procedimiento. Lo anterior, salvo que el beneficiario manifieste expresamente su voluntad y preferencia de acudir a otro local de la misma cadena de farmacia respecto del cual se le haya informado que éste cuenta con el referido medicamento.

De no realizarse la entrega del medicamento en el domicilio, en el plazo establecido (esto es en 48 hrs.), el beneficiario podrá concurrir a cualquier farmacia, que esté o no convenida, para comprar el medicamento y posteriormente la isapre lo deberá reembolsar según GES.

Cabe destacar que, para efectos de las obligaciones contenidas en los párrafos precedentes, la falta de stock se produce si el local al que se acude para la entrega del medicamento, no cuenta con éste en sus existencias. Lo anterior, no se refiere, en consecuencia, a falta de existencias del producto en la cadena completa (quiebre de stock).

[277] Viñeta eliminada por Resolución Exenta IF/N°189, de 08 de mayo de 2023.
[278] Se reemplaza la referencia al D.S 22, de 2019, por el decreto vigente (D.S 72/2022), mediante Circular IF/ 421, de 12.01.2023
[279] Se reemplaza la referencia al D.S 72/2022, por el decreto vigente (D.S 29/2025), mediante Circular IF/ 517, de 28.11.2025

Por otra parte, frente a la discontinuidad de un medicamento, las isapres deberán realizar las gestiones necesarias para que el beneficiario acceda a la brevedad a una atención médica, sin costo, que le permita obtener una nueva receta, con prescripción de un medicamento alternativo, para que el paciente pueda continuar sin alteraciones su tratamiento médico.

8.2.- Acceso a medicamentos, insumos y ayudas técnicas GES con diagnóstico ya efectuado

8.2.1.- Cuando la confirmación diagnóstica y la prescripción de los respectivos medicamentos GES hayan sido efectuadas por un profesional médico registrado en la Superintendencia de Salud, pero ajeno a la Red de la isapre, esta última podrá realizar las gestiones relativas al procedimiento de activación de la GES, como por ejemplo exámenes adicionales o complementarios, teniendo presente que no podrá exigir como condición que se repita la consulta médica ni aquellos exámenes que el beneficiario ya se hubiere efectuado por determinación del referido médico tratante.

En consideración a lo anterior, la isapre estará obligada a autorizar el inicio de la etapa sanitaria de tratamiento dentro de su Red de Prestadores GES, otorgando cobertura a los medicamentos, insumos y ayudas técnicas GES prescritos por el referido profesional médico, con el objeto de facilitar el ingreso y no retrasar el inicio del tratamiento, asegurando la continuidad del mismo, dado que ya se cuenta con la indicación médica y la receta en su caso. Una vez activado el caso GES, el paciente debe atenderse dentro de la red, con el médico que la isapre designe.

Al respecto, la Isapre deberá garantizar el otorgamiento del medicamento por su principio activo y no por el nombre comercial. Por lo tanto, en el caso que un médico que no forme parte de la Red GES prescriba un medicamento que no se encuentra en el vademécum de la institución, éste deberá ser entregado al beneficiario, en la medida que tenga el mismo principio activo de aquel que se encuentra garantizado.

8.2.2.- En relación a aquellos afiliados que se cambien a otra aseguradora estando en tratamiento por un problema de salud GES, la nueva institución no podrá exigirles una nueva confirmación diagnóstica, procediendo de la siguiente manera:

a) En el caso de afiliados que hayan desahuciado su contrato en la isapre anterior, la nueva institución deberá ingresarlos a la etapa de intervención sanitaria en la cual se encuentran.

b) Por su parte, cuando sea la institución anterior la que haya puesto término unilateral al contrato y deba diferir la etapa sanitaria en que se encuentre el beneficiario hasta su término (según el punto 5.5 “Fecha en que produce efectos la terminación unilateral del contrato por parte de las isapres”, del numeral 5 “De las Enfermedades GES Preexistentes”, del presente Título III), la nueva isapre deberá incorporar al beneficiario a la siguiente etapa sanitaria que corresponda de acuerdo a su problema de salud.

Por lo tanto, en los dos casos detallados en las letras a) y b), la nueva aseguradora deberá entregarles a los beneficiarios, cuando corresponda, los medicamentos, insumos y ayudas técnicas que les hayan sido prescritos con anterioridad a su incorporación, a fin de no interrumpir la continuidad de su tratamiento médico. Para tales efectos, la isapre deberá solicitar al nuevo afiliado, dejando constancia de dicha solicitud, un certificado emitido por el médico tratante, en el cual se informe la patología GES que él o alguno de sus beneficiarios padecen, la intervención sanitaria y el detalle de los medicamentos, insumos y ayudas técnicas, que correspondan y que está utilizando en su tratamiento. La isapre de anterior afiliación, en su calidad de responsable del seguro, debe realizar todas las gestiones pertinentes con su red de prestadores GES, para solicitar el certificado al médico que ella determinó como tratante, el que deberá proporcionar toda la información requerida, comprendiendo que es función médica el diagnóstico y la prescripción de exámenes o medidas terapéuticas, tal como lo señala el Código Sanitario.

8.2.3.- Asimismo, las isapres no podrán exigir una nueva confirmación diagnóstica para la entrega de medicamentos, insumos y ayudas técnicas GES, en el caso de aquellos pacientes que, siendo afiliados de la misma institución de salud, optaron en una primera instancia por el tratamiento de un problema de salud garantizado, requiriendo prestaciones a través del plan complementario de salud, y después deciden continuarlo a través de las garantías explícitas en salud. Al respecto, la institución de salud previsional deberá solicitar al beneficiario, dejando constancia de dicha solicitud, un certificado emitido por su médico tratante, en

el cual se informe la patología GES que padece, la intervención sanitaria en la que se encuentra y el detalle de los medicamentos, insumos y ayudas técnicas que está utilizando en su tratamiento.

8.3.- Acceso a medicamentos e insumos en forma previa a la activación de las GES [280]

8.3.- Improcedencia del cobro en períodos sin uso de medicamentos e insumos GES

En el caso de aquellos pacientes que no retiran medicamentos e insumos en uno o más meses, las isapres no podrán cobrarles los copagos correspondientes a dichos períodos, ni tampoco efectuarles cobros retroactivos cuando los beneficiarios los soliciten nuevamente.

8.4.- Acceso a medicamentos e insumos en caso de dos tipos de intervención sanitaria o dos grupos de prestaciones en forma simultánea

En consideración a que algunos procesos sanitarios no necesariamente son secuenciales, de manera que un paciente puede estar simultáneamente en más de un tipo de intervención sanitaria, el beneficiario tendrá derecho a acceder a los respectivos medicamentos y la isapre estará obligada a otorgar la cobertura correspondiente y disponer su entrega, sin esperar a que concluya la etapa sanitaria en la que se encuentra el paciente. Lo anterior, en la medida que se realicen los copagos de la intervención sanitaria respectiva.

Asimismo, las isapres deberán otorgar la cobertura que corresponda y el afiliado efectuar el copago de la respectiva etapa sanitaria, cuando el médico prescriba, dentro de una misma intervención sanitaria, medicamentos e insumos que están contemplados en un grupo de prestaciones distinto a aquella fase del proceso sanitario en la que se encuentra el beneficiario.

8.5.- Acceso a medicamentos e insumos GES ante situaciones de contingencia y alerta o emergencia sanitaria.

Ante eventuales situaciones de alerta o emergencia sanitaria, contingencia social u otra de cualquier tipo, que alteren el normal funcionamiento de las sucursales de atención de público de las instituciones de salud y/o de las farmacias, o que afecte el desplazamiento de las personas hacia dichas entidades, las isapres deberán adoptar, al menos, las siguientes medidas excepcionales para garantizar la entrega de los medicamentos e insumos GES:

- Mantener una estrecha relación y coordinación con las farmacias en convenio para la dispensación de medicamentos GES de manera que las Garantías de Acceso y de Oportunidad no se vean vulneradas.

- Flexibilizar la dispensación de los medicamentos GES, accediendo a su entrega en forma anticipada, aun cuando la periodicidad no corresponda a la indicada en el decreto GES vigente, en especial, en los problemas de salud relacionados con enfermedades crónicas tales como diabetes, VIH, enfermedad pulmonar obstructiva, entre otras.

- En aquellos casos en que la farmacia en convenio no pueda solucionar en forma inmediata el requerimiento de un fármaco GES, a personas mayores de 60 años o con movilidad física reducida o a cualquier persona afecta a una medida de la autoridad que restrinja su posibilidad de desplazamiento, deberá coordinar y efectuar su despacho en el plazo de 48 horas al domicilio del beneficiario. Finalmente, en el caso de no efectuar el despacho en el plazo citado, el beneficiario podrá comprar el medicamento en cualquier farmacia y la isapre estará obligada a bonificar vía reembolso, en un plazo no mayor a 3 días, respetando el copago garantizado.

- Velar porque las farmacias en convenio den curso a la dispensación de medicamentos correspondientes a una patología GES, aun cuando haya expirado el plazo de vigencia de la receta médica y/o cuando esta última haya sido extendida por un médico o prestador de salud que no forma parte de la Red GES de la respectiva institución de salud.

[280] Este punto 6.3 original fue eliminado por la Resolución Exenta IF/N°600 de fecha 11.08.2020, pasando los anteriores numerales 6.4; 6.5 y 6.6 a ser los nuevos puntos 6.3; 6.4 y 6.5.

- Facilitar el retiro de medicamentos garantizados por terceras personas, distintas al paciente GES, debiendo solicitar, a lo más, un poder simple como documento suficiente para la representación y una copia de la Cédula de Identidad respectiva.

Las gestiones y medidas instruidas a las isapres en los puntos 6.1 al 6.6[281] que se indican precedentemente, deberán estar descritas detalladamente en los procedimientos y mecanismos a que hace alusión el numeral 2 "Procedimientos y Mecanismos para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud", del presente Título III. Asimismo, las referidas gestiones y medidas deberán incluirse en la versión resumida que se instruye en la letra d), numeral 3, Título III, Capítulo VI "de las Garantías Explícitas en Salud". Dicha versión resumida debe estar disponible para los beneficiarios en la página web, agencias y sucursales, debiendo las isapres redactarla de una forma simple y de fácil comprensión de manera que sirva como manual de consulta para el efectivo acceso y cobertura de los medicamentos, insumos y ayudas técnicas GES por parte de los beneficiarios.

[281] En virtud de la modificación de numerales determinada por la Resolución Exenta IF/N°600 de fecha 11.08.2020, la referencia debe entenderse hecha a los puntos 6.1 al 6.5.

Título IV Normas Especiales para Prestadores

1. Obligación de los Prestadores de informar a las personas beneficiarias de su derecho a las GES[282]

1.1.- Obligación de informar[283]

En conformidad a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, los prestadores de salud deben informar, tanto a sus pacientes beneficiarios del Fonasa como de las isapres, de las siguientes circunstancias:

a) Que se ha confirmado un problema de salud contenido en las Garantías Explícitas en Salud (GES).

En el caso de las patologías oncológicas, se deberá informar, todas las intervenciones sanitarias que contemple el problema de salud garantizado, al inicio de dicha intervención, a través de la emisión de un nuevo formulario.

b) El momento a partir del cual tienen derecho a tales garantías; y

c) Que para tener derecho a las prestaciones garantizadas deberán atenderse a través de la Red de Prestadores que les corresponda.

[284]En caso de inobservancia a las disposiciones establecidas precedentemente, la persona afectada podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la cual, a través de un procedimiento breve, acreditará tal circunstancia y dictaminará el momento exacto desde el cual comenzaron a regir las garantías explícitas para tal prestación o prestaciones.

1.1.1.-Obligación de contar con un Procedimiento de notificación de las GES

Requisitos mínimos que debe contener el Procedimiento de Notificación GES de uso obligatorio para todos los prestadores públicos y privados.[285]

Todo establecimiento de salud, privado y público, debe desarrollar y mantener un procedimiento escrito **que detalle el proceso de notificación al paciente de un problema de salud garantizado. Dicho procedimiento debe contener como mínimo lo siguiente:**

- Título.
- Número y fecha de la versión.
- Nombre y firma de las personas que revisaron y aprobaron el procedimiento.
- Nombre de quién realiza el control del procedimiento.
- Distribución.
- Objetivo y alcance.
- Definiciones, terminología y referencias.
- Responsable de cada actividad o tarea.
- Flujo del proceso: Problemas de Salud que corresponde notificar en el establecimiento; responsable de la notificación según Problema de Salud; oportunidad para realizar la notificación GES; registro de la notificación al paciente; entrega del formulario GES e información al paciente sobre la gestión a realizar una vez notificado; almacenamiento de copia; respaldo de gestión, etc.
- Anexos con los Problemas de Salud vigentes.
- Controles periódicos del procedimiento.
- Indicadores. Se debe crear como mínimo un indicador que sea medido a lo más cada tres meses.

[282] Título del numeral modificado por la Circular IF/N° 469 de mayo de 2024.
[283] Numeral modificado por la Circular IF/N° 469 de fecha 20 de mayo de 2024.
[284] Párrafo agregado por la Circular IF 494, de 18.2.2025

[285] Obligación de contar con Procedimiento de Notificación GES incorporado por Circular IF 407, de 5.7.2022

- El procedimiento escrito debe ser difundido por el Establecimiento de Salud a todos sus funcionarios.
- El procedimiento debe contener al menos un control mínimo para la notificación oportuna y correcta.
- Los prestadores deberán realizar capacitaciones en temáticas GES, que incluyan el proceso de notificación al paciente GES, con una frecuencia mínima anual, pudiendo ser impartida por personal interno o externo y que forme parte del Programa de Capacitación del Centro de Salud.
- Los prestadores deberán realizar actividades de difusión de las garantías dirigidas a los usuarios, pudiendo apoyarse en los medios impresos y/o tecnológicos que les parezcan pertinentes. Por ejemplo, se pueden utilizar las infografías publicadas en el sitio web de la Superintendencia de Salud.

1.2.- Constancia escrita en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES"[286]

a) Generalidades

Del cumplimiento de la obligación de informar señalada en el punto 1.1 precedente, el prestador dejará constancia en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES", en adelante "el Formulario", contenido en el Anexo N° 3 del presente Capítulo, el que se encuentra disponible en la página Web de la Superintendencia de Salud.

El Formulario podrá ser confeccionado por el prestador en soporte de papel o en formato electrónico y ambos deben contener los mismos datos.

El Formulario como documento electrónico debe cumplir con los atributos de autenticidad, integridad, no repudio, confidencialidad y seguridad.

El Formulario debe contener la información completa sobre los datos personales del paciente GES que permitan contactarlo para efectos de hacer el seguimiento que corresponda, respecto de la patología que lo afecta.

El Formulario deberá ser firmado en dos ejemplares, por el prestador de salud y por la persona beneficiaria o por quien la represente, y una copia del instrumento le será entregada a esta última en el mismo acto, la que deberá indicar claramente el día y la hora de notificación.

Tratándose de un Formulario electrónico, una vez suscrito se deberá entregar a la persona beneficiaria o a su representante, una copia del mismo, a través de un medio idóneo.

El formato del Formulario no podrá ser alterado ni contener distintivos del prestador.

El citado documento deberá llenarse con la misma fecha que el profesional determinó la intervención sanitaria correspondiente y todos los campos consultados deberán ser debidamente llenados.

b) Conservación

El prestador debe conservar las copias de los Formularios que queden en su poder, ya sea que se hayan emitido en forma física o electrónica, a fin de ponerlas a disposición de esta Superintendencia al momento de la fiscalización del cumplimiento de las instrucciones impartidas en este Título.

Los prestadores de salud deberán conservar dichos documentos por un período de a lo menos quince años, siendo estos responsables de la reserva de su contenido, en los términos establecidos en los artículos 12 y 13 de la Ley 20.584.

En el caso de Formularios emitidos en formato papel, los prestadores de salud podrán mantener copias digitales de los mismos, para efectos de acreditar el cumplimiento de la obligación de informar.

c) Contenido y llenado del Formulario

El campo "NOMBRE SOCIAL" del Formulario se refiere al nombre con el cual se identifica la persona, dada su identidad de género (trans o intersex), de forma independiente a su nombre legal (registrado en la cédula

[286] Numeral modificado por la Circular IF/N° 469 de fecha 20 de mayo de 2024.

de identidad). Si la persona trans o intersex no pide voluntariamente ser identificada con su nombre social, se le debe preguntar cómo prefiere ser inscrita y tratada.

El campo “RUN”, contenido en el apartado “ANTECEDENTES DEL PACIENTE” deberá ser completado con dicho antecedente siempre que la persona cuente con ese número de identificación, por cuanto es el dato que entrega la mayor certeza para la individualización inequívoca de las personas[287].

Dicho campo podrá completarse, asimismo, con el número de identificación provisorio definido por la Isapre o el FONASA, respecto de aquellas personas beneficiarias extranjeras que no cuenten con Rol Único Nacional (RUN)[288].

Para el caso de las personas beneficiarias recién nacidas, estará permitido completar dicho campo mediante el RUN de la persona progenitora[289].

El campo denominado “INFORMACIÓN MÉDICA”, contiene la identificación del Problema de Salud GES y la casilla de “Confirmación”, información que deberá ser llenada por la persona profesional de la salud, cuando se efectúe la confirmación de uno o más problemas de salud contenidos en las Garantías Explícitas en Salud.

Tratándose de problemas de salud garantizados que correspondan a patologías oncológicas, la persona profesional de la salud emitirá el formulario cada vez que la persona beneficiaria inicie y cambie de intervención sanitaria, registrando el nombre del problema de salud y marcando la casilla que corresponda a dicha intervención, en el apartado “PROBLEMA DE SALUD GES ONCOLÓGICO”, contenido en el campo “INFORMACIÓN MÉDICA”.

Al respecto, aun cuando la sospecha figure en algunos problemas de salud incluida en la intervención sanitaria de “Diagnóstico” como por ejemplo en el problema de salud N°8, “Cáncer de mama en personas de 15 años y más”, si el problema de salud la considera como hito garantizado, deberá registrarse e informarse en la casilla “Sospecha”.

A modo ilustrativo, la intervención sanitaria de “Confirmación y Etapificación” del problema de salud N° 70 “Cáncer colorectal” en personas de 15 años y más, se informará en las casillas de “Confirmación” y “Etapificación” de manera simultánea.

Por otra parte, en el caso de los problemas de salud N° 28 “Cáncer de próstata en personas de 15 años y más”; N°83 “Cáncer renal en personas de 15 años y más”; y N°84 “Mieloma múltiple en personas de 15 años y más”, se informará la “Etapificación” únicamente en la casilla respectiva.

La etapa de “Tamizaje” no requerirá de notificación a través del Formulario, como ocurre en el caso del problema de salud N°3 “Cáncer cervicouterino en personas de 15 años y más”. Sin embargo, en este caso, si el resultado del examen “tamizaje” determina una sospecha del problema de salud, se informará la “sospecha” únicamente en la casilla respectiva.

d) Uso en teleconsulta

En la modalidad de teleconsulta, en el campo “TOMÉ CONOCIMIENTO (firma o huella dactilar del paciente o representante)” del Formulario, el profesional deberá registrar el medio a través del cual el paciente o su representante tomó conocimiento para su trazabilidad.

En caso de indicarse las casillas “correo electrónico” o “carta certificada”, para efectos de acreditar el cumplimiento de la obligación de notificar, los prestadores, junto con el formulario emitido, deberán conservar la copia del correo electrónico remitido o la certificación respectiva. De igual manera, en caso de utilizarse un medio alternativo, habrá de dejarse constancia de aquello en la casilla “otros”, debiendo el prestador estar en condiciones de acreditar, en cualquier momento y a través de un medio idóneo, la realización de la notificación.

En caso de corresponder dicho medio alternativo a un sistema de tipo electrónico, deberá ceñirse a las exigencias y disposiciones generales contenidas en este Título, respecto del formulario electrónico.

[287] Párrafo agregado por la Circular IF/N° 519 de fecha 17 de diciembre de 2025.

[288] Párrafo agregado por la Circular IF/N° 519 de fecha 17 de diciembre de 2025.

[289] Párrafo agregado por la Circular IF/N° 519 de fecha 17 de diciembre de 2025.

1.3.- Personas facultadas para confeccionar y firmar el Formulario[290]

a) Las personas facultadas para firmar el Formulario serán el o la persona beneficiaria a quien se le notifica un problema de salud GES o su representante. También serán las facultadas para firmar el resto de etapas que se le notifiquen, en el caso de las patologías oncológicas.

Por su parte, podrá firmar la persona que notifica dicha patología, esta última en representación del establecimiento de salud, clínica, hospital o consultorio, y que puede ser el o la médico tratante, enfermera o enfermero u otra persona autorizada por el establecimiento de salud para la respectiva notificación.

b) El Formulario en soporte en papel deberá ser suscrito mediante la firma manuscrita del prestador o de la persona que actúe en su representación y la firma manuscrita o huella dactilar del paciente o quien lo represente.

El Formulario electrónico deberá ser suscrito por el prestador de salud y por el paciente o por quien lo represente mediante una firma electrónica, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 19.799.

1.4.- Excepción de la constancia a través del Formulario de constancia de información al paciente GES para los problemas de salud que se indican, en los servicios de urgencia público y privado del país[291]

Se autoriza a los prestadores de salud públicos y privados, que otorgan atenciones de urgencia, el reemplazo de la obligación de emplear el Formulario de Constancia de Información al Paciente GES en la notificación de patologías GES por el uso del "Dato de Atención de Urgencia (DAU)", utilizado por los servicios públicos , y por el documento de atención de urgencia homologado para tales efectos en los servicios privados, para efectuar la notificación de los problemas de salud garantizados que a continuación se indican, según la numeración establecida en el Decreto GES vigente: [292] [293]

- Nº5 Infarto Agudo del Miocardio
- N°6 Diabetes Mellitus Tipo 1
- Nº19 Infección Respiratoria Aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años
- N°20 Neumonía Adquirida en la Comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
- Nº25 Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso
- Nº26 Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
- Nº37 Ataque Cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
- Nº42 Hemorragia Subaracnoidea secundaria a ruptura de uno o más aneurismas cerebrales
- Nº46 Urgencia odontológica ambulatoria
- Nº48 Politraumatizado Grave
- Nº49 Traumatismo cráneo Encefálico moderado o grave
- Nº50 Trauma Ocular Grave
- Nº55 Gran Quemado
- N°86 Atención Integral de salud en agresión sexual aguda
- N°89 Tratamiento Hospitalario para personas menores de 15 años con Depresión Grave Refractaria o Psicótica con riesgo suicida

La autorización otorgada es única y exclusivamente para la notificación de pacientes que requieran atención de urgencia y no exime a los prestadores de la obligación que se establece en el Título VII, del Capítulo VII, de este Compendio, relativa a informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y al Fondo Nacional de Salud, dentro de las veinticuatro horas siguientes, las personas que reciban en sus establecimientos en una situación de salud que implique urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[294] y que tienen derecho a las prestaciones incluidas en el Sistema de Protección Financiera de que trata la Ley Nº 20.850.[295]

---

[290] Numeral modificado por la Circular IF/N° 469 de fecha 20 de mayo de 2024.

[291] Agregado por Circular IF/N°195 de 21 de junio de 2013
[292] Párrafo modificado por la Circular IF/N°391 de 08 de septiembre de 2021
[293] Listado de Problemas de Salud modificado en virtud, del D.S 72, de 2022. Se agrega el P.S. N°86, según Circular IF/N°416, de 24 de octubre de 2022. Listado de Problemas de Salud modificado en virtud, del D.S 29, de 2025. Se agrega el P.S. N°89, según Circular IF/N°524, de 8 de enero de 2026.
[294] Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23
[295] Párrafo agregado por la Circular IF/N°391 de 08 de septiembre de 2021

Si la condición de salud del paciente impide su identificación y consecuente notificación, deberá dejarse registro en su ficha clínica de dicha circunstancia.[296]

En el caso de que los servicios de urgencia opten por utilizar el documento a que se refiere este punto, como instrumento alternativo para la notificación de las condiciones de salud GES anteriormente individualizadas, éste deberá contener toda la información del Formulario de Constancia de Información al Paciente GES y regirse por las mismas instrucciones establecidas para dicho formulario en este Título, a fin de asegurar el conocimiento por parte de los beneficiarios de Fonasa e Isapre, de sus derechos en materia GES, los que se encuentran garantizados por ley.

En consecuencia, la información registrada en el Dato de Atención de Urgencia (DAU) o documento alternativo siempre deberá contener, para los fines de notificación GES, lo siguiente: [297]

• Diagnóstico AUGE o GES
• Nombre y RUN persona que notifica
• Nombre y RUN persona notificada
• Firma de la persona notificada (paciente o su representante)"

Toda autorización que esta Superintendencia haya otorgado respecto de reemplazar el uso del Formulario de Constancia de Información al Paciente GES por otro documento, deberá ajustarse a las disposiciones contenidas en las presentes instrucciones.

1.5.- Derecho a reclamo

Los prestadores de salud deberán tener a disposición de los y las pacientes beneficiarias del Fonasa como de las isapres, un Formulario de Reclamos, que se contiene en el Anexo N° 4 del presente Capítulo. Este formulario se encuentra disponible en la página Web de la Superintendencia de Salud.

(1.6 Eliminado por Circular IF/N°142 de 14.01.2011)

1.6.- Difusión

Tanto el Fonasa como las isapres, deberán tomar las medidas que estimen pertinentes para informar a los prestadores con los cuales haya establecido convenios, de la obligación de dar cumplimiento a las instrucciones impartidas en el presente Título.

1 .7.- Obligación de informar al Fonasa[298]

Los prestadores que hayan efectuado atenciones por problemas de salud incluidos en las Garantías Explícitas en Salud, estarán obligados a proporcionar al Fondo Nacional de Salud toda la información y documentación que les requiera para dar continuidad en el otorgamiento de las aludidas garantías a sus beneficiarios, dentro del plazo que éste determine, el que no podrá exceder de 5 días hábiles.

2. De los prestadores institucionales, públicos o privados, que cuentan con unidades de entrega de medicamentos, insumos y/o ayudas técnicas

Los prestadores institucionales -públicos o privados- que cuenten con unidades de entrega de medicamentos, insumos y/o ayudas técnicas, deberán desarrollar y mantener un procedimiento escrito que detalle el modelo de atención utilizado y, específicamente, las acciones y mecanismos (medios clínicos o administrativos) para certificar y dejar constancia de la entrega efectiva a las personas beneficiarias, de los medicamentos, insumos y ayudas

[296] Párrafo agregado por la Circular IF/N°391 de 08 de septiembre de 2021
[297] Párrafo agregado por la Circular IF/N°391 de 08 de septiembre de 2021
[298] Numeral incorporado por Circular IF/N°449, de 29 11.23.

técnicas GES, con el fin de asegurar la continuidad de sus tratamientos médicos, sin interrupciones que puedan afectar su estado de salud. Dichos procedimientos deben contemplar, además, el registro de la no entrega de los mismos, o bien, si ellos se entregaron de manera parcial, con expresa mención de la causa o razón de la negativa o entrega incompleta, en cumplimiento con lo establecido por el artículo 29 de la Ley N°19.966.

Tal procedimiento escrito deberá ser difundido por el establecimiento de salud al personal y los funcionarios relacionados con este quehacer.

En virtud de las disposiciones anteriores y las obligaciones que de ellas se derivan hacia los establecimientos públicos de salud, se hace necesario que, como mínimo, el contenido relativo al procedimiento escrito para dispensar y certificar la entrega y no entrega de todos los productos ya citados, considere, al menos, los siguientes aspectos en cada caso en particular:

i. Contar con un programa de acciones que se deben llevar a cabo con la unidad de farmacia o similar encargada de la entrega de medicamentos y /o insumos GES, el cual debe ser difundido a los pacientes por todas las vías y canales idóneas que se dispongan para ello. Cabe señalar que, deben existir medidas de coordinación con la unidad dispensadora o farmacia a fin de conocer los posibles problemas o aspectos de mejora que puedan surgir para gestionarlos y, de corresponder, incluir las mejoras respectivas al procedimiento.

ii. Protocolos de información o medidas de entrega de información a los pacientes en lo que respecta a la dispensación de medicamentos, insumos y ayudas técnicas, en especial días y horarios de atención.

iii. En el caso de contar con alguna plataforma en la que las personas beneficiarias puedan inscribirse para entrega de medicamentos GES, se deberá difundir ampliamente por todas las vías y canales idóneas para ello. Del mismo modo, se deberá indicar en forma clara y precisa los datos que debe llenar el paciente en el momento de registrarse, así como la necesidad de adjuntar algún tipo de documento o si dichos documentos se encuentran en línea, para que la persona beneficiaria no los incluya cuando se inscriba.

iv. Establecer un tratamiento, esto es, acciones concretas para el debido almacenamiento o archivo de los respaldos de entrega que se emitan, en razón de la dispensación de medicamentos.

v. Establecer algún tipo de medio administrativo o clínico por el cual se pueda dar cuenta y/o registrar en él lo siguiente:

   a. Entrega efectiva de medicamentos o insumos: Acreditar la entrega efectiva de medicamentos o insumos, contando para ello, con el respectivo respaldo de entrega, medio clínico o administrativo afín, el que debe identificar claramente los productos dispensados y su cantidad, debiendo estos documentos contener la fecha de la transacción, la identidad de la persona que retira dichos productos junto con su firma de ser posible[299]. Respecto a lo anterior, se deberá facilitar el retiro de medicamentos garantizados por terceras personas, distintas al paciente GES, debiendo solicitar, a lo más, un poder simple como documento suficiente para la representación o una copia de la Cédula de Identidad respectiva.

   b. Entrega parcial o no entrega de medicamentos o insumos: Instituir medidas específicas para que se registre por algún medio, una entrega parcial o la falta de ésta.

   c. Rechazo de medicamentos o insumos: En el caso de rechazo de algún medicamento o insumo por parte del paciente o su representante, deberá constar por algún tipo de medio, el registro del nombre del producto rechazado, nombre de la persona que rechaza, fecha, y, en lo posible, la firma respectiva[300].

   d. Eliminada[301]

vi. Específicamente, en relación a la entrega de ayudas técnicas GES, se deberá disponer de un protocolo de acciones destinadas a la coordinación y entrega de información entre la unidad encargada y los pacientes, así

[299] Modificado por Resolución Exenta SS/N°631, de 30 de junio de 2023.
[300] Modificado por Resolución Exenta IF/N°189, de 08 de mayo de 2023.
[301] Letra eliminada por Resolución Exenta SS/N°631, de 30 de junio de 2023.

como la implementación de un medio de registro que dé cuenta de la entrega efectiva del producto (qué producto se entregó, cantidad e identificación de quien lo recibió junto con su firma, de ser posible su obtención[302]); de la no entrega ; entrega parcial; o rechazo[303] al retiro por parte del paciente o su representante. Al respecto, se deberá facilitar el retiro de ayudas técnicas garantizadas por medio de terceras personas, distintas al paciente GES, debiendo solicitar, a lo más, un poder simple como documento suficiente para la representación o una copia de la Cédula de Identidad respectiva.

Cabe indicar que, los prestadores institucionales deberán estar siempre en condiciones de acreditar y mantener los respaldos de cada gestión efectuada y tomar todas las medidas de seguridad para la protección de los datos personales y sensibles que les corresponda administrar.

Título V. Cobertura especial catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud GES-CAEC

I. Generalidades

Cada vez que las Condiciones de Cobertura se refieren a la Red CAEC debe entenderse que aluden al conjunto de prestadores que la isapre fija y pone a disposición de los beneficiarios, con el propósito de otorgar la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CEAC), según lo dispuesto en el Artículo I de las “Condiciones de cobertura”.

Por su parte, cuando se refieren a la Red GES, debe entenderse que se trata de un conjunto de prestadores, que la isapre fija y pone a disposición de los beneficiarios, con el propósito de otorgar una solución a los problemas de salud contemplados en las Garantías Explícitas en Salud (GES).

En el caso del artículo II de las Condiciones de Cobertura, la referencia a la Red GES-CAEC corresponde a la Red GES cuando se aplica a la cobertura especial catastrófica para las Garantías Explicitas en Salud definida en dicho artículo.

II. Complementariedad GES-CAEC

Respecto de la cobertura especial GES-CAEC, contemplada en el artículo II de las Condiciones de Cobertura, las isapres deberán velar porque los prestadores que otorgan las prestaciones para los problemas de salud GES, se ajusten y den cumplimiento a los protocolos médicos definidos y publicados por el Ministerio de Salud incluidos en la solución de dichos problemas.

Para los efectos de la aplicación de esta cobertura especial GES-CAEC, deberá considerarse lo siguiente:

a) Los copagos financiados y pagados por el beneficiario con ocasión de prestaciones cubiertas por las GES, se contabilizarán en el cálculo del deducible de la GES-CAEC que corresponda.
b) La cobertura GES-CAEC se aplica para las prestaciones que estén o no consideradas[304] en los protocolos del Ministerio de Salud (Minsal), contempladas en el arancel del plan complementario y que no estén contenidas en el listado específico de cada problema de salud garantizado.
c) **Eliminada[305]**

En el evento que la Red GES-CAEC sea distinta a la Red CAEC, la isapre deberá adoptar todas las medidas conducentes a comunicar y trasladar oportunamente al paciente, garantizando la continuidad del beneficio.

III. Eliminado[306]

IV. Difusión

Las isapres que dispongan de una página Web, deberán tener disponible el formulario N° 1, “Solicitud de incorporación a la Red Cerrada de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas CAEC y GES-CAEC”[307] para su impresión y posterior presentación a la isapre.

---

[302] Modificado por Circular IF/N°526, de 15 de mayo de 2026.
[303] Modificado por Resolución Exenta SS/N°631, de 30 de junio de 2023.
[304] Se reemplaza la expresión “están consideradas” por “estén o no consideradas”, en virtud de la Circular IF N° 292, de 12.09.2017
[305] Letra c) eliminada por la Circular IF N° 292, de 12.09.2017
[306] Numeral III “Reglas de cobertura especial catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud, GES-CAEC”, eliminado por Circular IF/275, de 2016.
[307] El formulario mencionado se incorpora como Formulario N°1 del Anexo del Capítulo IV de este Compendio de Beneficios.

Título VI Normas Especiales para el otorgamiento de las GES por Fonasa[308]

1. Traslados por falta o insuficiencia de prestador GES en la Red Fonasa [309]

El Fonasa deberá financiar íntegramente los gastos de traslado de los pacientes, cuando los haya derivado hacia un prestador ubicado en una región del territorio nacional distinta a la de su domicilio, a causa de la inexistencia o insuficiencia de prestadores[310] de la Red GES correspondiente al domicilio de la persona beneficiaria.

Por lo anterior, el Fonasa teniendo en vista su obligación de asegurar efectivamente el cumplimiento de la Garantía de Acceso, deberá ejercer las acciones necesarias para materializar en forma oportuna la aplicación de la cobertura dispuesta precedentemente.

2. Situaciones exentas de una nueva confirmación diagnóstica[311]

El acceso a las garantías requerido por un beneficiario del Fondo Nacional de Salud no podrá ser condicionado a una nueva confirmación diagnóstica, en la medida en que se acredite la sospecha o el diagnóstico previo, según corresponda, debiendo en consecuencia propiciarse la continuidad del tratamiento, en las siguientes situaciones:

i.- Paciente que proviene de una isapre, encontrándose en etapa de confirmación diagnóstica, tratamiento o seguimiento por un problema de salud GES.

Las isapres deberán proporcionar al Fondo Nacional de Salud, a requerimiento de éste, todos los antecedentes de que dispongan, relativos al otorgamiento de las GES a sus beneficiarios que se cambien a Fonasa, en un plazo máximo de 5 días hábiles[312].

ii.- Paciente beneficiario del Fondo Nacional de Salud que, habiendo optado previamente por recibir las prestaciones de un problema de salud garantizado, a través de la Modalidad de Libre Elección (MLE), con posterioridad decide continuarlas a través de las Garantías Explícitas en Salud.

En tal caso, Fonasa deberá requerir al prestador en convenio MLE todos los antecedentes necesarios para dar cumplimiento a las Garantías Explícitas en Salud, otorgándole un plazo que no podrá exceder de 5 días hábiles para su remisión. El prestador estará obligado a la entrega de dicha información.

iii.- Paciente que - mientras era o no beneficiario del Fondo Nacional de Salud - ha recibido las prestaciones de un problema de salud garantizado, fuera de los regímenes de prestaciones sanitarias contemplados en los Libros II y III del DFL Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, esto es, Fonasa o Isapre, por ejemplo, en los sistemas previsionales de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad, en forma particular o en un prestador situado en el extranjero, con posterioridad decide continuarlas a través de las Garantías Explícitas en Salud.

---

[308] Título incorporado por CIF 449, de 29.11.23

[295] Numeral incorporado por la Circular IF N°515, de 27.10.2025

[310] Cap. I, Título III Compendio de Beneficios

5. Insuficiencia del prestador: Se configura una insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan **cuando, por falta de profesionales o medios materiales y/o técnicos, aquéllos se encuentran imposibilitados de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta cerrada o preferente.**

La insuficiencia puede ser de carácter transitorio o permanente.

5.1. **Se entenderá por insuficiencia transitoria, o temporal, aquella que se produce ocasionalmente y por períodos acotados de tiempo. Tal es, por ejemplo, la que se materializa por falta de disponibilidad de camas para atención, por estar ocupadas, ausencia temporal del especialista o desperfecto ocasional de un equipo o instrumental médico.**
5.2. Se entenderá por **insuficiencia permanente, aquella que tenga un carácter definitivo, esto es, que impida de manera absoluta** que el prestador otorgue la prestación requerida, como, por ejemplo, la falta de correspondencia entre la complejidad del prestador y las exigencias de la prestación requerida -respecto de la que se ha ofrecido cobertura preferente o cerrada-, la carencia de la especialidad, del equipo o instrumental médico requerido para otorgar tal prestación.

[311] Numeral incorporado por CIF 449, de 29.11.23

[312] Párrafo modificado por Resolución SS N°543, de 29.4.26

En dicha hipótesis, Fonasa deberá requerir al prestador todos los antecedentes necesarios para dar cumplimiento a las Garantías Explícitas en Salud. Si éste tuviere domicilio en Chile, deberá proporcionárselos dentro del plazo que éste determine, el que no podrá exceder de 5 días hábiles.

No obstante, en cualquiera de las situaciones previstas en los puntos i, ii y iii, si el propio afiliado o beneficiario proporciona documentación fidedigna y suficiente para que el Fondo determine fehacientemente las prestaciones recibidas y la etapa en que corresponde que sean otorgadas las garantías para resguardar la continuidad de la atención, Fonasa deberá incorporarlo de inmediato a las GES en dicha etapa.

Aquellos pacientes en etapa de confirmación diagnóstica, tratamiento o seguimiento - o que estén recibiendo prestaciones equivalentes a las que corresponden a dichas etapas para su problema de salud - tendrán derecho a recibir las prestaciones a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y los Establecimientos de Salud de carácter experimental o los que la ley determine para los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a la etapa de intervención sanitaria en la que se encuentren a la fecha de su solicitud ante Fonasa de acceso a las GES.

Fonasa podrá realizar otras gestiones relativas al procedimiento de activación de las GES, como por ejemplo exámenes adicionales o complementarios, pero no podrá exigir como condición que se repita la consulta médica ni aquellos exámenes que el beneficiario ya se hubiere efectuado por determinación del médico tratante.

Anexo N° 1: Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud

Por el presente instrumento, ponemos en su conocimiento las Condiciones de la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a lo prescrito en la Ley 19.966, el Decreto vigente de los Ministerios de Salud y Hacienda, que establece los Problemas de Salud y Garantías Explícitas de Salud, y en las Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las referidas Garantías.[313]

Primero: Generalidades

El Régimen General de Garantías contiene Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. Estas Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de DERECHOS para las personas beneficiarias. Asimismo, estas garantías pueden ser diferentes para una misma prestación conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

Segundo: Cobertura

Las enfermedades, condiciones de salud y prestaciones que no se encuentren incorporadas dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES), mantendrán, si corresponde, las condiciones y cobertura de los respectivos planes de salud complementarios que tengan los y las afiliadas al momento de requerir tales atenciones. Las personas afiliadas y beneficiarias tienen, en todo caso, el derecho de acogerse a las condiciones de las GES, cuando corresponda, o mantener la cobertura y condiciones de su plan complementario vigente.

Tercero: Listado de Prestaciones

Un Decreto Supremo de los Ministerios de Salud y Hacienda fija el conjunto de Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud, cuyo anexo, a su vez, determina el Listado Específico de Prestaciones garantizadas[314]. El listado de los problemas de Salud fijados por el Decreto actualmente vigente se presenta al final del presente anexo.

Cuarto: Garantías Explícitas en Salud

[313] Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

[314] Frase incorporada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

Para los efectos previstos en la ley, en relación al Régimen se entenderá por:

Garantía Explícita de Acceso: Obligación de las Isapres de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas en el Régimen, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de estas prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado de acuerdo al D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, en la forma y condiciones determinadas en el decreto correspondiente, cuando esté vigente en esta materia. Previo a esto, las Isapres otorgarán estos beneficios en la red que para tal efecto hayan informado a la Superintendencia de Salud.

Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud designado en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto designado por la Isapre cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador designado por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a la Isapre. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito, o que se deriven de causas imputables a la persona afiliada o beneficiaria, lo que deberá ser debidamente acreditado por la Isapre.

Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución o copago que deberá efectuar el o la afiliada por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en el arancel de referencia del Régimen, a disposición de las personas afiliadas y beneficiarias en las oficinas de la Isapre. Lo anterior, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 8° de este documento.

Quinto: Vigencia

Por regla general, los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (GES) tendrán una vigencia de tres años. Si no se modificaren al expirar el plazo señalado en virtud de un Decreto Supremo del Ministerio de Salud, se entenderán prorrogadas por otros tres años.

Sexto: **Formalidades y condiciones de atención y de acceso**:

1.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud (GES), los afiliados y beneficiarios podrán solicitar la activación del beneficio a través de una aplicación informática de fácil acceso y comprensión que permita efectuar la activación de las GES de modo remoto, debiendo presentar el Formulario de Constancia de Información al Paciente GES o en su reemplazo el documento "Dato de Atención de Urgencia (DAU)" o aquel instrumento de atención de urgencia homologado para tales efectos en los servicios privados, o la indicación médica y/o la receta para medicamentos, insumos y ayudas técnicas. Sin perjuicio de ello, dicha activación se puede realizar en cualquiera de las sucursales de la isapre; mediante cualquier otro medio que cumpla ese objetivo. El beneficiario deberá atenderse con el prestador de salud que, para el caso específico, determine la Isapre. No obstante, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata este documento.[315]

2.- Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo que se establece en la Garantía Explícita de Calidad. No obstante, mientras tal Garantía no sea exigible, los prestadores sólo deberán ser informados a la Superintendencia.

3.- Dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional.

4.- Una vez, designado el prestador por la Isapre, la persona afiliada o beneficiaria o su representante deberá indicar expresamente y por escrito su decisión de tratarse a través de dicho prestador o desistir de la atención garantizada, en cuyo caso se entiende que opta por su Plan Complementario y no regirán las garantías explícitas.

5.- Las Garantías Explícitas se aplicarán sólo a las prestaciones definidas en el Decreto GES vigente. Las demás prestaciones no contenidas en el Decreto respectivo, no obstante se otorguen en establecimientos designados por la Isapre, tendrán la cobertura del plan complementario, o la cobertura GES-CAEC si correspondiere.[316]

---

[315] Párrafo reemplazado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

[316] Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

6.- Los prestadores de salud deberán informar a las personas afiliadas a las Isapres que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud en la forma, oportunidad y condiciones que establece el Reglamento. En caso de incumplimiento, el o la afectada o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de otras sanciones que contemplen los reglamentos.

7.- La Isapre podrá disponer atenciones de salud a distancia, a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación, de acuerdo a lo establecido en el numeral 3, del Título II, y en el numeral 5 del Título III, ambos del Capítulo VI del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios de la Superintendencia de Salud[317].

Séptimo: Precio

El precio de los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (GES), y la unidad en que se pacta será el mismo para todas las personas beneficiarias de la Isapre, y es independiente del precio del plan complementario. El precio podrá ser modificado cada vez que se modifique el decreto que establece los Problemas de Salud y Garantías en Salud.

Octavo: Cobertura financiera adicional

Sin perjuicio de lo que señale el Reglamento aprobado por D.S. N° 136 de 2005 de Salud, se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades, problemas o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a las siguientes normas[318]:

1.- Para tener derecho a esta cobertura financiera adicional, el monto de los copagos deberá superar un deducible, entendiéndose por tal la suma de los copagos que se acumularán por cada evento.

2.- Para el caso de las personas afiliadas a Isapres este deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada patología asociada a las Garantías Explícitas en Salud, que le ocurra al o la afiliada o a sus beneficiarios y beneficiarias. Dicho deducible no podrá exceder de 122 Unidades de Fomento.

3.-En caso de existir más de un evento, que afecte al o la afiliada o a uno o más beneficiarios o beneficiarias, en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible será de 43 cotizaciones mensuales. Dicho deducible no podrá exceder de 181 Unidades de Fomento.

4.- El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que la persona beneficiaria registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzare a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

5.- Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud, o, que estando cubiertas, hayan sido otorgadas por prestadores distintos a los designados por las Isapres, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia de Salud cuando correspondiera.

6.- No obstante lo indicado anteriormente, sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[319] y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente al designado por la Isapre, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al plan contratado, hasta que el o la paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

7.- El o la médico tratante del establecimiento será quien determine el momento a partir del cual el o la paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado.

8.- Si el o la paciente, sus familiares o representante optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se considerarán para el cómputo del deducible. Lo mismo

[317] Numeral agregado por la Circular IF/N° 462, de fecha 19 de marzo de 2024.

[318] Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

[319] Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23

ocurrirá si el o la paciente, sus familiares o representante optan por el traslado a un establecimiento que no es de los designados por la Isapre.

9.- Si el o la paciente, sus familiares o representante optan por el traslado a un establecimiento designado por la Isapre, se iniciará o reiniciará, a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Noveno: [320] [321] [322]

El Decreto Supremo N°29, de 2025, de los Ministerios de Hacienda y Salud, aprobó las siguientes Garantías Explícitas en Salud del Régimen, que rigen a contar del 1° de diciembre de 2025.

[320] Artículo incorporado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21
[321] Se reemplaza mediante Circular IF/ 421, de 12.01.2023, la referencia al D.S 22, de 2019 y su vigencia, por la del D.S 72/2022
[322] Mediante la Circular IF/ 517, de 28.11.2025, se reemplaza la referencia al D.S 72, de 2022 y su vigencia, por la del D.S 29/2025

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD[323]

PROBLEMAS DE SALUD GARANTIZADOS SEGÚN D.S. N°29, DE 2025, DE SALUD Y HACIENDA [324] [325]
1. Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5 2. Cardiopatías Congénitas Operables 3. Cáncer cervicouterino en personas de 15 años y más 4. Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer 5. Infarto Agudo del Miocardio 6. Diabetes Mellitus Tipo 1 7. Diabetes Mellitus Tipo 2 8. Cáncer de Mama en personas de 15 años y más 9. Disrafias Espinales 10. Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en personas menores de 25 años 11. Tratamiento Quirúrgico de Cataratas 12. Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa 13. Fisura Labiopalatina 14. Cáncer en personas menores de 15 años 15. Esquizofrenia 16. Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más 17. Linfomas en personas de 15 años y más 18. Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA 19. Infección Respiratoria Aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años 20. Neumonía Adquirida en la Comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más 21. Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más 22. Epilepsia en personas desde 1 año y menores de 15 años 23. Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años 24. Prevención de Parto Prematuro 25. Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapasos 26. Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años 27. Cáncer Gástrico 28. Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más 29. Vicios de Refracción en personas de 65 años y más 30. Estrabismo en personas menores de 9 años 31. Retinopatía Diabética 32. Desprendimiento de Retina Regmatógeno no traumático 33. Hemofilia 34. Depresión en personas de 15 años y más 35. Tratamiento de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en personas sintomáticas 36. Ayudas Técnicas para personas de 65 años y más 37. Ataque Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 Años y más 38. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de tratamiento ambulatorio 39. Asma Bronquial Moderada y Grave en personas menores de 15 años 40. Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido 41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada 42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de uno o más aneurismas cerebrales

[323] Listado de patologías GES reemplazado mediante Circular IF N°338, 07.10.2019

[324] Título del cuadro y Listado de patologías GES modificados mediante la Circular IF N°421, de 12.01.2023

[325] Título del cuadro y Listado de patologías GES modificados mediante la Circular IF N°517, de 28.11.2025

43. Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más.
44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
45. Leucemia en personas de 15 años y más
46. Urgencia odontológica ambulatoria
47. Salud oral integral de personas de 60 años
48. Politraumatizado grave
49. Traumatismo cráneo encefálico moderado o grave
50. Trauma ocular grave
51. Fibrosis Quística
52. Artritis reumatoidea
53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
54. Analgesia del parto
55. Gran quemado
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
57. Retinopatía del prematuro
58. Displasia broncopulmonar del prematuro
59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
60. Epilepsia en personas de 15 años y más
61. Asma bronquial en personas de 15 años y más
62. Enfermedad de parkinson
63. Artritis idiopática juvenil
64. Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal
65.-Displasia luxante de caderas
66. Salud oral integral de la persona gestante
67. Esclerosis múltiple remitente recurrente
68. Hepatitis crónica por virus hepatitis B
69. Hepatitis crónica por virus hepatitis C
70. Cáncer colorrectal en personas de 15 años y más
71. Cáncer de ovario epitelial
72. Cáncer vesical en personas de 15 años y más
73. Osteosarcoma en personas de 15 años y más
74. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más
75. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más
76. Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
77. Hipoacusia moderada, severa y profunda en personas menores de 4 años
78. Lupus eritematoso sistémico
79. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más
80. Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori
81. Cáncer de pulmón en personas de 15 años y más.
82. Cáncer de tiroides en personas de 15 años y más
83. Cáncer renal en personas de 15 años y más.
84. Mieloma múltiple en personas de 15 años y más.
85. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
86. Atención Integral de salud en agresión sexual aguda
87. Rehabilitación SARS COV-2
88. Tratamiento Farmacológico tras Alta Hospitalaria por Cirrosis Hepática
89.Tratamiento Hospitalario para personas menores de 15 años con Depresión Grave Refractaria o Psicótica con riesgo suicida
90. Cesación del Consumo de Tabaco en personas de 25 años y más

Anexo N° 2

Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva

Problemas de Salud según Grupos de Población General[326]

1. EMBARAZADAS

Meta de Cobertura: 100% de las embarazadas beneficiarias.

a) Diabetes en el embarazo

Examen: Glicemia en ayunas.

b) Infección por virus de inmunodeficiencia humana

Examen diagnóstico de infección por VIH en sangre, previa información sobre infección, de acuerdo a la normativa vigente. [327]

c) Sifilis

Examen: VDRL ó RPR en sangre.

d) Infección urinaria

Examen: Urocultivo.

e) Sobrepeso y Obesidad

Examen: Medición de peso y talla.

f) Hipertensión arterial

Examen: Medición estandarizada de presión arterial.

g) Beber problema

Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de

Alcohol (AUDIT) y/o versión acortada.

h) Tabaquismo

Examen: Aplicación del instrumento Estrategia 5A's.

2. RECIÉN NACIDOS

Meta de Cobertura: 100% de los recién nacidos beneficiarios.

a) Fenilcetonuria

Examen: Determinación de fenilalanina en sangre.

b) Hipotiroidismo congénito

Examen: Determinación de TSH en sangre.

c) Displasia del desarrollo de caderas

Examen: Maniobra de Ortolani o Barlow.

3.- LACTANTES

Meta de cobertura: 60% lactantes beneficiarios a los 3 meses de edad.

---

[326] Este Anexo corresponde al Anexo N° 2 de la Circular IF/N° 185 de 15.04.2013.

[327] Se modifícó el examen, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de fecha 24.08.2020

a) Displasia del desarrollo de caderas

Examen: Radiografía de pelvis

4. <u>NIÑOS Y NIÑAS A LOS 4 AÑOS DE EDAD</u>

Meta de cobertura: 60% de la población beneficiaria

a) Sobrepeso y Obesidad

Examen: Medición de peso y talla.

b) Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual

Examen: Aplicación de cartilla LEA.

c) Detección de malos hábitos bucales

Examen: Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales.

5. <u>PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD</u>

Meta de cobertura: 25% de la población beneficiaria[328]

a) Beber problema

Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de

Alcohol (AUDIT) y/o versión acortada.

b) Tabaquismo

Examen: Aplicación del Instrumento Estrategia 5A's.

c) Sobrepeso y Obesidad

Examen: Medición de peso y talla y circunferencia de cintura.

d) Hipertensión arterial

Examen: Medición estandarizada de presión arterial.

e) Diabetes mellitus

Examen: Glicemia en ayunas.

f) Sífilis

Examen: VDRL o RPR en sangre.[329]

g) Tuberculosis

Examen: Baciloscopía a personas con tos productiva por 15 días o más.

6. <u>MUJERES DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD</u>

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, deberá efectuarse en este grupo de mujeres la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 80% de beneficiarias con Papanicolaou (PAP) [330]vigente (realizado en los últimos 3 años)

---

[328] Se modifícó el porcentaje, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de 24.08.2020

[329] Se modifícó el examen, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de 24.08.2020

[330] Se agregó la sigla PAP, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de 24.08.2020

a) Cáncer cervicouterino

Examen: PAP o citología exfoliativa cervical.[331]

7. PERSONAS DE 40 Y MÁS AÑOS DE EDAD

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años de edad, deberá efectuarse en este grupo de población la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 15% población beneficiaria

a) Dislipidemia

Examen: Medición de colesterol total.

8. MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DE EDAD

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años de edad, deberá efectuarse en este grupo de mujeres la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 25% de la población beneficiaria

a) Cáncer de mama

Examen: Mamografía cada 3 años..

9. ADULTOS DE 65 Y MÁS AÑOS DE EDAD[332]

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años de edad, deberá efectuarse en este grupo de población la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 50% anual

a) Autonomía funcional

Examen: Cuestionario estandarizado, Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM).

[331] Se modificó el examen, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de fecha 24.08.2020

[332] Se agregó la frase “de edad” a continuación de “años”, las veces que aparece este último vocablo en el anexo Nº2, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de fecha 24.08.2020

ANEXO N° 3[333]

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): _____

DIRECCIÓN: _____CIUDAD: _____

NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: _____

RUN: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE LEGAL: _____

NOMBRE SOCIAL: _____

RUN: _____ PREVISIÓN: _____FONASA _____ISAPRE

DOMICILIO_____ COMUNA_____REGIÓN_____

N° TELÉFONO_____ CORREO ELECTRÓNICO _____

INFORMACIÓN MÉDICA

PROBLEMA DE SALUD GES: _____

☐ Confirmación

PROBLEMA DE SALUD GES ONCOLÓGICO: _____

☐ Sospecha ☐ Confirmación ☐ Etapificación ☐ Tratamiento ☐ Seguimiento ☐ Rehabilitación

TIPO ATENCIÓN

☐ Presencial ☐ Teleconsulta

[333] Modificaciones al formulario a través de las Circulares IF/N°227, de 2014; IF/N°194, de 2013, IF/N°142, de 2011 e IF/N° 469 de mayo de 2024.

CONSTANCIA:

Tomo conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, en la medida que me atienda en la red de Prestadores que asigne el Fonasa o la isapre, según corresponda.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: _____

_____	_____
INFORMÉ PROBLEMA SALUD GES	**TOMÉ CONOCIMIENTO**
(Firma de persona que notifica)	(Firma o huella dactilar del paciente o representante)

En la modalidad de **TELECONSULTA**, en ausencia de firma o huella, se registrará el medio a través del cual el paciente o su representante tomó conocimiento:

Correo electrónico ☐ **carta certificada** ☐ **otros (indicar) _____**

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:

NOMBRE: _____ RUN**: _____**

N° TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

IMPORTANTE:

Tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

ANEXO N° 4

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMOS[334]

Recuerde: Antes de presentar su reclamo en la Superintendencia, debe reclamar en primera instancia en Fonasa o en su Isapre

Fecha de Reclamo: _____

IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O BENEFICIARIO:

Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombres			
Cédula de Identidad		Teléfono	

DOMICILIO COTIZANTE O BENEFICIARIO:

Calle		Número	
Población o Villa		Depto.	
Comuna		Ciudad	

IDENTIFICACIÓN PACIENTE

Primer Apellido		Segundo Apellido	

[334] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.

Nombres			
Cédula de Identidad		Fecha de Nacimiento	
Edad		Prestador de Salud	

IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE (en caso de ser diferente al cotizante):

Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombres			
Cédula de Identidad		Teléfono	

IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMADO (Seleccione la opción según corresponda)

Aseguradora Fonasa _____ Isapre _____

(Indique el nombre de su Isapre)

Prestador _____

(Indique el nombre del prestador)

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA (por favor con letra clara y legible):

(Si le falta espacio para describir el problema, utilice el reverso)

SOLICITUD CONCRETA:

_____

FIRMA

(Para su trámite, esta presentación debe estar firmada)

.....

ANEXO NOTIFICACIÓN DIGITAL (opcional)

Para uso exclusivo de reclamos presentados ante la Superintendencia de Salud

¿Desea ser notificado mediante correo electrónico? **SI** ____

NO ____

Correo Electrónico: _____

Capítulo VII Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo[335] [336]

Título I Disposiciones generales

En conformidad a lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley N°20.850 (Ley Ricarte Soto), el Fondo Nacional de Salud deberá asegurar la protección financiera para el otorgamiento de los Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo que se contienen en el Decreto Supremo N° 2, de 2019, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace[337]. Las prestaciones garantizadas para cada condición específica de salud con sistema de protección financiera, deberán ser otorgadas por el mencionado Fondo Nacional de Salud, a todos los beneficiarios de los Sistemas Previsionales de Salud de Chile.

Sin perjuicio de lo señalado, la incorporación de un tratamiento a la Ley Ricarte Soto no podrá afectar los ya prescritos y financiados a un beneficiario por su sistema previsional de salud, sea su fuente judicial, contractual, extracontractual, o cualquiera otra.

En este sentido, el beneficiario es quien elegirá entre los beneficios ya financiados por su sistema previsional de salud o la cobertura que otorga la Ley Ricarte Soto, al recibir, en este último caso, efectivamente el tratamiento que garantiza el Sistema de Protección Financiera contemplado en dicha Ley.

Título II Disposiciones relacionadas con la difusión y mecanismos de acceso a la Ley N° 20.850[338]

A. Medidas para la difusión de la Ley Ricarte Soto

Las Instituciones de Salud Previsional, el Fonasa y las Instituciones de Salud Previsional de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública, con motivo de la incorporación de este beneficio garantizado, deberán informar a todos sus beneficiarios, que tienen derecho a la protección financiera otorgada por este Sistema, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca el citado decreto.

Estos Organismos, deberán disponer todas las medidas de difusión que estén a su alcance para informar correcta y oportunamente a sus beneficiarios o imponentes, respecto de, a lo menos, lo siguiente:

1. Que el Sistema de Protección Financiera es constitutivo de derechos para todos los beneficiarios de los Sistemas Previsionales de Salud de Chile, los que consisten en la cobertura del valor total de las prestaciones garantizadas respecto al diagnóstico y tratamiento de alto costo de que se trate, y que podrán ser reclamados ante el Fonasa y la Superintendencia de Salud.

2. Que se excluirán de este beneficio las prestaciones efectivamente cubiertas, por las normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; aquellas sobre seguro obligatorio de accidentes personales causados por circulación de vehículos motorizados y, en el caso de las isapres, la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), cuando proceda.

3. Que el Listado de Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo garantizados se encuentra contenido en el Decreto Supremo N° 2, de 2019, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace[339], especialmente, la información relacionada con las Garantías de Oportunidad y Protección Financiera, correspondiente a cada uno de ellos.

4. Que la Red de Prestadores que publique el Fonasa en su oportunidad, y que se encuentra autorizada por el Ministerio de Salud (MINSAL), contará con prestadores registrados o acreditados de acuerdo a

[335] Capítulo agregado por Circular IF/N° 252, de 2015.

[336] Actualizado mediante Circular IF N°289, de 19.07.2017

[337] Cita actualizada por Circular IF/N° 380, de 30 de abril de 2021.

[338] Título agregado por Circular IF/ N°253 de 2016

[339] Cita actualizada por Circular IF/N° 380, de 30 de abril de 2021.

la Ley N°19.937, en la forma y condiciones que establece la letra b) del artículo 4° de la Ley N°19.966, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 13 de la Ley N°20.850.

5. Que el prestador tiene la obligación de notificar a los beneficiarios respecto de la prestación garantizada que cubre la ley, a través de un documento denominado "Formulario de Constancia Información al Paciente Ley Ricarte Soto".

6. Que los beneficiarios deberán atenderse exclusivamente en la Red de Prestadores definida por el MINSAL, y respecto de los cuales hayan suscrito el correspondiente convenio con el Fondo Nacional de Salud, haciendo hincapié que, las prestaciones otorgadas fuera de esta Red, no tendrán la cobertura contemplada en dicho Sistema.

7. Que para tener acceso a la Protección Financiera, será necesario que se cumplan los siguientes requisitos copulativos:

   a. Que se trate de los Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, incluidos en el Decreto que contiene las prestaciones garantizadas– cuyo listado se acompaña en este documento-.

   b. Que el paciente ingrese a la Red de Prestadores aprobada por el Ministerio de Salud y respecto de los cuales hayan suscrito el respectivo convenio con el Fondo Nacional de Salud, excepto cuando se trate de una urgencia con riesgo de muerte o riesgo de secuela grave.[340]

B. Mecanismos de acceso a la información para los afiliados

Las isapres, el Fonasa y las Instituciones de Salud Previsional de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública, deberán comunicar a sus afiliados los canales de información que han establecido para que éstos puedan informarse de los términos en que opera el Sistema de Protección Financiera y exigir su cobertura. Incluyendo el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas.

La información deberá entregarse a través de los siguientes canales: medios electrónicos (correos electrónicos, sitios web institucionales); medios impresos (afiches informativos) o de ambos tipos y mediante el servicio telefónico, de contar con este mecanismo. La referida información deberá mantenerse permanentemente actualizada.

C. Instrucciones particulares a las Isapres

1. Acceso a la protección financiera

Las Instituciones de Salud Previsional son responsables de informar a sus afiliados que, para acceder a las garantías contempladas en la Ley 20.850, se deberá activar primero la Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC) contemplada en el Contrato de Salud Previsional, cuando fuere procedente, en conformidad con las instrucciones dispuestas para ello por la Superintendencia de Salud.

2. Incorporación del sistema de protección financiera a los contratos de salud previsional

a. Contratos de salud vigentes.

Las isapres deberán enviar a todos sus cotizantes, a más tardar el último día hábil del mes de marzo de 2016, al domicilio registrado en su contrato de salud o aquél informado con posterioridad a la isapre y a través de Correos de Chile u otro medio de correspondencia privado, una carta [341] en la que se comunicará la incorporación automática a los contratos de salud de este nuevo beneficio que forma parte del Régimen General de Garantías en Salud, adjuntándose a esta misma el Anexo N°1 incluido en el presente título.

[340] Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23
[341] Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF N°112 de 16.03.2016

No obstante lo anterior, la comunicación efectuada por correo certificado, a través de Correos de Chile u otro medio de correspondencia privado, podrá reemplazarse por el envío de un correo electrónico, de cumplirse con los requisitos que contempla la normativa vigente sobre la validez de la notificación alternativa mediante correo electrónico.

b. Contratos de salud suscritos a contar de marzo de 2016.

En el proceso de suscripción de los contratos, deberá entregarse al afiliado conjuntamente con los restantes documentos contractuales, el Anexo N°1 contenido en el presente título. La entrega de este anexo se suspenderá una vez que esta Superintendencia instruya acerca de la incorporación de este beneficio mínimo a las Condiciones Generales Uniformes.

3. Respaldo de las comunicaciones

Para efectos de fiscalización y control, las isapres deberán mantener a disposición de esta Superintendencia, un sistema de respaldo de las comunicaciones efectuadas a sus afiliados con respecto al ajuste de sus contratos a las nuevas condiciones de la Ley N°20.850.

D. Anexo a difundir por las Instituciones de Salud Previsional de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública

Adicionalmente a las medidas de difusión antes referidas, para informar los aspectos relativos a la Ley Ricarte Soto, esta Superintendencia ha elaborado un documento que resume, en la forma y con el detalle que se especifica en el Anexo N°1, los puntos principales de información relacionados con este nuevo beneficio. Por lo anterior, las Instituciones de Salud Previsional de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad, deberán disponer la entrega de este documento a todos sus beneficiarios o imponentes según corresponda.

ANEXO N°1

Condiciones para acceder al Sistema de Protección Financiera (SPF) para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

Este documento tiene por objeto comunicarle las condiciones establecidas en el Sistema de Protección Financiera de la Ley N° 20.850, para las prestaciones garantizadas correspondientes a los Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, los que serán determinados a través de un Decreto Supremo del Ministerio de Salud.

El listado con los mencionados diagnósticos y tratamientos se encuentra adjunto a este Anexo y, disponible en la página web del Fonasa.

1° Generalidades

El Sistema de Protección Financiera que regula esta ley, constituye un derecho para los beneficiarios de todos los Sistemas Previsionales de Salud de Chile.

Se excluirán de este beneficio las prestaciones efectivamente cubiertas por las normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, aquellas sobre seguro obligatorio de accidentes personales causados por circulación de vehículos motorizados y las que sean cubiertas a través de la cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC), esta última aplicable solamente a los beneficiarios de isapres.

2° Cobertura

2.1 De la cobertura financiera

La cobertura asignada por este beneficio será el equivalente al valor total de las prestaciones que tengan protección financiera respecto al diagnóstico y tratamiento de alto costo de que se trate.

Por su parte, las prestaciones asociadas a enfermedades y condiciones de salud que no se encuentren

incorporadas dentro de los citados diagnósticos y tratamientos de alto costo, mantendrán las coberturas que otorguen los Sistemas de Salud de las Instituciones Previsionales de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública y, en el caso de las isapres, las coberturas que sus respectivos planes de salud complementarios tengan al momento de requerir tales atenciones.

2.2 De la Red de Prestadores

Para tener derecho al Sistema de Protección Financiera, los beneficiarios deberán atenderse exclusivamente en la Red de Prestadores aprobada por el Ministerio de Salud, y respecto de los cuales hayan suscrito el correspondiente convenio con el Fondo Nacional de Salud. Esta Red será publicada en su oportunidad en la página web de este último organismo.

2.3 De la incorporación de una prestación del Sistema de Protección Financiera Ley Ricarte Soto a las Garantías Explícitas en Salud (AUGE) para los afiliados a isapre.

En los casos en que un diagnóstico o un tratamiento de alto costo con protección financiera sea incorporado al Régimen de Garantías en Salud (AUGE), pasará a tener la cobertura que establece este último beneficio.

3° Condiciones de atención y de acceso

Para que los beneficiarios tengan acceso a esta Protección Financiera, será necesario que se cumplan los siguientes requisitos copulativos:

a. Que se trate de los Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, incluidos en el Listado correspondiente a las prestaciones garantizadas.

b. Que el paciente ingrese a la Red de Prestadores aprobada por el Ministerio de Salud, y respecto de los cuales hayan suscrito el correspondiente convenio con el Fondo Nacional de Salud, excepto cuando se trate de una urgencia con riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[342].

Los beneficiarios a quienes durante una atención de salud, se les verifique a través de la confirmación diagnóstica, que su condición de salud o enfermedad incluye prestaciones garantizadas relacionadas con un diagnóstico o tratamiento de alto costo cubierto por el Sistema de Protección Financiera, deberán ser notificados por su prestador de tal situación, mediante un documento denominado “Formulario de Constancia Información al Paciente Ley Ricarte Soto”. A su vez, deberán ser informados que tienen derecho a tales prestaciones garantizadas, y que deberán atenderse a través de la Red de Prestadores que les corresponda.

Por su parte, los beneficiarios deberán identificarse con su cédula de identidad y entregar la información fidedigna que le sea requerida por el prestador en cuestión, de tratarse de un diagnóstico o tratamiento de alto costo.

En el caso de los afiliados a isapre, para tener derecho a los beneficios de los ya citados diagnósticos y tratamientos de alto costo, se deberá activar primero la Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC), contemplada en el contrato de salud previsional. Si el contrato de salud no contempla el seguro para enfermedades catastróficas antes citado, se aplicarán las disposiciones del Sistema de Protección Financiera, sin exclusiones.

4° Formalidades

El cumplimiento de la protección financiera de la Ley N°20.850, podrá ser exigido por los beneficiarios de las isapres, del Fonasa y de las Instituciones de Salud Previsional de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad ante el Fonasa, siendo este último el organismo a quien corresponde asegurarles dicha protección. Además, dichos beneficiarios podrán requerir a la Superintendencia de Salud, la resolución de los reclamos que surjan con motivo de la aplicación de esta ley.

[342] Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23

Listado de diagnósticos y tratamientos de alto costo para condiciones específicas de salud con sistema de protección financiera de la Ley Ricarte Soto

(Decreto N°2/2019)[343][344]

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
1	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN LARONIDASA PARA LA ENFERMEDAD DE MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO I	**Confirmación diagnóstica indispensable:** Examen de medición de la actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos, o examen genético molecular según indicación. **Tratamiento:** Terapia de reemplazo enzimático con Laronidasa.
2	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN IDURSULFASA PARA LA ENFERMEDAD DE MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO II	**Confirmación diagnóstica indispensable:** Examen de medición de la actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos, o examen genético molecular según indicación. **Tratamiento:** Terapia de reemplazo enzimático con Idursulfasa.
3	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN GALSULFASA PARA LA ENFERMEDAD DE MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO VI	**Confirmación diagnóstica indispensable:** Examen de medición de la actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos, o examen genético molecular según indicación. **Tratamiento:** Terapia de reemplazo enzimático con Galsulfasa.
4	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN NITISINONA PARA LA TIROSINEMIA TIPO I	**Confirmación diagnóstica indispensable:** Examen de determinación de niveles elevados de succinilacetona en plasma u orina. **Tratamiento:** Terapia de reemplazo enzimático con Nitisinona.
5	TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA BASADO EN FINGOLIMOD O NATALIZUMAB O ALEMTUZUMAB O CLADRIBINA U OCRELIZUMAB PARA PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE REMITENTE CON FALLA A TRATAMIENTO CON INMUNOMODULADORES Y TRATAMIENTO CON OCRELIZUMAB PARA	**Tratamiento farmacológico:** Fingolimod o Natalizumab o Alemtuzumab o Cladribina u Ocrelizumab. - En personas con Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente con falla a terapia con fármacos inmunomoduladores, que cumplan los criterios de inclusión establecidos en el protocolo para esta condición de salud, se garantizará el tratamiento farmacológico con Fingolimod o Natalizumab o Alemtuzumab o Cladribina u Ocrelizumab. - En personas con Esclerosis Múltiple Primaria Progresiva, que cumplan los criterios de inclusión establecidos en el protocolo para esta condición de

[343] Modificado mediante Circular IF N°289, del 19.07.2017

[344] Cita al decreto y listado, reemplazados por Circular IF/N° 380, de 30 de abril de 2021.

	PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE PRIMARIA PROGRESIVA	salud, se garantizará el tratamiento farmacológico con Ocrelizumab. - Para la continuidad de tratamientos en personas ya usuarias de fármacos inmunomoduladores, se considerará la transición a los fármacos cubiertos por el fondo en las condiciones que se establecen en el protocolo para esta condición de salud.
6	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN TALIGLUCERASA O IMIGLUCERASA PARA LA ENFERMEDAD DE GAUCHER	**Confirmación diagnóstica indispensable:** Examen de medición de la actividad enzimática en leucocitos o examen genético molecular según indicación. **Tratamiento:** Terapia de reemplazo enzimática con Taliglucerasa o Imiglucerasa.
7	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN AGALSIDASA PARA LA ENFERMEDAD DE FABRY	**Confirmación diagnóstica:** - En Hombres medición enzimática en leucocitos o examen genético molecular según indicación. - En Mujeres examen genético molecular. **Tratamiento:** Terapia de reemplazo enzimático con Agalsidasa.
8	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN ILOPROST INHALATORIO O AMBRISENTAN O BOSENTAN PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR GRUPO I	**Confirmación diagnóstica indispensable:** Cateterismo cardiaco. **Tratamiento:** Iloprost Inhalatorio o Ambrisentan o Bosentan.
9	TRATAMIENTO BASADO EN TRASTUZUMAB PARA EL CÁNCER DE MAMAS QUE SOBREEXPRESE EL GEN HER2	**Tratamiento:** Trastuzumab. Para pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mamas que sobreexprese el gen Her2.
10	TRATAMIENTO CON ETANERCEPT O ABATACEPT O ADALIMUMAB O GOLIMUMAB O TOCILIZUMAB O TOFACITINIB O RITUXIMAB EN PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL	**Tratamiento:** Etanercept o Abatacept o Adalimumab o Golimumab o Tocilizumab o Tofacitinib o Rituximab. - Para los casos nuevos, el tratamiento se garantiza para personas con Artritis Reumatoide Activa Refractaria a tratamiento habitual, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud. - Para la continuidad de tratamientos en personas ya usuarias de medicamentos garantizados, se considerará la transición a los medicamentos cubiertos por el Fondo en las condiciones que se establecen en el protocolo de esta condición de salud.

11	PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL CON PALIVIZUMAB PARA PREMATUROS MENORES DE 32 SEMANAS Y LACTANTES MENORES DE 1 AÑO CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS HEMODINÁMICAMENTE SIGNIFICATIVAS	**Tratamiento:** Palivizumab. Administrado durante el período alta circulación viral con un máximo de 5 dosis anuales, para los siguientes subgrupos: - En prematuros(as) menores de 32 semanas de edad gestacional al nacer o < 1.500 g de peso al nacer y su hermano gemelo, y que al inicio del período de alta circulación viral tengan menos de 1 año de edad cronológica. - En lactantes con cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativas no resueltas o cardiopatía cianótica secundaria a cardiopatía de alta complejidad, y que al inicio del período de alta circulación viral tengan menos de 1 año de edad cronológica.
12	TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB O ADALIMUMAB EN LA ENFERMEDAD DE CROHN GRAVE REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL	**Tratamiento:** Adalimumab o Infliximab, para pacientes con diagnóstico confirmado de Enfermedad de Crohn del subgrupo grave refractaria a tratamiento habitual.
13	NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA TOTAL O PARCIAL, PARA PERSONAS CUYA CONDICIÓN DE SALUD IMPOSIBILITA LA ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL	**Fórmulas de alimentación enteral:** Fórmulas poliméricas, oligoméricas, elementales (monométricas) o especiales, según protocolo específico para esta condición de salud. **Dispositivos médicos necesarios:** a) Sonda nasogástrica: a. Jeringa b. Sonda enteral siliconada c. Contenedor d. Línea de infusión e. Bomba b) Sonda nasoyeyunal: a. Jeringa b. Sonda enteral siliconada c. Contenedor d. Línea de infusión e. Bomba c) Ostomía Gástrica: a. Jeringa b. Repuesto extensión gruesa

		c. Kit de gastrostomía percutánea d. Botón e. Contenedor f. Línea de infusión g. Repuesto extensión angosta h. Repuesto extensión gruesa i. Sonda de gastrostomía j. Bomba d) Ostomía yeyunal: a. Jeringa b. Repuesto extensión angosta c. Kit de gastrostomía percutánea d. Botón e. Contenedor f. Línea de infusión g. Repuesto extensión angosta h. Bomba i. Sonda de yeyunostomía **-** Los recambios, las renovaciones o las mantenciones de los dispositivos médicos necesarios señalados en la letra anterior durante el período de tratamiento.
14	TRATAMIENTO BASADO EN LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA, A TRAVÉS DE INFUSORES SUBCUTÁNEOS CONTINUOS (BOMBAS DE INSULINA CON SENSOR) PARA PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO I, INESTABLE SEVERA	**Confirmación diagnóstica indispensable:** Monitoreo continuo de glicemia. **Dispositivo:** Infusor subcutáneo continuo de insulina con sensor, junto a sus insumos, de acuerdo a los subgrupos establecidos en el protocolo específico para esta condición de salud. **-** Los recambios, las renovaciones o las mantenciones de los dispositivos médicos necesarios señalados en la letra anterior durante el período de tratamiento.
15	DISPOSITIVO DE ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA PARA DISTONÍA GENERALIZADA	En personas con distonía generalizada que cumplan los criterios de inclusión establecidos en el protocolo respectivo y confirmados por el Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado para dispositivo de estimulación cerebral profunda, se garantizará:

		- Dispositivo de estimulación cerebral profunda: generador de pulsos implantable, extensión y electrodos. - Generador de pulsos implantable de reemplazo para dispositivo de estimulación cerebral profunda.
16	TRATAMIENTO CON SUNITINIB O EVEROLIMUS PARA ENFERMEDAD PROGRESIVA DE TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS	En personas de dieciocho años y más con Tumores Neuroendocrinos pancreáticos progresivos y bien diferenciados con enfermedad irresecable, localmente avanzada o metastásica, que cumplan los criterios establecidos en el protocolo, se garantizará el tratamiento farmacológico con Sunitinib o Everolimus.
17	DISPOSITIVO DE IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL PARA HIPOACUSIA SENSORIONEURAL BILATERAL SEVERA O PROFUNDA POSTLOCUTIVA	En personas con hipoacusia sensorioneural bilateral severa o profunda postlocutiva desde los 4 años, que cumplan los criterios de inclusión establecidos en el protocolo respectivo y confirmados por el Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado para el dispositivo de implante coclear, se garantizará: - Implante Coclear unilateral. - Recambio de accesorios según vida útil. - Reemplazo de procesador del habla cada 5 años.
18	TRATAMIENTO CON INHIBIDOR DE C1 ESTERASA PARA ANGIOEDEMA HEREDITARIO	**Tratamiento Farmacológico:** en personas con confirmación diagnóstica de angioedema hereditario con deficiencia de inhibidor de C1 esterasa por el Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado, se garantizará: - Inhibidor de C1 esterasa ante episodio agudo de angioedema hereditario con deficiencia de inhibidor de C1. - Inhibidor de C1 esterasa como profilaxis a corto plazo en caso de cirugía mayor, de cabeza, cuello u oral.
19	AYUDAS TÉCNICAS PARA PERSONAS CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA MODERADA O SEVERA	**Tratamiento:** Ayudas técnicas para personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica moderada y severa, según protocolo específico para esta condición de salud: - Ayudas Técnicas para el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD): a) Baño portátil. b) Silla de ruedas neurológica. c) Tecnologías de la comunicación aumentativas y alternativas (tecnologías de seguimiento ocular). - Ayudas técnicas para el tratamiento rehabilitador:

		a) Colchón antiescaras. b) Cojín antiescaras. - Ayudas técnicas para el soporte vital: a) Equipo ventilador mecánico no invasivo domiciliario con generador de flujo a presión positiva binivelada (Bi-PAP). b) Aspirador de secreciones.
20	DISPOSITIVOS DE USO MÉDICO PARA CURACIONES EN PERSONAS CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA DISTRÓFICA O JUNTURAL	**Tratamiento:** Dispositivos de uso médico para curaciones para personas con epidermólisis bullosa distrófica o juntural, según protocolo específico para esta condición de salud: 1. Kit de curación desechable. 2. Vendas de gasa elástica. 3. Vendaje tubular de contención. 4. Gasas no tejidas. 5. Gasa absorbente en rollo. 6. Agujas hipodérmicas. 7. Apósito de contacto flexible con tecnología lípido coloide (TLC). 8. Solución con agua purificada, undecilenamidopropil betaína y polihexanida, para el lavado, descontaminación e hidratación de heridas. 9. Gel altamente viscoso compuesto por glicerol, agua purificada, undecilenamidopropil betaína, polihexanida, hidroxietilcelulosa, para el lavado, descontaminación e hidratación de heridas. 10. Rollo de gasa oclusiva con Tibromofenato de bismuto al 3% en una mezcla con petrolato. 11. Hidrogel amorfo, translúcido e incoloro. 12. Apósito absorbente, extrafino y autoadherente con tecnología de adhesivos con silicona. 13. Apósito absorbente. 14. Apósito de espuma (espuma de poliuretano y tecnología de adhesivos de silicona). 15. Apósito Interfase de contacto flexible, antibacteriana con tecnología lípido coloide (TLC) y plata. 16. Apósito de espuma microadherente con tecnología lípido coloide (TLC) y factor nano oligosacárido (NOSF).

		17. Apósito absorbente antimicrobiano y plata iónica. 18. Apósito de espuma de hidrofibra. 19. Apósito hidroconductivo. 20. Apósito hidrocelular antimicrobiano con polihexametileno biguanida (PHMB). 21. Apósito gasa absorbente impregnada con vaselina. 22. Apósito de malla de acetato de celulosa y petrolato. 23. Apósito de gasa parafinada de baja adherencia. 24. Apósito de transferencia de exudado. 25. Apósito de membrana polimérica multifuncional. 26. Apósito antimicrobiano de espuma de poliuretano absorbente con plata y capa de silicona. 27. Apósito de hidrofibra de hidrocoloide con fibra reforzante de celulosa. 28. Cinta quirúrgica de rayón altamente respirable, no oclusiva y con adhesivo hipoalergénico. 29. Cinta de fijación de silicona atraumática.
21	TRATAMIENTO CON IMATINIB O SUNITINIB EN PERSONAS CON TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL NO RESECABLES O METASTÁSICOS	**Confirmación Diagnóstica:** Examen Inmunohistoquímica de proteína c-kit/CD117 y tomografía computada. **Tratamiento farmacológico:** Imatinib o Sunitinib - Para los casos nuevos, el tratamiento con Imatinib se encuentra garantizado en personas con Tumor del Estroma Gastrointestinal no resecable o metastásico que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud. - Las personas que progresen en la patología estando en tratamiento con Imatinib y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud, accederán al tratamiento con Sunitinib como terapia de segunda línea. - Para la continuidad de tratamientos en personas ya usuarias de medicamentos garantizados, se considerará el ingreso al Sistema en las condiciones que se establecen en el protocolo correspondiente a este problema de salud.
22	TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB O ETANERCEPT O ADALIMUMAB O SECUKINUMAB EN PERSONAS CON ARTRITIS PSORIÁSICA	**Tratamiento:** Golimumab o Etanercept o Adalimumab o Secukinumab. - Para los casos nuevos, el tratamiento se encuentra indicado para personas con Artritis Psoriásica moderada a grave refractaria al tratamiento habitual,

	MODERADA A GRAVE REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL	que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud. - Para la continuidad de tratamientos en pacientes ya usuarios de medicamentos garantizados, se considerará la transición a los medicamentos cubiertos por el fondo en las condiciones que se establecen en el protocolo de esta condición de salud.
23	TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB O ADALIMUMAB PARA PERSONAS CON COLITIS ULCEROSA MODERADA E INFLIXIMAB EN PERSONAS CON COLITIS ULCEROSA GRAVE, REFRACTARIA AL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA	**Tratamiento:** Golimumab o Adalimumab o Infliximab. - En personas adultas con diagnóstico confirmado de Colitis Ulcerosa Moderada inmunorefractaria, se garantizará el tratamiento farmacológico con Golimumab o Adalimumab. - En personas adultas con diagnóstico confirmado de Colitis Ulcerosa Grave refractaria a corticoides, se garantizará el tratamiento farmacológico con Infliximab. - En pacientes pediátricos con diagnóstico confirmado de Colitis Ulcerosa Grave refractaria a corticoides o Colitis Ulcerosa moderada inmunorefractaria, se garantizará el tratamiento farmacológico con Infliximab.
24	TRATAMIENTO CON TETRABENAZINA PARA LA COREA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE HUNTINGTON	**Confirmación Diagnóstica:** Test de Repetición de CAG del exón 1 del Gen HTT. **Tratamiento farmacológico:** Tetrabenazina.
25	TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBULINA G EN PERSONAS CON INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS	**Tratamiento:** Inmunoglobulina G endovenosa o inmunoglobulina G subcutánea.
26	TRATAMIENTO CON BELIMUMAB PARA PERSONAS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO CUTÁNEO O ARTICULAR REFRACTARIO A TRATAMIENTO HABITUAL	**Tratamiento:** Belimumab.
27	TRATAMIENTO CON RUXOLITINIB PARA PERSONAS CON MIELOFIBROSIS PRIMARIA Y SECUNDARIA A OTRAS	**Tratamiento:** Ruxolitinib.

	NEOPLASIAS MIELOPROLIFERATIVAS	

Título III Obligación de los prestadores de entregar información relacionada con la Ley Ricarte Soto [345]

1. De la obligación de informar

Según lo dispuesto en el artículo 13° de la Ley N°20.850, los prestadores de salud, el Fondo Nacional de Salud, las Instituciones Previsionales de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública, y las Instituciones de Salud Previsional, deberán informar a los beneficiarios de esta ley que tienen derecho a la protección financiera otorgada por el Sistema establecido para estos efectos.

Por otra parte, el Decreto N°54, de 31 de agosto de 2015, que aprueba el reglamento que establece normas para el otorgamiento y cobertura financiera de los diagnósticos y tratamientos incorporados al Sistema establecido en la Ley N°20.850, reitera en los artículos 4° y 5°, la obligación legal de los prestadores de salud de informar a los beneficiarios de la Ley Ricarte Soto, el diagnóstico o tratamiento confirmado y garantizado, contenido en el Decreto que se encuentre vigente. Asimismo, informar el momento a partir del cual tienen derecho a tales garantías y la obligación de dejar constancia escrita de ello.

2. Uso del Formulario de Constancia de Información

Todos los prestadores de salud que notifiquen a un paciente la confirmación diagnóstica respectiva y/o confirmación de tratamiento de alto costo, tendrán que emplear el documento denominado: “Formulario de Constancia Información al Paciente Ley Ricarte Soto”, contenido en el Anexo del presente título, con el objeto de informarle el derecho que le asiste a la protección financiera de las prestaciones garantizadas.

Este formulario tendrá que ser extendido en dos ejemplares y ser firmado por el prestador de salud y el beneficiario, indicándose claramente el día de la notificación. Asimismo, copia de dicho instrumento deberá ser entregado en el acto al beneficiario, por el prestador.

La copia destinada al prestador debe conservarse de manera que esté disponible para efectos de fiscalización por parte de esta Superintendencia.

Se entenderá que las personas facultadas para firmar el formulario son, por una parte, el beneficiario a quien se le notifica un Diagnóstico o Tratamiento de alto costo o su representante y, por otra parte, el prestador individual o institucional el cual deberá indicar el nombre del profesional de la salud que realiza la notificación y el nombre del Establecimiento de Salud, según corresponda.

Cuando el decreto vigente contemple como prestación garantizada la confirmación diagnóstica, el prestador deberá entregar al paciente el Formulario de Constancia de Información, tanto en el caso de confirmar o descartar la enfermedad asociada al diagnóstico. Asimismo, deberá seleccionar, en el referido Formulario, la opción destinada a consignar si la garantía de oportunidad relacionada con el examen realizado se encuentra cumplida o no cumplida (si/no) y registrar el número de días comprendido entre la fecha de recepción de la muestra y la fecha del resultado del examen.

En caso de una patología confirmada, además deberá seleccionar la opción relacionada con el tratamiento cubierto por la Ley N°20.850 (medicamento, elemento de uso médico o alimento).

Cuando de manera excepcional, el Formulario de Constancia de Información deba ser llenado en forma manuscrita, el prestador de salud tendrá que señalar si la garantía de oportunidad relacionada con el examen realizado se encuentra cumplida o no cumplida, empleando las opciones **sí** o **no** y además, tendrá que registrar el período a que hace referencia el párrafo ante precedente, utilizando la sección ubicada en el ítem “Información Médica”, “Examen Diagnóstico”, opción “Garantía Cumplida”, del mencionado formulario.

[345] Título agregado mediante Circular IF/N°254, de 2016

3. Prestadores de salud que no se encuentran registrados en la Red del Ministerio de Salud

Los prestadores de salud que no se encuentren registrados en la Red del Ministerio de Salud en los términos que establece el Decreto N°54/2015 y que deban realizar una sospecha clínica fundada o una solicitud de tratamiento, tendrán que solicitar a FONASA una clave con el objeto de tener acceso al sistema de información para inscribir al paciente, completar el formulario específico para cada diagnóstico y tratamiento, enviarlo al centro confirmador o comité de expertos clínicos y requerir la confirmación diagnóstica o tratamiento, según corresponda.

Los prestadores, deberán informarse del procedimiento que ha sido definido por el Fonasa para ingresar al paciente Ley Ricarte Soto al sistema y direccionarlo a la red aprobada por el Ministerio de Salud, de manera que, si corresponde, reciba las prestaciones garantizadas para cada condición específica de salud con Sistema de Protección Financiera.

Asimismo, estos prestadores en el caso que posteriormente deban notificar al paciente la confirmación diagnóstica o de tratamiento, para poder cumplir con la obligación legal respectiva, deberán emplear el Formulario de Constancia Información al Paciente Ley Ricarte Soto, sobre el que instruye el presente título, y que se adjunta como Anexo.

4. Incumplimiento de la obligación de informar por parte del prestador

Los prestadores de salud, que incumplan la obligación de informar en los términos establecidos en el numerando 2 del presente título, podrán ser sancionados por esta Superintendencia a través del procedimiento administrativo respectivo, con amonestación o con multa de 10 a 1000 U.T.M. Tratándose de Establecimientos Asistenciales Públicos se podrá además, solicitar la instrucción del respectivo sumario administrativo.

Lo anterior, sin perjuicio que esta Superintendencia remitirá los antecedentes al Fondo Nacional de Salud a efectos que adopte las medidas que corresponda, cuando se trate de prestadores de salud con los cuales tenga un convenio suscrito, informando a este Organismo Fiscalizador el resultado de dichas medidas.

5. Emisión del Formulario de Constancia de Información

El Formulario de Constancia de Información se encontrará disponible en el Sistema Informático Ley Ricarte Soto, al cual se puede acceder desde la página de Fonasa www.fonasa.cl, para el registro de manera automática de los antecedentes del paciente.

Frente a eventuales contingencias, que impidan el acceso normal a la mencionada aplicación para su llenado automático, el citado formulario podrá ser impreso desde la página web de Fonasa o bien desde el sitio institucional de esta Superintendencia para ser llenado en forma manuscrita. Con todo, de ser necesario, se deberá mantener un stock de formularios impresos."

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE LEY RICARTE SOTO

(Artículo 13°, Ley N°20.850)

Datos del prestador

Profesional de Salud y/o Establecimiento de Salud (Médico, Clínica, Hospital, Centro médico, Consultorio, etc.)

Dirección del Profesional de Salud y/o Establecimiento de Salud

Ciudad

Nombre Profesional de Salud que notifica

RUT persona que notifica

Antecedentes del paciente

Nombre completo

RUT

Entidad Previsional (Seleccione una opción):

☐ FONASA ☐ ISAPRE ☐ Institución Previsional de Salud F.F.A.A y de Orden y Seguridad Pública

Dirección

Comuna

Región

Teléfono Fijo

Celular

Correo electrónico (E-mail)

Información Médica (Respecto del Beneficio de La Ley)

El problema de salud es

La Ley Ricarte Soto lo beneficia de manera gratuita con lo siguiente: (Se debe especificar)

☐ Examen Diagnóstico		Garantía Cumplida Sí ☐ No ☐	Garantía		días
☐ Medicamento			Garantía		días
☐ Elemento de uso médico			Garantía		días
☐ Alimento			Garantía		días

Constancia

Declaro que, con esta fecha, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder al beneficio _____, siempre que la atención sea otorgada en la "Red de Prestadores" establecida por el Ministerio de Salud.

Notificación

Fecha

IMPORTANTE

El paciente debe tener presente que si no se cumplen las garantías, puede reclamar ante el Fonasa y recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

Informé Diagnóstico y Beneficio Ley 20.850
Firma de la persona que notifica

Tomé conocimiento
Firma o huella digital del paciente o representante

En caso que la persona que "tomó conocimiento" no sea el paciente, identificar los siguientes datos:

Antecedentes del representante

Nombre completo _____ RUT _____

Teléfono de contacto:
Fijo: _____ Celular: _____ Correo electrónico (E-mail) _____

Título IV Operación de la CAEC en relación con el Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850[346]

1. Procedencia de impetrar la CAEC

En atención a que las prestaciones derivadas de problemas de salud contenidos en el decreto vigente GES se encuentran -por definición- excluidas de la CAEC, no será necesario impetrarla para acceder a las garantías que la Ley 20.850 consagre para tales enfermedades. En estos casos, el Sistema de Protección Financiera que contempla esta Ley, se aplicará sin dicho trámite.

Para acceder a las garantías de las demás patologías incluidas en el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo que otorga el Fonasa, será obligatoria la activación de la CAEC, por cuanto constituye un requisito legal de acceso, en la medida en que los beneficiarios la tengan incorporada en sus contratos de salud previsional.

De este modo, en la misma oportunidad en que la Isapre tome conocimiento, por información proporcionada por cualquiera de las partes que intervienen en el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, de la opción de un beneficiario por dicho sistema, para alguna de las patologías contempladas en el Decreto del Ministerio de Salud a que se refiere el artículo 5° de la Ley 20.850, y que no esté incluida en las GES, deberá proceder a la activación inmediata de la CAEC, sin condición alguna.

La fecha de activación de la CAEC será la misma en que la isapre haya tomado conocimiento del ejercicio de la referida opción.

Efectuada dicha activación, el Fonasa estará obligado a garantizar el otorgamiento de los beneficios de la Ley 20.850.

2. Efectos diferenciados de la CAEC

El carácter obligatorio de la activación de la CAEC con el objeto expreso de dar acceso al Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850, trae consigo efectos diferentes dependiendo de si las prestaciones están o no afectas a la CAEC.

2.1 Prestaciones garantizadas afectas a la CAEC

En el evento de que se hayan otorgado prestaciones garantizadas por el Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850, que estuvieran también afectas a la CAEC, éstas serán de cargo del Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo hasta completar el deducible. Por lo tanto, el costo de dichas prestaciones será imputado al referido deducible por la isapre.

Una vez completo el deducible, las prestaciones serán cubiertas por la CAEC bajo las condiciones que rigen dicho beneficio, sin perjuicio de la obligación del Fonasa de asegurar la continuidad de los tratamientos.[347]

[346] Título agregado por Circular IF N° 255, de 2016

[347] Modificado mediante Circular IF N°263, del 9/05/2016

La Isapre deberá transferir al Fonasa las sumas que éste hubiere pagado, provenientes del Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, y que sean de cargo de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

En caso de que, aun estando completo el deducible, existan prestaciones excluidas de la CAEC, pero garantizadas por el Sistema establecido por la Ley 20.850, éstas serán de cargo del Fondo.

2.2 Prestaciones garantizadas no afectas a la CAEC

En el evento de que las prestaciones garantizadas por el Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850, no estén afectas a la CAEC, éstas serán de cargo del Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

En estos casos, la activación de la CAEC no tendrá más efecto que permitir el acceso al Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850, siempre que no existan otras prestaciones, que estén asociadas a alguna de las prestaciones garantizadas por el Decreto a que se refiere el artículo 5° de la Ley N°20.850 y que sean susceptibles de CAEC, caso en que se aplicará la instrucción del 2.3 siguiente.[348]

2.3 Prestaciones asociadas, pero no garantizadas, afectas a la CAEC

Si hubiere prestaciones asociadas a alguna de las prestaciones garantizadas por el Decreto a que se refiere el artículo 5° de la Ley N°20.850, pero no garantizadas, y que estén afectas a la CAEC, se aplicarán sin modificación las “Condiciones” que rigen este beneficio, sin perjuicio de lo que se instruirá en el punto 3 siguiente.[349]

3. Red de prestadores aplicable a ambos beneficios

Las atenciones efectuadas en la Red de prestadores definida para el otorgamiento de las garantías del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo que otorga el Fonasa, se entenderán realizadas en la red asistencial del respectivo sistema previsional de salud del paciente para todos los efectos legales y de coberturas.

Por lo tanto, en el caso de que se hubieren realizado prestaciones cubiertas por la CAEC -estén o no garantizadas por el referido Sistema de Protección Financiera, pero asociadas a alguna de las prestaciones garantizadas por el Decreto a que se refiere el artículo 5° de la Ley N°20.850-, en un prestador del Sistema, se entenderá que éste pertenece a la red de prestadores definida por la Isapre para el otorgamiento de la CAEC.[350]

4. Aplicación de la GES-CAEC

Tratándose de prestaciones derivadas de problemas de salud contenidos en el Decreto vigente GES respecto de las cuales proceda la cobertura especial catastrófica GES-CAEC, definida en las “Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile”, las normas establecidas en los puntos 2 y 3

[348] Modificado mediante Circular IF N°263, del 9/05/2016

[349] Modificado mediante Circular IF N°263, del 9/05/2016

[350] Modificado mediante Circular IF N°263, del 9/05/2016

precedentes, serán aplicables, en su caso, con las modificaciones propias de su naturaleza, a dicha cobertura GES-CAEC.[351]

5. Registro

La isapre deberá dejar registro de todas las activaciones de la CAEC, vinculadas al acceso a las garantías de la Ley 20.850 de cada beneficiario y de todas las actuaciones relacionadas, en forma diferenciada de aquéllas que no tienen esas características.

6. Transferencias al Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo[352]

Para hacer efectiva la obligación de las isapres de transferir las sumas que el Fonasa hubiere pagado por aplicación de la ley 20.850 y que sean de cargo de la CAEC, deberán seguirse las siguientes reglas:

6.1 Obligaciones del Fonasa

El Fondo Nacional de Salud deberá efectuar rendiciones de los tratamientos garantizados por la Ley 20.850 que hayan sido administrados o dispensados a los beneficiarios de isapres y de los valores de dichos tratamientos.

Estas rendiciones deberán dirigirse a cada una de las isapres, con una periodicidad mínima de un año, en tanto hubiere beneficiarios de la respectiva isapre que se encuentren en la situación descrita en el párrafo precedente, y deberán contener, a lo menos, la siguiente información:

- Identificación del Beneficiario con su nombre y RUT
- Identificación del Prestador
- Tratamiento garantizado y problema de salud asociado
- Fecha de administración o dispensación
- Modalidad de atención (hospitalaria o ambulatoria)
- Costo de las prestaciones administradas o dispensadas
- Monto total financiado a cada beneficiario
- Monto total financiado al conjunto de beneficiarios
- Cuenta bancaria del Fonasa para el depósito.

Conjuntamente con lo anterior, el Fonasa deberá informar a las isapres los mecanismos mediante los que podrán validar los datos y permitirles, si fuere necesario, el acceso a éstos, pudiendo hacerlo a través del propio prestador o de una vista a los sistemas de información de Fonasa, tales como el de trazabilidad de los tratamientos, y sus complementos.

[351] Incorporado mediante Circular IF N°263, de 2016

[352] Numeral agregado por Circular IF N° 312, de 14 de marzo de 2018

La referida rendición deberá ser remitida por el Fonasa, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

6.2 Obligaciones de las isapres

Una vez recibida la rendición de los gastos efectuados por Fonasa para el otorgamiento de prestaciones garantizadas por la Ley Ricarte Soto a beneficiarios de una isapre, ésta dispondrá de un plazo de noventa días para remitir al Fondo Nacional de Salud la liquidación y -si procede- el pago de las sumas comprendidas en la rendición, que le corresponde financiar con cargo a la CAEC.

La liquidación que efectúe la isapre, deberá comprender, a lo menos, la siguiente información:

- Identificación del Beneficiario con su nombre y RUT
- Fecha de activación de la CAEC
- Monto del deducible
- Imputación de los gastos al deducible, con indicación de la prestación, fecha, copago del afiliado o gasto de Fonasa
- Detalle de las prestaciones garantizadas no cubiertas por la CAEC y su causa
- Monto de la transferencia por beneficiario, en caso de ser ésta procedente
- Monto total de la transferencia, en caso de ser ésta procedente.

La referida liquidación deberá ser remitida con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, haciendo referencia a la rendición que se está liquidando.

6.3 Otras Obligaciones

6.3.1 De las isapres

La isapre deberá tener presente, para el cómputo del deducible, que las prestaciones financiadas por el Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, se imputarán de acuerdo a la fecha y hora de su administración o dispensación.

Por lo tanto, en caso de que, una vez efectuada la liquidación motivada por la rendición de Fonasa, la isapre constate que uno o más copagos que había imputado al deducible, lo exceden por haber sido éste completado en virtud del financiamiento efectuado por el Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, deberá otorgar la CAEC a esas prestaciones cuyo copago había sido asumido por el afiliado, procediendo de inmediato a restituir a éste dichos copagos.

6.3.2 Del Fonasa

El Fonasa, dentro del plazo de un mes contado desde la recepción efectiva de los montos liquidados por las isapres, deberá integrarlos al Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

Título V Operación del plan de salud en relación con el Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850[353]

Red de Prestadores para prestaciones asociadas, pero no garantizadas, no siendo aplicable la CAEC.[354]

Las atenciones efectuadas en la Red de prestadores definida para el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, asociadas a alguna de las prestaciones garantizadas por el Decreto a que se refiere el artículo 5° de la Ley N°20.850, pero no garantizadas por la ley 20.850, se entenderán realizadas en la red asistencial del respectivo sistema previsional de salud del paciente para todos los efectos legales y de coberturas

Por lo tanto, tratándose de beneficiarios de isapre incorporados al Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, a los que se les hubieren realizado prestaciones de salud asociadas a alguna de las prestaciones garantizadas por el Decreto a que se refiere el artículo 5° de la Ley N°20.850, pero no garantizadas ni afectas a la CAEC, en un prestador del Sistema, se entenderá que es un prestador preferente o cerrado, según sea el caso, del respectivo plan de salud, siempre que éste los contemple.

Título VI Comunicación entre el Fonasa y las isapres[355] [356]

Cada vez que un beneficiario de isapre postule a los beneficios del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, por alguna de las patologías contempladas en el Decreto del Ministerio de Salud a que se refiere el artículo 5° de la Ley 20.850, el Fonasa deberá notificar de inmediato a la isapre respectiva, indicando los antecedentes necesarios para su debida comprensión, los que deberán incluir, a lo menos, la individualización del paciente y su diagnóstico, aunque esté en etapa de sospecha fundada. Ésta deberá proceder a la activación de la CAEC, en los casos en que esté incorporada en el contrato de salud previsional, siempre que no se trate de patologías que estén también incluidas en el Decreto que fija las GES.

La Isapre, dentro del primer día hábil siguiente desde que reciba la referida notificación, deberá informar al Fonasa lo que se indica a continuación, según corresponda:

a) CAEC activada, ausencia de ésta en el contrato de salud o la circunstancia de tratarse de un problema de salud GES.
b) Individualización del o los prestadores de la Red CAEC aplicable al beneficiario de que se trate.
c) Individualización del o los prestadores GES, para el problema de salud respectivo, en su caso.
d) Individualización del o los prestadores del plan de salud del beneficiario, en caso de que su contrato no cuente con la CAEC o si se trata de prestaciones en que ésta no opera o si, tratándose de un problema de salud GES, el beneficiario ha optado por la cobertura de su plan de salud.
e) Todo otro antecedente que sea relevante para el otorgamiento de los beneficios y determinación de las coberturas respectivas.

El Fonasa otorgará las prestaciones garantizadas teniendo en consideración los prestadores informados por la isapre, que formen parte de la Red CAEC, GES o del plan de salud, según corresponda, conforme se instruye en las letras b), c) y d) del párrafo anterior, y siempre que pertenezcan a la Red definida por el Ministerio de Salud para la aplicación de este Sistema, en la medida en que ello sea posible y de acuerdo a las necesidades específicas de atención del paciente, facilitando, de tal forma, el funcionamiento conjunto de los beneficios.

[353] Título agregado por Circular IF N° 255, de 2016

[354] Modificado por Circular IF N°263, del 9/05/2016

[355] Título agregado por Circular IF N° 255, de 2016

[356] Modificado por Circular IF N°263, de 2016 y por RE IF N°216, de 03/06/2016

Las referidas comunicaciones deberán efectuarse por medio de correo electrónico, utilizando las direcciones que el Fonasa y cada isapre deben mantener registrada y actualizada en la red privada denominada Extranet Superintendencia de Salud, disponible en el Portal Web de esta Superintendencia. Todas estas comunicaciones deberán remitirse con copia a la dirección "leyricartesoto@superdesalud.gob.cl", consignando y manteniendo en el asunto, el enunciado: **"Postulación Ley Ricarte Soto"**, e incluyendo el nombre de la isapre, sea ésta remitente o destinataria de la información.

Para tal efecto, dentro de los cinco días hábiles contados desde la notificación de las presentes instrucciones, las isapres y el Fonasa deberán registrar un usuario titular y uno suplente, asociados a la función definida para la Ley 20.850 en la citada red privada, cuyos datos deberán mantener, asimismo, actualizados. Para ello, deberán ingresar a la Extranet, Módulo 2, "Administración de los usuarios y sus perfiles asociados a los sistemas de extranet". Sin perjuicio de ello, la Red pondrá a disposición de los usuarios un manual de uso.

En lo referido al uso de la citada Extranet, se aplicarán supletoriamente las normas contenidas en el Título I del Capítulo I del Compendio de Normas Administrativas en materia de Información, en lo que sea pertinente.

La omisión por parte de Fonasa o de la Isapre de la respectiva comunicación, en ningún caso podrá afectar los derechos de los beneficiarios, contemplados en la Ley 20.850.

Título VII Instrucciones sobre la aplicación informática para notificación y gestión de pacientes en urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[357] GES y/o personas beneficiarias de Ley Ricarte Soto. [358][359]

1. Sobre la obligación de los prestadores de informar

De acuerdo a lo establecido en la Ley 19.966 y su Reglamento (Decreto 136/2005) y, en especial, respecto de las funciones establecidas en el Decreto Nº34, de 2021, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento sobre condiciones clínicas generales y circunstancias para certificar estado de emergencia o urgencia en paciente adulto, recién nacido y pediátrico, corresponderá al establecimiento de salud, público o privado notificar a la Superintendencia de Salud a través de las plataformas que dispongan al efecto, los pacientes en condición de emergencia vital o secuela funcional grave GES. Asimismo, deberá informar los casos de pacientes beneficiarios de la ley N°20.850.[360]

Conforme a lo anterior,[361] Los prestadores de salud están obligados a informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y al Fondo Nacional de Salud, dentro de las veinticuatro horas siguientes, las personas que reciban en sus establecimientos en una situación de salud que implique urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[362] y que tienen derecho a las prestaciones incluidas en el Sistema de Protección Financiera de que trata la Ley N°20.850. En caso de desconocer la identificación del paciente al momento del ingreso, el establecimiento deberá ejercer todas las medidas a su alcance para obtener dicha información en el menor tiempo posible. El establecimiento responsable deberá acreditar ante esta Superintendencia las acciones ejecutadas con el fin antes señalado.

Asimismo, deberán informar las personas beneficiarias del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo que hayan requerido atención cerrada en su establecimiento, de conformidad con las disposiciones contenidas en la Ley N°19.966 (GES).

---

[357] Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23
[358] Título ingresado por Circular IF/N° 260 del 20.01.2016
[359] Título modificado por la Circular IF/N°281 del 3 de enero de 2017
[360] Párrafo agregado por la Circular IF 494, de 18.02.2025

[361] Se antepone a la oración "Los prestadores de salud están obligados a informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y al Fondo Nacional de Salud" la frase "Conforme a lo anterior", según Circular IF 494, de 18.02.2025

[362] Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23

Lo anterior, con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en el Reglamento que establece los Mecanismos de Reembolso a Prestadores por parte del Fonasa en los casos previstos en el artículo 3° de la Ley 20.850.

Para dar cumplimiento a lo anterior, el prestador debe ingresar a la aplicación informática que se encuentra habilitada en el sitio web www.supersalud.gob.cl, a través del banner "Notificación y gestión de pacientes en urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[363] GES y/o personas beneficiarias de Ley Ricarte Soto", utilizando la identificación de usuario (nombre de usuario) y la contraseña de acceso (clave), que le fue asignada por esta Superintendencia con ocasión de la entrada en vigencia de la Ley N° 19.966, para notificar los casos que impliquen urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[364], por alguno de los problemas de salud GES.

La información ingresada en la página electrónica de esta Superintendencia deberá ajustarse a las especificaciones contenidas en el "Manual de Usuario", ubicado dentro de la aplicación informática antes mencionada.

2. Sobre la información disponible para las Isapres, Fonasa, las Instituciones de Salud Previsional de las Fuerzas Armadas y las de Orden y Seguridad Pública.

La información sobre el paciente y su condición de urgencia ingresada por los prestadores, quedará inmediatamente disponible para consulta en el sitio web www.supersalud.gob.cl, en la aplicación informática denominada Notificación y gestión de pacientes en urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[365] GES y/o personas beneficiarias de Ley Ricarte Soto.

Para acceder a dicha información se debe utilizar la identificación de usuario (nombre de usuario) y la contraseña de acceso (clave) que le fue asignada por esta Superintendencia para ingresar a la aplicación informática de urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[366].

El usuario autorizado para ingresar al sistema deberá revisar el listado "Por confirmar" e identificar los beneficiarios que pertenecen a esa Institución y reconocerlos mediante la opción "Recibir", con la finalidad de proceder de acuerdo a la normativa vigente sobre esta materia. La totalidad de la información que registren los prestadores de salud, en la señalada aplicación informática, sólo podrá ser visualizada cuando se reconozca al paciente como beneficiario.

Es responsabilidad del Fonasa, las Isapres y las Instituciones de Salud Previsional de las FFAA y las de Orden y Seguridad Pública consultar diariamente, en modalidad 24/7, el listado denominado "Pacientes no asignados", en caso que el prestador no haya informado correctamente el campo "Situación previsional en materia de salud", o lo haya omitido, con el objeto de reconocer y recibir a sus beneficiarios y garantizar el rescate oportuno de ellos, según corresponda.

[363] Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23
[364] Id.
[365] Id.
[366] Id.