

CIRCULAR IF/Nº 509
Santiago, 16 SEP 2025

**IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE PRESUPUESTOS OTORGADOS POR LAS
ISAPRES**

Esta Intendencia en ejercicio de las atribuciones que le confiere la ley, en especial, lo dispuesto en los artículos 110 números 2 y 114, y en especial lo previsto en el Art. 172, del D.F.L Nº1, de 2005, de Salud, viene en impartir las siguientes instrucciones de carácter general a las Instituciones de Salud Previsional.

I. OBJETIVO

Instruir a las isapres sobre la obligación de elaborar presupuestos que cumplan con un estándar mínimo común, incorporando en dichos formularios notas, advertencias y/o indicaciones que faciliten su comprensión por parte de la persona beneficiaria, permitiéndole así tomar decisiones informadas.

**II. MODIFICA LA CIRCULAR IF/Nº131, DEL 30 DE JULIO DE 2010, QUE
CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE
PROCEDIMIENTOS**

Se modifica el Capítulo I "Procedimientos Relativos al Contrato de Salud", Título V. "Cumplimiento del contrato de salud", punto 4 "Otorgamiento de presupuestos", de acuerdo a lo siguiente:

a. Se agregan los siguientes párrafos a continuación del primero, pasando el actual párrafo segundo a ser el cuarto:

"No obstante lo anterior, si la orden médica contiene una intervención, prestación o código que, por su naturaleza, pueda implicar el uso de dispositivos médicos implantables -como lentes intraoculares, marcapasos, stents-, o de prótesis, órtesis, placas, tornillos u otros elementos de osteosíntesis, aunque estos no estén expresamente mencionados en dicha orden, la isapre deberá incluir en el presupuesto la cobertura en porcentaje y tope aplicable en U.F y pesos, que corresponda a dichos dispositivos, conforme al plan de salud contratado.

Lo señalado, sin perjuicio de la advertencia que, al respecto, la isapre deberá efectuar a la persona beneficiaria -a través de los medios idóneos y formales que ha implementado en materia de presupuestos- haciéndole la debida prevención y dejando registro de dicha advertencia, si se percata que, dicha prestación o código, podría llevar aparejados elementos que podrían haber sido omitidos en la orden médica.

b. Se elimina la palabra "Asimismo" ubicada al comienzo del párrafo segundo (actual párrafo cuarto).

c. Se agrega el siguiente párrafo a continuación del párrafo final, con el siguiente contenido: "La vigencia del presupuesto no podrá ser inferior a 15 días hábiles. Sin perjuicio de ello, el presupuesto estimado por la isapre se entenderá vigente incluso una vez expirado, siempre que las condiciones que sirvieron de base para su cálculo se mantengan inalteradas (p.ej. las prestaciones indicadas en la orden de atención, sus códigos, precio cobrado por el prestador y demás antecedentes relevantes que hayan sido considerados en la estimación)."

d. Se agregan los siguientes contenidos, en el punto 4. "Otorgamiento de presupuestos", a continuación del párrafo insertado por la letra c precedente:"

"a. Menciones mínimas sobre el formato de Presupuestos Médicos

En armonía con las instrucciones antes mencionadas, las instituciones de salud previsional, con el fin de estandarizar la información que, como mínimo, debiese contener el presupuesto solicitado por la persona beneficiaria, deberá consignar las siguientes notas explicativas, indicaciones o advertencias, en el documento propiamente tal (sea físico o digital) o en un documento anexo al presupuesto. No obstante, dichas instituciones podrán incluir adicionalmente todas aquellas notas y definiciones que se ajusten a la normativa vigente y que estimen necesario incorporar para la correcta aplicación e interpretación del plan de salud, pudiendo utilizarlas para aclarar o precisar la información contenida en el presupuesto.

Las notas o indicaciones mínimas a constar en el documento son las siguientes:

1.- Relativas a restricciones o exclusiones contractuales. Incluyen, advertencias respecto a la afectación de la cobertura por restricciones asociadas a la Declaración de Salud y preexistencias declaradas; sobre la evaluación de la cobertura informada en el caso de preexistencias no declaradas y prestaciones con fines de embellecimiento de que se tome conocimiento con posterioridad a la elaboración del presupuesto requerido y que pueden significar el rechazo de la cobertura de parte de la isapre.

La inserción de esta nota estandarizada sobre preexistencias no declaradas y prestaciones con fines de embellecimiento, es sin perjuicio de la obligación de la isapre de otorgar el presupuesto solicitado y adicionalmente, dar cumplimiento a las instrucciones que, en esta materia, ha impartido la Superintendencia mediante la Circular IF 503, de 11.7.2025, comprendida en el Compendio de Procedimientos.

2.- Relativas a la cobertura. Se deben incorporar advertencias sobre los elementos que podrían hacer variar la cobertura, como el uso de un tipo de habitación que no se encuentre expresamente descrita en el plan de salud o bien, mediante una indicación, instar a la persona beneficiaria a que revise el tipo de habitación que especifica el plan de salud, previo a la elección de esta última, así como los prestadores (médicos) del staff o en convenio, dada la incidencia de estos antecedentes en la cobertura; advertencias sobre la posible aplicación de topes de cobertura o límite máximo de cobertura conforme al plan de salud contratado, expresados en pesos o Unidades de Fomento; mención relacionada con la atención de parto y su cobertura proporcional a la vigencia del contrato (aplicación de novenos), indicando además, que, si existen cambios de plan durante el embarazo, el presupuesto se realizará en función de la permanencia de la beneficiaria en cada plan de salud; advertencia respecto a que no tendrán cobertura aquellas prestaciones que no se encuentren incluidas en el Arancel de la isapre. Finalmente, advertir sobre la posibilidad de que el plan de salud de la persona beneficiaria cuente con cobertura restringida, tales como, en el caso de las cirugías bariátricas o refractarias.

3.- Nota o indicación sobre la vigencia que tendrá el presupuesto otorgado.

4.- Nota o indicación específica que señale lo siguiente, conforme a lo dispuesto en esta norma: "Este presupuesto representa un valor referencial, y solo tendrá carácter vinculante en caso de que se mantengan los mismos códigos de prestaciones efectivamente otorgadas y que estas se realicen bajo las mismas condiciones de atención presupuestadas".

5.- Nota informativa a las personas beneficiarias acerca de la posibilidad de acogerse a la CAEC, cada vez que tomen conocimiento de haberseles diagnosticado una enfermedad que pueda tener o adquirir la calidad de catastrófica, indicándoles los requisitos y procedimientos a seguir para activar el beneficio y vías de contacto.

Si el presupuesto realizado por una atención hospitalaria o ambulatoria con cobertura CAEC estima copagos superiores al deducible que debe pagar el beneficiario, la isapre deberá incluir una mención destacada en el formulario o documento (digital o escrito) señalando que el monto total a pagar por la intervención podría ser menor en caso de activar el beneficio CAEC y aceptar sus condiciones.

6.- Nota o indicación informativa señalando que, si el diagnóstico médico corresponde a un Problema de Salud GES notificado por su prestador, podrá activar este beneficio haciendo reseña de los procedimientos a seguir y vías de contacto.

Si el presupuesto de una atención hospitalaria o ambulatoria se refiere a un diagnóstico y prestación con cobertura GES, la isapre deberá incluir una mención destacada señalando que el monto total a pagar por la intervención podría ser menor en caso de activar el beneficio GES y aceptar sus condiciones.

b) Presupuestos Alternativos. Las instituciones de Salud deberán informar a las personas beneficiarias, que han sido instruidos por esta Superintendencia para ofrecer alternativas presupuestarias respecto de la intervención hospitalaria o ambulatoria, según corresponda, que se deban practicar, en base al diagnóstico otorgado por el prestador de salud en su orden de atención.

Las alternativas presupuestarias estarán representadas por opciones vinculadas a otro prestador de salud o bien paquetizaciones que oferte la isapre como soluciones de salud, que sean financieramente más convenientes en términos de cobertura y copago, respecto del presupuesto original que se ha requerido.

La elaboración de los presupuestos alternativos deberá contar con la autorización de la persona beneficiaria o de su representante -que cuente con un poder simple- de manera que se pueda utilizar su información personal y médica con el debido resguardo. La persona beneficiaria no está obligada a autorizar la emisión de presupuestos alternativos ni el tratamiento de sus datos personales para dichos fines, y siempre podrá rechazar este ofrecimiento de la isapre.

El tratamiento de los datos a que se refiere el párrafo precedente, quedará sujeto a las disposiciones contenidas en el artículo 134 bis, del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de salud, y la Ley 19.628 sobre Protección a la Vida Privada.

La isapre dispondrá de los canales y, medios idóneos mediante los cuales obtendrá dicha autorización, la que podrá requerirse, a modo de ejemplo, a través de un "documento tipo" entregado de manera presencial; vía correo electrónico; un mandato contenido en el propio formulario de presupuesto o bien, mediante la sección de la página Web destinada a la solicitud de presupuestos médicos.

b1. Sobre presupuestos alternativos basados en Paquetizaciones

En caso de que la isapre cuente con cobertura paquetizada para la intervención cuyo presupuesto se solicita, la institución de salud -mediando la autorización respectiva- deberá elaborar un presupuesto alternativo sobre la intervención sanitaria paquetizada que se requiera, para que, la persona beneficiaria, pueda ejercer su elección de manera informada. Para ello, la institución deberá entregar cómo mínimo, información respecto del prestador que otorga el paquete de prestaciones, el precio y la bonificación que correspondería aplicar a un problema de salud determinado, y alguna otra variable o información que se considere relevante a la hora de optar por alguna de las soluciones sanitarias convenidas por la isapre.

Lo señalado, sin perjuicio de las características y disposiciones que deben cumplir los presupuestos y que le sean aplicables, conforme a las instrucciones contenidas en este Capítulo I "Procedimientos Relativos al Contrato de Salud", Título V. "Cumplimiento del contrato de salud", punto 4 "Otorgamiento de Presupuestos", del Compendio de Procedimientos.

En el caso que existan distintos prestadores en convenio que otorguen la prestación paquetizada, o bien exista un solo prestador con diferentes valores asignados según especificaciones del plan de salud al que se le asocie; características propias de la solución de salud que se esboce; u otras condiciones diferentes, la institución de salud, podrá entregar presupuestos comparativos a la persona beneficiaria, de manera que pueda mejor resolver y tomar su decisión al respecto. Especialmente, deberá entregarse esta información comparativa, cuando se trate de Problemas de Salud GES, por los cuales la isapre haya creado un paquete de prestaciones alternativo para ofrecer a sus beneficiarios.

III. VIGENCIA

La presente Circular entrará en vigencia transcurridos 3 meses desde la fecha de su notificación.



OSVALDO VARAS SCHUDA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD


KBM/ PBB /MRA/FAHM/MRC
TT TT

Distribución

Gerentes Generales de Isapres
Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
Subdepartamento de Resolución de Conflictos
Subdepartamento de Fiscalización de Beneficios
Subdepto. Regulación
Oficina de Partes
Corr. 9328- 2025