



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF/Nº 340

Santiago, 09 OCT. 2019

ACTUALIZA INSTRUCCIONES SOBRE INFORMACIÓN RELATIVA AL SISTEMA DE PROTECCIÓN FINANCIERA PARA DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS DE ALTO COSTO

Esta Intendencia, en ejercicio de las facultades que le confieren los artículos 107 110, 114 y 115 del DFL N°1, de 2005, de Salud, y teniendo presente lo dispuesto en los Decretos N° 47 de 2017 y N° 2 de 2019, ambos del Ministerio ya citado, viene en impartir las siguientes instrucciones.

I. OBJETIVO

Ajustar las instrucciones administrativas impartidas por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, a la incorporación de nuevas prestaciones al Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

II. MODIFICA EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE INFORMACIÓN, DICTADO POR LA CIRCULAR IF/Nº 124, DE 30 DE JUNIO DE 2010

Se modifica el Anexo que contiene el archivo denominado "Trazabilidad del paciente Ley Ricarte Soto", comprendido en el Título XXI "Ley Ricarte Soto", del Capítulo II, "Archivos Maestros", como sigue:

Se reemplaza la etiqueta o definición del campo 12 "patología", comprendida en la Estructura del Archivo, por lo siguiente:

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	ETIQUETA	TIPO
12	patología	Informar nombre y número o categoría asignada por el Decreto Supremo vigente, que contiene los diagnósticos y tratamientos de alto costo para condiciones específicas de salud con sistema de protección financiera (Ley N° 20.850)	Texto /categoría

''

III. MODIFICA EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE BENEFICIOS, DICTADO POR CIRCULAR IF/Nº 77, DE 25 DE JULIO DE 2008

En el Capítulo VII "Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo", se efectúan las siguientes modificaciones:

1.- En el primer párrafo del Título I, reemplázase la expresión "Supremo Nº50, de 2016, de los Ministerios de Salud y de Hacienda" por "del Ministerio de Salud a que se refiere el artículo 5º de la ley citada".

2.- En el numeral 3 de la letra A del Título II, reemplázase la expresión "Supremo Nº50, de 2016, de los Ministerios de Salud y de Hacienda" por "del Ministerio de Salud a que se refiere el artículo 5º de la Ley 20.850".

3.- En el numeral 7 de la letra A del Título II, en su apartado "a.", suprímese la expresión "-cuyo listado se acompaña en este documento-".

4.- En el "ANEXO Nº 1" del Título II, modifícase el "Listado de diagnósticos y tratamientos de alto costo para condiciones específicas de salud con sistema de protección financiera de la Ley Ricarte Soto", en la siguiente forma:

- a) Se sustituye la mención contenida en el paréntesis, "Decreto Nº50/2016", por la expresión "Determinados por el Decreto a que se refiere el artículo 5º de la Ley 20.850".
- b) Se incorpora cambios a los números 5, 10 y 11 y se agrega los números 15 al 27, quedando la lista como sigue:

"

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. 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

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
		fibroblastos o leucocitos. 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. 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 LINEA 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 PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE PRIMARIA PROGRESIVA	Tratamiento: Fingolimod o Natalizumab o Alemtuzumab o Cladribina u Ocrelizumab. i) 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

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
		<p>Ocrelizumab.</p> <p>ii) En personas con Esclerosis Múltiple Primaria Progresiva, que cumplan los criterios de inclusión establecidos en el protocolo para esta condición de salud, se garantizará el tratamiento farmacológico con Ocrelizumab.</p> <p>iii) 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.</p>
6	<p>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN TALIGLUCERASA O IMIGLUCERASA PARA LA ENFERMEDAD DE GAUCHER</p>	<p>Confirmación diagnóstica indispensable: Examen de medición de la actividad enzimática en leucocitos.</p> <p>Tratamiento: Terapia de reemplazo enzimática con Taliglucerasa o Imiglucerasa.</p>
7	<p>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN AGALSIDASA PARA LA ENFERMEDAD DE FABRY</p>	<p>Confirmación diagnóstica: En Hombres medición enzimática en leucocitos; En Mujeres estudio molecular.</p> <p>Tratamiento: Terapia de reemplazo enzimático con Agalsidasa.</p>

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
8	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN ILOPROST INHALATORIO O AMBRISENTAN O BOSENTAN PARA LA HIPERTENSION 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 SOBREEXPRESA EL GEN HER2	Tratamiento: Trastuzumab. Para pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mamas que sobreexpresa 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. i) 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. ii) 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.

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
11	<p>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</p>	<p>Tratamiento: Palivizumab. Administrado durante el período alta circulación viral con un máximo de 5 dosis anuales, para los siguientes subgrupos: i) 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. ii) 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.</p>
12	<p>TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB O ADALIMUMAB EN LA ENFERMEDAD DE CROHN GRAVE REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL</p>	<p>Tratamiento: Adalimumab o Infliximab, para pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad de Crohn del subgrupo grave refractaria a tratamiento habitual.</p>
13	<p>NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA TOTAL O PARCIAL, PARA PERSONAS CUYA CONDICIÓN DE SALUD IMPOSIBILITA LA ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL</p>	<p>Fórmulas de alimentación enteral: Fórmulas poliméricas, oligoméricas, elementales (monométricas) o especiales, según protocolo específico para</p>

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
		<p>esta condición de salud.</p> <p>Dispositivos médicos necesarios:</p> <p>a) Sonda nasogástrica. a. Jeringa b. Sonda enteral siliconada c. Contendor d. Línea de infusión e. Bomba.</p> <p>b) Sonda nasoyeyunal. a. Jeringa b. Sonda enteral Siliconada c. Contendor d. Línea de infusión e. Bomba.</p> <p>c) Ostomía Gástrica. a. Jeringa b. Repuesto extensión gruesa c. Kit de gastrostomía percutánea d. Botón e. Contendor f. Línea de infusión g. Repuesto extensión angosta h. Repuesto extensión gruesa i. Sonda gastrostomía j. Bomba.</p> <p>d) Ostomía yeyunal. a. Jeringa b. Repuesto extensión angosta c. Kit de gastrostomía percutánea d. Botón e. Contendor f. Línea de infusión g. Repuesto extensión angosta</p>

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
		<p>h. Bomba i. Sonda de yeyunostomía.</p> <p>Los recambios, las renovaciones o las mantenciones de los dispositivos médicos necesarios señalados en la letra anterior durante el período de tratamiento.</p>
14	<p>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</p>	<p>Confirmación diagnóstica indispensable: Monitoreo continuo de la glicemia.</p> <p>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.</p> <p>Los recambios, las renovaciones o las mantenciones de los dispositivos médicos necesarios señalados en la letra anterior durante el período de tratamiento.</p>
15	<p>DISPOSITIVO DE ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA PARA DISTONÍA GENERALIZADA</p>	<p>Dispositivo: 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:</p> <p>- Dispositivo de</p>

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
		<p>estimulación cerebral profunda: generador de pulsos implantable, extensión y electrodos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Generador de pulsos implantable de reemplazo para dispositivo de estimulación cerebral profunda.
16	<p>TRATAMIENTO CON SUNITINIB O EVEROLIMUS PARA ENFERMEDAD PROGRESIVA DE TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS</p>	<p>Tratamiento: En personas de dieciocho años y más con Tumores Neuroendocrinos pancreáticos progresivos y bien diferenciados con enfermedad irreseccable, localmente avanzada o metastásica, que cumplan los criterios establecidos en el protocolo, se garantizará el tratamiento farmacológico con Sunitinib o Everolimus.</p>
17	<p>DISPOSITIVO DE IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL PARA HIPOACUSIA SENSORIONEURAL BILATERAL SEVERA O PROFUNDA POSTLOCUTIVA</p>	<p>Dispositivo: 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implante Coclear unilateral. - Recambio de accesorios según vida útil.

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
		<ul style="list-style-type: none"> - Reemplazo de procesador del habla cada 5 años.
18	<p align="center">TRATAMIENTO CON INHIBIDOR DE C1 ESTERASA PARA ANGIOEDEMA HEREDITARIO</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p align="center">AYUDAS TÉCNICAS PARA PERSONAS CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA MODERADA O SEVERA</p>	<p>Tratamiento: Ayudas técnicas para personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica moderada y severa, según protocolo específico para esta condición de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Ayudas Técnicas para el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD): <ul style="list-style-type: none"> a) Baño portátil. b) Silla de ruedas neurológica. c) Tecnologías de la comunicación aumentativas y alternativas (tecnologías de seguimiento ocular). ii) Ayudas técnicas para

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
		<p>el tratamiento rehabilitador:</p> <p>a) Colchón antiescaras. b) Cojín antiescaras. iii) Ayudas técnicas para el soporte vital:</p> <p>a) Equipo ventilador mecánico no invasivo domiciliario con generador de flujo a presión positiva binivelada (Bi-PAP). b) Aspirador de secreciones.</p>
20	<p>DISPOSITIVOS DE USO MÉDICO PARA CURACIONES EN PERSONAS CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA DISTRÓFICA O JUNTURAL</p>	<p>Tratamiento: Dispositivos de uso médico para curaciones para personas con epidermólisis bullosa distrófica o juntural, según protocolo específico para esta condición de salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Aguja hipodérmica. 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,

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
		<p>undecilenamidopropil betaína, polihexanida, hidroxietilcelulosa, para el lavado, descontaminación e hidratación de heridas.</p> <p>10. Rollo de gasa oclusiva con Tibromofenato de bismuto al 3% en una mezcla con petrolato.</p> <p>11. Hidrogel amorfo, translúcido e incoloro.</p> <p>12. Apósito absorbente, extrafino y autoadherente con tecnología de adhesivos con silicona.</p> <p>13. Apósito absorbente.</p> <p>14. Apósito de espuma (espuma de poliuretano y tecnología de adhesivos de silicona).</p> <p>15. Apósito Interfase de contacto flexible, antibacteriana con tecnología lípido coloide (TLC) y plata.</p> <p>16. Apósito de espuma microadherente con tecnología lípido coloide (TLC) y factor nano oligosacárido (NOSF).</p> <p>17. Apósito absorbente antimicrobiano y plata iónica.</p> <p>18. Apósito de espuma de hidrofibra.</p> <p>19. Apósito hidroconductor.</p> <p>20. Apósito hidrocélular antimicrobiano con polihexametileno biguanida (PHMB).</p> <p>21. Apósito gasa absorbente impregnada</p>

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
		<p>con vaselina.</p> <p>22. Apósito de malla de acetato de celulosa y petrolato.</p> <p>23. Apósito de gasa parafinada de baja adherencia.</p> <p>24. Apósito de transferencia de exudado.</p> <p>25. Apósito de membrana polimérica multifuncional.</p> <p>26. Apósito antimicrobiano de espuma de poliuretano absorbente con plata y capa de silicona.</p> <p>27. Apósito de hidrofibra de hidrocoloide con fibra reforzante de celulosa.</p> <p>28. Cinta quirúrgica de rayón altamente respirable, no oclusiva y con adhesivo hipoalergénico.</p> <p>29. Cinta de fijación de silicona atraumática.</p>
21	<p>TRATAMIENTO CON IMATINIB O SUNITINIB EN PERSONAS CON TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL NO RESECABLES O METASTÁSICOS</p>	<p>Confirmación Diagnóstica: Examen Inmunohistoquímica de proteína c-kit/CD117 y tomografía computada.</p> <p>Tratamiento farmacológico: Imatinib o Sunitinib.</p> <p>i) 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</p>

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
		<p>protocolo de esta condición de salud.</p> <p>ii) 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.</p> <p>iii) 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.</p>
22	<p>TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB O ETANERCEPT O ADALIMUMAB O SECUKINUMAB EN PERSONAS CON ARTRITIS PSORIÁSICA MODERADA A GRAVE REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL</p>	<p>Tratamiento: Golimumab o Etanercept o Adalimumab o Secukinumab.</p> <p>i) Para los casos nuevos, el tratamiento se encuentra indicado para personas con Artritis Psoriásica moderada a grave refractaria al tratamiento habitual, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud.</p> <p>ii) Para la continuidad de tratamientos en pacientes ya usuarios de medicamentos</p>

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
		<p>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.</p>
23	<p>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</p>	<p>Tratamiento: Golimumab o Adalimumab o Infliximab. i) En personas adultas con diagnóstico confirmado de Colitis Ulcerosa Moderada inmunorefractaria, se garantizará el tratamiento farmacológico con Golimumab o Adalimumab. ii) En personas adultas con diagnóstico confirmado de Colitis Ulcerosa Grave refractaria a corticoides, se garantizará el tratamiento farmacológico con Infliximab. iii) 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.</p>
24	<p>TRATAMIENTO CON TETRABENAZINA PARA LA COREA EN PERSONAS</p>	<p>Confirmación Diagnóstica: Test de Repetición de CAG del</p>

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
	CON ENFERMEDAD DE HUNTINGTON	exón 1 del Gen HTT. Tratamiento farmacológico: Tetrabenazina.
25	TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBULINA G EN PERSONAS CON INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS	Tratamiento: Inmunoglobulina endovenosa inmunoglobulina subcutánea. G O G
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 NEOPLASIAS MIELOPROLIFERATIVAS	Tratamiento: Ruxolitinib.

IV. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Entrega de la clave de acceso al Sistema Informático del Fondo Nacional de Salud

El Fonasa deberá otorgar clave de acceso al sistema que contiene la información asociada a las prestaciones contempladas en el Sistema de Protección Financiera, de acuerdo a las disposiciones de Ley N°20.850, a los siguientes profesionales de la Superintendencia de Salud:

NOMBRE	UNIDAD	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
Sandra Armijo	Jefa del Subdpto. de Fiscalización de Beneficios	sarmijo@superdesalud.gob.cl	228369394
Marcela Molina	Coordinadora del Subdpto. de Fiscalización de Beneficios	mmolina@superdesalud.gob.cl	228369326
Claudia Román	Coordinadora del Subdepto. de Fiscalización de Beneficios	croman@superdesalud.gob.cl	228369325

Yovanka Barile	Fiscalizadora del Subdepto. de Fiscalización de Beneficios	ybarile@superdesalud.gob.cl	228369163
Mercedes Jeria	Jefa Dpto. de Estudios	mjeria@superdesalud.gob.cl	228369460
Robert Tegtmeier	Investigador del Dpto. de Estudios	rtegtmeier@superdesalud.gob.cl	228369374
Ciro Ibañez	Investigador del Dpto. de Estudios	Cibanez@superdesalud.gob.cl	228369426

V. VIGENCIA

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



MANUEL RIVERA SEPÚLVEDA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD

[Handwritten signature]
SAQ/MMJC/CSM/AMAW/MPO/RTM
DISTRIBUCIÓN:

- Director Fondo Nacional de Salud
- Gerentes Generales de isapres
- General del Aire/Comandancia en Jefe de la Fuerza Aérea de Chile
- Comandante en Jefe de la Armada/Comandancia en Jefe de la Armada
- General de Ejército/Comandancia en Jefe del Ejército
- Comandante del Comando de Salud del Ejército
- Director de Sanidad/División de Sanidad de la Armada de Chile
- Jefe de División de Sanidad/División de Sanidad Fuerza Aérea de Chile
- Vicepresidente Ejecutivo Capredena
- Director Dipreca
- Asociación de Isapres de Chile
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Depto. de Estudios
- Subdpto. Regulación
- Subdpto. de Fiscalización de Beneficios
- Oficina de Partes

Corr. 9110-2019