



COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE BENEFICIOS



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.....	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	11
B.- Reglas generales.....	11
1. Planes cerrados	11
2. Planes con prestadores preferentes	12
3. Los tiempos de espera.....	12
4. Cumplimiento de los tiempos de espera	12
5. Insuficiencia del prestador.....	13
6. Derecho a requerir la derivación	13
7. Individualización en el plan de los prestadores derivados.....	13
8. Prestaciones en el prestador derivado.....	13
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	14
12. Mecanismos de garantía respecto a la segunda opinión.....	14
13. Opiniones médicas divergentes	14
14. Condiciones de acceso a la cobertura.....	15
Título IV Selección de Prestaciones Valorizadas	16
1. Concepto	16

2. Bonificación en caso de haber diferencia de valor entre la Cartilla y el Plan de Salud Complementario	16
Título V Reglas Especiales de Cobertura y Bonificación	17
1. Disposiciones generales	17
2. Normas especiales de cobertura	19
3. Normas sobre bonificación	49
4. Beneficios con cargo a la cuenta corriente de excedentes	51
Título VI Restricciones de Cobertura	51
1. Cobertura de enfermedades preexistentes declaradas	51
2. Cobertura de enfermedades preexistentes no declaradas	51
3. Cobertura de supuestas preexistencias respecto de las que no existen pruebas	51
4. Cobertura del parto	51
Anexo	52
Capítulo II de los Subsidios por Incapacidad Laboral	54
Título I Subsidios por Incapacidad Laboral	54
1. Pago de los subsidios por incapacidad laboral	54
2. Convenios de pago de subsidios por incapacidad laboral celebrados con empleadores	55
3. Plazo de prescripción para el cobro de los subsidios	55
4. Comunicación al trabajador	55
Título II Subsidio por Incapacidad Laboral y Pensión de Invalidez	57
1. Fecha en que se devenga la pensión transitoria de invalidez para los trabajadores afectos al DL N° 3.500, de 1980, en goce de subsidio por incapacidad laboral durante el trámite de calificación de la invalidez	57
2. Incompatibilidad entre las pensiones de invalidez y el subsidio por incapacidad laboral	57
3. Imposibilidad del afiliado de concurrir a la Comisión Médica Regional de la AFP	58
4. Solicitud de declaración de invalidez y honorarios a Médicos Interconsultores de las Comisiones Médicas de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones	58
Capítulo III de las Urgencias	60
Título Mecanismos de financiamiento de las atenciones de emergencia	60
1. Pago de las atenciones de emergencia	60
2. Definiciones comunes a isapres y Fonasa	60
3. Pago de la isapre al prestador	60
4. Eliminado	60
5. Repetición contra el afiliado	60
6. Antecedentes para acreditar deuda y monto	61
7. Proposición de alternativas de pago	61
8. Plazo para la objeción o el pago	61

9. Objeciones a la liquidación.....	61
10. Activación del crédito legal.....	62
11. Pago del crédito legal	62
12. Servicio del crédito legal	62
13. Servicio del crédito durante períodos de incapacidad laboral transitoria	62
14. Servicio del crédito durante períodos de cesantía	63
15. Reajustes e intereses de la deuda.....	63
16. Imputaciones del monto pagado	63
17. Información al cotizante del servicio de la deuda	64
18. Nueva deuda por urgencia o emergencia	64
19. Pago mensual del crédito.....	64
20. Cotizante que percibe más de un ingreso.....	64
21. Cambio de situación laboral o previsional del cotizante	65
22. Situación de término del contrato del cotizante con la isapre.....	65
23. Fallecimiento del afiliado	65
24. Garantías	65
Anexos.....	67
Anexo N° 1	67
Anexo N° 2	69
Anexo N° 3	73
Anexo N° 4	74
Capítulo IV de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile	76
Título I Normas Generales	76
1. Eliminado.....	76
2. Obligación de informar de las isapres.....	76
3. Obligación de la isapre de designar un funcionario encargado de la CAEC.....	77
4. Obligación de las isapres de realizar las gestiones que permitan acceder a la CAEC.....	77
Título II Condiciones De Cobertura.....	78
1. Anexo de la CAEC	78
2. Dependencia de la CAEC del contrato de salud.....	78
3. Eliminado.....	78
4. Definición de la Red	78
5. Tiempos de espera.....	79
6. Insuficiencia de los prestadores.....	79
7. Cálculo del deducible	79
8. Crédito para el financiamiento del deducible	80

9. Reglas sobre la modalidad de pago del deducible	81
10. Eliminado	81
Título III Urgencias Caec.....	82
1. De las atenciones de urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave.....	82
2. Atención de urgencia en prestador ajeno a la Red CAEC.....	82
3. Atención de urgencia dentro de la RED CAEC.....	82
Título IV Incorporación de la CAEC	83
1. Isapres que no han incorporado la CAEC.....	83
2. Incorporación de la CAEC a los planes grupales	83
Título V Medidas de Publicidad.....	85
Título VI Término de la CAEC al Vencimiento del Período Anual	86
Título VII Disposiciones Transitorias.....	87
1. Pacientes crónicos	87
2. Eliminado	87
Anexo	88
CONDICIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN CHILE	88
Capítulo V del Programa Nacional de Alimentación Complementaria.....	109
1. Generalidades	109
2. Formularios PNAC	109
3. Carné de control de embarazadas y niños beneficiarios de isapres	109
4. Formulario de evaluación nutricional	109
5. Subprograma “Alergia a la Proteína de la Leche de la Vaca APLV, del Programa Nacional de Alimentación Complementaria PNAC”	109
Capítulo VI de las Garantías Explícitas en Salud GES.....	122
Título I Introducción.....	122
Título II Normas comunes a los Aseguradores.....	122
1. De la Periodicidad de los copagos y monto de ellos	122
2. De la Cobertura	122
Título III Normas Especiales para las Isapres.....	124
Título III Normas Especiales para las Isapres.....	124
1. Introducción	124
2. Obligación de las isapres de gestionar	124
3. Procedimientos y Mecanismos para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud.....	124
4. Obligación de Informar	125
5. Obligación de las isapres de realizar las acciones que permitan el acceso efectivo a los beneficios GES.....	132

6. De las Enfermedades GES Preexistentes	132
7. Activación de las GES.....	133
8. Obligaciones de las Isapres en cuanto al Acceso y Cobertura de Medicamentos, Insumos y Ayudas Técnicas GES.	134
Título IV Normas Especiales para Prestadores	138
1. Obligación de los Prestadores de Entregar Información Relacionada con las GES	138
Título V. Cobertura especial catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud GES-CAEC.....	140
I. Generalidades	140
II. Complementariedad GES-CAEC	140
III. Eliminado.....	141
IV. Difusión	141
Anexo N° 1: Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud.....	142
Capítulo VII Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo	153
Título I Disposiciones generales	153
Título II Disposiciones relacionadas con la difusión y mecanismos de acceso a la Ley N° 20.850	153
Título III Obligación de los prestadores de entregar información relacionada con la Ley Ricarte Soto	165
Título IV Operación de la CAEC en relación con el Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850	168
1. Procedencia de impetrar la CAEC	168
2. Efectos diferenciados de la CAEC	168
2.1 Prestaciones garantizadas afectas a la CAEC	168
2.2 Prestaciones garantizadas no afectas a la CAEC	169
2.3 Prestaciones asociadas, pero no garantizadas, afectas a la CAEC.....	169
3. Red de prestadores aplicable a ambos beneficios	169
4. Aplicación de la GES-CAEC	169
5. Registro	170
6. Transferencias al Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.....	170
6.1 Obligaciones del Fonasa.....	170
6.2 Obligaciones de las isapres	171
6.3 Otras Obligaciones.....	171
6.3.1 De las isapres.....	171
6.3.2 Del Fonasa	171
Título V Operación del plan de salud en relación con el Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850.....	172
Red de Prestadores para prestaciones asociadas, pero no garantizadas, no siendo aplicable la CAEC.	172
Título VI Comunicación entre el Fonasa y las isapres	172

Título VII Instrucciones sobre la aplicación informática para notificación y gestión de pacientes en urgencia vital o secuela funcional grave GES y/o personas beneficiarias de Ley Ricarte Soto.	173
1. Sobre la obligación de los prestadores de informar	173
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.....	174

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 N° 1, y precisar si estas prestaciones y beneficios se otorgarán en conformidad a las normas generales del Libro II del DFL N° 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 N° 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

Para efectos del cumplimiento de las metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva se considerarán tanto las prestaciones y acciones de salud otorgadas a través de los procedimientos y mecanismos definidos por la isapre especialmente para ese fin, como también las otorgadas a través del plan de salud complementario.

4. Obligación de financiar las prestaciones y beneficios de salud¹

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 éste².

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.

¹ Numeral incorporado por la Circular IF/N°287, de 29 de junio de 2017.

² 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 asiste³.

5. De la protección de la cobertura de atenciones de salud mental⁴

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 derogado⁵

³ Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF/N° 246, de 31 de agosto de 2017.

⁴ Numeral incorporado por la Circular IF/N°396, de 8 de noviembre de 2021.

⁵ 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 N° 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 declaradas⁶, 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 mayor⁷.

3.2. Planes con cobertura expresada en copagos fijos o garantizados⁸

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 derogado⁹

4. Cobertura financiera mínima para las consultas médicas de especialidades¹⁰

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

⁶ Modificado por Circular IF/N 334 de 2019.

⁷ N° 8.1 de la Circular IF N° 116, de 21 de abril de 2010.

⁸ Letra a) punto I de la circular IF N° 90, 06.01.2009

⁹ 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

¹⁰ 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 N° 1.

Título III Normas Especiales en Relación a Los Planes Cerrados y Planes con Prestadores Preferentes¹¹

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.

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.¹²

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 otorgará¹³.

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

¹¹ Título modificado por Circular IF/N° 294, de 5.10.2017

¹² 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.

¹³ Agregado por Circular IF/N° 153, de 9.08.2011.

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 artículo 3° del Decreto Supremo 369, de Salud, de 1985- 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 Elección¹⁴.

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 común¹⁵.

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.

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.¹⁶

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.

¹⁴ Incorporado por Circular IF/N° 201, de 13.09.2013

¹⁵ Párrafo incorporado por la Circular IF/N°218, de 11 de junio de 2014.

¹⁶ Revisar Compendio de Instrumentos Contractuales.

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.

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.¹⁷

¹⁷ Párrafo incorporado por Circular IF/275, de 2016.

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 N° 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 realizar¹⁸ 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.

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.

¹⁸ Agregado por Circular IF N°212, del 27.03.2014.

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 cobertura¹⁹

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, entabando, 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.

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.

¹⁹ Numeral agregado por Circular IF/294, de 5.10.2017

Título IV Selección de Prestaciones Valorizadas²⁰

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.²¹

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 produjeran 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.

²⁰ Ver Compendio de Instrumentos contractuales y Compendio de Procedimientos.

²¹ 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 contenidas 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 antecedentes médicos adicionales a terceros -o requerir la revisión de la ficha clínica por parte de un médico cirujano independiente- para resolver sobre la solicitud de beneficios presentada, en conformidad a lo pactado en los respectivos contratos de salud²².

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 solicitud²³.

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 beneficios²⁴.

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 éstos²⁵.

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 incapacidad²⁶.

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 beneficios²⁷.

²² Párrafo segundo del punto 4.1 y punto 8.2, letra a) de la Circular IF N° 116, de 21 de abril de 2010.

²³ Párrafo 1° y 4° del 4.2. de la Circular IF N° 116, de 21 de abril de 2010.

²⁴ Párrafo 1° del 1.3. de la Circular IF N° 116, de 21 de abril de 2010.

²⁵ Párrafo 2° del 3.4. de la Circular IF N° 116, de 21 de abril de 2010.

²⁶ Primer párrafo de la letra e) del 5.4. de la Circular IF N° 116, de 21 de abril de 2010

²⁷ Segundo párrafo de la letra e) del 5.4. de la Circular IF N° 116, de 21 de abril de 2010.

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 declaradas²⁸.

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 invalidez²⁹.

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
- 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

²⁸ Segundo párrafo del 5.1.1 de la Circular IF N° 116, de 21 de abril de 2010,

²⁹ Segundo párrafo del 5.3. de la Circular IF N° 116, de 21 de abril de 2010.

afiliado para las comunicaciones que le efectúe la institución de salud,³⁰ 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.³¹

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 salud³² 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.³³

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.³⁴

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 Recurrente³⁵

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.

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.

³⁰ 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.

³¹ Párrafo incorporado por Circular IF/N°330 de 27 de agosto de 2019

³² 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.

³³ Párrafo incorporado por Circular IF/N°330 de 27 de agosto de 2019

³⁴ Las isapres deberán otorgar esta cobertura bajo el código 18-02-012-7.

³⁵ Circular IF N° 93, 20.4.2009, Incorpora al Título V del Compendio de Beneficios, la nueva letra "d) Cobertura de la Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente".

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 tope 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.

e) Cobertura para prestaciones dentales³⁶

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:

e).1. Composición de los PAD de prestaciones dentales.³⁷

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

Código	Glosa
2503001	Diagnóstico, Prevención y Obturación para un diente
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.	

³⁶ Modificado por Circular IF N°196, 09.08.2013.

³⁷ Contenido del Punto e).1. reemplazado por Circular IF/N°395, de 15.10.2021

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.	

e).2. Acceso a las prestaciones.³⁸

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.

e).3. Eliminado³⁹

e).4. Atención Odontológica del Paciente Oncológico⁴⁰

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

³⁸ Contenido del Punto e).2. reemplazado por Circular IF/N°395, de 15.10.2021

³⁹ Letra e).3. eliminada por Circular IF/N°395, de 15.10.2021

⁴⁰ Letra modificada por la Circular IF N°349, de 27.03.2020

Preventivas	Procedimientos de higiene dental, profilaxis y aplicación de barniz de flúor
Curativas	<p>Como las siguientes:</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

***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.

e). 5. Plan de Salud y Otorgamiento de la bonificación ⁴¹

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.

⁴¹ Letra incorporada por la Circular IF N°349, de 27.03.2020

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.

f) “Cobro y bonificación de las 20 Soluciones Integrales a Problemas de Salud”⁴²

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 letra⁴³.

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 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.

⁴² Texto actualizado de la Circular IF N°200, 10.09.2013, según Resolución Exenta 603 de 05.12.2013.

⁴³ La Circular IF/275, de 2016 reemplazó el vocablo “circular” por “letra”.

- 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.

f).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.

f).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.

f).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 VIDEOLAPAROSCOPIA

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.)

1.A.-	CESÁREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMÍA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.

1.B.-	CESÁREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMÍA (excluye día cama R.N. y At. Médica R.N.)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.

2.A.-	PARTO PRESENTACIÓN CEFÁLICA O PODÁLICA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.			

2.B.-	PARTO PRESENTACION CEFÁLICA O PODÁLICA (excluye día cama R.N. y At. Médica R.N.)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.			

3.A.-	HISTERECTOMÍA TOTAL (ABDOMINAL)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.			

3.B.-	HISTERECTOMÍA TOTAL (VAGINAL)	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.			

4.-	CONIZACIÓN Y/O AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.			

5.-	COLECISTECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.			

6.-	HEMORROIDECTOMÍA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.			

7.-	HERNIA INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LÍNEA MEDIA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.		

8.-	AMIGDALECTOMÍA C/S	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	ADENOIDECTOMÍA		
	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.			

9.-	RINOPLASTÍA Y/O SEPTOPLASTÍA	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.			

10.-	CIRUGÍA FOTOREFRACTIVA O LASIK	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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%

11.-	CATARATAS CON LENTE INTRAOCULAR	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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%

12.-	CHALAZIÓN	(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.		

16.B.-	ADENOMA PROSTÁTICO (ENDOSCÓPICO)		(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.				

17.-	LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA		(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.				

18.-	CIRCUNCISIÓN		(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.				

19.-	SAFENECTOMÍA		(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.				

20.-	MASTECTOMÍA PARCIAL		
		(%) del Gasto con HMQ	(%) del Gasto sin HMQ
	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.			

g) Cobertura para el “Tratamiento Fertilización Asistida Baja Complejidad”⁴⁴

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.⁴⁵

La cobertura financiera mínima se consigna bajo los siguientes códigos e incluye las atenciones que a continuación se indican:⁴⁶

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 médica⁴⁷.
- 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.

g).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, aquella 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.

g).2.- Cobertura Según Plan de Salud⁴⁸:

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, aquella 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 aquella que deriva de su homologación al código 2001015, “Colocación o Extracción de Dispositivo Intrauterino”.

⁴⁴ Incorporado por la Circular IF/N°217, de 16/5/14

⁴⁵ Párrafo modificado por Circular IF N° 250, de 2015

⁴⁶ Cuadro actualizado por Circular IF N° 388, de 17.8.2021

⁴⁷ Viñeta modificada por Circular IF/N° 332, de 4/9/19

⁴⁸ 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.⁴⁹

⁴⁹ Párrafo agregado por Circular IF N° 388, de 17.8.2021

g).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.

h) Prestaciones asociadas a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)⁵⁰

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).

i) Cobertura para los "Tratamientos de Fertilización Asistida de Alta Complejidad"⁵¹.

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.

⁵⁰ Letra incorporada por la Circular IF/N°311, del 7 de febrero de 2018

⁵¹ Letra incorporada por la Circular IF/N°331, de 27 de agosto de 2019

La cobertura financiera mínima se consigna bajo los siguientes códigos e incluye las atenciones que a continuación se indican:⁵²

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.⁵³

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.⁵⁴

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.

⁵² Cuadro actualizado por Circular IF N° 359, de 25.06.2020

⁵³ Párrafo modificado por Circular IF N° 359, de 25.06.2020

⁵⁴ Párrafo modificado por Circular IF N° 359, de 25.06.2020

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.

i).1.- Cobertura por aplicación de PAD.⁵⁵

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, aquella 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.

i).2.- Cobertura según Plan de Salud.⁵⁶

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.⁵⁷

i).3.- Cobertura para los tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad incorporada a los contratos.⁵⁸

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

⁵⁵ Señalamiento del subtítulo, modificado por Circular IF N° 359, de 25.06.2020

⁵⁶ Señalamiento del subtítulo, modificado por Circular IF N° 359, de 25.06.2020

⁵⁷ Párrafo incorporado por Circular IF N° 388, de 17.8.2021

⁵⁸ Señalamiento del subtítulo, modificado por Circular IF N° 359, de 25.06.2020

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.

j) Cobertura para prestaciones de Terapia Ocupacional, Kinesiología y Fonoaudiología otorgadas a beneficiarios con discapacidad.⁵⁹

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.⁶⁰

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.

k) Cobertura a los PAD Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad) y Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad).⁶¹

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.

⁵⁹ Letra incorporada por la Circular IF/N°353, del 20 de mayo de 2020

⁶⁰ Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF/N°523, del 22 de julio de 2020

⁶¹ Letra incorporada por la Circular IF/N°352, del 20 de mayo de 2020

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.

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.

I) Condiciones de las Consultas Médicas de Telemedicina en las especialidades que indica, para efectos de su cobertura.⁶²

I.1 Concepto de Consulta de Telemedicina

La Consulta de Telemedicina o Teleconsulta Sincrónica, corresponde a una consulta a distancia, realizada a través de tecnologías de la información (videollamada) y telecomunicaciones entre un paciente y un médico inscrito en el Registro de Prestadores Individuales de esta Superintendencia en la respectiva especialidad, que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden interactuar entre sí en tiempo real. Esta modalidad de atención sincrónica, requiere que los interlocutores estén conectados y disponibles para sostenerla al mismo tiempo.

I.2 Condiciones de otorgamiento de la prestación

Las consultas de Telemedicina han de ser realizadas a través de un prestador institucional, debiendo mantener los profesionales que las otorgan el registro de las mismas en iguales términos que en una atención presencial, procurando que esta interacción se realice de forma segura, cuidando la privacidad del paciente y resguardando la seguridad de sus datos clínicos, conforme a lo establecido en la Ley N°20.584, sobre de Derechos y Deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

I.3 Cobertura aplicable

Las isapres, en conformidad con lo dispuesto en el artículo 189 del DFL N°1, de 2005, de Salud, deberán otorgar a las consultas médicas de Telemedicina en las especialidades de Dermatología, Geriatria, Endocrinología, Neurología, Psiquiatría, Diabetología, y Nefrología, una cobertura financiera que no podrá ser inferior a la dispuesta en el artículo 190 de dicho cuerpo legal ni a aquella contemplada para esas prestaciones en el Arancel del Fondo Nacional de Salud para Modalidad de Libre Elección, según se indica en el siguiente cuadro:

0

Código	Denominación	Cobertura Mínima (Arancel Fonasa MLE 2020)
0108201	Consulta Telemedicina Dermatología	\$ 9.130
0108202	Consulta Telemedicina Geriatria	\$ 9.130
0108207	Consulta Telemedicina Endocrinología	\$ 9.130
0108209	Consulta Telemedicina Neurología	\$ 9.130
0108212	Consulta Telemedicina Psiquiatría	\$11.950
0108320	Consulta Telemedicina Diabetología	\$ 6.370
0108326	Consulta Telemedicina Nefrología	\$ 6.370

En el evento de que las isapres ya hubiesen incorporado, con anterioridad a esta obligación legal, una determinada cobertura para las consultas de Telemedicina para las especialidades médicas referidas, deberá ajustarse, en lo que corresponda, a la presente circular, respetando en todo caso la cobertura establecida previamente, la que deberán continuar otorgando si es superior a la que contempla el Arancel del Fonasa en Modalidad Libre Elección.

I.4 Acceso a las prestaciones

⁶² Letra incorporada por la Circular IF/N°358, del 25 de junio de 2020

Todo beneficiario, sin ninguna restricción, podrá acceder a las consultas médicas de Telemedicina en alguna de las especialidades antes mencionadas y obtener la cobertura que éstas tengan asignadas en el plan de salud.

Sin embargo, en el caso de la especialidad de neurología, la consulta de Telemedicina sólo tendrá lugar para el seguimiento y control del paciente, no así para la primera consulta.

Durante la realización de una consulta médica de Telemedicina podrá haber lugar a la notificación de un problema de salud GES.

I.5 Plan de Salud y otorgamiento de la bonificación

Los planes de salud que la isapres comercialicen deberán contemplar las consultas médicas de Telemedicina en las especialidades de Dermatología, Geriátrica, Endocrinología, Neurología, Psiquiatría, Diabetología, y Nefrología, y explicitar la cobertura que les corresponde. En consecuencia la creación y configuración de nuevos planes deberá contemplar esas prestaciones.

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 consulta médica de Telemedicina realizada. Asimismo, podrá solicitar cualquier otro documento que dé cuenta del otorgamiento efectivo de la prestación.

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 las consultas de Telemedicina individualizadas precedentemente, por los medios de comunicación de que dispongan, tales como correo electrónico, sitio web, redes sociales, avisos en sucursales, entre otros.

La respectiva comunicación deberá indicar, además de la cobertura que le corresponderá a dichas prestaciones, la circunstancia de que éstas deberán ser otorgadas a través de prestadores institucionales y por un médico inscrito en el Registro de Prestadores Individuales de esta Superintendencia, en la respectiva especialidad.

m) Cobertura para los Tratamientos de Quimioterapia⁶³

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

⁶³ Letra incorporada por la Circular IF/N°360, del 25 de junio de 2020

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
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 N°1008/2019)

a. Definiciones:

De acuerdo a la Resolución Exenta N°54, 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.

n) Cobertura para los PAD orientados a la resolución de tratamientos de Accidente Cerebrovascular (ACV)⁶⁴

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)

⁶⁴ Letra incorporada por Circular IF/N°364, del 11 de agosto de 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 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, aquella 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.

ñ) Cobertura de la Consulta de Nutricionista. ⁶⁵

Las isapres deberán bonificar la Consulta de Nutricionista realizada fuera del marco de la Atención Integral de Nutricionista, toda vez que esta última considera tres consultas de esa naturaleza, por lo que la consulta aislada forma parte de la prestación integral arancelada.

ñ.1) Acceso a la prestación

Todo beneficiario que presente sobrepeso u obesidad según criterios de Índice de Masa Corporal(IMC), tendrá derecho a la cobertura de la Consulta de Nutricionista

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

ñ.2) Cobertura aplicable

Atendido que la Atención Integral de Nutricionista contempla tres consultas con el profesional, a la consulta de nutricionista se le deberá asignar una cobertura proporcional, que no podrá ser inferior a un tercio (1/3) de aquella que establece el Arancel de Modalidad Libre Elección de Fonasa para la referida Atención Integral código 26-02-001.

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.

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

⁶⁵ Letra incorporada por la Circular IF/N°371, del 27 de agosto de 2020

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.

o) Cobertura sin límite financiero en determinadas prestaciones para los menores de 6 años⁶⁶⁶⁷

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 N° 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 N°277 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. N°1, 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.

p)⁶⁸ Cobertura para prestaciones de Kinesiología⁶⁹:

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 N°220/2021, publicada D.O. de 27.03.2021)

⁶⁶ Letra o) incorporada por la Circular IF/N° 390, de 31 de agosto de 2021.

⁶⁷ Se suspenden los efectos de la Circular IF/N°390, de 31.08.2021 por Resolución Exenta IF/N°547 de 23.09.2021, mientras no sean resueltos los recursos de reposición interpuestos en contra de la referida Circular.

⁶⁸ Letra modificada por la Circular IF/N° 395, de 15 de octubre de 2021

⁶⁹ Letra incorporada por la Circular IF/N° 393, de 8 de septiembre de 2021.

2.- Definición

De acuerdo a la Resolución Exenta N°436, 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 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 N°1, 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.

q) Cobertura para el PAD Reparación Prenatal de Espina Bífida⁷⁰

q.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.)

q.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 N°1, 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, aquella 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.

q.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.

q.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.

⁷⁰ Letra "q" incorporada por la Circular IF/N° 395, de 15 de octubre de 2021.

r) Cobertura para el PAD orientado a Crosslinking Corneal⁷¹

r.1.- Acceso a las prestaciones

Debe ser efectuada por Médico Especialista en Oftalmología.

r.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 N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

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, aquella 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.

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 PAD Crosslinking Corneal.

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 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.

3. Normas sobre bonificación

3.1. Regla general de otorgamiento de beneficios⁷²

Para el efecto de solicitar reembolso de prestaciones o requerir órdenes de atención, la isapre sólo podrá exigir la presentación del documento identificador 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 beneficiaria⁷³.

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 persona⁷⁴.

⁷¹ Letra "r" incorporada por la Circular IF/N° 395, de 15 de octubre de 2021.

⁷² Primer párrafo del punto N°4.1 y letra b) del punto 8.2 de la Circular IF N° 116, de 21 de abril de 2010.

⁷³ Tercer párrafo del punto N°4.1 y letra b) del punto 8.2 de la Circular IF N° 116, de 21 de abril de 2010.

⁷⁴ Cuarto párrafo del punto N°4.1 y letra b) del punto 8.2 de la Circular IF N° 116, de 21 de abril de 2010.

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.

3.2. Reglas especiales

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

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 IVA, 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, una 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 afiliado⁷⁵.

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

⁷⁵ Incorporado por Circular N°157, del 22.09.11.

copago efectivo, independientemente del mecanismo utilizado, de acuerdo a las alternativas descritas en el párrafo anterior.

4. Beneficios con cargo a la cuenta corriente de excedentes⁷⁶

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 N° 1, en cualquier momento.

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 N° 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 N° 6 del artículo 190 del DFL N° 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

Atendido el carácter excepcional de las exclusiones de cobertura, su aplicación debe restringirse sólo a aquellas situaciones en que se encuentren suficientemente acreditadas.

Las isapres otorgarán cobertura, conforme al plan de salud pactado, a las prestaciones que hayan tenido lugar y que sean requeridas por sus beneficiarios, no obstante pudieren estimar que están vinculadas a una o más patologías o condiciones de salud preexistentes y omitidas en la Declaración de Salud, cuando no tengan elementos de prueba fehacientes en orden a fundar y acreditar el referido carácter preexistente.

4. Cobertura del parto ⁷⁷

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 transcurridos 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 indicada⁷⁸.

⁷⁶ Punto 4.5 de la Circular IF N° 116, de 21 de abril de 2010.

⁷⁷ Modificado por Circular IF N°233, de 18.11.2014

⁷⁸ Párrafo incorporado mediante Circular IF N°271, de 21.07.2016

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, aquella 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 N° 5 de la Circular N° 57, 4.02.2000, Imparte instrucciones sobre planes cerrados y planes con prestadores preferentes.

“Listado de especialidades médicas certificadas”

- 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 N° 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 N° 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.⁷⁹

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.

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. Dichos pagos deben ser ejecutados dentro de los diez (10) primeros días del mes siguiente a aquél en que se haya ingresado la presentación del cobro respectivo. Las cantidades que no se paguen oportunamente se reajustan 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.

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 la educación regidos por el artículo 36, inciso tercero, de la Ley N°19.070, acogidos a licencia médica por enfermedad.⁸⁰

⁷⁹ Párrafo incorporado por Circular IF/N° 327, de 2019.

⁸⁰ Párrafos 2° al 6° incorporados por Circular IF/275, de 2016.

Párrafos suprimidos.⁸¹

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. N° 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 N° 1, y consecuente con lo expresado en el artículo 22 del D.F.L. N° 44, de 1978 y el artículo 17 del D.L. N° 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.

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 N° 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.⁸²

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 N° 18.196 y del artículo único de la Ley N° 19.117, se encuentran afectos a la prescripción general establecida en los artículos 2514 y 2515 del Código Civil.

4. Comunicación al trabajador⁸³

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

⁸¹ 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 aquella.

⁸² Párrafo incluido por Circular IF/N° 296/17

⁸³ Texto incluido por Circular IF/N° 296/17

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 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 N° 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. N° 57, de 1990, de Previsión Social, que contiene el Reglamento del DL N° 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, 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.

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. N° 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. N° 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 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.

En consecuencia, el solo hecho de que el afiliado 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.

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 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 autenticación 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 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 al 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.

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.⁸⁴

3. Imposibilidad del afiliado de concurrir a la Comisión Médica Regional de la AFP

En aquellos casos en que las isapres estén requiriendo la calificación de invalidez de algún afiliado 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.

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 del afiliado o al centro hospitalario en que se encuentre, para efectos de continuar el trámite correspondiente.

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

Las isapres que soliciten a las Comisiones Médicas de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones la declaración de invalidez de sus afiliados deben financiar la totalidad de los gastos que demandan dichas solicitudes.

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 afiliado, a través de personal acreditado ante la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, la solicitud de declaración de invalidez.
- b) La Administradora de Fondos de Pensiones, luego de revisada tal solicitud, la remitirá a trámite a la Comisión Médica correspondiente, perteneciente a la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

⁸⁴ Párrafos 4° al 11°, agregados por Circular IF/275, de 2016.

- 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 Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

Capítulo III de las Urgencias

Título Mecanismos de financiamiento de las atenciones de emergencia⁸⁵

1. Pago de las atenciones de emergencia

En virtud de lo dispuesto en el artículo 173, incisos 4° y 5°, del DFL N° 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 actualmente contenido en el D.S. N° 369, de 1985, del Ministerio de Salud, que contiene el Régimen de Prestaciones en Salud.

1. Atención Médica de Emergencia o Urgencia
2. Emergencia o Urgencia
3. Certificación de estado de emergencia o urgencia
4. Paciente estabilizado

En todo caso, 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 ⁸⁶

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.

⁸⁵ Nombre del Título y numerales 1, 2 y 3, modificados por Circular IF N° 270, de 15.07.2016.

⁸⁶ Eliminado por Circular IF N° 83, 1.10.2008.

Para⁸⁷ estos efectos, deberá remitir al afiliado, 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, 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.- Copia⁸⁸ 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 N° 1.

8. Plazo para la objeción o el pago ⁸⁹

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 N° 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, ⁹⁰ serán conocidas y resueltas por la isapre a través del

⁸⁷ Párrafo modificado por la Circular IF N°245 de 20/05/2015

⁸⁸ Punto reemplazado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

⁸⁹ Punto reemplazado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

⁹⁰ 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.

procedimiento previsto en las instrucciones de la Superintendencia referidas a la tramitación de reclamos ante las isapres.

En⁹¹ 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 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 N° 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 N° 1.

11. Pago del crédito legal 92

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 N° 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.

⁹¹ Párrafo modificado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

⁹² Punto reemplazado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

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.

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 N° 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 N° 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.⁹³

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.

⁹³ Párrafo agregado por Circular IF/275, de 2016.

17. Información al cotizante del servicio de la deuda ⁹⁴

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 N° 3 de este Capítulo.

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 ⁹⁵

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 N° 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 N° 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 N° 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. N° 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.

⁹⁴ Punto modificado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

⁹⁵ Punto modificado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

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.

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 ⁹⁶ 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 ⁹⁷

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

⁹⁶ Párrafo modificado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

⁹⁷ Punto modificado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

en el inciso 9° del artículo 173 del DFL N° 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.

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 N° 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.

Anexos

Anexo N° 1

CARTA COBRANZA⁹⁸

Por deuda atenciones de Urgencia Vital

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

Sr/ Sra.

[Nombres, apellido paterno, apellido materno 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 Vital o con Secuela Funcional Grave, 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:

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.

⁹⁸ Anexo reemplazado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

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 devengarán 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 N° 2

Modelos de Cartas de Notificación de Cuota del Crédito ⁹⁹

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) ¹⁰⁰	
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.

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]

⁹⁹ Anexo Reemplazado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

¹⁰⁰ Información incluida por Resolución Exenta IF N°222, de 02.07.2015

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 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 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) ¹⁰¹	
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]

¹⁰¹ 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 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 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) ¹⁰²	
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]

¹⁰² 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 N° 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) ¹⁰³	
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]

¹⁰³ Información incluida por Resolución Exenta IF N°222, de 02.07.2015

[Nombre completo representante de la Isapre]

[Cargo que desempeña representante de la Isapre]

Anexo N° 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 N° 4

Documento a Entregarse o Remitirse a los Cotizantes que Suscriban Contratos a Partir de la Fecha de Entrada en Vigencia de la Ley N° 19.650.

1.-El 24 de diciembre de 1999 entró en vigencia la Ley N° 19.650, que introdujo modificaciones a los artículos 22 y 33 de la Ley N° 18.933, que rige a las instituciones de salud previsional, normas actualmente contenidas en los artículos 173 y 189 del DFL N° 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 N° 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 o urgencia** toda condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable o toda condición de salud o cuadro clínico que implique secuela funcional grave para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable.

Asimismo, se entenderá por **paciente estabilizado**, aquél que habiendo estado o estando en una situación de emergencia o urgencia, se encuentra en estado de equilibrio de sus funciones vitales, de modo que, aún cursando alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado, dentro del establecimiento o a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.

2.- La Superintendencia de Isapres, actual Superintendencia de Salud, mediante la Circular N° 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 N° 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 corresponderán¹⁰⁴ 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 al Consumidor y devengará el interés corriente para operaciones reajustables referido en el artículo 6 de la Ley N° 18.010.

¹⁰⁴ La Circular IF/275, de 2016, suprimió la expresión “a un monto máximo equivalente”.

¹⁰⁵ 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 N° 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 N° 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.

¹⁰⁵ Párrafo eliminado por la Circular IF N°245, de 20/05/2015

Capítulo IV de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile¹⁰⁶

Título I Normas Generales

1. Eliminado¹⁰⁷

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 haberseles 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 CAEC¹⁰⁸

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 salud¹⁰⁹, 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 Domiciliaria¹¹⁰

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 salud¹¹¹, 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.

¹⁰⁶ 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.

¹⁰⁷ Numeral 1 “Definición”, eliminado por Circular IF/275, de 2016.

¹⁰⁸ Punto incorporado por la Circular IF/N°330, de 27 de agosto de 2019.

¹⁰⁹ 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.

¹¹⁰ Punto incorporado por la Circular IF/N°330, de 27 de agosto de 2019.

¹¹¹ 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 CAEC¹¹².

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.

¹¹² 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.¹¹³

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.¹¹⁴

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.¹¹⁵

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. Eliminado¹¹⁶

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.

¹¹³ 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.

¹¹⁴ Párrafo incorporado por Circular IF/275, de 2016.

¹¹⁵ La parte final del párrafo fue suprimida por Circular IF/275, de 2016.

¹¹⁶ 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 CAEC¹¹⁷.

7. Cálculo del deducible

118

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.¹¹⁹ 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 deducible¹²⁰

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.¹²¹

7.2. Forma en que se acumula el deducible y cobertura del beneficio¹²²

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 catastrófica¹²³

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

¹¹⁷ Modificado por la Circular IF N°212, del 27.03.2014.

¹¹⁸ Párrafo 1°, eliminado por Circular IF/275, de 2016.

¹¹⁹ Oración intermedia suprimida por Circular IF/275, de 2016.

¹²⁰ Circular IF N° 85, 8.10.2008; Oficio Circular IF N° 27, 14.10.2008

¹²¹ La definición corresponde a la contenida en la letra e) del N° 3.4., del Título III, Formato mínimo del FUN, del Capítulo III, Instrucciones Contractuales.

¹²² Se agrega el punto 7.2, en virtud de la Circular IF N°292, de 12.09.2017

¹²³ 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 N° 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 N° 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 N° 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 N° 1 a que se refiere el Capítulo, “De las Urgencias”, de este Compendio.¹²⁴

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 N° 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 N° 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. Eliminado¹²⁵

¹²⁴ 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.

¹²⁵ 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 impostergradable.

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.¹²⁶

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.¹²⁷

3. Atención de urgencia dentro de la RED CAEC

Cuando se trate de una atención realizada dentro de la Red, el beneficiario o su representante deberá dar aviso dentro del plazo de 48 horas contadas desde el ingreso a la misma, para que la isapre administre el caso, efectuándose la derivación al tipo de habitación definido por la institución.

La condición que se establece para que opere el beneficio desde el ingreso a la Red –en cuanto a la permanencia durante toda su estadía en el tipo de habitación indicado por la isapre– será exigible sólo desde el momento en que la isapre definió el tipo de habitación a utilizar por el paciente.

Esta cobertura dentro de la Red regirá también, en los casos en que sin haberse dado el aviso, se cumplan los demás requisitos establecidos para su procedencia, de acuerdo al numeral 4.2 del artículo I de las Condiciones que regulan el beneficio.^{128 129}

¹²⁶ Párrafos 1° a 4° eliminados y nuevo párrafo 1° incorporado, por Circular IF/275, de 2016.

¹²⁷ Párrafo reemplazado por Circular IF/275, de 2016.

¹²⁸ Texto completo del numeral 3, substituido por Circular IF/275, de 2016.

¹²⁹ Párrafo reemplazado mediante 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 contenidas¹³⁰ en los artículos 197 y 198 del DFL N° 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".¹³¹

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 N° 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 N° 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

¹³⁰ Palabra corregida por Circular IF/275, de 2016.

¹³¹ 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 2.¹³²

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.

¹³² 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 N° 1 “Solicitud de incorporación a la Red Cerrada de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas CAEC y GES-CAEC”, del Anexo N° 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.¹³³

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.¹³⁴

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.¹³⁵

¹³³ Párrafo modificado por Circular IF/275, de 2016.

¹³⁴ Párrafo modificado por la Circular IF N°292, de 12.09.2017

¹³⁵ 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.¹³⁶

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. Eliminado¹³⁷

¹³⁶ Frase final suprimida por Circular IF/275, de 2016.

¹³⁷ 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:¹³⁸

El Anexo N° 1, que se refiere a la petición del beneficio y derivación a la Red CAEC (procedimiento y formularios 1 y 2) y el Anexo N° 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 N° 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) drogas¹³⁹ 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 N° 161 (Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas) del Código Sanitario, y las normas sobre acreditación hospitalaria vigentes.

¹³⁸ Los temas GES-CAEC serán tratados en el Capítulo GES de este Compendio.

¹³⁹ Expresión “citotóxicas” suprimida por Circular IF/N°368, 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 devengado¹⁴⁰ 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.

¹⁴⁰ 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 22.¹⁴¹

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 hospitalización en un prestador de la RED CAEC originada por una urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave, el beneficiario o su representante deberá dar aviso a la Isapre dentro de las primeras 48 horas contadas desde el ingreso al centro asistencial, con el objeto que la Institución pueda administrar el caso y controlar que las condiciones de atención del paciente en el prestador, se ajusten a los términos pactados para el otorgamiento de esta cobertura.

El beneficio adicional operará desde el ingreso a la Red, siempre y cuando durante toda su estadía, el paciente se haya mantenido en el tipo de habitación a la que fue derivado por la Isapre para esta cobertura, salvo que por su condición de salud haya requerido una habitación diferente en algún período, tales como habitación de cuidados intensivos o intermedios. En caso contrario, y no obstante que el establecimiento pertenezca a la Red CAEC, no operará esta cobertura. En el evento de que no se haya dado el aviso respectivo, el beneficio adicional operará igualmente desde el ingreso a la Red, siempre que se cumplan las condiciones referidas al tipo de habitación.¹⁴²

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 sí 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 N° 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.

¹⁴¹ Actual artículo 173 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

¹⁴² Párrafo modificado por la Circular IF N°280, de 03.01.2017

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.

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 abdominoplastia 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 ¹⁴³ para el caso de enfermedades preexistentes declaradas y en el artículo 33 bis¹⁴⁴ 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:

¹⁴³ Actual artículo 189, del DFL N° 1, 2005, de Salud.

¹⁴⁴ Actual artículo 190, del DFL N° 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,¹⁴⁵ 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.¹⁴⁶
- 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 N° 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 N° 4) a favor de la Isapre y un mandato (Anexo N° 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 N° 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 N° 6), descuento en cuotas de su cuenta corriente bancaria o tarjeta de crédito (Anexo N° 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:

¹⁴⁵ 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

¹⁴⁶ 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 ¹⁴⁷y que la hospitalización no se justifique exclusivamente por la administración de medicamentos.
- ¹⁴⁸
- 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.
- ¹⁴⁹
- La Isapre está facultada para evaluar periódicamente el cumplimiento de las condiciones que ameritan la Hospitalización Domiciliaria, para efectos de reingreso al hospital, Alta o su término por no revestir ya las condiciones que requiere la Hospitalización Domiciliaria señaladas precedentemente.
- Se excluyen los tratamientos de antibióticos. ¹⁵⁰

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 N° 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 N° 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

¹⁴⁷ Modificado mediante Circular IF N°290, del 8.08.17

¹⁴⁸ Eliminada por Circular IF N°290, del 8.08.17

¹⁴⁹ Eliminada por Circular IF N°290, del 8.08.17

¹⁵⁰ 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° ¹⁵¹ de la Ley N° 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 N° 18.933 y la ley N° 19.937.-

(FIRMA SOLO PARA VENTA)

NOMBRE RUT AFILIADO Y FIRMA

FIRMA HABILITADO ISAPRE

¹⁵¹ Actual artículo 197 del DFL N° 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 N° 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 N° 1 (incluido en este anexo, el cual será elaborado por cada Isapre y contendrá como mínimo los antecedentes del formulario N° 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 N° 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

	N° 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 Traslado	SI Desde / Hasta NO 				
Identificación del Representante					
Nombre					
Rut	Relación 				
Teléfono Casa 	Teléfono Of.: Cel: 				
IMPORTANTE: Isapre YYYYYYY, 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 <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">Firma</div>					
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Agencia : </td> <td style="width: 50%;"> Fecha Recepción : / / </td> </tr> <tr> <td> Funcionario Receptor : </td> <td> Hora de Recepción : : </td> </tr> </table>		Agencia : 	Fecha Recepción : / / 	Funcionario Receptor : 	Hora de Recepción : :
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 abdominoplastia 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.

Este documento de derivación acredita que el paciente individualizado es afiliado a Isapre YYYYYYYYYYYYYYYY, 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.

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 :	

¹⁵³ La referencia al artículo 33 bis de la Ley N° 18.933 debe entenderse hecha al segundo párrafo del N° 6 del artículo 190 del DFL N° 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 2º, 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 2º 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 N° 3 Mandato

En _____, a _____ de _____ del _____, Don (a) _____
(en adelante el "Mandante"), Cédula Nacional de Identidad N° _____,
domiciliado en esta ciudad en calle _____, N° _____, 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 N° 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 N° 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 N° 9 del 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 _____ N° _____, 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° N° 1.

En _____, a _____ de _____ del año _____.

Suscriptor

Nombre o Razón Social del Suscriptor:

R.U.T. N°:

Domicilio:

AUTORIZACIÓN NOTARIAL (uso exclusivo notario)

Autorizo la firma puesta en este documento por don(a) _____, C.I.

N° _____, 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 N° _____, por una parte y por la otra _____ (en adelante la "Isapre"), Rol Único Tributario N° _____, representada por don(a) _____, Cédula Nacional de Identidad N° _____, 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° bis¹⁵⁴ de la Ley N° 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 N° _____ 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 _____ N° _____, 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.

¹⁵⁴ Actual artículo 188, del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

Cotizante	Isapre
-----------	--------

ANEXO N° 6

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

En _____, a _____ de _____ del _____, Don(a) _____, en adelante el "Trabajador" (Pensionado), Cédula Nacional de Identidad N° _____, 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 N° 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”¹⁵⁵

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.

¹⁵⁵ 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 PROTEÍNA 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 ¹⁵⁶

DATOS PERSONALES

Profesional Referente: _____

Profesión: _____ N° 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

¹⁵⁶ 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 PROTEÍNA 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 PROTEÍNA 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

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 ORIGEN:	CONTACTO ESTABLECIMIENTO
DATOS DEL LUGAR DE TRASLADO			
DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO:			
CIUDAD:			
REGIÓN:			
ESTABLECIMIENTO DE DESTINO:			
INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE			
NOMBRE DEL ESPECIALISTA:			
ESPECIALIDAD:			
DATOS DE LA ÚLTIMA ENTREGA PNAC APLV:			
TIPO DE FORMULA			
N° 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

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 PRIMARIA:	DE	ATENCIÓN
B) CAUSA DEL EGRESO		
<input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> TÉRMINO DE COBERTURA POR EDAD (2 AÑOS CUMPLIDOS) <input type="checkbox"/> 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 TÉRMINO 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

**ANEXO 6 ACIA DE RETIRO / NO RETIRO DE PRODUCTOS**

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS AGUASCALIENTES 2013-2015

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

ACTA DE RETIRO/NO RETIRO DE FÓRMULAS PNAC-APLV

[illegible]

*FEH: Fórmula extensamente hidrolizada // FAA: Fórmula aminocídica

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.

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.¹⁵⁷

Título II Normas comunes a los Aseguradores

1. De la Periodicidad de los copagos y monto de ellos ¹⁵⁸

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

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 de fantasía, 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.

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, los medicamentos de uso habitual y los usados en dicha intervención, respectivamente, los insumos y los honorarios médicos y

¹⁵⁷ Párrafo incorporado por la Circular IF/N°277, del 27.12.16

¹⁵⁸ Numeral derogado por la Circular IF/N°222, del 31 de julio de 2014

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 garantizado¹⁵⁹.

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.

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.

¹⁵⁹ Inciso modificado por la Circular IF/N°156, del 22 de septiembre de 2011

Título III Normas Especiales para las Isapres¹⁶⁰

Título III Normas Especiales para las Isapres¹⁶¹

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. ¹⁶²

2. Obligación de las isapres de gestionar ¹⁶³

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 Explícitas 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.).

¹⁶⁰ Título modificado por la Circular IF/N°277, del 27.12.16

¹⁶¹ Título modificado por la Circular IF/N°277, del 27.12.16

¹⁶² Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹⁶³ Párrafo incorporado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

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 de urgencia homologado para tales efectos en los servicios privados, o la indicación médica y/o la receta para medicamentos, insumos y ayudas técnicas.¹⁶⁴

Eliminado¹⁶⁵

- 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 detallada de los procedimientos y acciones que debe efectuar el beneficiario para realizar trámites asociados a las garantías, tales como adquirir las órdenes de atención, retirar los medicamentos en forma ambulatoria, 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 Informar¹⁶⁶

- a) De las modificaciones introducidas al Decreto GES vigente ¹⁶⁷

Información a la Superintendencia

De acuerdo a lo instruido en el artículo 206 del D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud, las isapres deberán, dentro de los 90 días siguientes a la publicación del Decreto que contenga las GES, informar a esta Superintendencia el precio que cobrarán por ellas.

Para dar cumplimiento a lo anterior, las isapres deberán informar a esta Superintendencia el precio mensual que cobrarán por las mencionadas Garantías, en el plazo señalado en el párrafo anterior, el que se entenderá extendido hasta las 24:00 horas del día respectivo y no es prorrogable. La información requerida deberá ser enviada mediante correo electrónico a la dirección del Intendente (a) de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y al Jefe del Departamento de Estudios y Desarrollo de esta Superintendencia.

La información que se remita a este Organismo deberá ser única y no podrá ser modificada posteriormente, aun cuando el plazo concedido para informar se encuentre vigente. Con anterioridad al vencimiento del plazo para la remisión de la información a este Organismo, el valor que esa isapre cobrará por las GES no podrá ser dada a conocer por ningún medio.

Si la isapre nada dice sobre el precio que cobrará por las GES en los términos señalados en este numeral, se entenderá que ha optado por mantener el precio informado para la vigencia del Decreto Supremo anterior.

¹⁶⁴ Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹⁶⁵ Párrafo eliminado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹⁶⁶ Numeración modificada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹⁶⁷ Esta letra a) nueva fue agregada por la Circular IF/N°301, del 6.12.2017

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.

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 registrará 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.

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 Explícitas 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 Salud¹⁶⁸.

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 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).^{169 170}

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.¹⁷¹

¹⁶⁸ Modificado por Circular N°155, del 1.9.2011

¹⁶⁹ 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.

¹⁷⁰ 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

¹⁷¹ 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^{172, 173}

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 vital 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 garantizadas¹⁷⁴.

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 Preexistentes¹⁷⁵

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.

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.

¹⁷² Agregado por Circular IF N°212, del 27.03.2014

¹⁷³ Numeración modificada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹⁷⁴ Agregado por Circular IF N°247, del 19.06.2015

¹⁷⁵ Numeración modificada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

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 GES¹⁷⁶

Las isapres deberán disponer de medios físicos y tecnológicos para la activación y el otorgamiento de las Garantías Explícitas 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.¹⁷⁷

Segundo párrafo eliminado ¹⁷⁸

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.

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.

¹⁷⁶ Numeral incorporado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹⁷⁷ 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".

¹⁷⁸ Se elimina el segundo párrafo de acuerdo a la R. Ex IF/N°676 de 22.11.21

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 previsual, 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 previsual, que cuente con la indicación médica y/o la receta para medicamentos, insumos y ayudas técnicas.¹⁷⁹

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.¹⁸⁰

8. Obligaciones de las Isapres en cuanto al Acceso y Cobertura de Medicamentos, Insumos y Ayudas Técnicas GES.^{181 182}

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 g), del artículo 1°, del Decreto Supremo N°22 de 2019, del Ministerio de Salud, deberán asegurar la

¹⁷⁹ 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

¹⁸⁰ Párrafo ubicado en este lugar de acuerdo a R. Ex IF/N°676 de 22.11.21

¹⁸¹ 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.

¹⁸² Numeración modificada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

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).

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 ¹⁸³

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

¹⁸³ 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.

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.
- 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 6.6¹⁸⁴ 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.

¹⁸⁴ 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 Entregar Información Relacionada con las GES

1.1.- Obligación de informar

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 el diagnóstico de alguno de los problemas de salud contenidos en las Garantías Explícitas en Salud (GES);
- 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.

1.2.- Constancia escrita en el “Formulario de Constancia de Información al Paciente GES”

Del cumplimiento de la obligación señalada precedentemente, 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 al beneficiario o su representante una copia impresa del mismo.

El prestador debe conservar las copias de los Formularios en papel que quedan en su poder y archivar los Formularios electrónicos en un medio de almacenamiento electrónico, a fin de ponerlas a disposición de esta Superintendencia al momento de la fiscalización del cumplimiento de las instrucciones impartidas en este Título¹⁸⁵.

El Formulario debe confeccionarse sólo para la constancia del diagnóstico de una patología GES, por lo tanto, no corresponde confeccionarlo cada vez que el o la paciente beneficiaria se presente al establecimiento, sino cada vez que se confirma uno de los problemas de salud garantizados, con excepción de las IRA en menores de 5 años y de las Urgencias Odontológicas, en los que se procederá de acuerdo al punto 1.4. que sigue¹⁸⁶.

1.3.- Personas facultadas para confeccionar y firmar el Formulario

- a) Las personas facultadas para firmar el Formulario serán el o la beneficiaria a quien se le confirma un diagnóstico de una patología GES o una persona representante del mismo.

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 y la firma manuscrita o huella dactilar del paciente o quien lo represente.

¹⁸⁵ Modificado por Circular IF/N° 181, 18.12.2012

¹⁸⁶ Reemplazado por Oficio IF/N° 6756, 03.10.2008

El Formulario electrónico deberá ser suscrito por el prestador de salud y por el paciente o por quien lo represente mediante una firma electrónica, como por ejemplo la huella digital, toda vez que de acuerdo a la Ley N° 19.799 la huella configura una firma electrónica¹⁸⁷.

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 país¹⁸⁸

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: ¹⁸⁹

- N°5 Infarto Agudo del Miocardio
- N°6 Diabetes Mellitus Tipo 1
- N°19 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
- N° 25 Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso
- N°26 Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
- N°37 Ataque Cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
- N°42 Hemorragia Subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
- N°46 Urgencia odontológica ambulatoria
- N°48 Politraumatizado Grave
- N°49 Traumatismo cráneo Encefálico moderado o grave
- N°50 Trauma Ocular Grave
- N°55 Gran Quemado

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 vital o secuela funcional grave y que tienen derecho a las prestaciones incluidas en el Sistema de Protección Financiera de que trata la Ley N° 20.850.¹⁹⁰

Si la condición de salud del paciente impide su identificación y consecuente notificación, deberá dejarse registro en su ficha clínica de dicha circunstancia.¹⁹¹

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: ¹⁹²

- Diagnóstico AUGES o GES
- Nombre y RUN persona que notifica

¹⁸⁷ Punto 2 Oficio IF/N° 6756, 03.10.2008

¹⁸⁸ Agregado por Circular IF/N°195 de 21 de junio de 2013

¹⁸⁹ Párrafo modificado por la Circular IF/N°391 de 08 de septiembre de 2021

¹⁹⁰ Párrafo agregado por la Circular IF/N°391 de 08 de septiembre de 2021

¹⁹¹ Párrafo agregado por la Circular IF/N°391 de 08 de septiembre de 2021

¹⁹² Párrafo agregado por la Circular IF/N°391 de 08 de septiembre de 2021

- 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.

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 Explícitas 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 consideradas¹⁹³ 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**¹⁹⁴

¹⁹³ Se reemplaza la expresión "están consideradas" por "estén o no consideradas", en virtud de la Circular IF N° 292, de 12.09.2017

¹⁹⁴ Letra c) eliminada por la Circular IF N° 292, de 12.09.2017

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. Eliminado¹⁹⁵

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”¹⁹⁶ para su impresión y posterior presentación a la isapre.

¹⁹⁵ Numeral III “Reglas de cobertura especial catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud, GES-CAEC”, eliminado por Circular IF/275, de 2016.

¹⁹⁶ El formulario mencionado se incorpora como Formulario N° 1 del Anexo del Capítulo IV de este Compendio de Beneficios.

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.¹⁹⁷

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 garantizadas¹⁹⁸. 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

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

¹⁹⁷ Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹⁹⁸ Frase incorporada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

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 registrarán las Garantías Explícitas de que trata este documento.¹⁹⁹

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 registrarán 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.²⁰⁰

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.

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,

¹⁹⁹ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

²⁰⁰ Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

problemas o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a las siguientes normas²⁰¹:

- 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 vital o secuela funcional grave 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 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: ²⁰²

El Decreto Supremo N°22, de 2019, de los Ministerios de Hacienda y Salud, aprobó las siguientes Garantías Explícitas en Salud del Régimen, que rigen a contar del 1 de octubre de 2019.

²⁰¹ Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

²⁰² Artículo incorporado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD²⁰³

PROBLEMAS DE SALUD GARANTIZADOS SEGÚN D.S. N°22, DE 2019, DE SALUD Y HACIENDA
<ol style="list-style-type: none"> 1.-Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5 2. Cardiopatías Congénitas Operables en personas menores de 15 años 3. Cáncer Cérvicouterino 4. Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado 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 No Refractaria 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 marcapaso 26. Colectomía 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 aneurismas cerebrales 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

²⁰³ Listado de patologías GES reemplazado mediante Circular IF N°338, 07.10.2019

46. Urgencia odontológica ambulatoria
47. Salud oral integral del adulto de 60 años
48. Politraumatizado grave
49. Traumatismo craneo 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 audifono
57. Retinopatía del prematuro
58. Displasia broncopulmonar del prematuro
59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
60. Epilepsia no refractaria 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 embarazada
67. Esclerosis múltiple remitente recurrente
68. Hepatitis crónica por virus hepatitis B
69. Hepatitis crónica por virus hepatitis C
70. Cáncer colorectal 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. Tratamiento de 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 diferenciado y medular 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.

Anexo N° 2

Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva

Problemas de Salud según Grupos de Población General²⁰⁴

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.²⁰⁵

c) Sífilis

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.

²⁰⁴ Este Anexo corresponde al Anexo N° 2 de la Circular IF/N° 185 de 15.04.2013.

²⁰⁵ Se modificó el examen, de acuerdo a Circular IF/N°370, de fecha 24.08.2020

a) Displasia del desarrollo de caderas

Examen: Radiografía de pelvis

4. NIÑOS Y NIÑAS A LOS 4 AÑOS DE EDAD

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. PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD

Meta de cobertura: 25% de la población beneficiaria²⁰⁶

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.²⁰⁷

g) Tuberculosis

Examen: Baciloscopía a personas con tos productiva por 15 días o más.

6. MUJERES DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD

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) ²⁰⁸vigente (realizado en los últimos 3 años)

²⁰⁶ Se modificó el porcentaje, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de 24.08.2020

²⁰⁷ Se modificó el examen, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de 24.08.2020

²⁰⁸ Se agregó la sigla PAP, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de 24.08.2020

a) Cáncer cervicouterino

Examen: PAP o citología exfoliativa cervical.²⁰⁹

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 EDAD²¹⁰

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).

²⁰⁹ Se modificó el examen, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de fecha 24.08.2020

²¹⁰ Se agregó la frase “de edad” a continuación de “años”, las veces que aparece este último vocablo en el anexo N°2, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de fecha 24.08.2020

ANEXO N° 3²¹¹

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:

RUT: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

RUT: _____ FONASA _____ ISAPRE _____

DOMICILIO.....COMUNA.....REGIÓN.....

N° TELEFONO FIJO-----N° TELÉFONO CELULAR-----

DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL) -----

INFORMACIÓN MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES:

☐

Confirmación Diagnóstica

☐

Paciente en Tratamiento

CONSTANCIA:

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, siempre que la atención sea otorgada en la red de Prestadores que me corresponde según Fonasa o Isapre, a la que me encuentro adscrito.

²¹¹ Modificaciones al formulario a través de las Circulares IF/N°227, de 2014; IF/N°194, de 2013 y IF/N°142, de 2011

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.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: _____

INFORMÉ DIAGNÓSTICO GES

(Firma de 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:

Nombre: _____

Rut: _____

N° teléfono Celular----- **Dirección correo electrónico(e-mail)**-----

ANEXO N° 4

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMOS

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:

Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres			
Cédula de Identidad		Teléfono	

DOMICILIO COTIZANTE O BENEFICIARIO:

Calle		Número	
Población o Villa		Depto.	
Comuna		Ciudad	

IDENTIFICACIÓN PACIENTE

Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres			
Cédula de Identidad		Fecha de Nacimiento	
Edad		Prestador de Salud	

IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE (en caso de ser diferente al cotizante):

Apellido Paterno		Apellido Materno	
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^{212 213}

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 reemplace²¹⁴. 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° 20.850²¹⁵

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 reemplace²¹⁶, 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

²¹² Capítulo agregado por Circular IF/N° 252, de 2015.

²¹³ Actualizado mediante Circular IF N°289, de 19.07.2017

²¹⁴ Cita actualizada por Circular IF/N° 380, de 30 de abril de 2021.

²¹⁵ Título agregado por Circular IF/ N°253 de 2016

²¹⁶ 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 vital y/o secuela funcional grave.

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 ²¹⁷ 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.

²¹⁷ 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 vital y/o secuela funcional grave.

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.

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)²¹⁸²¹⁹

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 PERSONAS CON	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 salud, se garantizará el tratamiento farmacológico con Ocrelizumab. - Para la continuidad de tratamientos en personas ya usuarias de fármacos inmunomoduladores, se

²¹⁸ Modificado mediante Circular IF N°289, del 19.07.2017

²¹⁹ Cita al decreto y listado, reemplazados por Circular IF/N° 380, de 30 de abril de 2021.

	ESCLEROSIS MÚLTIPLE PRIMARIA PROGRESIVA	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 AMBRISANTAN O BOSENTAN PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR GRUPO I	Confirmación diagnóstica indispensable: Cateterismo cardíaco. Tratamiento: Iloprost Inhalatorio o Ambrisentan o Bosentan.
9	TRATAMIENTO BASADO EN TRASTUZUMAB PARA EL CÁNCER DE MAMAS QUE SOBREENPRESE EL GEN HER2	Tratamiento: Trastuzumab. Para pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mamas que sobreexpresen 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	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

	MENORES DE 32 SEMANAS Y LACTANTES MENORES DE 1 AÑO CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS HEMODINÁMICAMENTE SIGNIFICATIVAS	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 (monoméricas) 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

		<p>f. Línea de infusión</p> <p>g. Repuesto extensión angosta</p> <p>h. Repuesto extensión gruesa</p> <p>i. Sonda de gastrostomía</p> <p>j. Bomba</p> <p>d) Ostomía yeyunal:</p> <p>a. Jeringa</p> <p>b. Repuesto extensión angosta</p> <p>c. Kit de gastrostomía percutánea</p> <p>d. Botón</p> <p>e. Contenedor</p> <p>f. Línea de infusión</p> <p>g. Repuesto extensión angosta</p> <p>h. Bomba</p> <p>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 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>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 estimulación cerebral profunda: generador de pulsos implantable, extensión y electrodos.</p> <p>- Generador de pulsos implantable de reemplazo para dispositivo de estimulación cerebral profunda.</p>

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 irreseccable, 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 sensorineural 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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: <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	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: <ul style="list-style-type: none"> - Ayudas Técnicas para el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD): <ol 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). - Ayudas técnicas para el tratamiento rehabilitador: <ol style="list-style-type: none"> a) Colchón antiescaras. b) Cojín antiescaras. - Ayudas técnicas para el soporte vital:

		<p>a) Equipo ventilador mecánico no invasivo domiciliario con generador de flujo a presión positiva binivelada (Bi-PAP).</p> <p>b) Aspirador de secreciones.</p>
20	DISPOSITIVOS DE USO MÉDICO PARA CURACIONES EN PERSONAS CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA DISTRÓFICA O JUNTURAL	<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. 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 hidroconductor.

		<p>20. Apósito hidrocélular antimicrobiano con polihexametileno biguanida (PHMB).</p> <p>21. Apósito gasa absorbente impregnada 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> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<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> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - 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	<p>Tratamiento: Golimumab o Adalimumab o Infliximab.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Confirmación Diagnóstica: Test de Repetición de CAG del exón 1 del Gen HTT.</p> <p>Tratamiento farmacológico: Tetrabenazina.</p>
25	TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBULINA G EN PERSONAS CON INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS	<p>Tratamiento: Inmunoglobulina G endovenosa o inmunoglobulina G subcutánea.</p>
26	TRATAMIENTO CON BELIMUMAB PARA PERSONAS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO CUTÁNEO O ARTICULAR REFRACTARIO A TRATAMIENTO HABITUAL	<p>Tratamiento: Belimumab.</p>
27	TRATAMIENTO CON RUXOLITINIB PARA PERSONAS CON MIELOFIBROSIS PRIMARIA Y SECUNDARIA A OTRAS NEOPLASIAS MIELOPROLIFERATIVAS	<p>Tratamiento: Ruxolitinib.</p>

Título III Obligación de los prestadores de entregar información relacionada con la Ley Ricarte Soto ²²⁰

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 (sí/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.

²²⁰ 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):		
<input type="checkbox"/> FONASA	<input type="checkbox"/> ISAPRE	<input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> Examen Diagnóstico		Garantía Cumplida	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medicamento		Garantía	<input type="text"/> días
<input type="checkbox"/> Elemento de uso médico		Garantía	<input type="text"/> días
<input type="checkbox"/> Alimento		Garantía	<input type="text"/> 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 20.850²²¹

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 consagra 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 previsual.

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.²²²

²²¹ Título agregado por Circular IF N° 255, de 2016

²²² 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.²²³

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.²²⁴

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.²²⁵

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

²²³ Modificado mediante Circular IF N°263, del 9/05/2016

²²⁴ Modificado mediante Circular IF N°263, del 9/05/2016

²²⁵ 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.²²⁶

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 Costo²²⁷

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.

²²⁶ Incorporado mediante Circular IF N°263, de 2016

²²⁷ 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 20.850²²⁸

Red de Prestadores para prestaciones asociadas, pero no garantizadas, no siendo aplicable la CAEC.²²⁹

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^{230 231}

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.

²²⁸ Título agregado por Circular IF N° 255, de 2016

²²⁹ Modificado por Circular IF N°263, del 9/05/2016

²³⁰ Título agregado por Circular IF N° 255, de 2016

²³¹ 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 vital o secuela funcional grave GES y/o personas beneficiarias de Ley Ricarte Soto. ²³²²³³

1. Sobre la obligación de los prestadores de informar

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 vital o secuela funcional grave 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).

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 vital o secuela funcional grave 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 vital o secuela funcional grave, por alguno de los problemas de salud GES.

²³² Título ingresado por Circular IF/N° 260 del 20.01.2016

²³³ Título modificado por la Circular IF/N°281 del 3 de enero de 2017

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 vital o secuela funcional grave 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 vital o secuela funcional grave.

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.