



Subdepartamento de Regulación

**CIRCULAR IF/ N° 144**

**Santiago, 03 feb 2011**

**INSTRUYE RESPECTO DE LOS VALIDADORES CONTENIDOS EN EL ARCHIVO MAESTRO DE PRESTACIONES BONIFICADAS Y MODIFICA EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE INFORMACIÓN**

Esta Intendencia, en ejercicio de las facultades que el artículo 114 del DFL N°1, de 2005, de Salud, le confiere, imparte las siguientes instrucciones a las Instituciones de Salud Previsional.

**1. OBJETIVO**

Las modificaciones que se introducen a los validadores incluidos en la estructura computacional del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, contenido en el numerando 2 “Definiciones del Archivo Computacional de Prestaciones Bonificadas” del Título V “Prestaciones de Salud” del Compendio de Información, tienen por objeto mejorar la consistencia de la información que envían las Instituciones de Salud Previsional.<sup>1</sup>

**2. MODIFICACIÓN DEL TÍTULO V “PRESTACIONES DE SALUD” CONTENIDO EN EL CAPÍTULO II “ARCHIVOS MAESTROS” DEL COMPENDIO DE INFORMACIÓN**

Sustitúyanse las validaciones contenidas en el numerando 2 “Definiciones del Archivo Computacional de Prestaciones Bonificadas” del Título V “Prestaciones de Salud”, que forma parte del Capítulo II del Compendio de Información, en los términos que se indican a continuación:

---

<sup>1</sup> En la presente instrucción, los conceptos vertidos en las definiciones de campos no sufren modificación. Éstas se incorporan, sólo a modo de contextualizar el cambio de los validadores que se les asocian.

“

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	<p>Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia.</p> <p>Validadores Técnicos: § Campo de tipo numérico. § No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora.</p>
(02)	FECHA INFORMACIÓN	<p>Corresponde al mes y año en que se bonificó la prestación(es) que se informa.</p> <p>La información que se remita corresponderá a un detalle de las prestaciones de salud <b>bonificadas</b>, en el mes que se informa.</p> <p>Esta información deberá remitirse mensualmente, siendo su plazo máximo de envío, el día 20 del mes siguiente al mes que se informa.</p> <p>No obstante lo anterior, durante el año 2007 (período de transición) la remisión de la información deberá efectuarse -como plazo máximo- el día 20 del mes siguiente al trimestre que se informa.</p> <p>Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos: § Campo de tipo numérico.</p> <p>Validadores de Consistencia: § El valor deberá corresponder al mes y año en que se informa.</p>
(03)	TIPO DE REGISTRO	<p>Corresponde a la categorización o clasificación de la prestación informada.</p> <p>Los valores a emplear son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1: Curativa</li><li>2: Examen de Medicina Preventiva</li><li>3: Protección a la mujer embarazada y hasta el sexto mes de nacimiento del hijo</li><li>4: Control del niño sano (Recién Nacido hasta los seis años de edad)</li></ol>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos: § Campo de tipo numérico. § Valores posibles: 1, 2, 3, 4.
(04)	RUN BENEFICIARIO	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del beneficiario - cotizante o carga – al que se le bonificó la(s) prestación(es) que se informa(n).  En caso de aquellos beneficiarios Nonatos, en lugar del RUN deberá informarse el valor 0 (cero).  Validadores Técnicos: § Campo de tipo numérico.  Validadores de Consistencia: § Se validará su consistencia con el campo 05 (Dígito verificador del beneficiario).
(05)	DV BENEFICIARIO	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Run del Beneficiario (campo 04) aplicando la rutina denominada Módulo 11.  En caso de aquellos beneficiarios Nonatos, deberá informarse la letra X.  Validadores Técnicos: § Campo de tipo alfanumérico. § Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X.  Validadores de Consistencia: § Se validará su consistencia con el campo 04 (RUN beneficiario). § Si el beneficiario es Nonato, este valor debe corresponder a X, de lo contrario se aplicará rutina del módulo 11
(06)	SEXO BENEFICIARIO	Identifica el sexo del beneficiario objeto de la prestación bonificada. En caso de aquellos beneficiarios Nonatos, deberá informarse la letra X.  Validadores Técnicos: § Campo de tipo alfabético. § Valores posibles: F= Femenino, M=Masculino, X=Nonato.
(07)	EDAD BENEFICIARIO	Corresponde a la edad del beneficiario al momento en que fue o fueron bonificadas la(s) prestación(es) de salud que se informa (n).

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>La edad debe estar expresada en años, debiendo considerarse para ello los años cumplidos a la fecha de bonificación.</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios Nonatos y aquellos que tengan menos de un año de vida, deberá informarse como edad el valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo numérico.</p>
(08)	TIPO DE BENEFICIARIO	<p>Identifica si el beneficiario tiene la calidad de Cotizante o Carga.</p> <p>Para este efecto, la isapre deberá asignar los códigos siguientes, considerando para ello la situación del beneficiario a la fecha de bonificación de la prestación:</p> <p>1: Cotizante  2: Carga</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo numérico.  § Valores posibles: 1, 2.</p>
(09)	RUT DEL PRESTADOR	<p>Corresponde al RUT del prestador asociado a la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>Se deberá informar en este campo el RUT del prestador institucional, aún cuando la prestación haya sido efectivamente otorgada por un profesional.</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo numérico.</p> <p>Validadores de Consistencia:  § Se validará su consistencia con el campo (10) Dígito verificador del Prestador.</p>
(10)	DV DEL PRESTADOR	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del Prestador (campo 09) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo alfanumérico.  § Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K.</p>



ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores de Consistencia: § Se validará su consistencia con el campo (09) RUT del Prestador.
(11)	REGIÓN DEL PRESTADOR	<p>Corresponde al código de la región -del 1 al 15- en que se encuentra el prestador que efectuó la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>Dicha codificación se modificará en relación directa con las variaciones que adopte la división territorial del país, como por ejemplo cuando ocurra la incorporación de nuevas regiones al territorio nacional, motivo por el cual el código de la región se modificará del 1 al 15.</p> <p>En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos: § Campo de tipo numérico. § Valores posibles: 0 (cero) o en conformidad con la división territorial que se adopte en el país</p>
(12)	COMUNA DEL PRESTADOR	<p>Corresponde a la codificación numérica establecida por el INE de la comuna en que se encuentra el <u>prestador</u>, que otorgó la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos: § Campo de tipo numérico. § Valores posibles: 0 (cero) y según codificación del INE.</p> <p>Validadores de Consistencia: § Se validará que la comuna pertenezca a la región informada en el campo (11) Región del Prestador.</p>
(13)	PRESTADOR PREFERENTE	Indica si la(s) prestación(es) bonificada(s) fue otorgada por un prestador preferente.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Para este efecto, la isapre deberá asignar los códigos siguientes, considerando para ello la situación del prestador a la fecha de bonificación de la prestación:</p> <p>1: Sí 2: No</p> <p>Validadores Técnicos: § Campo de tipo numérico. § Valores posibles: 1,2.</p>
(14)	<p>NÚMERO PROGRAMA MÉDICO PRINCIPAL (PAM)</p>	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al programa médico relacionado con la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>En el caso que las prestaciones bonificadas se encuentren en varios programas médicos, como podría ser en una hospitalización, se registrará como Programa Médico Principal a aquél en que se detalle la prestación Día(s) cama.</p> <p>Si la(s) prestación(es) bonificada(s) que se informa no es parte de un Programa Médico, como por ejemplo Consulta Médica ambulatoria, corresponderá informar valor 0 (cero) en este campo.</p> <p>Validadores Técnicos: § Campo de tipo numérico.</p> <p>Validadores de Consistencia: § Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) o Número de Bono (16) deberá registrar valor distinto de cero 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5. § Cuando el campo Tipo de Atención sea igual a 2 (Hospitalario), entonces este campo deberá contener valor distinto de 0 (cero).</p>
(15)	<p>NÚMERO PROGRAMA MÉDICO COMPLEMENTARIO</p>	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado por la aseguradora, a los programas médicos que complementan a otro principal para la cobranza de prestaciones.</p> <p>En caso que la cobranza de prestaciones se realice en un solo programa médico, en este campo se registrará valor 0 (cero).</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Asimismo, si el asegurador asigna como correlativo al PAM complementario, el mismo folio con el que se identifica el PAM principal, deberá repetirse dicho valor en este campo.</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo numérico.</p> <p>Validadores de Consistencia:  § Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) o Número de Bono (16) deberá registrar valor 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5.</p>
(16)	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a la orden de atención médica relacionada con la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo numérico.</p> <p>Validadores de Consistencia:  § Cuando el campo (17) Número de Reembolso registre valor distinto de 0 (cero), en este campo deberá registrarse un 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5.</p>
(17)	NÚMERO DE REEMBOLSO	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso para el beneficiario.</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo alfanumérico.</p> <p>Validadores de Consistencia:  § Cuando el campo (16) Número de Bono de Atención registre valor distinto de 0 (cero), en este campo deberá registrarse 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5.</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(18)	CÓDIGO PRESTACIÓN	<p>Corresponde al código que identifica la o las prestaciones de salud bonificadas al beneficiario, sea este cotizante o carga, en el mes y año que se informa.</p> <p>La información de las prestaciones bonificadas que se envíe deberá utilizar como base para su codificación el Arancel de FONASA de la Modalidad Libre Elección que se encuentre vigente a la fecha de bonificación, respetando su orden y estructura.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, deberá considerarse lo siguiente:</p> <p>§ Las prestaciones que hayan sido desagregadas por las isapres, para una mejor gestión, deberán ser agrupadas tomando como base los códigos presentados en el Arancel FONASA.</p> <p>Por ejemplo:  01-01-029 Consulta médica oftalmológica especialista iris  XX-YY-LLL Consulta médica oftalmológica especialista iris</p> <p>Debe informarse como:  01-01-003 Consulta médica especialista</p> <p>§ Las prestaciones relacionadas con el <b>Examen de Medicina Preventiva</b> (EMP) deberán informarse complementariamente en este archivo, empleando los códigos definidos de acuerdo a los "Códigos Referenciales de Prestaciones Examen de Medicina Preventiva" contenidos en el Anexo del Título IX "Prestaciones Examen de Medicina Preventiva" del Capítulo II "Archivos Maestros" del Compendio de Información o el que lo reemplace.</p> <p>§ Asimismo, la prestación o grupo de prestaciones asociadas a un problema de salud incluido en el Decreto Supremo del MINSAL que fija las <b>Garantías Explícitas en Salud (GES)</b> a que se refiere la Ley N°19.966, y que se encuentre vigente, deberá informarse complementariamente en este archivo, empleando el Anexo N°6 "Codificación de Intervención Sanitaria y grupo de prestaciones"- o el que lo reemplace- del Título XI "Información para el control y fiscalización de las GES en Isapres", del Capítulo II "Archivos Maestros", del Compendio de Información.</p>



ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Por ejemplo:</p> <p>7D3 = Confirmación de Pacientes con DM Tipo 2 25T2 = Implantación Marcapasos Unicameral VVI</p> <p>§ El uso de pabellones quirúrgicos o salas de procedimientos deberá informarse con los códigos adicionales definidos en el Arancel Fonasa, por ejemplo:</p> <p>0000001 = Sala de Procedimientos 1. 0000002 = Sala de Procedimientos 2. 0000014 = Derecho de Pabellón 14.</p> <p>§ Los insumos y materiales clínicos deberán informarse agrupados bajo el código 4000000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES.</p> <p>§ Los Medicamentos deberán informarse bajo el código 6100000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES.</p> <p>§ Las prestaciones dentales deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES.</p> <p>§ Las Drogas Antineoplásicas deberán informarse agrupadas bajo el código 6200000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES.</p> <p>§ Las Drogas inmunosupresoras deberán informarse agrupadas bajo el código 6400000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES.</p> <p>§ Las prestaciones que, bonificadas por la isapre, no se encuentran bajo ninguna de las denominaciones anteriores, deberán ser informadas según la codificación que le hubiera asignado la propia Isapre.</p> <p>Validadores Técnicos: § Campo de tipo alfanumérico.</p>
(19)	PERTENENCIA DEL CÓDIGO	Indica si el código de la prestación bonificada pertenece al Arancel Fonasa, es propio de la isapre o ha sido definido especialmente por esta Superintendencia. Se utilizará la siguientes codificación:

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>1: Código de la Prestación pertenece al arancel FONASA  2: Código de la Prestación es propio del Asegurador  3: Código de la Prestación definido por la Superintendencia</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo numérico.  § Valores posibles: 1, 2, 3.</p>
(20)	COBERTURA/ FINANCIAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	<p>Identifica si la prestación que se informa ha(n) sido o no cubierta (s) al beneficiario. Lo anterior, de acuerdo a los siguientes valores:  validar  1: GES  2: CAEC  3: GES- CAEC  4: Plan Complementario (se excluye CAEC y GES-CAEC)  5: No bonificado  6: Otro (Ej. beneficios complementarios o especiales)</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo numérico.  § Valores posibles: 1, 2, 3, 4, 5 y 6</p> <p>Validadores de Consistencia  § Cuando el campo (3) Tipo de Registro consigne el valor 2, 3 ó 4, este campo deberá registrar valor 4.  § Si el campo (19) Pertenencia del Código es igual a 1 ó 2 entonces este campo deberá registrar el valor 2,3 ó 4.</p>
(21)	FECHA DE BONIFICACIÓN LA	<p>Corresponde a la fecha (día, mes y año) de bonificación de la(s) prestación(es) que se informa(n), independientemente de la fecha en que se otorgó la prestación.</p> <p>Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo numérico.</p> <p>Validadores de Consistencia:  La fecha deberá corresponder al mismo período que se está informando mediante el campo (02) Fecha Información.</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(22)	IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	<p>Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan de salud, suscrito por el cotizante, y vigente a la fecha de bonificación de la(s) prestación(es).</p> <p>Para estos efectos, la isapre deberá usar el mismo código de identificación que el informado en el Archivo Maestro de Planes Complementarios, contenido en el Título III “Planes Complementarios de Salud, Tabla de Factores y Selección de Prestaciones Valorizadas” del Capítulo II “Archivos Maestros” del Compendio de Información.</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo alfanumérico.</p>
(23)	TIPO DE PRESTADOR	<p>Identifica la característica del prestador que otorgó u otorgará las atenciones de salud bonificadas, en cuanto a si pertenece al Sistema Público de Salud o al Sistema Privado, donde:</p> <p>1: Prestador Institucional perteneciente al Sistema Público de Salud  2: Prestador perteneciente al Sistema Privado de Salud</p> <p>Si el prestador que otorgó u otorgará las atenciones de salud bonificadas corresponde a una persona natural, corresponderá informar el código 2.</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo numérico.  § Valores Posibles: 1,2.</p>
(24)	TIPO ATENCIÓN	<p>Identifica la modalidad de atención en que se otorgó u otorgará la prestación, conforme haya sido bonificada por el asegurador. Se utilizará la siguiente codificación:</p> <p>1: Atención Ambulatoria  2: Atención Hospitalaria</p> <p>Para estos efectos se entenderá por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestación de Atención ambulatoria: aquella realizada a un beneficiario, por un prestador, sin que requiera, complementariamente, de prestaciones de días cama.</li> <li>• Prestación de Atención hospitalaria: aquella</li> </ul>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>realizada a un beneficiario y que requiere o requirió que se haya efectuado con el paciente hospitalizado. La hospitalización no necesariamente requiere que el paciente pernocte en el establecimiento, por lo tanto el alcance de la atención hospitalaria deberá definirse de acuerdo a la jurisprudencia establecida por esta Superintendencia en la normativa que regula la materia.</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo numérico.  § Valores Posibles: 1, 2.</p>
(25)	FRECUENCIA	<p>Corresponde al número de veces que se bonificó la prestación respecto del bono de atención o el reembolso informado.</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo numérico.</p> <p>Validadores de Consistencia:  § Para la combinación de campos (04) RUN Beneficiario, (14) Número Programa Médico Principal (PAM) y (18) Código Prestación, la suma de valores informados en este campo no podrá ser mayor a 1 cuando en el campo (18) Código Prestación se informen procedimientos o cirugías.</p>
(26)	VALOR FACTURADO	<p>Corresponde al monto total en pesos que el prestador ha facturado o facturará por cada prestación de salud bonificada al beneficiario.</p> <p>En caso que la prestación que se informe corresponda a un examen preventivo, corresponde al costo total en pesos asumido por el asegurador.</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo numérico.</p> <p>Validadores de Consistencia:  § Se validará que la suma de los valores de los campos (27) Valor Bonificado y (28) Monto Copago, no sea superior al monto facturado.</p>
(27)	VALOR BONIFICADO	<p>Corresponde al monto total en pesos bonificado por el asegurador, por cada prestación de salud respecto del bono de atención o el reembolso informado.</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>En el caso que la prestación no sea bonificable, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:            § Campo de tipo numérico.</p> <p>Validadores de Consistencia:            § Si el valor registrado en el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación es igual a 5, este campo deberá ser igual a cero.</p> <p>§ Se verificará que si el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación es distinto de 5, el valor registrado en este campo deberá ser distinto de 0 ( cero)</p>
(28)	MONTO COPAGO	<p>Corresponde a la contribución que deberá efectuar el beneficiario -cotizante o carga – respecto de la prestación que se informa.</p> <p>En caso que la prestación haya sido bonificada como consecuencia de un reembolso, corresponderá informar - en este campo - la diferencia entre el valor cobrado por el prestador, registrado en la boleta o factura y la bonificación que la isapre haya efectuado.</p> <p>Validadores Técnicos:            § Campo de tipo numérico.            § Si el campo (3) Tipo de Registro es igual 2, 3 ó 4, este campo debe ser igual a (0) cero.</p>
(29)	BONIFICACIÓN RESTRINGIDA	<p>Indica si la prestación fue bonificada una vez consumidos los topes establecidos en el plan de salud, corresponde a preexistencias declaradas (18 meses) o embarazo en curso, y por ende se ha utilizado una bonificación proporcional.</p> <p>A efectos de informar a la Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>1: Sí            2: No</p> <p>Validadores Técnicos:            § Campo de tipo numérico.            § Valores Posibles: 1 y 2.</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(30)	TIPO DE PLAN	<p>Indica si el plan asociado al beneficiario objeto de la prestación contempla cobertura general o reducida.</p> <p>A efectos de informar a la Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>1 = Plan con cobertura General 2 = Plan con cobertura Reducida</p> <p>Validadores Técnicos: § Campo de tipo numérico. § Valores Posibles 1 y 2.</p>
(31)	HORARIO OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE DE	<p>Indica el horario en que fue bonificada la prestación que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, las isapres deberán usar los siguientes valores:</p> <p>1: Horario Hábil 2: Horario Inhábil 3: Sin Información, el que corresponderá en los casos en que la aseguradora no cuente con la información que se requiere.</p> <p>Validadores Técnicos: § Campo de tipo numérico. § Valores Posibles: 1,2 y 3.</p>
(32)	MODALIDAD INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE	<p>Identifica si la intervención quirúrgica, bonificada al beneficiario, se realizó en forma simultánea o sucesiva a otra en el mismo acto quirúrgico correspondiente.</p> <p>Para tales efectos se utilizará la siguiente codificación:</p> <p>1 = Si 2 = No 3 = No Aplicable</p> <p>En caso que la prestación que se informe en el campo 18 (Código de Prestación), no corresponda a una intervención quirúrgica, se registrará el valor 3 (No Aplicable).</p> <p>En caso que se realice sólo una prestación de tipo quirúrgica al beneficiario, corresponderá informar en este campo valor 2.</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Corresponderá informar valor 1, para todas las prestaciones quirúrgicas que cumplan con la condición de haberse efectuado en forma simultánea o sucesiva, no importando, para efectos de este archivo, su orden.</p> <p>Con todo, se entenderá que una prestación es de tipo quirúrgica cuando tenga asociada una Sala de Procedimientos o un Pabellón Quirúrgico.</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo numérico.  § Valores posibles 1, 2 y 3.</p> <p>Validadores de Consistencia:  § Se validará su consistencia con lo informado en el campo (18) Código de Prestación, para los valores que registren en el campo (19) Pertenencia del código el valor 1 “Código de la Prestación pertenece al Arancel Fonasa”.</p> <p>§ Si el campo (18) registra valores cuyos 2 primeros dígitos están entre 01 y 10 (Prestaciones No Quirúrgicas), en este campo se registrará valor 3 “No Aplicable”.</p> <p>§ Para los códigos cuyos dos primeros dígitos sean distintos del rango 01 al 10, entonces este campo podrá registrar los valores 1 ó 2.</p>
33	LEY DE URGENCIA VITAL	<p>Indica si la prestación de salud que se informa, deriva de una atención médica que implique riesgo vital o secuela funcional grave (urgencia o emergencia) conforme a la Ley N°19.650.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, las isapres deberán usar los siguientes valores:</p> <p>1: Si  2: No</p> <p>Validadores Técnicos:  § Campo de tipo numérico.  § Valores Posibles: 1 y 2.</p>

## **1. Validadores Adicionales de Consistencia**

### **1.1. Consistencia con el mismo archivo**

§ Se validará que la combinación de campos (02) Fecha Información, (18) Código Prestación, (04) Run Beneficiario, (14) Número Programa Médico Principal (PAM), (16) Número de Bono de Atención y (17) Número de Reembolso, sea única.

### **1.2. Consistencia con otros archivos**

§ Se verificará que cada RUN del beneficiario o beneficiaria informado en este archivo, se encuentre en la Base de Beneficiarios (Cotizantes y Cargas) remitida a esta Superintendencia, del periodo en que se realizó la prestación de salud. Para ello, se verificará que cada valor del campo (04) RUN Beneficiario, esté informado en la Base de Cotizantes y Cargas del periodo (mes y año) del campo (02) Fecha Información. Se exceptuarán de esta validación los beneficiarios Nonatos para el período informado.

§ Se verificará que la identificación del sexo del beneficiario o beneficiaria informada en este archivo, corresponda a la información contenida en la Base de Beneficiarios (Cotizantes y Cargas) remitido a esta Superintendencia. Para ello, se verificará que cada valor del campo (06) Sexo Beneficiario, asociado a su respectivo RUN, sea igual al informado en la Base de Cotizantes y Cargas del periodo (mes y año) del campo (02) Fecha Información. Se exceptuarán de esta validación los beneficiarios Nonatos para el período informado.

§ Se verificará que la edad del beneficiario o beneficiaria informada en este archivo, corresponda a la información contenida en la Base de Beneficiarios (Cotizantes y Cargas) remitido a esta Superintendencia, del periodo en que se realizó la prestación de salud. Para ello, se verificará que cada valor del campo (07) Edad Beneficiario, asociado a su respectivo RUN, sea igual al informado en la Base de Cotizantes y Cargas del periodo (mes y año) del campo (02) Fecha de Información. Se exceptuarán de esta validación los beneficiarios nonatos para el período informado.

§ Se verificará que la condición de cotizante o carga informada en este archivo, corresponda a la información contenida en la Base de Beneficiarios (Cotizantes y Cargas) remitido a esta Superintendencia, del periodo en que se realizó la prestación de salud. Para ello, se verificará que cada valor del campo (08) Tipo de Beneficiario, sea coherente con dicha base del periodo (mes y año) del campo (02) Fecha Información.

§ Se verificará para el campo (18) Código Prestación lo siguiente:



- § Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 1 “Código de la Prestación pertenece al arancel FONASA”, este campo deberá consignar como valor algún código del Arancel Fonasa de la Modalidad Libre Elección.
- § Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 2 “Código de la prestación es propio del Asegurador”, este campo deberá registrar algún código del Arancel de la Isapre, que en el campo (11) Código de Pertenencia correspondiente al Archivo Maestro de Aranceles -Contenido en el Título VII “Arancel de Prestaciones de Salud” del Capítulo II “Archivos Maestros” del Compendio de Información- registre valor 2 “Prestación derivada de una prestación del arancel Fonasa” o bien valor 3 “Prestación adicional o propia de la isapre”
- § Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 3 “Código de la Prestación definido por la Superintendencia”, este campo deberá registrar alguno de los siguientes códigos: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000, 6400000, o bien los del Anexo N° 6 -o el que lo reemplace- del Título XI “Información para el control y fiscalización de las GES en Isapres”, del Capítulo II “Archivos Maestros” del Compendio de Información o los del Anexo del Título IX “Prestaciones Examen de Medicina Preventiva”, del Capítulo II “Archivos Maestros” del Compendio de Información -o el que lo reemplace-.
- § Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 3 “Código de la Prestación definido por la Superintendencia”, y el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registra valor 1 “GES”, este campo deberá registrar alguno de los valores señalados en el Anexo N° 6 -o el que lo reemplace- del Título XI “Información para el control y fiscalización de las GES en Isapres”, del Capítulo II “Archivos Maestros”, del Compendio de Información o bien los siguientes códigos: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000, 6400000.
- § Si el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registra cualquier otro valor, distinto de 1 “GES”, este campo podrá registrar cualquiera de los valores posibles, salvo los contenidos en el Anexo N° 6 -o el que lo reemplace- del Título XI “Información para el control y fiscalización de las GES en Isapres”, del Capítulo II “Archivos Maestros”, del Compendio de Información
- § Se verificará que el campo (22) Identificación del Plan, sea consistente con el campo (03) Identificación Única del Plan del Archivo Maestro de Planes, contenido en el Título III “Planes Complementarios de Salud, Tabla de Factores y Selección de Prestaciones Valorizadas” del Capítulo II “Archivos Maestros” del Compendio de Información o aquella que la reemplace.
- § Se verificará que lo informado en el campo (30) Tipo de Plan, sea consistente con el Archivo Maestro de Planes citado precedentemente, para el plan asociado al registro que se informa. Si el valor que se informa en este campo es 2 “Plan con Cobertura Reducida” en el archivo de Planes deberá consignarse el valor “Cobertura Reducida del Parto” o “Cobertura Reducida de Honorarios Médicos”.

### 1.3 Representatividad de valores por campo

Se definirá del total de registros informados en el período, un mínimo de representatividad aceptable respecto de los campos que se detallan a continuación.

Los valores mínimos de representatividad serán publicados en la Extranet de esta Superintendencia con un mes de antelación a la fecha de entrega del respectivo archivo. Los registros serán validados de acuerdo a los porcentajes allí establecidos.

- § Para el campo (03) Tipo de Registro se validará que los valores posibles: 1 “Curativa”; 2 “Examen de Medicina Preventiva”; 3 “Protección a la mujer embarazada y hasta el sexto mes de nacimiento del hijo” y 4 “Control del niño sano”, se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia
- § Para el campo (06) Sexo Beneficiario se validará que los valores posibles: F “Femenino” y M “Masculino”, se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- § Para el campo (08) Tipo de Beneficiario se validará que los valores posibles: 1 “Cotizante” y 2 “Carga”, se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia
- § Para los registros que en el campo (19) Pertenencia del Código- registren valor 1 “Código de la Prestación pertenece al arancel FONASA”- se harán las validaciones que se indican a continuación, a partir del campo (18) Código de Prestación:
  - Se validará que los Grupos de Prestación del Arancel Fonasa se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia. Para ello se considerarán los 2 primeros dígitos de los valores indicados en el campo (18) Código Prestación.
  - Se validará que los Subgrupos de Prestación del Arancel Fonasa se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia. Para ello se considerarán los 4 primeros dígitos de los valores indicados en el campo (18) Código Prestación.
  - Se validará que los Códigos de Prestación del Arancel Fonasa se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia. Para ello se considerarán todos los dígitos de los valores indicados en el campo (18) Código Prestación.

- § Para el campo (20) Cobertura Financiamiento de la Prestación, se validará que los valores posibles: 4 “Plan Complementario” y 1 “GES”, siempre estén representados, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- § Para el campo (23) Tipo de Prestador, se validará que los valores posibles: 1 “Prestador Institucional” y 2 “Prestador perteneciente al sistema privado” siempre estén representados, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- § Para el campo (24) Tipo Atención, se validará que los valores posibles: 1 “Atención Ambulatoria” y 2 “Atención Hospitalaria” siempre estén representados, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- § Para el campo (29) Bonificación Restringida, se validará que los valores posibles: 1 “Sí” y 2 “No”, siempre estén representados cuando corresponda y en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- § Para el campo (30) Tipo de Plan, se validará que los valores posibles: 1 “Plan con Cobertura General” y 2 “Plan con Cobertura Reducida”, siempre estén representados cuando corresponda y en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.

#### 1.4 Validadores Sanitarios y Validadores de Frecuencia de Prestaciones

Para efectos de obtener datos de consistencia en la elaboración de estudios y estadísticas del sistema, se definirá para el total de registros informados, un grupo de validaciones efectuadas por un profesional de la Superintendencia en su calidad de experto y que se relacionan con las prestaciones otorgadas y sus características propias, como por ejemplo mecanismos evaluadores para aquellas prestaciones que por su naturaleza, corresponde otorgar a ciertos rangos de edad y a un sexo en particular. Asimismo, se incorporarán validadores que permitan medir la coherencia en la frecuencia de otorgamiento de prestaciones, a través de comparaciones entre distintos períodos (mensual, trimestral, semestral, anual). Efectuado este análisis, dicho profesional comunicará las posibles desviaciones a la isapre en particular, para que proceda a su evaluación y corrección, si correspondiese.

”

### **3. ENVÍO DE LA INFORMACIÓN**

Para facilitar el primer envío de la información bajo estos nuevos parámetros de validación, se ha dispuesto que el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas correspondiente al mes de enero de 2011, se remita conjuntamente con los meses de febrero y marzo, el día 20 de abril del año 2011.

#### 4. VIGENCIA

La presente circular entrará en vigencia a partir de la fecha de su notificación.



**ALBERTO MUÑOZ VERGARA  
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS  
PREVISIONALES DE SALUD**

**Incorpora Firma Electrónica Avanzada**

IHT/RAC/RDM/AMAW/MPO

**DISTRIBUCION:**

- § Sres. Gerentes Generales de Isapres
- § Subdepartamento de Control Financiero y Régimen Complementario
- § Depto. de Estudios y Desarrollo
- § Unidad Evaluación de Riesgo
- § Subdepto. TIC
- § Subdepto. Regulación
- § Oficina de Partes
- § Asociación de Isapres

