

REPÚBLICA DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

CIRCULAR N°57

SANTIAGO, 4 de febrero de 2000

**IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE PLANES CERRADOS Y PLANES CON
PRESTADORES PREFERENTES Y MODIFICA LAS CIRCULARES N°25,
N°43 Y N°45, DE ESTA SUPERINTENDENCIA**

Esta Superintendencia, en ejercicio de sus facultades legales, en especial, las previstas en los números 2 y 9 del artículo 3° de la Ley N°18.933, imparte las siguientes instrucciones:

I.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las instrucciones que se imparten en la presente Circular serán aplicables a los planes cerrados y a los planes con prestadores preferentes.

Se entiende para estos efectos por plan cerrado, aquél cuya estructura sólo contempla el otorgamiento de atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.

Se entiende por plan con prestadores preferentes, aquél cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el otorgamiento de ciertos beneficios asociados a determinados prestadores individualizados en el plan.

Los planes con prestadores preferentes pueden contemplar una oferta preferente y/o una oferta cerrada. La oferta preferente de estos planes está constituida por las atenciones de salud para las que éstos contemplan determinados beneficios cuando se requieren en los prestadores individualizados en el plan pero que, además, pueden ser obtenidas a través de la libre elección; por su parte, la oferta cerrada está constituida por las atenciones de salud que sólo se otorgan por determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las mismas bajo la modalidad de libre elección.

No quedan sometidos a las presentes instrucciones los planes de salud que contemplan una estructura de beneficios asociada al precio de ciertas atenciones de salud en prestadores indeterminados, por ejemplo, los planes en que la hospitalización se bonifica en un 100% sin tope, si el valor del día cama del establecimiento es igual o inferior a XX y en un 90% sin tope, si el valor del día cama del establecimiento es superior a XX.

Tampoco les serán aplicables las presentes instrucciones a los acuerdos generales que las isapres celebren con prestadores respecto de los precios de las atenciones para los beneficiarios de la misma institución y que no se encuentran asociados a un plan específico.

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 que instruye la presente circular.¹

II.- DE LOS PRESTADORES

2.1.- Identificación de los prestadores en el plan

Cada vez que el plan de salud asocie el otorgamiento de un beneficio a un determinado prestador o red de prestadores, deberá indicarse en dicho plan el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalizadas, de conformidad con las instrucciones que se contemplan en los Anexos N°1 y N°2 de la presente Circular.

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 N°5 de esta Circular, indicándose además, respecto de cada uno de ellos, si la correspondiente especialidad se encuentra certificada de acuerdo con lo dispuesto en la letra c) del punto 2.2.- siguiente.

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

No se podrán comercializar planes que contengan una mera referencia a "prestadores en convenio" u otra expresión semejante, sin individualizar.

¹ Este párrafo fue modificado por el Ord. N°2073, del 23 de marzo de 2000, según lo resuelto por la Resolución Exenta N°382, del 8 de marzo de 2000.

2.2.- Información 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 punto 5.3 de esta Circular- en los siguientes programas:

- a) Programa de Control de Infecciones Intrahospitalarias (PCIIH) del Ministerio de Salud;
- b) Programa de Evaluación Externa de la Calidad de Laboratorios Clínicos (PEEC) del Instituto de Salud Pública;
- c) Certificación de especialidad médica, otorgada por las facultades de medicina de universidades chilenas adscritas a la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, ASOFAMECH; por facultades de medicina no adscritas a ese organismo o por la Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas, CONACEM.

Para dicho efecto, el reverso de la Selección de Prestaciones Valorizadas regulada en la Circular N°43, de 1998, de esta Superintendencia, deberá incluir las tablas que se contienen en el Anexo N°4 de esta Circular, sujetándose a las instrucciones que en ese mismo anexo se establecen.

Las isapres deberán mantener a disposición de esta Superintendencia los antecedentes que respaldan las acreditaciones y certificaciones de que dan cuenta las tablas a que se ha hecho referencia en el párrafo precedente.

2.3.- Término o modificación de los convenios con prestadores

En el plan de salud deberá señalarse que el término del convenio entre la isapre y el prestador o cualquier modificación que éstos le introduzcan, no afectará el monto que, en virtud del plan contratado, le corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas del respectivo prestador, hasta la anualidad que corresponda.

Al cumplimiento de la anualidad, la isapre podrá adecuar el contrato, caso en el cual deberá informar al cotizante, en la carta respectiva, la circunstancia de haberse puesto término o modificado el referido convenio y poner en su conocimiento tanto las adecuaciones propuestas para el plan vigente como los planes de salud alternativos en condiciones equivalentes a éste, de conformidad a las instrucciones contenidas en la Circular N°36, de 1997, cuyo texto actualizado fue fijado mediante la Resolución Exenta N°2500, del 18 de noviembre de 1997, de esta Superintendencia.

En el caso anterior, los planes alternativos que la Institución ofrezca al cotizante, podrán contemplar el otorgamiento de beneficios en un prestador distinto de aquél identificado en el plan vigente antes de la adecuación.

2.4.- Término de la existencia legal del prestador; pérdida total de su infraestructura o paralización permanente de sus actividades.

En el plan contratado deberá estipularse que si durante la vigencia de éste, terminare la existencia legal del o los prestadores individualizados en el plan o éstos experimentaren una pérdida total de su infraestructura o una paralización permanente de sus actividades, la institución deberá comunicar por escrito dicho evento a cada uno de los cotizantes afectados, junto con las alternativas de planes de que dispone para ellos.

En esa oferta, deberá contemplarse, como mínimo, el plan de salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el contrato.

La comunicación deberá señalar claramente el plazo de que dispone el afiliado para optar por alguna de las alternativas propuestas, 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 del cotizante, se entenderá que acepta el plan ofrecido por la isapre que más se ajusta a su cotización legal.

En caso de producirse alguna de las situaciones previstas en este punto, la isapre deberá informarlo por escrito a esta Superintendencia, dentro de los diez días hábiles siguientes, acompañando los antecedentes que acrediten los hechos y circunstancias que les dieron origen y que permitan su calificación por este Organismo.

2.5.- Pérdida parcial y permanente de la infraestructura del prestador o sustitución de la especialidad médica a que estaba orientado al momento de celebrarse el contrato.

En el plan contratado deberá estipularse que si durante la vigencia de éste, el o los prestadores individualizados en el plan experimentaren una pérdida parcial y permanente de su infraestructura o una sustitución de la especialidad médica a que estaban orientados al momento de celebrarse el contrato, la institución deberá comunicar por escrito dicho evento a cada uno de los cotizantes afectados, junto con las alternativas de planes de que dispone para ellos.

En esa oferta, deberá contemplarse, como mínimo, el plan de salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el contrato.

La comunicación deberá señalar claramente el plazo de que dispone el afiliado para optar por alguna de las alternativas propuestas, 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 señalar que ante el silencio del cotizante, se entenderá que acepta mantener el plan vigente, en las condiciones informadas en la misma comunicación.

En caso de producirse alguna de las situaciones mencionadas, la isapre deberá enviar a este Organismo la información que se contempla en el último párrafo del punto precedente, dentro del plazo que allí se prescribe.

III.- DEL MÉDICO DE CABECERA O PROFESIONAL QUE CUMPLA LAS FUNCIONES DE TAL.

Para los efectos de esta Circular, se entiende por médico de cabecera, o como quiera que se denomine al que cumpla dicha función, al profesional que otorga las primeras atenciones de salud a nivel primario a los beneficiarios del plan, tiene la facultad de derivar a dichos beneficiarios a niveles de atención de mayor complejidad y, en general, resuelve sobre el acceso y otorgamiento de las prestaciones y beneficios pactados

Los planes que contemplen la figura de médico de cabecera, deberán sujetarse a las siguientes instrucciones:

3.1. Funciones, requisitos e incompatibilidades

Los planes deberán especificar las funciones del médico de cabecera y contemplar procedimientos expeditos y verificables de acceso a éste.

El médico de cabecera deberá contar con el título profesional de médico cirujano y encontrarse debidamente habilitado para el ejercicio de la profesión en el país.

Podrán contemplarse médicos de cabecera que tengan especialidades acordes con las necesidades y características del grupo de beneficiarios del contrato, como por ejemplo, un médico gineco-obstetra o un médico pediatra.

Resulta incompatible ejercer, simultáneamente, la función de médico de cabecera de un plan de salud y médico contralor de la isapre a la cual dicho plan pertenece.

Es responsabilidad directa y preferente de la isapre la continua y oportuna atención de salud brindada por el médico de cabecera.

3.2.- Elección y reemplazo

En aquellos contratos en que se contemple el derecho del cotizante a elegir el médico de cabecera, se le proporcionará al contratante una nómina de profesionales efectivamente disponibles para ejercer dicha función, con indicación, en su caso, de sus respectivas especialidades.

El interesado deberá elegir de la nómina, uno o más profesionales que se individualizarán en un documento especialmente destinado al efecto, el que se anexará al contrato de salud.

En el plan deberá establecerse el derecho del contratante a solicitar el reemplazo del médico de cabecera, tanto en el caso que haya sido elegido por él o asignado por la institución, y el procedimiento para hacer efectivo ese derecho. En todo caso, para el reemplazo de un médico que haya sido elegido por el contratante, deberá estipularse un procedimiento que se ajuste a lo instruido en los párrafos primero y segundo de este punto.

Sin perjuicio de lo anterior, la isapre estará facultada para designar un reemplazante en caso de ausencia temporal de dicho profesional.

IV.- DE LOS TIEMPOS DE ESPERA

4.1.- Formalización

Los planes de salud 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 contenidas en los Anexos N°1 y N°2 de esta Circular.

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.

4.2.- Efectos

Transcurrido el tiempo de espera previsto, sin que la prestación solicitada haya sido otorgada, se configura una insuficiencia, en los términos que regula el punto 5.3. de esta Circular, que otorga al cotizante el derecho de solicitar su derivación o la de sus beneficiarios, a otro u otros prestadores, conforme al procedimiento previsto en cada contrato de salud.

4.3.- Verificación

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 -manual, computacional o de otra índole- éste 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 este Organismo la información a que alude el párrafo precedente, en la sede principal de sus negocios, salvo las excepciones autorizadas por esta Superintendencia.

V.- DE LA CONFIGURACIÓN DE LOS PLANES Y DE LA DERIVACIÓN EN CASOS DE INSUFICIENCIA DE LOS PRESTADORES.

5.1.- Configuración de los planes de salud cerrados

Los planes de salud cerrados no podrán excepcionarse de la obligación de contemplar, a lo menos, las prestaciones contenidas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud, en la modalidad libre elección, que se establece en el artículo 33 letra d) de la Ley N°18.933.

En dichos planes deberán explicitarse el o los prestadores a través de los cuales se cumplirá la obligación precedente, especificando las prestaciones o agrupación de prestaciones que cada uno de ellos otorgará.

5.2.- Configuración de la oferta cerrada y preferente de los planes con prestadores preferentes.

En los planes con prestadores preferentes, deberán explicitarse las prestaciones que componen su oferta cerrada y preferente. 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 cerrada o 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 el párrafo anterior, 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.

5.3.- De las insuficiencias de los prestadores.

En los planes cerrados y en los planes con prestadores preferentes, se configura una insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan, cuando por falta de profesionales o medios, aquéllos se encuentran imposibilitados temporalmente de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta cerrada o preferente y ha transcurrido el tiempo de espera previsto en el plan para el otorgamiento de las mismas.

En los planes con prestadores preferentes, la modalidad de *libre elección sólo* opera en caso que el beneficiario haya optado voluntariamente por ella y no puede, en consecuencia, ser utilizada por la isapre para suplir las insuficiencias del prestador individualizado en la oferta preferente del plan.

La isapre deberá identificar en el plan los prestadores derivados que brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, en el evento de configurarse la mencionada 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.

Los contratos de salud deberán contemplar, para el caso que se produzca dicha insuficiencia, el derecho del cotizante de solicitar la derivación hacia los prestadores antes indicados y los procedimientos para hacer efectiva la mencionada derivación.

5.4.- Efectos de la derivación por insuficiencia

Las prestaciones que se otorguen con ocasión de la derivación a que alude el punto precedente, 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.

Esta 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.

Sin perjuicio de lo anterior, cuando la derivación por insuficiencia dé origen a la hospitalización del beneficiario, serán aplicables, en todo aquello que fueren pertinentes, las disposiciones relativas al ejercicio del derecho a traslado, contenidas en el punto 6.2. de esta Circular.

En todo caso, las instituciones serán responsables de que la atención de salud requerida sea efectiva y oportunamente otorgada por los prestadores derivados.

VI.- DE LAS ATENCIONES DE URGENCIA Y DEL DERECHO A TRASLADO

6.1.- Acceso y cobertura de las atenciones de urgencia

Los contratos de salud deberán garantizar la atención de urgencia de las prestaciones que conforman su oferta cerrada o preferente, identificando en el plan de salud, el o los prestadores con los cuales haya convenido el otorgamiento de dicha atención y los procedimientos para acceder a ellos.

Asimismo, se deberá explicitar la cobertura que se otorgará a las atenciones de urgencia, sea que éstas se realicen por los prestadores mencionados en el párrafo anterior o por otros distintos.

6.2.- Derecho a Traslado

Los contratos de salud deberán establecer el derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia haya ingresado a un prestador distinto de los mencionados en el párrafo primero del punto precedente, a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan, y el derecho de la isapre a trasladar al paciente a uno de estos prestadores.

En ambos casos, es condición esencial para el ejercicio del derecho a traslado, la autorización expresa del médico tratante; obtenida esta autorización, la otra parte deberá acceder al traslado solicitado. No obstante lo anterior, el afiliado podrá optar por permanecer en el prestador en el que se encuentra, en cuyo caso no podrá requerir la cobertura prevista en el plan para las atenciones realizadas a través de prestadores individualizados en éste.

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

VII.- DE LA RESPONSABILIDAD DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL

El cotizante o beneficiario que, habiéndose ceñido a los procedimientos de acceso y derivación que en cada contrato se definan, no obtenga la atención de salud en el prestador individualizado en el plan, tendrá derecho a exigir que se mantenga el monto que le habría correspondido copagar si la prestación se hubiese otorgado por éste, cualquiera sea el que la realice en definitiva.

Las instituciones de salud 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.

VIII.- DEL CONTRATO DE SALUD

8.1.- Formato del plan de salud

Los planes de salud con prestadores preferentes y los planes cerrados deberán ajustar sus formatos, respectivamente, a los contenidos en los Anexos N°1 y N°2 de la presente Circular y a las instrucciones que para cada uno de ellos se contienen en dichos anexos.

8.2.- Reglas especiales sobre modificación de contrato

En los planes cerrados y con prestadores preferentes, deberá consignarse que, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 38 de la Ley N°18.933, la isapre deberá ofrecer un nuevo plan si éste es requerido por el afiliado y se fundamenta en cualquiera de las situaciones previstas en los numerales 8.2.1 y 8.2.2. siguientes. Dicha oferta deberá contemplar como mínimo, un plan de salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el contrato.

8.2.1.-Si se modifica el domicilio consignado por el afiliado al incorporarse al plan y se acredita que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios a los prestadores individualizados en el plan.

Se presumirá que se configura esa dificultad, cuando el cambio de domicilio importe el traslado del cotizante a otra región del país.

8.2.2.- Si la institución incurre en alguno de los siguientes incumplimientos:

a) Falta de atención continua y oportuna por parte del médico de cabecera o negativa de la isapre a reemplazar al profesional asignado por ésta o elegido por el cotizante.

b) Incumplimiento de la obligación de derivación prevista en el punto 5.3 de esta Circular; derivación a un prestador o prestadores distintos de los indicados en el plan o falta de atención efectiva y oportuna por parte del prestador derivado.

c) En general, la falta de otorgamiento de la atención de salud al cotizante o beneficiario que se ha ceñido a los procedimientos de acceso y derivación definidos en el plan, sin perjuicio de la obligación de la isapre prevista en el Título VII de la presente Circular.

La facultad regulada en este punto no priva al cotizante de la opción de solicitar el término del contrato de salud por el incumplimiento de las obligaciones por parte de la isapre, en conformidad a las reglas generales.

IX.- DISPOSICIONES GENERALES

9.1.- 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.

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.

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

Los contratos deberán estipular el derecho de los cotizantes y/o beneficiarios de 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.

9.3.- Difusión

Esta Superintendencia, en ejercicio de la facultad consagrada en el artículo 3 N°12 de la Ley N°18.933, efectuará publicaciones informativas y comparativas acerca de la forma como las instituciones incorporan en los contratos de salud y dan cumplimiento a las instrucciones contempladas en la presente Circular.

X.- DE LA MODIFICACIÓN DE LA CIRCULAR N°25

Sustitúyese el Anexo N°1 de la Circular N°25, de 1995, cuyo texto actualizado se contiene en la Resolución Exenta N°2263, del 14 de octubre de 1997, de esta Superintendencia, por los Anexos N°1, N°2 y N°3 de la presente Circular.

XI.- DE LA MODIFICACIÓN DE LA CIRCULAR N°43

Introdúcense en la Circular N°43, del 8 de abril de 1998, de esta Superintendencia, las siguientes modificaciones:

11.1.- Modificaciones al Título II

a) Sustitúyese la letra b) del Título II por la siguiente:

"b) Valorización de las prestaciones que se otorgan por determinados prestadores individualizados en plan.

Las instituciones deberán consignar en la selección de prestaciones valorizadas los beneficios que se otorgarán a las prestaciones respectivas cuando éstas se otorguen por los prestadores individualizados en el plan.

Para estos efectos, las isapres deberán completar la valorización de aquellas prestaciones respecto de las cuales el plan contempla determinados beneficios cuando se requieren de dichos prestadores, dejando en blanco las líneas correspondientes a las prestaciones para las que no se establezcan beneficios asociados a prestadores determinados.

En caso de existir más de un prestador asociado al otorgamiento de beneficios, las isapres deberán seleccionar sólo uno de ellos para cada prestación, lo que será informado en la selección de prestaciones valorizadas, identificando a dicho prestador con el número correspondiente en la respectiva columna.

Por último, de no contar la isapre con planes que contemplan el otorgamiento de beneficios asociados a determinados prestadores, deberá dejar en blanco las columnas de la selección de prestaciones valorizadas correspondientes a tales beneficios. "

b) Se elimina la letra c) del Título II.

11.2.- Modificaciones al Anexo N°1 que contiene el formato de la Selección de Prestaciones Valorizadas

a) Sustitúyese el título "Convenio (E)", por "Beneficios asociados a determinados prestadores"

b) Sustitúyese la denominación de la columna 6 "Número del convenio" por "Número del prestador (E)".

c) Sustitúyese la nota explicativa "(E) Especificaciones del convenio al dorso" por la siguiente: "(E) Individualización del prestador en las tablas contenidas al dorso".

11.3.- Modificaciones al Anexo N°2, sobre instrucciones para el llenado del Anexo N°1

a) Sustitúyense las instrucciones sobre "Modalidad Convenio" por las siguientes:

"BENEFICIOS ASOCIADOS A DETERMINADOS PRESTADORES.

Los beneficios asociados a determinados prestadores individualizados en el plan, podrán estar expresados en un copago fijo o en un porcentaje de bonificación con determinado tope, debiendo, en todo caso, completarse sólo la (s) columna(s) que corresponda(n) a la modalidad definida en el plan de salud.

Respecto de aquellas prestaciones para las que no se establezcan beneficios asociados a determinados prestadores, deberán dejarse en blanco las columnas 3 a la 6.

Columnas 3 y 4: En ellas se debe consignar el porcentaje de bonificación y el tope en pesos, respectivamente, para cada prestación, de acuerdo a lo contemplado en el plan de salud, en caso que la atención se efectúe por los prestadores individualizados en éste. Si el plan no contempla topes, deberá consignarse en la columna 4, frente a la prestación respectiva, la expresión: "Sin tope".

Columna 5: En esta columna sólo se deberán consignar los beneficios asociados a los prestadores individualizados en el plan, que se expresen en la modalidad de copagos fijos. En tales casos, el uso de esta quinta columna es excluyente al de las columnas 3 y 4.

Columna 6: En ella se deberá indicar el número del prestador que otorga las atenciones para las que se contemplan los beneficios que se informan. Dicho prestador se individualizará en las tablas contenidas al dorso."

b) Sustitúyense las instrucciones para completar el Reverso del Anexo N°1, por las siguientes:

"REVERSO DEL ANEXO N°1

Las isapres deberán incluir las tablas señaladas en el Anexo N°4 de la Circular N°57, en el reverso de la selección de prestaciones valorizadas.

Para efectos de completar la información consignada en dichas tablas -que resume los resultados de las acreditaciones y certificaciones de los prestadores individualizados en los planes cerrados y los planes con prestadores preferentes- las isapres deberán ajustarse a las instrucciones contenidas en el punto 4.1. del referido anexo."

11.4.- Modificaciones al Anexo N°3

Sustitúyese la letra B.3) por la siguiente:

"La nota (E) deberá indicar que la individualización del prestador que otorga las prestaciones para las que se contemplan beneficios determinados, se encuentra en las tablas contenidas al reverso del Anexo N°1.

Nota (E): Individualización del prestador en las tablas contenidas al dorso".

XII.- DE LA MODIFICACION DE LA CIRCULAR N°45

Deróganse los puntos 1.- y 3.- de la Circular N°45, del 12 de mayo de 1998, de esta Superintendencia.

XIII.- DE LA VIGENCIA

Las disposiciones de la presente Circular serán aplicables a todos los planes de salud que se suscriban a contar del 1 de julio de 2.000.

Respecto de los planes que, a esa fecha, se encuentren en ejecución, las presentes instrucciones deberán incorporarse en la próxima adecuación que se practique.

Por su parte, las selecciones de prestaciones valorizadas que se entreguen a partir de esa misma fecha, deberán ajustarse a las modificaciones introducidas por las presentes instrucciones a las Circulares N°43 y N°45, salvo tratándose de planes que no estén en actual comercialización, en cuyo caso, dicha obligación se hará exigible sólo cuando los referidos planes sean adecuados.

Sin perjuicio de lo anterior, los planes de salud que sólo contemplen el otorgamiento de prestaciones bajo la modalidad de libre elección, podrán mantener las cartillas configuradas de acuerdo a las instrucciones actualmente vigentes.

ALEJANDRO FERREIRO YAZIGI
Superintendente de Isapres

AMS/MACA/EFL/TAM

Distribución:

- Srs. Gerentes Generales de Isapres
- Sr. Superintendente de Isapres
- Fiscalía
- Depto. de Estudios
- Depto. de Control de Instituciones
- Depto. de Administración y Finanzas
- Depto. de Apoyo a la gestión
- Oficina de Partes

ANEXO N°1
(Planes con prestadores preferentes)

NOMBRE Y CÓDIGO DEL PLAN DE SALUD

PLAN ESPECIAL (Sólo planes de este tipo)

TIPO DE PLAN

INDIVIDUAL

GRUPAL

FECHA

FUN N°

PRESTACIONES	LIBRE ELECCIÓN		MAXIMO DE BONIFICACION DETERMINADAS PRESTACIONES	OFERTA CERRADA O PREFERENTE			MAXIMO DE BONIFICACION DETERMINADAS PRESTACIONES	PRESTADOS DERIVADOS
	% BONIFICAC. SOBRE EL VALOR REAL	TOPE DE BONIFICACION		% BONIFICAC. SOBRE EL VALOR REAL	TOPE DE BONIFICACION	COPAGO FIJO		
AGRUPACION DE PRESTACIONES DEFINIDAS POR LA ISAPRE								
ATENCIÓNES DE URGENCIA								

TIEMPOS DE ESPERA (en días corridos)

-consultas médicas
-exámenes
-procedimientos diagnósticos y terapéuticos
-intervenciones quirúrgicas

PRECIO DEL PLAN

PRECIO TOTAL DEL PLAN SEGÚN COMPOSICION DEL GRUPO FAMILIAR

(\$, UF)

Zona en que debe indicarse el valor del plan para el cotizante y los beneficiarios, diferenciados por sexo y edad. (Tabla de precios o tabla de factores y precio base del plan)²

Si el precio está expresado en UF, indicar en esta zona, el valor de conversión a pesos.

NOMBRE ARANCEL

UNIDAD

(\$, UF)

TOPE GENERAL POR BENEFICIARIO (En caso de haberlo)

(\$, UF)

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

² El contenido de este recuadro fue modificado en la Circular N°25 de 1995, por la Circular N°44 del 30 de abril de 1998.

**CONDICIONES Y CARACTERISTICAS DE LA OFERTA PREFERENTE Y
CERRADA DEL PLAN CON PRESTADORES PREFERENTES**

FIRMA Y TIMBRE ISAPRE

FIRMA DEL AFILIADO

INSTRUCCIONES PARA EL FORMATO DE LOS PLANES DE SALUD CON PRESTADORES PREFERENTES

Las isapres deberán ajustarse al formato tipo del plan de salud que se instruye en este anexo, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) El formato que se contiene en este anexo se aplicará a los planes de salud con prestadores preferentes .
- b) Este formato debe contener la cobertura que se aplicará individualmente a cada uno de los afiliados al respectivo plan, sea que este último tenga el carácter de individual o grupal.
- c) En cada formato se debe incluir solamente un plan de salud.
- d) En caso de utilizar abreviaturas o conceptos técnicos, deberán quedar claramente definidos en el mismo plan

Además, el llenado del formato de los planes debe ceñirse a las siguientes instrucciones:

1.- Nombre y Código del plan de salud

Se debe indicar el nombre y el código del plan de salud

2.- Plan Especial

En caso de tratarse de un plan que no contemple todas las prestaciones del arancel del Fondo Nacional de Salud, en su modalidad de libre elección, se deberá indicar con caracteres destacados, en el nombre del mismo, "Plan Especial", señalándose a continuación el nombre de la prestación que se excluye de cobertura.

3.- Tipo de plan

Indicar con una "X" si se trata de un plan individual o grupal, de conformidad con lo dispuesto en la Circular N°51, del 25 de junio de 1999.

4.- Fecha

Indicar la fecha en que se firma el plan de salud por ambas partes.

5.- FUN N°

Indicar el número de folio del FUN mediante el cual se notifica la suscripción del plan que se firma.

6.- Esquema del Plan

a) Prestaciones (Primera columna)

Detallar la agrupación de prestaciones que defina la isapre

b) Libre elección (Segunda columna)

Debe indicarse la cobertura que se otorgará a las prestaciones en la modalidad de libre elección, expresando:

- % Bonificación sobre valor real

Deben indicarse los porcentajes de bonificación que se aplicarán sobre el valor real de la prestación (Valor de la factura o boleta).

- Tope de Bonificación

Indicar los tope máximos de bonificación aplicables a las distintas agrupaciones de prestaciones, los cuales sólo podrán expresarse en pesos (\$), Unidades de Fomento (UF) o número de veces el valor asignado a esa prestación en el arancel.

c) Monto Máximo de Bonificación para libre elección (Tercera columna)

Indicar, si los hubiere, los montos máximos de bonificación para algunas prestaciones específicas, en libre elección, los cuales deben expresarse sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) y circunscribirse al período de un año de vigencia de los beneficios contractuales.

d) Oferta cerrada o preferente (Cuarta Columna)

d.1. Deben indicarse los beneficios que se otorgarán cuando determinadas prestaciones o agrupaciones de prestaciones se reciban de los prestadores individualizados en el plan.

La cobertura ofrecida podrá expresarse en porcentaje de bonificación sobre el valor real de las prestaciones y tope de bonificación o, en su caso, copago fijo en pesos o en Unidades de Fomento, que el afiliado debe pagar por las prestaciones otorgadas por el prestador.

Si dicha cobertura se expresa únicamente en porcentajes de bonificación y topes, podrá omitirse del cuerpo del plan la columna de copago fijo y, por su parte, si aquella se expresa sólo en esta última modalidad, podrán eliminarse las columnas de porcentaje y topes de bonificación.

d.2. Identificación de los prestadores en el plan

En el plan se debe indicar el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones que componen su oferta cerrada o preferente.

Aquellos prestadores orientados al otorgamiento de atenciones hospitalizadas, deberán identificarse en esta columna y frente a la prestación o agrupación de prestaciones que otorgan.

Aquellos prestadores que realicen atenciones ambulatorias, podrán incluirse en esta columna o, si este espacio no fuere suficiente, en el listado de "Condiciones y características de la oferta preferente o cerrada del plan con prestadores preferentes" que se regula en estas mismas instrucciones.

Si el plan contempla el otorgamiento de las prestaciones ambulatorias a través de una red de prestadores, podrá indicarse en esta columna, además del nombre de los prestadores institucionales que la integran, el de la respectiva red.

e) Monto Máximo de Bonificación para prestaciones otorgadas por prestadores individualizados en el plan (Quinta columna)

Indicar, si los hubiere, los montos máximos de bonificación para algunas prestaciones específicas otorgadas por los prestadores individualizados en el plan, los cuales deben expresarse sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) y circunscribirse al período de un año de vigencia de los beneficios contractuales.

f) Prestadores derivados (Sexta Columna)

Debe indicarse el nombre del o los prestadores de similares características a las del o los prestadores individualizados en el plan, que brindarán las atenciones de salud en el evento de configurarse una insuficiencia de estos últimos.

g) Atenciones de urgencia (Recuadro final)

En este recuadro deberán identificarse el o los prestadores con los cuales se haya convenido el otorgamiento de las atenciones de urgencia, de conformidad con lo instruido en el punto 6.1 de esta Circular.

Asimismo, deberá consignarse en este recuadro la cobertura que se otorgará a las atenciones de urgencia, sea que éstas se realicen por los mencionados prestadores u otros distintos.

7.- Tiempos de Espera

En este recuadro se deberán explicitar los tiempos máximos de espera previstos para que los prestadores individualizados en el plan otorguen efectivamente las atenciones, debiendo indicar los definidos para consultas médicas, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e intervenciones quirúrgicas, de acuerdo a lo instruido en el punto 4.1. de la Circular.

Las instituciones podrán establecer, dentro de las agrupaciones indicadas, las clasificaciones o desagregaciones que estimen pertinentes para el cumplimiento de la obligación instruida.

Si como resultado de lo anterior, el recuadro respectivo fuere insuficiente para registrar los datos correspondientes, éstos podrán incluirse en el listado de "Condiciones y características del plan cerrado" que se contiene en el punto 12 de este mismo Anexo.

Los tiempos máximos definidos deben expresarse en días corridos.

8.- Precio del plan (completar en la medida que sea pertinente)³

Debe incluirse la tabla de precios o el precio base y la tabla de factores diferenciada por sexo y edad, indicando claramente el precio o valor asignado al cotizante y los beneficiarios, de manera que el afiliado pueda calcular el precio total del plan.

Las isapres que utilicen tabla de factores, deberán ubicar el factor unitario de referencia o "pivote" en aquel rango etáreo que contenga al cotizante hombre de 30 años.

Además, debe consignarse el valor correspondiente al precio total del plan, expresado sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF).

Si el precio está en Unidades de Fomento, debe explicarse claramente el valor de conversión que se utilizará para determinar el equivalente en pesos (\$) al momento de descontar y pagar la cotización.

Finalmente, en aquellos planes en que se pacte el 7% de la remuneración imponible, no procederá incorporar la tabla de precios señalada más arriba, debiendo destinarse este espacio a indicar que se utilizará la referida modalidad de cotización.

9.- Arancel

- Nombre: Debe indicarse el nombre por el cual se identificará el Arancel que se aplicará para determinar los topes de bonificación.
- Unidad: Debe indicarse si el Arancel está expresado en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) o ambas.

10.- Tope General por Beneficiario

Señalar el tope general por beneficiario, si lo hubiera, para el período año-contrato, el cual sólo podrá estar expresado en pesos o Unidades de Fomento.

³ El punto N°8 fue modificado en la Circular N°25 de 1995, por la Circular N°44, del 30 de abril de 1998.

11.- Condiciones de vigencia y requisitos para ingresar y mantenerse en el plan grupal (sólo si corresponde)

Indicar y explicar cuáles son los hechos o circunstancias cuya variación o alteración podrá dar lugar a la modificación o terminación del plan grupal.

Asimismo, deberán indicarse los requisitos que, en forma individual, deben reunir los cotizantes, para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

12.- Condiciones y características de la oferta preferente o cerrada del plan con prestadores preferentes

Deberán incluirse en el plan, a continuación de las materias indicadas pero en una página distinta, las siguientes menciones, que deberán ajustarse estrictamente a los contenidos de esta Circular:

- a) Listado de los prestadores institucionales individualizados en el plan, orientados al otorgamiento de prestaciones ambulatorias, cuando no hayan podido incluirse en el cuerpo del plan de salud;
- b) Si el plan contempla médico de cabecera, las estipulaciones y menciones que se señalan en los puntos 3.1 y 3.2. de esta Circular;
- c) Explicitación de los tiempos máximos de espera previstos para que los prestadores individualizados en el plan otorguen efectivamente las atenciones, de acuerdo a lo instruido en el punto 4.1. de la Circular y en el punto 7 de este Anexo, en aquellos casos en que el recuadro respectivo no hubiere sido suficiente para registrar los datos correspondientes.
- d) Estipulación del momento a partir del cual empiezan a correr los tiempos de espera definidos.
- e) Mención de las prestaciones específicas que, pudiendo entenderse incorporadas en la oferta cerrada o preferente, no se realizan por el respectivo prestador, junto con la referencia que permita ubicar dentro del plan, la cobertura prevista para aquéllas.
- f) Estipulaciones sobre causales, procedimientos y efectos de la derivación por insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan, de conformidad con las instrucciones contempladas en los puntos 5.3. y 5.4. de esta Circular.
- g) Procedimiento para acceder a las atenciones de urgencia, según lo instruido en el punto 6.1 de esta Circular.

- h) Estipulaciones referentes al derecho a traslado que regula el punto 6.2 de esta Circular.
- i) Menciones acerca del derecho a la segunda opinión médica previstas en el punto 9.1 de la Circular.
- j) Estipulaciones relativas a la instancia destinada a dar solución a las opiniones médicas divergentes, de conformidad al punto 9.2 de esta Circular.
- k) Estipulaciones sobre el término o modificación del o los convenios con los prestadores, de conformidad con lo instruido en el punto 2.3. de esta Circular.
- l) Estipulaciones para el caso de término de la existencia legal del o los prestadores individualizados en el plan; pérdida total de su infraestructura o paralización permanente de sus actividades, de conformidad a lo previsto en el punto 2.4. de esta Circular.
- m) Estipulaciones para el caso de pérdida parcial y permanente de la infraestructura del o los prestadores individualizados en el plan o sustitución de la especialidad médica a que se orientaban al momento de celebrarse el contrato, de acuerdo a lo previsto en el punto 2.5 de esta Circular.
- n) Reglas especiales sobre modificación de contrato, de conformidad a los contenidos mencionados en el punto 8.2 de esta Circular.
- o) En general, si el otorgamiento de determinadas prestaciones en alguno o algunos de los prestadores individualizados en el plan, está condicionado a ciertos requisitos o características, éstas deberán señalarse expresamente en el plan. Ejemplo: habitación sala; habitación doble; excluye tipo departamento, etc

13.- Firma y timbre isapre

Se debe estampar el timbre de la isapre y la firma del habilitado, lo cual debe realizarse en el mismo acto en que firme el afiliado.

14.- Firma del afiliado

En este espacio, debe firmar el afiliado en señal de aceptación de los términos del plan de salud, lo cual debe efectuarse en el mismo acto en que suscriba el habilitado de la Isapre.

ANEXO N°2
(Planes cerrados)

NOMBRE Y CÓDIGO DEL PLAN DE SALUD

TIPO DE PLAN

INDIVIDUAL

GRUPAL

FECHA

FUN N°

PRESTACIONES	COBERTURA/PRESTADORES			MÁXIMO DE BONIFICACION PARA DETERMINADAS PRESTACIONES	PRESTADORES DERIVADOS
	% BONIFICAC. SOBRE EL VALOR REAL	TOPE DE BONIFICACION	COPAGO FIJO		
AGRUPACION DE PRESTACIONES DEFINIDAS POR LA ISAPRE					
ATENCIÓNES DE URGENCIA					

TIEMPOS DE ESPERA (en días corridos)

- consultas médicas
- exámenes
- procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- intervenciones quirúrgicas

PRECIO DEL PLAN

PRECIO TOTAL DEL PLAN SEGÚN COMPOSICION DEL GRUPO FAMILIAR

(\$, UF)

Zona en que debe indicarse el valor del plan para el cotizante y los beneficiarios, diferenciados por sexo y edad. (Tabla de precios o tabla de factores y precio base del plan)⁴

Si el precio está expresado en UF, indicar en esta zona, el valor de conversión a pesos.

NOMBRE ARANCEL

UNIDAD

(\$, UF)

TOPE GENERAL POR BENEFICIARIO (En caso de haberlo)

(\$, UF)

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

⁴ El contenido de este recuadro fue modificado en la Circular N°25 de 1995, por la Circular N°44 del 30 de abril de 1998.

CONDICIONES Y CARACTERISTICAS DEL PLAN CERRADO

FIRMA Y TIMBRE ISAPRE

FIRMA DEL AFILIADO

INSTRUCCIONES PARA EL FORMATO DE LOS PLANES DE SALUD CERRADOS

Las isapres deberán ajustarse al formato tipo del plan de salud que se instruye en este anexo, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) El formato que se contiene en este anexo se aplicará a los planes de salud cerrados.
- b) Este formato debe contener la cobertura que se aplicará individualmente a cada uno de los afiliados al respectivo plan, sea que este último tenga el carácter de individual o grupal.
- c) En cada formato se debe incluir solamente un plan de salud.
- d) En caso de utilizar abreviaturas o conceptos técnicos, deberán quedar claramente definidos en el mismo plan.

Además, el llenado del formato de los planes cerrados debe ceñirse a las siguientes instrucciones:

1.- Nombre y Código del plan de salud

Se debe indicar el nombre y el código del plan de salud

2.- Tipo de plan

Indicar con una "X" si se trata de un plan individual o grupal, de conformidad con lo dispuesto en la Circular N°51, del 25 de junio de 1999.

3.- Fecha

Indicar la fecha en que se firma el plan de salud por ambas partes.

4.- FUN N°

Indicar el número de folio del FUN mediante el cual se notifica la suscripción del plan que se firma.

5.- Esquema del Plan

a) Prestaciones (Primera columna)

Detallar la agrupación de prestaciones que defina la Isapre.

b) Cobertura-Prestadores (Segunda columna)

Debe indicarse la cobertura que se otorgará a las prestaciones o agrupaciones de prestaciones cuando éstas se reciban del o los prestadores individualizados en el plan, señalando la forma en que dicha cobertura se expresa, ya sea, porcentaje de bonificación sobre valor real y tope, o, en su caso, monto de copago fijo:

b.1. Forma de expresar la cobertura:

- % Bonificación sobre valor real: Deben indicarse los porcentajes de bonificación que se aplicarán sobre el valor de la prestación (valor de la factura o boleta).
- Tope de Bonificación: Indicar los topes máximos de bonificación aplicables a las distintas agrupaciones de prestaciones, los cuales debe expresarse sólo en pesos (\$), Unidades de Fomento (U.F.) o número de veces el valor asignado a esa prestación en el arancel.
- Copago fijo en pesos (\$) o en Unidades de Fomento (UF): Deberá indicarse el monto del copago fijo, en pesos o Unidades de Fomento, que el afiliado debe pagar por las prestaciones otorgadas por el respectivo prestador.

b.2. Identificación de los prestadores:

Se debe indicar el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalizadas.

Aquellos prestadores orientados al otorgamiento de atenciones hospitalizadas, deberán identificarse en esta columna, y frente a la prestación o agrupación de prestaciones que otorgan. Aquellos prestadores que realicen atenciones ambulatorias, podrán incluirse en esta columna o, si el espacio no fuere suficiente, en el listado de "Condiciones y características del plan cerrado" que se regula en estas mismas instrucciones.

Si el plan contempla el otorgamiento de las prestaciones a través de una red de prestadores, podrá indicarse en esta columna, además del nombre de los prestadores institucionales que la integran, el de la respectiva red.

c) Monto Máximo de Bonificación para determinadas prestaciones (Tercera columna)

Indicar, si los hubiere, los montos máximos de bonificación para algunas prestaciones específicas otorgadas por el o los prestadores individualizados en el plan, los cuales deben expresarse sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) y circunscribirse al período de un año de vigencia de los beneficios contractuales.

d) Prestadores derivados (Cuarta Columna)

Debe indicarse el nombre del o los prestadores de similares características a las del o los prestadores individualizados en el plan, que brindarán las atenciones de salud en el evento de configurarse una insuficiencia de estos últimos.

e) Atenciones de urgencia (Recuadro final)

En este recuadro deberán identificarse el o los prestadores con los cuales se haya convenido el otorgamiento de las atenciones de urgencia, de conformidad con lo instruido en el punto 6.1 de esta Circular.

Asimismo, deberá consignarse en este recuadro la cobertura que se otorgará a las atenciones de urgencia, sea que éstas se realicen por los mencionados prestadores u otros distintos.

6.- Tiempos de Espera

En este recuadro se deberán explicitar los tiempos máximos de espera previstos para que los prestadores individualizados en el plan otorguen efectivamente las atenciones, debiendo indicar los definidos para consultas médicas, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e intervenciones quirúrgicas, de acuerdo a lo instruido en el punto 4.1. de la Circular.

Las instituciones podrán establecer, dentro de las agrupaciones indicadas, las clasificaciones o desagregaciones que estimen pertinentes para el cumplimiento de la obligación instruida.

Si como resultado de lo anterior, el recuadro respectivo fuere insuficiente para registrar los datos correspondientes, éstos podrán incluirse en el listado de "Condiciones y características del plan cerrado" que se contiene en este mismo Anexo.

Los tiempos máximos definidos deben expresarse en días corridos.

7.- Precio del plan (completar en la medida que sea pertinente)⁵

Debe incluirse la tabla de precios o el precio base y la tabla de factores diferenciada por sexo y edad, indicando claramente el precio o valor asignado al cotizante y los beneficiarios, de manera que el afiliado pueda calcular el precio total del plan.

Las isapres que utilicen tabla de factores, deberán ubicar el factor unitario de referencia o "pivote" en aquel rango etéreo que contenga al cotizante hombre de 30 años.

Además, debe consignarse el valor correspondiente al precio total del plan, expresado sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF).

Si el precio está en Unidades de Fomento, debe explicarse claramente el valor de conversión que se utilizará para determinar el equivalente en pesos (\$) al momento de descontar y pagar la cotización.

⁵ El punto N°7 fue modificado en la Circular N°25 de 1995, por la Circular N°44, del 30 de abril de 1998

Finalmente, en aquellos planes en que se pacte el 7% de la remuneración imponible, no procederá incorporar la tabla de precios señalada más arriba, debiendo destinarse este espacio a indicar que se utilizará la referida modalidad de cotización.

8.- Arancel

- Nombre: Debe indicarse el nombre por el cual se identificará el Arancel que se aplicará para determinar los topes de bonificación.
- Unidad: Debe indicarse si el Arancel está expresado en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) o ambas.

9.- Tope General por Beneficiario

Señalar el tope general por beneficiario, si lo hubiera, para el período año-contrato, el cual sólo podrá estar expresado en pesos o Unidades de Fomento.

10.- Condiciones de vigencia y requisitos para ingresar y mantenerse en el plan grupal (sólo si corresponde)

Indicar y explicar cuáles son los hechos o circunstancias cuya variación o alteración podrá dar lugar a la modificación o terminación del plan grupal.

Asimismo, deberán indicarse los requisitos que, en forma individual, deben reunir los cotizantes, para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

11.- Condiciones y características del plan cerrado

Deberán incluirse en el plan, a continuación de las materias antes indicadas pero en una página distinta, las siguientes menciones, que deberán ajustarse estrictamente a los contenidos previstos en esta Circular:

- a) Listado de los prestadores institucionales orientados al otorgamiento de prestaciones ambulatorias, cuando no hayan podido incluirse en el cuerpo del plan de salud;
- b) Si el plan contempla médico de cabecera, las estipulaciones y menciones que se señalan en los puntos 3.1 y 3.2. de esta Circular;
- c) Explicitación de los tiempos máximos de espera previstos para que los prestadores individualizados en el plan otorguen efectivamente las atenciones, de acuerdo a lo instruido en el punto 4.1. de la Circular y en el punto 6 de este Anexo, en aquellos casos en que el recuadro respectivo no hubiere sido suficiente para registrar los datos correspondientes.

- d) Estipulación del momento a partir del cual empiezan a correr los tiempos de espera definidos.
- e) Estipulaciones sobre causales, procedimiento y efectos de la derivación por insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan, de acuerdo a las instrucciones contempladas en los puntos 5.3. y 5.4. de esta Circular.
- f) Procedimiento para acceder a las atenciones de urgencia, según lo instruido en el punto 6.1 de esta Circular.
- g) Estipulaciones referentes al derecho a traslado que regula el punto 6.2 de esta Circular.
- h) Menciones acerca del derecho a la segunda opinión médica previstas en el punto 9.1 de la Circular.
- i) Estipulaciones relativas a la instancia destinada a dar solución a las opiniones médicas divergentes, de conformidad al punto 9.2 de esta Circular.
- j) Estipulaciones sobre el término o modificación del o los convenios con los prestadores, de conformidad con lo instruido en el punto 2.3 de esta Circular.
- k) Estipulaciones para el caso de término de la existencia legal del o los prestadores; pérdida total de su infraestructura o paralización permanente de sus actividades; de conformidad a lo previsto en el punto 2.4. de esta Circular.
- l) Estipulaciones para el caso de pérdida parcial y permanente de la infraestructura del o los prestadores o sustitución de la especialidad médica a que se orientaban al momento de celebrarse el contrato, de acuerdo a lo previsto en el punto 2.5 de esta Circular.
- m) Reglas especiales sobre modificación del contrato, de conformidad a los contenidos mencionados en el punto 8.2. de esta Circular.
- n) En general, si el otorgamiento de determinadas prestaciones en alguno o algunos de los prestadores individualizados en el plan, está condicionado a ciertos requisitos o características, éstas deberán señalarse expresamente en el plan. Ejemplo: habitación sala; habitación doble; excluye tipo departamento, etc.

12.- Firma y timbre isapre

Se debe estampar el timbre de la isapre y la firma del habilitado, lo cual debe realizarse en el mismo acto en que firme el afiliado.

13.- Firma del afiliado

En este espacio, debe firmar el afiliado en señal de aceptación de los términos del plan de salud, lo cual debe efectuarse en el mismo acto en que suscriba el habilitado de la Isapre.

ANEXO N°3
(Planes de libre elección)

NOMBRE Y CÓDIGO DEL PLAN DE SALUD

PLAN ESPECIAL (Sólo planes de este tipo)

TIPO DE PLAN

INDIVIDUAL

GRUPAL

FECHA	<input type="text"/>
FUN N°	<input type="text"/>

PRESTACIONES	% BONIFICACION SOBRE EL VALOR REAL	TOPE DE BONIFICACION	MAXIMO BONIFICACION DETERMINADAS PRESTACIONES	DE PARA
AGRUPACIÓN DE PRESTACIONES DEFINIDAS POR LA ISAPRE				

NOTAS EXPLICATIVAS (EN CASO DE HABERLAS)

PRECIO DEL PLAN

PRECIO TOTAL DEL PLAN SEGÚN COMPOSICION DEL GRUPO FAMILIAR

(\$, UF)

Zona en que debe indicarse el valor del plan para el cotizante y los beneficiarios, diferenciados por sexo y edad. (Tabla de precios o tabla de factores y precio base del plan)⁶

Si el precio está expresado en UF, indicar en esta zona, el valor de conversión a pesos.

NOMBRE ARANCEL

UNIDAD (\$, UF)

TOPE GENERAL POR BENEFICIARIO (En caso de haberlo) (\$, UF)

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

⁶ El contenido de este recuadro fue modificado en la Circular N°25 de 1995, por la Circular N°44 del 30 de abril de 1998.

INSTRUCCIONES PARA EL FORMATO DE LOS PLANES DE SALUD DE LIBRE ELECCION

El formato de los planes de salud que sólo contemplen el otorgamiento de las prestaciones de salud bajo la modalidad de libre elección, no previéndose beneficios asociados a determinados prestadores individualizados en ellos, debe ajustarse a las siguientes instrucciones:

- e) El formato que se contiene en este anexo se aplicará a los planes de salud de libre elección .
- f) Este formato debe contener la cobertura que se aplicará individualmente a cada uno de los afiliados al respectivo plan, sea que este último tenga el carácter de individual o grupal.
- g) En cada formato se debe incluir solamente un plan de salud.
- h) En caso de utilizar abreviaturas o conceptos técnicos, deberán quedar claramente definidos en el mismo plan .

Además, el llenado del formato de los planes debe ceñirse a las siguientes instrucciones:

1.- Nombre y Código del plan de salud

Se debe indicar el nombre y el código del plan de salud

2.- Plan Especial

En caso de tratarse de un plan que no contemple todas las prestaciones del arancel del Fondo Nacional de Salud, en su modalidad de libre elección, se deberá indicar con caracteres destacados, en el nombre del mismo, "Plan Especial", señalándose a continuación el nombre de la prestación que se excluye de cobertura.

3.- Tipo de plan

Indicar con una "X" si se trata de un plan individual o grupal, de conformidad con lo dispuesto en la Circular N°51, del 25 de junio de 1999.

4.- Fecha

Indicar la fecha en que se firma el plan de salud por ambas partes.

5.- FUN N°

Indicar el número de folio del FUN mediante el cual se notifica la suscripción del plan que se firma.

6.- Esquema del Plan

- a) Prestaciones (Primera columna)

Detallar la agrupación de prestaciones que defina la Isapre

b) Porcentaje de bonificación sobre valor real (Segunda columna)

Deben indicarse los porcentajes de bonificación que se aplicarán sobre el valor real de la prestación (Valor de la factura o boleta).

c) Tope de Bonificación (Tercera columna)

Indicar los topes máximos de bonificación aplicables a las distintas agrupaciones de prestaciones, los cuales sólo podrán expresarse en pesos (\$), Unidades de Fomento (UF) o número de veces el valor asignado a esa prestación en el arancel.

d) Monto Máximo de Bonificación para determinadas prestaciones (Cuarta columna)

Indicar, si los hubiere, los montos máximos de bonificación para algunas prestaciones específicas, los cuales deben expresarse sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) y circunscribirse al período de un año de vigencia de los beneficios contractuales.

7.- Notas Explicativas

En este campo se deberán incluir, si las hubiere, las notas explicativas de los datos que se consignen en el esquema del plan.

8.- Precio del plan (completar en la medida que sea pertinente) ⁷

Debe incluirse la tabla de precios o el precio-base y la tabla de factores diferenciada por sexo y edad, indicando claramente el precio o valor asignado al cotizante y los beneficiarios, de manera que el afiliado pueda calcular el precio total del plan.

Las isapres que utilicen tabla de factores, deberán ubicar el factor unitario de referencia o "pivote" en aquel rango etéreo que contenga al cotizante hombre de 30 años.

Además, debe consignarse el valor correspondiente al precio total del plan, expresado sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF).

Si el precio está en Unidades de Fomento, debe explicarse claramente el valor de conversión que se utilizará para determinar el equivalente en pesos (\$) al momento de descontar y pagar la cotización.

⁷ El punto N°8 fue modificado en la Circular N°25 de 1995, por la Circular N°44, del 30 de abril de 1998

Finalmente, en aquellos planes en que se pacte el 7% de la remuneración imponible, no procederá incorporar la tabla de precios señalada más arriba, debiendo destinarse este espacio a indicar que se utilizará la referida modalidad de cotización.

9.- Arancel

- Nombre: Debe indicarse el nombre por el cual se identificará el Arancel que se aplicará para determinar los topes de bonificación.
- Unidad: Debe indicarse si el Arancel está expresado en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) o ambas.

10.- Tope General por Beneficiario

Señalar el tope general por beneficiario, si lo hubiera, para el período año-contrato, el cual sólo podrá estar expresado en pesos o Unidades de Fomento.

11.- Condiciones de vigencia y requisitos para ingresar y mantenerse en el plan grupal (sólo si corresponde)

Indicar y explicar cuáles son los hechos o circunstancias cuya variación o alteración podrá dar lugar a la modificación o terminación del plan grupal.

Asimismo, deberán indicarse los requisitos que, en forma individual, deben reunir los cotizantes, para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

12.- Firma y timbre isapre

Se debe estampar el timbre de la isapre y la firma del habilitado, lo cual debe realizarse en el mismo acto en que firme el afiliado.

13.- Firma del afiliado

En este espacio, debe firmar el afiliado en señal de aceptación de los términos del plan de salud, lo cual debe efectuarse en el mismo acto en que suscriba el habilitado de la Isapre.

ANEXO N°4

TABLAS DE RESULTADOS DE LAS ACREDITACIONES Y CERTIFICACIONES DE LOS PRESTADORES INDIVIDUALIZADOS EN PLANES CERRADOS Y PLANES CON PRESTADORES PREFERENTES

TABLA N° 1

RESULTADO DE LA ACREDITACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (PCIIH) DEL MINISTERIO DE SALUD, EN CLÍNICAS Y HOSPITALES INDIVIDUALIZADOS EN EL PLAN

Nombre del Prestador	Año última acreditación	Resultado en el PCIIH			
		Acreditado	Condicional	No acreditado	No evaluado

- **Acreditado:** El prestador cumple con todas las condiciones para asegurar la calidad en el control de infecciones y realiza actividades permanentes para este fin. La certificación es entregada por un período de 3 años.
- **Condicional:** El prestador cumple con condiciones para asegurar la calidad en el control de infecciones pero debe hacer algunos ajustes. Será evaluado antes de un año.
- **No Acreditado:** El prestador no cuenta con las condiciones mínimas para asegurar la calidad en el control de infecciones. Debe hacer correcciones. Será evaluado antes de seis meses.
- **No Evaluado:** El prestador está en espera de ser evaluado por el programa.

TABLA N° 2

ÁREAS CON CERTIFICADO DEL PROGRAMA EXTERNO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD (PEEC) DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA, EN LOS LABORATORIOS CLÍNICOS INDIVIDUALIZADOS EN EL PLAN

Nombre Prestador	Áreas con certificado del PEEC							
	Química Clínica	Hematología	Bacteriología	Virología	Inmunología	Mico-Bacterias	Parasitología	Serología de Sífilis

- El prestador no entrega servicios en las áreas achuradas.
- Las áreas en blanco son áreas otorgadas, pero con evaluación insatisfactoria o aún no evaluadas.
- Las cruces marcan las áreas certificadas.

TABLA N° 3

MÉDICOS SEGÚN CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD, DEL TOTAL QUE FORMA PARTE DE LOS PRESTADORES INDIVIDUALIZADOS EN EL PLAN (en porcentaje)

Nombre del Prestador	Con especialidad certificada	Sin especialidad

- Se considerarán médicos especialistas aquellos cuyos certificados hayan sido otorgados por CONACEM (Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas) y/o por las facultades de medicina de universidades chilenas adscritas a ASOFAMECH (Asociación de Facultades de Medicina de Chile) y/o por las facultades de medicina de universidades chilenas no adscritas a este organismo.

4.1. INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LAS TABLAS Y SU INCORPORACIÓN EN LA SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS

Las isapres deberán incluir las tablas señaladas en este anexo, en el reverso de la Selección de Prestaciones Valorizadas a que se refiere la Circular N°43, del 8 de abril de 1998, de esta Superintendencia, el que pasará a tener el formato que se indica en el punto 4.2. de este mismo anexo.

Para efectos de completar la información consignada en dichas tablas -que resumen los resultados de las acreditaciones y certificaciones de los prestadores individualizados en los planes cerrados y en los planes con prestadores preferentes- las isapres deberán ajustarse a las siguientes instrucciones:

TABLA N° 1

Esta tabla resume los resultados obtenidos por las clínicas y hospitales individualizados en el plan en el **Programa de Control de Infecciones Intrahospitalarias** del Ministerio de Salud (PCIIH).

Columna 1: En ella deben detallarse todos los prestadores (clínicas y hospitales) que estén individualizados en el plan, indicando el número que se asigna a cada uno de ellos en el anverso de la Selección Valorizada de Prestaciones.

Columna 2: Para toda institución que haya sido evaluada por el PCIIH, en esta columna debe detallarse el año de la última evaluación. En el caso de instituciones que no han sido calificadas por este programa, la casilla correspondiente se dejará en blanco.

Columnas 3 a 5: En ellas se resumen los resultados obtenidos por los prestadores en el PCIIH. La columna 3 corresponde a la categoría de Acreditado, por lo que deberá marcarse con una cruz el casillero correspondiente a toda institución que, en la evaluación del programa PCIIH, obtenga una Acreditación Destacada o Acreditación. La columna 4 corresponde a la categoría de Condicional, por lo que deberá marcarse con una cruz el casillero correspondiente a toda institución evaluada con Acreditación Provisional o Acreditación Condicional. Por último, la columna 5 corresponde a la categoría No Acreditado; en este caso corresponde marcar con una cruz el casillero correspondiente a toda institución que obtenga una No Acreditación Preliminar o No Acreditación.

Columna 6: Esta columna corresponde a la categoría de No Evaluado, por lo que deberá marcar una cruz en el casillero correspondiente a toda institución que no ha sido calificada por este programa.

TABLA N° 2

Esta tabla resume las áreas de los laboratorios clínicos que cuentan con un certificado del Programa de Evaluación Externa de Calidad (PEEC) del Instituto de

Salud Pública. Las áreas en que dicho programa entrega certificados son: Bacteriología, Hematología, Inmunología, Micobacterias, Parasitología, Química Clínica, Serología de Sífilis y Virología. Cada laboratorio puede otorgar servicios asociados a una, varias o todas las áreas. Considerando que los laboratorios adhieren al programa por área, la certificación puede realizarse en un número parcial de éstas.

Columna 1: En ella deben detallarse todos los prestadores (laboratorios clínicos) que estén individualizados en el plan, indicando el número que se asigna a cada uno de ellos en el anverso de la Selección Valorizada de Prestaciones.

Columna 2 a 9: Corresponde a las distintas áreas en las que el PEEC entrega certificados. Para cada prestador, deberá marcarse con una cruz cada columna que corresponda a un área del laboratorio que cuenta con certificado PEEC. Deberán achurarse las áreas en que el prestador no entrega servicios y dejar en blanco las áreas que han obtenido evaluación insatisfactoria o aún no han sido evaluadas.

TABLA N° 3

Esta tabla resume el porcentaje de médicos, del total que forma parte de los prestadores individualizados en el plan y está adscrito al otorgamiento de las prestaciones que integran su oferta cerrada o preferente, que cuenta con especialidad certificada.

Se considerarán médicos especialistas aquéllos cuyos certificados hayan sido otorgados por CONACEM y/o por universidades chilenas adscritas a ASOFAMECH y/o por aquellas no adscritas a ASOFAMECH.

Columna 1: En ella deben detallarse todos los prestadores institucionales que estén individualizados en el plan, indicando el número que se asigna a cada uno de ellos en el anverso de la Selección Valorizada de Prestaciones.

Columna 2: En ella se debe anotar el porcentaje que resulte de dividir el número total de médicos que cuentan con certificado de especialidad por el número total de médicos que, formando parte de los prestadores individualizados en el plan, estén adscritos al otorgamiento de las prestaciones que integran su oferta cerrada o preferente.

Columna 3: En ella se debe anotar el porcentaje que resulte de dividir el número total de médicos sin certificación de especialidad por el número total de médicos que, formando parte de los prestadores individualizados en el plan, estén adscritos al otorgamiento de las prestaciones que integran su oferta cerrada o preferente.

Por lo tanto, deberá verificarse que la suma de los porcentajes por filas alcance al 100%.

4.2. FORMATO DEL REVERSO DE LA SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS (REVERSO DEL ANEXO N°1 DE LA CIRCULAR N°43)

TABLAS DE RESULTADOS DE LAS ACREDITACIONES Y CERTIFICACIONES DE LOS PRESTADORES INDIVIDUALIZADOS EN PLANES CERRADOS Y PLANES CON PRESTADORES PREFERENTES

TABLA N°1

RESULTADO DE LA ACREDITACION DEL PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (PCIH) DEL MINISTERIO DE SALUD, DE CLINICAS Y HOSPITALES INDIVIDUALIZADOS EN EL PLAN

Nombre del Prestador	No. de Clínicas Acreditadas	Resultado en el PCIH		
		Acreditado	Condición	No Acreditado

• **Acreditado:** El prestador cumple con todas las condiciones para asegurar la calidad en el control de infecciones y realiza actividades permanentes para este fin. La certificación es entregada por un periodo de 3 años.

• **Condición:** El prestador cumple con condiciones para asegurar la calidad en el control de infecciones pero debe haber algunos ajustes. Será evaluado antes de un año.

• **No Acreditado:** El prestador no cuenta con las condiciones mínimas para asegurar la calidad en el control de infecciones. Debe hacer correcciones. Será evaluado antes de seis meses.

• **No Evaluado:** El prestador está en espera de ser evaluado por el programa.

TABLA N°2

ÁREAS CON CERTIFICADO DEL PROGRAMA EXTERNO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD (PEEC) DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA EN LOS LABORATORIOS CLÍNICOS INDIVIDUALIZADOS EN EL PLAN

Nombre del Prestador	No. de Clínicas Certificadas	Resultado en el PEEC					
		Certificado	En proceso	No certificado	No evaluado	Reservado	Programa de PEEC

• El prestador no entrega servicios en las áreas achuradas.

• Las áreas en blanco son áreas otorgadas pero con evaluación insatisfactoria o aún no evaluadas.

• Las cruces marcan las áreas certificadas.

TABLA N°3

MÉDICOS SEGÚN CERTIFICACION DE ESPECIALIDAD DEL TOTAL QUE FORMA PARTE DE LOS PRESTADORES INDIVIDUALIZADOS EN EL PLAN (en porcentajes)

Nombre del Prestador	Cantidad de Médicos Certificados	Porcentaje

Se consideran médicos especialistas a los que se les ha otorgado el título otorgado por CONCEM (Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas) y/o por las facultades de medicina de universidades chilenas adscritas a ASOFRAMBCH (Asociación de Facultades de Medicina de Chile) y/o por las facultades de medicina de universidades chilenas no adscritas a este organismo.

ANEXO N°5
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