

Anexo

CONDICIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN CHILE

Por el presente acto e instrumento, el afiliado que suscribe, por sí y en representación de sus beneficiarios, los que se individualizan en el Formulario Único de Notificación (FUN) del contrato de salud previsual suscrito con la Isapre, pacta con ésta la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, en adelante CAEC, y la cobertura especial GES-CAEC, que se detallan a continuación:¹⁶⁴

El Anexo N° 1, que se refiere a la petición del beneficio y derivación a la Red CAEC (procedimiento y formularios 1 y 2) y el Anexo N° 2, relativo a los requisitos para acceder al financiamiento del deducible por la Isapre, se adjuntan a las presentes condiciones generales. Los restantes anexos mencionados en este instrumento se encuentran a disposición del afiliado y beneficiarios en todas las Agencias de la Isapre.

ARTICULO I: COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS, CAEC

Este beneficio tiene por finalidad aumentar la cobertura que otorga al afiliado y sus beneficiarios su Plan Complementario de Salud, en el ámbito de las prestaciones hospitalarias, así como en el de las ambulatorias que expresamente se indican en el presente instrumento, que sean otorgadas dentro del territorio nacional. Respecto de aquellas enfermedades, diagnósticos, condiciones de salud y tratamientos que estén comprendidos en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, en adelante GES, regirá lo dispuesto en el Artículo II de estas mismas Condiciones.

Para el otorgamiento de la CAEC, la Isapre pone a disposición de los beneficiarios un sistema conformado por una Red Cerrada de Atención y modalidad de atención médica cerrada, en adelante la "RED CAEC", que tiene como finalidad prestar atención de salud a dichas personas ante la eventualidad de presentar alguna de las enfermedades catastróficas cubiertas por el presente beneficio adicional. Para acceder a la Red CAEC, el beneficiario deberá solicitar previa y expresamente a la Isapre su ingreso y ésta efectuará la derivación al prestador médico y/o institucional correspondiente, de acuerdo con lo indicado en el anexo N° 1 de las presentes Condiciones (Formularios 1 y 2).

Por regla general, este beneficio no aumenta la cobertura de las prestaciones ambulatorias, salvo aquéllas que expresa y explícitamente se indican y regulan en este instrumento. Las prestaciones ambulatorias, excepcionalmente cubiertas por este beneficio adicional, son las siguientes:

- a) las drogas inmunosupresoras en caso de trasplantes,
- b) radioterapia,
- c) drogas¹⁶⁵ aplicadas en ciclos de quimioterapia para el tratamiento del cáncer, y
- d) los medicamentos definidos como coadyuvantes o biomoduladores que se usan antes, durante o después de los ciclos de quimioterapia que estén considerados en los programas del ministerio de salud.

1.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y COBERTURAS

a) RED CAEC: Conjunto de prestadores de salud, individuales e institucionales, y tipo de habitación que la conforman.

La Isapre derivará a cualquiera de los prestadores de la Red CAEC y, dentro de ésta, al o a los médicos que expresamente le indique al beneficiario. Los establecimientos de la Red deberán estar ubicados en el territorio nacional y cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto N° 161 (Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas) del Código Sanitario, y las normas sobre acreditación hospitalaria vigentes.

¹⁶⁴ Los temas GES-CAEC serán tratados en el Capítulo GES de este Compendio.

¹⁶⁵ Expresión "citotóxicas" suprimida por Circular IF/N°368, de 2020.

La Isapre podrá reemplazar cualquiera de los prestadores de la Red CAEC, informando de ello, previamente a la Superintendencia de Salud con 30 días de antelación a su incorporación formal a la Red CAEC, remitiéndole la información de capacidad de camas, pabellones quirúrgicos y especialidades del prestador. En todo caso, el prestador que se incorpore a la Red CAEC deberá mantener las condiciones de calidad médica e idoneidad técnica del prestador reemplazado.

La Red actualizada -esto es, los prestadores individuales e institucionales y, dentro de estos últimos, los prestadores individuales que forman parte del convenio- deberá estar permanentemente a disposición de los afiliados y beneficiarios en la página web y en las agencias de la Isapre. Es responsabilidad del beneficiario informarse sobre los prestadores que conforman la RED y las condiciones de acceso a ella.

b) COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Es el financiamiento del 100% de los copagos originados por enfermedades catastróficas que superen el deducible, calculado de acuerdo a lo establecido en la letra e) del presente artículo, sin perjuicio de las exclusiones señaladas en el Artículo I número 6, del presente instrumento.

c) COPAGO: Es la diferencia que se produce entre el valor cobrado por las prestaciones cubiertas por el plan de salud complementario y la bonificación efectiva que otorga dicho plan. Los pagos efectuados por los beneficiarios, por prestaciones y servicios no cubiertos por el plan complementario y pagos efectuados fuera de la RED, no se considerarán como copagos para efectos de la presente cobertura.

d) ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Todo diagnóstico, enfermedad o patología que cumpla con lo indicado en este artículo y que represente para el beneficiario copagos superiores al deducible establecido en la letra e) de este numerando 1 y en los números 2 y 3 del presente artículo y esté excluida en el numerando 6 de este artículo.

Se entenderá por diagnósticos aquellos indicados en el decreto que establezca la GES, esto sólo aplicable para efectos de GES-CAEC y por la Organización Mundial Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o la vigente a la época de la prestación.

e) DEDUCIBLE: Se define como deducible a la suma de los copagos correspondientes a un mismo diagnóstico, que habrán de ser acumulados para tener derecho a esta cobertura adicional para enfermedades catastróficas y que, en consecuencia, no son de cargo de este beneficio. Para efectos del cómputo del deducible, no se contabilizarán los copagos que tengan su origen en prestaciones no cubiertas por este beneficio o que estando cubiertas se hayan otorgado fuera de la RED.

2.- MONTO, ACUMULACIÓN Y DURACIÓN DEL DEDUCIBLE

El deducible es el equivalente a la cantidad de treinta veces la cotización pactada en el plan de salud, por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 126 UF, para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.

El deducible es anual, esto es, se acumula durante un año contabilizado desde la fecha en que el beneficiario registre el copago devengado¹⁶⁶ por la primera prestación que tenga su origen en una enfermedad catastrófica en los términos establecidos en el número 3 del presente artículo. Al cabo de un año de esa fecha, se reiniciará el cómputo del deducible por otro año y así sucesivamente.

Los copagos a contabilizar en el deducible son sólo aquellos que tienen su origen en un gasto incurrido en la Red CAEC, salvo lo indicado en el número 4, por una misma enfermedad catastrófica y sus complicaciones. El deducible no se podrá conformar con copagos efectuados por hospitalizaciones derivadas de enfermedades que no revistan el carácter de catastrófica, en los términos de esta cobertura adicional ni por la acumulación de copagos correspondientes a más de un beneficiario o que fueran atendidas fuera de la Red.

¹⁶⁶ Las expresiones "registre" en lugar de "entere" y "copago devengado", se agregan en virtud de la Circular IF N°292, de 12.09.2017

En caso que la cobertura adicional para enfermedades catastróficas sea utilizada por más de un beneficiario del contrato de salud, o en más de una enfermedad catastrófica para un mismo beneficiario, el deducible total será de 43 cotizaciones pactadas por cada período anual, el que no podrá exceder de 181 unidades de fomento. Una vez completado dicho deducible total, y en la eventualidad de producirse una tercera enfermedad catastrófica durante ese período anual, en que ya se han acumulado y pagado, ya sea directamente o financiado en conformidad a las reglas establecidas en el presente instrumento, un equivalente a 43 cotizaciones, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 181 UF, no será necesario completar uno nuevo, hasta el próximo período anual, entendiéndose por tal aquél que se inicia con el copago de la primera prestación del beneficio.

3.- CÁLCULO DEL DEDUCIBLE

El deducible se determinará multiplicando por 30 el monto de la cotización vigente.

Para efectos del cálculo del deducible se entenderá que la Unidad de Fomento a utilizar, será el valor que esta unidad tenga al último día del mes anterior a aquél en que se efectúe la prestación que da origen al copago correspondiente.

La determinación de la cotización vigente se realizará de acuerdo a las siguientes reglas, según corresponda:

a) PLANES INDIVIDUALES PACTADOS EN UNIDADES MONETARIAS: La cotización vigente corresponderá a la cotización total pactada de acuerdo al plan complementario vigente.

b) PLANES INDIVIDUALES Y GRUPALES PACTADOS EN EL PORCENTAJE DE LA COTIZACIÓN LEGAL: Tratándose de planes de salud pactados en el porcentaje de cotización legal y sólo para efectos de cálculo, la cotización vigente será determinada en base al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos 6 meses y/o las equivalentes en el caso de pago de subsidio por incapacidad laboral. Dicho promedio debe calcularse retroactivamente a partir de la cotización declarada o pagada del mes inmediatamente anterior a la solicitud del presente beneficio.

Si en el referido período, se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización vigente se determinará en base al promedio del número de meses que registren información.

En el caso de no existir información dentro del aludido período de 6 meses, se considerará el 7% aplicado al último dato de la renta imponible que haya sido declarada o pagada.

c) PLANES INDIVIDUALES COMPENSADOS, GRUPALES O MATRIMONIALES: Para efectos de determinar la cotización vigente a utilizar para la definición del deducible, se calculará el monto en función del precio base del plan complementario contratado y los factores de riesgo de los beneficiarios vigentes, de acuerdo al procedimiento aplicado para la determinación de la cotización para un plan de salud individual.

4.- ATENCIONES DE URGENCIA

4.1.- Tratándose de una hospitalización, que requiera atención inmediata e impostergable en un prestador ajeno a la RED CAEC, el otorgamiento de este beneficio adicional estará supeditado al cumplimiento en forma copulativa a las siguientes condiciones:

- a) El beneficiario o su representante deberá solicitar el ingreso a la RED CAEC a la Isapre y
- b) El médico tratante deberá autorizar el traslado y
- c) La Isapre deberá derivar al paciente a un prestador de la RED CAEC, para lo cual dispondrá de un plazo de dos días hábiles contados desde la formulación de la solicitud respectiva; y
- d) El paciente debe ingresar al establecimiento de la RED CAEC que corresponda, bajo las condiciones indicadas en la derivación.

En tanto no se cumplan las condiciones señaladas precedentemente, el paciente gozará sólo de los beneficios de su plan complementario de salud, sin perjuicio de los derechos y beneficios respecto a las urgencias vitales o con secuela funcional grave que contempla la Ley 18.933 en su artículo 22.¹⁶⁷

Sólo en caso de urgencia con riesgo vital o de secuela funcional grave, el traslado del paciente será parte de la presente cobertura según las condiciones anteriormente señaladas y será la Isapre la que designará el prestador de la Red que realizará el traslado.

Una vez cumplidas las condiciones señaladas y desde la fecha en que el paciente ingrese al prestador de la Red CAEC, en el tipo de habitación definida por la Isapre, se iniciará la cobertura y el cómputo del deducible. Solo en este caso los copagos derivados de la atención de urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave, en el prestador ajeno a la Red CAEC, se computarán para el cálculo del deducible de este beneficio.

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

El beneficio adicional operará desde el ingreso a la Red, siempre y cuando durante toda su estadía, el paciente se haya mantenido en el tipo de habitación a la que fue derivado por la Isapre para esta cobertura, salvo que por su condición de salud haya requerido una habitación diferente en algún período, tales como habitación de cuidados intensivos o intermedios. En caso contrario, y no obstante que el establecimiento pertenezca a la Red CAEC, no operará esta cobertura. En el evento de que no se haya dado el aviso respectivo, el beneficio adicional operará igualmente desde el ingreso a la Red, siempre que se cumplan las condiciones referidas al tipo de habitación.¹⁶⁸

5.- CONDICIONES DE ACCESO A LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS.

El beneficiario o quien actúe en su representación en caso de menores de edad o de pacientes impedidos de efectuar el procedimiento por sí mismos, deberá solicitar el ingreso a la Red de atención médica, a partir del momento en que presuma que la enfermedad que se le ha diagnosticado puede transformarse en una enfermedad catastrófica, para lo cual deberá solicitar a la Isapre la designación y derivación al prestador correspondiente, lo anterior de acuerdo a lo descrito en el Anexo N° 1.

Una vez solicitada la derivación por parte del beneficiario o su representante, la Isapre dispondrá de 2 días hábiles y 3 días hábiles según se trate de pacientes hospitalizados o no, respectivamente, para designar el prestador.

En el caso del paciente hospitalizado, el beneficiario o representante deberá contar con la autorización del médico tratante para su traslado. De no contarse con la autorización para el traslado por parte del médico tratante, no podrá gozar de los beneficios de esta cobertura.

Sólo desde el momento en que el beneficiario haya sido derivado a la Red, aceptado las condiciones de derivación y haya ingresado, comenzará el cómputo de los copagos para acumular el deducible. Una vez pagado el deducible correspondiente, de acuerdo a las normas que establece el presente instrumento, comenzará a operar la cobertura adicional pactada para enfermedades Catastróficas.

Cualquiera sea la enfermedad catastrófica, el beneficiario nunca verá alterada la cobertura de este beneficio adicional por no existir capacidad suficiente de atención, en el prestador que la Isapre ha designado para su tratamiento. En tal situación, el beneficiario o su representante, deberá informar a la Isapre, la cual se encargará de derivar al paciente a otro prestador de características similares al primero, ubicado en el territorio nacional, debiendo mantenerse las condiciones de calidad médica e idoneidad técnica de éste. No se entenderá por insuficiencia en la Red, la imposibilidad de realizar el tratamiento por parte de cualquier prestador ubicados en el territorio nacional.

¹⁶⁷ Actual artículo 173 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

¹⁶⁸ Párrafo modificado por la Circular IF N°280, de 03.01.2017

Asimismo, transcurridos más de seis meses desde la última fecha de derivación, la Isapre tendrá la facultad de cambiar al prestador, dándole aviso oportuno al afiliado, invocando para ello modificaciones de la Red.

6.- PRESTACIONES NO CUBIERTAS POR LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Las siguientes prestaciones se excluyen de esta Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas:

- Las prestaciones derivadas de problemas de salud que reúnan las condiciones exigidas para ser cubiertas por el Régimen General de Garantías en Salud-GES.
- Las exclusiones establecidas en el contrato de salud.
- Las patologías derivadas de complicaciones y secuelas de los tratamientos cosméticos o con fines de embellecimiento.
- Tratamientos hospitalarios de patologías psiquiátricas, adicciones a drogas o alcoholismo.
- Tratamientos de infertilidad o esterilidad.
- Tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida, sus complicaciones y secuelas, salvo lo indicado en el numeral 9 de este artículo.
- Cualquier tratamiento posterior a un tratamiento de obesidad, tanto quirúrgico como no quirúrgico, que tenga el carácter de cosmético, tales como abdominoplastia u otra corrección derivada de la baja de peso.
- Tratamientos odontológicos.
- Prestaciones médicas, fármacos y técnicas que tengan el carácter de experimental para la patología en tratamiento o que no estén avaladas por las sociedades científicas chilenas correspondientes.
- Los medicamentos e insumos que no estén registrados por el Instituto de Salud Pública (ISP), de acuerdo a la normativa vigente en el país.
- La atención domiciliaria en todas sus formas
- La hospitalización domiciliaria, salvo lo indicado en el numeral 10 de este artículo.
- Todas aquellas prestaciones que no estén detalladas en el arancel del plan complementario.
- Cirugías programadas realizadas fuera de la Red y sus complicaciones, mientras no se incorpore a la Red CAEC.
- Prestaciones otorgadas en establecimientos o instituciones ubicadas fuera del territorio nacional y todas aquellas prestaciones que se realicen fuera de la Red.
- Las prestaciones y medicamentos de carácter ambulatorio no codificadas en el arancel del contrato de salud, salvo lo señalado en el párrafo tercero del Artículo I de este documento.
- Las prestaciones homologadas, entendiéndose por homologación el reemplazo de prestaciones por otras no codificadas en el arancel del contrato de salud.

Este beneficio adicional para enfermedades catastróficas no se aplica durante los plazos señalados en los Artículos 33° letra f ¹⁶⁹ para el caso de enfermedades preexistentes declaradas y en el artículo 33 bis ¹⁷⁰ respecto de las patologías preexistentes no declaradas, ambos de la ley 18.933 de Isapre.

7.- DEL TÉRMINO DE LA COBERTURA ADICIONAL RESPECTO DE UNA DETERMINADA ENFERMEDAD CATASTRÓFICA

La cobertura adicional para una determinada enfermedad catastrófica termina:

¹⁶⁹ Actual artículo 189, del DFL N° 1, 2005, de Salud.

¹⁷⁰ Actual artículo 190, del DFL N° 1, 2005, de Salud.

- a) Cuando el beneficiario complete el período anual, contabilizado desde el momento en que se empieza a acumular el deducible, esto es, desde el primer copago devengado,¹⁷¹ la Institución deberá comunicar por correo certificado tal circunstancia. En tal caso, el beneficiario podrá solicitar la renovación del beneficio dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de envío de dicha comunicación y la Isapre evaluará, dentro del plazo de dos días hábiles, contado desde la solicitud, si corresponde o no modificar alguna circunstancia específica, como por ejemplo, el prestador designado. Una vez emitido el pronunciamiento de la Isapre y aceptada la derivación y sus condiciones dentro de los siguientes 5 días hábiles, se comenzará a acumular el deducible, el que, considerará los copagos generados durante el proceso de renovación. En caso de no observarse estos plazos por el beneficiario, no habrá lugar a la acumulación de deducible durante ese período.
- b) Cuando un médico de la Red otorga la orden de alta médica al paciente. En caso de existir complicaciones posteriores derivadas de la patología tratada como catastrófica, el beneficiario podrá reincorporarse nuevamente a la Red en las mismas condiciones originales, dentro del mismo período anual si correspondiere.¹⁷²
- c) Cuando el beneficiario decida voluntariamente retirarse del sistema de la Red.
- d) Cuando el beneficiario no cumpla la prescripción médica indicada por los prestadores de la Red.
- e) Cuando el contrato de salud previsual termine por cualquier causa.

8.- PAGO DEL DEDUCIBLE

El deducible que se menciona en la letra e) del número 1 de este artículo, será siempre de cargo del afiliado. Por lo tanto, éste será responsable de efectuar el pago del mismo en forma directa al prestador -médico o institucional- correspondiente.

Sin perjuicio de lo anterior, el afiliado podrá recurrir a la Isapre, previo cumplimiento de los requisitos a que se alude en el Anexo N° 2, o a un tercero tales como Cajas de Compensación, Bancos e Instituciones Financieras, a fin de obtener el financiamiento del monto a pagar por concepto del deducible.

La Isapre no se podrá negar a otorgar el financiamiento solicitado si el afiliado cumple los requisitos indicados en el Anexo referido. En todo caso, para que la Isapre financie el deducible que debe pagar el afiliado, éste deberá suscribir, previamente, un pagaré (Anexo N° 4) a favor de la Isapre y un mandato (Anexo N° 3) que faculte a esta última a completar dicho documento por el saldo adeudado, a fin de garantizar el reembolso íntegro de dicho financiamiento.

Para los efectos del pago del crédito otorgado, las partes suscribirán un convenio (Anexo N° 5) en el cual se convendrán las condiciones de otorgamiento y en el que el afiliado se comprometa a reembolsar a la Isapre el monto financiado por ésta, ya sea mediante pago contado, o el uso del saldo acumulado en su cuenta corriente de excedentes de cotización o a cuenta de sus excesos, descuento en cuotas por planilla de su remuneración o pensión mensual (Anexo N° 6), descuento en cuotas de su cuenta corriente bancaria o tarjeta de crédito (Anexo N° 7) o bien mediante cualquier otro medio de pago que consienta la Isapre.

Para el caso que el afiliado se negare a suscribir un convenio de pago, o si habiéndose suscrito dicho convenio, la Isapre no hubiere percibido pago durante dos meses consecutivos o tres meses en forma alternada, por causa imputable al cotizante, o bien si habiéndose efectuado todos los descuentos acordados en el convenio de pago aún persistiere un saldo insoluto del crédito, la Isapre estará facultada para perseguir el cobro de dicho saldo mediante la ejecución del pagaré mencionado.

9.- DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

Se otorgará la cobertura del beneficio descrito en este documento, cuando el diagnóstico corresponda a obesidad mórbida y en caso de un tratamiento quirúrgico excepto instalación de balón intragástrico, si se cumplen todos los requisitos descritos a continuación:

¹⁷¹ La palabra "devengado", se agrega a continuación de la expresión "desde el primer copago", en virtud de la Circular IF N°292, de 12.09.2017

¹⁷² Se agrega la expresión "si correspondiere", a continuación de la frase "dentro del mismo período anual", en virtud de la Circular IF N°292, de 12.09.2017

1. El beneficiario debe tener en la Isapre una vigencia superior a 18 meses.
2. El beneficiario deberá registrar un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 40.
3. Certificar el haber fracasado en un tratamiento médico de la obesidad ejecutado por equipo multidisciplinario por lo menos un año.
4. Contar con una autorización dado por un psiquiatra designado por la Isapre que no contraindique este tipo de cirugía.
5. Sólo si la cirugía se realiza en el establecimiento hospitalario que la ISAPRE determine en la RED.

10.- DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA CAEC

Esta cobertura procederá respecto de la Hospitalización Domiciliaria, previa solicitud a la Isapre y derivación por parte de ésta a un prestador designado por ella. Para este efecto debe dar cumplimiento a todas las siguientes condiciones:

- Se debe tratar de un paciente que este hospitalizado, sometido a un tratamiento que requiera presencia del médico tratante.
- El médico tratante debe ser distinto del médico supervisor de la empresa que da el servicio de hospitalización domiciliaria.
- Debe tratarse de pacientes sin Alta, sólo se trata de traslado desde un prestador de la Red, con continuidad de prestaciones como una sustitución de una hospitalización ¹⁷³y que la hospitalización no se justifique exclusivamente por la administración de medicamentos.
- ¹⁷⁴
- La indicación de la hospitalización domiciliaria y su duración debe ser efectuada por el médico tratante. La Isapre derivará a un servicio de hospitalización domiciliaria señalando la duración de la misma, y considerando para ello la indicación del médico tratante de la RED.
- ¹⁷⁵
- La Isapre está facultada para evaluar periódicamente el cumplimiento de las condiciones que ameritan la Hospitalización Domiciliaria, para efectos de reingreso al hospital, Alta o su término por no revestir ya las condiciones que requiere la Hospitalización Domiciliaria señaladas precedentemente.
- Se excluyen los tratamientos de antibióticos.¹⁷⁶

11.- DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA ADICIONAL

La presente cobertura adicional reemplaza en todas sus partes las condiciones de este beneficio contempladas en la Circular N° 59 del año 2000, de la Superintendencia de Isapres.

El afiliado y sus beneficiarios tendrán derecho a esta Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas – CAEC, a contar del 1 de julio de 2005 o desde el primer día del mes subsiguiente a la fecha de suscripción del contrato de salud, en su caso.

Excepcionalmente, el beneficiario que al 30 de Junio de 2005, se encuentre acumulando el deducible o gozando del beneficio contemplado en la cobertura contenida en la Circular N° 59 citada, la mantendrá hasta el cumplimiento de su período bienal y en adelante regirá la cobertura establecida en este documento.

ARTICULO II: COBERTURA ESPECIAL CATASTRÓFICA PARA LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD, GES-CAEC

Las Garantías Explícitas en Salud –GES, contemplan un listado específico de prestaciones taxativo para cada problema de salud, condiciones y diagnósticos comprendidos en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, que estará a disposición del afiliado cuando éste los requiera. La garantía de cobertura financiera

¹⁷³ Modificado mediante Circular IF N°290, del 8.08.17

¹⁷⁴ Eliminada por Circular IF N°290, del 8.08.17

¹⁷⁵ Eliminada por Circular IF N°290, del 8.08.17

¹⁷⁶ Modificado por Circular IF N°282, de 26.01.2017

expresamente señalada en la ley 19.966 y sus reglamentos correspondientes, rige sólo para el listado antes referido.

La cobertura especial GES-CAEC se aplica sólo para las prestaciones no contenidas en el listado antes referido, pero considerados en los protocolos para la solución de los problemas de salud definidos por el Ministerio de Salud.

Tratándose de Problemas de Salud contemplados en dicha GES, el beneficiario podrá optar por atenderse bajo las condiciones de la GES o de su Plan Complementario de salud, según se indica a continuación:

1) Si opta por la atención en la GES

a) Cobertura

Si opta por la atención según las Garantías Explícitas en Salud – GES podrá acceder además a esta cobertura especial para aquellas prestaciones no cubiertas por la GES, incluidas en la solución del problema de salud según protocolos médicos definidos y publicados por el Ministerio de Salud y que cuentan con la cobertura del plan complementario de salud. Estos protocolos serán puestos a disposición del afiliado cuando éste lo requiera. La Isapre integrará en sus convenios con los prestadores de la Red dichos protocolos. En todo caso, respecto de las prestaciones no ajustadas a protocolo, la Isapre otorgará sólo la cobertura prevista para ellas en el plan complementario pactado.

Esta cobertura especial de enfermedades catastróficas denominada GES-CAEC, rige con las mismas condiciones definidas para la CAEC, en lo que corresponda, y que se establecen en el Artículo I de este documento salvo lo siguiente:

- i) Toda referencia a enfermedad catastrófica, debe entenderse referida a los diagnósticos comprendidos en la GES.
- ii) Toda referencia a Red CAEC debe entenderse referida a Red GES-CAEC.
- iii) Las condiciones de acceso a este beneficio se establecen a continuación en la letra b).
- iv) Se abonará para la acumulación del deducible de la Cobertura Especial para las Garantías Explícitas en Salud, GES-CAEC, lo acumulado como copago en las atenciones GES, por un mismo diagnóstico y beneficiario.
- v) La atención debe haberse iniciado en la cobertura GES.

b) Condiciones de acceso al beneficio GES-CAEC

El beneficiario podrá acceder a la cobertura especial catastrófica GES-CAEC para aquellas condiciones de salud y enfermedades GES, de acuerdo a lo siguiente:

- i) Estar utilizando la modalidad de atención GES en la Isapre.
- ii) Las prestaciones GES-CAEC se entregarán a través de una red GES, conforme a lo señalado en la ley 19.966, Red que puede ser distinta a la de la CAEC;
- iii) Las prestaciones cubiertas por este beneficio son aquellas que aparecen en los protocolos referenciales del Ministerio de salud y forman parte de los aranceles de la Isapre;
- iv) Haber cumplido con el procedimiento de ingreso a la Red GES de acuerdo a los procedimientos y condiciones estipulados por la Isapre.

2) Si no opta por la atención en la GES

Sólo tendrá la cobertura de su Plan Complementario, quedando excluido de las coberturas adicional y especial definidas en los Artículos I y II de este documento.

3) Vigencia inicial de la cobertura adicional GES-CAEC

El afiliado y sus beneficiarios tendrán derecho a esta Cobertura Especial Catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud, GES-CAEC, a contar del 1 de julio de 2005 o desde el primer día del mes subsiguiente a la fecha de suscripción del contrato de salud o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

ARTÍCULO III: DE LA PERMANENCIA DE LAS COBERTURAS ADICIONALES

Aun cuando cualquiera de los documentos integrantes del contrato de salud se modifique a futuro por mutuo acuerdo de las partes o mediante la facultad de revisión de los mismos que regula el artículo 38° ¹⁷⁷ de la Ley N° 18.933, la Isapre se compromete a mantener las coberturas adicionales indicadas en los Artículos I y II en los términos definidos, salvo que medie cambio en las normativas referidas a los beneficios mínimos legales, cambios en la cotización legal de salud, o cambios en el régimen de garantías en salud y las garantías explícitas en salud.

ARTÍCULO IV: FISCALIZACIÓN Y ARBITRAJE

La Cobertura adicional para Enfermedades de Catastrófica CAEC y la Cobertura Especial Catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud GES-CAEC quedan sometidas a las mismas normas de fiscalización y arbitraje que se establecen en la Ley N° 18.933 y la ley N° 19.937.-

(FIRMA SOLO PARA VENTA)

NOMBRE RUT AFILIADO Y FIRMA

FIRMA HABILITADO ISAPRE

¹⁷⁷ Actual artículo 197 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

LISTADO DE ANEXOS

- Nº 1: PETICIÓN DEL BENEFICIO Y DERIVACIÓN A LA RED
- Nº 2: REQUISITOS PARA ACCEDER AL FINANCIAMIENTO DEL DEDUCIBLE POR LA ISAPRE
- Nº 3: MANDATO
- Nº 4: PAGARÉ
- Nº 5: CONVENIO DE PAGO
- Nº 6: AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO
- Nº 7: MANDATO AUTORIZACIÓN DE CARGO

ANEXO Nº 1

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR EL INGRESO A LA RED CERRADA DE ATENCIÓN

- 1.- El afiliado o quien lo represente deberá concurrir a la Isapre.
- 2.- Deberá llenar y firmar el formulario Nº 1 (incluido en este anexo, el cual será elaborado por cada Isapre y contendrá como mínimo los antecedentes del formulario Nº 1 propuesto.) denominado SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A LA RED CERRADA DE COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS (CAEC) Y GES-CAEC
- 3.- Desde el momento que la Isapre recibe la solicitud, tendrá dos y tres días hábiles, según se trate de pacientes que se encuentren hospitalizados o aquellos que requieran atenciones programadas respectivamente, para definir si rechaza o acepta la solicitud, y en este último caso designar el prestador de la Red.

La Isapre pondrá a disposición del afiliado o su representante la derivación respectiva (Formulario Nº 2) en el lugar donde fue solicitado el beneficio, en los plazos establecidos en el punto 3.

El afiliado o su representante deberán formalizar la aceptación de la derivación estampando su firma en el Formulario 2. En consecuencia, ante la ausencia de dicha firma, se considerará rechazada la derivación, situación que será informada por carta certificada al Afiliado pasados 10 días hábiles contados desde los plazos establecidos en el punto 3.

FORMULARIO Nº 1

Logo Isapre

Nº Solicitud: _____

**SOLICITUD DE INCORPORACION A LA RED CERRADA
 DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTROFICAS
 CAEC Y GES-CAEC**

Antecedentes Afiliado o Beneficiario

Nombre del Afiliado	_____	RUT del Afiliado:	_____	
Nombre del Paciente	_____	RUT del Paciente:	_____	
Domicilio	_____		Ciudad :	_____
Teléfono Casa	_____	Teléfono Of.:	_____ Cel: _____	
Diagnostico GES	_____			
Diagnostico CAEC	_____			
Tratamiento a seguir	_____			
Médico Tratante	_____	Especialidad	_____	
Institución	_____			
Hospitalizado	SI _____	Desde	____/____/____ Hasta ____/____/____	
	NO _____			
	Institución	_____		
Fue Traslado	SI _____	Desde / Hasta	_____	
	NO _____			

Identificación del Representante

Nombre	_____		
Rut	_____	Relación	_____
Teléfono Casa	_____	Teléfono Of.:	_____ Cel: _____

IMPORTANTE:

Isapre YYYYYYY, informa a usted que el beneficio solicitado comenzará a regir sólo cuando ingrese a la RED y firme la aceptación de la "Derivación a la Red Cerrada de Atenciones CAEC o GES-CAEC", documento que estará a su disposición o de su familiar responsable a mas tardar el día subsiguiente hábil a la fecha de esta solicitud, en cualquiera de nuestras sucursales.

El afiliado o su representante deberá formalizar la aceptación de la derivación mediante la firma estampada en el Formulario Nº2, en consecuencia, ante la ausencia de dicha firma se considerará rechazada la derivación.

Tomé conocimiento _____

Firma

Agencia :	_____	Fecha Recepción :	____/____/____
Funcionario Receptor :	_____	Hora de Recepción :	____:____:____

FORMULARIO Nº 2

DERIVACIÓN A LA RED CERRADA DE ATENCIONES PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS (CAEC)

Isapre YYY comunica que el paciente debe presentarse con este documento en uno de los centros de la RED que se indican a continuación, establecimiento que le designará un Médico tratante si este no está expresamente señalado en el presente documento.

La presente derivación tendrá una duración de seis meses contados desde la fecha de aceptación de este documento, posterior a lo cual la Isapre efectuará una evaluación, cuyo resultado se comunicará al paciente, en caso de modificarla. Posteriormente la Isapre podrá modificar las condiciones de derivación, situación que deberá ser comunicada por correo certificado.

Establecimiento	Dirección	Habitación	Médico
OBSERVACIONES :			

Nombre del Afiliado : Rut :
Nombre del Paciente : Rut :
Diagnóstico CIE 10 :
Tratamiento Indicado :
Fecha Solicitud CAEC : Monto Deducible:
Fecha Vº Bº : Fecha Inicio Beneficios :

PRESTACIONES NO INCLUIDAS EN LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS CAEC NI EN LA GES-CAEC:

- Las prestaciones derivadas de problemas de salud que reúnan las condiciones exigidas para ser cubiertas por el Régimen General de Garantías en Salud-GES.
- Las exclusiones establecidas en el contrato de salud.
- Las patologías derivadas de complicaciones y secuelas de los tratamientos cosméticos o con fines de embellecimiento.
- Tratamientos hospitalarios de patologías psiquiátricas, adicciones a drogas o alcoholismo.
- Tratamientos de infertilidad o esterilidad.
- Tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida, sus complicaciones y secuelas, salvo lo indicado en el numeral 9 de este artículo.
- Cualquier tratamiento posterior a un tratamiento de obesidad, tanto quirúrgico como no quirúrgico, que tenga el carácter de cosmético, tales como abdominoplastia u otra corrección derivada de la baja de peso.
- Tratamientos odontológicos.
- Prestaciones médicas, fármacos y técnicas que tengan el carácter de experimental para la patología en tratamiento o que no estén avaladas por las sociedades científicas chilenas correspondientes.
- Los medicamentos e insumos que no estén registrados por el Instituto de Salud Pública (ISP), de acuerdo a la normativa vigente en el país.
- La atención domiciliaria en todas sus formas.
- La hospitalización domiciliaria, salvo lo indicado en el numeral 10 de este artículo.
- Todas aquellas prestaciones que no estén detalladas en el arancel del plan complementario.
- Cirugías programadas realizadas fuera de la Red y sus complicaciones, mientras no se incorpore a la Red CAEC.

- Prestaciones otorgadas en establecimientos o instituciones ubicadas fuera del territorio nacional y todas aquellas prestaciones que se realicen fuera de la Red.
- Las prestaciones y medicamentos de carácter ambulatorio no codificadas en el arancel del contrato de salud, salvo lo señalado en el párrafo tercero del Artículo I de este documento.
- Las prestaciones homologadas, entendiéndose por homologación el reemplazo de prestaciones por otras no codificadas en el arancel del contrato de salud.

Este beneficio adicional para enfermedades de Catastrófica no se aplica durante los plazos señalados en los Artículos 33° letra f ¹⁷⁸ y 33° bis¹⁷⁹ de la Ley 18.933 para los casos de enfermedades preexistentes declaradas o en el período que le reste al beneficiario para cumplir dicho plazo, según la fecha de suscripción de su contrato.

Este documento de derivación acredita que el paciente individualizado es afiliado a Isapre YYYYYYYYYYYYYYYY. y se encuentra incorporado a la RED de enfermedades de Catastrófica, por lo que es de su responsabilidad el pago del monto de su deducible.

Constancia:

Con fecha _____ Hora _____, informé a _____
RUT _____, la derivación efectuada para las atenciones por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas del paciente individualizado, negándose a firmar tanto la aceptación como el rechazo del ingreso a ese beneficio.

Timbre de Caja
Firma.....

ACEPTO INGRESO A LA RED
Firma de Familiar Responsable
Nombre :
Rut :

¹⁷⁸ La referencia a la letra f) del artículo 33 de la Ley N° 18.933 debe entenderse hecha a la letra g) del inciso 2° del artículo 189 del DFL N° 1, 2005, de Salud.

¹⁷⁹ La referencia al artículo 33 bis de la Ley N° 18.933 debe entenderse hecha al segundo párrafo del N° 6 del artículo 190 del DFL N° 1, 2005, de Salud.

ANEXO Nº 2

REQUISITOS PARA ACCEDER AL FINANCIAMIENTO DEL DEDUCIBLE POR LA ISAPRE:

Para acceder al financiamiento por parte de la Isapre del deducible a que se alude en la letra e) del numerando 2º, artículo I del documento denominado "Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas", el solicitante debe cumplir los siguientes requisitos copulativos, según sea el caso.

1) Trabajador Dependiente y Pensionado:

- a) Tener incorporada la cobertura adicional para enfermedades de Catastrófica.
- b) Encontrarse aquejado por una enfermedad catastrófica, conforme a la definición señalada en el numerando 2º letra d) de este condicionado.
- c) Tener contrato de salud vigente con la Isapre.
- d) Tener una antigüedad mayor de un año en el empleo, a la fecha de solicitud de financiamiento del deducible.
- e) No registrar anotaciones en el boletín comercial vigente ni en el boletín histórico del último año.
- f) Tener un aval o codeudor solidario que reúna los requisitos de tal, según parámetros exigidos por la Caja de Compensación que registra el mayor número de trabajadores afiliados.
- g) En el caso de trabajador dependiente y pensionado, la cuota mensual del servicio del crédito junto a sus restantes compromisos financieros, exceptuando el hipotecario, no podrá exceder del 25% de la remuneración o pensión líquida mensual. Tratándose de rentas variables, se considerará el promedio de las últimas 3 remuneraciones o pensiones líquidas mensuales.

2) Trabajador Independiente y Voluntarios:

- a) Estos deben cumplir con los mismos requisitos establecidos en las letras a), b), c), e) y f) precedentes.
- b) Acreditar renta o ingresos periódicos mediante declaración de impuestos u otros medios.
- c) Los trabajadores independientes y voluntarios deben estar al día en el pago de sus cotizaciones de salud.

Anexo N° 3 Mandato

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

Que con el objeto de documentar en título ejecutivo y facilitar el cobro de la totalidad o el saldo del deducible que el Mandante adeude a _____ (en adelante, indistintamente, la "Isapre") en caso de ocurrencia de algunos de los eventos señalados en el párrafo quinto del artículo 6° de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (en adelante la "Cobertura") que el Mandante contrató con la Isapre, el Mandante suscribe, sin ánimo de novar, un pagaré a la orden de la Isapre, con algunas menciones en blanco, otorgando por este acto el Mandante a la Isapre y a sus sucesores o endosatarios, un mandato especial para que en su nombre y representación, proceda a incorporar al pagaré mencionado, antes de su cobro, la fecha de expedición, el monto de capital adeudado y la fecha de vencimiento.

La Isapre, de conformidad a lo dispuesto en el Artículo 11° de la Ley N° 18.092 sobre Letra de Cambio y Pagaré, deberá incorporar las menciones faltantes al citado pagaré, con arreglo a las siguientes instrucciones:

1. La Isapre podrá llenar el pagaré en uno cualquiera de los siguientes casos: (i) si el Mandante se negare a suscribir un convenio de pago una vez que la Isapre le hubiere financiado el pago del deducible de acuerdo a los términos del numerando 8° del Artículo I de la Cobertura; (ii) si habiéndose suscrito dicho convenio de pago, la Isapre, por causa imputable al cotizante, no hubiere percibido pago durante 2 meses consecutivos o 3 meses en forma alternada; o (iii) si habiéndose efectuado los descuentos acordados en el convenio de pago aún persistiere un saldo insoluto del deducible.
2. La fecha de expedición del pagaré corresponderá al día en que se complete el mismo, según lo señalado en el N° 1.
3. La Isapre procederá a enterar el correspondiente impuesto de timbres y estampillas que grava el pagaré, dentro de los plazos establecidos en el DL 3475 de 1980. El costo del impuesto que deba pagarse con ocasión del llenado del pagaré será de cargo exclusivo del Mandante.
4. La fecha del vencimiento del pagaré será el día hábil siguiente al de su expedición.
5. El capital adeudado será el saldo del deducible mencionado que se adeude a la fecha de expedición, con su correspondiente reajuste, más los intereses corrientes, gastos de cobranza y el monto del impuesto de timbres y estampillas que corresponda, según liquidación que al efecto practique la Isapre.
6. La Isapre queda expresamente facultada para autorizar ante Notario Público la firma del suscriptor una vez completados los blancos del Pagaré.
7. El Mandante releva expresamente a la Isapre de la obligación de rendir cuenta.
8. Todos los gastos, derechos notariales, impuestos y desembolsos que tengan su origen en las presentes instrucciones y en el mencionado pagaré, serán de cargo exclusivo del Mandante.
- 9.- La Isapre no recibirá remuneración alguna por la ejecución de las gestiones encomendadas en el presente mandato.
- 10.- El presente mandato terminará al mismo tiempo que termine el Contrato de Salud Previsional existente entre el Mandante y la Isapre, a menos que a tal fecha el Mandante adeude a la Isapre todo o parte del deducible ya mencionado, en cuyo caso el presente mandato se extinguirá sólo una vez que el Mandante pague en forma íntegra a la Isapre el saldo del deducible adeudado.
- 11.- Las presentes instrucciones de llenado se otorgan con carácter de irrevocables en los términos del Artículo 241° del Código de Comercio.

Firma del Mandante

Anexo N°4

PAGARÉ

(A la Vista – Pesos Reajustabilidad Unidad de Fomento)

Capital Adeudado: U.F. _____

-Vencimiento: A la vista.

Debo y prometo pagar incondicionalmente a la vista y a la orden de _____, (la Isapre), la suma equivalente en pesos, moneda corriente nacional de curso legal, de _____ U.F. (_____ Unidades de Fomento).

El capital adeudado se determinará y pagará en pesos, moneda corriente nacional de curso legal, según el valor que la Unidad de Fomento tenga al día del respectivo pago efectivo, salvo si el pago se hiciera después de la fecha estipulada y en ésta el valor de la Unidad de Fomento hubiese sido superior, pues en tal evento se utilizará este último valor.

Se entiende por Unidad de Fomento aquel sistema de reajuste autorizado por el Banco Central de Chile, de acuerdo a lo establecido en el N° 9 del artículo 35° de la Ley 18.840 o la que en el futuro la reemplace y sea determinada sobre las mismas bases.

El pago de toda cantidad adeudada en virtud de este pagaré se efectuará antes de las 12:01 horas P.M. del día del pago correspondiente, en las oficinas de la Isapre ubicadas en _____ N° _____, comuna de _____, ciudad de _____.

En caso de mora o simple retardo en el pago de este pagaré, se devengará, desde la fecha de la mora o del simple retardo y hasta la fecha del pago íntegro y efectivo, un interés penal igual al máximo convencional que la ley permita estipular a la fecha de la mora o del simple retardo para operaciones de crédito de dinero en moneda nacional reajustables, interés que se calculará y pagará sobre el saldo adeudado, debidamente reajustado. Los intereses que no fueren pagados se capitalizarán cada 30 días y, sin necesidad de demanda judicial, devengarán nuevos intereses, los que se calcularán y pagarán a una tasa igual a la del interés penal antes referido. La obligación de pagar este documento es indivisible. SIN PROTESTO. Para todos los efectos de este pagaré, el suscriptor fija su domicilio en la ciudad y comuna de _____ y se somete a la competencia de sus Tribunales de Justicia. El Impuesto de Timbres y Estampillas que grava a este documento se entera en dinero en Tesorería según DL 3.475 Art. 15° N° 1.

En _____, a _____ de _____ del año _____.

Suscriptor

Nombre o Razón Social del Suscriptor:

R.U.T. N°:

Domicilio:

AUTORIZACIÓN NOTARIAL (uso exclusivo notario)

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

N° _____, como Suscriptor.

En _____, a _____ de _____ del año _____.

NOTARIO

ANEXO N° 5

CONVENIO DE PAGO

En _____, a _____ de _____ del _____, entre Don (a) _____ (en adelante el "Cotizante"), Cédula Nacional de Identidad N° _____, por una parte y por la otra _____ (en adelante la "Isapre"), Rol Único Tributario N° _____, representada por don(a) _____, Cédula Nacional de Identidad N° _____, se ha convenido lo siguiente:

PRIMERO: Con fecha _____, el Cotizante suscribió con la Isapre una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (en adelante la "Cobertura"), según las condiciones establecidas para la misma en el contrato de salud.

SEGUNDO: Como consecuencia del uso de la mencionada cobertura, el Cotizante adeuda actualmente a la Isapre, la cantidad de _____ Unidades de Fomento, correspondientes al deducible de su cargo y que fue financiado por la Isapre de conformidad a lo establecido en el numerando 8° del artículo I de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

TERCERO: Por el presente instrumento y con el objeto de asegurar el total reembolso a la Isapre del monto indicado en la cláusula precedente, el Cotizante se compromete a pagar a la Isapre la mencionada suma mediante:

(a) El pago, en este mismo acto, de la suma de _____ Unidades de Fomento, en su equivalente en pesos al día de hoy, mediante el descuento de dicha suma del saldo acumulado en la Cuenta Corriente de Excedentes que el Cotizante mantiene en la Isapre en los términos del Artículo 32° bis¹⁸⁰ de la Ley N° 18.933; y

(b) El saldo, ascendente a _____ Unidades de Fomento, mediante la alternativa elegida por el Cotizante y que se indica a continuación:

* Descuento por planilla de su remuneración o de su pensión mensual en ____ cuotas mensuales de _____ Unidades de Fomento, para cuyos efectos el Cotizante suscribe la Autorización del Descuento correspondiente, por instrumento paralelo, con esta misma fecha.

* Descuento en Cuenta Corriente N° _____ del Banco _____, cuyo titular es el Cotizante, de ____ cuotas mensuales de _____ Unidades de Fomento, para cuyos efectos el Cotizante suscribe el Mandato de Autorización de Cargo correspondiente, por instrumento paralelo, con esta misma fecha, autorizando a la vez en forma irrevocable a la Isapre para informar a la institución bancaria señalada, en la oportunidad correspondiente, el monto de las cuotas a descontar.

* Cargo en Tarjeta de Crédito _____ N° _____, cuyo titular es el Cotizante, de ____ cuotas mensuales de _____ Unidades de Fomento, para cuyos efectos el Cotizante suscribe el Mandato de Autorización de Cargo correspondiente, por instrumento paralelo, con esta misma fecha, autorizando a la vez en forma irrevocable a la Isapre para informar a la administradora de tarjeta de crédito, en la oportunidad correspondiente, el monto de las cuotas a descontar.

* Cualquiera otra que la Isapre estime conveniente.

CUARTO: En el evento que la Isapre, por causa imputable al cotizante, no hubiere percibido pago durante 2 meses consecutivos o 3 meses en forma alternada, o bien si habiéndose efectuado todos los descuentos acordados en este convenio aún persistiere un saldo insoluto del deducible, la Isapre estará facultada para perseguir el cobro de dicho saldo, mediante la ejecución del pagaré suscrito por el Cotizante y que se menciona en el numerando 8° del artículo I de las Condiciones para la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

QUINTO: Si una vez terminado el Contrato de Salud Previsional, se efectuara un pago con cargo al saldo adeudado mediante alguna de las alternativas indicadas en la cláusula tercera, se deja constancia que ello no implicará en caso alguno la rehabilitación de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

¹⁸⁰ Actual artículo 188, del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

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

ANEXO Nº 6

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

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

Que por el presente instrumento vengo en autorizar a mi empleador (entidad pagadora de la pensión), para que de mi liquidación de remuneraciones (de la pensión) del mes de _____ del año _____, como también de la de los _____ meses siguientes, se descuente la cantidad de _____ Unidades de Fomento y pague dicha cantidad a _____, en adelante la "Isapre", por concepto de reembolso del deducible de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas que he contratado con dicha Isapre.

En caso de que la cantidad mensual a descontar arriba señalada, sumada a los otros descuentos previamente autorizados por mí (y que sean distintos a los mencionados en el inciso primero del artículo 58° del Código del trabajo), exceda del 15% de mi remuneración total, autorizo a que la suma a descontar se reduzca en el monto exacto en que exceda del referido límite y el saldo, se acumule en una o más fracciones que no excedan del referido 15% y se descuenten a partir del último mes indicado en el párrafo precedente hasta su total extinción.

En caso que el descuento se realice de mi pensión, el porcentaje a descontar no podrá exceder del límite señalado en la regulación del régimen previsional correspondiente.

Empleador	Trabajador	
(Entidad Pagadora	de la	Pensión) (Pensionado)

NOTA: Esta autorización se deberá completar con los datos que corresponda, según se trate de un afiliado dependiente o pensionado.

ANEXO Nº 7

MANDATO AUTORIZACIÓN DE CARGO
(CUENTA CORRIENTE BANCARIA / TARJETA DE CRÉDITO)

En _____, a _____ de _____ del _____, Don(a) _____, en adelante el “Mandante”, Cédula Nacional de Identidad N° _____ autoriza al Banco/Administradora de Tarjetas de Crédito _____ en adelante el “Mandatario”, a pagar de su Cuenta Corriente/Tarjeta de Crédito N° _____ a _____, en adelante la “Isapre”, las cuotas correspondientes al deducible de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, en adelante la “Cobertura”, de acuerdo a las condiciones que a continuación se indica:

PRIMERO: El pago de los montos que la Isapre informe mensualmente al Mandatario, se efectuará con cargo a la cuenta corriente individualizada, línea de crédito, de sobregiro o cuenta vista si la hubiere, que el Mandante posea en dicha institución y en la medida en que existan fondos suficientes y disponibles para cubrirlo.

SEGUNDO: El pago de las cuotas se efectuará dentro de los 5 primeros días hábiles de los meses en que corresponda pagarlas, según informará la Isapre al Mandatario. Si tales pagos no se pudieran efectuar por cualquier causa, el Mandatario queda liberado de toda responsabilidad, debiendo el Mandante pagarlas a la Isapre según lo dispuesto en la Cobertura. En el evento que alguna(s) cuota(s), por cualquier causa, no haya(n) sido cargada(s) por el Mandatario o habiendo sido cargada(s) haya(n) sido rechazada(s), el Mandante faculta a la Isapre para cargarla(s) en otra(s) fecha(s) durante el respectivo mes, o bien al mes siguiente con sus reajustes e intereses, junto con la cuota correspondiente a dicho mes.

TERCERO: Si alguna cuota, por cualquier razón, no fuera pagada, el Mandatario no tendrá responsabilidad alguna, aunque de dicha circunstancia resulte o pudiese resultar la terminación de la Cobertura.

CUARTO: Esta autorización regirá hasta que el Mandante la revoque por escrito a la Isapre, quien informará al Mandatario de esta revocación.

(Firma Titular Cuenta Corriente Bancaria/Tarjeta de Crédito)

Capítulo V del Programa Nacional de Alimentación Complementaria

1. Generalidades

Los beneficios del Programa Nacional de Alimentación Complementaria no están contemplados entre los mínimos señalados en el artículo 194 del DFL N° 1, ya que corresponden a prestaciones de naturaleza jurídica diferente.

En relación a este programa, las isapres deben adoptar las medidas que resulten necesarias para que sus cotizantes dispongan de los formularios pertinentes a objeto que sus médicos tratantes puedan registrar los datos requeridos.

2. Formularios PNAC

Las isapres deberán entregar a los beneficiarios los formularios elaborados al efecto y distribuidos por el Ministerio de Salud.

3. Carné de control de embarazadas y niños beneficiarios de isapres

El Ministerio de Salud ha implementado el uso del carné de control de salud del niño, que contiene entre otros datos, el registro de las actividades relacionadas con el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), el que es exigido a los beneficiarios de este programa para el retiro de los productos contemplados en él.

Las isapres deberán editar el carné infantil y la cartilla sobre Control de Examen de Salud del Niño, para su entrega a todos los beneficiarios al momento de tramitar el programa de atención médica del parto.

Las isapres deberán adoptar el uso del referido carné para que los beneficiarios puedan acceder a los productos del PNAC básico.

En el caso de la embarazada se deberá adoptar el uso del carné perinatal para el retiro de productos, tanto del PNAC básico como de refuerzo.

4. Formulario de evaluación nutricional

Las isapres deberán utilizar un formulario de evaluación nutricional para el niño en riesgo de desnutrir o desnutrido, los que serán exigidos por los consultorios del Sistema Nacional de Servicios de Salud para el retiro de los productos del PNAC de refuerzo. Esta evaluación nutricional individual, aparte de ajustarse a las nuevas normas de evaluación antropométrica de niños menores de seis años, deberá ser efectuada por un profesional médico o nutricionista que confirme dicha situación de riesgo.

La consulta nutricional a que se hace referencia en el párrafo anterior será de responsabilidad de las isapres, las que deberán efectuarla registrando sus resultados en el formulario elaborado para estos fines por el Ministerio de Salud.

5. Subprograma “Alergia a la Proteína de la Leche de la Vaca APLV, del Programa Nacional de Alimentación Complementaria PNAC”¹⁸¹

El Ministerio de Salud ha incorporado al PNAC un subprograma “Alergia a la Proteína de la Leche de la Vaca”, que consiste en un beneficio gratuito para los niños y niñas menores de 2 años con diagnóstico confirmado de alergia a la proteína de la leche de vaca, independientemente de su sistema previsional.

¹⁸¹ El punto N°5 fue agregado por Circular IF/N°323 de 04 de febrero de 2019

En el Anexo “PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)- ALERGIA A LA PROTEINA DE LA LECHE DE LA VACA (APLV), que se adjunta, se encuentran los formularios que deberán ser llenados para acceder al beneficio.

Las Isapres deberán difundir la información del anexo antes citado, a través de todos los medios de que dispongan, tales como, agencias, sucursales y correos electrónicos, con el propósito que los afiliados y beneficiarios puedan conocer y hacer uso de este beneficio gratuito cuando corresponda. Por otra parte, deberán entregar esta información a toda la Red de Prestadores de Salud con los que tenga convenio, con el objetivo de que ellos tomen conocimiento y puedan difundirla a sus pacientes.

Adicionalmente a lo anterior, las isapres deberán incorporar en sus páginas web el link <https://www.minsal.cl/pnac-informacion-relevante/> para acceder al banner del Ministerio de Salud donde podrán obtener los formularios relacionados con el PNAC APLV.

Se debe hacer presente a las isapres que para que sus beneficiarios puedan retirar los productos que entrega el PNAC, deben contar con el carné que se menciona en el punto N°3, del presente Capítulo, en el que se indica que, las Instituciones de Salud deberán editar el carné infantil y la cartilla sobre Control de Examen de Salud del Niño, para su entrega a todos los beneficiarios al momento de tramitar el programa de atención médica del parto.

ANEXO Nº 1

NUEVO FORMULARIO DE RESUMEN PARA ENTREGA DEL PNAC A EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE ISAPRES ¹⁸²

DATOS PERSONALES

Profesional Referente: _____

Profesión: _____ N° de RUT _____

Dirección de la Consulta: _____

Firma del profesional: _____

Nombre de la embarazada _____ RUT _____

Edad: _____ Fecha probable de parto: _____

Nombre del Beneficiario Titular: _____

Domicilio: _____ Comuna: _____

Institución Previsional: _____ Fecha: _____

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LA EMBARAZADA *

1) Peso: _____ Talla: _____ Edad gestacional(EG) _____ (semanas)

2) Estado Nutricional Actual

Normal Bajo Peso Sobrepeso Obesa

Observaciones:

3) Estado Nutricional al primer control de Embarazo (**):

Peso EG

* Evaluación Nutricional según gráfica incremento: Atalah E., Castillo C., Castro R., 1997

** Si no hay dato en este punto la entrega del beneficio será según el Estado Nutricional actual

¹⁸² Expresión final "Y FONASA LIBRE ELECCIÓN", suprimida por Circular IF/275, de 2016.

ANEXO Nº 2

FORMULARIO DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL PARA BENEFICIARIOS DE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL (NIÑOS CON ESTADO NUTRICIONAL NORMAL)

Datos personales

Profesional referente: _____ RUT: _____

Profesión: _____

Dirección de la consulta: _____

Nombre del niño (niña): _____

Fecha de nac.: _____ Edad del niño (niña:) _____

Nombre del beneficiario titular: _____ RUT: _____

Domicilio: _____ Comuna _____ Isapre: _____

Firma Profesional _____ Fecha _____

Situación Nutricional

1) Peso: _____

2) Talla _____

3) Apreciación de curva de crecimiento y Calificación Nutricional: _____
(según gráfica OMS 2006)

P/E _____ T/E _____ P/T _____

4) Dg. Integrado Nutricional _____

5) En el menor de 6 meses agregar situación de lactancia según recuadro:

< 50% = Fórmula Predominante

> 50 y < 90% = Lactancia Materna Predominante

> 90% = Lactancia Materna Exclusiva

IMPORTANTE: Si no tiene definición de condición de Lactancia, recibirá beneficio como Lactancia Materna Predominante

ANEXO Nº 3

**FORMULARIO DE RESUMEN EVALUACIÓN NUTRICIONAL INDIVIDUAL PARA USO DE
BENEFICIARIOS DE ISAPRE (NIÑOS EN RIEGO DE DESNUTRIR O DESNUTRIDOS)**

Datos personales

Profesional referente: _____ RUT: _____

Profesión: _____

Dirección de la consulta: _____

Nombre del niño (niña): _____

Fecha de nac.: _____ Edad del niño (niña): _____

Nombre del beneficiario titular: _____ RUT: _____

Domicilio: _____ Comuna _____ Isapre: _____

Firma Profesional _____ Fecha _____

Situación Nutricional

1) Peso: _____

2) Talla _____

3) Apreciación de curva de crecimiento y Calificación Nutricional: _____

P/E _____ T/E _____ P/T _____

4) Resultado de encuesta dietética: adecuación de ingesta calórica, proteica: _____

5) Causa aparente de deterioro nutricional _____

6) Dg. Integrado Nutricional _____

7) Fundamento de diagnóstico de riesgo o de desnutrición _____

8) Principales causas determinadas del deterioro
nutricional_____

Revisión por profesional de consultorio

Fecha:_____ Consultorio_____

Nombre y profesión_____

Conclusión_____

Firma

A N E X O

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)

ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE LA VACA (APLV)

INFORMACIÓN RELEVANTE

El PNAC APLV es un beneficio para la población que distribuye fórmulas hipoalérgicas a niños y niñas menores de 2 años con diagnóstico confirmado de alergia a la proteína de la leche de vaca.

A partir del 16 de enero de 2019 es un programa gratuito para los usuarios tanto de Fonasa como isapres.

¿QUIÉNES PUEDEN ACCEDER AL PNAC APLV?

Todos los niños y niñas menores de 2 años con diagnóstico de alergia a la proteína de la leche de vaca confirmado.

¿QUIÉNES PUEDEN REALIZAR LA DERIVACIÓN AL PNAC APLV?

El diagnóstico de alergia a la proteína de la leche de vaca debe ser realizado por los siguientes médicos especialistas inscritos en la Superintendencia de Salud: Gastroenterólogos; Inmunólogos o Pediatras, quienes podrán realizar la derivación para ingreso al Programa.

¿QUÉ PRODUCTOS SE DISTRIBUYEN?

El PNAC APLV distribuye dos tipos de productos: una fórmula hidrolizada y una fórmula aminoácida.

Los beneficiarios podrán recibir mensualmente hasta 4,5 KG de alguno de estos productos, de acuerdo a la prescripción médica.

¿CÓMO REALIZAR LA DERIVACIÓN AL PNAC APLV?

Una vez realizada la confirmación diagnóstica y definido el tratamiento con fórmulas hipoalérgicas, el médico tratante deberá realizar la derivación de los beneficiarios para ingreso en el PNAC APLV en el Centro de Salud Familiar en el que el usuario se encuentre inscrito o el más cercano a su domicilio.

MODALIDAD EXTRASISTEMA: USUARIOS QUE SE CONTROLAN EN EL SISTEMA PRIVADO DE ATENCIÓN (FUERZAS ARMADAS Y DE ORDEN; ISAPRES; FONASA LIBRE ELECCIÓN; PARTICULARES, ENTRE OTROS)

La derivación al Programa podrá ser realizada a través de la modalidad privada de atención del usuario. En este caso, el médico tratante deberá emitir la documentación que a continuación se indica:

- Formulario de "Ingreso al PNAC APLV"
- Receta médica

A los documentos señalados, se deberán agregar los siguientes:

- Certificado del registro del médico en la Superintendencia de Salud
- Certificado de residencia
- Fotocopia carné de identidad del cuidador

Todos los documentos deberán tener letra legible, todos sus campos completos y nombre, firma y timbre del médico tratante.

RETIRO DE LOS PRODUCTOS

El retiro de los productos se establecerá de manera mensual de acuerdo con los horarios definidos por cada establecimiento de salud.

El cuidador del beneficiario deberá presentar de forma completa la documentación en el establecimiento de atención primaria en el que se encuentre inscrito o en el más cercano a su domicilio cumpliendo con los siguientes requisitos:

- Tener el beneficiario menos de dos años de edad cronológica o edad corregida en el caso de prematuros
- Presentar receta médica con indicación de tratamiento a través de fórmula hipoalergénica
- Presentar fotocopia de carné de identidad del cuidador.
- Presentar carné de control de salud o documento que lo reemplace
- Presentar certificado de inscripción del médico en la Superintendencia de Salud

Dependiendo del stock de productos en el establecimiento de atención primaria de salud, se podrá realizar la entrega inmediata del producto o citar al usuario dentro de las 3 siguientes semanas para el retiro del producto.

El encargado de distribución deberá ajustar el número de tarros de productos a entregar al beneficiario de acuerdo a los Kg solicitados en la receta médica y al gramaje del formato comercial vigente.

EGRESO O TRASLADO DE PUNTO DE DISTRIBUCIÓN

Egreso

El paciente podrá hacer egreso del programa en cualquier momento por las siguientes causas:

- Razones clínicas que el médico especialista estime conveniente
- Por cumplimiento de la edad de término de la cobertura del PNAC APLV (dos años cumplidos)
- En estos casos, el médico tratante deberá realizar el formulario de "Egreso del PNAC APLV". El cuidador deberá presentarlo en el punto de distribución para ser reingresado en el subprograma que corresponda.
- Además, se realizará egreso del Programa si el beneficiario no realiza retiro del producto por un período de 3 meses.

Traslado de punto de distribución

En caso de que el beneficiario deba trasladarse de establecimiento de salud por cambio de domicilio, el encargado de distribución del establecimiento de atención primaria de salud, deberá completar el formulario "Traslado de punto de distribución para beneficiarios (as)" y presentarlo en su nuevo establecimiento de atención primaria.

Forman parte del anexo, los formularios que se indican a continuación:

- Formulario de "Ingreso al PNAC APLV"
- Formulario de "Traslado de punto de distribución PNAC APLV"
- Formulario de "Egreso del PNAC APLV"
- Acta de Retiro/No Retiro de fórmulas PNAC APLV"

Anexo 2 Formulario de ingreso al PNAC APLV

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ALERGIA A LA PROTEINA DE LA LECHE DE VACA (Este formulario debe ser completado por el médico tratante)	
INGRESO DE BENEFICIARIOS(AS)	
A) ANTECEDENTES GENERALES DEL BENEFICIARIO(A)	
PREVISIÓN:	FECHA
NOMBRE BENEFICIARIO(A)	
RUN:	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN:	
CIUDAD/COMUNA:	TELÉFONO DE CONTACTO
REGIÓN:	
NOMBRE DEL CUIDADOR(A):	
RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO:	
NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SALUD DERIVADOR:	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA	
B) DETALLES DEL DIAGNÓSTICO	
Cuadro clínico que fundamenta el diagnóstico según la guía clínica APLV	
C) INFORMACIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA	
NOMBRE:	
RUT:	
ESPECIALIDAD:	CONTACTO:
N° INSCRIPCIÓN DE SUPERINTENDENCIA DE SALUD (si corresponde)	
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DE MÉDICO TRATANTE	
FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA (Completa establecimiento punto de distribución):	



*Todos los campos son obligatorios.

Versión 2018

Anexo 3 Formulario de traslado de punto de distribución



PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA TRASLADO DE PUNTO DE DISTRIBUCIÓN			
ANTECEDENTES GENERALES DEL BENEFICIARIO(A)			
PREVISIÓN:			
NOMBRE DEL BENEFICIARIO:			
RUN DEL BENEFICIARIO:			
NOMBRE DEL CUIDADOR(A):			
RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO:		TELÉFONO DE CONTACTO:	
DIRECCIÓN ACTUAL			
CIUDAD ACTUAL:			
REGIÓN ACTUAL:			
ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN		TELÉFONO ORIGEN:	CONTACTO ESTABLECIMIENTO
DATOS DEL LUGAR DE TRASLADO			
DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO:			
CIUDAD:			
REGIÓN:			
ESTABLECIMIENTO DE DESTINO:			
INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE			
NOMBRE DEL ESPECIALISTA:			
ESPECIALIDAD:			
DATOS DE LA ÚLTIMA ENTREGA PNAC APLV:			
TIPO DE FORMULA			
N°	DE	TARROS	
PROPORCIONADOS:			
FECHA DE ÚLTIMA ENTREGA:			
FECHA SUGERIDA DE LA PRÓXIMA ENTREGA:			
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL ENCARGADO DE DISTRIBUCIÓN			
TIMBRE DEL CESFAM			

*El beneficiario debe adjuntar la receta médica

Versión 2018



Anexo 4 Formulario de egreso de beneficiarios

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 2 AÑOS CON APLV EGRESO DE BENEFICIARIOS(AS) DEL PNAC-APLV	
A) ANTECEDENTES GENERALES DEL BENEFICIARIO(A)	
NOMBRE:	
RUN:	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	
REGIÓN:	
ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA:	
B) CAUSA DEL EGRESO	
<input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> TÉRMINO DE COBERTURA POR EDAD (2 AÑOS CUMPLIDOS) <input type="checkbox"/> OTRA CAUSA (DETALLAR): _____	
C) INFORMACIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA	
NOMBRE:	
ESPECIALIDAD:	FIRMA Y TIMBRE
RUN:	
C) CONSENTIMIENTO DEL CUIDADOR(A)	
EL (LA) CUIDADOR(A) DEL BENEFICIARIO(A) DECLARA ESTAR EN CONOCIMIENTO DEL TÉRMINO DE LOS BENEFICIOS DEL SUBPROGRAMA PNAC-APLV	
FECHA DE EGRESO DEL PNAC APLV:	NOMBRE Y FIRMA DEL CUIDADOR(A):

*Presentar este formulario en el establecimiento de atención primaria para ingresar al subprograma que corresponde

Versión 2018



Anexo 6 ACTA DE RETIRO / NO RETIRO DE PRODUCTOS

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 2 AÑOS CON APLV
ACTA DE RETIRO/NO RETIRO DE FÓRMULAS PNAC-APLV

FECHA	TIPO DE FÓRMULA* (FEH - FAA)	N° DE TARRROS A ENTREGAR	GRAMALE TOTAL A ENTREGAR	NOMBRE DE CUIDADOR RESPONSABLE	RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO	RETIRO/NO RETIRO DE PRODUCTOS (marcar con X)		FIRMA DEL CUIDADOR RESPONSABLE	EN CASO DE NO RETIRO DE PRODUCTOS INDICAR MOTIVO (formularios incompletos, receta mal emitida, etc)
						RETIRO	NO RETIRO		

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

Capítulo VI de las Garantías Explícitas en Salud GES

Título I Introducción

Tanto el Fondo Nacional de Salud como las Instituciones de Salud Previsional deben garantizar a sus personas afiliadas y beneficiarias el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud, en adelante GES, aprobadas con la periodicidad que establece la ley, en un Decreto Supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda.

Al respecto, la Ley 19.966 establece que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios y beneficiarias, las cuales serán las mismas para estos últimos. Exigencia que, en el caso de las isapres, se encuentra refrendado además, en el artículo 205, del DFLN°1, de Salud.¹⁸³

Las Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento puede ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.¹⁸⁴

En consecuencia, existe el mandato legal para las Instituciones de Salud y el Fondo Nacional de Salud, de certificar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a las personas beneficiarias en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11 de la Ley 19.966.¹⁸⁵

Por otra parte, es deber de esta Superintendencia supervigilar y controlar las obligaciones legales y reglamentarias que se impongan a las isapres en relación a las GES, de manera tal de velar por su adecuada operatividad y materialización para los beneficiarios del sistema privado de salud.¹⁸⁶

Sobre la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud¹⁸⁷

Las Garantías Explícitas en Salud y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente, al de la publicación en el Diario Oficial del decreto que las contiene. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el respectivo decreto que se publica. Dichas Garantías tendrán una vigencia de tres años. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años y así sucesivamente. No obstante, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo señalado con anterioridad.

Por su parte, el Listado Específicos de Prestaciones, que forma parte de cada Decreto GES, también podrá ser objeto de modificaciones y/o rectificaciones propias. Al respecto, la Subsecretaría de Salud Pública, conforme al artículo 27 del Decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, tiene la facultad de corregir errores manifiestos de escritura y numéricos en los decretos ya firmados por el Presidente de la República y por el Ministro de Salud o por éste, en su caso -según se establece en su letra o) del citado artículo-. Dichas

¹⁸³ Párrafo incorporado por la Circular IF/N°437, del 07.07.2023

¹⁸⁴ Párrafo incorporado por la Circular IF/N°277, del 27.12.2016

¹⁸⁵ Párrafo incorporado por la Circular IF/N°437, del 07.07.2023

¹⁸⁶ Párrafo incorporado por la Circular IF/N°437, del 07.07.2023

¹⁸⁷ Subtítulo incorporado por la Circular IF/N°437, del 07.07.2023

modificaciones, emanadas del MINSAL, entrarán en vigencia, una vez publicada su resolución en el Diario Oficial.

En consecuencia, las isapres deberán dar estricta observancia a las modificaciones que se realicen al Decreto supremo y/o a su correspondiente LEP, para cumplir con el otorgamiento de las prestaciones incluidas en las Canastas GES, para cada Problema de Salud definido, actualizando sus sistemas en el mismo sentido.

Título II Normas comunes a los Aseguradores

1. De la Periodicidad de los copagos y monto de ellos ¹⁸⁸

Derogado

2. De la Cobertura

Al momento de otorgar la cobertura GES, los Aseguradores deberán dar cumplimiento a las siguientes instrucciones:

2.1.- Medicamentos garantizados

Con respecto al Listado de Prestaciones Específico, cada vez que se prescriba por el prestador de la Red el uso de medicamentos, se entenderá que éstos están garantizados ya sea que se identifiquen según su componente genérico, con su nombre de fantasía, o por su efecto farmacológico.

De esta manera, no estando especificada una presentación determinada de los medicamentos garantizados, la aseguradora cumplirá con la obligación legal que le impone el Decreto que aprueba los problemas de salud y garantías explícitas a que se refiere la Ley N° 19.966, cualquiera sea la forma farmacéutica en que se entreguen dichos medicamentos.

No obstante, la aseguradora deberá garantizar la entrega del medicamento en la dosis y presentación indicadas por el o la médico de la Red, cuando la forma farmacéutica que se ponga a disposición de las personas afiliadas no se encuentre en las dosis y tipos de presentación prescritas, de modo que no se obligue al o la paciente a fraccionar un comprimido o a recombinar o utilizar parte de un producto.

Del mismo modo, la aseguradora está obligada a garantizar el otorgamiento del medicamento indicado por el prestador de la Red, cuando éste insista, por razones sanitarias, en una determinada presentación farmacológica y esa presentación contenga los principios activos garantizados explícitamente.

2.2.- Medicamentos, insumos y atenciones profesionales incluidos en el Día Cama de Hospitalización Integral y en la Intervención Quirúrgica

En atención a que de conformidad con las "Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud de la Ley N° 19.966", las prestaciones denominadas "Día Cama de Hospitalización Integral" e "Intervención Quirúrgica" incluyen, entre otros, los medicamentos de uso habitual y los usados en dicha intervención, respectivamente, los insumos y los honorarios médicos y paramédicos y de los demás profesionales de la salud utilizados, en el evento que el prestador los facture separadamente, la aseguradora deberá incluirlos de todos modos dentro del copago garantizado¹⁸⁹.

2.3.- Prestaciones bilaterales

Salvo que el decreto a que se refiere el artículo 11 de la Ley N° 19.966 disponga lo contrario o que por la naturaleza de la patología se entienda que su tratamiento debe ser bilateral, en el caso de cirugías y prótesis se podrá requerir dos copagos cuando por indicación médica se otorgue a la persona beneficiaria una cirugía y/o prótesis de esa naturaleza.

¹⁸⁸ Numeral derogado por la Circular IF/N°222, del 31 de julio de 2014

¹⁸⁹ Inciso modificado por la Circular IF/N°156, del 22 de septiembre de 2011

2.4.- Reconstrucción mamaria en dos tiempos

En atención a que la cirugía de Reconstrucción Mamaria, garantizada en el Listado de Prestaciones Específico para el grupo denominado “Intervención quirúrgica cáncer de mama” correspondiente al tratamiento del problema de salud “Cáncer de Mama en personas de 15 años y más”, puede realizarse en uno o más tiempos, y considerando que el propósito de incorporar esta cirugía en este grupo de prestaciones es ofrecer una solución quirúrgica integral a las personas portadoras de esta patología, se deberá requerir un solo copago por el conjunto de acciones de salud identificadas en el mencionado grupo de prestaciones, independientemente del número de cirugías o tiempos quirúrgicos definidos por el prestador de acuerdo a la experiencia de éste y su evaluación particular de cada caso.

2.5.- Tratamiento quirúrgico de la hernia del núcleo pulposo lumbar

Para el caso del tratamiento quirúrgico de la hernia del núcleo pulposo lumbar, si la persona beneficiaria presentare más de una y éstas fueren resueltas en un mismo acto quirúrgico, a aquella le corresponderá efectuar por una sola vez el copago indicado en el decreto a que se refiere el artículo 11 de la Ley N° 19.966 para la prestación unitaria o grupo de prestaciones definidas en el Listado de Prestaciones Específico.

Título III Normas Especiales para las Isapres¹⁹⁰

1. Introducción

Las Garantías Explícitas en Salud deberán ser garantizadas por las Instituciones para todas las personas cotizantes y beneficiarias sin discriminación alguna, cualquiera sea el plan de salud al que se encuentren adscritas.

Eliminado.

En el acto de celebración y suscripción de los contratos de salud, deberá entregarse al afiliado o afiliada, conjuntamente con los restantes documentos contractuales, el anexo del presente capítulo, que contiene las Condiciones para acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud.¹⁹¹

2. Obligación de las isapres de gestionar¹⁹²

Las isapres tienen la obligación de monitorear la ejecución de las garantías en cada una de las etapas de intervención sanitaria que correspondan, siendo responsables del cumplimiento de cada una de las garantías involucradas en los problemas de salud, para lo cual deben realizar una gestión integral de todo el ciclo de la atención clínica del paciente, mediante la ejecución de todas las acciones necesarias, tales como gestiones administrativas y de coordinación con los prestadores de la Red, para que los beneficiarios accedan en forma expedita a las atenciones de salud garantizadas. Lo anterior, sin perjuicio de aquéllas que sólo el beneficiario o su representante puedan realizar.

Las isapres deberán estar siempre en condiciones de acreditar y mantener los respaldos de cada gestión efectuada y tomar todas las medidas de seguridad para la protección de los datos personales y sensibles que deban tratar.

3. Procedimientos y Mecanismos para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud

Las isapres deberán establecer procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud ajustados a las leyes y reglamentos vigentes, los que serán sometidos al conocimiento y aprobación de esta Superintendencia, cada vez que sean modificados.

Los procedimientos y mecanismos deberán diseñarse con simplicidad y eficiencia, con el objetivo de facilitar el acceso a las garantías por parte de sus beneficiarios y no pueden implicar mayor tramitación que aquellos establecidos para el acceso al resto de los beneficios que establece el plan complementario.

Tales procedimientos y mecanismos deberán contener, a lo menos, lo siguiente:

- a) Forma, documentos y requisitos establecidos para que el afiliado pueda solicitar el acceso a las garantías. Para ello la Isapre deberá considerar todos los medios físicos y tecnológicos disponibles, tales como formularios impresos en las agencias o sucursales, opción de aviso por medios electrónicos y telefónicos, (página web, correo electrónico, etc.).

En el caso de la activación del beneficio se deberá establecer que los únicos documentos exigibles al beneficiario para efectuar tal solicitud son el Formulario de Constancia de Información al Paciente GES o en su reemplazo el documento "Dato de Atención de Urgencia (DAU)" o aquel instrumento de atención

¹⁹⁰ Título modificado por la Circular IF/N°277, del 27.12.16

¹⁹¹ Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹⁹² Párrafo incorporado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

de urgencia homologado para tales efectos en los servicios privados, o la indicación médica y/o la receta para medicamentos, insumos y ayudas técnicas.¹⁹³

Eliminado¹⁹⁴

- b) Forma, plazo y registros que den cuenta de la designación del prestador de la red, por parte de la isapre, así como de la aceptación o rechazo de parte del beneficiario. Para ello la Isapre deberá considerar todos los medios físicos y tecnológicos disponibles, tales como formularios físicos en las agencias o sucursales, opción de aviso por medios electrónicos y telefónicos, (página web, correo electrónico, etc.)
- c) Descripción¹⁹⁵ detallada de los procedimientos y acciones que debe efectuar la persona beneficiaria y, por otra parte, la isapre, según corresponda, para realizar trámites asociados a las garantías, tales como adquirir las órdenes de atención, dispensación y/o retiro de los medicamentos, insumos y ayudas técnicas en las distintas situaciones previstas en el numeral 8, agendar las horas médicas, etc.
- d) Derecho del beneficiario a solicitar una segunda opinión médica.
- e) Notificación a los beneficiarios de los reemplazos, término o modificación del convenio Ges con el prestador y sus efectos en los tratamientos en curso. Para ello la isapre deberá explicitar cómo se abordará dicha situación, de modo de no afectar las prestaciones que se estén otorgando.
- f) Tratamiento de las insuficiencias del prestador designado y la notificación y registro de los rechazos de atención.
- g) Responsabilidades tanto de la isapre, como del prestador ante situaciones tales como, incumplimiento del prestador en las atenciones, negligencias, cobros indebidos, falta de información al paciente, manejo de datos sensibles, etc.

4. Obligación de Informar¹⁹⁶

- a) De las modificaciones introducidas al Decreto GES vigente ¹⁹⁷

Información a la Superintendencia

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

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

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

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

Comunicaciones a los beneficiarios

¹⁹³ Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹⁹⁴ Párrafo eliminado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹⁹⁵ Párrafo modificado por la Circular IF/N°419, de 29.12.2022

¹⁹⁶ Numeración modificada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹⁹⁷ Esta letra a) nueva fue agregada por la Circular IF/N°301, del 6.12.2017

Las Instituciones de Salud Previsional que decidan modificar el precio de las Garantías Explícitas en Salud (GES), con motivo de las modificaciones introducidas por un nuevo Decreto Supremo, deberán informar dicha situación a todas las personas cotizantes y sus respectivos empleadores y entidades encargadas del pago de la pensión.

Sin perjuicio de lo anterior, las isapres deberán tener en consideración que el precio fijado podrá cobrarse desde el mes en que entre en vigencia el nuevo decreto, o al cumplirse la anualidad de cada contrato. En este último caso, no procederá el cobro retroactivo. La opción que la isapre elija respecto de la oportunidad del cobro, deberá aplicarse a todos los afiliados.

Las isapres que modifiquen el precio de las GES a raíz de la vigencia de un nuevo Decreto Supremo, deberán remitir una carta o un correo electrónico en caso de contar con certeza de la existencia y exactitud de las direcciones electrónicas, a todos sus afiliados, con una antelación mínima de 10 días hábiles a la entrada en vigencia del decreto respectivo, informando lo siguiente:

La carta, o el correo electrónico en su caso, deberán indicar el nuevo precio que se cobrará por las GES, haciendo mención del precio que actualmente se encuentra vigente en conformidad al Decreto Supremo respectivo. Paralelamente, deberá comunicarse si el nuevo precio se cobrará a contar de la entrada en vigencia del nuevo Decreto Supremo o al cumplirse la respectiva anualidad de cada contrato.

Asimismo, deberá informarse las modificaciones que el nuevo Decreto Supremo introduzca a las Condiciones de Salud Garantizadas vigentes, en el caso que corresponda. Se deberá adjuntar a la carta o correo electrónico el listado de las Condiciones de Salud Garantizadas vigentes.

La mencionada comunicación deberá informarle al afiliado el plazo excepcional en que podrá poner término al contrato, aun cuando no haya transcurrido un año de vigencia de los beneficios contractuales, de conformidad a lo establecido en el artículo 209 del DFL N°1 de 2005, de Salud.

Finalmente, se deberán indicar los canales de información que ha dispuesto la isapre para que los beneficiarios puedan imponerse de las GES, el Examen de Medicina Preventiva, Redes de Prestadores, Mecanismos de Acceso y cualquier otra información que sea relevante para el debido ejercicio de sus derechos.

Se hace presente que el formato para el correo electrónico -incluyendo sus adjuntos- y la carta que debe utilizar la isapre para informar a sus afiliados sobre la modificación del precio que se cobrará por las GES, deberá ajustarse a lo señalado en el numeral 11 "Comunicación de la modificación del precio de las Garantías Explícitas en Salud (GES)" del Título III "Instrucciones sobre procedimientos de adecuación de contratos de salud" del Capítulo I "Procedimientos Relativos al Contrato de Salud" del Compendio de Procedimientos de esta Superintendencia¹⁹⁸.

Comunicaciones a los empleadores y entidades encargadas del pago de la pensión

La isapre que decida modificar el precio de las GES deberá comunicarlo al empleador y a las entidades encargadas del pago de la pensión mediante una carta que podrá ser entregada personalmente, enviada por correo o por vía electrónica. Este último medio de comunicación podrá utilizarlo en caso que las entidades encargadas del pago de la cotización hayan suscrito un convenio de prestación de servicios informáticos para la notificación electrónica del FUN, según lo dispuesto en el Compendio de Normas Administrativas en materia de Procedimientos de esta Superintendencia.

La comunicación al empleador o entidad encargada del pago de la pensión se regirá por las reglas que a continuación se indican:

- En el caso que la isapre haya optado por cobrar el precio de las GES a contar del mes de la remuneración anterior al de la entrada en vigencia del nuevo decreto supremo, deberá efectuar la

¹⁹⁸ Párrafo incorporado por la Circular IF/N°411, de 4 de octubre de 2022.

comunicación, a más tardar el día 10 de ese mismo mes, indicando, a lo menos, que la modificación del precio a pagar tiene su origen en la entrada en vigencia del nuevo Decreto Supremo que establece las GES y que la nueva cotización debe ser enterada en la isapre, a más tardar el día 10 del mes en que entre en vigencia el decreto o el día 13 tratándose de declaración y pago electrónico. Se deberá incluir, además, la nómina de trabajadores del empleador o pensionados de la entidad encargada del pago de la pensión, afiliados a la institución, individualizando el R.U.T., nombre y monto total a pagar en la isapre.

- En el caso que la isapre haya optado por cobrar el precio fijado para las GES a la anualidad de cada contrato, hay que distinguir dos situaciones. Si la isapre no hace uso de la facultad de adecuación que contempla el artículo 197 del DFL N°1 de 2005, de Salud, efectuará la comunicación, antes del día 10 del mes siguiente a la anualidad de cada contrato, indicando que la modificación del precio a pagar tiene su origen en la entrada en vigencia del nuevo Decreto Supremo y que la nueva cotización debe ser enterada en la isapre, a más tardar, el día 10 del mes subsiguiente a la anualidad o el día 13 tratándose de declaración y pago electrónico.

Se deberá incluir la nómina de trabajadores del empleador o pensionados de la entidad encargada del pago de la pensión afiliados a la institución, individualizando el R.U.T., nombre y monto total a pagar en la isapre. En caso que la notificación de la carta se realice en forma personal, una copia de la nómina deberá ser firmada y timbrada por el empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión al momento de la recepción, en señal de aceptación, indicando la fecha en que se produce el hecho. Asimismo, tratándose de una notificación electrónica, el empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión deberá tener acceso a una aplicación que le permita recibir la carta y dar por aprobada la nómina, debiendo quedar, además, el registro del día y hora del acceso.

Por otra parte, si la isapre hace uso de la facultad de adecuación, la notificación al afiliado y al empleador deberá ajustarse al procedimiento normal instruido en el Capítulo I “Procedimientos relativos al Contrato de Salud”, Título III “Instrucciones sobre procedimientos de adecuación de Contratos de Salud”, del Compendio de Normas Administrativas en materia de Procedimientos. No obstante lo anterior, la carta de adecuación deberá hacer mención a que el nuevo precio incluye el costo que la isapre ha decidido cobrar por las GES, que fue o será informado, en su caso, en la comunicación remitida en los términos instruidos precedentemente. El Formulario Único de Notificación que se emita a raíz de la adecuación, deberá registrar el nuevo precio que la isapre haya decidido cobrar por el otorgamiento de las GES.

Respaldo de las comunicaciones

Para efectos de fiscalización y control, la isapre deberá mantener a disposición de esta Superintendencia un sistema de respaldo de las comunicaciones efectuadas a sus afiliados y a las entidades encargadas del pago de la cotización, así como de los antecedentes que acrediten la aceptación de la nómina por el empleador o entidad encargada del pago de la pensión.

Difusión masiva de las modificaciones al Decreto GES vigente

Las Instituciones de Salud Previsional, aun cuando opten por no modificar el precio de las GES, deberán, a más tardar el último día del mes anterior a la entrada en vigencia del Decreto Supremo que modifica las GES, disponer todas las medidas de difusión que estén a su alcance, en especial, correo electrónico, página web, cartas por correo, mensajes de texto cualquier otro que la tecnología disponible permita, para informar correcta y oportunamente a sus beneficiarios, respecto de las modificaciones que se apliquen a las Garantías Explícitas en Salud, el derecho a solicitar el Examen de Medicina Preventiva, las prestaciones comprendidas en él y la red de atención para efectuarlo.

Adicionalmente, las isapres en el mismo plazo señalado en el párrafo anterior deberán disponer de las mismas medidas de difusión para informar correcta y oportunamente a sus beneficiarios sobre el plazo excepcional para

desahuciar el contrato, de conformidad a lo establecido en el artículo 209 del DFL N°1 de 2005, de Salud.

b) Información ante un requerimiento del beneficiario previo a optar por las GES

Las isapres deberán entregar información oportuna y suficiente ante un requerimiento de sus beneficiarios, o sus representantes, para que éstos, enfrentados a un problema de salud GES, puedan ejercer informadamente el derecho de optar por la atención bajo las condiciones de las GES o de su Plan Complementario de Salud¹⁹⁹.

Para tal efecto, podrán utilizar los medios de comunicación que estimen convenientes en las circunstancias de que se trate, siempre que cumplan las condiciones de oportunidad y suficiencia citadas en el párrafo anterior, debiendo estar siempre en situación de acreditarlas. La referida información, deberá incluir a lo menos lo siguiente:

- Identificación de los prestadores frente a cada alternativa de atención (GES y Plan de Salud Complementario).
- Cobertura del plan complementario, en sus modalidades preferente y/o de libre elección, según se trate, a través de la entrega de presupuesto.
- Cobertura GES, con indicación de copagos, prestaciones garantizadas, prestaciones no garantizadas incluidas en los protocolos del Ministerio de Salud y derecho a la GES-CAEC.
- Deducibles y plazos involucrados en la aplicación de las coberturas y garantías.
- Advertencia que existen prestaciones que no están en los listados específicos de prestaciones GES ni en los protocolos del Ministerio de Salud, que son cubiertas por el plan de salud.

c) Información al beneficiario al momento de incorporarse a las GES

Una vez realizada la solicitud de activación GES por el beneficiario, la isapre dispondrá de un plazo de dos días hábiles, contado desde la presentación de la solicitud, para designar al prestador GES, salvo en aquellos problemas de salud en que la garantía de oportunidad sea menor a dicho plazo, en cuyo caso deberá ajustarse al plazo de la garantía. Asimismo, la isapre deberá entregar al beneficiario, en el plazo antes señalado, la solicitud aprobada de la incorporación a los beneficios garantizados, conjuntamente con el documento en que conste la aceptación por parte de éste de la derivación a la Red GES y la cartilla con la información correspondiente a la patología respectiva, en tamaño y letra legible, con el formato que se completa como ejemplo, para el problema de salud N°34 y que se encuentra al final de la presente letra c).²⁰⁰²⁰¹

En el caso de que el problema de salud contemple el uso de medicamentos e insumos, las isapres deberán consignar en la cartilla señalada en el párrafo precedente, específicamente en la parte denominada "PRESTADOR DESIGNADO", la identificación de la farmacia en convenio y del prestador de ayudas técnicas en convenio (cuando corresponda), que entregarán los referidos beneficios GES.²⁰²

¹⁹⁹ Modificado por Circular N°155, del 1.9.2011

²⁰⁰ Párrafo modificado por la Circular IF/N°350 de 30.04.2020, con vigencia a contar de junio 2020. Modificada por la Res. Ex. IF/N°600 de 11.08.2020.

²⁰¹ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N°381 de 09.06.2021, con vigencia a contar del 31 de agosto 2021, de acuerdo a Res. Ex. IF/432 de 03.08.2021

²⁰² Párrafo incorporado por la Circular IF/N°350 de 30.04.2020, , con vigencia a contar de junio 2020. Modificada por la Res. Ex. IF/N°600 de 11.08.2020.

PROBLEMA DE SALUD N°34: DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El AUGE/GES es un derecho garantizado por ley y su cumplimiento puede ser exigido ante la Isapre y la Superintendencia de Salud.

GARANTÍA DE ACCESO: Todo beneficiario de 15 años y más

Con confirmación diagnóstica: tendrá acceso a tratamiento

GARANTÍA OPORTUNIDAD

Tipo de intervención sanitaria	Atención garantizada	Plazos máximos de atención
TRATAMIENTO	Tratamiento	Inmediato desde la confirmación diagnóstica
	Consulta con especialista	Dentro de 30 días desde derivación, según criterios establecidos en la Norma de Carácter Técnico, Médico y Administrativo.

GARANTÍA DE PROTECCIÓN FINANCIERA

Tipo de intervención sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Copago
TRATAMIENTO	Tratamiento depresión leve	mensual	\$1.190
	Tratamiento depresión moderada	mensual	\$1.780
	Tratamiento depresión grave año 1	mensual	\$2.040
	Tratamiento Depresión con Psicosis, alto Riesgo Suicida, o refractariedad Año 1	mensual	\$6.370
	Tratamiento Depresión con Psicosis, alto Riesgo Suicida, o refractariedad Año 2	mensual	\$1.500

PRESTADOR DESIGNADO:

Indicar los datos para contactarse (dirección, teléfono y/o correo electrónico del prestador)

DÓNDE RECLAMAR SI NO SE CUMPLE LA GARANTÍA DE OPORTUNIDAD:

En caso que el prestador designado por la isapre no lo atienda dentro del plazo establecido en el problema de salud, dispone de 30 días para presentar un reclamo ante la isapre.

Desde el momento en que presentó el reclamo, la isapre tiene un plazo de 2 días para designar un nuevo prestador, el cual deberá brindar la atención en un plazo máximo de 10 días.

Si no recibe respuesta dentro de estos 2 días o el prestador no está en condiciones de resolver el problema de salud garantizado, debe acudir a la Superintendencia de salud, durante los 15 días siguientes a presentar su reclamo.

En un plazo de 2 días la Superintendencia de Salud deberá designar un tercer prestador y éste deberá resolver el problema de salud en los 5 días siguientes desde la designación.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD, fono consulta 600-836-9000,

www.superdesalud.gob.cl

d) Información disponible en la página web y en agencias y sucursales

Las isapres deberán mantener información permanente y actualizada en sus páginas web, en una ubicación de fácil acceso a los beneficiarios, y en las agencias y sucursales, en relación a lo siguiente:

- Listado de los Problemas de Salud Garantizados y sus respectivas garantías.
- Una versión resumida de los procedimientos y mecanismos definidos por la isapre con información relevante para el beneficiario en el uso de las garantías, tales como, indicación de horarios de atención y números de contacto para atenciones relacionadas con las GES.
- Información sobre el derecho a reclamar en caso de incumplimiento de las garantías y plazos asociados.
- Información actualizada de la Red de Prestadores convenida para el otorgamiento de las Garantías Explícitas, ingresando, modificando o eliminando el convenio con el prestador respectivo, a más tardar, el día hábil anterior a aquél en que entre en vigencia la respectiva modificación.

La Red GES deberá disponerse en la página web de la isapre en alguna aplicación que permita acceder, como mínimo, a la siguiente información y formato:

Ejemplo de la información de la Red de Prestadores GES en la página web de la isapre, para dos problemas de salud, en dos regiones:

Región	Problema de Salud GES (N° y nombre)	Nombre del prestador	Dirección del prestador	Región de ubicación del prestador	Tipo de intervención sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones GES
13	8. Cáncer de mama en personas de 15 años y más	Clínica XXX (Servicios de Salud zzz Ltda)	Av. XXX N°zzz, comuna de YYY	13	Tratamiento	Quimioterapia cáncer de mama, etapa IV
1	44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar	Hospital XXX	Calle xxx, N°zzz 999, Comuna YYY	13	Tratamiento Seguimiento	Todas las prestaciones para esta intervención sanitaria

Para la disposición de la Red GES en la página web de la isapre, se debe considerar lo siguiente:

- La Región corresponde a lugar donde se encuentra el afiliado
- El Problema de salud GES es el número y nombre del Problema de Salud GES
- El nombre del prestador convenido GES es el nombre comercial del prestador y, entre paréntesis, la razón social, en caso que corresponda.
- La dirección del prestador: en el caso que se trate de prestadores que operan a través de varias sucursales, en una ciudad o a lo largo del país, se debe informar la concatenación entre el nombre o razón social y la sucursal respectiva. Ejemplo: Clínica XXX- Ñuñoa.

- La Región del prestador es donde se ubica el prestador GES
- El tipo de intervención sanitaria corresponde a aquella convenida con el prestador
- La prestación o grupo de prestaciones o canastas GES corresponden a aquellas convenidas con el prestador. Si el prestador informado se encuentra en convenio para otorgar todas las prestaciones o grupo de prestaciones GES, debe informar "todas las prestaciones para esta intervención sanitaria" en la última columna. Si las prestaciones o grupo de prestaciones de un determinado problema de salud GES son convenidas en distintos prestadores, debe detallarse cada una de ellas en los respectivos prestadores.
- Los ítems Problema de Salud GES (N° y Nombre), Tipo de intervención sanitaria y Prestación o grupo de prestaciones GES, deben ser informados utilizando la misma nomenclatura del decreto supremo vigente.

e) Difusión preventiva de las Garantías Explícitas en Salud

Las isapres deberán efectuar una difusión preventiva y oportuna respecto del derecho que tienen los beneficiarios a acceder a algunas prestaciones garantizadas, difusión que deberá focalizarse en el grupo de beneficiarios definido y en la oportunidad que se indica a continuación. La información remitida al beneficiario deberá indicar el prestador donde acudir y el valor del copago para la respectiva prestación, según el decreto vigente.

Para efectuar la difusión preventiva la isapre deberá usar todos los medios disponibles, en especial, correo electrónico, página web, o cartas por correo, mensajes de texto y cualquier otro que la tecnología disponible permita, debiendo mantener los respaldos que acrediten dicha acción.

Los grupos de beneficiarios a quienes debe dirigirse la información, las prestaciones garantizadas y la oportunidad de la difusión son las siguientes:

GRUPO OBJETIVO	PRESTACIÓN	OPORTUNIDAD DE LA DIFUSIÓN	PRESTADOR DONDE ACUDIR	VALOR DEL COPAGO
Toda la cartera	Urgencia odontológica ambulatoria	Una vez al año		Se debe indicar el valor del copago según el decreto GES vigente
Adulto de 60 años y a los niños y niñas de 6 años,	Salud Oral Integral	al cumplir la edad,		Se debe indicar el valor del copago según el decreto GES vigente
Beneficiarios mayores de 65 años	Audífonos, en caso de hipoacusia bilateral; Órtesis y ayudas técnicas con orden médica, por patologías que produzcan limitaciones.	una vez al año		Se debe indicar el valor del copago según el decreto GES vigente

5. Obligación de las isapres de realizar las acciones que permitan el acceso efectivo a los beneficios GES^{203 204}

Las isapres deben ejecutar -y estar siempre en condiciones de acreditar- las acciones necesarias para el cumplimiento de la garantía legal de acceso a las GES, ante la opción cierta del beneficiario por este beneficio. Ello, sin perjuicio de aquéllas que sólo el beneficiario o su representante puedan realizar.

Ante el conocimiento de la isapre de una atención de urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave²⁰⁵ GES, a través del portal web de la Superintendencia de Salud o por cualquier otro medio, deberá comunicarse con el afiliado y/o beneficiario, si fuere posible, o, en su defecto, con algún familiar o representante, a fin de orientar y entregar información suficiente y oportuna respecto de la conveniencia o no de la cobertura GES y la necesidad de traslado si fuese necesario. En caso que aquéllos opten por las GES, la isapre deberá efectuar las gestiones de coordinación pertinentes con los prestadores involucrados, si correspondiere, que permitan el acceso a los beneficios de dicho régimen.

La facultad de las isapres para determinar la red de prestadores deberá ejercerse siempre teniendo en consideración su obligación de asegurar, efectivamente, el cumplimiento de la Garantía de Acceso.

En caso de inexistencia o de insuficiencia de prestadores de la Red GES en la región del domicilio del beneficiario, ante la designación de un prestador en una región del país distinta de aquélla, la Isapre estará obligada a financiar íntegramente los gastos del traslado del paciente que fueren necesarios para asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas²⁰⁶.

Asimismo, sin perjuicio de la prerrogativa de la isapre en la conformación de las redes para el otorgamiento de las garantías explícitas en salud, las instituciones deberán privilegiar la convergencia de éstas con los prestadores convenidos para el otorgamiento de las prestaciones a través del plan de salud complementario, facilitando el funcionamiento conjunto de los beneficios del contrato de salud.

6. De las Enfermedades GES Preexistentes²⁰⁷

6.1.- Obligación de declarar preexistencias

En virtud del principio de la buena fe contractual, las personas que desean contratar con una isapre están obligadas a declarar las enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por ellas y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del o la beneficiario/a, en su caso, independientemente de si aquellas se encuentran o no en el catálogo de problemas de salud que contiene el decreto que fija las GES.

6.2.- Obligación de financiamiento

Tratándose de problemas de salud amparados por las GES, las isapres no podrán estipular exclusiones referidas a enfermedades o condiciones de salud garantizadas aunque sean preexistentes y no hayan sido declaradas, por lo que deberán otorgar cobertura aun cuando demuestren que el problema o condición de salud constituye una enfermedad preexistente no declarada.

6.3.- Extensión de la obligación de financiamiento para problemas de salud con GES

La obligación de las isapres de otorgar cobertura a enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes contenidas en las GES sólo se extiende a las prestaciones vinculadas con aquellas y que estén consideradas en el Listado de Prestaciones Específico establecido en el Decreto Supremo correspondiente, conservando la facultad para negar la cobertura del resto de las prestaciones.

²⁰³ Agregado por Circular IF N°212, del 27.03.2014

²⁰⁴ Numeración modificada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

²⁰⁵ Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23

²⁰⁶ Agregado por Circular IF N°247, del 19.06.2015

²⁰⁷ Numeración modificada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

6.4.- Facultad de poner término al contrato de salud

Las isapres están facultadas para poner término a la relación contractual vigente cuando se invoque cualquiera de las causales legales establecidas en el artículo 201 del D.F.L. N° 1, y se cumplan los requisitos legales para ello, incluso tratándose de la no declaración de un problema de salud preexistente con Garantías Explícitas en Salud, puesto que la ley no ha distinguido.

6.5.- Fecha en que produce efectos la terminación unilateral del contrato por parte de las isapre

Excepcionalmente, tratándose de problemas de salud con Garantías Explícitas, si llegado el día en que se produce el término del contrato la persona beneficiaria está requiriendo atenciones en la etapa de confirmación diagnóstica, tratamiento o seguimiento, la terminación deberá diferirse hasta el momento en que, según los plazos fijados en el Decreto que contiene las GES, la respectiva etapa o subetapa se encuentre terminada, siempre y cuando dicha extensión se justifique para no poner en riesgo el tipo de intervención sanitaria de que se trate, lo que debe analizarse caso a caso.

7. Activación de las GES²⁰⁸

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

7.1 Medios alternativos para acceder a las GES

La institución debe disponer de una aplicación informática de fácil acceso y comprensión que permita a los beneficiarios solicitar la activación de las GES de modo remoto; sin perjuicio de que dicha activación se pueda realizar presencialmente en cualquiera de las sucursales de la isapre.²⁰⁹

Segundo párrafo eliminado ²¹⁰

A través de dicha aplicación electrónica el beneficiario podrá efectuar la activación correspondiente, según se indica a continuación:

a) Ingresar el Formulario de Constancia de Información al Paciente GES o, en su defecto, el documento “Dato de Atención de Urgencia (DAU)” o aquel instrumento de atención de urgencia homologado para tales efectos en los servicios privados, o la indicación médica y/o la receta para medicamentos, insumos y ayudas técnicas.

b) Ingresar, de forma opcional, cualquier antecedente que dé cuenta de las atenciones que ha recibido el beneficiario previo a la solicitud de activación.

c) Ingresar los datos necesarios para la generación del Formulario N° 1.

d) Tomar conocimiento acerca de la fecha en que la isapre le responderá la solicitud de activación del beneficio y del prestador de la Red GES designado.

e) Rechazar o aceptar el prestador de la Red GES designado por la isapre y recibir el documento que dé cuenta de dicho acto.

²⁰⁸ Numeral incorporado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

²⁰⁹ Por R. Ex. IF/N°676 de 22.11.21 se elimina la expresión “o, en su defecto, mediante cualquier otro medio que cumpla ese objetivo”.

²¹⁰ Se elimina el segundo párrafo de acuerdo a la R. Ex IF/N°676 de 22.11.21

f) Recibir el documento en que conste que acepta la derivación a la Red GES y la cartilla con la información sobre la patología respectiva.

g) Acceder a las prestaciones en la etapa de intervención sanitaria que corresponda, según el problema de salud de que se trate, mediante – a lo menos - la compra de bonos, copago de la canasta, la incorporación de recetas.

La isapre debe enviar al correo electrónico informado por la persona beneficiaria, cada uno de los documentos que se generen a raíz de la solicitud de activación del beneficio GES, efectuada a través de esta aplicación.

Independiente del mecanismo que se utilice para la activación de las GES, éste debe ajustarse a las etapas del procedimiento reseñado anteriormente, debiendo cada fase quedar registrada con el envío de los correos electrónicos pertinentes. De efectuarse la solicitud mediante llamado telefónico, concluido éste, la isapre debe remitir un correo electrónico al solicitante con la transcripción de la gestión efectuada, para así continuar con el resto del procedimiento.

7.2 Situaciones exentas de una nueva confirmación diagnóstica

El acceso a las garantías no puede estar condicionado a una nueva confirmación diagnóstica cuando:

i.- El paciente haya sido diagnosticado por un profesional que sea parte de cualquiera de las redes de prestadores convenidas por la isapre.

ii.- El paciente, beneficiario de la institución de salud que habiendo optado previamente por recibir a través del plan complementario el tratamiento de un problema de salud garantizado por un profesional médico registrado en la Superintendencia de Salud pero que no forma parte de la red de la institución de salud previsual, con posterioridad, decide continuarlo a través de las garantías explícitas en salud.

iii.- El paciente que haya sido diagnosticado por un profesional médico registrado en la Superintendencia de Salud pero que no forma parte de la red de la institución de salud previsual, que cuente con la indicación médica y/o la receta para medicamentos, insumos y ayudas técnicas.²¹¹

iv.- El paciente que proviene de otro sistema o institución de salud estando en tratamiento por un problema de salud GES.

Aquellos pacientes en tratamiento tendrán derecho a recibir las prestaciones dentro de la Red GES, de acuerdo a la etapa de intervención sanitaria en la que se encuentren a la fecha de su solicitud de acceso.

La Isapre podrá realizar otras gestiones relativas al procedimiento de activación de las GES, como por ejemplo exámenes adicionales o complementarios, pero no podrá exigir como condición que se repita la consulta médica ni aquellos exámenes que el beneficiario ya se hubiere efectuado por determinación de dicho médico tratante.²¹²

8. Obligaciones de las Isapres en cuanto al Acceso y Cobertura de Medicamentos, Insumos y Ayudas Técnicas GES.^{213 214}

Las²¹⁵ instituciones de salud previsual deberán desarrollar y mantener un procedimiento escrito que detalle el modelo de atención utilizado y, específicamente, las acciones y mecanismos (medios clínicos o administrativos) para certificar y dejar constancia de la entrega efectiva, a las personas beneficiarias, de los medicamentos, insumos y ayudas técnicas GES, en farmacias en convenio y prestadores, respectivamente, con el fin de asegurar la continuidad de sus tratamientos médicos, sin interrupciones que puedan afectar su estado de salud. Dichos procedimientos deben contemplar, además, el registro de la no entrega de los mismos, o bien, si ellos se

²¹¹ Se elimina párrafo que se encontraba después del punto seguido y se cambia al final del punto 7.2, de acuerdo a la R. Ex IF/N°676 de 22.11.21

²¹² Párrafo ubicado en este lugar de acuerdo a R. Ex IF/N°676 de 22.11.21

²¹³ Numeral incorporado por la Circular IF/N°350 de 30.04.2020, con inicio de vigencia a contar de junio 2020. Modificada por la Res. Ex. IF/N°600 de 11.08.2020.

²¹⁴ Numeración modificada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

²¹⁵ Párrafos y viñetas agregadas por la Circular IF/N°419, de 29.12.2022

entregaron de manera parcial, con expresa mención de la causa o razón de la negativa o entrega incompleta, en cumplimiento con lo establecido por el artículo 29 de la Ley N°19.966.

Tal procedimiento escrito deberá ser difundido por la isapres al personal y los funcionarios relacionados con este quehacer.

En conformidad a los artículos 2, 24 y 42 de la Ley 19.966, las isapres serán directamente responsables en caso de incumplimiento por parte de las farmacias del procedimiento escrito que aluden los párrafos precedentes.

En virtud de las disposiciones anteriores y las obligaciones que de ellas se derivan, hacia las isapres y sus farmacias en convenio, se hace necesario que, como mínimo, el contenido relativo al procedimiento escrito para dispensar y certificar la entrega y no entrega de todos los productos ya citados, considere, al menos, los siguientes aspectos en cada caso en particular:

- i. Contar con un programa de acciones que se deben llevar a cabo con la farmacia en convenio, para la entrega de medicamentos GES, el cual debe ser difundido a las personas beneficiarias por todas las vías y canales idóneas para ello, como, por ejemplo, correo electrónico en caso de contar con certeza de la existencia y exactitud de las direcciones electrónicas, página web, sucursales, call center, etc. Cabe señalar, que deben existir medidas de coordinación entre la isapre y la farmacia en convenio a fin de conocer cómo se debe operar en la práctica y los posibles problemas o aspectos de mejora que puedan surgir para gestionarlos e incluirlas en su procedimiento, de corresponder, como nuevas cláusulas en los convenios.
- ii. Protocolos de información o medidas de entrega de información a las personas beneficiarias en lo que respecta a la dispensación de medicamentos, insumos y ayudas técnicas, en especial, las destinadas a promover la cadena de farmacia en convenio, direcciones asociadas y horarios de atención.
- iii. En el caso de contar con alguna plataforma en la que las personas beneficiarias puedan inscribirse para la entrega de medicamentos GES, se deberá difundir ampliamente por todas las vías y canales idóneas para ello (Por ejemplo, correo electrónico en caso de contar con certeza de la existencia y exactitud de las direcciones electrónicas, página web, sucursales, call center, etc.). Del mismo modo, se deberá indicar en forma clara y precisa los datos que debe llenar la persona afiliada en el momento de registrarse, así como si debe adjuntarse algún documento como la Notificación GES, certificado médico, cédula de identidad, receta médica, etc. o si dichos documentos se encuentran en línea, para que la persona beneficiaria no los incluya cuando se inscriba.
- iv. Lo anterior, sin perjuicio del deber de gestionar de las isapres respecto a las Garantías Explícitas en Salud, contenido en el Numeral 2, del Título III "Normas especiales para Isapres", Capítulo IV "de las Garantías Explícitas GES"; Compendio de Beneficios.
- v. Establecer un tratamiento, esto es, acciones concretas que deberá llevar a cabo la farmacia, con los respaldos de entrega que emita este tipo de prestador, en razón de la dispensación de medicamentos, entre otros, determinar el medio con que contarán estos prestadores para informarlos a la isapre y/o almacenarlos, además de los plazos para hacerlo.

De acuerdo con lo anterior, la isapre siempre deberá estar en condición de acreditar las prescripciones médicas de los pacientes GES, disponiendo para ello de la digitalización de las respectivas recetas, así como también de los respaldos de entrega, que son generados por su farmacia en convenio. En ambos casos se debe velar por que la digitalización del documento sea óptima y se pueda visualizar legiblemente todo su contenido. La isapre deberá determinar tareas o gestiones concretas destinadas monitorear este proceso.

- vi. Establecer algún tipo de medio por el cual se pueda dar cuenta de:

a. Entrega efectiva de medicamentos o insumos

La Isapre deberá monitorear el funcionamiento de las medidas implementadas con su farmacia convenida, con la finalidad de que la institución siempre pueda acreditar la entrega efectiva de los productos despachados, contando para ello, con el respectivo respaldo de entrega (vóucher, comprobante o documento afín), el que debe identificar claramente los productos dispensados y su cantidad, debiendo estos documentos contener, además, la fecha de la transacción, la identidad de la persona que retira dichos productos junto con su firma. Respecto a lo anterior, se deberá facilitar la compra del medicamento

garantizado por terceras personas, distintas al paciente GES, debiendo solicitar, a lo más, un poder simple como documento suficiente para la representación o una copia de la Cédula de Identidad respectiva.

b. Entrega parcial o no entrega de medicamentos o insumos

- Instituir medidas específicas para que la isapre tome conocimiento y registre una entrega parcial o la falta de ésta. Establecer un sistema de coordinación directa con la farmacia, para tomar conocimiento y gestionar este tipo de casos, lo que implicará además una revisión y control periódico de los respaldos de entrega que obedezcan a esta categoría.
- Instaurar medidas para asegurar la disponibilidad de los medicamentos o insumos, para evitar las faltas de stock y, en caso de que esto último suceda, las formas de solucionarlo, de manera de no afectar la continuidad de los tratamientos y sin que ello signifique demoras, trámites adicionales o mayores costos para las personas beneficiarias.

De acuerdo a lo anterior, la isapre deberá implementar medidas de difusión, a través de sus canales de comunicación, para que ante la no entrega por parte de la farmacia en convenio de algún medicamento o insumo garantizado por las GES o esta no pueda solucionar en forma inmediata su requerimiento, ya sea por falta de stock o por despacho parcial del producto indicado, la persona beneficiaria informe a la brevedad de aquello a la isapre, con la finalidad que esta última realice todas las gestiones pertinentes, y se proceda con la entrega de aquellos, tal como se describe en el numeral 8.1 del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios.

También se deberá considerar la implementación de medidas concretas para que la persona beneficiaria comunique los cambios en las indicaciones médicas de manera que no se vea afectada la entrega.

c. Rechazo de medicamentos o insumos

En el caso de rechazo de algún medicamento o insumo por parte de la persona beneficiaria o su representante, deberá constar por algún tipo de medio, el registro del nombre del producto rechazado, nombre de la persona que rechaza, fecha, y firma respectiva.

d. No dispensación por inasistencia

Se deberá instaurar algún medio de registro y control, donde consten las inasistencias de las personas beneficiarias a la cita programada para el retiro de los medicamentos o insumos. Al respecto, para el tratamiento de las inasistencias, se deberán tener en consideración, las normas relacionadas con la "Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad" (Capítulo XI, Título I, del Compendio en materia de Procedimientos).

Se podrán considerar como medidas preventivas, avisos mediante llamadas, u otros medios dirigidos a la persona beneficiaria, a modo de recordatorio de su asistencia a la dispensación de medicamento.

En general, la isapre deberá determinar acciones concretas destinadas a la revisión periódica de los respaldos de entrega, poniendo énfasis en los retiros parciales, vouchers o comprobantes de rechazo e inasistencias.

- vii. Específicamente, en relación a los prestadores que entregan ayudas técnicas GES, se deberá disponer de un protocolo de acciones destinadas a la coordinación y entrega de información entre estos últimos, isapres y personas beneficiarias, así como la implementación de un medio de registro que dé cuenta de la entrega efectiva del producto (qué producto se entregó, cantidad e identificación de quien lo recibió junto con su firma); de la no entrega; entrega parcial; rechazo o inasistencia al retiro por parte de la persona beneficiaria o su representante. Al respecto, se deberá facilitar el retiro de ayudas técnicas garantizadas por medio de terceras personas, distintas al paciente GES, debiendo solicitar, a lo más, un poder simple como documento suficiente para la representación o una copia de la cédula de identidad respectiva.
- viii. Acciones destinadas a flexibilizar la dispensación de los medicamentos GES, accediendo a su entrega en forma anticipada, aun cuando la periodicidad no corresponda a la indicada en el decreto GES vigente, en especial, en los problemas de salud relacionados con enfermedades crónicas. Para ello se podrá establecer en los

convenios con las farmacias que éstas dispongan todas las medidas a su alcance para programar las entregas de los productos de tal manera que la persona beneficiaria concorra solo una vez al mes a retirar todos los productos prescritos (en caso de canastas mensuales) y no sea necesario que el paciente concorra en más de una oportunidad -dentro de ese mes- a retirar los productos señalados en una misma receta.

Cabe indicar que, las isapres deberán estar siempre en condiciones de acreditar y mantener los respaldos de cada gestión efectuada y tomar todas las medidas de seguridad para la protección de los datos personales y sensibles que les corresponda administrar.

8.1.- Gestiones para asegurar la entrega de medicamentos, insumos y ayudas técnicas y prevenir problemas de stock de los mismos

Ante eventuales cierres de locales, faltas de stock o demoras en la entrega de medicamentos, insumos y ayudas técnicas garantizados, las isapres, los prestadores que suministran dichas ayudas técnicas y las farmacias en convenio, estas últimas en su calidad de prestadores de salud de acuerdo a lo establecido en la letra g), del artículo 1º, del Decreto Supremo N°72 de 2022²¹⁶, del Ministerio de Salud, deberán asegurar la entrega de los productos prescritos por el médico tratante y que forman parte de la canasta de beneficios GES, y prevenir las faltas de stock de los mismos.

En consecuencia, y en cumplimiento de lo establecido al efecto en el Compendio de Procedimientos, Capítulo I “Procedimientos Relativos al Contrato de Salud”, Título V “Cumplimiento del Contrato de Salud”, las instituciones de salud deben realizar las gestiones necesarias, disponer de mecanismos alternativos y adoptar las medidas específicas que llevarán a cabo conjuntamente y en coordinación con las farmacias y con los prestadores de ayudas técnicas, con el fin que las garantías de acceso y oportunidad no se vean vulneradas, asegurando el derecho de los beneficiarios a seguir su tratamiento médico sin interrupciones que puedan afectar su estado de salud. Estas medidas no podrán significar trámites ni costos adicionales para los beneficiarios y deberán estar contempladas expresamente en los convenios que suscriban las isapres con las farmacias.

En este sentido, las isapres deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar que la farmacia y el prestador en convenio dispongan de un stock suficiente y permanente de medicamentos, insumos y ayudas técnicas GES, respectivamente. La composición del referido stock deberá determinarlo la isapre, considerando los requerimientos de los beneficiarios GES de la institución, en virtud de sus respectivos tratamientos garantizados.

Ahora bien, en los casos en que la isapre y la respectiva farmacia o prestador en convenio no puedan solucionar en forma inmediata el requerimiento de un medicamento, insumo o ayuda técnica GES, respectivamente, por falta de stock o por despacho parcial del producto indicado, el beneficiario deberá informar a la isapre y ésta deberá entregar una solución, coordinando con la farmacia que el retiro efectivo del medicamento en ésta pueda ser efectuado dentro de las 48 horas contadas desde el retiro frustrado. En caso de superar el plazo establecido, deberá coordinar su despacho inmediato al domicilio del beneficiario, lo que no debe implicar al afiliado trámites y/o costos adicionales por la utilización de dicho procedimiento. Lo anterior, salvo que el beneficiario manifieste expresamente su voluntad y preferencia de acudir a otro local de la misma cadena de farmacia respecto del cual se le haya informado que éste cuenta con el referido medicamento.

De no realizarse la entrega del medicamento en el domicilio, en el plazo establecido (esto es en 48 hrs.), el beneficiario podrá concurrir a cualquier farmacia, que esté o no convenida, para comprar el medicamento y posteriormente la isapre lo deberá reembolsar según GES.

Cabe destacar que, para efectos de las obligaciones contenidas en los párrafos precedentes, la falta de stock se produce si el local al que se acude para la entrega del medicamento, no cuenta con éste en sus existencias. Lo anterior, no se refiere, en consecuencia, a falta de existencias del producto en la cadena completa (quiebre de stock).

Por otra parte, frente a la discontinuidad de un medicamento, las isapres deberán realizar las gestiones necesarias para que el beneficiario acceda a la brevedad a una atención médica, sin costo, que le permita

²¹⁶ Se reemplaza la referencia al D.S 22, de 2019, por el decreto vigente (D.S 72/2022), mediante Circular IF/ 421, de 12.01.2023

obtener una nueva receta, con prescripción de un medicamento alternativo, para que el paciente pueda continuar sin alteraciones su tratamiento médico.

8.2.- Acceso a medicamentos, insumos y ayudas técnicas GES con diagnóstico ya efectuado

8.2.1.- Cuando la confirmación diagnóstica y la prescripción de los respectivos medicamentos GES hayan sido efectuadas por un profesional médico registrado en la Superintendencia de Salud, pero ajeno a la Red de la isapre, esta última podrá realizar las gestiones relativas al procedimiento de activación de la GES, como por ejemplo exámenes adicionales o complementarios, teniendo presente que no podrá exigir como condición que se repita la consulta médica ni aquellos exámenes que el beneficiario ya se hubiere efectuado por determinación del referido médico tratante.

En consideración a lo anterior, la isapre estará obligada a autorizar el inicio de la etapa sanitaria de tratamiento dentro de su Red de Prestadores GES, otorgando cobertura a los medicamentos, insumos y ayudas técnicas GES prescritos por el referido profesional médico, con el objeto de facilitar el ingreso y no retrasar el inicio del tratamiento, asegurando la continuidad del mismo, dado que ya se cuenta con la indicación médica y la receta en su caso. Una vez activado el caso GES, el paciente debe atenderse dentro de la red, con el médico que la isapre designe.

Al respecto, la Isapre deberá garantizar el otorgamiento del medicamento por su principio activo y no por el nombre comercial. Por lo tanto, en el caso que un médico que no forme parte de la Red GES prescriba un medicamento que no se encuentra en el vademécum de la institución, éste deberá ser entregado al beneficiario, en la medida que tenga el mismo principio activo de aquel que se encuentra garantizado.

8.2.2.- En relación a aquellos afiliados que se cambien a otra aseguradora estando en tratamiento por un problema de salud GES, la nueva institución no podrá exigirles una nueva confirmación diagnóstica, procediendo de la siguiente manera:

a) En el caso de afiliados que hayan desahuciado su contrato en la isapre anterior, la nueva institución deberá ingresarlos a la etapa de intervención sanitaria en la cual se encuentran.

b) Por su parte, cuando sea la institución anterior la que haya puesto término unilateral al contrato y deba diferir la etapa sanitaria en que se encuentre el beneficiario hasta su término (según el punto 5.5 “Fecha en que produce efectos la terminación unilateral del contrato por parte de las isapres”, del numeral 5 “De las Enfermedades GES Preexistentes”, del presente Título III), la nueva isapre deberá incorporar al beneficiario a la siguiente etapa sanitaria que corresponda de acuerdo a su problema de salud.

Por lo tanto, en los dos casos detallados en las letras a) y b), la nueva aseguradora deberá entregarles a los beneficiarios, cuando corresponda, los medicamentos, insumos y ayudas técnicas que les hayan sido prescritos con anterioridad a su incorporación, a fin de no interrumpir la continuidad de su tratamiento médico. Para tales efectos, la isapre deberá solicitar al nuevo afiliado, dejando constancia de dicha solicitud, un certificado emitido por el médico tratante, en el cual se informe la patología GES que él o alguno de sus beneficiarios padecen, la intervención sanitaria y el detalle de los medicamentos, insumos y ayudas técnicas, que correspondan y que está utilizando en su tratamiento. La isapre de anterior afiliación, en su calidad de responsable del seguro, debe realizar todas las gestiones pertinentes con su red de prestadores GES, para solicitar el certificado al médico que ella determinó como tratante, el que deberá proporcionar toda la información requerida, comprendiendo que es función médica el diagnóstico y la prescripción de exámenes o medidas terapéuticas, tal como lo señala el Código Sanitario.

8.2.3.- Asimismo, las isapres no podrán exigir una nueva confirmación diagnóstica para la entrega de medicamentos, insumos y ayudas técnicas GES, en el caso de aquellos pacientes que, siendo afiliados de la misma institución de salud, optaron en una primera instancia por el tratamiento de un problema de salud garantizado, requiriendo prestaciones a través del plan complementario de salud, y después deciden continuarlo a través de las garantías explícitas en salud. Al respecto, la institución de salud previsional deberá solicitar al beneficiario, dejando constancia de dicha solicitud, un certificado emitido por su médico tratante, en el cual se informe la patología GES que padece, la intervención sanitaria en la que se encuentra y el detalle de los medicamentos, insumos y ayudas técnicas que está utilizando en su tratamiento.

8.3.- Acceso a medicamentos e insumos en forma previa a la activación de las GES ²¹⁷

8.3.- Improcedencia del cobro en períodos sin uso de medicamentos e insumos GES

En el caso de aquellos pacientes que no retiran medicamentos e insumos en uno o más meses, las isapres no podrán cobrarles los copagos correspondientes a dichos períodos, ni tampoco efectuarles cobros retroactivos cuando los beneficiarios los soliciten nuevamente.

8.4.- Acceso a medicamentos e insumos en caso de dos tipos de intervención sanitaria o dos grupos de prestaciones en forma simultánea

En consideración a que algunos procesos sanitarios no necesariamente son secuenciales, de manera que un paciente puede estar simultáneamente en más de un tipo de intervención sanitaria, el beneficiario tendrá derecho a acceder a los respectivos medicamentos y la isapre estará obligada a otorgar la cobertura correspondiente y disponer su entrega, sin esperar a que concluya la etapa sanitaria en la que se encuentra el paciente. Lo anterior, en la medida que se realicen los copagos de la intervención sanitaria respectiva.

Asimismo, las isapres deberán otorgar la cobertura que corresponda y el afiliado efectuar el copago de la respectiva etapa sanitaria, cuando el médico prescriba, dentro de una misma intervención sanitaria, medicamentos e insumos que están contemplados en un grupo de prestaciones distinto a aquella fase del proceso sanitario en la que se encuentra el beneficiario.

8.5.- Acceso a medicamentos e insumos GES ante situaciones de contingencia y alerta o emergencia sanitaria.

Ante eventuales situaciones de alerta o emergencia sanitaria, contingencia social u otra de cualquier tipo, que alteren el normal funcionamiento de las sucursales de atención de público de las instituciones de salud y/o de las farmacias, o que afecte el desplazamiento de las personas hacia dichas entidades, las isapres deberán adoptar, al menos, las siguientes medidas excepcionales para garantizar la entrega de los medicamentos e insumos GES:

- Mantener una estrecha relación y coordinación con las farmacias en convenio para la dispensación de medicamentos GES de manera que las Garantías de Acceso y de Oportunidad no se vean vulneradas.
- Flexibilizar la dispensación de los medicamentos GES, accediendo a su entrega en forma anticipada, aun cuando la periodicidad no corresponda a la indicada en el decreto GES vigente, en especial, en los problemas de salud relacionados con enfermedades crónicas tales como diabetes, VIH, enfermedad pulmonar obstructiva, entre otras.
- En aquellos casos en que la farmacia en convenio no pueda solucionar en forma inmediata el requerimiento de un fármaco GES, a personas mayores de 60 años o con movilidad física reducida o a cualquier persona afecta a una medida de la autoridad que restrinja su posibilidad de desplazamiento, deberá coordinar y efectuar su despacho en el plazo de 48 horas al domicilio del beneficiario. Finalmente, en el caso de no efectuar el despacho en el plazo citado, el beneficiario podrá comprar el medicamento en cualquier farmacia y la isapre estará obligada a bonificar vía reembolso, en un plazo no mayor a 3 días, respetando el copago garantizado.
- Velar porque las farmacias en convenio den curso a la dispensación de medicamentos correspondientes a una patología GES, aun cuando haya expirado el plazo de vigencia de la receta médica y/o cuando esta última haya sido extendida por un médico o prestador de salud que no forma parte de la Red GES de la respectiva institución de salud.
- Facilitar el retiro de medicamentos garantizados por terceras personas, distintas al paciente GES, debiendo solicitar, a lo más, un poder simple como documento suficiente para la representación y una copia de la Cédula de Identidad respectiva.

²¹⁷ Este punto 6.3 original fue eliminado por la Resolución Exenta IF/N°600 de fecha 11.08.2020, pasando los anteriores numerales 6.4; 6.5 y 6.6 a ser los nuevos puntos 6.3; 6.4 y 6.5.

Las gestiones y medidas instruidas a las isapres en los puntos 6.1 al 6.6²¹⁸ que se indican precedentemente, deberán estar descritas detalladamente en los procedimientos y mecanismos a que hace alusión el numeral 2 “Procedimientos y Mecanismos para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud”, del presente Título III. Asimismo, las referidas gestiones y medidas deberán incluirse en la versión resumida que se instruye en la letra d), numeral 3, Título III, Capítulo VI “de las Garantías Explícitas en Salud”. Dicha versión resumida debe estar disponible para los beneficiarios en la página web, agencias y sucursales, debiendo las isapres redactarla de una forma simple y de fácil comprensión de manera que sirva como manual de consulta para el efectivo acceso y cobertura de los medicamentos, insumos y ayudas técnicas GES por parte de los beneficiarios.

²¹⁸ En virtud de la modificación de numerales determinada por la Resolución Exenta IF/N°600 de fecha 11.08.2020, la referencia debe entenderse hecha a los puntos 6.1 al 6.5.

Título IV Normas Especiales para Prestadores

1. Obligación de los Prestadores de Entregar Información Relacionada con las GES

1.1.- Obligación de informar

En conformidad a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, los prestadores de salud deben informar, tanto a sus pacientes beneficiarios del Fonasa como de las isapres, de las siguientes circunstancias:

- a) Que se ha confirmado el diagnóstico de alguno de los problemas de salud contenidos en las Garantías Explícitas en Salud (GES);
- b) El momento a partir del cual tienen derecho a tales garantías; y
- c) Que para tener derecho a las prestaciones garantizadas deberán atenderse a través de la Red de Prestadores que les corresponda.

Requisitos mínimos que debe contener el Procedimiento de Notificación GES de uso obligatorio para todos los prestadores públicos y privados.

Creación y mantención del procedimiento de notificación GES

Todo establecimiento de salud, privado y público, debe desarrollar y mantener un procedimiento escrito **que detalle el proceso de notificación al paciente de un problema de salud garantizado. Dicho procedimiento debe contener como mínimo lo siguiente:**

- Título.
 - Número y fecha de la versión.
 - Nombre y firma de las personas que revisaron y aprobaron el procedimiento.
 - Nombre de quién realiza el control del procedimiento.
 - Distribución.
 - Objetivo y alcance.
 - Definiciones, terminología y referencias.
 - Responsable de cada actividad o tarea.
 - Flujo del proceso: Problemas de Salud que corresponde notificar en el establecimiento; responsable de la notificación según Problema de Salud; oportunidad para realizar la notificación GES; registro de la notificación al paciente; entrega del formulario GES e información al paciente sobre la gestión a realizar una vez notificado; almacenamiento de copia; respaldo de gestión, etc.
 - Anexos con los Problemas de Salud vigentes.
 - Controles periódicos del procedimiento.
 - Indicadores. Se debe crear como mínimo un indicador que sea medido a lo más cada tres meses.
-
- El procedimiento escrito debe ser difundido por el Establecimiento de Salud a todos sus funcionarios.
 - El procedimiento debe contener al menos un control mínimo para la notificación oportuna y correcta.

- Los prestadores deberán realizar capacitaciones en temáticas GES, que incluyan el proceso de notificación al paciente GES, con una frecuencia mínima anual, pudiendo ser impartida por personal interno o externo y que forme parte del Programa de Capacitación del Centro de Salud²¹⁹.

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

Del cumplimiento de la obligación señalada precedentemente, el prestador dejará constancia en el “Formulario de Constancia de Información al Paciente GES”, en adelante “el Formulario”, contenido en el Anexo N° 3 del presente Capítulo, el que se encuentra disponible en la página Web de la Superintendencia de Salud.

El Formulario podrá ser confeccionado por el prestador en soporte de papel o en formato electrónico y ambos deben contener los mismos datos.

El Formulario como documento electrónico debe cumplir con los atributos de autenticidad, integridad, no repudio, confidencialidad y seguridad.

El Formulario debe contener la información completa sobre los datos personales del paciente GES que permitan contactarlo para efectos de hacer el seguimiento que corresponda, respecto de la patología que lo afecta.

El Formulario deberá ser firmado en dos ejemplares, por el prestador de salud y por la persona beneficiaria o por quien la represente, y una copia del instrumento le será entregada a esta última en el mismo acto, la que deberá indicar claramente el día y la hora de notificación.

Tratándose de un Formulario electrónico una vez suscrito se deberá entregar al beneficiario o su representante una copia impresa del mismo.

El prestador debe conservar las copias de los Formularios en papel que quedan en su poder y archivar los Formularios electrónicos en un medio de almacenamiento electrónico, a fin de ponerlas a disposición de esta Superintendencia al momento de la fiscalización del cumplimiento de las instrucciones impartidas en este Título²²⁰.

El Formulario debe confeccionarse sólo para la constancia del diagnóstico de una patología GES, por lo tanto, no corresponde confeccionarlo cada vez que el o la paciente beneficiaria se presente al establecimiento, sino cada vez que se confirma uno de los problemas de salud garantizados, con excepción de las IRA en menores de 5 años y de las Urgencias Odontológicas, en los que se procederá de acuerdo al punto 1.4. que sigue²²¹.

1.3.- Personas facultadas para confeccionar y firmar el Formulario

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

Por su parte podrá firmar la persona que notifica dicha patología, esta última en representación del establecimiento de salud, clínica, hospital o consultorio, y que puede ser el o la médico tratante, enfermera o enfermero u otra persona autorizada por el establecimiento de salud para la respectiva notificación.

b) El Formulario en soporte en papel deberá ser suscrito mediante la firma manuscrita del prestador y la firma manuscrita o huella dactilar del paciente o quien lo represente.

El Formulario electrónico deberá ser suscrito por el prestador de salud y por el paciente o por quien lo represente mediante una firma electrónica, como por ejemplo la huella digital, toda vez que de acuerdo a la Ley N° 19.799 la huella configura una firma electrónica²²².

1.4.- Excepción de la constancia a través del Formulario de constancia de información al paciente GES para los problemas de salud que se indican, en los servicios de urgencia público y privado del país²²³

²¹⁹ Párrafos siguientes al primero, del numeral 1.1, fueron agregados por Circular IF/N° 407, de 5.7.2022.

²²⁰ Modificado por Circular IF/N° 181, 18.12.2012

²²¹ Reemplazado por Oficio IF/N° 6756, 03.10.2008

²²² Punto 2 Oficio IF/N° 6756, 03.10.2008

²²³ Agregado por Circular IF/N°195 de 21 de junio de 2013

Se autoriza a los prestadores de salud públicos y privados, que otorgan atenciones de urgencia, el reemplazo de la obligación de emplear el Formulario de Constancia de Información al Paciente GES en la notificación de patologías GES por el uso del "Dato de Atención de Urgencia (DAU)", utilizado por los servicios públicos, y por el documento de atención de urgencia homologado para tales efectos en los servicios privados, para efectuar la notificación de los problemas de salud garantizados que a continuación se indican, según la numeración establecida en el Decreto GES vigente: ^{224 225}

- N°5 Infarto Agudo del Miocardio
- N°6 Diabetes Mellitus Tipo 1
- N°19 Infección Respiratoria Aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años
- N°20 Neumonía Adquirida en la Comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
- N°25 Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso
- N°26 Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
- N°37 Ataque Cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
- N°42 Hemorragia Subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
- N°46 Urgencia odontológica ambulatoria
- N°48 Politraumatizado Grave
- N°49 Traumatismo craneoencefálico moderado o grave
- N°50 Trauma Ocular Grave
- N°55 Gran Quemado
- N°86. Atención Integral de salud en agresión sexual aguda

La autorización otorgada es única y exclusivamente para la notificación de pacientes que requieran atención de urgencia y no exime a los prestadores de la obligación que se establece en el Título VII, del Capítulo VII, de este Compendio, relativa a informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y al Fondo Nacional de Salud, dentro de las veinticuatro horas siguientes, las personas que reciban en sus establecimientos en una situación de salud que implique urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave²²⁶ y que tienen derecho a las prestaciones incluidas en el Sistema de Protección Financiera de que trata la Ley N° 20.850.²²⁷

Si la condición de salud del paciente impide su identificación y consecuente notificación, deberá dejarse registro en su ficha clínica de dicha circunstancia.²²⁸

En el caso de que los servicios de urgencia opten por utilizar el documento a que se refiere este punto, como instrumento alternativo para la notificación de las condiciones de salud GES anteriormente individualizadas, éste deberá contener toda la información del Formulario de Constancia de Información al Paciente GES y regirse por las mismas instrucciones establecidas para dicho formulario en este Título, a fin de asegurar el conocimiento por parte de los beneficiarios de Fonasa e Isapre, de sus derechos en materia GES, los que se encuentran garantizados por ley.

En consecuencia, la información registrada en el Dato de Atención de Urgencia (DAU) o documento alternativo siempre deberá contener, para los fines de notificación GES, lo siguiente: ²²⁹

- Diagnóstico AUGE o GES
- Nombre y RUN persona que notifica
- Nombre y RUN persona notificada
- Firma de la persona notificada (paciente o su representante)"

Toda autorización que esta Superintendencia haya otorgado respecto de reemplazar el uso del Formulario de Constancia de Información al Paciente GES por otro documento, deberá ajustarse a las disposiciones contenidas en las presentes instrucciones.

²²⁴ Párrafo modificado por la Circular IF/N°391 de 08 de septiembre de 2021

²²⁵ Listado de Problemas de Salud modificado en virtud, del D.S 72, de 2022. Se agrega el P.S. N°86, según Circular IF/N°416, de 24 de octubre de 2022.

²²⁶ Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23

²²⁷ Párrafo agregado por la Circular IF/N°391 de 08 de septiembre de 2021

²²⁸ Párrafo agregado por la Circular IF/N°391 de 08 de septiembre de 2021

²²⁹ Párrafo agregado por la Circular IF/N°391 de 08 de septiembre de 2021

1.5.- Derecho a reclamo

Los prestadores de salud deberán tener a disposición de los y las pacientes beneficiarias del Fonasa como de las isapres, un Formulario de Reclamos, que se contiene en el Anexo N° 4 del presente Capítulo. Este formulario se encuentra disponible en la página Web de la Superintendencia de Salud.

(1.6 Eliminado por Circular IF/N°142 de 14.01.2011)

1.6.- Difusión

Tanto el Fonasa como las isapres, deberán tomar las medidas que estimen pertinentes para informar a los prestadores con los cuales haya establecido convenios, de la obligación de dar cumplimiento a las instrucciones impartidas en el presente Título.

2. De los prestadores institucionales, públicos o privados, que cuentan con unidades de entrega de medicamentos, insumos y/o ayudas técnicas

Los prestadores institucionales -públicos o privados- que cuenten con unidades de entrega de medicamentos, insumos y/o ayudas técnicas, deberán desarrollar y mantener un procedimiento escrito que detalle el modelo de atención utilizado y, específicamente, las acciones y mecanismos (medios clínicos o administrativos) para certificar y dejar constancia de la entrega efectiva a las personas beneficiarias, de los medicamentos, insumos y ayudas técnicas GES, con el fin de asegurar la continuidad de sus tratamientos médicos, sin interrupciones que puedan afectar su estado de salud. Dichos procedimientos deben contemplar, además, el registro de la no entrega de los mismos, o bien, si ellos se entregaron de manera parcial, con expresa mención de la causa o razón de la negativa o entrega incompleta, en cumplimiento con lo establecido por el artículo 29 de la Ley N°19.966.

Tal procedimiento escrito deberá ser difundido por el establecimiento de salud al personal y los funcionarios relacionados con este quehacer.

En virtud de las disposiciones anteriores y las obligaciones que de ellas se derivan hacia los establecimientos públicos de salud, se hace necesario que, como mínimo, el contenido relativo al procedimiento escrito para dispensar y certificar la entrega y no entrega de todos los productos ya citados, considere, al menos, los siguientes aspectos en cada caso en particular:

- i. Contar con un programa de acciones que se deben llevar a cabo con la unidad de farmacia o similar encargada de la entrega de medicamentos y/o insumos GES, el cual debe ser difundido a los pacientes por todas las vías y canales idóneas que se dispongan para ello. Cabe señalar que, deben existir medidas de coordinación con la unidad dispensadora o farmacia a fin de conocer los posibles problemas o aspectos de mejora que puedan surgir para gestionarlos y, de corresponder, incluir las mejoras respectivas al procedimiento.
- ii. Protocolos de información o medidas de entrega de información a los pacientes en lo que respecta a la dispensación de medicamentos, insumos y ayudas técnicas, en especial días y horarios de atención.
- iii. En el caso de contar con alguna plataforma en la que las personas beneficiarias puedan inscribirse para entrega de medicamentos GES, se deberá difundir ampliamente por todas las vías y canales idóneas para ello. Del mismo modo, se deberá indicar en forma clara y precisa los datos que debe llenar el paciente en el momento de registrarse, así como la necesidad de adjuntar algún tipo de documento o si dichos documentos se encuentran en línea, para que la persona beneficiaria no los incluya cuando se inscriba.
- iv. Establecer un tratamiento, esto es, acciones concretas para el debido almacenamiento o archivo de los respaldos de entrega que se emitan, en razón de la dispensación de medicamentos.
- v. Establecer algún tipo de medio administrativo o clínico por el cual se pueda dar cuenta y/o registrar en él lo siguiente:

- a. Entrega efectiva de medicamentos o insumos:** Acreditar la entrega efectiva de medicamentos o insumos, contando para ello, con el respectivo respaldo de entrega, medio clínico o administrativo afín, el que debe identificar claramente los productos dispensados y su cantidad, debiendo estos documentos contener la fecha de la transacción, la identidad de la persona que retira dichos productos junto con su firma. Respecto a lo anterior, se deberá facilitar el retiro de medicamentos garantizados por terceras personas, distintas al paciente GES, debiendo solicitar, a lo más, un poder simple como documento suficiente para la representación o una copia de la Cédula de Identidad respectiva.
- b. Entrega parcial o no entrega de medicamentos o insumos:** Instituir medidas específicas para que se registre por algún medio, una entrega parcial o la falta de ésta.
- c. Rechazo de medicamentos o insumos:** En el caso de rechazo de algún medicamento o insumo por parte del paciente o su representante, deberá constar por algún tipo de medio, el registro del nombre del producto rechazado, nombre de la persona que rechaza, fecha, y firma respectiva.
- d. No dispensación por inasistencia del paciente:** Se deberá instaurar algún medio de registro y control, donde consten las inasistencias de los pacientes a la cita programada para el retiro de los medicamentos o insumos. Al respecto, para el tratamiento de las inasistencias, se deberá tener en consideración, las normas relacionadas con la “Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad” (Capítulo XI, Título I, del Compendio en materia de Procedimientos).

Se podrán considerar como medidas preventivas, avisos mediante llamadas, u otros medios dirigidos al paciente con antelación, a modo de recordatorio de su asistencia a la dispensación de medicamento.

En general, los establecimientos de salud deberán determinar acciones concretas destinadas a la revisión periódica de los respaldos de entrega, poniendo énfasis en los retiros parciales, rechazos e inasistencias.

- vi. Específicamente, en relación a la entrega de ayudas técnicas GES, se deberá disponer de un protocolo de acciones destinadas a la coordinación y entrega de información entre la unidad encargada y los pacientes, así como la implementación de un medio de registro que dé cuenta de la entrega efectiva del producto (qué producto se entregó, cantidad e identificación de quien lo recibió junto con su firma); de la no entrega ; entrega parcial; rechazo o inasistencia al retiro por parte del paciente o su representante. Al respecto, se deberá facilitar el retiro de ayudas técnicas garantizadas por medio de terceras personas, distintas al paciente GES, debiendo solicitar, a lo más, un poder simple como documento suficiente para la representación o una copia de la Cédula de Identidad respectiva.

Cabe indicar que, los prestadores institucionales deberán estar siempre en condiciones de acreditar y mantener los respaldos de cada gestión efectuada y tomar todas las medidas de seguridad para la protección de los datos personales y sensibles que les corresponda administrar.

Título V. Cobertura especial catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud GES-CAEC

I. Generalidades

Cada vez que las Condiciones de Cobertura se refieren a la Red CAEC debe entenderse que aluden al conjunto de prestadores que la isapre fija y pone a disposición de los beneficiarios, con el propósito de otorgar la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CEAC), según lo dispuesto en el Artículo I de las “Condiciones de cobertura”.

Por su parte, cuando se refieren a la Red GES, debe entenderse que se trata de un conjunto de prestadores, que la isapre fija y pone a disposición de los beneficiarios, con el propósito de otorgar una solución a los problemas de salud contemplados en las Garantías Explícitas en Salud (GES).

En el caso del artículo II de las Condiciones de Cobertura, la referencia a la Red GES-CAEC corresponde a la Red GES cuando se aplica a la cobertura especial catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud definida en dicho artículo.

II. Complementariedad GES-CAEC

Respecto de la cobertura especial GES-CAEC, contemplada en el artículo II de las Condiciones de Cobertura, las isapres deberán velar porque los prestadores que otorgan las prestaciones para los problemas de salud GES, se ajusten y den cumplimiento a los protocolos médicos definidos y publicados por el Ministerio de Salud incluidos en la solución de dichos problemas.

Para los efectos de la aplicación de esta cobertura especial GES-CAEC, deberá considerarse lo siguiente:

- a) Los copagos financiados y pagados por el beneficiario con ocasión de prestaciones cubiertas por las GES, se contabilizarán en el cálculo del deducible de la GES-CAEC que corresponda.
- b) La cobertura GES-CAEC se aplica para las prestaciones que estén o no consideradas²³⁰ en los protocolos del Ministerio de Salud (Minsal), contempladas en el arancel del plan complementario y que no estén contenidas en el listado específico de cada problema de salud garantizado.
- c) **Eliminada**²³¹

En el evento que la Red GES-CAEC sea distinta a la Red CAEC, la isapre deberá adoptar todas las medidas conducentes a comunicar y trasladar oportunamente al paciente, garantizando la continuidad del beneficio.

III. Eliminado²³²

IV. Difusión

Las isapres que dispongan de una página Web, deberán tener disponible el formulario N° 1, "Solicitud de incorporación a la Red Cerrada de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas CAEC y GES-CAEC"²³³ para su impresión y posterior presentación a la isapre.

²³⁰ Se reemplaza la expresión "están consideradas" por "estén o no consideradas", en virtud de la Circular IF N° 292, de 12.09.2017

²³¹ Letra c) eliminada por la Circular IF N° 292, de 12.09.2017

²³² Numeral III "Reglas de cobertura especial catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud, GES-CAEC", eliminado por Circular IF/275, de 2016.

²³³ El formulario mencionado se incorpora como Formulario N° 1 del Anexo del Capítulo IV de este Compendio de Beneficios.

Anexo N° 1: Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud

Por el presente instrumento, ponemos en su conocimiento las Condiciones de la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a lo prescrito en la Ley 19.966, el Decreto vigente de los Ministerios de Salud y Hacienda, que establece los Problemas de Salud y Garantías Explícitas de Salud, y en las Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las referidas Garantías.²³⁴

Primero: Generalidades

El Régimen General de Garantías contiene Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. Estas Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de DERECHOS para las personas beneficiarias. Asimismo, estas garantías pueden ser diferentes para una misma prestación conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

Segundo: Cobertura

Las enfermedades, condiciones de salud y prestaciones que no se encuentren incorporadas dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES), mantendrán, si corresponde, las condiciones y cobertura de los respectivos planes de salud complementarios que tengan los y las afiliadas al momento de requerir tales atenciones. Las personas afiliadas y beneficiarias tienen, en todo caso, el derecho de acogerse a las condiciones de las GES, cuando corresponda, o mantener la cobertura y condiciones de su plan complementario vigente.

Tercero: Listado de Prestaciones

Un Decreto Supremo de los Ministerios de Salud y Hacienda fija el conjunto de Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud, cuyo anexo, a su vez, determina el Listado Específico de Prestaciones garantizadas²³⁵. El listado de los problemas de Salud fijados por el Decreto actualmente vigente se presenta al final del presente anexo.

Cuarto: Garantías Explícitas en Salud

Para los efectos previstos en la ley, en relación al Régimen se entenderá por:

Garantía Explícita de Acceso: Obligación de las Isapres de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas en el Régimen, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de estas prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado de acuerdo al D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, en la forma y condiciones determinadas en el decreto correspondiente, cuando esté vigente en esta materia. Previo a esto, las Isapres otorgarán estos beneficios en la red que para tal efecto hayan informado a la Superintendencia de Salud.

Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud designado en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto designado por la Isapre cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador designado por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a la Isapre. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito, o que se deriven de causas imputables a la persona afiliada o beneficiaria, lo que deberá ser debidamente acreditado por la Isapre.

Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución o copago que deberá efectuar el o la afiliada por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en el arancel de

²³⁴ Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

²³⁵ Frase incorporada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

referencia del Régimen, a disposición de las personas afiliadas y beneficiarias en las oficinas de la Isapre. Lo anterior, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 8° de este documento.

Quinto: Vigencia

Por regla general, los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (GES) tendrán una vigencia de tres años. Si no se modificaren al expirar el plazo señalado en virtud de un Decreto Supremo del Ministerio de Salud, se entenderán prorrogadas por otros tres años.

Sexto: Formalidades y condiciones de atención y de acceso:

1.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud (GES), los afiliados y beneficiarios podrán solicitar la activación del beneficio a través de una aplicación informática de fácil acceso y comprensión que permita efectuar la activación de las GES de modo remoto, debiendo presentar el Formulario de Constancia de Información al Paciente GES o en su reemplazo el documento "Dato de Atención de Urgencia (DAU)" o aquel instrumento de atención de urgencia homologado para tales efectos en los servicios privados, o la indicación médica y/o la receta para medicamentos, insumos y ayudas técnicas. Sin perjuicio de ello, dicha activación se puede realizar en cualquiera de las sucursales de la Isapre; mediante cualquier otro medio que cumpla ese objetivo. El beneficiario deberá atenderse con el prestador de salud que, para el caso específico, determine la Isapre. No obstante, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no registrarán las Garantías Explícitas de que trata este documento.²³⁶

2.- Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo que se establece en la Garantía Explícita de Calidad. No obstante, mientras tal Garantía no sea exigible, los prestadores sólo deberán ser informados a la Superintendencia.

3.- Dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional.

4.- Una vez, designado el prestador por la Isapre, la persona afiliada o beneficiaria o su representante deberá indicar expresamente y por escrito su decisión de tratarse a través de dicho prestador o desistir de la atención garantizada, en cuyo caso se entiende que opta por su Plan Complementario y no registrarán las garantías explícitas.

5.- Las Garantías Explícitas se aplicarán sólo a las prestaciones definidas en el Decreto GES vigente. Las demás prestaciones no contenidas en el Decreto respectivo, no obstante se otorguen en establecimientos designados por la Isapre, tendrán la cobertura del plan complementario, o la cobertura GES-CAEC si correspondiere.²³⁷

6.- Los prestadores de salud deberán informar a las personas afiliadas a las Isapres que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud en la forma, oportunidad y condiciones que establece el Reglamento. En caso de incumplimiento, el o la afectada o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de otras sanciones que contemplen los reglamentos.

Séptimo: Precio

El precio de los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (GES), y la unidad en que se pacta será el mismo para todas las personas beneficiarias de la Isapre, y es independiente del precio del plan complementario. El precio podrá ser modificado cada vez que se modifique el decreto que establece los Problemas de Salud y Garantías en Salud.

Octavo: Cobertura financiera adicional

Sin perjuicio de lo que señale el Reglamento aprobado por D.S. N° 136 de 2005 de Salud, se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades,

²³⁶ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

²³⁷ Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

problemas o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a las siguientes normas²³⁸:

1.- Para tener derecho a esta cobertura financiera adicional, el monto de los copagos deberá superar un deducible, entendiéndose por tal la suma de los copagos que se acumularán por cada evento.

2.- Para el caso de las personas afiliadas a Isapres este deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada patología asociada a las Garantías Explícitas en Salud, que le ocurra al o la afiliada o a sus beneficiarios y beneficiarias. Dicho deducible no podrá exceder de 122 Unidades de Fomento.

3.- En caso de existir más de un evento, que afecte al o la afiliada o a uno o más beneficiarios o beneficiarias, en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible será de 43 cotizaciones mensuales. Dicho deducible no podrá exceder de 181 Unidades de Fomento.

4.- El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que la persona beneficiaria registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzare a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

5.- Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud, o, que estando cubiertas, hayan sido otorgadas por prestadores distintos a los designados por las Isapres, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia de Salud cuando correspondiera.

6.- No obstante lo indicado anteriormente, sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave²³⁹ y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente al designado por la Isapre, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al plan contratado, hasta que el o la paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

7.- El o la médico tratante del establecimiento será quien determine el momento a partir del cual el o la paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado.

8.- Si el o la paciente, sus familiares o representante optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se considerarán para el cómputo del deducible. Lo mismo ocurrirá si el o la paciente, sus familiares o representante optan por el traslado a un establecimiento que no es de los designados por la Isapre.

9.- Si el o la paciente, sus familiares o representante optan por el traslado a un establecimiento designado por la Isapre, se iniciará o reiniciará, a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Noveno: ²⁴⁰ ²⁴¹

El Decreto Supremo N°72, de 2022, de los Ministerios de Hacienda y Salud, aprobó las siguientes Garantías Explícitas en Salud del Régimen, que rigen a contar del 1 de octubre de 2022.

²³⁸ Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

²³⁹ Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23

²⁴⁰ Artículo incorporado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

²⁴¹ Se reemplaza mediante Circular IF/ 421, de 12.01.2023, la referencia al D.S 22, de 2019 y su vigencia por la del D.S 72/2022,

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD²⁴²

PROBLEMAS DE SALUD GARANTIZADOS SEGÚN D.S. N°72, DE 2022, DE SALUD Y HACIENDA ²⁴³
<ol style="list-style-type: none">1. Enfermedad renal crónica etapa 4 y 52. Cardiopatías Congénitas Operables en personas menores de 15 años3. Cáncer cervicouterino en personas de 15 años y más4. Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer5. Infarto Agudo del Miocardio6. Diabetes Mellitus Tipo 17. Diabetes Mellitus Tipo 28. Cáncer de Mama en personas de 15 años y más9. Disrafias Espinales10. Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en personas menores de 25 años11. Tratamiento Quirúrgico de Cataratas12. Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa13. Fisura Labiopalatina14. Cáncer en personas menores de 15 años15. Esquizofrenia16. Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más17. Linfomas en personas de 15 años y más18. Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA19. Infección Respiratoria Aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años20. Neumonía Adquirida en la Comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más21. Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más22. Epilepsia No Refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años23. Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años24. Prevención de Parto Prematuro25. Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso26. Colectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años27. Cáncer Gástrico28. Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más29. Vicios de Refracción en personas de 65 años y más30. Estrabismo en personas menores de 9 años31. Retinopatía Diabética32. Desprendimiento de Retina Regmatógeno no traumático33. Hemofilia34. Depresión en personas de 15 años y más35. Tratamiento de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en personas sintomáticas36. Ayudas Técnicas para personas de 65 años y más37. Ataque Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 Años y más38. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de tratamiento ambulatorio39. Asma Bronquial Moderada y Grave en personas menores de 15 años40. Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales43. Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más.44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar

²⁴² Listado de patologías GES reemplazado mediante Circular IF N°338, 07.10.2019

²⁴³ Título del cuadro y Listado de patologías GES reemplazados mediante la Circular IF N°421, de 12.01.2023

45. Leucemia en personas de 15 años y más
46. Urgencia odontológica ambulatoria
47. Salud oral integral de personas de 60 años
48. Politraumatizado grave
49. Traumatismo craneoencefálico moderado o grave
50. Trauma ocular grave
51. Fibrosis Quística
52. Artritis reumatoidea
53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
54. Analgesia del parto
55. Gran quemado
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
57. Retinopatía del prematuro
58. Displasia broncopulmonar del prematuro
59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más
61. Asma bronquial en personas de 15 años y más
62. Enfermedad de parkinson
63. Artritis idiopática juvenil
64. Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal
- 65.-Displasia luxante de caderas
66. Salud oral integral de la embarazada
67. Esclerosis múltiple remitente recurrente
68. Hepatitis crónica por virus hepatitis B
69. Hepatitis crónica por virus hepatitis C
70. Cáncer colorectal en personas de 15 años y más
71. Cáncer de ovario epitelial
72. Cáncer vesical en personas de 15 años y más
73. Osteosarcoma en personas de 15 años y más
74. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más
75. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más
76. Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
77. Hipoacusia moderada, severa y profunda en personas menores de 4 años
78. Lupus eritematoso sistémico
79. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más
80. Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori
81. Cáncer de pulmón en personas de 15 años y más.
82. Cáncer de tiroides en personas de 15 años y más
83. Cáncer renal en personas de 15 años y más.
84. Mieloma múltiple en personas de 15 años y más.
85. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
86. Atención Integral de salud en agresión sexual aguda
87. Rehabilitación SARS COV-2

Anexo N° 2

Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva Problemas de Salud según Grupos de Población General²⁴⁴

1. EMBARAZADAS

Meta de Cobertura: 100% de las embarazadas beneficiarias.

a) Diabetes en el embarazo

Examen: Glicemia en ayunas.

b) Infección por virus de inmunodeficiencia humana

Examen diagnóstico de infección por VIH en sangre, previa información sobre infección, de acuerdo a la normativa vigente.²⁴⁵

c) Sífilis

Examen: VDRL ó RPR en sangre.

d) Infección urinaria

Examen: Urocultivo.

e) Sobrepeso y Obesidad

Examen: Medición de peso y talla.

f) Hipertensión arterial

Examen: Medición estandarizada de presión arterial.

g) Beber problema

Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT) y/o versión acortada.

h) Tabaquismo

Examen: Aplicación del instrumento Estrategia 5A's.

2. RECIÉN NACIDOS

Meta de Cobertura: 100% de los recién nacidos beneficiarios.

a) Fenilcetonuria

Examen: Determinación de fenilalanina en sangre.

b) Hipotiroidismo congénito

Examen: Determinación de TSH en sangre.

c) Displasia del desarrollo de caderas

Examen: Maniobra de Ortolani o Barlow.

3.- LACTANTES

Meta de cobertura: 60% lactantes beneficiarios a los 3 meses de edad.

²⁴⁴ Este Anexo corresponde al Anexo N° 2 de la Circular IF/N° 185 de 15.04.2013.

²⁴⁵ Se modificó el examen, de acuerdo a Circular IF/N°370, de fecha 24.08.2020

a) Displasia del desarrollo de caderas

Examen: Radiografía de pelvis

4. NIÑOS Y NIÑAS A LOS 4 AÑOS DE EDAD

Meta de cobertura: 60% de la población beneficiaria

a) Sobrepeso y Obesidad

Examen: Medición de peso y talla.

b) Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual

Examen: Aplicación de cartilla LEA.

c) Detección de malos hábitos bucales

Examen: Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales.

5. PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD

Meta de cobertura: 25% de la población beneficiaria²⁴⁶

a) Beber problema

Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT) y/o versión acortada.

b) Tabaquismo

Examen: Aplicación del Instrumento Estrategia 5A's.

c) Sobrepeso y Obesidad

Examen: Medición de peso y talla y circunferencia de cintura.

d) Hipertensión arterial

Examen: Medición estandarizada de presión arterial.

e) Diabetes mellitus

Examen: Glicemia en ayunas.

f) Sífilis

Examen: VDRL o RPR en sangre.²⁴⁷

g) Tuberculosis

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

6. MUJERES DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, deberá efectuarse en este grupo de mujeres la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 80% de beneficiarias con Papanicolaou (PAP) ²⁴⁸vigente (realizado en los últimos 3 años)

²⁴⁶ Se modificó el porcentaje, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de 24.08.2020

²⁴⁷ Se modificó el examen, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de 24.08.2020

²⁴⁸ Se agregó la sigla PAP, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de 24.08.2020

a) Cáncer cervicouterino

Examen: PAP o citología exfoliativa cervical.²⁴⁹

7. PERSONAS DE 40 Y MÁS AÑOS DE EDAD

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años de edad, deberá efectuarse en este grupo de población la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 15% población beneficiaria

a) Dislipidemia

Examen: Medición de colesterol total.

8. MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DE EDAD

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años de edad, deberá efectuarse en este grupo de mujeres la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 25% de la población beneficiaria

a) Cáncer de mama

Examen: Mamografía cada 3 años..

9. ADULTOS DE 65 Y MÁS AÑOS DE EDAD²⁵⁰

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años de edad, deberá efectuarse en este grupo de población la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 50% anual

a) Autonomía funcional

Examen: Cuestionario estandarizado, Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM).

²⁴⁹ Se modificó el examen, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de fecha 24.08.2020

²⁵⁰ Se agregó la frase “de edad” a continuación de “años”, las veces que aparece este último vocablo en el anexo N°2, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de fecha 24.08.2020

ANEXO N° 3²⁵¹

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA:

RUT: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

RUT: _____ FONASA _____ ISAPRE _____

DOMICILIO.....COMUNA.....REGIÓN.....

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

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

INFORMACIÓN MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES:

Confirmación Diagnóstica Paciente en Tratamiento

CONSTANCIA:

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

²⁵¹ Modificaciones al formulario a través de las Circulares IF/N°227, de 2014; IF/N°194, de 2013 y IF/N°142, de 2011

IMPORTANTE:

Tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: _____

INFORMÉ DIAGNÓSTICO GES

(Firma de persona que notifica)

TOMÉ CONOCIMIENTO

(Firma o huella digital del paciente o representante)

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:

Nombre: _____

Rut: _____

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

ANEXO N° 4

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMOS

Recuerde: Antes de presentar su reclamo en la Superintendencia, debe reclamar en primera instancia en Fonasa o en su Isapre

Fecha de Reclamo: _____

IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O BENEFICIARIO:

Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres			
Cédula de Identidad		Teléfono	

DOMICILIO COTIZANTE O BENEFICIARIO:

Calle		Número	
Población o Villa		Depto.	
Comuna		Ciudad	

IDENTIFICACIÓN PACIENTE

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

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

Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres			
Cédula de Identidad		Teléfono	

IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMADO (Seleccione la opción según corresponda)

<input type="text" value="Aseguradora"/>	Fonasa _____	Isapre _____
		(Indique el nombre de su Isapre)
<input type="text" value="Prestador"/>	_____	
	(Indique el nombre del prestador)	

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA (por favor con letra clara y legible):

(Si le falta espacio para describir el problema, utilice el reverso)

SOLICITUD CONCRETA:

FIRMA

(Para su trámite, esta presentación debe estar firmada)

.....
ANEXO NOTIFICACIÓN DIGITAL (opcional)

Para uso exclusivo de reclamos presentados ante la Superintendencia de Salud

¿Desea ser notificado mediante correo electrónico?

SI _____

NO _____

Correo Electrónico: _____

Capítulo VII Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo^{252 253}

Título I Disposiciones generales

En conformidad a lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley N°20.850 (Ley Ricarte Soto), el Fondo Nacional de Salud deberá asegurar la protección financiera para el otorgamiento de los Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo que se contienen en el Decreto Supremo N° 2, de 2019, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace²⁵⁴. Las prestaciones garantizadas para cada condición específica de salud con sistema de protección financiera, deberán ser otorgadas por el mencionado Fondo Nacional de Salud, a todos los beneficiarios de los Sistemas Previsionales de Salud de Chile.

Sin perjuicio de lo señalado, la incorporación de un tratamiento a la Ley Ricarte Soto no podrá afectar los ya prescritos y financiados a un beneficiario por su sistema previsional de salud, sea su fuente judicial, contractual, extracontractual, o cualquiera otra.

En este sentido, el beneficiario es quien elegirá entre los beneficios ya financiados por su sistema previsional de salud o la cobertura que otorga la Ley Ricarte Soto, al recibir, en este último caso, efectivamente el tratamiento que garantiza el Sistema de Protección Financiera contemplado en dicha Ley.

Título II Disposiciones relacionadas con la difusión y mecanismos de acceso a la Ley N° 20.850²⁵⁵

A. Medidas para la difusión de la Ley Ricarte Soto

Las Instituciones de Salud Previsional, el Fonasa y las Instituciones de Salud Previsional de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública, con motivo de la incorporación de este beneficio garantizado, deberán informar a todos sus beneficiarios, que tienen derecho a la protección financiera otorgada por este Sistema, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca el citado decreto.

Estos Organismos, deberán disponer todas las medidas de difusión que estén a su alcance para informar correcta y oportunamente a sus beneficiarios o imponentes, respecto de, a lo menos, lo siguiente:

1. Que el Sistema de Protección Financiera es constitutivo de derechos para todos los beneficiarios de los Sistemas Previsionales de Salud de Chile, los que consisten en la cobertura del valor total de las prestaciones garantizadas respecto al diagnóstico y tratamiento de alto costo de que se trate, y que podrán ser reclamados ante el Fonasa y la Superintendencia de Salud.
2. Que se excluirán de este beneficio las prestaciones efectivamente cubiertas, por las normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; aquellas sobre seguro obligatorio de accidentes personales causados por circulación de vehículos motorizados y, en el caso de las isapres, la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), cuando proceda.
3. Que el Listado de Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo garantizados se encuentra contenido en el Decreto Supremo N° 2, de 2019, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace²⁵⁶, especialmente, la información relacionada con las Garantías de Oportunidad y Protección Financiera, correspondiente a cada uno de ellos.
4. Que la Red de Prestadores que publique el Fonasa en su oportunidad, y que se encuentra autorizada por el Ministerio de Salud (MINSAL), contará con prestadores registrados o acreditados de acuerdo a

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

²⁵³ Actualizado mediante Circular IF N°289, de 19.07.2017

²⁵⁴ Cita actualizada por Circular IF/N° 380, de 30 de abril de 2021.

²⁵⁵ Título agregado por Circular IF/ N°253 de 2016

²⁵⁶ Cita actualizada por Circular IF/N° 380, de 30 de abril de 2021.

la Ley N°19.937, en la forma y condiciones que establece la letra b) del artículo 4° de la Ley N°19.966, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 13 de la Ley N°20.850.

5. Que el prestador tiene la obligación de notificar a los beneficiarios respecto de la prestación garantizada que cubre la ley, a través de un documento denominado “Formulario de Constancia Información al Paciente Ley Ricarte Soto”.
6. Que los beneficiarios deberán atenderse exclusivamente en la Red de Prestadores definida por el MINSAL, y respecto de los cuales hayan suscrito el correspondiente convenio con el Fondo Nacional de Salud, haciendo hincapié que, las prestaciones otorgadas fuera de esta Red, no tendrán la cobertura contemplada en dicho Sistema.
7. Que para tener acceso a la Protección Financiera, será necesario que se cumplan los siguientes requisitos copulativos:
 - a. Que se trate de los Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, incluidos en el Decreto que contiene las prestaciones garantizadas– cuyo listado se acompaña en este documento-.
 - b. Que el paciente ingrese a la Red de Prestadores aprobada por el Ministerio de Salud y respecto de los cuales hayan suscrito el respectivo convenio con el Fondo Nacional de Salud, excepto cuando se trate de una urgencia con riesgo de muerte o riesgo de secuela grave.²⁵⁷

B. Mecanismos de acceso a la información para los afiliados

Las isapres, el Fonasa y las Instituciones de Salud Previsional de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública, deberán comunicar a sus afiliados los canales de información que han establecido para que éstos puedan informarse de los términos en que opera el Sistema de Protección Financiera y exigir su cobertura. Incluyendo el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas.

La información deberá entregarse a través de los siguientes canales: medios electrónicos (correos electrónicos, sitios web institucionales); medios impresos (afiches informativos) o de ambos tipos y mediante el servicio telefónico, de contar con este mecanismo. La referida información deberá mantenerse permanentemente actualizada.

C. Instrucciones particulares a las Isapres

1. Acceso a la protección financiera

Las Instituciones de Salud Previsional son responsables de informar a sus afiliados que, para acceder a las garantías contempladas en la Ley 20.850, se deberá activar primero la Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC) contemplada en el Contrato de Salud Previsional, cuando fuere procedente, en conformidad con las instrucciones dispuestas para ello por la Superintendencia de Salud.

2. Incorporación del sistema de protección financiera a los contratos de salud previsional

a. Contratos de salud vigentes.

Las isapres deberán enviar a todos sus cotizantes, a más tardar el último día hábil del mes de marzo de 2016, al domicilio registrado en su contrato de salud o aquél informado con posterioridad a la isapre y a través de Correos de Chile u otro medio de correspondencia privado, una carta ²⁵⁸ en la que se comunicará la incorporación automática a los contratos de salud de este nuevo beneficio que forma parte del Régimen General de Garantías en Salud, adjuntándose a esta misma el Anexo N°1 incluido en el presente título.

²⁵⁷ Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23

²⁵⁸ Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF N°112 de 16.03.2016

No obstante lo anterior, la comunicación efectuada por correo certificado, a través de Correos de Chile u otro medio de correspondencia privado, podrá reemplazarse por el envío de un correo electrónico, de cumplirse con los requisitos que contempla la normativa vigente sobre la validez de la notificación alternativa mediante correo electrónico.

b. Contratos de salud suscritos a contar de marzo de 2016.

En el proceso de suscripción de los contratos, deberá entregarse al afiliado conjuntamente con los restantes documentos contractuales, el Anexo N°1 contenido en el presente título. La entrega de este anexo se suspenderá una vez que esta Superintendencia instruya acerca de la incorporación de este beneficio mínimo a las Condiciones Generales Uniformes.

3. Respaldo de las comunicaciones

Para efectos de fiscalización y control, las isapres deberán mantener a disposición de esta Superintendencia, un sistema de respaldo de las comunicaciones efectuadas a sus afiliados con respecto al ajuste de sus contratos a las nuevas condiciones de la Ley N°20.850.

D. Anexo a difundir por las Instituciones de Salud Previsional de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública

Adicionalmente a las medidas de difusión antes referidas, para informar los aspectos relativos a la Ley Ricarte Soto, esta Superintendencia ha elaborado un documento que resume, en la forma y con el detalle que se especifica en el Anexo N°1, los puntos principales de información relacionados con este nuevo beneficio. Por lo anterior, las Instituciones de Salud Previsional de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad, deberán disponer la entrega de este documento a todos sus beneficiarios o imponentes según corresponda.

ANEXO N°1

Condiciones para acceder al Sistema de Protección Financiera (SPF) para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

Este documento tiene por objeto comunicarle las condiciones establecidas en el Sistema de Protección Financiera de la Ley N° 20.850, para las prestaciones garantizadas correspondientes a los Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, los que serán determinados a través de un Decreto Supremo del Ministerio de Salud.

El listado con los mencionados diagnósticos y tratamientos se encuentra adjunto a este Anexo y, disponible en la página web del Fonasa.

1° Generalidades

El Sistema de Protección Financiera que regula esta ley, constituye un derecho para los beneficiarios de todos los Sistemas Previsionales de Salud de Chile.

Se excluirán de este beneficio las prestaciones efectivamente cubiertas por las normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, aquellas sobre seguro obligatorio de accidentes personales causados por circulación de vehículos motorizados y las que sean cubiertas a través de la cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC), esta última aplicable solamente a los beneficiarios de isapres.

2° Cobertura

2.1 De la cobertura financiera

La cobertura asignada por este beneficio será el equivalente al valor total de las prestaciones que tengan protección financiera respecto al diagnóstico y tratamiento de alto costo de que se trate.

Por su parte, las prestaciones asociadas a enfermedades y condiciones de salud que no se encuentren

incorporadas dentro de los citados diagnósticos y tratamientos de alto costo, mantendrán las coberturas que otorguen los Sistemas de Salud de las Instituciones Previsionales de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública y, en el caso de las isapres, las coberturas que sus respectivos planes de salud complementarios tengan al momento de requerir tales atenciones.

2.2 De la Red de Prestadores

Para tener derecho al Sistema de Protección Financiera, los beneficiarios deberán atenderse exclusivamente en la Red de Prestadores aprobada por el Ministerio de Salud, y respecto de los cuales hayan suscrito el correspondiente convenio con el Fondo Nacional de Salud. Esta Red será publicada en su oportunidad en la página web de este último organismo.

2.3 De la incorporación de una prestación del Sistema de Protección Financiera Ley Ricarte Soto a las Garantías Explícitas en Salud (AUGE) para los afiliados a isapre.

En los casos en que un diagnóstico o un tratamiento de alto costo con protección financiera sea incorporado al Régimen de Garantías en Salud (AUGE), pasará a tener la cobertura que establece este último beneficio.

3° Condiciones de atención y de acceso

Para que los beneficiarios tengan acceso a esta Protección Financiera, será necesario que se cumplan los siguientes requisitos copulativos:

- a. Que se trate de los Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, incluidos en el Listado correspondiente a las prestaciones garantizadas.
- b. Que el paciente ingrese a la Red de Prestadores aprobada por el Ministerio de Salud, y respecto de los cuales hayan suscrito el correspondiente convenio con el Fondo Nacional de Salud, excepto cuando se trate de una urgencia con riesgo de muerte o riesgo de secuela grave²⁵⁹.

Los beneficiarios a quienes durante una atención de salud, se les verifique a través de la confirmación diagnóstica, que su condición de salud o enfermedad incluye prestaciones garantizadas relacionadas con un diagnóstico o tratamiento de alto costo cubierto por el Sistema de Protección Financiera, deberán ser notificados por su prestador de tal situación, mediante un documento denominado "Formulario de Constancia Información al Paciente Ley Ricarte Soto". A su vez, deberán ser informados que tienen derecho a tales prestaciones garantizadas, y que deberán atenderse a través de la Red de Prestadores que les corresponda.

Por su parte, los beneficiarios deberán identificarse con su cédula de identidad y entregar la información fidedigna que le sea requerida por el prestador en cuestión, de tratarse de un diagnóstico o tratamiento de alto costo.

En el caso de los afiliados a isapre, para tener derecho a los beneficios de los ya citados diagnósticos y tratamientos de alto costo, se deberá activar primero la Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC), contemplada en el contrato de salud previsional. Si el contrato de salud no contempla el seguro para enfermedades catastróficas antes citado, se aplicarán las disposiciones del Sistema de Protección Financiera, sin exclusiones.

4° Formalidades

El cumplimiento de la protección financiera de la Ley N°20.850, podrá ser exigido por los beneficiarios de las isapres, del Fonasa y de las Instituciones de Salud Previsional de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad ante el Fonasa, siendo este último el organismo a quien corresponde asegurarles dicha protección. Además, dichos beneficiarios podrán requerir a la Superintendencia de Salud, la resolución de los reclamos que surjan con motivo de la aplicación de esta ley.

²⁵⁹ Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23

Listado de diagnósticos y tratamientos de alto costo para condiciones específicas de salud con sistema de protección financiera de la Ley Ricarte Soto
 (Decreto N°2/2019)²⁶⁰²⁶¹

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
1	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN LARONIDASA PARA LA ENFERMEDAD DE MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO I	Confirmación diagnóstica indispensable: Examen de medición de la actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos, o examen genético molecular según indicación. Tratamiento: Terapia de reemplazo enzimático con Laronidasa.
2	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN IDURSULFASA PARA LA ENFERMEDAD DE MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO II	Confirmación diagnóstica indispensable: Examen de medición de la actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos, o examen genético molecular según indicación. Tratamiento: Terapia de reemplazo enzimático con Idursulfasa.
3	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN GALSULFASA PARA LA ENFERMEDAD DE MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO VI	Confirmación diagnóstica indispensable: Examen de medición de la actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos, o examen genético molecular según indicación. Tratamiento: Terapia de reemplazo enzimático con Galsulfasa.
4	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN NITISINONA PARA LA TIROSINEMIA TIPO I	Confirmación diagnóstica indispensable: Examen de determinación de niveles elevados de succinilacetona en plasma u orina. Tratamiento: Terapia de reemplazo enzimático con Nitisinona.
5	TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA BASADO EN FINGOLIMOD O NATALIZUMAB O ALEMTUZUMAB O CLADRIBINA U OCRELIZUMAB PARA PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE REMITENTE CON FALLA A TRATAMIENTO CON INMUNOMODULADORES Y TRATAMIENTO CON OCRELIZUMAB PARA	Tratamiento farmacológico: Fingolimod o Natalizumab o Alemtuzumab o Cladribina u Ocrelizumab. - En personas con Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente con falla a terapia con fármacos inmunomoduladores, que cumplan los criterios de inclusión establecidos en el protocolo para esta condición de salud, se garantizará el tratamiento farmacológico con Fingolimod o Natalizumab o Alemtuzumab o Cladribina u Ocrelizumab. - En personas con Esclerosis Múltiple Primaria Progresiva, que cumplan los criterios de inclusión establecidos en el protocolo para esta condición de

²⁶⁰ Modificado mediante Circular IF N°289, del 19.07.2017

²⁶¹ Cita al decreto y listado, reemplazados por Circular IF/N° 380, de 30 de abril de 2021.

	PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE PRIMARIA PROGRESIVA	salud, se garantizará el tratamiento farmacológico con Ocrelizumab. - Para la continuidad de tratamientos en personas ya usuarias de fármacos inmunomoduladores, se considerará la transición a los fármacos cubiertos por el fondo en las condiciones que se establecen en el protocolo para esta condición de salud.
6	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN TALIGLUCERASA O IMIGLUCERASA PARA LA ENFERMEDAD DE GAUCHER	Confirmación diagnóstica indispensable: Examen de medición de la actividad enzimática en leucocitos o examen genético molecular según indicación. Tratamiento: Terapia de reemplazo enzimática con Taliglucerasa o Imiglucerasa.
7	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN AGALSIDASA PARA LA ENFERMEDAD DE FABRY	Confirmación diagnóstica: - En Hombres medición enzimática en leucocitos o examen genético molecular según indicación. - En Mujeres examen genético molecular. Tratamiento: Terapia de reemplazo enzimático con Agalsidasa.
8	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN ILOPROST INHALATORIO O AMBRISANTAN O BOSENTAN PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR GRUPO I	Confirmación diagnóstica indispensable: Cateterismo cardiaco. Tratamiento: Iloprost Inhalatorio o Ambrisentan o Bosentan.
9	TRATAMIENTO BASADO EN TRASTUZUMAB PARA EL CÁNCER DE MAMAS QUE SOBREENEXPRESA EL GEN HER2	Tratamiento: Trastuzumab. Para pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mamas que sobreexpresen el gen Her2.
10	TRATAMIENTO CON ETANERCEPT O ABATACEPT O ADALIMUMAB O GOLIMUMAB O TOCILIZUMAB O TOFACITINIB O RITUXIMAB EN PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL	Tratamiento: Etanercept o Abatacept o Adalimumab o Golimumab o Tocilizumab o Tofacitinib o Rituximab. - Para los casos nuevos, el tratamiento se garantiza para personas con Artritis Reumatoide Activa Refractaria a tratamiento habitual, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud. - Para la continuidad de tratamientos en personas ya usuarias de medicamentos garantizados, se considerará la transición a los medicamentos cubiertos por el Fondo en las condiciones que se establecen en el protocolo de esta condición de salud.

11	<p>PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL CON PALIVIZUMAB PARA PREMATUROS MENORES DE 32 SEMANAS Y LACTANTES MENORES DE 1 AÑO CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS HEMODINÁMICAMENTE SIGNIFICATIVAS</p>	<p>Tratamiento: Palivizumab. Administrado durante el período alta circulación viral con un máximo de 5 dosis anuales, para los siguientes subgrupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En prematuros(as) menores de 32 semanas de edad gestacional al nacer o < 1.500 g de peso al nacer y su hermano gemelo, y que al inicio del período de alta circulación viral tengan menos de 1 año de edad cronológica. - En lactantes con cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativas no resueltas o cardiopatía cianótica secundaria a cardiopatía de alta complejidad, y que al inicio del período de alta circulación viral tengan menos de 1 año de edad cronológica.
12	<p>TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB O ADALIMUMAB EN LA ENFERMEDAD DE CROHN GRAVE REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL</p>	<p>Tratamiento: Adalimumab o Infliximab, para pacientes con diagnóstico confirmado de Enfermedad de Crohn del subgrupo grave refractaria a tratamiento habitual.</p>
13	<p>NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA TOTAL O PARCIAL, PARA PERSONAS CUYA CONDICIÓN DE SALUD IMPOSIBILITA LA ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL</p>	<p>Fórmulas de alimentación enteral: Fórmulas poliméricas, oligoméricas, elementales (monoméricas) o especiales, según protocolo específico para esta condición de salud.</p> <p>Dispositivos médicos necesarios:</p> <p>a) Sonda nasogástrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jeringa b. Sonda enteral siliconada c. Contenedor d. Línea de infusión e. Bomba <p>b) Sonda nasoyeyunal:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jeringa b. Sonda enteral siliconada c. Contenedor d. Línea de infusión e. Bomba <p>c) Ostomía Gástrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jeringa b. Repuesto extensión gruesa

		<p>c. Kit de gastrostomía percutánea</p> <p>d. Botón</p> <p>e. Contenedor</p> <p>f. Línea de infusión</p> <p>g. Repuesto extensión angosta</p> <p>h. Repuesto extensión gruesa</p> <p>i. Sonda de gastrostomía</p> <p>j. Bomba</p> <p>d) Ostromía yeyunal:</p> <p>a. Jeringa</p> <p>b. Repuesto extensión angosta</p> <p>c. Kit de gastrostomía percutánea</p> <p>d. Botón</p> <p>e. Contenedor</p> <p>f. Línea de infusión</p> <p>g. Repuesto extensión angosta</p> <p>h. Bomba</p> <p>i. Sonda de yeyunostomía</p> <p>- Los recambios, las renovaciones o las mantenciones de los dispositivos médicos necesarios señalados en la letra anterior durante el período de tratamiento.</p>
14	<p>TRATAMIENTO BASADO EN LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA, A TRAVÉS DE INFUSORES SUBCUTÁNEOS CONTINUOS (BOMBAS DE INSULINA CON SENSOR) PARA PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO I, INESTABLE SEVERA</p>	<p>Confirmación diagnóstica indispensable: Monitoreo continuo de glicemia.</p> <p>Dispositivo: Infusor subcutáneo continuo de insulina con sensor, junto a sus insumos, de acuerdo a los subgrupos establecidos en el protocolo específico para esta condición de salud.</p> <p>- Los recambios, las renovaciones o las mantenciones de los dispositivos médicos necesarios señalados en la letra anterior durante el período de tratamiento.</p>
15	<p>DISPOSITIVO DE ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA PARA DISTONÍA GENERALIZADA</p>	<p>En personas con distonía generalizada que cumplan los criterios de inclusión establecidos en el protocolo respectivo y confirmados por el Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado para dispositivo de estimulación cerebral profunda, se garantizará:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivo de estimulación cerebral profunda: generador de pulsos implantable, extensión y electrodos. - Generador de pulsos implantable de reemplazo para dispositivo de estimulación cerebral profunda.
16	TRATAMIENTO CON SUNITINIB O EVEROLIMUS PARA ENFERMEDAD PROGRESIVA DE TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS	En personas de dieciocho años y más con Tumores Neuroendocrinos pancreáticos progresivos y bien diferenciados con enfermedad irreseccable, localmente avanzada o metastásica, que cumplan los criterios establecidos en el protocolo, se garantizará el tratamiento farmacológico con Sunitinib o Everolimus.
17	DISPOSITIVO DE IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL PARA HIPOACUSIA SENSORIONEURAL BILATERAL SEVERA O PROFUNDA POSTLOCUTIVA	<p>En personas con hipoacusia sensorioneural bilateral severa o profunda postlocutiva desde los 4 años, que cumplan los criterios de inclusión establecidos en el protocolo respectivo y confirmados por el Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado para el dispositivo de implante coclear, se garantizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implante Coclear unilateral. - Recambio de accesorios según vida útil. - Reemplazo de procesador del habla cada 5 años.
18	TRATAMIENTO CON INHIBIDOR DE C1 ESTERASA PARA ANGIOEDEMA HEREDITARIO	<p>Tratamiento Farmacológico: en personas con confirmación diagnóstica de angioedema hereditario con deficiencia de inhibidor de C1 esterasa por el Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado, se garantizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inhibidor de C1 esterasa ante episodio agudo de angioedema hereditario con deficiencia de inhibidor de C1. - Inhibidor de C1 esterasa como profilaxis a corto plazo en caso de cirugía mayor, de cabeza, cuello u oral.
19	AYUDAS TÉCNICAS PARA PERSONAS CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA MODERADA O SEVERA	<p>Tratamiento: Ayudas técnicas para personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica moderada y severa, según protocolo específico para esta condición de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudas Técnicas para el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD): <ul style="list-style-type: none"> a) Baño portátil. b) Silla de ruedas neurológica. c) Tecnologías de la comunicación aumentativas y alternativas (tecnologías de seguimiento ocular). - Ayudas técnicas para el tratamiento rehabilitador:

		<p>a) Colchón antiescaras.</p> <p>b) Cojín antiescaras.</p> <p>- Ayudas técnicas para el soporte vital:</p> <p>a) Equipo ventilador mecánico no invasivo domiciliario con generador de flujo a presión positiva binivelada (Bi-PAP).</p> <p>b) Aspirador de secreciones.</p>
<p>20</p>	<p>DISPOSITIVOS DE USO MÉDICO PARA CURACIONES EN PERSONAS CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA DISTRÓFICA O JUNTURAL</p>	<p>Tratamiento: Dispositivos de uso médico para curaciones para personas con epidermólisis bullosa distrófica o juntural, según protocolo específico para esta condición de salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kit de curación desechable. 2. Vendas de gasa elástica. 3. Vendaje tubular de contención. 4. Gasas no tejidas. 5. Gasa absorbente en rollo. 6. Agujas hipodérmicas. 7. Apósito de contacto flexible con tecnología lípido coloide (TLC). 8. Solución con agua purificada, undecilenamidopropil betaína y polihexanida, para el lavado, descontaminación e hidratación de heridas. 9. Gel altamente viscoso compuesto por glicerol, agua purificada, undecilenamidopropil betaína, polihexanida, hidroxietilcelulosa, para el lavado, descontaminación e hidratación de heridas. 10. Rollo de gasa oclusiva con Tibromofenato de bismuto al 3% en una mezcla con petrolato. 11. Hidrogel amorfo, translúcido e incoloro. 12. Apósito absorbente, extrafino y autoadherente con tecnología de adhesivos con silicona. 13. Apósito absorbente. 14. Apósito de espuma (espuma de poliuretano y tecnología de adhesivos de silicona). 15. Apósito Interfase de contacto flexible, antibacteriana con tecnología lípido coloide (TLC) y plata. 16. Apósito de espuma microadherente con tecnología lípido coloide (TLC) y factor nano oligosacárido (NOSF).

		<p>17. Apósito absorbente antimicrobiano y plata iónica.</p> <p>18. Apósito de espuma de hidrofibra.</p> <p>19. Apósito hidroconductor.</p> <p>20. Apósito hidrocélular antimicrobiano con polihexametileno biguanida (PHMB).</p> <p>21. Apósito gasa absorbente impregnada con vaselina.</p> <p>22. Apósito de malla de acetato de celulosa y petrolato.</p> <p>23. Apósito de gasa parafinada de baja adherencia.</p> <p>24. Apósito de transferencia de exudado.</p> <p>25. Apósito de membrana polimérica multifuncional.</p> <p>26. Apósito antimicrobiano de espuma de poliuretano absorbente con plata y capa de silicona.</p> <p>27. Apósito de hidrofibra de hidrocoloide con fibra reforzante de celulosa.</p> <p>28. Cinta quirúrgica de rayón altamente respirable, no oclusiva y con adhesivo hipoalergénico.</p> <p>29. Cinta de fijación de silicona atraumática.</p>
21	<p>TRATAMIENTO CON IMATINIB O SUNITINIB EN PERSONAS CON TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL NO RESECABLES O METASTÁSICOS</p>	<p>Confirmación Diagnóstica: Examen Inmunoquímico de proteína c-kit/CD117 y tomografía computada.</p> <p>Tratamiento farmacológico: Imatinib o Sunitinib</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para los casos nuevos, el tratamiento con Imatinib se encuentra garantizado en personas con Tumor del Estroma Gastrointestinal no resecable o metastásico que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud. - Las personas que progresen en la patología estando en tratamiento con Imatinib y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud, accederán al tratamiento con Sunitinib como terapia de segunda línea. - Para la continuidad de tratamientos en personas ya usuarias de medicamentos garantizados, se considerará el ingreso al Sistema en las condiciones que se establecen en el protocolo correspondiente a este problema de salud.
22	<p>TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB O ETANERCEPT O ADALIMUMAB O SECUKINUMAB EN PERSONAS CON ARTRITIS PSORIÁSICA</p>	<p>Tratamiento: Golimumab o Etanercept o Adalimumab o Secukinumab.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para los casos nuevos, el tratamiento se encuentra indicado para personas con Artritis Psoriásica moderada a grave refractaria al tratamiento habitual,

	MODERADA A GRAVE REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL	que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud. - Para la continuidad de tratamientos en pacientes ya usuarios de medicamentos garantizados, se considerará la transición a los medicamentos cubiertos por el fondo en las condiciones que se establecen en el protocolo de esta condición de salud.
23	TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB O ADALIMUMAB PARA PERSONAS CON COLITIS ULCEROSA MODERADA E INFLIXIMAB EN PERSONAS CON COLITIS ULCEROSA GRAVE, REFRACTARIA AL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA	Tratamiento: Golimumab o Adalimumab o Infiximab. - En personas adultas con diagnóstico confirmado de Colitis Ulcerosa Moderada inmunorefractaria, se garantizará el tratamiento farmacológico con Golimumab o Adalimumab. - En personas adultas con diagnóstico confirmado de Colitis Ulcerosa Grave refractaria a corticoides, se garantizará el tratamiento farmacológico con Infiximab. - En pacientes pediátricos con diagnóstico confirmado de Colitis Ulcerosa Grave refractaria a corticoides o Colitis Ulcerosa moderada inmunorefractaria, se garantizará el tratamiento farmacológico con Infiximab.
24	TRATAMIENTO CON TETRABENAZINA PARA LA COREA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE HUNTINGTON	Confirmación Diagnóstica: Test de Repetición de CAG del exón 1 del Gen HTT. Tratamiento farmacológico: Tetrabenazina.
25	TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBULINA G EN PERSONAS CON INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS	Tratamiento: Inmunoglobulina G endovenosa o inmunoglobulina G subcutánea.
26	TRATAMIENTO CON BELIMUMAB PARA PERSONAS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO CUTÁNEO O ARTICULAR REFRACTARIO A TRATAMIENTO HABITUAL	Tratamiento: Belimumab.
27	TRATAMIENTO CON RUXOLITINIB PARA PERSONAS CON MIELOFIBROSIS PRIMARIA Y SECUNDARIA A OTRAS	Tratamiento: Ruxolitinib.

	NEOPLASIAS MIELOPROLIFERATIVAS	
--	-----------------------------------	--

Título III Obligación de los prestadores de entregar información relacionada con la Ley Ricarte Soto ²⁶²

1. De la obligación de informar

Según lo dispuesto en el artículo 13° de la Ley N°20.850, los prestadores de salud, el Fondo Nacional de Salud, las Instituciones Previsionales de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública, y las Instituciones de Salud Previsional, deberán informar a los beneficiarios de esta ley que tienen derecho a la protección financiera otorgada por el Sistema establecido para estos efectos.

Por otra parte, el Decreto N°54, de 31 de agosto de 2015, que aprueba el reglamento que establece normas para el otorgamiento y cobertura financiera de los diagnósticos y tratamientos incorporados al Sistema establecido en la Ley N°20.850, reitera en los artículos 4° y 5°, la obligación legal de los prestadores de salud de informar a los beneficiarios de la Ley Ricarte Soto, el diagnóstico o tratamiento confirmado y garantizado, contenido en el Decreto que se encuentre vigente. Asimismo, informar el momento a partir del cual tienen derecho a tales garantías y la obligación de dejar constancia escrita de ello.

2. Uso del Formulario de Constancia de Información

Todos los prestadores de salud que notifiquen a un paciente la confirmación diagnóstica respectiva y/o confirmación de tratamiento de alto costo, tendrán que emplear el documento denominado: "Formulario de Constancia Información al Paciente Ley Ricarte Soto", contenido en el Anexo del presente título, con el objeto de informarle el derecho que le asiste a la protección financiera de las prestaciones garantizadas.

Este formulario tendrá que ser extendido en dos ejemplares y ser firmado por el prestador de salud y el beneficiario, indicándose claramente el día de la notificación. Asimismo, copia de dicho instrumento deberá ser entregado en el acto al beneficiario, por el prestador.

La copia destinada al prestador debe conservarse de manera que esté disponible para efectos de fiscalización por parte de esta Superintendencia.

Se entenderá que las personas facultadas para firmar el formulario son, por una parte, el beneficiario a quien se le notifica un Diagnóstico o Tratamiento de alto costo o su representante y, por otra parte, el prestador individual o institucional el cual deberá indicar el nombre del profesional de la salud que realiza la notificación y el nombre del Establecimiento de Salud, según corresponda.

Cuando el decreto vigente contemple como prestación garantizada la confirmación diagnóstica, el prestador deberá entregar al paciente el Formulario de Constancia de Información, tanto en el caso de confirmar o descartar la enfermedad asociada al diagnóstico. Asimismo, deberá seleccionar, en el referido Formulario, la opción destinada a consignar si la garantía de oportunidad relacionada con el examen realizado se encuentra cumplida o no cumplida (si/no) y registrar el número de días comprendido entre la fecha de recepción de la muestra y la fecha del resultado del examen.

En caso de una patología confirmada, además deberá seleccionar la opción relacionada con el tratamiento cubierto por la Ley N°20.850 (medicamento, elemento de uso médico o alimento).

Cuando de manera excepcional, el Formulario de Constancia de Información deba ser llenado en forma manuscrita, el prestador de salud tendrá que señalar si la garantía de oportunidad relacionada con el examen realizado se encuentra cumplida o no cumplida, empleando las opciones **sí** o **no** y además, tendrá que registrar el período a que hace referencia el párrafo ante precedente, utilizando la sección ubicada en el ítem "Información Médica", "Examen Diagnóstico", opción "Garantía Cumplida", del mencionado formulario.

²⁶² Título agregado mediante Circular IF/N°254, de 2016

3. Prestadores de salud que no se encuentran registrados en la Red del Ministerio de Salud

Los prestadores de salud que no se encuentren registrados en la Red del Ministerio de Salud en los términos que establece el Decreto N°54/2015 y que deban realizar una sospecha clínica fundada o una solicitud de tratamiento, tendrán que solicitar a FONASA una clave con el objeto de tener acceso al sistema de información para inscribir al paciente, completar el formulario específico para cada diagnóstico y tratamiento, enviarlo al centro confirmador o comité de expertos clínicos y requerir la confirmación diagnóstica o tratamiento, según corresponda.

Los prestadores, deberán informarse del procedimiento que ha sido definido por el Fonasa para ingresar al paciente Ley Ricarte Soto al sistema y direccionarlo a la red aprobada por el Ministerio de Salud, de manera que, si corresponde, reciba las prestaciones garantizadas para cada condición específica de salud con Sistema de Protección Financiera.

Asimismo, estos prestadores en el caso que posteriormente deban notificar al paciente la confirmación diagnóstica o de tratamiento, para poder cumplir con la obligación legal respectiva, deberán emplear el Formulario de Constancia Información al Paciente Ley Ricarte Soto, sobre el que instruye el presente título, y que se adjunta como Anexo.

4. Incumplimiento de la obligación de informar por parte del prestador

Los prestadores de salud, que incumplan la obligación de informar en los términos establecidos en el numerando 2 del presente título, podrán ser sancionados por esta Superintendencia a través del procedimiento administrativo respectivo, con amonestación o con multa de 10 a 1000 U.T.M. Tratándose de Establecimientos Asistenciales Públicos se podrá además, solicitar la instrucción del respectivo sumario administrativo.

Lo anterior, sin perjuicio que esta Superintendencia remitirá los antecedentes al Fondo Nacional de Salud a efectos que adopte las medidas que corresponda, cuando se trate de prestadores de salud con los cuales tenga un convenio suscrito, informando a este Organismo Fiscalizador el resultado de dichas medidas.

5. Emisión del Formulario de Constancia de Información

El Formulario de Constancia de Información se encontrará disponible en el Sistema Informático Ley Ricarte Soto, al cual se puede acceder desde la página de Fonasa www.fonasa.cl, para el registro de manera automática de los antecedentes del paciente.

Frente a eventuales contingencias, que impidan el acceso normal a la mencionada aplicación para su llenado automático, el citado formulario podrá ser impreso desde la página web de Fonasa o bien desde el sitio institucional de esta Superintendencia para ser llenado en forma manuscrita. Con todo, de ser necesario, se deberá mantener un stock de formularios impresos."

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE LEY RICARTE SOTO (Artículo 13°, Ley N°20.850)

Datos del prestador

Profesional de Salud y/o Establecimiento de Salud (Médico, Clínica, Hospital, Centro médico, Consultorio, etc.)
Dirección del Profesional de Salud y/o Establecimiento de Salud Ciudad
Nombre Profesional de Salud que notifica RUT persona que notifica

Antecedentes del paciente

Nombre completo RUT
Entidad Previsional (Seleccione una opción):
 FONASA ISAPRE Institución Previsional de Salud F.F.A.A y de Orden y Seguridad Pública
Dirección Comuna Región
Teléfono Fijo Celular Correo electrónico (E-mail)

Información Médica (Respecto del Beneficio de La Ley)

El problema de salud es
La Ley Ricarte Soto lo beneficia de manera gratuita con lo siguiente: (Se debe especificar)
 Examen Diagnóstico Garantía Cumplida Sí No Garantía días
 Medicamento Garantía días
 Elemento de uso médico Garantía días
 Alimento Garantía días

Constancia

Declaro que, con esta fecha, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder al beneficio _____, siempre que la atención sea otorgada en la "Red de Prestadores" establecida por el Ministerio de Salud.

Notificación

Fecha _____

IMPORTANTE

El paciente debe tener presente que si no se cumplen las garantías, puede reclamar ante el Fonasa y recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

Informé Diagnóstico y Beneficio Ley 20.850
Firma de la persona que notifica

Tomé conocimiento
Firma o huella digital del paciente o representante

En caso que la persona que "tomó conocimiento" no sea el paciente, identificar los siguientes datos:

Antecedentes del representante

Nombre completo RUT
Teléfono de contacto: Fijo: Celular: Correo electrónico (E-mail)

Título IV Operación de la CAEC en relación con el Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850²⁶³

1. Procedencia de impetrar la CAEC

En atención a que las prestaciones derivadas de problemas de salud contenidos en el decreto vigente GES se encuentran -por definición- excluidas de la CAEC, no será necesario impetrarla para acceder a las garantías que la Ley 20.850 consagra para tales enfermedades. En estos casos, el Sistema de Protección Financiera que contempla esta Ley, se aplicará sin dicho trámite.

Para acceder a las garantías de las demás patologías incluidas en el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo que otorga el Fonasa, será obligatoria la activación de la CAEC, por cuanto constituye un requisito legal de acceso, en la medida en que los beneficiarios la tengan incorporada en sus contratos de salud previsual.

De este modo, en la misma oportunidad en que la Isapre tome conocimiento, por información proporcionada por cualquiera de las partes que intervienen en el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, de la opción de un beneficiario por dicho sistema, para alguna de las patologías contempladas en el Decreto del Ministerio de Salud a que se refiere el artículo 5° de la Ley 20.850, y que no esté incluida en las GES, deberá proceder a la activación inmediata de la CAEC, sin condición alguna.

La fecha de activación de la CAEC será la misma en que la isapre haya tomado conocimiento del ejercicio de la referida opción.

Efectuada dicha activación, el Fonasa estará obligado a garantizar el otorgamiento de los beneficios de la Ley 20.850.

2. Efectos diferenciados de la CAEC

El carácter obligatorio de la activación de la CAEC con el objeto expreso de dar acceso al Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850, trae consigo efectos diferentes dependiendo de si las prestaciones están o no afectas a la CAEC.

2.1 Prestaciones garantizadas afectas a la CAEC

En el evento de que se hayan otorgado prestaciones garantizadas por el Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850, que estuvieran también afectas a la CAEC, éstas serán de cargo del Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo hasta completar el deducible. Por lo tanto, el costo de dichas prestaciones será imputado al referido deducible por la isapre.

Una vez completo el deducible, las prestaciones serán cubiertas por la CAEC bajo las condiciones que rigen dicho beneficio, sin perjuicio de la obligación del Fonasa de asegurar la continuidad de los tratamientos.²⁶⁴

²⁶³ Título agregado por Circular IF N° 255, de 2016

²⁶⁴ Modificado mediante Circular IF N°263, del 9/05/2016

La Isapre deberá transferir al Fonasa las sumas que éste hubiere pagado, provenientes del Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, y que sean de cargo de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

En caso de que, aun estando completo el deducible, existan prestaciones excluidas de la CAEC, pero garantizadas por el Sistema establecido por la Ley 20.850, éstas serán de cargo del Fondo.

2.2 Prestaciones garantizadas no afectas a la CAEC

En el evento de que las prestaciones garantizadas por el Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850, no estén afectas a la CAEC, éstas serán de cargo del Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

En estos casos, la activación de la CAEC no tendrá más efecto que permitir el acceso al Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850, siempre que no existan otras prestaciones, que estén asociadas a alguna de las prestaciones garantizadas por el Decreto a que se refiere el artículo 5° de la Ley N°20.850 y que sean susceptibles de CAEC, caso en que se aplicará la instrucción del 2.3 siguiente.²⁶⁵

2.3 Prestaciones asociadas, pero no garantizadas, afectas a la CAEC

Si hubiere prestaciones asociadas a alguna de las prestaciones garantizadas por el Decreto a que se refiere el artículo 5° de la Ley N°20.850, pero no garantizadas, y que estén afectas a la CAEC, se aplicarán sin modificación las “Condiciones” que rigen este beneficio, sin perjuicio de lo que se instruirá en el punto 3 siguiente.²⁶⁶

3. Red de prestadores aplicable a ambos beneficios

Las atenciones efectuadas en la Red de prestadores definida para el otorgamiento de las garantías del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo que otorga el Fonasa, se entenderán realizadas en la red asistencial del respectivo sistema previsional de salud del paciente para todos los efectos legales y de coberturas.

Por lo tanto, en el caso de que se hubieren realizado prestaciones cubiertas por la CAEC -estén o no garantizadas por el referido Sistema de Protección Financiera, pero asociadas a alguna de las prestaciones garantizadas por el Decreto a que se refiere el artículo 5° de la Ley N°20.850-, en un prestador del Sistema, se entenderá que éste pertenece a la red de prestadores definida por la Isapre para el otorgamiento de la CAEC.²⁶⁷

4. Aplicación de la GES-CAEC

Tratándose de prestaciones derivadas de problemas de salud contenidos en el Decreto vigente GES respecto de las cuales proceda la cobertura especial catastrófica GES-CAEC, definida en las “Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile”, las normas establecidas en los puntos 2 y 3

²⁶⁵ Modificado mediante Circular IF N°263, del 9/05/2016

²⁶⁶ Modificado mediante Circular IF N°263, del 9/05/2016

²⁶⁷ Modificado mediante Circular IF N°263, del 9/05/2016

precedentes, serán aplicables, en su caso, con las modificaciones propias de su naturaleza, a dicha cobertura GES-CAEC.²⁶⁸

5. Registro

La isapre deberá dejar registro de todas las activaciones de la CAEC, vinculadas al acceso a las garantías de la Ley 20.850 de cada beneficiario y de todas las actuaciones relacionadas, en forma diferenciada de aquéllas que no tienen esas características.

6. Transferencias al Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo²⁶⁹

Para hacer efectiva la obligación de las isapres de transferir las sumas que el Fonasa hubiere pagado por aplicación de la ley 20.850 y que sean de cargo de la CAEC, deberán seguirse las siguientes reglas:

6.1 Obligaciones del Fonasa

El Fondo Nacional de Salud deberá efectuar rendiciones de los tratamientos garantizados por la Ley 20.850 que hayan sido administrados o dispensados a los beneficiarios de isapres y de los valores de dichos tratamientos.

Estas rendiciones deberán dirigirse a cada una de las isapres, con una periodicidad mínima de un año, en tanto hubiere beneficiarios de la respectiva isapre que se encuentren en la situación descrita en el párrafo precedente, y deberán contener, a lo menos, la siguiente información:

- Identificación del Beneficiario con su nombre y RUT
- Identificación del Prestador
- Tratamiento garantizado y problema de salud asociado
- Fecha de administración o dispensación
- Modalidad de atención (hospitalaria o ambulatoria)
- Costo de las prestaciones administradas o dispensadas
- Monto total financiado a cada beneficiario
- Monto total financiado al conjunto de beneficiarios
- Cuenta bancaria del Fonasa para el depósito.

Conjuntamente con lo anterior, el Fonasa deberá informar a las isapres los mecanismos mediante los que podrán validar los datos y permitirles, si fuere necesario, el acceso a éstos, pudiendo hacerlo a través del propio prestador o de una vista a los sistemas de información de Fonasa, tales como el de trazabilidad de los tratamientos, y sus complementos.

²⁶⁸ Incorporado mediante Circular IF N°263, de 2016

²⁶⁹ Numeral agregado por Circular IF N° 312, de 14 de marzo de 2018

La referida rendición deberá ser remitida por el Fonasa, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

6.2 Obligaciones de las isapres

Una vez recibida la rendición de los gastos efectuados por Fonasa para el otorgamiento de prestaciones garantizadas por la Ley Ricarte Soto a beneficiarios de una isapre, ésta dispondrá de un plazo de noventa días para remitir al Fondo Nacional de Salud la liquidación y -si procede- el pago de las sumas comprendidas en la rendición, que le corresponde financiar con cargo a la CAEC.

La liquidación que efectúe la isapre, deberá comprender, a lo menos, la siguiente información:

- Identificación del Beneficiario con su nombre y RUT
- Fecha de activación de la CAEC
- Monto del deducible
- Imputación de los gastos al deducible, con indicación de la prestación, fecha, copago del afiliado o gasto de Fonasa
- Detalle de las prestaciones garantizadas no cubiertas por la CAEC y su causa
- Monto de la transferencia por beneficiario, en caso de ser ésta procedente
- Monto total de la transferencia, en caso de ser ésta procedente.

La referida liquidación deberá ser remitida con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, haciendo referencia a la rendición que se está liquidando.

6.3 Otras Obligaciones

6.3.1 De las isapres

La isapre deberá tener presente, para el cómputo del deducible, que las prestaciones financiadas por el Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, se imputarán de acuerdo a la fecha y hora de su administración o dispensación.

Por lo tanto, en caso de que, una vez efectuada la liquidación motivada por la rendición de Fonasa, la isapre constate que uno o más copagos que había imputado al deducible, lo exceden por haber sido éste completado en virtud del financiamiento efectuado por el Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, deberá otorgar la CAEC a esas prestaciones cuyo copago había sido asumido por el afiliado, procediendo de inmediato a restituir a éste dichos copagos.

6.3.2 Del Fonasa

El Fonasa, dentro del plazo de un mes contado desde la recepción efectiva de los montos liquidados por las isapres, deberá integrarlos al Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

Título V Operación del plan de salud en relación con el Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850²⁷⁰

Red de Prestadores para prestaciones asociadas, pero no garantizadas, no siendo aplicable la CAEC.²⁷¹

Las atenciones efectuadas en la Red de prestadores definida para el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, asociadas a alguna de las prestaciones garantizadas por el Decreto a que se refiere el artículo 5° de la Ley N°20.850, pero no garantizadas por la ley 20.850, se entenderán realizadas en la red asistencial del respectivo sistema previsional de salud del paciente para todos los efectos legales y de coberturas

Por lo tanto, tratándose de beneficiarios de isapre incorporados al Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, a los que se les hubieren realizado prestaciones de salud asociadas a alguna de las prestaciones garantizadas por el Decreto a que se refiere el artículo 5° de la Ley N°20.850, pero no garantizadas ni afectas a la CAEC, en un prestador del Sistema, se entenderá que es un prestador preferente o cerrado, según sea el caso, del respectivo plan de salud, siempre que éste los contemple.

Título VI Comunicación entre el Fonasa y las isapres^{272 273}

Cada vez que un beneficiario de isapre postule a los beneficios del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, por alguna de las patologías contempladas en el Decreto del Ministerio de Salud a que se refiere el artículo 5° de la Ley 20.850, el Fonasa deberá notificar de inmediato a la isapre respectiva, indicando los antecedentes necesarios para su debida comprensión, los que deberán incluir, a lo menos, la individualización del paciente y su diagnóstico, aunque esté en etapa de sospecha fundada. Ésta deberá proceder a la activación de la CAEC, en los casos en que esté incorporada en el contrato de salud previsional, siempre que no se trate de patologías que estén también incluidas en el Decreto que fija las GES.

La Isapre, dentro del primer día hábil siguiente desde que reciba la referida notificación, deberá informar al Fonasa lo que se indica a continuación, según corresponda:

- a) CAEC activada, ausencia de ésta en el contrato de salud o la circunstancia de tratarse de un problema de salud GES.
- b) Individualización del o los prestadores de la Red CAEC aplicable al beneficiario de que se trate.
- c) Individualización del o los prestadores GES, para el problema de salud respectivo, en su caso.
- d) Individualización del o los prestadores del plan de salud del beneficiario, en caso de que su contrato no cuente con la CAEC o si se trata de prestaciones en que ésta no opera o si, tratándose de un problema de salud GES, el beneficiario ha optado por la cobertura de su plan de salud.
- e) Todo otro antecedente que sea relevante para el otorgamiento de los beneficios y determinación de las coberturas respectivas.

El Fonasa otorgará las prestaciones garantizadas teniendo en consideración los prestadores informados por la isapre, que formen parte de la Red CAEC, GES o del plan de salud, según corresponda, conforme se instruye en las letras b), c) y d) del párrafo anterior, y siempre que pertenezcan a la Red definida por el Ministerio de Salud para la aplicación de este Sistema, en la medida en que ello sea posible y de acuerdo a las necesidades específicas de atención del paciente, facilitando, de tal forma, el funcionamiento conjunto de los beneficios.

²⁷⁰ Título agregado por Circular IF N° 255, de 2016

²⁷¹ Modificado por Circular IF N°263, del 9/05/2016

²⁷² Título agregado por Circular IF N° 255, de 2016

²⁷³ Modificado por Circular IF N°263, de 2016 y por RE IF N°216, de 03/06/2016

Las referidas comunicaciones deberán efectuarse por medio de correo electrónico, utilizando las direcciones que el Fonasa y cada isapre deben mantener registrada y actualizada en la red privada denominada Extranet Superintendencia de Salud, disponible en el Portal Web de esta Superintendencia. Todas estas comunicaciones deberán remitirse con copia a la dirección "leyricartesoto@superdesalud.gob.cl", consignando y manteniendo en el asunto, el enunciado: "**Postulación Ley Ricarte Soto**", e incluyendo el nombre de la isapre, sea ésta remitente o destinataria de la información.

Para tal efecto, dentro de los cinco días hábiles contados desde la notificación de las presentes instrucciones, las isapres y el Fonasa deberán registrar un usuario titular y uno suplente, asociados a la función definida para la Ley 20.850 en la citada red privada, cuyos datos deberán mantener, asimismo, actualizados. Para ello, deberán ingresar a la Extranet, Módulo 2, "Administración de los usuarios y sus perfiles asociados a los sistemas de extranet". Sin perjuicio de ello, la Red pondrá a disposición de los usuarios un manual de uso.

En lo referido al uso de la citada Extranet, se aplicarán supletoriamente las normas contenidas en el Título I del Capítulo I del Compendio de Normas Administrativas en materia de Información, en lo que sea pertinente.

La omisión por parte de Fonasa o de la Isapre de la respectiva comunicación, en ningún caso podrá afectar los derechos de los beneficiarios, contemplados en la Ley 20.850.

Título VII Instrucciones sobre la aplicación informática para notificación y gestión de pacientes en urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave²⁷⁴ GES y/o personas beneficiarias de Ley Ricarte Soto.²⁷⁵²⁷⁶

1. Sobre la obligación de los prestadores de informar

Los prestadores de salud están obligados a informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y al Fondo Nacional de Salud, dentro de las veinticuatro horas siguientes, las personas que reciban en sus establecimientos en una situación de salud que implique urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave²⁷⁷ y que tienen derecho a las prestaciones incluidas en el Sistema de Protección Financiera de que trata la Ley N° 20.850. En caso de desconocer la identificación del paciente al momento del ingreso, el establecimiento deberá ejercer todas las medidas a su alcance para obtener dicha información en el menor tiempo posible. El establecimiento responsable deberá acreditar ante esta Superintendencia las acciones ejecutadas con el fin antes señalado.

Asimismo, deberán informar las personas beneficiarias del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo que hayan requerido atención cerrada en su establecimiento, de conformidad con las disposiciones contenidas en la Ley N°19.966 (GES).

Lo anterior, con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en el Reglamento que establece los Mecanismos de Reembolso a Prestadores por parte del Fonasa en los casos previstos en el artículo 3° de la Ley 20.850.

Para dar cumplimiento a lo anterior, el prestador debe ingresar a la aplicación informática que se encuentra habilitada en el sitio web www.supersalud.gob.cl, a través del banner "Notificación y gestión de pacientes en

²⁷⁴ Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23

²⁷⁵ Título ingresado por Circular IF/N° 260 del 20.01.2016

²⁷⁶ Título modificado por la Circular IF/N°281 del 3 de enero de 2017

²⁷⁷ Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23

urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave²⁷⁸ GES y/o personas beneficiarias de Ley Ricarte Soto”, utilizando la identificación de usuario (nombre de usuario) y la contraseña de acceso (clave), que le fue asignada por esta Superintendencia con ocasión de la entrada en vigencia de la Ley N° 19.966, para notificar los casos que impliquen urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave²⁷⁹, por alguno de los problemas de salud GES.

La información ingresada en la página electrónica de esta Superintendencia deberá ajustarse a las especificaciones contenidas en el “Manual de Usuario”, ubicado dentro de la aplicación informática antes mencionada.

2. Sobre la información disponible para las Isapres, Fonasa, las Instituciones de Salud Previsional de las Fuerzas Armadas y las de Orden y Seguridad Pública.

La información sobre el paciente y su condición de urgencia ingresada por los prestadores, quedará inmediatamente disponible para consulta en el sitio web www.supersalud.gob.cl, en la aplicación informática denominada Notificación y gestión de pacientes en urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave²⁸⁰ GES y/o personas beneficiarias de Ley Ricarte Soto.

Para acceder a dicha información se debe utilizar la identificación de usuario (nombre de usuario) y la contraseña de acceso (clave) que le fue asignada por esta Superintendencia para ingresar a la aplicación informática de urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave²⁸¹.

El usuario autorizado para ingresar al sistema deberá revisar el listado “Por confirmar” e identificar los beneficiarios que pertenecen a esa Institución y reconocerlos mediante la opción “Recibir”, con la finalidad de proceder de acuerdo a la normativa vigente sobre esta materia. La totalidad de la información que registren los prestadores de salud, en la señalada aplicación informática, sólo podrá ser visualizada cuando se reconozca al paciente como beneficiario.

Es responsabilidad del Fonasa, las Isapres y las Instituciones de Salud Previsional de las FFAA y las de Orden y Seguridad Pública consultar diariamente, en modalidad 24/7, el listado denominado “Pacientes no asignados”, en caso que el prestador no haya informado correctamente el campo “Situación previsional en materia de salud”, o lo haya omitido, con el objeto de reconocer y recibir a sus beneficiarios y garantizar el rescate oportuno de ellos, según corresponda.

²⁷⁸ Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.23

²⁷⁹ Id.

²⁸⁰ Id.

²⁸¹ Id.