



RES. EXENTA 1G/Nº

003619

08 JUN 2012

MAT.: REACTIVA INSCRIPCIÓN EN ROL MLE DE
PRESTADOR D. RICARDO ALBERTO TOBAR
HERRERA [REDACTED] PROFESIONAL

VISTO: Lo establecido en los Libros I y II del D.F.L. Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud; el Decreto Supremo Nº 369, de 1985, del Ministerio de Salud; la Resolución 3A Nº 1455, de 2002 y sus modificaciones; la Resolución Exenta 1F/Nº 7137, de 2009, Resolución Exenta 1C/Nº 4248 del 22/07/11 y la Resolución Exenta 1A/Nº 2484 del 03/05/2011, todas del Fondo Nacional de Salud; la Resolución Exenta Nº 1600, de 2008, de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1.- Que, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 143º del D.F.L. Nº1, de 2005, de Salud, el Fondo Nacional de Salud, autorizó con fecha 24/04/2009, el convenio y la inscripción en el Rol de Prestadores en la Modalidad de Libre Elección, a la persona natural D. RICARDO ALBERTO TOBAR HERRERA [REDACTED]

2.- Que, por aplicación de la Normativa Técnica Administrativa que regula la aplicación del Arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección caducó automáticamente el convenio suscrito, por el prestador al no haber presentado cobranzas de prestaciones de salud por más de doce meses;

3.- Que, con fecha 16/04/12 y solicitud Nº 3084, el prestador solicitó reactivar el citado convenio, para lo cual adjuntó la documentación y formularios exigidos, e indicó domicilio en [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED]

4.- Que, del análisis de los antecedentes presentados por el prestador; el informe de Fiscalizador del Depto. de Control y Calidad de Prestaciones, con la visación técnica sanitaria, según Nº 732 de fecha 07/05/12, confirman el cumplimiento de los requisitos que permiten otorgar las prestaciones de salud a reactivar, por lo que dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

I. **AUTORIZÁSE** la reactivación de inscripción en el Rol de la Modalidad de Libre Elección, al Profesional D. RICARDO ALBERTO TOBAR HERRERA [REDACTED] en su calidad de **MÉDICO CIRUJANO**, y el convenio suscrito entre el prestador y el Fondo Nacional de Salud, en los siguientes términos:

PRIMERO:

La celebración del convenio incorpora al prestador en el rol de profesionales y entidades asistenciales de salud de la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud

SEGUNDO:

Se entienden incorporadas al convenio, las disposiciones establecidas en el D.F.L. Nº1/2005 que Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2763/79 y de las Leyes Nº18.933 y Nº18.469; el D.S. Nº 369 de 1985, que aprobó el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, ambos decretos del Ministerio de Salud; las actuales y posteriores disposiciones del Arancel de Prestaciones de Salud; las Normas Técnico-Administrativas para la aplicación de dicho Arancel; las instrucciones que imparta el Ministerio de Salud y todas aquellas normas e instrucciones emanadas del Fondo Nacional de Salud, dictadas en uso de sus facultades de tuición, administración y fiscalización consagradas en los artículos 143º DFL Nº1/2005 y artículo 45º del D.S. Nº 369 de 1985.

TERCERO:

El Prestador Profesional que firma el convenio, da fe de la veracidad de la documentación adjunta a la solicitud de inscripción y que forma parte del convenio. El Fondo establecerá los mecanismos de control para verificar su cumplimiento.

Forma parte integrante del convenio, la documentación legal y técnica exigida por el Fondo en los formularios correspondientes y acompañada por el prestador con su solicitud de inscripción, como igualmente la nómina de prestaciones de salud que haya sido previamente autorizada por el Fondo de acuerdo a la capacidad técnico académica del profesional (profesión; especialidad, subespecialidad de la medicina) y de acuerdo a los equipos, infraestructura e instalaciones, propias o de entidades asistenciales en convenio en la Modalidad de Libre Elección, lo que será comunicado al prestador mediante resolución exenta firmada por el representante de FONASA formalizando el presente convenio.

El Prestador Profesional queda obligado a mantener debidamente actualizada toda la información presentada con su solicitud de inscripción, incluida la documentación legal y técnica. En caso de producirse cambios en la información o la documentación, el prestador deberá dentro de los 30 días siguientes de producido el cambio, remitir al Fondo los antecedentes que acrediten dichos cambios, bajo apercibimiento de proceder de acuerdo a la cláusula décimo tercera del presente convenio.

CUARTO:

El Prestador Profesional queda obligado a permanecer en el grupo de su inscripción de las prestaciones, por un tiempo no inferior a seis meses, contados desde la fecha de este convenio. Una vez cumplido el período, el Prestador Profesional podrá cambiar el grupo previa comunicación por escrito al Fondo y de acuerdo al procedimiento establecido por éste. El cambio regirá a contar de la fecha de la solicitud del prestador.

QUINTO:

Constituye obligación del prestador, proporcionar a los afiliados y beneficiarios del DFL N°1/2005, las prestaciones de salud en forma oportuna y adecuada a sus conocimientos y experiencia, así como, todas aquellas que su capacidad técnica y de infraestructura le permitan, reconociendo y respetando los derechos consustanciales del usuario.

SEXTO

El Prestador Profesional, que con ocasión de las atenciones a un beneficiario, confirme el diagnóstico de alguno de los problemas de salud con garantías explícitas de salud, procederá a notificarlo mediante formulario oficial dispuesto para el efecto, indicándole el derecho de atención en un consultorio de atención primaria y continuar la atención en la red asistencial pública. Si el beneficiario optara por continuar la atención en la modalidad de libre elección, se dejará constancia en el respectivo formulario.

SEPTIMO:

Por el presente convenio, el Prestador Profesional autoriza al Fondo para informar por los medios que estime más conveniente, su inscripción en el rol de profesionales y entidades, con su individualización profesional, prestaciones que otorga y su grupo de inscripción, dirección y teléfono del o los lugares de atención.

OCTAVO:

El Prestador Profesional inscrito, queda obligado por la sola inscripción, a aceptar como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo grupo, quedándole prohibido recibir pagos adicionales de cualquier naturaleza.

NOVENO:

El Prestador Profesional, en retribución por las atenciones que efectivamente otorgue a los beneficiarios, tiene derecho a cobrar órdenes de atención de salud emitidas por FONASA y por las entidades autorizadas para ello por convenio, en las que se identificarán las prestaciones de salud codificadas, valorizadas y nominadas al profesional y al beneficiario que recibió las atenciones.

Las órdenes de atención tienen una vigencia administrativa de 90 días desde su fecha de emisión, excepto aquellas que correspondan a emisión electrónica en prestador con convenio, en cuyo caso tendrán vigencia por un día.

DECIMO:

El Prestador Profesional que cobra la orden de atención, es responsable de los documentos que llevan su firma, por lo que debe completar los campos disponibles para su uso y proceder al cobro únicamente una vez que éstas hayan sido efectuadas.

Asimismo, debe asegurarse que las prestaciones cobradas dispongan de los registros que respalden las atenciones otorgadas, para lo cual confeccionará las respectivas fichas clínicas, excepto cuando se trate de atenciones de salud que requieren otro tipo de registros (informes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica, procedimientos diagnósticos o terapéuticos, entre otros).

UNDECIMO:

El Fondo pagará al prestador las órdenes de atención que éste, presente a cobranza que contemplen los requisitos y datos exigidos por las normas técnico administrativas, se ajusten a las instrucciones del Fondo y contengan la firma y timbre del prestador.

El Fondo sólo pagará las órdenes de atención correspondientes a prestaciones singularizadas en este convenio y que efectivamente se hayan efectuado a beneficiarios de la Ley, que cuenten con el respaldo de los registros clínicos y que correspondan a prestaciones que efectivamente requiera el beneficiario.

El Fondo no pagará al prestador las órdenes de atención ilegibles, con alteraciones o enmendadura de los datos consignados al momento de la emisión o con omisiones de los datos que debe proporcionar el prestador, mientras no sean subsanados estos defectos en forma y fondo a satisfacción de FONASA.

Asimismo, el Fondo no pagará órdenes de atención de prestaciones no efectuadas, parcialmente efectuadas o de las cuales el prestador entidad carezca de registros, ni aquellas correspondientes a prestaciones homologadas o efectuadas en condiciones técnicas inferiores a las exigidas por el Fondo. No procede el cobro de prestaciones de medicina preventiva realizada en operativos médicos preventivos.

El Prestador Profesional debe mantener el registro de las prestaciones por un lapso de 5 años.

DUODECIMO:

El Prestador Profesional reconoce las facultades del Fondo con respecto a la tuición, administración y fiscalización permitiéndole verificar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el DFL 1/2005, de Ministerio de Salud, Arancel de prestaciones y las normas técnico - administrativas para su aplicación, las instrucciones que imparta el Ministerio de Salud, las normas e instrucciones emanadas del Fondo.

Para ello, se obliga a exhibir y enviar toda la documentación o antecedentes que requiera el Fondo o su personal fiscalizador, resguardando lo establecido en el artículo 10 de la ley 19.628 de 1999 sobre protección de datos de carácter personal, como igualmente otorgar todas las facilidades de acceso a las oficinas, establecimiento, o dependencia donde realice las prestaciones de salud.

DECIMO TERCERO:

El Fondo queda facultado para modificar la nómina de prestaciones médicas, ampliándola o restringiéndola, si verifica que se ha modificado la infraestructura, el equipamiento u otra condición técnica que incremente o disminuya la capacidad o la calidad de las prestaciones a otorgar por el profesional.

En caso que se verifique por el Fondo, que el Prestador Profesional no se ajusta en sus procedimientos a las normas establecidas en el presente convenio, el Director del Fondo o en quien delegue la facultad, podrá previa calificación del caso, resolver la suspensión transitoria del presente convenio y de la inscripción pertinente, fijando un plazo para que dentro de él, el prestador regularice su situación. La suspensión será formalizada por resolución fundada y la notificación al profesional se hará por carta certificada.

DECIMO CUARTO

El convenio del Prestador Profesional caducará automáticamente, al no presentar cobranzas de prestaciones de salud por más de 12 meses.

Procederá especialmente la cancelación inmediata de la inscripción:

- a) Por inhabilidad legal sobreviniente;
- b) Incapacidad física o mental legalmente declarada;
- c) Fallecimiento, y
- d) Falta de la autorización sanitaria cuando corresponda.

DECIMO QUINTO:

De conformidad con lo establecidos en el artículo 50 del Decreto Supremo 369 de 1985 se consideran infracciones a las obligaciones, legales, reglamentarias, administrativas y de este convenio, los hechos siguientes:

- a) Presentación para cobro o cobro indebido de órdenes de atención y programas; de honorarios adicionales por sobre el valor establecido para el grupo de Rol correspondiente; y de recargo imprevistos;

- b) Prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los señalados en la Ley;
- c) Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de Libre Elección; y regulan la aplicación de su Arancel, incluyendo en ellas las Resoluciones dictadas por el Ministerio y publicadas en el Diario Oficial.

DECIMO SEXTO:

Si se acredita una o más de las infracciones señaladas en la cláusula anterior, el Fondo notificará al prestador para que dentro del quinto día hábil, formule sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Director del Fondo o en quien delegue la facultad, dictará una resolución fundada en la que absolverá o aplicará al prestador las medidas de sanción establecidas en el Libro II del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud.

- a) Amonestación;
- b) Suspensión hasta por 180 días de ejercicio en la Modalidad de Libre Elección;
- c) Cancelación de la inscripción;
- d) Multa a beneficio fiscal hasta por 500 Unidades de Fomento, la que podrá acumularse a cualquiera de las otras sanciones.

De las resoluciones que apliquen sanciones de cancelación, suspensión o multa superior a 250 unidades de fomento o reintegros de dineros, el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud y la Corte de Apelaciones, en las condiciones y plazos que establece el inciso 9 del artículo 143 del Libro II del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud.

DECIMO SEPTIMO:

El Prestador Profesional que haya sido sancionado con suspensión de su convenio de inscripción o multas de 100 UF o más, aplicadas a través del proceso administrativo previsto en el artículo 143 del Libro II DFL 1/2005, no podrá solicitar convenio para emisión de bono electrónico, hasta transcurrido el período de un año, contado desde la fecha de cumplimiento de la respectiva sanción.

DECIMO OCTAVO:

El Prestador Profesional que haya sido sancionado con la cancelación en el registro de la modalidad de libre elección, sólo podrá solicitar una nueva inscripción al Fondo Nacional de Salud una vez transcurridos cinco años desde la fecha en que la cancelación quedó a firme. El Fondo podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada.

Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera sea el tiempo que medie entre una y otra medida, el prestador, no podrá volver a inscribirse en la modalidad de libre elección.

DECIMO NOVENO:

El convenio, es un acuerdo de voluntades destinado a crear derechos y obligaciones, acuerdo que debe ser de interés y beneficio para ambos contratantes y cuya suscripción no es obligatoria para el Fondo ni para el prestador, por tanto las partes podrán poner término a este convenio a saber:

- a) En cuanto al Prestador Profesional, mediante comunicación escrita enviada al Fondo, a lo menos con 30 días de anticipación.
- b) En cuanto al Fondo, en forma inmediata, por incumplimiento de lo establecido en las cláusulas del presente convenio, mediante Resolución fundada del Director del Fondo o en quien éste delegue la facultad.
- c) En cuanto al Fondo, mediante carta certificada enviada al prestador profesional, con 30 días de antelación, sin expresión de causa.

VIGESIMO:

El convenio se firma en dos originales, quedando una copia para el Fondo Nacional de Salud y otra para el Prestador Profesional. Las partes dejan expresa constancia que este convenio no crea vínculos de carácter funcionario o laboral entre ellas.

II.- REGÍSTRESE la reactivación del prestador D. RICARDO ALBERTO TOBAR HERRERA [REDACTED] en el Rol de Prestadores de la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud, en Nivel 3, en la clasificación de MÉDICO CIRUJANO, teniendo presente la visación de prestaciones y lugares de atención, que se detallan:

ESPECIALIDAD RECHAZADA	
NEUMOTISIOLOGÍA	FALTA DE REVALIDACIÓN EN CHILE Y NO REGISTRO SIS.

DIRECCIÓN	TIPO	FONDO	SITUACIÓN
[REDACTED]	DOMICILIO	[REDACTED]	AGREGAR
[REDACTED]	ATENCIÓN	[REDACTED]	AGREGAR

III.- La inscripción y convenio del Rol en la Modalidad de Libre Elección, entrarán en vigencia a partir de la total tramitación de la presente resolución que lo aprueba.

IV.- Notifíquese, lo resuelto en forma digital a la dirección de contacto establecida en le respectivo convenio y/o presencial en dependencias del Fondo.

Anótese, Comuníquese y Archívese, por orden del Director.



PAG/ROP
DISTRIBUCIÓN:

- D. RICARDO ALBERTO TOBAR HERRERA
- [REDACTED]
- Departamento de Comercialización
- Depto. de Control y Calidad de Prestaciones
- Expediente de Convenio del Prestador
- Oficina de Partes (Afecta Art. 7 letra G) Ley 20.285

INGR. 3084/2012

Firma Ministro de Fe