

ESTABLECE NORMAS TECNICO
ADMINISTRATIVAS PARA LA APLICACION DEL
ARANCEL DEL REGIMEN DE PRESTACIONES DE
SALUD LIBRO II DFL Nº 1 DEL 2005, DEL
MINISTERIO DE SALUD EN LA MODALIDAD DE
LIBRE ELECCION.

RESOLUCION EXENTA Nº 49

Publicada en el Diario Oficial de 07.02.09

SANTIAGO, 30 de enero de 2009.

VISTO: Lo establecido en el artículo 4º y 7º del Libro I, y en los artículos 142 y 143 del Libro II, todos del D.F.L.Nº 01 de 2005, del Ministerio de Salud y lo dispuesto en la Resolución Exenta Nº 176/99 y sus modificaciones posteriores, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que aprobó el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud, dicto la siguiente:

RESOLUCION

- I. Apruébanse las siguientes Normas Técnico Administrativas para la aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud en la Modalidad de Libre Elección.

1. DEFINICIONES

Para efectos de la presente Resolución los términos que a continuación se indican tendrán el sentido que se señala:

- a) **“Libro II”:** Libro II del Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 del 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Nº 18.469, que crea el Régimen de Prestaciones de Salud.
- b) **“Reglamento”:** El Decreto Supremo Nº 369 de 1985, del Ministerio de Salud, que aprobó el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud.
- c) **“El Fondo” o “FONASA”:** el Fondo Nacional de Salud.
- d) **“Modalidad Libre Elección” o M.L.E.:** Una de las dos Modalidades de Atención que

establece el Libro II, bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud, en la cual el beneficiario elige libremente al profesional y/o entidad, del sector público o privado, que se encuentre inscrito en el Rol de FONASA, haya celebrado convenio con éste y otorgue las prestaciones que se requieran.

- e) **“Rol”**: La nómina de Profesionales y entidades o establecimientos inscritos a que se refiere el artículo 143 del Libro II.
- f) **“Profesional”**: Persona natural con título emitido por una universidad reconocida por el Estado o por una universidad extranjera, que de acuerdo a la normativa jurídica vigente la habilita legalmente para otorgar prestaciones de salud del arancel a que se refiere el artículo 159 del Libro II del DFL N° 1/2005, del Ministerio de Salud".
- g) **“Entidad o “Establecimiento”**: Institución asistencial de salud constituida por persona jurídica, privada o pública, que se encuentre inscrita en el Rol de FONASA, y que haya celebrado convenio con éste, para otorgar prestaciones de salud mediante la Modalidad de Libre Elección. Deberá contar con infraestructura, equipamiento y personal, cumpliendo con los requisitos establecidos en la Resolución sobre procedimiento de celebración de Convenios que para estos efectos dicta el Fondo Nacional de Salud.
- h) **“Arancel”**: El conjunto formado por el catálogo de Prestaciones y Conjunto de Prestaciones de Salud, **del Libro II del D.F.L. N° 01 de 2005**, su clasificación, codificación y valores establecidos en Resolución Exenta N° 176/99 de los Ministerios de Salud y de Hacienda y sus modificaciones posteriores.

El Arancel se divide en títulos y en ellos cada prestación o conjunto de prestaciones, se identifica con un código de siete dígitos que representa lo siguiente:

- El primer y segundo dígito del código de la prestación identifican el Grupo.
- El tercer y cuarto dígito del código de la prestación identifican el SubGrupo.
- El quinto, sexto y séptimo dígito identifican dentro de cada SubGrupo, el código específico de la Prestación.

En general, los Grupos del Arancel se han estructurado en una forma que puedan identificar y agrupar las prestaciones y conjunto de prestaciones de salud correspondientes a diferentes áreas, tales como atención abierta, atención cerrada, laboratorio clínico, imagenología, profesiones, especialidades médicas, etc.

- i) **“Atención Electiva o Programada”**: Es aquella atención de salud que se realiza en la fecha y hora que el profesional o entidad acuerde con el beneficiario, y que puede ser postergada, sin afectar la evolución o estado de un paciente. Las prestaciones electivas o programadas, no recibirán recargo, aunque se efectúen fuera de horario hábil.
- j) **“Atenciones con recargo arancelario”**: Corresponden a aquellas atenciones realizadas en días festivos o fuera de horario hábil, y que por las condiciones clínicas del paciente, y que por expresa indicación y calificación médica, deben efectuarse de inmediato sin sufrir postergaciones y que no constituyan una emergencia-urgencia en los términos definidos a continuación, y en el punto 28 de estas normas.
- k) **“Horario hábil**: es aquel período de tiempo que se extiende desde las 8:00 a las 20

horas en días no festivos y sábados de 8:00 a 13 horas, salvo las excepciones que contempla el Arancel.

l) **“Atención médica de emergencia o urgencia”**: Es toda prestación o conjunto de prestaciones que sean otorgadas a una persona que se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia.

m) **“Emergencia o Urgencia”**: Es toda condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable.

La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia, debe ser determinada por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano, en la unidad de urgencia pública o privada, en que la persona sea atendida, lo que deberá ser certificado por éste.

n) **“Certificación de estado de emergencia o urgencia”**: Es la declaración escrita y firmada, por un médico cirujano en una unidad de urgencia, pública o privada, dejando constancia, que una persona se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia y su diagnóstico probable. Dicha constancia deberá dejarse en un documento y/o “Ficha Clínica” y/o “Dato de Atención de Urgencia” que, además, contendrá los siguientes datos, a lo menos: nombre completo del paciente, su RUT, y situación previsional en materia de salud, motivo de consulta, diagnóstico probable, fecha y hora de la atención.

ñ) **“Fiscalización de la M.L.E.”**: Atribución del Fondo Nacional de Salud establecida en el art. 143 del DFL1 /2005 en su Libro II, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2763/79, de la Ley N°18.933 y de la Ley N°18.469.

o) **“Secreto Profesional”**: Es el deber que tienen los profesionales de mantener en absoluta reserva las informaciones, hechos y datos revelados por la persona que ha sido atendida, o que obtengan con ocasión de la atención prestada a un paciente.

El secreto profesional es un derecho objetivo del paciente, que el profesional está obligado a respetar en forma absoluta, por ser un derecho natural, no prometido ni pactado.

El profesional sólo podrá informar, cuando así lo establezcan las leyes, o sea imprescindible para salvar la vida del paciente, de sus familiares y contactos, o cuando los datos sean necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud que correspondan a sus titulares conforme preceptúa el art. 10 de la Ley 19.628.

También podrá tener acceso a información reservada o confidencial, el profesional que actúe en cumplimiento de funciones administrativas, legales o judiciales, quedando sujeto por ello al secreto profesional.

p) **“Recién Nacido, Lactante, Niño”**: Se considerará como recién nacido (R.N.) hasta los 28 días de vida, Lactante al menor de 2 años y Niño al menor de 15 años.

q)

2. INSCRIPCION EN EL ROL DE LA M. L. E.

2.1. Normas Generales.

- a) Para que los profesionales y entidades puedan atender en Modalidad Libre Elección, deberán suscribir previamente un convenio con el Fondo, el que estará sometido a las disposiciones contenidas en los artículos 142 y 143 del Libro II y el "Reglamento" vigente, y a las exigencias técnicas y administrativas presentes y futuras fijadas por el Fondo.
- b) 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. De acuerdo a ello, la ponderación de los antecedentes para la aceptación o rechazo de las solicitudes de inscripción, se efectuará conforme a los mecanismos establecidos por el Fondo, otorgando un trato igualitario a los solicitantes, tanto respecto de los aspectos legales como técnicos, y resguardando en todo caso, que no se burlen los mecanismos de fiscalización y sanciones que utiliza el Fondo con sus prestadores como por ejemplo, cambiando razón social, pero manteniendo a similares socios , profesionales y/o responsables del Convenio.
- c) Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos quedan obligados, por la sola inscripción, a aceptar como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo grupo, salvo que, para determinadas prestaciones, el Ministerio de Salud, mediante decreto supremo, autorice, respecto de ellas, una retribución mayor a la del arancel.
- d) Los prestadores (profesionales y entidades) que tengan convenio de inscripción en el Rol del Fondo, deberán informar a los beneficiarios del Libro II, que se les ha confirmado el diagnóstico de alguno de los problemas de salud contenidos en las garantías explícitas de salud, el momento a partir del cual tienen derecho a tales garantías y que para tener derecho a ellas, deberán ingresar a través de un consultorio de atención primaria y continuar la atención en la red asistencial pública de salud de prestadores que le corresponda. Deberán dejar constancia escrita de ello de acuerdo a las instrucciones que haya definido la Superintendencia de Salud para tales efectos.
- e) Caducarán automáticamente los convenios de prestadores que no hayan presentado cobranza de Ordenes de Atención de Salud (Bonos) en un plazo de doce meses, excepto en aquellos casos en que se haya justificado previamente esta situación o cuando se trate de socios de sociedades de profesionales con convenio vigente. El Fondo determinará los procedimientos de reactivación de inscripción cuando corresponda.
- f) Los prestadores (profesionales y entidades) que hayan sido sancionados 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, no podrán solicitar la emisión de BAS electrónico hasta transcurrido un período de un año, contado desde la fecha de cumplimiento de la respectiva sanción.

2.2 Convenios e Inscripción de Profesionales.

- a) Los profesionales al momento de solicitar la inscripción en el Rol que lleva el Fondo,

deberán indicar el o los Grupos o Niveles 1, 2 o 3, en que efectuarán las prestaciones de salud; completarán los formularios dispuestos para el efecto y adjuntarán la documentación que exija la resolución de convenios dictada por el Fondo. En los formularios, se indicará:

- Nombre completo, RUT y nacionalidad.
- Título profesional, fecha de título y universidad que lo otorgó. En el caso de los títulos profesionales de salud obtenidos en el extranjero, éstos deberán estar legalizados y cumplir con la normativa jurídica vigente en la materia.
- Lugar/es de atención tales como consulta, centro médico, clínicas, hospitales.
- Nómina de todas las prestaciones de salud que otorgará de acuerdo a su competencia profesional.
- Equipamiento, instalaciones, autorización sanitaria, según corresponda

Los formularios se presentarán debidamente firmados por el profesional.

- b) Cuando se trate de profesionales extranjeros, el Fondo cursará su solicitud de inscripción solamente si acredita visa de permanencia definitiva, además del cumplimiento de los requisitos que exige la legislación vigente para ejercer la profesión de que se trate, en el país.
- c) Los profesionales que tengan la calidad de propietarios o socios, en forma directa o indirecta de entidades asistenciales o sociedades de profesionales, y que ejerzan su profesión en ellas otorgando prestaciones, deberán estar inscritos en el Rol de la Modalidad de Libre Elección.
- d) Los profesionales para atender a través de la Modalidad Libre Elección en los Hospitales de los Servicios de Salud, con la solicitud de inscripción presentada ante FONASA, deberán adjuntar el Convenio sobre uso de instalaciones, dependencias y equipamiento suscrito con la Dirección del establecimiento respectivo, aprobado mediante resolución del Director del Servicio de Salud (Res. Exenta N° 550/92 del Ministerio de Salud).

2.3 Inscripción para prestaciones de salud de Especialidad.

2.3 Inscripción.

Podrán inscribir prestaciones de salud de especialidad, los profesionales médicos que cumplan las condiciones y requisitos que considera en su artículo segundo transitorio el DS 57/2007 del Ministerio de Salud, publicado el 06 de noviembre de 2008, que aprobó el “Reglamento de certificación de las especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales y de las entidades que la otorgan”

2.4 Convenios e Inscripción de Entidades.

- a) Las entidades al momento de solicitar la inscripción en el Rol que lleva el Fondo, deberán indicar el o los Grupos o Niveles 1, 2 o 3, en que efectuarán las prestaciones de

salud; completarán los formularios dispuestos para el efecto y adjuntarán la documentación que exija la resolución de convenios dictada para por el Fondo. En los formularios, se indicará:

- Razón social, RUT, Nombre de Fantasía y dirección.
 - Nombre del o los representantes legales y el RUT de cada uno de ellos.
 - Nómina de socios, profesión y RUT.
 - Nombres de directivos técnicos y de gerencias administrativas u operacionales.
 - Nómina de profesionales de la salud que otorgarán las prestaciones, incluyendo detalle de nombres de médicos certificados como especialistas.
 - Detalle de sucursales y lugares de atención, correo electrónico.
 - Equipamiento con el cual realizarán las prestaciones.
 - Instalaciones y servicios que dispone para la entrega de prestaciones.
 - Documentación sanitaria, tales como, autorización sanitaria de funcionamiento, protección de emisiones radiantes, procesamiento de aguas, ello según corresponda a las prestaciones de salud que se solicita inscribir.
- b) Las entidades y establecimientos, en ningún caso podrán incluir en las nóminas, citadas en la letra anterior, a personas naturales o jurídicas que hayan sido sancionadas con suspensión o cancelación en la inscripción, mientras tales medidas se encuentren vigentes o estén relacionadas directa o indirectamente, de manera formal o informal, con profesionales y entidades que hayan sido objeto de dichas sanciones.
- c) Durante la vigencia del convenio suscrito con el Fondo, las entidades y establecimientos deben mantener actualizada dicha información, comunicando por escrito las modificaciones efectuadas y las nóminas a actualizar, teniendo presente las condiciones explicitadas en la letra b) anterior.
- d) Las entidades o personas naturales que en calidad de prestadores participen de la Modalidad de Libre Elección, en las prestaciones del Grupo 23 y 24 del Arancel (prótesis - Traslados), deberán también estar inscritos en el registro creado por el Fondo para ese efecto, de acuerdo a los requisitos establecidos.

2.5 Acreditación de Entidades

Atendida la entrada en vigencia del D.S. N°15 de 2007, publicado en el D.O. del 03.07.07 que dictó el Ministerio de Salud "Reglamento del sistema de acreditación para los prestadores institucionales", respecto de la evaluación del cumplimiento de los estándares fijados para velar porque las prestaciones que otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de sus usuarios, por parte de los prestadores de salud públicos y privados que se sometan a dicho proceso, el Fondo emitirá las instrucciones que correspondan, una vez que se dicten los estándares de calidad, las condiciones y los plazos a partir de los cuales será exigible la aplicación del sistema de acreditación para dichos estándares.

3. EMISION DE ORDENES ATENCION Y PROGRAMAS MEDICOS

3.1 Normas generales de prescripción y llenado de formularios.

- a) El profesional o representante Legal de la entidad que firma un documento es responsable de su contenido, ya sea para solicitar una prestación, valorizar un Programa o presentar a cobro las Órdenes de Atención.
- b) El médico tratante u otros profesionales autorizados que soliciten exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica, procedimientos diagnósticos o terapéuticos y otras prestaciones para las cuales el beneficiario deba adquirir Ordenes de Atención, lo hará en formularios con su membrete o timbre, el que deberá tener su nombre, dirección y número de RUT, señalando expresamente el nombre y apellidos del paciente e identificación de las prestaciones requeridas. Dicha petición deberá refrendarla con su firma. Cuando se trate de exámenes de laboratorio e imagenología, además deberá solicitarlo en formularios separados.

En el caso de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, que son indicados y efectuados por el mismo médico tratante, que por disponer de código adicional requieren la confección de un Programa de Atención de Salud, no será necesario exigir la correspondiente prescripción médica.

Si ocupa formularios precodificados, deberá agregar la frase "Solicité.....n..... exámenes", manuscrita, indicando el número exacto de exámenes solicitados.

En la solicitud de exámenes y otros, ya sea en formularios con membrete o precodificados, no se aceptarán inclusiones posteriores de prestaciones que no hayan sido originalmente solicitadas por el profesional responsable o que sobrepasen el número señalado.

La contravención a lo antes señalado invalidará el pago de las prestaciones de salud, que no cumplan con lo anteriormente indicado.

- c) En el caso de que el profesional que prescribe exámenes de laboratorio, de imagenología, de anatomía patológica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, no efectúe la codificación correspondiente, las entidades que realicen dichos exámenes deberán atenerse estrictamente a lo prescrito por el profesional tratante, sin efectuar adiciones ni modificaciones.
- d) El Formulario de confección de Programas de Atención de Salud, es el documento en que los profesionales deben consignar en forma clara los datos siguientes, si fueren pertinentes:
 - Nombre completo, edad y RUT del paciente.
 - Nombre de la entidad o establecimiento en que se otorgaron o se otorgarán las prestaciones de salud al paciente.
 - Fecha estimada del inicio, término y duración, de la hospitalización o del tratamiento.
 - Nombre o razón social y RUT del prestador de salud que hizo o efectuará las prestaciones de salud.

- Registro del diagnóstico, pudiendo éste anotarse en el programa o adjuntarse en un sobre cerrado adherido al programa, dirigido al Fondo, Subdepartamento de Control Regional si el profesional tratante lo estima conveniente.
- Grupo del rol en que está inscrito el prestador o prestadores, que otorgaron u otorgarán las prestaciones. Incluye grupo de rol en que está inscrito el anestesiólogo cuando corresponda.
- Nombre, código y cantidad, para cada una de las prestaciones que componen el programa de atención de salud.

3.2 Emisión de Órdenes de Atención de Salud

- a) La Orden de Atención de Salud (O.A.S.), es un documento emitido por FONASA y por las entidades autorizadas para ello por convenio, que identifica las prestaciones de salud codificadas, valorizadas y nominadas al beneficiario que recibió las atenciones y al prestador que las otorgó. Según se especifica más adelante en estas normas, las órdenes de atención se emiten asociadas a la prescripción del profesional tratante o asociadas al programa de atención de salud que las originó.
- b) La Orden de Atención emitida mediante soporte de papel o digitalmente, es el documento que constituye el único medio de pago para las prestaciones que se otorguen a través de la Modalidad de Libre Elección, y también permite solicitar la devolución del dinero pagado por ellas, en caso de prestaciones no realizadas.
- c) Las Órdenes de Atención tienen una vigencia administrativa de 90 días desde su fecha de emisión, para requerir la prestación y/o solicitar la devolución. Constituyen excepción a esta normativa, las órdenes emitidas en Sistema de Venta de Bono Electrónico en Prestadores, en cuyo caso, éstas tendrán vigencia por un día.
- d) Las Órdenes de Atención, se emitirán y registrarán nominativamente al beneficiario y prestador, indicando el nombre y RUT del beneficiario, profesional o entidad, y contendrá las demás menciones que establezca el Fondo. Para la adquisición de éstas órdenes, el beneficiario financiará parcialmente su valor, efectuando el co-pago que le corresponde, así como el Fondo contribuirá con la parte bonificada de la prestación. Los profesionales o personas jurídicas que entreguen atenciones de salud a los beneficiarios y/o que dispongan de convenio para emisión de órdenes de atención, no podrán financiar los co-pagos que son de cargo del beneficiario.
- e) Las Órdenes de Atención, soporte de papel, se emitirán solamente en original y una copia, correspondiendo al beneficiario entregar al profesional o entidad solamente el original. No procede emitir ningún documento en reemplazo de la Orden de Atención, ni podrán impetrarse beneficios o cobros con copias o fotocopias de Órdenes de Atención. Con todo, el Director del Fondo o en quienes delegue tal atribución, podrá autorizar el pago, cuando se acredite fehacientemente que se ha otorgado la prestación y autorizar la devolución del dinero cuando se acredite que ha adquirido la respectiva orden y ésta se ha extraviado.

3.3 Emisión de Programas de Atención de Salud

- a) El Programa de Atención de Salud (P.A.S), es un documento emitido y valorizado por el Fondo Nacional de Salud, que consolida el total de las prestaciones de salud del arancel de la Modalidad de Libre Elección, otorgadas a un beneficiario, en un tiempo determinado.
- b) El Fondo emitirá y valorizará un programa de atención de salud, en los casos siguientes:
 - b.1) Cuando se trate de prestaciones de salud otorgadas a un beneficiario en atención abierta o cerrada (hospitalizada), que incluya prestaciones de salud siguientes:
 - Kinesiología y Fisioterapia - Grupo 06
 - Psiquiatría - Grupo 09 excepto la prestación código 09-01-009.
 - Psicología Clínica - códigos 09-02-002, 09-02-003.
 - Fonoaudiología - códigos 13-03-003 al 13-03-005.
 - Hemodiálisis y Peritoneodiálisis – códigos 19-01-023 al 19-01-029.
 - Prestaciones que requieran anestesia general o regional
 - Grupo 25 Pago Asociado a Diagnóstico.
 - Grupo 28 Pago Asociado Atención de Emergencia.
 - Prestaciones con código adicional de sala de procedimiento o pabellón.
 - Días Camas.
 - b.2) Cuando el Fondo Nacional de Salud otorgue un préstamo médico a un beneficiario, de conformidad al D S. N° 369 de 1985 de Salud, para el financiamiento de la parte no bonificada de las prestaciones de salud de acuerdo al siguiente detalle:
 - Pago Asociado a Emergencia.
 - Atención Hospitalizada.
 - Diálisis (hemodiálisis y peritoneodiálisis).
 - Radioterapia.
 - Tratamientos psiquiátricos.
 - Adquisición de órtesis y prótesis.
- c) El Fondo emitirá y valorizará los P.A.S., por períodos máximos de 31 días de hospitalización o tratamiento, por lo que los Formularios dispuestos para el efecto, podrán ser confeccionados y presentados ante FONASA para su valorización en cualquier momento y hasta 150 días después de la fecha de término de un tratamiento o de la fecha de egreso del paciente hospitalizado.
- d) Los Formularios de confección de programas, que se presenten a emisión y valorización fuera del plazo de 150 días, deben incluir fundamentos del retraso, pudiendo el Fondo auditar los antecedentes respectivos, incluida la solicitud al prestador del envío en forma reservada de los antecedentes clínicos de respaldo.
- e) Programas Complementarios: El Fondo emitirá y valorizará programas complementarios adicionales al programa de atención de salud original, que sean solicitados y fundamentados por el prestador para casos tales como:
 - Hospitalizaciones que exceden el plazo máximo de 31 días.

- Cuando se requiere efectuar un número mayor de terapias o prestaciones que las autorizadas para cada caso en esta normativa.
- En casos complejos con gran número de prestaciones y participación de diferentes tratantes, podrán confeccionarse programas complementarios que llevarán numeración correlativa e identificarán al original.
- Cuando la presente normativa para algunas prestaciones específicas del arancel, así lo determine.

4. REGISTROS DE RESPALDO DE PRESTACIONES

- a) Se entenderán, como tal, los datos específicos que respaldan la ejecución de una prestación de salud efectuada y presentada a cobro por un prestador inscrito en el rol de la Modalidad de Libre Elección.
- b) Respaldos en ficha clínica: El registro permite verificar fecha de la atención, evolución clínica, nombre de quién dio la prestación, resultado de las terapias, técnicas empleadas, resultados de exámenes o procedimientos, intervención realizada, etc. En caso de no disponerse de este registro las prestaciones se tendrán por no efectuadas, salvo que el Fondo, fundadamente considere que las prestaciones fueron realizadas,
- c) “Ficha clínica”: Documento en el que se registran los datos del paciente y debe contener al menos el nombre completo, cédula de identidad, edad, domicilio, y sistema de seguridad social en salud, y donde el o los profesionales, dejan constancia de todas las atenciones efectuadas (ej. consultas, interconsultas, procedimientos diagnóstico terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc.), con indicación de la fecha de atención, diagnóstico, exámenes solicitados y realizados, tratamiento, evolución y epicrisis. Este documento, en ningún caso puede ser adulterado.

Según se trate de atención ambulatoria (en consulta o domiciliaria) u hospitalaria y dependiendo del tipo de profesional y naturaleza de los tratamientos que se efectúen, las fichas dispondrán de una conformación diferente. Así, la ficha de consulta médica o de atención por kinesiólogos, fonoaudiólogos, enfermeras, psicólogos, matronas y enfermeras matronas, dispondrán de los registros de las atenciones propias de su profesión, considerando anamnesis, evolución, terapias efectuadas, exámenes, etc.

En caso de hospitalizaciones, la ficha contendrá a lo menos según las disposiciones de los establecimientos asistenciales, carátulas, hojas de enfermería, hojas de evolución clínica, copias o resultados de exámenes, protocolos quirúrgicos, epicrisis.

En casos de registros computacionales, éstos deberán cumplir con los mismos requisitos señalados en los párrafos precedentes.

Todos los profesionales y entidades que otorguen prestaciones en la Modalidad de Libre Elección, deberán confeccionar fichas clínicas de todas las personas que atiendan. Sin perjuicio de lo anterior, éstos podrán llevar además, otro tipo de documentos que por la naturaleza de las atenciones les entreguen directamente a los beneficiarios.

Se exceptúa de la obligación de confeccionar ficha clínica sólo a los prestadores que hayan realizado atenciones de salud que requieren otro tipo de Registros, según se

disponga en estas mismas normas.

Para efectos de fiscalización, los profesionales y entidades deberán conservar las fichas clínicas que contengan las atenciones, por un plazo mínimo de cinco años. El plazo señalado regirá a contar de la última atención efectuada al paciente. En caso de no disponerse de este documento las prestaciones se tendrán por no efectuadas, salvo que el Fondo, fundadamente considere que las prestaciones fueron realizadas

- d) Respaldo de exámenes y procedimientos: El profesional o entidad que realice exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, deberá ajustarse a la siguiente normativa:
- Emitir informes de cada una de las prestaciones. Ello, constituye una excepción a la obligación de confeccionar fichas clínicas.
 - No podrán retener los informes originales, placas, gráficos o similares, de los exámenes o procedimientos realizados. Deben entregar al paciente o persona allegada a su cuidado, informes originales, legibles, en los que se detalle el nombre completo del paciente, fecha de la prestación, técnica empleada, resultados y valores normales de referencia o conclusiones cuando corresponda; nombre completo, RUT, dirección y firma del profesional responsable, además deben entregar las placas radiológicas, gráficos y similares de los exámenes que haya practicado, con la identificación del paciente.
 - Deberán disponer de documentos de respaldo que avalen los cobros efectuados (copias de los informes o resultados emitidos en forma manual o computacional) los cuales deberá mantener por un lapso mínimo de tres años, contados desde la fecha de ejecución de la prestación.
 - Respecto de los exámenes de anatomía patológica, incluyendo los exámenes citológicos, deberán conservarse además, las preparaciones microscópicas e inclusiones ("tacos") por lo menos durante cinco años.

- e) Revisión y Fiscalización de Programas y Órdenes de Atención de Salud.

El Fondo podrá revisar los Programas y Órdenes de Atención de Salud, estando facultada esta Institución, para solicitar mayores antecedentes en los casos que estime conveniente.

El Fondo Nacional de Salud, para ejercer su facultad fiscalizadora, podrá solicitar al profesional o entidad, copia de la Ficha Clínica, protocolo de intervención quirúrgica y cualquier otro antecedente, adoptando todas las medidas que sean necesarias para garantizar el secreto profesional, considerando fundamentalmente criterios técnicos en su revisión.

Los profesionales o directores de las entidades asistenciales, estarán obligados a enviar la documentación antes mencionada y que sea requerida por el Fondo para su revisión, en un plazo no superior a cinco días hábiles contados de la fecha de solicitud. Para todos los efectos legales, los antecedentes clínicos tendrán el carácter de reservados.

- f) En la eventualidad de que un beneficiario, por su propia voluntad decida renunciar a su

derecho de hacer uso de la Modalidad de Libre Elección, con un determinado prestador inscrito en dicha Modalidad, deberá manifestarlo por escrito y el prestador deberá disponer de este documento, cuando le sea requerido por el Fondo.

5. PRESTAMOS MEDICOS

Los afiliados al Régimen de Prestaciones de Salud de acuerdo a lo señalado en el Libro II, tendrán derecho a solicitar al Fondo el otorgamiento de préstamos, de conformidad al D S. N° 369 de 1985, de Salud, destinados a financiar total o parcialmente, aquella parte del valor de las prestaciones que les corresponda pagar, y que requieran para sí o para los beneficiarios que de ellos dependan, en las condiciones que se establecen a continuación:

- a) Para acceder a préstamos médico, los afiliados personalmente presentarán una solicitud al Fondo, debidamente firmada. En los casos que los afiliados no puedan concurrir personalmente, podrán delegar la tramitación del mismo en otra persona, que en ningún caso podrá ser el prestador o representantes del mismo. Constituyen una excepción a esta norma, las situaciones que expresamente se encuentran autorizadas por el Fondo.
- b) Los préstamos médicos serán otorgados, con cargo al Fondo de Préstamos Médicos que establece el artículo 162 del Libro II, en la medida que los recursos lo permitan.
Para este efecto y en conformidad a lo señalado en la legislación vigente, el Fondo debe arbitrar las medidas necesarias para el otorgamiento y recuperación de los préstamos, considerando entre otras materias, los requisitos a cumplir para optar al préstamo, los documentos específicos que en cada caso se requieran y el mecanismo de pago que corresponda.
- c) El monto máximo que podrá otorgarse como préstamo, será el equivalente al total de la parte no bonificada del valor arancelario de la prestación, cualquiera sea el valor diferenciado que corresponda al Grupo del Rol en que el prestador tenga inscrita la prestación.
- d) En la Modalidad de Libre Elección, procederá el otorgamiento de préstamos, para el financiamiento de la parte no bonificada de las prestaciones de salud, de acuerdo al siguiente detalle:
 - Pago Asociado a Emergencia.
 - Atención Hospitalizada.
 - Diálisis (hemodiálisis y peritoneodiálisis).
 - Radioterapia.
 - Tratamientos psiquiátricos.
 - Adquisición de órtesis y prótesis.
- e) Pueden optar a préstamo médico los siguientes afiliados:
 - Trabajador dependiente.
 - Trabajador independiente
 - Imponente voluntario.
 - Pensionado Previsional
 - Trabajador subsidiado por incapacidad laboral

- Persona subsidiada por cesantía

f) Prestamos en Tratamientos de Diálisis.

Para el otorgamiento de préstamos a los pacientes sometidos a estos tratamientos, el Fondo le entrega al paciente un talonario con un detalle de la prestación y su precio, el que debe entenderse de uso exclusivo por parte del beneficiario quien debe administrarlo personalmente.

Es opción del beneficiario, entregarlo al prestador que otorga la atención para efectos de los trámites de valorización correspondientes. En ningún caso puede ser retenido por estos centros en contra de la voluntad del paciente.

Cada préstamo del talonario, corresponde al pago por un tratamiento mensual, por lo que en casos de efectuarse prestaciones individuales, se utilizará la forma habitual de solicitudes de préstamo.

g) Tratándose de las prestaciones otorgadas en situaciones de emergencia o urgencia, del Grupo 28 Pago Asociado Atención de Emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, se entenderá que el Fondo ha otorgado un préstamo a sus afiliados por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de éstos, si una vez transcurridos treinta días desde que el Fondo ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas durante una situación de urgencia o emergencia, el afiliado no ha enterado directamente al Fondo dicho monto.

6. COBRO DE PRESTACIONES DE SALUD.

6.1 Generalidades.

- a) Los valores de las prestaciones consignados para las prestaciones en el Arancel, incluyen los honorarios profesionales y la totalidad de los insumos corrientes que se utilicen. Dichos valores no incluyen los medicamentos, los insumos y elementos expresamente señalados en contrario en el Arancel y aquellos insumos específicamente necesarios para procedimientos o intervenciones, tales como arteriografías, angioplastías, procedimientos endoscópicos de especialidades, etc.
- b) Se entenderán incluidos en el honorario profesional, todas las explicaciones e instructivos necesarios para efectuar cualquier prestación y el informe de la misma, cuando corresponda.
- c) Para tener derecho a recargo por horario inhábil, las prestaciones deben ser efectuadas en conformidad a lo establecido en el artículo 7º del Arancel.
- d) Los honorarios sólo pueden ser percibidos por el profesional o entidad que efectivamente otorgó la prestación y que, de acuerdo con la Resolución Exenta que regula el procedimiento de convenios, cuente con los elementos indispensables para su realización.
- e) Los profesionales y entidades inscritos en la Modalidad de Libre Elección, estarán por este sólo hecho obligados a cobrar, como máximo, por las prestaciones de salud efectuadas a los beneficiarios de la Ley, el valor que esas prestaciones tengan asignadas en el Arancel vigente a la fecha en que fueron efectivamente otorgadas.

Asimismo, las personas naturales, inscritas en la Modalidad de Libre Elección, deberán cobrar todas las prestaciones que otorguen a los beneficiarios del Fondo a través de Órdenes de Atención, aunque dichas prestaciones sean efectuadas a través de Sociedades no inscritas en el Rol.

- f) Para cobrar el valor de la Sala de Procedimiento, Derecho de Pabellón o Sala de Partos, la entidad deberá estar inscrita en el Rol.
- g) Los profesionales médicos deberán estar inscritos en el Rol y sólo podrán cobrar las Ordenes de Atención correspondientes a los códigos adicionales 1 al 4 (Sala de Procedimientos) de prestaciones que realicen y estén autorizadas; no podrán cobrar diferencias de acuerdo al art. 53 del D.S.N°369/85 , de Salud.
- h) Para cobrar honorarios profesionales de prestaciones que requieran Sala de Procedimiento, Derecho de Pabellón o Sala de Parto y que hayan sido efectuadas en entidades no inscritas en el Rol, se deberá individualizar claramente la entidad en el correspondiente Programa, debiendo el profesional cautelar que el establecimiento cumpla con los requisitos técnicos y sanitarios que establece el Fondo sobre convenios y sus modificaciones.
- i) Sin perjuicio de los máximos financieros establecidos en la presente normativa, el Fondo podrá autorizar fundadamente límites diferentes para las prestaciones de salud que lo requieran.

6.2 Presentación a cobro.

- a) El profesional o entidad que cobra la prestación, es responsable de los documentos que llevan su firma, por lo que estos deberán presentarse de acuerdo a la reglamentación vigente.
- b) El cobro al Fondo por prestaciones de salud, procede únicamente una vez que éstas hayan sido efectuadas.
- c) Todas las Órdenes de Atención y los Programas de Atención de Salud que se presenten en cobranza, ya sea por profesionales o entidades, deberán llevar el nombre, cédula de identidad, edad, sexo, dirección, y firma del beneficiario. En caso de campos a completar por el prestador, la información será legible, sin omisiones, alteraciones o enmendaduras, pudiendo el Fondo rechazar el pago respectivo.
- d) En caso de prestaciones otorgadas por profesionales actuando como personas naturales la o las ordenes de atención, deberán llevar además nombre, RUT y firma manuscrita del profesional y fecha en que se efectuó la prestación.
- e) En caso de prestaciones otorgadas por entidades, deberán llevar nombre y RUT de la entidad, fecha en que se efectuó la prestación y firma del representante legal, quién asumirá la responsabilidad de todo lo involucrado, tanto en la ejecución como en el cobro de las prestaciones. El Fondo podrá solicitar la identificación de quienes efectivamente otorgaron determinadas prestaciones.
- f) Cuando las instituciones o entidades al realizar determinadas prestaciones, deban recurrir a profesionales no inscritos para otorgarlas, deberán informar previamente al beneficiario o a quien le represente en su caso, sobre profesionales inscritos, tarifas y

alternativas para la atención.

Asimismo, en la circunstancia anterior, el beneficiario deberá dejar constancia por escrito de su opción.

Excepcionalmente, esta renuncia podrá ser presentada por un representante del beneficiario.

- g) El cobro del código 01-01-003 por parte de instituciones, que tengan inscrito dicho código procederá exclusivamente cuando las atenciones hayan sido efectuadas por profesionales que cumplan con los requisitos establecidos en el punto 7.1.5.
- h) El cobro por parte del prestador, debe efectuarse dentro del plazo de 180 días contados desde la fecha de emisión. En caso contrario, el Fondo rechazará su pago, pudiendo el prestador presentar una solicitud de reconsideración, siendo facultativo de las Direcciones Regionales, autorizar el pago, denegarlo, o requerir una fiscalización de prestaciones complementaria.
- i) Las cobranzas de prestaciones de Laboratorio, Imagenología, Ortesis y Prótesis deben ser acompañadas de los formularios de solicitud o prescripción respectiva, extendidos por el médico u otros profesionales autorizados y debidamente timbrados por el cajero emisor.
- j) Los Servicios de Salud cuyos hospitales cuenten con Servicios de Pensionado para otorgar prestaciones de salud en la Modalidad de Libre Elección, deberán conservar en la historia clínica del paciente, el original del formulario de declaración de elección de la Modalidad de Atención.

El formulario, al menos, debe considerar en forma clara los siguientes datos: identificación del beneficiario, nombre completo y R.U.T., Modalidad de Atención por la que se está optando, nombre del profesional que realizará las prestaciones, firma y R.U.T. del aceptante y fecha del documento.

- k) El Fondo pagará únicamente las Órdenes de Atención que cumplan los requisitos señalados y por prestaciones efectivamente realizadas. No obstante lo cual, el Director del Fondo o en quien haya delegado esta facultad, podrá autorizar el pago de Ordenes que no se ajusten totalmente a esta normativa.
- l) Las entidades y establecimientos, en ningún caso podrán cobrar por prestaciones efectuadas por profesionales cuyo registro en el Rol, haya sido objeto de suspensión o cancelación, mediante el procedimiento sancionatorio establecido en el Art 143 del Libro II, mientras tales medidas se encuentren vigentes.

6.3 Cobro de exámenes especializados por convenio entre prestadores:

- a) El Fondo con el objeto de permitir que el beneficiario tenga un mejor acceso y oportunidad de atención en tecnología especializada de laboratorio clínico, podrá en casos de falta de oferta disponible, autorizar excepcionalmente el cobro de exámenes de laboratorio o de anatomía patológica procesados por profesionales o entidades diferentes a quien toma la muestra, permitiendo el cobro por cualquiera de ellos.

En estos casos, ambos prestadores deberán estar inscritos en el Fondo y en los

informes de los respectivos exámenes, deberá constar quien tomó la muestra y quien realizó efectivamente el procesamiento del examen. Sin embargo, cuando se trate de determinaciones que para calidad técnica del resultado, exigen su realización dentro de la primera media hora de tomada la muestra (ej.: gases arteriales, espermiograma y otros similares) no se autorizarán para convenio por tercero, cuando el traslado de muestra al laboratorio que hace el proceso quede a distancia que en tiempo supere dicho límite.

b) El cobro de estos exámenes, se efectuará siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- El solicitante, debe corresponder a un laboratorio básico que disponga de autorización sanitaria de instalación y funcionamiento vigente.
- El traslado de las muestras debe cumplir con las condiciones de seguridad técnicas que correspondan.
- El prestador responsable del procesamiento de los exámenes, debe disponer del equipamiento e implementación de la técnica específica de los exámenes en convenio.
- El prestador recibirá por estas prestaciones, como único pago las respectivas órdenes de atención de salud, no efectuando cobros adicionales por traslado u otro concepto que no se establezca en forma específica en el Arancel.

c) Esta forma de cobro, se establece para exámenes tales como:

- Determinación de hormonas, Grupo 03, Sub Grupo 03
- Exámenes de Genética Grupo 03, Sub Grupo 04
- Exámenes de Inmunología Grupo 03, Sub Grupo 05
- Exámenes de anatomía patológica Grupo 08 SubGrupo 01, con excepción de las prestaciones 08-01-006, 08-01-009 y 08-01-010.
- Excepciones a la codificación establecida, deben ser evaluados técnicamente por el Dpto. de Control y Calidad de Prestaciones del Fondo.

d) Cuando se trate de laboratorios especializados, que requieran convenir con un tercero, prestaciones de laboratorio básico, la evaluación técnica será efectuada por el Dpto de Control y Calidad de Prestaciones del Fondo, o la instancia que le suceda en sus funciones.

7. GRUPO 01 CONSULTAS Y VISITAS MEDICAS.

7.1 Prestaciones del Grupo 01 Atención Abierta

El Fondo no autorizará la emisión de Órdenes de Atención del Grupo 01, SubGrupo 01, para un mismo beneficiario, en número superior a 2 por día.

Asimismo, podrá definir otros límites máximos de emisión, de acuerdo a lo establecido en la letra j), punto 6.1 de estas normas.

Para efectos del pago de las prestaciones 01-01-001, 01-01-002 y 01-01-003, los registros de respaldo mínimos corresponden a los siguientes: identificación del paciente, fecha de atención, identificación del médico que otorga la atención y el detalle que corresponda, según lo definido en el punto 4 letra c) de estas normas.

7.1.1 “Definición de Consulta Médica”.

Es la atención profesional otorgada por el médico a un paciente en su Consultorio Privado o en un local destinado para estos efectos en un Hospital, Clínica o Centro de Salud, debiendo cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución Exenta que regula el procedimiento de suscripción de convenios para la Modalidad de Libre Elección y con las presentes normas.

Esta prestación incluye anamnesis, examen físico, diagnóstico, indicación terapéutica, solicitud de exámenes, siendo responsabilidad del prestador, la calidad y veracidad de la información en ella contenida. Las atenciones y sus fechas deberán registrarse siempre en una Ficha Clínica. En caso de no cumplirse este requisito, el Fondo tendrá las prestaciones por no efectuadas.

Algunos procedimientos mínimos y habituales, como la esfigmomanometría, otoscopía, registro pondoestatural y otros que se efectúen durante una consulta médica, se entenderán incluidos en ella.

7.1.2 “Especialidad Médica”:

Podrán inscribir prestaciones establecidas en el Arancel para una determinada especialidad, los médicos que cumplan las condiciones y requisitos que considera en su artículo segundo transitorio el DS 57/2007 del Ministerio de Salud, publicado el 06 de noviembre de 2008, que aprobó el “Reglamento de certificación de las especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales y de las entidades que la otorgan”.

7.1.3 “Consulta médica electiva” (cód. 01-01-001):

Es la atención profesional otorgada por un médico a un paciente, en las condiciones establecidas en el punto 7.1.1 anterior.

7.1.4 “Consulta Médica de Neurólogo, Neurocirujano, Otorrinolaringólogo, Geriatra u Oncólogo, Endocrinólogo” (cód. 01-01-002):

Es la atención profesional otorgada a un paciente, por un médico que dispone de la acreditación de alguna de las especialidades explicitadas en esta prestación. El código 01-01-002, sólo podrá ser cobrado por médicos inscritos como especialistas en el Fondo Nacional de Salud, que hayan acreditado dicha condición de acuerdo a lo dispuesto en el punto 7.1.2 de estas Normas, o por una entidad que cuente con médicos especialistas acreditados ante el Fondo.

La realización de una consulta médica por parte de estos especialistas, no permite el cobro de la prestación 01-01-002 en forma conjunta con los códigos 01-01-001 y/o 01-01-003.

El valor de la prestación considera incluido, todo lo señalado en los párrafos segundo y tercero del punto 7.1.1 de estas normas.

7.1.5 “Consulta Médica de Especialidades” (cód. 01-01-003):

Es la atención profesional otorgada a un paciente, por un médico que disponiendo de una especialidad según lo establecido en el punto 7.1.2 anterior, se encuentre inscrito como especialista en el Fondo Nacional de Salud y disponga de una antigüedad a lo menos de once años de ejercicio de su profesión, o por una entidad que cuente con especialistas acreditados ante el Fondo, cumpliendo con los once años de ejercicio

profesional exigidos. Tratándose de médicos que hayan obtenido el título profesional en el extranjero, se exigirá requisito de antigüedad de once años, desde la fecha de titulación acreditada ante FONASA.

La prestación 01-01-003, tendrá un valor único, siendo independiente del nivel en que esté inscrito el profesional y considera incluido en su valor, todo lo señalado en los incisos segundo y tercero del punto 7.1.1 anterior.

7.1.6 "Visita Médica Domiciliaria en Horario Hábil" (cód. 01-01-004), "Visita Médica Domiciliaria en Horario Inhábil": (cód. 01-01-005):

Es la atención profesional efectuada por el médico, en el domicilio de un paciente o en el lugar en que esté residiendo el enfermo en el momento de la prestación. Para efecto de la aplicación de horario hábil o inhábil, se ajustará a lo definido en el Artículo 7º del Arancel. Deberán cumplirse los mismos requisitos establecidos para la consulta médica en el punto 7.1.1 de estas Normas.

7.1.7 "Atención Médica Integral" (cód. 01-01-020):

Es un conjunto de prestaciones de salud, que permiten resolver en forma integral una patología aguda de tratamiento médico y detectar factores de riesgo de enfermedades de alta prevalencia o condiciones mórbidas en una etapa temprana de su historia natural.

a) El valor, incluye lo siguiente:

- Consulta de morbilidad
- Control de salud del niño, preventivo del adulto o del adulto mayor
- Consulta de especialidad, si se requiere.
- Los exámenes de laboratorio e imagenología que sean solicitados para el diagnóstico y tratamiento del episodio mórbido y que a continuación se indican:
 - Hemograma 03-01-045
 - Creatinina 03-02-023
 - Glicemia 03-02-047
 - Orina completa 03-09-022
 - Urocultivo 03-06-011
 - Bilirrubina total y conjugada 03-02-013
 - Fosfatasas Alcalinas 03-02-040
 - Transaminasas 03-02-063
 - Reacciones tíficas 03-06-039
 - Coproparasitario seriado 03-06-048
 - Coprocultivo 03-06-007
 - Examen de Graham 03-06-051
 - Rotavirus 03-06-070
 - Cultivo corriente 03-06-008
 - Antibiograma corriente 03-06-026
 - Hemocultivos (2) 03-06-009
 - Radiografía de tórax frontal y lateral 04-01-070

- Los exámenes de laboratorio que se efectúen para la detección de factores de

riesgo o diagnóstico precoz de patologías, según corresponda:

- Colesterol total: personas mayores de 40 años
 - Glicemia: personas con obesidad, mayores de 40 años y pacientes con antecedentes familiares de Diabetes Mellitus
 - Papanicolau (PAP): mujeres entre 25 y 64 años (1 cada 3 años).
- Las actividades preventivas que se efectúen para la detección de factores de riesgo o diagnóstico precoz de patologías, según corresponda:

En lactantes y niños menores de 15 años.

- Anamnesis tendiente a identificar factores de riesgo tales como: riesgo desnutrición, drogas, alcohol, violencia intrafamiliar, accidentes.
- Evaluación antropométrica: peso, talla, circunferencia de cráneo, evaluación nutricional.
- Detección precoz de problemas visuales, auditivos y ortopédicos (displasia caderas, pié plano, escoliosis)
- Evaluación Desarrollo Sicomotor
- Educación en prevención patología respiratoria, obesidad infantil, accidentes, patología dental.

En adultos y adultos mayores.

- Anamnesis tendiente a identificar factores de riesgo tales como: antecedentes familiares morbimortalidad cardiovascular, tabaquismo, sintomático respiratorio, PAP vigente, bebedor problema, depresión, riesgo laboral.
- Mediciones de peso-talla, circunferencia cintura, presión arterial.
- Examen físico completo que incluya salud oral, mamas, vicios de refracción.
- Consejería educativa en autocuidado, técnica de autoexamen de mamas, transmisión y prevención de enfermedades de transmisión sexual y el HIV/SIDA.
- En los adultos mayores, evaluación de agudeza visual, estado dental y capacidad funcional.

b) Los controles de morbilidad que se requieran para la resolución del cuadro agudo que sean realizados durante los 30 días siguientes a la fecha de la primera consulta, están incluidos en la prestación 01-01-020.

c) La prestación código 01-01-020 no tendrá derecho a recargo horario, ni será afectado por el grupo de inscripción del prestador.

d) Límite Financiero: Para la prestación 0101020, se establece un máximo de una prestación por año por beneficiario.

e) Para el otorgamiento de esta prestación, se podrán inscribir entidades cuyos centros de atención de salud, cuenten al menos con los siguientes requisitos:

- Planta física que considere, área de recepción, sala de espera, boxes implementados para atención de pacientes, baños separados para pacientes y personal.

- Disponer de servicio de laboratorio clínico e Imagenología, acorde con las exigencias técnicas y sanitarias del caso o contar con convenio para dicho efecto.
- Profesionales de salud, tales como médico general y/o especialistas en especialidades básicas (pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia), medicina familiar adultos, medicina familiar niños, enfermera universitaria
- En materias administrativas, contar con fichas clínicas individuales para el registro de actividades y acciones realizadas y sistema con libro de reclamos y sugerencias.

7.2 PRESTACIONES DEL GRUPO 01 EN ATENCION CERRADA.

7.2.1 "Visita por médico tratante a enfermo hospitalizado" (cód. 01-01-008):

Es la atención profesional realizada por un médico tratante a su paciente privado, internado en un Hospital o Clínica. La atención médica, la registrará en la ficha clínica de la institución, debiendo además cumplirse lo establecido en el punto 7.1.1 anterior.

En el caso en que no se cumpla la condición de médico tratante, entendiéndose como tal, al médico, persona natural, responsable de la atención del paciente y que aparece identificado en el respectivo Programa de Atención de Salud la prestación efectuada se pagará a través del código 01-01-010. Tampoco, corresponde el cobro del código 01-01-008, cuando se trate de atenciones efectuadas por médicos residentes o funcionarios del establecimiento en el que se encuentra internado el paciente.

Constituye excepción para el cobro del código 01-01-008 la atención efectuada por un médico psiquiatra tratante, cuando su paciente se encuentra internado en uno de dichos centros asistenciales. En esos casos, el cobro de las atenciones se registrarán exclusivamente por lo establecido en el punto 14 de estas Normas.

7.2.2 "Visita por médico interconsultor a enfermo hospitalizado"(cód. 01-01-009):

Es la atención profesional realizada por un médico interconsultor en junta médica o no, a un paciente internado en un Hospital o Clínica. El registro de la atención, se efectuará en la ficha clínica de la institución, debiendo además cumplirse lo establecido en el punto 7.1.1 de estas normas.

El código 01-01-009 sólo podrá cobrarse en el Programa de Atención de Salud del beneficiario hospitalizado. No corresponderá el cobro de esta prestación, en las atenciones efectuadas por médicos residentes, o funcionarios del establecimiento en el que se encuentra internado el paciente.

El médico tratante o el interconsultor, tendrá la obligación de registrar la atención efectuada en la ficha clínica de la entidad, sin perjuicio de que pueda consignarla además en su propia ficha. En caso de no cumplirse este requisito, el Fondo asumirá que la prestación no ha sido otorgada.

7.2.3 "Atención Médica Diaria a Enfermo Hospitalizado"(cód. 01-01-010):

Es la atención médica otorgada a un paciente internado en un establecimiento, por un médico funcionario o residente, actuando en calidad de médico tratante. Comprende la

evaluación médica diaria, indicaciones de tratamientos y controles necesarios. Deberá cumplir con los requisitos establecidos en el punto 7.1.1 de estas normas.

El cobro del código 01-01-010, sólo podrá efectuarse a través del Programa de Atención de Salud, del beneficiario hospitalizado. En el caso de las atenciones efectuadas por médicos psiquiatras, no corresponderá el cobro de la prestación 01-01-010.

7.2.4 "Máximos de prestaciones" 01-01-008 y 01-01-010:

El cobro de las prestaciones códigos 01-01-008 y 01-01-010 corresponde a la atención de pacientes agudos. El Fondo cancelará las atenciones efectivamente requeridas por el paciente y registradas en los primeros 30 ó 31 días de hospitalización con un máximo de una diaria.

Si el médico tratante requiere efectuar una segunda visita en el día a un mismo paciente, deberá confeccionar un Programa Complementario en la forma establecida en el punto 3.3 letra e) de estas Normas, el que, acompañado de los antecedentes clínicos deberá ser remitido al Fondo y autorizado o rechazado por éste.

A continuación de los 31 días, el número máximo de prestaciones será de tres por semana.

7.2.5 Atención médica en Clínicas de Recuperación:

Las prestaciones códigos 01-01-008 y 01-01-010 podrán ser cobradas con un límite máximo de 1 semanal, en enfermos hospitalizados en Clínicas de Recuperación.

8. DIAS-CAMA Y DIAS CAMA DE HOSPITALIZACION (GRUPO 02).

Para efecto de la codificación y normativa que debe aplicarse a los Días Camas, cuando se trate del otorgamiento de prestaciones de salud, a un paciente que se encuentra ocupando una cama en un establecimiento asistencial, los prestadores se ajustarán a lo señalado en este punto:

- a) Las prestaciones correspondientes a Días Cama y Días Cama de Hospitalización del Grupo 02 del Arancel, deben incluirse en un Programa de Atención de Salud, de acuerdo a lo señalado en el punto 3.3 letra b) de estas Normas.
El establecimiento asistencial, deberá consignar la fecha efectiva de ingreso y alta del paciente, debiendo quedar constancia de ello en sus registros.
- b) "Días Camas"(códigos 02-02-007 y 02-02-008):
Corresponde utilizar esta codificación, cuando se trate de la permanencia de un paciente en un establecimiento asistencial, sin pernoctar, ocupando cama entre las 08:00 hrs. A.M. y 20:00 hrs. P.M.
En lo que sea pertinente, estas prestaciones incluyen en su valor lo establecido en la letra d) de este punto.
- c) "Días Camas de Hospitalización"(códigos 02-02-004 al 02-02-006) (códigos 02-02-009 al 02-02-010) (códigos 02-02-101 al 02-02-116) (códigos 02-02-201 al 02-02-203) (códigos 02-02-301 al 02-02-303):
Corresponde la aplicación de los códigos Días Camas de Hospitalización, cuando se trate de la permanencia de un paciente en un establecimiento asistencial, ocupando una cama

y cumpliéndose además la condición de pernoctar.

En hospitalizaciones en una Unidad de Cuidados Intensivos (códigos 02-02-201 al 02-02-203) o de Intermedio (código 02-02-301 al 02-02-303), cuando no se cumpla la condición de "pernoctar" y para la permanencia del primer día en dichos recintos, procederá el cobro de diferencias por Día Cama (establecidas por D.S. N° 369/85, de Salud, art. 53) en forma proporcional al número de horas que el paciente permaneció en la respectiva Unidad.

Lo anterior, sin perjuicio de la forma en que el Fondo, valore o emita las Ordenes de Atención correspondientes.

Para todos los Días Cama de Hospitalización, se entiende incluido en su valor lo señalado en la letra d), de este punto y las exigencias específicas por tipo de Día Cama, establecidas más adelante.

d) Los valores, que se consignan en el Arancel para los respectivos Días Camas, incluyen:

Atención Médica y de Enfermería.

- La atención del médico residente, toda vez que sea necesaria en ausencia del médico tratante.
- Atención completa de enfermería y procedimientos mínimos habituales (saturación de O2 con oxímetro, aerosolterapia - nebulizaciones con aire comprimido y oxígeno, aerosolterapia con presión positiva intermitente, instalación vías venosas, inyectables, fleboclisis, curaciones, sondas, enemas, tomas de muestra, etc.)

Otras Atenciones.

- La administración de transfusiones de sangre y/o hemocomponentes, cuando sea efectuada por personal diferente del médico o tecnólogo médico del Banco de Sangre o Servicio de Transfusión.
- La alimentación oral diaria, prescrita por el médico tratante, con excepción de las fórmulas especiales tipo OSMOLITE o similares.

Elementos, materiales, insumos .

- El uso de un catre clínico con la respectiva ropa de cama.(sábanas, almohadas, frazadas de cualquier tipo)
- Insumos de uso general:
 - Gasa, algodón, tómulas, apósitos de cualquier tipo.
 - Tela adhesiva y similares.
 - Guantes quirúrgicos y de procedimientos.
 - Antisépticos y desinfectantes de todo tipo (líquido, en polvo o aerosol).
 - Oxígeno y aire comprimido.
 - Inmovilizadores de extremidades
 - Sujetadores de sondas

- e) No serán financiados por el Fondo los útiles de uso personal, de uso cosmético o aseo, ya que constituyen una excepción a la normativa precedente porque no forman parte del tratamiento médico. Estos elementos deberán cobrarse directamente al beneficiario (pañales desechables, colonias, etc)
- f) "Día Cama Psiquiátrica Diurna" (cód. 02-02-007):
Corresponde la aplicación de este tipo de Día Cama, cuando el beneficiario permanezca como mínimo 6 horas en el establecimiento y sin pernoctar en él. En caso de permanecer por un tiempo inferior a lo establecido, no procederá el cobro de esta prestación. El establecimiento, deberá cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución de Convenios que para estos efectos, dicta el Fondo.
- g) "Día Cama de Observación" (cód. 02-02-008):
Corresponde el cobro del Día Cama de Observación, cuando el beneficiario permanezca como mínimo 4 horas utilizando una cama en el establecimiento y sin pernoctar en él. En caso de permanencia del paciente, por un tiempo inferior a lo establecido no procederá cobro de esta prestación.
- h) "Día Cama de Hospitalización Clínica de Recuperación"(cód. 02-02-009):
Corresponde el cobro de este tipo de Día Cama, cuando se trate de la hospitalización de un beneficiario en una clínica de recuperación, de cuidados especiales, de pacientes crónicos y/o similares

Estos establecimientos asistenciales, están destinados a la atención de pacientes, con condición de salud, de larga estadía, que requieren atención médica, rehabilitación integral, vigilancia y cuidados de enfermería, acceso a procedimientos diagnósticos terapéuticos eventuales.

- i) "Día Cama de Hospitalización Aislamiento" (cód. 02-02-010):
Corresponde la aplicación de este tipo de Día Cama, cuando por indicación del médico tratante y considerando las condiciones médicas que así lo ameriten, el beneficiario se hospitalice en una sala que permita su manejo clínico con equipos y técnicas especiales de aislamiento.
- j) "Día Cama de Hospitalización en Unidad de Cuidado Intensivo" (UCI) (códigos 02-02-201 al 02-02-203):
Corresponde al Día Cama de Hospitalización de un paciente crítico, en una unidad ubicada en dependencias únicas y centralizadas, de una Clínica u Hospital, cuya dotación de profesionales médicos y de enfermería asegura la atención en forma permanente y preferente durante las 24 horas del día y que dispone de los equipos especializados necesarios, para atender y monitorizar enfermos con alto riesgo vital con apoyo cardiorrespiratorio intensivo.

Debe considerarse incluido en su valor, el conjunto de prestaciones que reciba en dicha Unidad y que incluye las atenciones del personal profesional residente y de colaboración y el uso de las instalaciones, instrumentos y equipos que debe tener la Unidad.

El personal profesional y de colaboración residente en la Unidad para la atención

continuada las 24 horas, incluirá médicos, enfermeras, auxiliares especializados y personal de servicio.

Además deberá existir disponibilidad de kinesiólogos para los casos y hora en que se requiera, cuyas acciones se cobrarán de acuerdo a lo establecido en el punto 12 de estas Normas.

Lo que caracteriza a estos recintos, además de lo señalado, son las instalaciones y equipos que incluyen como mínimo: monitores, respiradores, desfibriladores, bombas de infusión continua, etc. y el acceso a procedimientos habituales, tales como accesos vasculares, sondeos, medición de presión venosa central, sondeos gástricos y vesicales, alimentación enteral y parenteral, oxígeno terapia, etc.

Aquellas atenciones profesionales y/o procedimientos que deban ser realizados por médicos ajenos a la Unidad, tales como interconsultas a especialistas, endoscopías, estudios radiológicos, colocación de marcapasos definitivos, biopsias, etc., serán cobrados separadamente por el profesional o entidad que los realice.

Para efecto de definiciones conceptuales de muebles, equipos, insumos y otros, se considerará lo señalado en el punto 26 de estas Normas.

Cuando en una Unidad de Cuidados Intensivos (Días Camas códigos 02-02-201 al 02-02-203), no se cumpla la condición de "pernoctar" y para la permanencia del primer día en estos recintos, procederá el cobro de diferencias por Día Cama (establecidas por D.S. N° 369/85, de Salud, artículo 53), en forma proporcional al número de horas que el paciente permaneció en la respectiva Unidad, sin perjuicio de la forma en que el Fondo valore o emita las Ordenes de Atención correspondientes.

- k) "Día Cama de Hospitalización en Unidad de Tratamiento Intermedio" (código 02-02-301 al 02-02-303):

Es el Día Cama de hospitalización, en aquella Unidad que sirve para la internación o derivación de pacientes graves, que no requieren apoyo cardiorrespiratorio intensivo.

Deberá contar con organización técnica y administrativa propia, comprendiendo enfermería permanente durante las 24 horas del día, auxiliares, personal de servicio y residencia médica en el establecimiento, el que deberá contar necesariamente con UCI.

Sin alcanzar la complejidad organizativa de una UCI, las instalaciones y equipos serán los mismos aunque en menor proporción de acuerdo a la dotación de camas. Su valor incluye lo señalado en el inciso segundo de la letra j) precedente.

El Director del Fondo podrá aceptar la ausencia de UCI solamente en atención a las necesidades y realidad de salud regionales.

Para efecto de definiciones conceptuales de muebles, equipos, elementos, insumos y otros, se considerará lo señalado en el punto 26 de estas Normas.

Utilizarán esta misma nomenclatura y codificación aquellas unidades intensivas especializadas como Unidades Coronarias, Respiratorias y otras, en la medida que cumplan con las exigencias técnicas establecidas por el Fondo.

Cuando en una Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) (Días Camas códigos 02-02-

301 al 02-02-303), no se cumpla la condición de "pernoctar" y para la permanencia del primer día en estos recintos, procederá el cobro de diferencias por Día Cama (establecidas en el artículo 53 del D.S. N° 369/85, de Salud) en forma proporcional al número de horas que el paciente permaneció en la respectiva Unidad, sin perjuicio de la forma en que el Fondo valore o emita las Ordenes de Atención correspondientes.

- l) Por concepto de Días - Cama, las entidades con convenio vigente, además de la orden de atención por el respectivo código de la atención cerrada otorgada, podrán cobrar directamente al beneficiario, las diferencias que se produzcan entre dicho valor arancelario y el que fije libremente la entidad.

De acuerdo a lo señalado en el artículo 53 del D.S. N° 369/85, de Salud y sus modificaciones, estos valores deberán ser informados al Fondo antes de su aplicación, pudiendo variarse como máximo tres veces en el año calendario, debiendo, además, mantenerse a disposición de los beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II.

9. LABORATORIO (GRUPO 03).

Convenio entre Prestadores de Laboratorio: El Fondo con el objeto de permitir que el beneficiario tenga un mejor acceso y oportunidad de atención en tecnología especializada de laboratorio clínico, podrá en casos de falta de oferta disponible, autorizar excepcionalmente el cobro de exámenes de laboratorio o de anatomía patológica procesados por profesionales o entidades diferentes a quien toma la muestra, permitiendo el cobro por cualquiera de ellos.

En estos casos, ambos prestadores deberán estar inscritos en el Fondo y en los informes de los respectivos exámenes, deberá constar quien tomó la muestra y quien realizó efectivamente el procesamiento del examen.

El convenio para estos exámenes, se efectuará siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- El solicitante, debe corresponder a un laboratorio básico que disponga de autorización sanitaria de instalación y funcionamiento vigente.
- El traslado de las muestras debe cumplir con las condiciones de seguridad técnicas que correspondan.
- El prestador responsable del procesamiento de los exámenes, debe disponer del equipamiento e implementación de la técnica específica de los exámenes en convenio.
- El prestador recibirá por estas prestaciones, como único pago las respectivas órdenes de atención de salud, no efectuando cobros adicionales por traslado u otro concepto que no se establezca en forma específica en el Arancel.

Cuando se trate de laboratorios especializados, que requieran convenir con un tercero, prestaciones de laboratorio básico, la evaluación técnica será efectuada por el Depto de Control y Calidad de Prestaciones del Fondo, o la instancia que le suceda en sus funciones.

- a) Sólo procederá el cobro de una prestación código 03-07-011 (Toma de muestra venosa en adultos) ó 03-07-012 (Toma de muestra venosa en niños y lactantes) por beneficiario

y por la totalidad de los exámenes que requieran estas prestaciones.

Los códigos 03-07-011 y 03-07-012 ya mencionados, no podrán cobrarse, en la atención abierta, en forma simultánea con el código 03-07-013 (Toma de muestra con técnica aséptica para hemocultivos), excepto que se realicen 2 o mas hemocultivos en cuyo caso se autoriza una prestación 03-07-013 por cada muestra adicional

- b) La prestación Urocultivo, Recuento de Colonias y Antibiograma, código 03-06-011, incluye la Toma de Muestra en Orina Aséptica.
- c) Los códigos 03-07-016 Punción traqueal, 03-07-017 Punción vesical en niños y 03-07-018 Punción medular ósea, corresponden a prestaciones que deben ser ejecutadas y cobradas por profesional médico o por entidades que dispongan de estos profesionales.
- d) Aquellos exámenes de laboratorio que incluyan el estudio de diferentes parámetros, aun cuando estos no estén expresamente calificados en el Arancel como (proc. aut.), se considerarán incluidos en el mismo, no pudiendo cobrarse en forma separada (Ej. Hemoglobina en Hemograma, Glucosa en Orina Completa, Bicarbonato en Gases sanguíneos, etc.).
- e) Las pruebas alérgicas cutáneas correspondientes al código 03-05-048, consideran a lo menos 16 alérgenos. En caso de utilizarse un número mayor de alérgenos sólo se cancelará adicionalmente un 20% del valor de esta prestación.
- f) Las glicemias y glucosurias efectuadas a pacientes diabéticos crónicos, acreditados por el médico o entidad tratante, no requerirán de la prescripción respectiva.

El tiempo o consumo de Protrombina, cód. 03-01-059, que se efectúa en pacientes con tratamiento anticoagulante prolongado y que se encuentra certificado por el profesional tratante, tampoco requerirá de la prescripción respectiva.

- g) Para efecto de prescripción, respaldo y cobro de exámenes de laboratorio, el prestador debe ajustarse a lo establecido en los puntos 3 - 4 y 6 de estas Normas.
- h) En caso de control de embarazo normal efectuado por una profesional matrona, podrá solicitar los siguientes exámenes de laboratorio, a través de la Modalidad de Libre Elección:

- Embarazo, detección de (cualquier técnica)	03-09-014
- Gonadotrofina coriónica, fracción Beta	03-03-014
- Grupos sanguíneos AB0 Y Rho	03-01-034
- Coombs indirecto, test de	03-01-015
- Hemograma	03-01-045
- Hematocrito (proc. aut)	03-01-036
- Hemoglobina en sangre total (proc.aut)	03-01-038
- Glucosa	03-02-047
- N. Ureico y/o urea	03-02-057
- R.P.R.	03-06-038
- V.D.R.L.	03-06-042
- H.I.V.	03-06-169
- Orina Completa	03-09-022

- Papanicolau	08-01-001
- Ecografía obstétrica	04-04-002
- Ecotomografía ginecológica, pelviana femenina u Obstétrica con estudio fetal	04-04-006

La petición de los exámenes antes mencionados se ajustará a los mismos requisitos estipulados para los médicos, en el punto 3.1 letra de estas Normas.

- i) El perfil bioquímico (cód. 03-02-075) corresponde a la determinación automatizada de 12 parámetros bioquímicos en sangre (Grupo 03 SubGrupo 02).

Los parámetros bioquímicos a medir son: Acido úrico 03-02-005, bilirrubinemia total 03-02-012, calcio 03-02-015, deshidrogenasa láctica total (LDH) 03-02-030, fosfatasas alcalinas 03-02-040, fósforo 03-02-042, glucosa 03-02-047, nitrógeno ureico (NU) 03-02-057, proteínas totales 03-02-060, albúminas 03-02-060, transaminasa oxalacética (GOT) 03-02-063 y colesterol total 03-02-067.

- j) El código 03-02-076 Pruebas Hepáticas, incluye en su valor y las prestaciones 03-01-059, 03-02-013, 03-02-040, 03-02-045 y 03-02-063 x 2.
- k) Cuando en la prescripción de profesional tratante, se indique la realización de más de un perfil produciéndose coincidencias de parámetros entre los exámenes solicitados, se entenderá que no constituye incumplimiento de norma cuando se ejecute solo uno de los parámetros que conforman los distintos perfiles.

10. IMAGENOLOGIA (GRUPO 04).

- a) Los equipos que se utilicen para efectuar prestaciones de este Grupo, deberán contar con la aprobación previa del Fondo Nacional de Salud, formalizada de acuerdo con la Resolución Exenta que rige los convenios de inscripción en la Modalidad de Libre Elección.
- b) Cuando se trate de prestaciones del Grupo 04 SubGrupo 04, la presentación de los resultados deberá realizarse en placa de celuloide o papel fotográfico de alta calidad, exigiéndose un mínimo de 6 imágenes diferentes por examen. Se exceptúa la prestación código 04-04-002.
- c) En los exámenes de imagenología en que se requiera anestesia general o regional, el uso de esta se deberá fundamentar en el Programa respectivo. En base a éste se emitirán las correspondientes Ordenes de Atención para el radiólogo y para los demás profesionales que participen, incluido el anestesista.
- d) Para efecto de prescripción, respaldo y cobro de exámenes de imagenología, el prestador debe ajustarse a lo establecido en los puntos 3 - 4 y 6 de estas Normas.
- e) Las prestaciones del Grupo 04 Subgrupo 05, Resonancia Magnética, además de lo establecido en las letras precedentes, se ajustarán a lo siguiente:
- Requerirán de la prescripción efectuada por un médico especialista, acreditado como tal en el convenio de inscripción en el Rol del Fondo.
 - Para la emisión de Órdenes de Atención de Salud, se exigirá la presentación de un

formulario para confección de Programa de Atención de Salud, al que se anexará la prescripción del médico tratante, punto 3 de estas Normas.

- Las prestaciones de este Subgrupo, tendrán un valor único y no estarán afectas al nivel de inscripción del prestador que las otorgue.
- El valor de las prestaciones incluye el medio de contraste que se requiera para la ejecución de los exámenes.
- El límite financiero de este Sub Grupo, será de una prestación por año, por código, por beneficiario.
- El Fondo podrá autorizar la valorización de prestaciones adicionales, para los casos especiales que se justifiquen técnicamente. Para este efecto, se confeccionará un Programa Complementario, el que se ajustará a la normativa específica de este tipo de programas punto 3.3 letra e).

11. MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA (GRUPO 05).

Este grupo de prestaciones, se estructura en la forma siguiente:

	DESCRIPCION	CODIGOS
A. PROC. DIAGNOSTICOS	1. Estudios Endocrinológicos	05-01-100 al 05-01-102
	2. Estudios Osteoarticulares	05-01-103 al 05-01-104
	3. Estudios Cardiovasculares	05-01-105 al 05-01-109
	4. Estudios Digestivos	05-01-110 al 05-01-116
	5. Estudios Nefrourológicos	05-01-117 al 05-01-121
	6. Estudios Pulmonares	05-01-122 al 05-01-123
	7. Estudios Sistema Nervioso Central	05-01-124 al 05-01-125
	8. Estudios de Infecciones	05-01-126 al 05-01-127
	9. Estudios Oncológicos	05-01-128 al 05-01-133
	10. Densitometría Osea	05-01-134 al 05-01-134
B. PROC. TERAPEUTICOS	Radioisótopos	05-02-001 al 05-02-005

En cuanto a normativa específica para algunas prestaciones de este grupo de arancel, se entenderá lo siguiente:

- Cintigrama Oseo trifásico (incluye mediciones fase precoz y tardía) (cód. 05-01-104): Incluye las fases Arterial, Capilar y Ósea del estudio.
- Pool Sanguíneo Spect (cód. 05-01-109): Incluye fase precoz y tardía
- Spect hépato esplénico, evaluación hemangioma o hiperplasia (incluye mediciones fase precoz y tardía) (cód. 05-01-116):
- Detección y/o marcación de ganglio centinela (no incluye procedimiento) (cód. 05-01-128)
- Estudio de glándulas mamarias (Mamocintigrafía) (no incluye MIBI) (cód. 05-01-131):

12. KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA (GRUPO 06).

12.1 Generalidades

- a) El Fondo financiará exclusivamente prestaciones de este Grupo destinadas al tratamiento de patologías recuperables, con carácter curativo.
- b) Los profesionales que dispongan de título de Kinesiólogo(a) y que deseen acceder a la Modalidad de Libre Elección, deberán inscribirse en el Rol que lleva el Fondo, suscribiendo el respectivo convenio y adjuntando los antecedentes exigidos por el Fondo para este grupo arancelario. Los médicos cirujanos con especialidad en fisiatría, podrán también acceder a la inscripción de prestaciones del grupo 06, debiendo cumplir con los requisitos establecidos para este tipo de convenios.
- c) Los médicos tratantes que indiquen atenciones para este grupo arancelario, lo harán derivando a los pacientes mediante prescripción médica en la que se identificará al beneficiario, además de consignar el diagnóstico y la indicación de tratamiento, no siendo imprescindible el detalle de cada terapia a realizar.
- d) Para la emisión de Ordenes de Atención de Salud, el profesional que otorgará las prestaciones del Grupo 06, deberá confeccionar un Programa de Atención de Salud (PAS), según se señala en el número 3.3 letra b.1) de estas Normas, en el que se debe incluir:
 - Datos de identificación del beneficiario.
 - Datos de identificación del Profesional que efectuará el tratamiento.
 - Información del Establecimiento o lugar de atención ambulatoria
 - Diagnóstico y duración del tratamiento (desde, hasta)
 - Detalle de las prestaciones a otorgar (evaluaciones y procedimientos) y número de sesiones a realizar.
- e) En la eventualidad que un paciente necesite la prolongación de un tratamiento fisiokinésico, tanto en forma ambulatoria como hospitalizada, se deberá confeccionar un Programa Complementario, de acuerdo a lo establecido en el punto 3.3 letra e) letra acompañado de los antecedentes clínicos correspondientes, el que requerirá aprobación previa del Fondo.
- f) No corresponde el cobro de la prestación código 06-01-022 (Masoterapia) en pacientes con patología respiratoria.
- g) Sólo cuando se trate de prestaciones diferentes incluidas en un mismo código, se acepta el cobro de códigos repetidos en un mismo Programa o para la misma fecha de atención.
- h) No se aceptará la bilateralidad o aplicación simultánea de la misma prestación, excepto para casos justificados mediante la indicación médica escrita fundamentada en el diagnóstico.
- i) Para el cobro de las prestaciones del grupo 06, los profesionales deberán disponer de los registros que avalen la ejecución de las prestaciones otorgadas, ya que en su defecto el Fondo presumirá que éstas no han sido efectuadas. Para ello se tendrá presente lo que sigue:

Registros en atención ambulatoria

- Disponer de ficha general que como mínimo consigne nombre del enfermo, diagnóstico, nombre del médico que derivó e indicó el tratamiento, fecha inicio y término tratamiento, evaluación general y terapias a realizar.
- Asimismo, para respaldo del cobro de sesiones y terapias, incluidas en los Programas de Atención, el Fondo aceptará como válidas las fechas consignadas en los registros calendarizados de asistencia, además de las siglas de terapia realizada.

Registros en atención en domicilio

- Sin perjuicio de que el grupo 06 de prestaciones no diferencie en general las atenciones efectuadas en domicilio, el profesional que realiza este tipo de atención, debe al menos disponer de un registro que individualice al paciente atendido, las fechas y lugar de la atención.

Registros en atención hospitalizada

- Tratándose de atenciones otorgadas en forma hospitalizada, los registros se efectuarán por el kinesiólogo en la ficha general del paciente, o en el sistema de registros que el centro asistencial disponga para estos efectos.

12.2 Atención Ambulatoria

- a) En los pacientes ambulatorios el programa podrá contemplar hasta un máximo de 10 sesiones, permitiéndose una diaria, con un máximo de 3 prestaciones por sesión. Además, podrán incluir hasta 2 evaluaciones por tratamiento, sin requerir la indicación médica expresa, aún cuando esta atención deberá constar en los registros correspondientes. Los Programas de atención complementaria, no podrán incluir nuevas evaluaciones.
- b) Se establece un límite máximo de hasta 4 Programas de Atención de Salud anuales, por paciente ambulatorio con límite máximo de 90 prestaciones anuales.

12.3 Atención Hospitalizada

- a) En los pacientes hospitalizados las prestaciones deberán incluirse en el Programa de Atención de Salud correspondiente al cobro de días camas, permitiéndose una sesión diaria, con un máximo de 3 prestaciones por sesión. Además se podrán incluir hasta 2 evaluaciones por tratamiento.
- b) Sólo en caso de Kinesiterapia respiratoria, indicada expresamente por médico, se aceptará dos sesiones diarias y por un máximo de 30 días. A continuación, el máximo de sesiones será de 3 semanales.
- c) En los pacientes hospitalizados en Clínicas de Recuperación, las prestaciones también deberán incluirse en el Programa de Atención de Salud correspondiente al cobro de los días camas. Los límites máximos serán de 2 prestaciones por sesión con un máximo de una sesión semanal.
- d) En pacientes hospitalizados, la constancia indicada en la letra i) del punto 12.1, se

registrará en la ficha clínica, sin perjuicio del registro personal que pueda llevar el profesional.

12.4 Atenciones Integrales

a) Atención Kinesiológica Integral (Cód. 06-01-029)

Es un conjunto de prestaciones que incluye todos los procedimientos de kinesiterapia que deba realizar el profesional a un paciente en una sesión, con excepción de las evaluaciones.

A este mecanismo de pago, pueden optar el profesional Kinesiólogo que disponga de equipamiento y capacidad técnica, para otorgar las atenciones kinesiológicas elementales arancelarias.

El programa correspondiente, podrá contemplar una sesión diaria con un máximo de diez sesiones integrales por paciente. Además se podrá incluir hasta dos evaluaciones por tratamiento sin requerir de indicación médica expresa. Los programas complementarios no podrán incluir nuevas evaluaciones.

Se establece un límite de tres programas anuales por beneficiario.

Además, una vez inscrita la Atención Kinesiológica Integral, los prestadores no podrán cobrar las prestaciones elementales del Grupo 06, las que se procederá a eliminar del listado de prestaciones autorizadas, con excepción de los códigos 06-01-001 y 06-01-003, según corresponda.

b) Atención Kinesiológica Integral al Enfermo Hospitalizado en UTI o UCI (Cód. 06-01-031)

Es aquella atención integral que realiza exclusivamente el kinesiólogo y que incluye todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requiera el paciente hospitalizado en estas Unidades (evaluaciones, fisioterapia, kinesiterapia).

Esta prestación debe cobrarse en los PAS, conjuntamente con los días cama, y sólo se pagará una prestación por día, independientemente del número de sesiones efectuadas al paciente.

c) Las prestaciones de atención kinesiológica integrales (06-01-029 y 06-01-031), pueden ser inscritas por prestadores profesionales o entidades, siempre que se cumplan las exigencias establecidas para efectos de estos convenios, por parte del Fondo.

12.5 Presentación a cobro.

a) Los Programas de kinesiólogía presentados en cobranza por kinesiólogos, deberán acompañarse necesariamente de la respectiva prescripción médica.

b) Aquellos Programas de Atención de Salud confeccionados en forma separada por atenciones otorgadas a un mismo paciente, en la misma fecha, a causa de diferente patología, deberán ser presentados a cobro en forma conjunta.

13. MEDICINA TRANSFUSIONAL (GRUPO 07).

Entendiendo que los avances de la medicina transfusional, dejaron atrás el uso de la administración de sangre completa, reemplazándola por el uso de hemocomponentes, se consideró imprescindible efectuar la reestructuración del grupo arancelario 07, generándose un amplio estudio sobre la materia, a través de la conformación de una comisión que acogió favorablemente los avances tecnológicos, los estudios de costo pertinentes y la forma de operación actual, de los bancos de sangre y servicios de transfusión.

De esa forma, los cambios de la presente normativa, dan consistencia a las modificaciones arancelarias incorporadas.

- a) "Banco de Sangre": Es la Unidad de un Hospital o Clínica, a cargo de un médico especializado, que tiene como función la selección y entrevista de donadores, extracción, preparación (estudio, conservación, fraccionamiento), distribución y administración de la sangre humana, con el objeto de efectuar terapia transfusional durante las 24 horas.
- b) "Servicio de Transfusión": Es la Unidad de un Hospital o Clínica a cargo de un médico o de un tecnólogo médico especializado en Banco de Sangre, que tiene como función la conservación, distribución y administración de la sangre, debiendo estar relacionado con un Banco de Sangre.
- c) Procederá el pago de Órdenes de Atención de este Grupo, para atenciones efectuadas a enfermos ambulatorios u hospitalizados, sólo si la transfusión es controlada durante todo el proceso por médico o tecnólogo médico con mención en banco de sangre.
- d) Se deberá dejar constancia, en la ficha clínica, al margen de otras anotaciones, de la hora de comienzo y término de la prestación, el tipo de hemocomponente transfundido, la cantidad y el profesional que otorgó la prestación.
- e) Procederá el pago del valor asignado en el código 07-02-008, cuando la prestación se realice en el pabellón quirúrgico y sólo con la presencia y actuación personal del médico transfusor o tecnólogo médico con mención en banco de sangre, durante todo el proceso.
- f) Preparación de Hemocomponentes:
La prestación 07-02-001, ha sido incorporada, para transparentar los costos asociados a esta actividad, la que además de la entrevista y selección del donante, incluye la extracción, fraccionamiento y preparación del hemocomponente. Corresponde el cobro de un código 07-02-001 por cada hemocomponente transfundido.
- g) Estudios previos a Transfusión:
La prestación 07-02-003 Set de exámenes por unidad de glóbulos rojos transfundido y el código 07-02-004 Set de exámenes por unidad transfundida de plasma o plaquetas, reemplazan al anterior 03-01-073, siéndoles aplicables la normativa siguiente:
 - El código 07-02-003 incluye en su valor: clasificación ABO y Rho del donante, VDRL, anticuerpos anti VIH, antígeno de superficie hepatitis B, anticuerpos anti virus hepatitis B, anticuerpos anti HTLV - I y II, anticuerpos anti trepanozoma cruzi (Chagas), prueba de compatibilidad eritrocitaria.

- El código 07-02-004 incluye en su valor: clasificación ABO y Rho, VDRL, anticuerpos anti VIH, antígeno de superficie hepatitis B, anticuerpos anti virus hepatitis C, anticuerpos anti HTLV - I y II, anticuerpos anti trepanozoma cruzi (Chagas).
- Para el cobro de las prestaciones 07-02-003 y 07-02-004, y dado que en su valor se ha incorporado índice nacional de fraccionamiento, se aplicará regla de un código por cada unidad transfundida, diferenciándose la codificación según el tipo de hemocomponente del que se trate.

h) Pago de Procedimientos Transfusionales:

Corresponderá el pago de un procedimiento transfusional, por “Acto Transfusional”, en la forma siguiente:

- Corresponde el pago de un procedimiento 07-02-006, 07-02-007 o 07-02-008, por cada 4 unidades (o su fracción) de glóbulos rojos o plasma transfundido.
- Corresponde el pago de un procedimiento 07-02-006, 07-02-007 o 07-02-008, por cada 6 unidades (o su fracción) de crioprecipitados o plaquetas transfundidas.

i) Las prestaciones de este Grupo, no tendrán recargo horario y no estarán afectas al nivel de inscripción del prestador que las otorgue.

14. PSIQUIATRIA (GRUPO 09 SUBGR. 01).

a) Las atenciones psiquiátricas serán otorgadas por un profesional médico que haya inscrito prestaciones de la especialidad de acuerdo a los señalado en el 2.3 de estas Normas, y deben ser cobradas a través de los códigos identificados en el Grupo 09 que requieren la confección del Programa de Atención de Salud respectivo, punto 3.3 letra b.1) de esta Normas.

No obstante lo anterior, el Director del Fondo podrá autorizar excepciones para los profesionales médicos que lo soliciten y ameriten situaciones especiales.

El Fondo, pagará la primera consulta psiquiátrica, con una Orden de Atención código 01-01-001 sumada a una Orden de Atención código 09-01-009, ambas valorizadas según el grupo de inscripción del profesional, las que deberán ser presentadas a cobro en forma conjunta.

Exceptúa la exigencia de confección de Programa de Atención de Salud, la prestación código 09-01-009 (Evaluación psiquiátrica previa a terapia) para el pago de la primera atención profesional de consulta psiquiátrica. El código 09-01-009, se emitirá en un máximo de 2 prestaciones por año, por beneficiario.

b) En cada Programa de Atención de Salud sólo se podrá incluir hasta un máximo de dos tipos de prestaciones diferentes y la suma total de estas no deberá ser superior al número de días de tratamiento.

c) En la eventualidad de requerirse un mayor número de atenciones, éstas deberán ser presentadas y fundamentadas en un Programa Complementario, de acuerdo a lo establecido en el punto 3.3 letra e) de estas normas, adjuntando los antecedentes clínicos pertinentes. El Fondo autorizará o denegará el pago de estas prestaciones.

- d) Atención ambulatoria :
 - En pacientes agudos ambulatorios, el límite máximo de prestaciones 09-01-005 será de 2 por semana, hasta por 3 meses.
 - El tratamiento ambulatorio de pacientes agudos estabilizados, tendrá un límite máximo de 1 prestación 09-01-005 por semana.
- e) Atención hospitalizada :
 - En pacientes agudos hospitalizados, el límite máximo de prestaciones 09-01-005 será de 3 por semana, hasta por 2 meses.
 - El tratamiento de pacientes agudos estabilizados que permanecen hospitalizados, tendrá un límite máximo de 4 prestaciones 09-01-005 al mes.
- f) En pacientes crónicos, el cobro se efectuará a través del código 09-01-001, con máximo de 2 prestaciones por mes.
- g) Cuando se trate de pacientes hospitalizados, por causa médica no psiquiátrica y se requiera una interconsulta de este especialista, el médico psiquiatra podrá cobrar esta atención a través del código 01-01-009 "Visita por médico interconsultor (o en junta médica c/u) a enfermo hospitalizado". En estos casos, el límite máximo es de 1 prestación por día.
- h) Prueba Aversiva (código 09-01-004):

Sólo se admitirá una prueba aversiva por paciente, al año.
- i) Terapia Aversiva (código 09-01-006):

Sólo podrá efectuarse como tratamiento de adicciones y con un máximo de 15 sesiones. No podrá repetirse antes de un año de finalizada la anterior.
- j) Tratándose de desintoxicaciones o deshabituciones (código 09-01-002), se aplicará lo establecido en la letra i) precedente.
- k) Electroshock (código 09-01-003):

Esta prestación tendrá un límite máximo de 6 sesiones. Se entenderá que sólo puede efectuarse en atención cerrada Día Cama de Hospitalización Psiquiátrica (cód. 02-02-006) y Día Cama Psiquiátrica Diurna (código 02-02-007). No podrá repetirse antes de 6 meses.
- l) Podrán inscribir y acceder al cobro de las prestaciones contenidas en este punto, los médicos que cumplan las condiciones y requisitos que considera en su artículo segundo transitorio el DS 57/2007 del Ministerio de Salud, publicado el 06 de noviembre de 2008, que aprobó el "Reglamento de certificación de las especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales y de las entidades que la otorgan".

15. PSICOLOGIA CLINICA (GRUPO 09 SUB-GRUPO 02).

15.1 Generalidades.

- a) Los profesionales que deseen otorgar estas prestaciones en la Modalidad de Libre Elección deberán inscribirse en el Rol de dicha modalidad, presentando la documentación que corresponda según lo dispuesto por el Fondo.
- b) Las prestaciones del Grupo 09 Sub-Grupo 02, sólo se otorgarán en consultas y no tendrán recargo horario.

- c) Cuando los psicólogos presten sus servicios a personas que estén mentalmente enfermas, deberán poner de inmediato este hecho en conocimiento de un médico especialista y podrán colaborar con éste en la atención del enfermo.

15.2 Definiciones.

- a) "Consulta psicólogo clínico" (código 09-02-001):

Es la atención profesional, otorgada a un paciente por psicólogo, en consulta. Incluye las indicaciones o derivaciones que correspondan. La duración mínima será de cuarenta y cinco minutos. Las atenciones deberán registrarse siempre en una Ficha Clínica. En caso de no cumplirse este requisito, el Fondo presumirá que la prestación no ha sido efectuada.

- b) "Psicoterapia individual y de pareja" (códigos 09-02-002 y 003):

Es la atención profesional, otorgada a un paciente por psicólogo, en consulta, a una persona o pareja, por profesionales que cuenten con certificación emitida por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos, Títulos de Postgrado de Universidades reconocidas por el Estado. En determinadas situaciones que calificará el Fondo, y sólo para efectos de inscripción en la Modalidad de Libre Elección, se podrán acreditar como especialistas, con certificados emitidos por otras autoridades de las ya mencionadas.

Incluye las indicaciones o derivaciones que correspondan. La duración mínima será de cuarenta y cinco minutos. Las atenciones deberán registrarse siempre en una Ficha Clínica. En caso de no cumplirse este requisito, el Fondo presumirá que la prestación no ha sido efectuada.

- c) "Evaluaciones por Psicólogo"

Corresponde el cobro de estas prestaciones, cuando sean efectuadas por profesional psicólogo, que dispone de elementos técnicos para su realización (cartillas, pautas, instrumentos). Los resultados de las evaluaciones realizadas deben entregarse al beneficiario, quedando registros de respaldo de cobros en el lugar de atención del profesional. Las evaluaciones se estructuran en los 3 tipos siguientes:

Subgrupo	Códigos
"Evaluación de personalidad"	cód. 09-02-010 al 09-02-014
"Evaluación de nivel intelectual, desarrollo y funciones"	cód. 09-02-015 al 09-02-016
"Evaluación de funciones gnósopráctica"	cód. 09-02-017 al 09-02-020

15.3 Emisión de Ordenes de Atención.

- a) La emisión de las Órdenes de Atención, por las prestaciones códigos 09-02-002 y 09-02-003, requieren de un Programa de Atención de Salud firmado por el profesional tratante, quien debe completar todos los datos incluyendo las fechas de inicio y término de la terapia.

Se exceptúan de este requisito, la prestación Consulta psicólogo clínico código 09-02-001 y las prestaciones correspondientes a los Test de evaluaciones desde el código 09-02-010 hasta el código 09-02-020.

- b) La emisión de Órdenes de Atención por los códigos 09-02-010 al 09-02-020, no requieren la prescripción previa del médico tratante.

15.4 Límites Financieros.

Las prestaciones de este Subgrupo, tendrán los siguientes máximos financieros:

- La prestación consulta psicólogo código 09-02-001, tendrá un límite de dos al año por beneficiario.
- Las prestaciones de psicoterapia códigos 09-02-002 y 09-02-003, tendrán un máximo de veinticuatro al año por beneficiario.
- Las prestaciones de Evaluaciones tienen un límite financiero total, de un máximo 3 prestaciones al año, por beneficiario, por tanto, la emisión de cualquiera de los códigos comprendidos del 09-02-010 al 09-02-020 o la suma de tres prestaciones diferentes, no debe superar el máximo establecido en esta normativa.

16. FONOAUDIOLOGIA (GRUPO 13 SUB-GRUPO 03).

16.1 Generalidades.

- a) Los profesionales que deseen otorgar prestaciones por la Modalidad de Libre Elección, deberán inscribirse en el Rol de la Modalidad, ajustándose a los procedimientos establecidos a los cuales se entienden incorporados.

Para inscribirse, se requerirá la presentación de un título universitario de cuatro años de formación o su equivalente. Además, los profesionales deberán ser hablantes nativos de español.

- b) Las prestaciones de fonoaudiología del grupo 13 subgrupo 03 se otorgarán sólo en consultas, y no tendrán recargo horario.
- c) Deberá llevarse un registro clínico por cada paciente, en el que constarán las prestaciones efectuadas y las fechas en que se otorgaron, así como el diagnóstico y la individualización del médico que indicó el tratamiento.
- d) Asimismo podrán inscribirse para efectuar y cobrar exámenes diagnósticos del grupo 13 subgrupo 01 procedimientos de otorrinolaringología códigos 13-01-008, 13-01-009, 13-01-010, 13-01-011, 13-01-012, 13-01-015, 13-01-016, 13-01-017, 13-01-019, 13-01-020, 13-01-021, siempre que dispongan del equipamiento requerido para efectuar las prestaciones.

16.2 Emisión de Ordenes de Atención.

- a) Para la emisión de los BAS del Grupo 13 SubGrupo 03, se requerirá la confección previa de un Programa de Atención de Salud, extendido por el médico tratante o por el Fonoaudiólogo, en cuyo caso se deberá atener estrictamente a la respectiva prescripción médica.

Dicha prescripción deberá establecer en forma explícita el diagnóstico, el tipo de prestaciones indicadas y el número de sesiones a otorgar. Se exceptúan las prestaciones códigos 13-03-001 y 13-03-002.

- b) Las prestaciones denominadas como Evaluación de la Voz (cód. 13-03-001), Evaluación del Habla (cód. 13-03-002) y Evaluación del Lenguaje (cód. 13-03-003), deberán incluir un informe escrito del profesional y el detalle de las funciones examinadas.

- c) Las prestaciones de Fonoaudiología, tendrán los máximos por beneficiario que a continuación se indican:
- Evaluación de la Voz (cód. 13-03-001), máximo 1 sesión anual y un mínimo de 30 minutos de duración.
 - Evaluación del Habla (cód. 13-03-002), máximo 2 sesiones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración.
 - Evaluación del Lenguaje (cód. 13-03-003), máximo 3 sesiones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración.
 - Rehabilitación de la Voz (cód. 13-03-004), máximo 15 sesiones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración.
 - Rehabilitación del Habla y/o del Lenguaje (cód. 13-03-005), máximo 30 sesiones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración.
- d) Las prestaciones de evaluación y rehabilitación de la voz, habla y lenguaje, códigos 13-03-001, 13-03-002 y 13-03-004, sólo se aplica, para población beneficiaria, con edad superior a los 2 años.
- e) Las prestaciones de evaluación y rehabilitación habla y lenguaje, códigos, 13-03-003 y 13-03-005 sólo se aplican, para población beneficiaria, con edad superior a los 6 meses.

17. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICOS

17.1 Procedimiento Autónomo

- a) Es aquella prestación (intervención, procedimiento, examen, etc.) que habitualmente forma parte o es etapa de una más compleja y que puede ser ejecutada en forma independiente. Para facilitar su identificación, ha sido señalada generalmente, como (proc. aut.) en el Arancel.

No procede el cobro de un procedimiento u otra prestación, cuando esté incluida en otra de mayor complejidad.

Ejemplo:

Prestación requerida: 03-09-022 Orina Completa.

En este caso no podrá cobrarse para el mismo paciente en un mismo examen, la prestación requerida y el código 03-09-024 Orina, Sedimento (proc. aut.), ya que está incluida en la orina completa.

Ejemplo:

Prestación requerida: 18-02-028 Colectomía.....

En este caso sólo podrá cobrarse el código 18-02-028, sin que se pueda adicionar el cobro de prestaciones tales como la 18-02-004 (Laparotomía Exploradora.....), ya que esta última está incluida en la prestación cuyo código es 18-02-028.

- b) Corresponde el cobro de una prestación autónoma cuando se efectúe:
- Como prestación única.
Ejemplo:
Prestación requerida: 18-02-012 Gastroenteroanastomosis (proc. aut.)
 - Asociada a otra prestación de la que no forma parte.
Ejemplo:
Prestación requerida: 18-02-031 Colectostomía (proc.aut.)
18-02-012 Gastroenteroanastomosis (proc. aut.)

17.2 Procedimiento Diagnóstico Terapéuticos

- a) En caso de efectuarse en un solo acto un procedimiento diagnóstico o terapéutico asociado a una intervención quirúrgica, o dos procedimientos diferentes, corresponderá valorizar en un 100% la prestación de mayor valor y en un 50% la prestación de menor valor, tanto para los honorarios profesionales como para el Derecho de Pabellón.
- b) En los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que no tengan contemplado los honorarios de anestesia y en los cuales se requiera anestesia general o regional, el uso de ésta deberá ser fundamentada por el médico tratante en el Programa respectivo, de acuerdo a lo señalado en la letra a) del punto 20 y en letra b) del punto 3.3.
- c) El médico tratante deberá llevar registros, ya sea en una ficha clínica y/o en un protocolo operatorio de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que realice.

17.3 Hemodiálisis y Peritoneodiálisis.

- a) De acuerdo a lo establecido en la letra b) del punto 3.3, deberán cobrarse a través de Programa de Atención de Salud, los siguientes códigos:
- | | |
|--|-----------|
| ▪ Hemodiálisis con insumos incluidos | 19-01-023 |
| ▪ Hemodiálisis sin insumos | 19-01-024 |
| ▪ Peritoneodiálisis (incluye insumos) | 19-01-025 |
| ▪ Peritoneodiálisis continua en paciente crónico | 19-01-026 |
| ▪ Hemodiálisis tratamiento mensual | 19-01-027 |
| ▪ Hemodiálisis con Bicarbonato con insumos (por sesión) | 19-01-028 |
| ▪ Hemodiálisis con Bicarbonato con insumos (tratam. mensual) | 19-01-029 |

Como todo Programa de Atención de Salud, sólo podrá ser presentado a cobro una vez efectuada todas las prestaciones programadas. En caso de no completarse el número de diálisis programadas, el Programa deberá ser revalorizado, antes de su presentación a cobro.

Tal como lo expresan los artículos 7º y 10º del Arancel, estos códigos no tendrán derecho a recargo horario y no serán afectados por el grupo de inscripción del profesional o

entidad que otorga la prestación.

Para aquellos pacientes que se requiera efectuar accesos vasculares simples o complejos (códigos 25-01-031 o 25-01-032), deberá ajustarse a lo establecido en el punto 27 referido a normativa general del grupo 25 Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) y en lo específico, a lo señalado en el punto 27.6 letra f).

b) Exámenes en tratamientos mensuales:

Los códigos 19-01-027 "Hemodiálisis, tratamiento mensual" y el 19-01-029 "Hemodiálisis con Bicarbonato, con insumos tratamiento mensual", están destinados exclusivamente al cobro del tratamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica y sus valores incluyen todos los insumos necesarios y exámenes de laboratorio que se detallan:

Exámenes Mensuales

- Nitrógeno ureico	03-02-057 X 2*
- Creatinina en plasma	03-02-023
- Potasemia	03-02-032
- Calcemia	03-02-015
- Fosfemia	03-02-042
- Hematocrito	03-01-036
- Transaminasas (GOT, GPT)	03-02-063 x 2
- Anticuerpo anti HIV	03-06-169 (sólo en pacientes de alto riesgo)

*Nitrógeno ureico 03-02-057 X 2 para realizar cociente de nitrógeno (indicador de la calidad del proceso).

Respecto a la determinación mensual del anticuerpo HIV, se consideran pacientes de alto riesgo los politransfundidos, drogadictos, homosexuales y bisexuales.

Exámenes Trimestrales

- Albuminemia	03-02-060
- Fosfatasas alcalinas	03-02-040

Exámenes Semestrales

- Bicarbonato	03-02-011
- Parathormona	03-03-018
- Anticuerpo anti HIV	03-06-169 (para todos los pacientes)
- Antígeno hepatitis B	03-06-079
- Anticuerpos anti hepatitis C	03-06-081
- Ferritina	03-01-026

Respecto a marcadores para hepatitis B y C, deben controlarse además frente a cualquier elevación de Transaminasas.

Exámenes Anuales

- Aluminio en líquido de Diálisis (en la medida que la tecnología de cuantificación sea accesible) 03-02-035

Marcadores de Infección Viral

- Antígeno hepatitis B 03-06-079
- Anticuerpo antihepatitis C 03-06-081
- Anticuerpo anti HIV 03-06-169

Los Marcadores Virales (cód. 03-06-169, 03-06-079 y 03-06-081) deben determinarse en todos los pacientes al ingreso al programa, en cuanto a su determinación posterior es variable, según cada paciente.

Otros exámenes requeridos por el paciente para el control o derivados del estudio de otras patologías, no deben entenderse incorporados en el valor de la prestación y pueden ser solicitados por el médico tratante de dichas patologías, en forma independiente.

- c) Los códigos 19-01-027 "Hemodiálisis, tratamiento mensual" y el 19-01-029 "Hemodiálisis con Bicarbonato con insumos, tratamiento mensual", incluyen todas las hemodiálisis y todas sus variedades, como ultrafiltraciones, insumos y exámenes, que el paciente requiera en el mes. Deberán anotarse en el Formulario de Confección del Programa de Atención de Salud las fechas de las diálisis realizadas.

Cuando por diversas circunstancias se realicen menos de trece hemodiálisis o ultrafiltraciones, deberá confeccionarse (o rehacerse) el programa de atención de salud con el número exacto de ellas con un máximo de 12 en un mes, usando el cód. 19-01-023, o el cód. 19-01-028.

Excepcionalmente y, sólo en casos de tratamientos trisemanales completos, en los cuales resulten 12 hemodiálisis mensuales por el número de días del mes, corresponderá el cobro del cód. 19-01-027, o el cód. 19-01-029.

Los valores del cód. 19-01-027 y cód. 19-01-029, han sido calculados con 13,5 hemodiálisis a fin de cubrir los meses de 14 hemodiálisis y aquellas extras que deban efectuarse.

- d) Los Centros de Diálisis con autorización de instalación y funcionamiento otorgada por la autoridad sanitaria respectiva, cumplirán las disposiciones normativas fijadas en el Decreto Supremo N° 2.357/de 1994 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, que aprobó el Reglamento sobre Centros de Diálisis. Asimismo, los Centros acreditados y que opten por inscripción en el Fondo, se registrarán, para efectos de convenios y cobranzas de prestaciones de Diálisis, por las normas e instrucciones emitidas por el Fondo.
- e) La peritoneodiálisis continua en paciente crónico (cód. 19-01-026) sólo puede ser otorgada y cobrada por prestadores que cuenten con acreditación y aprobación ante el Fondo Nacional de Salud. Deberán acompañar antecedentes de Programas de entrenamiento y seguimiento de pacientes, así como de los exámenes periódicos que se realizarán de acuerdo al siguiente detalle:

Exámenes mensuales

-Hematocrito	03-01-036
-Creatinina	03-02-023
-Nitrógeno ureico	03-02-057
-Glicemia	03-02-047
-Potasio	03-02-032
-Fosfatasa alcalinas	03-02-040
-Calcemia	03-02-015
-Fosfemia	03-02-042
-Transaminasas (GOT, GPT)	03-02-063 x 2

Exámenes trimestrales

-Albúmina	03-02-060
- Creatinina en líquido peritoneal	
- Nitrogeno en líquido peritoneal	

Exámenes semestrales

-Colesterol	03-02-067
-Triglicéridos	03-02-064
-Bicarbonato	03-02-011
- Ferritina	03-01-026
- Saturación de transferrina	03-01-082

Exámenes anuales

-Anticuerpos anti HIV	03-06-169
-Parathormonas	03-03-018
-Hepatitis B	03-06-079
-Hepatitis C	03-06-081

Todos los exámenes deberán realizarse además, al ingreso de cada paciente al programa.

Los pacientes adultos podrán acceder al uso de esta técnica, solo si cuentan con la indicación médica y cuando no puedan efectuarse el tratamiento por medio de la hemodiálisis.

Dicho código incluye la totalidad de las prestaciones profesionales, equipos, instrumentos, insumos y exámenes que se requieran durante el mes del tratamiento.

En el caso de la peritoneodiálisis intermitente el Fondo establecerá en forma proporcional los valores que correspondan.

17.4 Otros procedimientos.

- a) Las sesiones de inmunoterapia se pagarán con el código 17-07-036, atención que incluye el valor de la vacuna, su colocación y el tratamiento de las reacciones adversas. Aquellos profesionales o centros que dispongan de instalación para preparar vacunas para

tratamientos de inmunoterapia, deberán disponer de la correspondiente autorización sanitaria.

- b) Para la aplicación del código 19-01-019, se aceptará un máximo de 10 instilaciones vesicales por Programa. Este código incluye la colocación de la sonda vesical más el procedimiento de instilación.
- c) Las prestaciones "Monitoreo Basal" (código 20-01-009) y "Monitoreo fetal estresante, con control permanente del especialista y tratamiento de las posibles complicaciones" (código 20-01-010), no podrán ser cobrados una vez iniciado el trabajo de parto.
- d) En infiltraciones de nervios y/o raíces nerviosas se pagará el valor unitario por sesión, sin considerar el número de infiltraciones.
- e) La Polisomnografía (cód. 11-01-045) comprende a lo menos los siguientes exámenes: electroencefalograma, electrocardiograma, electronistagmografía y monitoreo de apnea.
- f) Las prestaciones del Grupo 05 Medicina Nuclear y Radioterapia, no estarán afectas a recargo horario. De acuerdo a lo señalado en el punto 3 letra b), para la emisión de las respectivas órdenes, se requiere la confección de un Programa de Atención de Salud, con excepción del Subgrupo 01.
- g) En aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que de acuerdo a criterios técnicos requieran sedación y ésta sea efectuada por el mismo médico, corresponderá la valorización del 10% de los honorarios del primer cirujano. Este valor incluye la administración, el control posterior al procedimiento y el tratamiento de las eventuales reacciones adversas.
- h) La prestación 11-01-140 Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente, tratamiento médico-farmacológico- anual (incluye inmunomoduladores), podrá ser inscrita por prestadores jurídicos, que suscriban un convenio en el rol MLE para la atención de pacientes con E.M. en el estadio que se indica.

La incorporación de beneficiarios FONASA al tratamiento y prestación indicada, se hará bajo cumplimiento administrativo técnico siguiente:

- Indicación de terapia debe efectuarla el médico tratante de especialidad.
- La emisión de la orden de atención se hará a partir del formulario de confección de programa médico que adjuntará la prescripción del médico tratante.
- El código 11-01-140, no tiene recargos, por nivel del prestador ni horario de atención.
- El máximo de prestaciones 11-01-140, será una por año, por beneficiario.
- .El valor de la prestación incluye: evaluaciones y controles médicos, entrega y otorgamiento de inmunomoduladores, resonancia nuclear magnética cuando corresponda.

Las prestaciones 11-01-141 y 11-01-142, tendrán los mismos conceptos y fundamentos precedentes, excepto la restricción de frecuencias máximas.

18. OFTALMOLOGIA (GRUPO 12)

- a) El Fondo pagará la consulta oftalmológica, con una Orden de Atención código 01-01-001 sumada a una Orden de Atención código 12-01-019, ambas valorizadas según grupo de inscripción del profesional. La consulta oftalmológica incluye procedimientos habituales, tales como tonometría, refracción, gonioscopia, fondo de ojo, etc.
- b) El consultorio del oftalmólogo, al momento de efectuar la prestación, deberá estar equipado con la implementación mínima que a continuación se indica:
 - Microscopio corneal (lámpara de hendidura).
 - Caja de lente con accesorios.
 - Lensómetro.
 - Oftalmoscopio.
 - Proyector o tabla de optotipos.
 - Tonómetro.
- c) Procederá el cobro del código 12-01-019, Exploración Vítreoretinal, sólo si la prestación se realiza en consultas dotadas con el equipamiento detallado en la letra b) de este punto. En caso de que el médico tratante no disponga de todos los instrumentos mencionados, en pleno funcionamiento, la atención oftalmológica será cancelada solamente con el código 01-01-001.
- d) Podrán inscribir prestaciones de salud de especialidad, los profesionales médicos que cumplan las condiciones y requisitos que considera en su artículo segundo transitorio el DS 57/2007 del Ministerio de Salud, publicado el 06 de noviembre de 2008, que aprobó el "Reglamento de certificación de las especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales y de las entidades que la otorgan".

19. CIRUGIA (GRUPOS 11 AL 21)

A) NORMAS GENERALES

- a) "Acto Quirúrgico":

Es el conjunto de acciones efectuadas a un paciente por uno o más cirujanos, en el Pabellón o Quirófano, generalmente bajo anestesia y para un tratamiento determinado.

Representa de por sí un acto médico integral y además de las técnicas específicas incluye, en lo esencial, la diéresis y síntesis de tejidos, hemostasia y disecciones anatómicas comunes a diversas intervenciones.
- b) El valor arancelario de la cirugía electiva o de urgencia, que se efectúe en horario hábil o inhábil, se regirá por lo señalado en el artículo 7º del Arancel.
- c) La fecha y la hora de comienzo y término de las intervenciones que se hagan por Programa, deberá constar en los respectivos protocolos quirúrgicos y/o en las historias clínicas de los pacientes.
- d) En las intervenciones quirúrgicas, la principal responsabilidad legal, ética y reglamentaria es del primer cirujano (cirujano tratante). En caso de incurrirse en alguna irregularidad administrativa de cobro, esta situación afecta a todo el equipo quirúrgico.

- e) En intervenciones quirúrgicas, obstétricas y traumatológicas, el médico cirujano, deberá registrar en la ficha clínica y/o protocolo operatorio la atención otorgada, los profesionales que participaron en la intervención, como asimismo, a solicitud del paciente o familiar responsable, deberá entregar un informe escrito, claramente legible, del tratamiento realizado, agregando toda la información clínica útil sobre variantes o complicaciones de la intervención.

En él deberá consignar el nombre del enfermo, fecha e identificación del establecimiento donde se realizó; nombre completo, RUT, y dirección profesional del primer cirujano, lo que se deberá ratificar con su firma.

El honorario del primer cirujano incluye la intervención quirúrgica y la atención post-operatoria directamente derivada de ella, hasta por 15 días.

La atención del post-operatorio (15 días), es responsabilidad del cirujano tratante y será obligación de este profesional, velar porque ante su ausencia justificada, dicha atención sea efectuada por alguno de los integrantes del equipo quirúrgico o por otro profesional médico de su confianza. No corresponde ningún pago por este concepto.

Se considera incluidos en el honorario del primer cirujano, tanto la preparación previa, como aquellas maniobras efectuadas durante o inmediatamente después de la intervención quirúrgica o procedimiento, por lo que no corresponde su cobro separadamente.

- f) Los valores que señala el Arancel para las intervenciones, cualquiera sea la técnica utilizada, salvo que el arancel señale expresamente otro valor, comprenden el honorario total y de cada uno de los miembros que componen el equipo médico, (primer cirujano, médicos ayudantes y anestesiólogo), si la prestación lo requiere.

El Fondo pagará, a los integrantes del equipo médico establecido en el Arancel, exclusivamente los valores señalados en el mismo y sólo a los profesionales que efectivamente hayan actuado en la prestación.

- g) Los Programas quirúrgicos, que no registren cobro de honorarios por equipo médico o lo contemplen en forma incompleta, deberán presentarse a cobro con la fundamentación correspondiente.
- h) En aquellos casos en que el primer cirujano no esté inscrito en el Rol, podrá aplicarse el Arancel al resto del equipo médico, valorizándose en el nivel de cada profesional. En el Formulario para Confección de Programa de Atención de Salud, se deberán identificar los niveles de cada uno de los integrantes del equipo.

En el caso que el primer cirujano fundamente la decisión de no cobrar ningún honorario, el resto del equipo médico cobrará en el nivel correspondiente a cada profesional que haya participado en la intervención.

No obstante, todas las demás prestaciones que requiera el paciente podrán ser pagadas mediante Órdenes de Atención.

- i) Cuando un mismo equipo y en un mismo acto quirúrgico practique dos o más intervenciones de distinto código, ya sea por la misma u otra incisión o por diferentes vías de acceso, deberán cobrar el 100% de aquella de mayor valor y el 50% de la de segundo

mayor valor.

Para efecto del cálculo de la prestación de mayor valor, se considerará la suma del total de los honorarios del equipo quirúrgico. (No incluye honorarios de anestésista, para cuyo cálculo debe aplicarse lo establecido en el punto 20 letra d) de estas Normas.

- j) En los casos de cirugía bilateral de la misma prestación, por el mismo equipo, se pagará el 100% del valor arancelario de una intervención y el 50% de la otra, salvo que el Arancel expresamente especifique un procedimiento diferente.
- k) Cuando a un mismo paciente se le practiquen en un mismo acto quirúrgico en forma simultánea o sucesiva, dos o más operaciones por distintos equipos de cirujanos, a través de la misma o diferentes incisiones, cada equipo cobrará sus honorarios en forma independiente. El Fondo pagará el 100% del valor de las respectivas prestaciones efectuadas.

Para acceder a lo anterior, la totalidad de los cirujanos y ayudantes que participen en cada una de las intervenciones quirúrgicas deberán ser personas diferentes, lo que deberá constar en los documentos clínicos y administrativos, así como en los respectivos Programas de Atención de Salud

De cumplirse con estos requisitos, se deberá confeccionar dos o más Programas separados, el de mayor valor con equipo quirúrgico y anestésista y los otros, sin anestésista para las intervenciones simultáneas y con anestésista para aquellas intervenciones que sean sucesivas.

En ambos Programas, se deberá consignar los nombres de los integrantes de cada equipo. Además, el segundo y demás Programas deberán indicar que se trata de un Programa complementario, que deberá extenderse según lo señalado en la letra e) del punto 3.3 de estas Normas. Todos los Programas de Atención de Salud, deberán ser presentados a valorización en forma simultánea.

- l) En aquellos actos quirúrgicos, en que es necesario efectuar técnicas específicas correspondientes a varias intervenciones, se deberá cobrar sólo las dos principales, en consideración al carácter integral con que se ha definido el acto quirúrgico en la letra a) de este punto.

También se entiende incluido en dicho valor, la reparación de eventuales lesiones iatrogénicas.

- m) El Fondo podría aceptar el cobro de prestaciones adicionales, para los casos especiales que se justifiquen técnicamente. Para este efecto, se confeccionará un Programa Complementario para la tercera o cuarta cirugía, de acuerdo a lo señalado en la letra e) del punto 3.3 de estas Normas, correspondiéndoles una valorización del 50% a cada una de ellas, en caso de ser aprobadas.

Para la aprobación o rechazo de cirugías adicionales, el Fondo podrá solicitar los antecedentes clínicos pertinentes, según se dispone en las normas referidas a Programas de Atención de Salud, punto 4 letra e) de esta normativa.

- n) Cuando técnicamente sea necesario, efectuar una reintervención, por una causal médica diferente de una iatrogenia, el Fondo podrá aceptar dentro o fuera del plazo de 15 días a

que se hace mención en la letra e) de este punto, la presentación de un Programa de Atención de Salud por la nueva cirugía.

Para este efecto, se confeccionará un Programa Complementario por la reintervención, de acuerdo a lo señalado en la letra e) del punto 3.3 de estas Normas. En caso de ser aprobada la cirugía, corresponderá valorizar en un 100% los honorarios del equipo quirúrgico y en un 100% el derecho de pabellón.

Para la aprobación o rechazo de la nueva cirugía, el Fondo podrá solicitar los antecedentes clínicos pertinentes, según se dispone en punto 4 letra e) de estas Normas.

B) NORMAS ESPECIFICAS

a) TRASPLANTE RENAL

En la cirugía urológica para los trasplantes renales se procederá de la siguiente manera:

- Se confeccionará un Programa de Atención de Salud para el receptor, incluyendo el código 19-02-003 y los exámenes correspondientes.
- Se extenderá otro Programa a nombre del donante, en que se codificará la ectomía renal por la prestación correspondiente al código 19-02-011 y los exámenes necesarios para determinar la compatibilidad. A este Programa, en el espacio destinado a fundamentación médica se anotará la frase "Programa Complementario al del Receptor....".
- Ambos Programas serán presentados en conjunto para su valorización y serán de cargo del receptor debiendo éste ser beneficiario de la Modalidad de Libre Elección.
- Los estudios de histocompatibilidad necesarios para efectuar el trasplante, deberán solicitarse mediante un Programa de Atención de Salud y se aceptarán por cada posible donante exámenes indispensables tales como:
 - Anticuerpos linfocitotóxicos (PRA) por microlinfocitotoxicidad. (0305052)
 - Alocrossmatch con linfocitos totales. (0305056)
 - Alocrossmatch con linfocitos T y B. (0305057)
 - Tipificación HLA - A, B serológica (0305063)
 - Cultivo mixto de Linfocitos. (0305058)
 - Grupo sanguíneo ABO y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos).

b) TRASPLANTE HEPATICO.

Cuando se trate de una intervención quirúrgica por Trasplante Hepático, para efecto de la confección de los Programas de Atención de Salud, tanto del donante como del receptor y los exámenes de histocompatibilidad que se efectúen, se aplicarán similares procedimientos administrativos a los detallados en la letra a) de este punto.

En cuanto a la codificación de esta cirugía, se aplicará el código 18-02-100 para el receptor y el código 18-02-041 para el donante.

c) PARTO

Cuando en un parto sea necesario realizar además una intervención quirúrgica, se confeccionarán Programas separados; la intervención se debe presentar en un Programa Complementario confeccionado de acuerdo a lo establecido en la letra d) del punto 3, este deberá llevar la nominación "Programa Complementario al de Parto N°.....".

Para efecto de determinar el derecho a recargo en la atención del parto normal, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7º del Arancel, se tomará como referencia la hora del nacimiento.

La prestación operación cesárea de urgencia (cód. 20-04-006) tendrá derecho a recargo horario a partir de las 22 horas.

d) **RETIRO ELEMENTOS DE ENDOPROTESIS Y OSTEOSINTESIS.**

Cuando sea necesario retirar quirúrgicamente elementos de endoprótesis o de osteosíntesis interna en la especialidad de Traumatología (Grupo 21), se cobrará a través de las prestaciones 21-06-001, 21-06-002, 21-06-003.

En aquellos casos en que el retiro de elementos no dispone de un código específico para ese efecto y siempre que el arancel no establezca un procedimiento diferente, se cobrará el 75% del valor de la intervención de la colocación del respectivo elemento.

e) **CIRUGIA VIDEOLAPAROSCOPICA Y ENDOSCOPICA.**

En los casos de uso de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas (o cerradas) como cirugía videolaparoscópica, endoscópica y similares y de fijaciones externas para fracturas, si no se encuentran individualizadas como tales en el Arancel, se aplicarán los códigos y valores de las técnicas quirúrgicas convencionales abiertas.

Para el código adicional se aplicará en estos casos, el correspondiente a la prestación convencional aumentado en dos dígitos.

Si alguna de las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas se transforma en una intervención quirúrgica convencional, sólo procederá el cobro de la de mayor valor.

f) **LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA**

El Fondo, podrá autorizar retratamientos en Litotripsia Extracorpórea, cuando se trate de casos excepcionales, en los que dentro de los tres meses posteriores a la primera aplicación de ondas de choque, las características del cálculo o su ubicación, hagan necesaria la realización de un segundo o tercer procedimiento al paciente.

Para este efecto, se confeccionará un segundo y/o tercer Programa de Atención de Salud, Complementarios al programa inicial, en los que se debe indicar que corresponden a retratamientos. Se aplicará el código 19-02-090, el que será valorizado en un 50%, tanto para los honorarios profesionales como para el derecho de pabellón.

20. PRESTACIONES DE ANESTESIA.

a) En las prestaciones que no tengan contemplado valor de anestesia y en las cuales se

requiera anestesia general o regional, el uso de ésta, se deberá fundamentar en el Programa respectivo.

En base a este Programa, se emitirá la Orden de Atención para el anestesista, correspondiendo en estos casos el valor establecido para la anestesia general o regional (código 22-01-001).

- b) La anestesia general y regional código 22-01-001 (epidural o subaracnoidea), deberá ser efectuada por un médico diferente a los cirujanos, ya que implica necesariamente la asistencia permanente de un profesional durante el curso de la anestesia.
- c) De no darse cumplimiento a lo indicado en el párrafo anterior, en el Programa de Atención de Salud deberá fundamentarse las razones que motivaron dicha situación, debiendo el profesional o la entidad que presenta el cobro, disponer de la documentación que lo acredite. En estos casos, si el cirujano u obstetra administrara y controlara la anestesia, se le pagará por este concepto el 10% del honorario del primer cirujano u obstetra.
- d) Cuando un mismo equipo y en un mismo acto quirúrgico practique dos o más intervenciones de distinto código, el honorario del anestesista se calculará sumando el 100% del que le corresponda a la intervención de mayor valor más el 50% del honorario de la de segundo mayor valor.

Para efecto del cálculo de la prestación de mayor valor, se considerará la suma del total de los honorarios del equipo quirúrgico, excluyendo los honorarios de anestesista.

- e) En los casos de cirugía bilateral de la misma prestación, el honorario del anestesista será el 100% del valor arancelario de una prestación más el 50% de la otra, excepto cuando el Arancel señale algo distinto.
- f) Cuando se trate de operaciones sucesivas por distintos equipos, el anestesista figurará en los dos Programas, correspondiéndole el 100% de sus honorarios en cada uno de ellos.
- g) En operaciones simultáneas realizadas por distintos equipos quirúrgicos, los honorarios del anestesista se valorizarán en un 100% sólo en el Programa de mayor valor.
- h) La anestesia local tópica, se entiende como preparación a procedimientos e intervenciones menores, por lo que no corresponde su cobro separado de la prestación principal.

21. PRESTACIONES EFECTUADAS POR DENTISTAS.

- a) Podrán inscribir prestaciones de salud los profesionales cirujanos dentistas especializados en cirugía máxilo facial, que cumplan las condiciones y requisitos que considera en su artículo segundo transitorio el DS 57/2007 del Ministerio de Salud, publicado el 06 de noviembre de 2008, que aprobó el “Reglamento de certificación de las especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales y de las entidades que la otorgan”, y cobrar las siguientes prestaciones:

Grupo 13

- 13-01-025

- 13-01-026
- 13-02-022
- 13-02-023
- 13-02-024
- 13-02-025
- 13-02-027
- 13-02-030
- 13-02-031

Grupo 14

- 14-02-020
- 14-02-021
- 14-02-022
- 14-02-051 al 14-02-056
- 14-02-059 al 14-02-060

Grupo 15

- 15-02-034
- 15-02-038 al 15-02-039

b) Para aquellas prestaciones que requieran la confección de Programas de Atención de Salud, los cirujanos dentistas se ajustarán a lo señalado en el punto número 3.3 de estas Normas.

c) Para la prescripción de exámenes, el especialista se ajustará a lo señalado en el punto 3.1 de estas Normas y corresponden a los siguientes:

-Coagulación, tiempo de	03-01-011
-Protrombina, tiempo de	03-01-059
- Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada TTPA	03-01-085
-Grupos sanguíneos AB0 y Rho	03-01-034
-Hemograma	03-01-045
-Sangría, tiempo de (Ivy)	03-01-072
-Glicemia	03-02-047
-Rx. de maxilar superior o inferior y otros	04-01-031
-Rx. de cráneo frontal y lateral	04-01-032
-Rx. de cráneo, proyecciones especiales	04-01-033
-Estudio histopatológico de biopsia diferida	08-01-008
-Sialografía	04-01-001

d) Para aquellos casos, en que se requiera evaluación clínica general y estudios complementarios, el paciente será derivado a un médico cirujano.

22. PRESTACIONES EFECTUADAS POR MATRONAS.

a) En caso de control de embarazo normal efectuado por matrona, esta profesional podrá solicitar los exámenes de laboratorio que se detallan en la letra h) del punto 9 de estas normas.

b) Tendrán derecho a realizar y cobrar la prestación código 20-01-009 (Monitoreo Basal), siempre que se disponga de la prescripción del médico obstetra tratante y del equipamiento necesario. Para su presentación a cobro, la orden de atención, se

acompañará de la prescripción médica debidamente timbrada por el cajero emisor.

- c) La prestación código 20-04-004 Honorario de matrona por atención integral del parto, incluye atención en sala de parto y parto, c/s atención en período expulsivo, asistencia a Pabellón quirúrgico en caso de operación cesárea, recepción y preparación del R.N. para la atención del neonatólogo. Además incluye 3 controles prenatales y 2 controles en el puerperio hasta 15 días después del alumbramiento.
- d) Tendrán derecho a realizar y cobrar la prestación código 20-01-015 Colocación o extracción de dispositivo intrauterino (no incluye el valor del dispositivo), siempre que se disponga de convenio suscrito con el Fondo. Para efectos de emisión, se requerirá de la solicitud escrita y firmada por matrona o médico.

23. PRESTACIONES EFECTUADAS POR PROTESISTAS.

23.1 Emisión de órdenes de atención.

Para la emisión de BAS del Grupo 23 (Prótesis), se requerirá que los prestadores, se encuentren inscritos en el Rol que para estos efectos lleva el Fondo Nacional de Salud, debiendo cumplirse las exigencias establecidas por éste, de acuerdo a disposiciones vigentes dictadas por el Ministerio de Salud, según corresponda:

- Resoluciones sanitarias de sala de venta y funcionamiento.
- Acreditaciones de ópticos, ortesistas y protesistas responsables de las prótesis que se confeccionen, ante la autoridad sanitaria.
- Registros de inscripción prótesis en el Instituto de Salud Pública (I.S.P.).
- Certificados de vigencia de sociedad en personas jurídicas.
- Certificación de dirección comercial
- Patente Comercial
- Listados de prótesis y sus precios etc.

Para la emisión de la Orden de Atención se requiere:

- Confeccionar un Programa de Atención de Salud, ajustado a las definiciones establecidas en punto 3.3 de esta normativa.
- Que la codificación de la respectiva prótesis, se ciña estrictamente a la prescripción efectuada por el médico especialista.
- Acompañar el original de la prescripción médica, la que debe contener además de ésta, el nombre, RUT, firma y especialidad del profesional que la emite.
- Que la fecha de la prescripción médica no sea superior a 1 año.
- Cotización de la prótesis u órtesis otorgada por el prestador inscrito para tales efectos en el Rol del Fondo.

El prestador debe llevar un registro que permita identificar al beneficiario (RUT, nombre, edad, etc) y el artículo entregado (N° serie, marca, etc), con las respectivas indicaciones de fechas.

Las prestaciones del Grupo 23, tendrán valor único y no estarán afectas a recargo horario ni a niveles de inscripción del prestador.

Se entenderá que la prestación 23-01-071 está referida a lentes ópticos de cualquier tipo o de contacto.

Las prestaciones 23-01-071 Lentes y 23-01-081 Audífonos están destinadas a beneficiarios mayores de 55 años.

23.2 Límites financieros.

a) Para el Grupo 23, se han establecido los siguientes límites financieros:

CODIGO	GLOSA	MAX. ANUAL
23-01-010	Cables Electroodos	2
23-01-012	Marcapaso	1
23-01-017	Válvula Aórtica	1
23-01-018	Válvula Mitral	1
23-01-019	Válvula Tricúspide	1
23-01-044	Ortesis para rodilla	1
23-01-046	PTB o PTS	1
23-01-051	Prótesis bajo codo con gancho, mano y guante	1
23-01-056	Prótesis desarticulado de rodilla	1
23-01-057	Prótesis desarticulado de cadera con bloqueo	1
23-01-058	Prótesis desarticulado de codo con gancho, mano y guante	1
23-01-059	Prótesis desarticulado de hombro con gancho, mano y guante	1
23-01-063	Prótesis sobre rodilla, con rodilla de seguridad	1
23-01-071	Lentes ópticos o de contacto	2
23-01-072	Plantilla ortopédicas (par)	2
23-01-080	Lente Intraocular	2
23-01-081	Audífonos	2

- b) El Fondo Nacional de Salud, podrá establecer otros límites financieros máximos, de acuerdo a lo establecido en la letra j) del punto 6.1 de estas normas.

24. TRASLADOS (Grupo 24).

24.1 De la inscripción de los prestadores: para el cobro de las prestaciones del Grupo 24 los prestadores deberán estar inscritos en el Rol que para estos efectos lleva el Fondo Nacional de Salud, debiendo cumplirse las siguientes exigencias:

- Resolución Sanitaria de autorización del medio de transporte cuando corresponda (ambulancias, aviones, etc) con su definición de categoría.
- Dependiendo del tipo de prestación del grupo 24 de que se trate según el arancel, se deberá adjuntar las acreditaciones del personal de rescate: conductor del móvil, personal de enfermería, enfermeras universitarias, kinesiólogos o médicos cirujanos; asimismo certificación de entrenamiento de manejo prehospitario, PALS y ATLS, entrenamiento de manejo de paciente crítico prehospitario.
- Nómina de prestaciones del grupo 24 rescates - traslados y sus precios.
- El Fondo se reserva la facultad de evaluar antecedentes de otros profesionales de la salud, con acreditación de entrenamientos correspondientes.

24.2 Previo a la emisión, se confeccionará un Programa de Atención de Salud, ajustado a las definiciones establecidas en el punto 3.3 de esta normativa, debiendo cumplir además con lo siguiente:

- El prestador debe llevar un registro que permita identificar al beneficiario (RUT, nombre, edad, etc) y al traslado realizado (tipo, distancia, personal que participó), con las respectivas indicaciones de fechas, con el objeto de efectuar las fiscalizaciones correspondientes.

24.3 Las prestaciones del Grupo 24 tendrán valor único y no estarán afectas a recargo horario ni a niveles de inscripción del prestador:

- a) Rescate Simple y/o traslado (código 24-01-061).
Corresponde su cobro cuando se trate de rescates con personal técnico no profesionalizado.
- b) Rescate Profesionalizado y/o Traslado Paciente Complejo (código 24-01-062)
Corresponderá su cobro siempre que en el rescate participen profesionales universitarios de enfermería o kinesiología, con entrenamiento en tales rescates o para traslado de pacientes complejos interhospitalarios que requieran equipamiento especial.
- c) Rescate Medicalizado y/o Traslado Paciente Crítico (código 24-01-063)
Corresponderá su cobro siempre que en el rescate participen médicos cirujanos con entrenamiento en tales rescates o para traslado de pacientes críticos interhospitalarios que requieran equipamiento especial.
- d) Traslados Grupo 24 desde código 24-01-001 al 24-01-060, 24-01-070.

24.4 El Fondo Nacional de Salud, podrá establecer otros límites financieros máximos, de acuerdo a lo establecido en la letra j) del punto 6.1 de estas normas.

25. SALAS DE PROCEDIMIENTOS.

- a) Definición: Se entiende por Salas de Procedimientos, a aquellos recintos que permiten a un médico efectuar procedimientos diagnósticos y terapéuticos especiales. Deberá cumplir, con los requisitos que establece el Fondo sobre convenios y sus modificaciones. En el Arancel, los códigos adicionales del 1 al 4 corresponden a salas de procedimientos.
- b) Los profesionales que dispongan de Salas de Procedimientos, autorizadas para funcionar como tal, por el Servicio de Salud correspondiente, podrán suscribir convenio con el Fondo, para el cobro de las Órdenes de Atención que establece el Arancel, para los respectivos códigos adicionales.
- c) Las entidades que cuenten con Salas de Procedimientos autorizadas por el respectivo Servicio de Salud, además de suscribir convenio con el Fondo para el cobro de las Ordenes de Atención, podrán cobrar directamente al beneficiario, las diferencias que se produzcan entre dicho valor arancelario y el que fije libremente la entidad.

Lo anterior, según lo señalado en el artículo N° 53 del D.S. N° 369/85, de Salud, y sus modificaciones. Estos valores deberán ser informados al Fondo, antes de su aplicación, pudiendo variarse como máximo tres veces en el año calendario, debiendo además mantenerse a disposición del público.

- d) En lo que sea aplicable, las salas de procedimiento consideran incluido en su valor, los conceptos, definiciones y elementos, señalados en el punto número 26 de estas Normas.

26. QUIROFANO Y DERECHO DE PABELLÓN.

- a) Definición: Se entiende por Quirófano, a aquel recinto de acceso restringido, que cuenta con instalaciones, anexos, equipamiento, instrumental y elementos de uso quirúrgico necesario y suficiente, que en condiciones de asepsia y seguridad permiten efectuar intervenciones quirúrgicas, obstétricas o traumatológicas.

Por anexos del quirófano, se entienden aquellos sectores, salas y unidades, que complementan y facilitan el funcionamiento del recinto quirúrgico. Entre los más destacables, están las áreas de lavado quirúrgico, vestuario de pacientes y personal, sectores para almacenamiento de equipos, ropa e instrumental estéril, sala de recuperación post anestésica, unidad de esterilización, etc...

Para efectos arancelarios, los códigos adicionales del 5 al 14, representan el Derecho a Pabellón, en las prestaciones quirúrgicas.

- b) Para tener derecho a cobro del Derecho de Pabellón, las entidades asistenciales que dispongan de quirófano con autorización de funcionamiento otorgado por el Servicio de Salud correspondiente, deberán inscribirse en el Rol de esta Modalidad.
- c) Por concepto de Derecho de Pabellón, las entidades con convenio vigente, además de la orden de atención por el respectivo código adicional, podrán cobrar directamente al beneficiario, las diferencias que se produzcan entre dicho valor arancelario y el que fije

libremente la entidad.

De acuerdo a lo señalado en el artículo N° 53 del D.S. N° 369/85, de Salud, y sus modificaciones, estos valores deberán ser informados al Fondo, antes de su aplicación pudiendo variarse como máximo tres veces en el año calendario, debiendo además mantenerse a disposición del público.

- d) El precio total por Derecho de pabellón, constituido por las Ordenes de Atención emitidas por Fonasa, más las diferencias por este concepto, permitidas por la legislación vigente, incluyen en su valor, el personal de pabellón (enfermera, auxiliar de enfermería, ayudante de anestesia, personal de servicio, etc.), el uso de las instalaciones, unidad o sala de recuperación post anestésica, equipos, instrumental, elementos e insumos que a continuación se indican:

d.1 MUEBLES E INSTALACIONES

- Mesas quirúrgicas
- Vitrinas y muebles para almacenamiento del instrumental
- Equipos de iluminación de emergencia
- Lámpara central y lámparas móviles.
- Calefacción y aire acondicionado

d.2 EQUIPOS E INSTRUMENTAL

- Máquinas de anestesia y equipos de intubación traqueal.
- Equipos para control cardiorrespiratorio, resucitadores y monitores de todo tipo. (Incluyendo conexiones y accesorios).
- Equipos de ventilación mecánica.
- Equipos de Rayos X (no incluye medios de contraste, ni placas).
- Microscopio.
- Aspiración y bombas de aspiración de emergencia, portátiles o no
- Electrobisturí o láser quirúrgico.
- Cajas con instrumental básico y especial completo para todo tipo de intervenciones
- Equipo completo de cirugía video laparoscópica y similares.
- Equipos de endoscopias.

d.3 INSUMOS Y ELEMENTOS

- Hojas de bisturí.
- Guantes de uso quirúrgico o para procedimientos (estériles o no).
- Gasa, algodón, tómulas, apósitos de cualquier tipo.
- Tela adhesiva y similares, de todo tipo.
- Agujas de todo tipo.
- Bránulas, conexiones, alargadores, tapas o tapones, etc.
- Jeringas de vidrio o desechables
- Catéteres corrientes y/o similares, de cualquier tipo.
- Cánulas y sondas desechables o recuperables.
- Drenajes de todo tipo.
- Equipos de fleboclisis.
- Implementos de administración de oxígeno y nebulizaciones.
- Conexiones y receptáculos de máquinas de aspiración y sondas.

- Recolectores de orina.
- Bombas de infusión continua con sus bajadas correspondientes.
- Todo tipo de material de sutura.
- Equipo completo de ropa esterilizada o no para intervenciones (Paños esterilizados para campo operatorio, para cubrir mesas, compresas, etc)
- Ropa esterilizada para el equipo de médicos, personal paramédico y auxiliares.
- Antisépticos y desinfectantes de todo tipo (líquido, en polvo, aerosol, etc.) y formalina.
- Jabones para lavado quirúrgico y escobillas esterilizadas.

d.4 GASES

- Oxígeno y aire comprimido.

d.5 ANESTESIA Y OTROS

- Anestésicos, neurolepto analgésicos y relajantes musculares de cualquier tipo.

e) El Derecho de Pabellón, no incluye en su valor insumos de mayor especificidad tales como:

- Set de monitoreo invasivo.
- Set desechables de punción pleural.
- Balones y catéter de Angiosplasia o Valvuloplastia.
- Catéter de doble o triple lumen.
- Catéter para Peritoneodiálisis.
- Catéter para Quimioterapia.
- Catéter de Swan Ganz.
- Sondas Naso yeyunales
- Derivativa ventrículo-peritoneal
- Drenaje ventricular externo y similares.
- Oxigenador de membrana

f) Todos los conceptos, definiciones y elementos mencionados anteriormente, se aplicarán también a la Sala de Partos, Salas de Procedimientos y Unidad de Cuidado Intensivo y Tratamiento Intermedio (de adultos, pediatría o neonatal), en lo que corresponda.

g) Se podrán cobrar directamente al paciente, los elementos explicitados en la letra e) anterior y aquellos insumos o elementos que habiendo sido usados en pabellón, no estén considerados en la letra d) de este punto. En este caso, se confeccionará una lista de materiales e insumos utilizados con sus correspondientes precios, la que será ratificada con firma de personal autorizado por la entidad prestadora.

Asimismo, corresponde el cobro de las prótesis que se implanten en el quirófano, salvo que la prestación quirúrgica señale expresamente que dicha prótesis está incluida en su valor. En los casos en que la cirugía no las incluya, el beneficiario tiene derecho a la bonificación que corresponda, dentro del Grupo 23, de acuerdo al valor establecido por la respectiva Resolución del Arancel.

Cuando para efecto de cálculo de derecho de pabellón, esta normativa haga referencia a la prestación de mayor valor, se entenderá referida a la cirugía cuyo precio total por

honorarios del equipo quirúrgico (no incluye honorarios de anestesista), sea mayor.

- h) En caso de que un mismo equipo y en un mismo acto quirúrgico practique dos o más intervenciones, el derecho de pabellón, se cancelará en el 100% de la prestación de mayor valor más el 50% de la de segundo mayor valor.

El derecho de pabellón, en los casos de cirugía bilateral de la misma prestación, será la suma del 100% de una prestación más el 50% de la otra.

- i) En intervenciones simultáneas, el derecho de pabellón se valorizará en 100% para la operación de mayor valor y 50% de la de segundo mayor valor.
- j) En intervenciones sucesivas con participación de dos o más equipos de cirujanos, a través de la misma o diferentes incisiones, se cobrará el 100% del valor de la operación de mayor valor y el 100% de la de segundo mayor valor.
- k) Para derecho de pabellón por reintervenciones, o retratamiento de Litotripsia Extracorpórea, aplicar lo señalado en estas Normas, en los puntos número 19A letra n) y 19B letra f) respectivamente

27. PAGO ASOCIADO A DIAGNOSTICO (P.A.D.) “CUENTA CONOCIDA”

(códigos 25-01-001 al 25-01-036) (códigos 25-02-001 al 25-02-004)

27.1 Generalidades:

- a) Los prestadores, que deseen acceder al mecanismo de pago PAD, deberán inscribirse en el Rol de la Modalidad de Libre Elección y dar cumplimiento a los requisitos de calidad, técnica y de satisfacción usuaria, establecidos en la resolución que regula el procedimiento de convenios dictada por el Fondo Nacional de Salud.
- b) Se entiende por PAD, al conjunto de prestaciones previamente estandarizadas, que permiten resolver en forma integral un diagnóstico o patología determinada. La codificación arancelaria, se ha orientado a diferenciar por subgrupo, las prestaciones dirigidas a la atención cerrada (subgrupo 01) o atención ambulatoria (subgrupo 02).
- c) Para acceder a las prestaciones denominadas como PAD (Grupo 25), es necesario que el beneficiario elija, previa hospitalización, atenderse por este mecanismo, por tanto para los casos de tratamientos programados, las instituciones y los beneficiarios quedan obligados a tramitar con anterioridad el Programa de Atención de Salud.

El prestador, deberá informar en forma completa y detallada al beneficiario acerca de las condiciones de la hospitalización (tipo de habitación con detalle del número de camas y disponibilidad de baño, equipo profesional, fecha y horario de la intervención, etc.).

Si en el momento de la hospitalización, no se dispusiera del tipo de habitación acordada con el paciente y habiéndose entregado el respectivo PAD al prestador, la entidad no podrá solicitar al paciente que desista de este sistema de pago con cuenta conocida, cambiándolo al cobro tradicional de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección.

27.2 Inscripción:

- a) Los prestadores entidades o sociedades de profesionales, para otorgar integralmente las prestaciones PAD, deberán estar acreditados ante el Fondo, el que verificará que cuenten con los requisitos técnicos y administrativos habilitantes para dicho efecto.
- b) La inscripción para prestaciones PAD, obliga a la entidad a cobrar por este mecanismo, con excepción de aquellos casos en que la cirugía es realizada por un profesional actuando en calidad de persona natural y la entidad requiera cobrar otras prestaciones de salud, que conforman el resto de la atención del paciente.
En estos casos y con el objeto de permitir la valorización del derecho de pabellón, las entidades mantendrán inscritas las prestaciones trazadoras que forman parte de los respectivos paquetes PAD.

27.3 Integralidad del PAD:

- a) El PAD tiene un valor único y de acuerdo a lo señalado en los art. 7º y 10º del Arancel, no tendrá derecho a recargo horario ni será afectado por el grupo de inscripción del prestador.
- b) El valor del PAD, considera tanto la resolución de la patología de este paquete, como además las complicaciones derivadas de ella y el tratamiento de las lesiones iatrogénicas que se produzcan.

De esta manera, el precio del PAD incluye lo siguiente:

- Los honorarios de todo el equipo profesional.
 - Los valores de los días camas y el derecho de pabellón, incluidas las diferencias señaladas en el art. 53 del D.S. 369/85, del Ministerio de Salud.
 - Los medicamentos e insumos utilizados durante la Hospitalización.
 - Todas las prestaciones necesarias, para resolver integralmente la patología correspondiente al PAD.
 - Atención integral, hasta 15 días después del egreso del paciente, incluyendo los controles post operatorios, la reparación de lesiones iatrogénicas y el tratamiento de las complicaciones más frecuentes, derivadas de la resolución de la patología del PAD. En caso de complicaciones, se entienden incluidos el diagnóstico, el tratamiento y la hospitalización que se requiera.
- c) No cabe cobro de diferencias por ningún concepto al beneficiario, ni por días camas, derecho de pabellón, arsenalera, medicamentos o insumos.
 - d) Para las intervenciones quirúrgicas, en las cuales por razones técnicas es necesario efectuar estudios histopatológicos, se entenderá que dichas prestaciones están incluidas en el valor del PAD.

27.4 Valorización de otras cirugías:

- a) En aquellas prestaciones PAD, cuyas cirugías trazadoras son susceptibles de realizarse en forma bilateral, la definición del precio final consideró el costo de la bilateralidad, por tanto cuando un mismo equipo y en el mismo acto quirúrgico, practique en forma bilateral la cirugía que conforma el PAD, sólo corresponderá valorizar el 100% de la

prestación correspondiente al Grupo 25.

- b) En este caso, tampoco proceden cobros de diferencias por ningún concepto al beneficiario, ni por día cama, derecho de pabellón, arsenalera, medicamentos o insumos.
- c) Si el mismo equipo y en el mismo acto quirúrgico, realiza simultáneamente otra intervención que no corresponda a la cirugía trazadora del PAD, esta última intervención deberá cobrarse en forma individual en un Programa Complementario que será visado por el Fondo, aún cuando exista un PAD específico para su tratamiento.

La segunda cirugía, se valorizará en el nivel de inscripción de la entidad prestadora, correspondiendo un 50% por los honorarios profesionales y un 50% por el derecho de pabellón.

- d) En los casos de hospitalización y tratamiento, por patología diferente, no derivada de la tratada, que no corresponda a lesiones iatrogénicas y que aparezca hasta 15 días después del egreso del paciente, deberá confeccionarse un Programa Complementario, al Programa del PAD.

27.5 Cobro de prestaciones PAD:

A. Prestaciones Grupo 25 Subgrupo 01

- a) Procede el cobro de las prestaciones del Grupo 25, sólo cuando la resolución del diagnóstico se efectúa a través de la prestación identificada como trazadora para cada PAD.

Las prestaciones identificadas como trazadoras para los PAD corresponden a las que se detallan a continuación:

P.A.D.	GLOSA	PRESTACIONES TRAZADORAS
25-01-001	Colelitiasis	18-02-028 o 18-02-029 o 18-02-081
25-01-002	Apendicitis	18-02-053
25-01-003	Peritonitis	18-02-007
25-01-004	Hernia Abdominal Simple	18-02-003
25-01-005	Hernia Abdominal Complicada	18-02-003 18-02-074
25-01-006	Tumor Maligno de Estómago	18-02-017, ó 018, ó 021 ó 022 ó 023
25-01-007	Úlcera Gástrica Complicada	18-02-010, ó 015, ó 018, ó 021, ó 025
25-01-008	Úlcera Duodenal Complicada	18-02-015, ó 020, ó 025

25-01-009	Parto	20-04-003, ó 005, ó 006
25-01-010	Embarazo Ectópico	20-03-003
25-01-014	Enfermedad Crónica Amígdalas	13-02-029
25-01-015	Vegetaciones Adenoides	13-02-028
25-01-016	Hiperplasia de la Próstata	19-02-055 o 19-02-056
25-01-017	Fimosis	19-02-082
25-01-018	Criptorquidia	19-02-066 o 19-02-060
25-01-019	Ictericia del Recién Nacido	20-04-009 y/o 07-02-009
25-01-021	Cataratas (no incluye Lente Intraocular)	12-02-064
25-01-022	Trasplante Renal	19-02-003
25-01-026	Prolapso Anterior o Posterior	20-03-023 o 024
25-01-027	Tumores y/o Quistes Intracraneanos	11-03-024 o 025 o 026
25-01-028	Aneurismas	11-03-027
25-01-029	Disrafias	11-03-037 o 047
25-01-030	Hernia Núcleo Pulposo (Cervical, Dorsal, Lumbar)	11-03-049
25-01-031	Acceso Vascular Simple (mediante Fístula Arterio Venosa) para hemodiálisis	17-03-003
25-01-032	Acceso Vascular Complejo (mediante Fístula Arterio Venosa) para hemodiálisis	17-03-003 y 17-03-006
25-02-001	Infección tracto urinario	01-01-003 03-06-011
25-02-002	Hemorroides	18-03-018
25-02-003	Várices	17-03-030
25-02-004	Varicocele	19-02-075

B. Prestaciones Grupo 25 Subgrupo 02

- a) Para efecto del cobro de este tipo de prestaciones PAD, en lo conceptual normativo y en lo que corresponda, le son aplicables las disposiciones generales desde los puntos 27.1 al 27.5
- b) Para el otorgamiento de la prestación, se podrán inscribir entidades cuyos centros de atención de salud, cuenten al menos con los siguientes requisitos:
 - Planta física que considere, área de recepción, sala de espera, boxes implementados para atención de pacientes, baños separados para pacientes y personal.
 - Disponer de servicio de laboratorio clínico e Imagenología, acorde con las exigencias técnicas y sanitarias del caso o contar con convenio para dicho efecto.
 - Profesionales de salud, tales como médico general y/o especialistas en

especialidades básicas (pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia), medicina familiar adultos, medicina familiar niños, enfermera universitaria

- En materias administrativas, contar con fichas individuales para el registro de actividades y acciones realizadas y libro de reclamos y sugerencias.

c) Las prestaciones del Grupo 25, subgrupo 02, incluyen en su valor, lo siguiente:

- Prestación “Diagnóstico de Infección Tracto Urinario (I.T.U.) (cód. 25-02-001)” incluye consulta médica de especialidad (medicina interna, urología o nefrología), examen de urocultivo, orina completa, uretro y/o cistouretrografía miccional retrógrada, ecotomografía renal. Eventualmente, pielografía de eliminación.
- Para las prestaciones “Hemorroides (cód. 25-02-002)”, “Várices (cód. 25-02-003)” y “Varicocele (cód. 25-02-004)”, se entiende incluido en su valor, la hospitalización ambulatoria con uso de cama y atención de enfermería, la prestación trazadora y los honorarios del equipo de cirujanos y anestesista, el uso de pabellón, la arsenalera, las diferencias por día cama y pabellón, los medicamentos e insumos utilizados.

d) La composición de la prestación de este subgrupo, detallada en el punto precedente, considera las prestaciones más frecuentes requeridas para el diagnóstico de la Infección de tracto urinario, por lo que cuando se trate de pacientes nuevos, incorporados a este tipo de atención integral asociada a diagnóstico, la entidad inscrita para ello le otorgará, al menos, las prestaciones necesarias para su diagnóstico, no permitiéndose cobro adicional, por las prestaciones individuales que conforman el PAD.

e) El límite financiero establecido para las prestaciones de este subgrupo, corresponde a una prestación por beneficiario, por año.

27.6 Normas Específicas

a) El PAD Parto considera la atención profesional del equipo completo incluyendo médico obstetra, matrona, anestesista, pediatra o neonatólogo.

Para el precio de esta prestación se han considerado valores promedio de atención de parto incluidos la madre y el recién nacido, en embarazos con evolución y desarrollo que cursa en condiciones de normalidad y embarazos que presentan morbilidad cuyo manejo y control médico, dan mayor certeza de resolución de parto y atención del niño, sin uso de intervenciones sanitarias de mayor complejidad.

La prestación 25-01-009 además de las definiciones generales señaladas en el numeral 27.3 considera incluido en su valor:

- Atención del parto cualquiera sea la forma de resolución y la atención materna durante su hospitalización.
- Atención de las complicaciones maternas mediante tratamiento de lesiones iatrogénicas, tratamiento de complicaciones propias del parto, tales como, resuturas, vaciamientos de hematomas, infecciones urinarias, endometritis, metrorragia secundaria a inercia uterina, rotura uterina sutura y/o ectomía,

desgarraduras cuello uterino.

- Atención médica del recién nacido en sala de partos o pabellón quirúrgico, las visitas médicas diarias por pediatra o neonatólogo, los exámenes de rutina, el uso de cuna de procedimientos, el uso de sala cuna, administración de vacunas, vitamina K y medicamentos de uso general.

La prestación 25-01-009 no incluye en su valor lo siguiente:

- El tratamiento de problemas médicos presentados por la madre, tales como, embolia de líquido amniótico, coagulopatías de consumo, trombofilia, en cuyo caso se deberá confeccionar el programa complementario correspondiente.
- El tratamiento de las complicaciones del recién nacido ocasionadas por prematuridad (menor de 37 semanas), malformaciones o patologías previas al nacimiento.
- La atención médica y hospitalización del recién nacido, desde el segundo gemelo en adelante en caso de partos múltiples.

En estos casos se podrá efectuar un Programa Complementario que será visado por el Fondo, que en su parte superior señale "Programa Complementario al anterior N°... de fecha.....". El profesional deberá fundamentar siempre en el Programa Complementario las razones que lo motivan, en el espacio destinado para ello. Para los casos que el Fondo Nacional de Salud estime pertinente, se solicitará al prestador el envío, en forma reservada, de los antecedentes clínicos.

Si no se dispone del N° del Programa original, de todas formas se deberá consignar en el recuadro destinado al informe fundado, que se trata de un Programa Complementario

- b) El PAD Trasplante renal no incluye el estudio de histocompatibilidad, procuramiento de órganos ni el tratamiento inmunosupresor. Las dos últimas son de cargo del beneficiario.

Para el estudio de histocompatibilidad deberá confeccionarse un Programa Complementario, el que será visado por el Fondo.

- c) Los PAD correspondientes a Hernias, códigos 25-01-004 y 25-01-005, no consideran incluidos en su valor el uso de prótesis, por tanto de requerirse la colocación de ellas, el beneficiario podrá acceder a la bonificación de prótesis siempre que se confeccione un Programa Complementario con el código 23-01-013.
- d) El PAD 25-01-015, incluye valores ponderados de Adenoidectomía más tratamiento quirúrgico de mucositis timpánica, por tanto corresponde el cobro de ésta prestación cuando se efectúe sólo la primera o cuando la cirugía incluya ambas intervenciones. En caso de realizarse, sólo tratamiento quirúrgico de Mucositis timpánica, corresponde cobrar la prestación individual 13-02-008.
- e) Para el pago de prestaciones PAD Cataratas, se tendrá presente:
- Las Sociedades de Profesionales, que soliciten inscripción de la prestación PAD Catarata, deberán informar al Fondo, los pabellones quirúrgicos de establecimientos asistenciales en los que realizarán las cirugías, debiendo además, acreditar documentalmente la autorización sanitaria vigente, de esos pabellones quirúrgicos.

- El PAD Catarata, debe entenderse como la resolución quirúrgica por patología y diagnóstico asociado a la Catarata, cuyas condiciones básicas de calidad técnica deben considerar equipo quirúrgico completo, técnica de facoemulsificación o de facoéresis uso de insumos adecuados, e instalación de lente técnicamente prescrito por el médico cirujano.
 - La prestación 25-01-021 PAD Catarata, No incluye el valor del lente intra ocular (L.I.O.), por lo que en toda intervención en que se instale dicho elemento, podrá cobrarse por separado la prótesis al beneficiario, a través del cód. 23-01-080, debiendo confeccionarse un programa complementario para la emisión del BAS correspondiente.
 - Para el Lente Intraocular que se instale (L.I.O), el prestador que cobre el PAD 25-01-021, deberá disponer en la ficha del beneficiario o en el protocolo de la intervención, información relativa a la prótesis instalada, contemplando a lo menos, el registro de marca, modelo, tipo, serie de fabricación, para el caso de que el Fondo los requiera durante programas de fiscalización.
 - En tanto el código 12-02-064, prestación identificada como trazadora de este PAD, disponga la conformación de equipo con cirujano primero, cirujano segundo y anestesista, las intervenciones de Catarata que se cobren a través del PAD 25-01-021, se realizarán con igual número y calidad de integrantes de equipo de profesionales.
- f) Las prestaciones 25-01-031 y 25-01-032, accesos vasculares simples y complejos, ambas mediante F.A.V. para Hemodiálisis, están destinadas exclusivamente a pacientes portadores de insuficiencia renal crónica que para su tratamiento con hemodiálisis en sus diferentes variedades, requieren de una fístula arteriovenosa.

Las prestaciones 17-03-003 y 17-03-006, definidas como trazadoras de la prestación 25-01-032, deberán otorgarse en forma conjunta, ya que para su realización, además de la fístula arteriovenosa, se requiere efectuar una reparación de vasos arteriales o venosos, con o sin injerto. En caso de requerirse la instalación de prótesis vasculares, la prestación 25-01-032 no incluye el valor de la prótesis.

28. PAGO ASOCIADO ATENCION EMERGENCIA.

28.1 Definiciones:

- a) "Atención Médica de Emergencia o Urgencia": Es toda prestación o conjunto de prestaciones, que sean otorgadas a una persona que se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia.
- b) "Emergencia o Urgencia": Es toda condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable.

La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia, debe ser determinada por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano, en la unidad de urgencia pública o privada, en que la persona sea atendida, lo que deberá ser certificado por éste.

- c) “Certificación de estado de emergencia o urgencia”: Es la declaración escrita y firmada, por un médico cirujano en una unidad de urgencia, pública o privada, dejando constancia, que una persona se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia y su diagnóstico probable. Dicha constancia deberá dejarse en un documento, y/o “Ficha Clínica” y/o “Dato de Atención de Urgencia”, que, además, contendrá los siguientes datos a lo menos: nombre completo del paciente, su RUT y situación previsional en materia de salud, motivo de consulta, diagnóstico probable, parámetros vitales y exámenes o procedimientos realizados, fecha y hora de la atención.
- d) “Paciente estabilizado”: Es el paciente que, habiendo estado o estando en una situación de emergencia o urgencia, se encuentra en estado de equilibrio de sus funciones vitales, de modo que, aún cursando alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado, dentro del establecimiento o a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad. La estabilización del paciente deberá certificarse en la misma forma y documentos que la certificación de estado de emergencia o urgencia, dejando constancia de la fecha y hora de la misma.
- e) “Pago Asociado Atención de Emergencia”: Es la atención o conjunto de prestaciones que se otorga a una persona, desde que su condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia ha sido debidamente certificada por un médico cirujano en una unidad de urgencia privada, hasta que el paciente se encuentre estabilizado.

En estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.

f) Unidad de Urgencia:

Para efectos de la aplicación del Arancel, se entiende por unidad de urgencia, al servicio de atención médico quirúrgico, ubicado en las instalaciones de un establecimiento de salud, cuya dotación de médicos, enfermeras y/o matronas, otros profesionales de salud y personal auxiliar de enfermería, aseguran la atención permanente y preferente las 24 horas del día y los 365 días del año, de pacientes cuya gravedad y estado crítico puedan implicar riesgo vital y eventuales secuelas

Estos servicios, deben contar con la infraestructura y el equipamiento que permitan atenciones de emergencia o urgencia de alta, mediana y baja complejidad, con médicos especialistas, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas (laboratorio,

imagenología y banco de sangre), unidades de cuidado intensivo y de tratamiento intermedio propias o red de derivación expedita.

El Ministerio de Salud, efectuará la acreditación de las Unidades de Emergencia de los establecimientos de salud privados de nivel nacional.

- g) Tratándose de atenciones otorgadas por médico en un servicio de urgencia de establecimiento privado, en la que el profesional establece que la condición de salud o cuadro clínico del beneficiario no constituye riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona, se entenderá que el pago de la respectiva atención no corresponde al marco establecido por la Ley N° 18.469, modificada por la Ley N° 19.650, por lo que su cobro se realizará a través del código 01-01-001 consulta médica.

28.2 Prestaciones de emergencia o urgencia.

De acuerdo a la complejidad del cuadro clínico de emergencia o urgencia, las prestaciones se diferenciarán en los códigos que siguen:

- a) PAGO ASOCIADO A ATENCION DE EMERGENCIA DE MENOR COMPLEJIDAD (cód. 28-01-001 y 28-01-101).

Es la atención que se otorga en un servicio de urgencia a un paciente cuyo diagnóstico debidamente certificado por un médico cirujano, requiere estabilización del cuadro clínico para evitar complicaciones que impliquen para el enfermo, riesgo vital y/o secuelas funcionales graves, previo al traslado a otro establecimiento asistencial para su resolución definitiva o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de la enfermedad. Los casos que requieran traslado, deberán coordinarse a través del Centro Regulador existente.

El P.A.E. de Menor Complejidad, comprende dos tipos de prestaciones: 28-01-001 Pago Asociado a Atención Emergencia Menor Complejidad y 28-01-101 Pago Asociado a Atención Emergencia Menor Complejidad B. La codificación de una u otra, dependerá de las diferentes patologías presentadas por los enfermos y cuyos diagnósticos impliquen distintos niveles de resolución para lograr la estabilización de los pacientes.

De esa forma, las prestaciones de este subgrupo, consideran incluido en su valor, al menos lo siguiente:

- Para el código 28-01-001, incluye la consulta médica en el servicio de urgencia, exámenes básicos de laboratorio e imagenología, fleboclisis, hidratación, administración de medicamentos e insumos de uso corriente, instalación de sondas y algunos procedimientos tales como inmovilizaciones provisionales, curaciones, suturas, etc.
- Para el código 28-01-101, además de las prestaciones básicas del código 28-01-001, incluye medicamentos, insumos, exámenes y procedimientos de mayor costo y en mayor frecuencia. Entre otras prestaciones, tomografía axial computarizada, exámenes de imagenología simples y complejos, procedimientos de cardiología, neumología, neurología, etc., transfusiones, endoscopías, uso eventual de cama de

hospitalización, intervenciones de cirugía menor.

b) PAGO ASOCIADO A ATENCION DE EMERGENCIA DE MEDIANA COMPLEJIDAD.
(cód. 28-01-002 y 28-01-102).

Es el conjunto de prestaciones otorgadas en un servicio de urgencia a un paciente cuya condición de emergencia, debidamente certificada por un médico cirujano, está referida a pacientes graves con riesgo vital y/o riesgo de grave secuela funcional.

El P.A.E. de Mediana Complejidad, comprende dos tipos de prestaciones: 28-01-002 Pago Asociado a Atención Emergencia Mediana Complejidad y 28-01-102 Pago Asociado a Atención Emergencia Mediana Complejidad B. La codificación de una u otra, dependerá del diferente grado de compromiso y de la severidad del cuadro clínico, lo que implica menores o mayores estadías, o diferentes tasas de uso de las prestaciones hasta lograr la estabilización de los pacientes.

Las prestaciones de este subgrupo, consideran incluido además de la hospitalización y atención profesional especializada, considera incluido en su valor la realización de exámenes de laboratorio, de imagenología (radiológicos simples y complejos, ultrasonografía, tomografía axial computarizada, etc.); procedimientos diagnóstico terapéuticos tales como endoscopias, hemodiálisis, ultrafiltraciones, etc; eventualmente intervenciones quirúrgicas de mediana complejidad; insumos, medicamentos.

Estas prestaciones están orientadas a la atención de pacientes graves que presentan cuadros clínicos tales como descompensaciones renales, coma diabético, peritonitis, pancreatitis aguda, heridas penetrantes de tórax y abdomen con compromiso de órganos, insuficiencia cardíaca descompensada, T.E.C. complicado que requiere tratamiento médico, hemorragias masivas, etc. y que de acuerdo a criterios técnicos, requieren habitualmente hospitalización en una Unidad de Intermedio o Servicio Clínico de Especialidad.

Los diagnósticos precedentemente citados, tienen solamente carácter referencial, debiendo entenderse que patologías similares en complejidad a las detalladas, deberán ser clasificadas de la misma forma.

c) PAGO ASOCIADO A ATENCION DE EMERGENCIA DE MAYOR COMPLEJIDAD
(cód. 28-01-003).

Es el conjunto de prestaciones otorgadas en un servicio de urgencia a un paciente que dada la condición de emergencia, debidamente certificado por un médico cirujano y que de acuerdo a criterios técnicos, requiere habitualmente hospitalización en una Unidad de Cuidado Intensivo o Servicio Clínico de Especialidad.

Esta prestación está orientada a la atención de pacientes críticos que presentan cuadros clínicos tales como: shock séptico, politraumatismo, paciente gran quemado, aneurismas

cerebrales, T.E.C. con hemorragia subdural, herida penetrante cardíaca, taponamiento cardíaco, traumatismos abdominales que requieren cirugías, Infarto Agudo de Miocardio con revascularización, tromboembolismo pulmonar, etc. Esta definición técnica, tiene solamente el carácter de referencia, debiendo entenderse que patologías similares en complejidad a las aquí detalladas, deberán ser clasificadas de la misma forma.

La prestación 28-01-003, además de la hospitalización y atención profesional especializada, considera incluido en su valor la realización de: exámenes de laboratorio; exámenes de imagenología (radiológicos simples y complejos, ultrasonografía, Tomografía axial computarizada); procedimientos diagnósticos y terapéuticos tales como angioplastias, estudios hemodinámicos, hemodiálisis, ultrafiltraciones, etc.; intervenciones quirúrgicas de mayor complejidad, derechos de pabellón, utilización de insumos y soporte farmacológico avanzado; etc., que hayan sido necesarios de otorgar al paciente para alcanzar su estabilización.

28.3 Coordinación con Centro Regulador y Traslado.

Para aquellos pacientes que de acuerdo a la certificación médica, se encuentran estabilizados, deberá coordinarse el traslado dentro del establecimiento o a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.

Para efectos del traslado, se considerarán las siguientes alternativas:

a) Traslado en Modalidad de Atención Institucional.

Para este efecto y cuando el paciente o quién asuma su representación, haya optado por atención en esta Modalidad, el traslado se realizará mediante coordinación con el Centro Regulador de Emergencias, hacia otro establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud u otro con el cual se haya celebrado un convenio especial bajo la Modalidad de Atención Institucional.

b) Traslado en Modalidad Libre Elección:

Sin perjuicio de lo establecido en el punto precedente, el beneficiario o quién asuma su representación, podrá optar por recibir atención en la Modalidad de Libre Elección, en otro o en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia o urgencia, respecto de las prestaciones que se otorguen con posterioridad a su estabilización. En estos casos los establecimientos asistenciales, deberán disponer de la declaración firmada por el beneficiario o su representante, de la elección de este tipo de Modalidad, junto con informar la situación al Centro Regulador de Emergencias.

c) Para pacientes estabilizados que se trasladan, se dejará constancia en un documento, ficha clínica y/o dato de atención de urgencia, de la fecha y hora del traslado, centro asistencial que recibirá al enfermo, condiciones clínicas en las que se realiza el traslado, epicrisis con detalle de las atenciones efectuadas, nombre del médico cirujano que

certifica la estabilización, nombre del médico cirujano que coordina el traslado en el Centro Regulador.

En el caso de aquellos pacientes, en que a pesar del tratamiento no se logra la estabilización resultando imposible efectuar su traslado, el Fondo Nacional de Salud, dispondrá los mecanismos de pago y operativa a usar para estas situaciones. Sin perjuicio de ello, la situación clínica de esos pacientes, será comunicada al Centro Regulador.

28.4 Proceso de Fiscalización, Emisión y Pago a Prestadores:

- a) Cuando por atenciones otorgadas a un paciente, se requiera el pago correspondiente a emergencia o urgencia, debidamente certificados por médico cirujano, éste será efectuado por el Fondo, preferentemente a través de órdenes de atención de salud emitidas para prestaciones grupo 28 subgrupo 01, códigos 28-01-001 al 28-01-102.
- b) Para la emisión de dichas órdenes, los prestadores deberán confeccionar un Programa de Atención de Salud, de acuerdo a lo señalado en el punto 3 de estas Normas, indicando la fecha inicio de la emergencia y de la estabilización, según se haya certificado por médico cirujano tratante.
- c) Asimismo el prestador adjuntará un documento en el que se detalle lo que sigue:
 - Nombre del paciente.
 - Fecha y hora de atención.
 - Nombre y RCM o RUT, del Médico que certificó la emergencia.
 - Fecha y hora de inicio, de la emergencia y de la estabilización.
 - Nómina codificada de prestaciones efectuadas
 - Listado valorizado de medicamentos e insumos.
 - Tipo de Seguro (Accidente del trabajo o enfermedad profesional, Accidente del Tránsito, Enfermedad o accidente No del trabajo).
- d) Una vez efectuada la emisión de las respectivas órdenes de atención, el cobro por parte del prestador, se realizará en la misma forma que para el resto de las prestaciones de salud.
- e) El Fondo fiscalizará las atenciones de emergencia con riesgo vital y/o secuela funcional grave, de acuerdo a lo señalado en el punto 4 letra e) de esta normativa.

29. ATENCIONES INTEGRALES OTROS PROFESIONALES

29.1 PRESTACIONES DE ENFERMERIA (GRUPO 26, SUBGRUPO 01) (códigos 26-01-001, 26-01-002 y 26-01-003).

- a) Atenciones Integrales en Centros de Enfermería del Adulto Mayor: Código 26-01-001.
 - La prestación 26-01-001, debe efectuarse en Centros de Enfermería del Adulto Mayor, entendiéndose como tal, a la infraestructura y organización atendida y dirigida técnicamente por Enfermeras Universitarias, que otorgan atenciones integrales de

enfermería a adultos mayores de 55 años portadores de patologías crónicas, con la finalidad de promover la autonomía y disminuir el riesgo de invalidez de este grupo de pacientes.

a.1 Las principales patologías crónicas, que serán controladas en los Centros de Enfermería del Adulto Mayor, corresponden a las siguientes :

- Diabetes Mellitus
- Hipertensión arterial
- Enfermedades pulmonares, obstructivas crónicas
- Enfermedades reumatológicas (Artritis, Artrosis, etc.).
- Epilepsias
- Neoplasias
- Enfermedades neurológicas

a.2 Inscripción:

Para el cobro de la prestación 26-01-001, estos Centros completarán los formularios administrativos y legales establecidos para la inscripción de entidades, debiendo además cumplir con los requisitos técnico administrativos establecidos en esta normativa.

a.3 Requisitos técnico administrativos de los Centros de Enfermería del Adulto Mayor:

Infraestructura:

- Edificio adecuado que permita instalaciones de recepción de pacientes y sala de espera con sus acomodaciones.
- Boxes de atención individual con lavamanos y muebles, en número acorde a las atenciones y pacientes esperados
- Sala destinada a atención grupal (educación, charlas, ejercicios)
- Oficinas administrativas, de secretaria, archivos y kardex.
- Baños públicos (hombres y mujeres) y baños para el personal
- Iluminación y vías de circulación expeditas
- Extintores de incendio

Personal:

- El Centro es operado por Enfermeras Universitarias. Puede contar con auxiliares de enfermería.
- Personal administrativo como secretaria, auxiliares de aseo, etc.

Equipos e instrumentos:

- Los necesarios para exámenes clínicos tales como balanzas, esfigmomanómetros, fonendoscopios, termómetros, camillas de atención.
- Vitrina con material de curaciones, antisépticos, jeringas, agujas, equipos de esterilización.

Organización

- Dirección a cargo de Enfermeras Universitarias
- Libros de inscripciones y citaciones. Libro de reclamos
- Historias clínicas con registro de las atenciones.

- Manuales de procedimientos técnicos y administrativos.
- Registros de las cobranzas efectuadas

Documentos Anexos

- En la eventualidad que se realicen tomas de muestras de exámenes de laboratorio, la autorización sanitaria correspondiente.

a.4 El valor establecido para las atenciones integrales en Centros de Enfermería del Adulto Mayor, incluye lo siguiente:

- El conjunto de atenciones otorgadas por enfermeras universitarias, tanto de las actividades individuales como grupales, que el paciente requiera en forma anual. La duración de la primera atención, fluctuará entre 40 y 45 minutos y la de las atenciones posteriores, serán de 30 minutos como mínimo.
- La evaluación de enfermería, que permitirá la planificación de un programa de atención integral que incluye adherencia al tratamiento, prevención de caídas, manejo de trastornos del sueño e incontinencia urinaria, evaluación y manejo familiar de trastornos de la memoria, manejo de factores socioeconómicos, actividades diarias y educación para el autocuidado personal y familiar.
- El programa también incluye atenciones grupales de educación, en grupos de 6 a 8 personas y su familia.
- Procedimientos mínimos y habituales de enfermería, tales como esfigmomanometría, registro pondoestatural, curaciones simples, administración de medicamentos prescritos por médico tratante (El código 26-01-001 no incluye el valor de los medicamentos que se administren), etc.
- En cuanto a los insumos mínimos como algodón, tela adhesiva, gasa, antisépticos, jabones, éstos no podrán ser cobrados separadamente al paciente.

a.5 Límite Financiero

- Para la prestación 26-01-001, se establece un máximo de dos prestaciones por año por beneficiario.

a.6 Emisión y Valorización

- Para la emisión del BAS, el beneficiario deberá proporcionar el nombre y el RUT del Centro de Enfermería del Adulto Mayor en que se efectuará la atención.

a.7 Cobranza de BAS

- Los BAS correspondientes a la prestación 26-01-001, podrán ser presentados en cobranza a contar de la fecha de emisión, dentro del período de vigencia administrativa de los mismos.

b) Atenciones Integrales de Enfermería. (códigos 26-01-002 al 26-01-003)

b.1 Inscripción:

- Para el cobro de estas prestaciones, las Enfermeras Universitarias completarán los formularios administrativos y legales establecidos para la inscripción de profesionales, debiendo además cumplir con los requisitos técnico administrativos

establecidos en esta normativa.

b.2 Las prestaciones a realizar son:

- Atención integral de enfermería en domicilio (atención mínima de 45') (sólo para mayores de 55 años), código 26-01-002
- Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes postrados, terminales o post operados, código 26-01-003.

b.3 Las atenciones integrales de enfermería, tendrán una duración mínima de 45 minutos y están orientadas a las patologías o condiciones que se indican:

- Pacientes postrados.
- Enfermos en condición terminal.
- Pacientes oncológicos.
- Portadores de secuelas severas.
- Pacientes post operados.

b.4 Por integralidad de atención de enfermería, se entiende que las prestaciones incluyen en su valor:

- Evaluación de enfermería, incluyendo examen físico, estado nutricional, de hidratación, tratamientos indicados por el médico.
- Los procedimientos mínimos y habituales de enfermería, tales como, esfigmomanometría, curaciones simples, tomas de muestras para exámenes, administración de fleboclisis y enemas, administración de medicamentos prescritos por médico tratante (Los códigos 26-01-002 al 26-01-003, no incluyen el valor de los medicamentos que se administren).
- Educación sanitaria y para el auto cuidado (personal y familiar)

b.5 Límite Financiero:

- Para las prestaciones 26-01-002 y 26-01-003, se aceptará un máximo de 28 prestaciones, al año, por beneficiario.

b.6 Emisión, Valorización y Cobranza:

- Para la emisión del BAS, el beneficiario deberá proporcionar, el nombre de la profesional inscrita que lo atenderá, pues la emisión será nominativa. El cobro de las prestaciones sólo procede una vez efectuadas las atenciones.

- c) Las prestaciones de enfermería códigos 26-01-001, 26-01-002 y 26-01-003, no tendrán recargo horario ni estarán afectas al nivel de inscripción del profesional o entidad que las otorgue.
- d) Las entidades y profesionales que efectúen cobros de prestaciones de enfermería códigos 26-01-001, 26-01-002 y 26-01-003, deberán disponer del registro de las atenciones otorgadas, para cuando les sea requerido por el Fondo.

Para ese efecto, deberán mantenerse registros actualizados de los pacientes en control y de las atenciones domiciliarias, con las actividades efectuadas y las fechas respectivas.

29.2 PRESTACIONES DE NUTRICIONISTAS (GRUPO 26, SUBGRUPO 02)

a) Atención Integral de Nutricionistas (código 26-02-001)

a.1 Es la atención otorgada a un beneficiario por un profesional nutricionista en su consulta privada o en un local destinado para estos efectos de un establecimiento asistencial privado (hospital, clínica o centro de salud), debiendo cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución Exenta que regula el procedimiento de suscripción de convenios para la Modalidad Libre Elección.

a.2 La atención integral de nutricionista, será indicada por médico tratante especialista en medicina interna o nutrición mediante prescripción médica. Las atenciones están destinadas a pacientes entre 15 y 35 años, con riesgo cardiovascular modificable con dieta, que presenten obesidad o sobrepeso según criterios de Índice de Masa Corporal (I.M.C.) y con valores de glicemia \geq 110 mg/dl (diabetes mellitus tipo II o pre-diabetes).

a.3 Requisitos técnico administrativos:

Infraestructura:

- Boxes de atención individual con lavamanos y muebles.
- Equipos e instrumentos necesarios para realizar la calificación nutricional.

a.4 Por el carácter integral de la atención de nutricionista, se entiende que la prestación incluye en su valor una evaluación al inicio, cuatro controles y una evaluación al término.

- Evaluación de nutricionista (duración mínima 45 minutos):
 - Anamnesis; nutricional y clínica.
 - Estudio y evaluación dietética; encuesta alimentaria, hábitos y creencias, evaluación cuali-cuantitativa de la dieta.
 - Observación clínica; condiciones generales – búsqueda de signos carenciales nutricionales específicos.
 - Antropometría; peso, talla, circunferencia de cintura, pliegues cutáneos.
 - Calificación nutricional; según índice masa corporal (IMC), según norma ministerial de salud vigente.
 - Diagnóstico alimentario/nutricional.
 - Indicaciones; formulación dietoterapéutica, prescripción dietética, otras indicaciones.
- Controles (duración mínima de 30 minutos - controles mensuales) :
 - Anamnesis.
 - Estudio y evaluación dietética; encuesta alimentaria, evaluación cuali-cuantitativa de la dieta.
 - Observación clínica.
 - Antropometría; peso, talla, circunferencia de cintura, pliegues cutáneos.
 - Recalificación nutricional; según IMC de acuerdo a norma del Ministerio de Salud vigente.
 - Nuevo diagnóstico alimentario/nutricional.

- Indicaciones: formulación dietoterapéutica nueva y/o reforzamiento, indicaciones alimentarias, otros.

Límite Financiero:

- Para la prestación 26-02-001, se aceptará un máximo de 2 prestaciones, al año, por beneficiario.

a.5 Emisión, Valorización y Cobranza:

- Para la emisión del BAS, el beneficiario deberá proporcionar, el nombre del profesional inscrito que lo atenderá, pues la emisión será nominativa. El cobro de las prestaciones sólo procede una vez efectuadas las atenciones.
- Asimismo, deberá presentar la prescripción del médico tratante, quien a través de la orden médica solicitará la evaluación y control por profesional Nutricionista, en las condiciones antes señaladas.

a.6 Las prestaciones de nutricionista código 26-02-001, tendrá valor único y no estará afecta a recargo horario, siendo independiente al nivel de inscripción del profesional o entidad que las otorgue.

a.7 Las entidades y profesionales que efectúen cobros de prestaciones de nutricionista código 26-02-001, deberán disponer del registro de las atenciones otorgadas, para cuando les sea requerido por el Fondo. Para ese efecto, deberán mantenerse registros actualizados de los pacientes en control, con las actividades efectuadas y las fechas respectivas.

30. INFRACCIONES.

30.1 Para los efectos del ejercicio de la Modalidad de Libre Elección, de la aplicación del Arancel y de las Normas Técnico Administrativas, constituyen infracciones las siguientes:

- a) 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 de Salud y publicadas en el Diario Oficial, además de las Instrucciones que dicte el Fondo Nacional de Salud.
- b) Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud, pudiéndose distinguir:
 - b.1) Por homologación de códigos por prestaciones no existentes en el Arancel;
 - b.2) Por homologación de códigos por prestaciones existentes en el Arancel, pero que sean de mayor valor a las efectivamente realizadas;
 - b.3) Por homologación de códigos por prestaciones existentes en el Arancel, para cobrar prestaciones no autorizadas al prestador;
 - b.4) De prestaciones no realizadas;

- b.5) De prestaciones efectuadas por otro prestador;
- b.6) De exámenes de laboratorio efectuados con una técnica diferente a la referida en el respectivo informe;
- b.7) Exámenes de imagenología realizados con un número menor de exposiciones a las establecidas en el Arancel
- b.8) De honorarios adicionales por sobre el valor establecido para el grupo del rol correspondiente;
- b.9) De recargos improcedentes, por ejemplo, cobro de doble BAS por atención, salvo las excepciones contempladas por la normativa de acuerdo a la especialidad;
- c) Prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los señalados en la ley, es decir, que vulneren los principios de la Modalidad de Libre Elección cuando no sean prestaciones que requieran los beneficiarios (inducción de demanda).
- d) Incumplimiento de las normas sobre Emergencia o Urgencia, en beneficiarios que teniendo condiciones de salud o cuadro clínico que implican riesgo vital y/o secuela funcional grave, se les atiende a través de la Modalidad de Libre Elección, sin otorgarles la certificación médica de Emergencia o Urgencia, impidiendo su atención a través del Libro II y su reglamento contenido en el decreto N° 369, de 1985 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.
- e) Atención de personas no beneficiarias del Libro II (“préstamo” de BAS);
- f) No contar con fichas clínicas de los beneficiarios que hayan recibido prestaciones de salud, sean estas físicas o electrónicas o no contar con informes de exámenes practicados, en su caso, sea este físico o electrónico;
- g) No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico;
- h) Retención de la credencial de FONASA;
- i) Falta de actualización de la planta de profesionales, lugares de atención y otros antecedentes;
- j) Cobro de atención como particular a beneficiarios de FONASA a excepción de lo indicado en el punto 6.2 letra f) de esta norma.
- k) Financiamiento, del todo o parte del co-pago, por los prestadores
- l) La obstaculización, por cualquier medio, por parte del prestador de la inspección o el no envío de la documentación requerida por el Fondo una vez iniciada la fiscalización.
- m) Atención de beneficiarios y cobro de órdenes de atención cuando por vigencia de los BAS éstos hayan caducado, por ejemplo, en modalidad de venta digital en un día distinto al de emisión del bono electrónico, punto 3.2 letra c)
- n) Maltrato o discriminación a los beneficiarios de FONASA, por esta calidad, tales como postergación de días u horarios para su atención, o dilación en las fechas otorgadas para consultas, etc.

- o) No contar con autorización sanitaria, cuando la norma la exija, sin perjuicio de la cancelación administrativa inmediata en virtud de lo dispuesto por el artículo 52 del decreto supremo N° 369 de 1985, del Ministerio de Salud.
 - p) Incumplimiento de la obligación de informar contenida en el Art.24 de la Ley 19.966/2004: El Prestador deberá informar a los beneficiarios del Libro II en todos los casos en que se efectuó el diagnóstico de un problema de salud garantizado. Deberá dejar constancia escrita en el Formulario de Constancia de Información Pacientes GES, dispuesto por la Superintendencia de Salud para tales efectos, acerca de los derechos de los beneficiarios a las garantías establecidas en la Ley 19.966, en los establecimientos de salud públicos de la red asistencial y privados en convenio para tales efectos, que dispone FONASA.
 - q) No se aceptará la renuncia al rol de prestadores, cuando éste se encuentre en un proceso administrativo de fiscalización, el que continuará hasta su término. Durante el período que dure el procedimiento de fiscalización, y cuando el prestador haya manifestado su intención de renunciar al rol, se le considerará no vigente para estos efectos.
- II. La presente Resolución entrará en vigencia a contar del primer día hábil posterior a la fecha de su publicación en el diario oficial, fecha a partir de la cual se deja sin efecto la Resolución Exenta N° 253 del 29 de abril de 2008, del Ministerio de Salud.

**Anótese, archívese y publíquese.-
MINISTRO DE SALUD**

DR ALVARO ERAZO LATORRE ,