



RES. EXENTA 3G/N° 0911 14 MAR '14

MAT.: AUTORIZA INSCRIPCIÓN EN ROL MLE AL PRESTADOR D. CARLOS ALBERTO HERMANSEN RAMÍREZ, [REDACTED] PROFESIONAL

VISTO: Lo establecido en los Libros I y II del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud; el Decreto Supremo N° 369, de 1985, del Ministerio de Salud; la Resolución 3A N° 1455, de 2002 y sus modificaciones; la Resolución Exenta 1F/N° 7137, de 2009, Resolución Exenta 1C/N° 4248 del 22/07/11 y la Resolución Exenta 1A/N° 2484 del 03/05/2011, todas del Fondo Nacional de Salud; la Resolución Exenta N° 1800, de 2008, de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. Que, el artículo 143° del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, otorga facultades al Fondo Nacional de Salud, de suscribir convenios con profesionales y entidades asistenciales de salud, para la atención de los beneficiarios del Libro II de dicho cuerpo legal, e inscribirlos en alguno de los grupos del Rol que para estos efectos llevará el Fondo, organismo que tiene la tuición y la facultad fiscalizadora de dicha modalidad;

2. Que, con fecha 06/02/14, D. CARLOS ALBERTO HERMANSEN RAMÍREZ, [REDACTED] de profesión MÉDICO CIRUJANO con domicilio en [REDACTED] comuna [REDACTED] fono [REDACTED] presentó la solicitud N° 14.499 adjuntando los formularios y documentos administrativos-técnicos, exigidos para el proceso de Inscripción en M.L.E.;

3. Que, se adjuntó a dicha solicitud, los documentos administrativos, técnicos, sanitarios y jurídicos, exigidos para el tipo de prestador y prestaciones de salud que se postula inscribir, todo ello de acuerdo a los requisitos definidos en la resolución del Fondo Nacional de Salud, que estableció el procedimiento de inscripción y convenios en el Rol MLE, según las RE N° 7.137 de diciembre de 2009 y RE 4248 del 22/07/11;

4. Que, el informe de Fiscalizador del Depto. de Control y Calidad de Prestaciones, con la visación técnica sanitaria, según N° 268 de fecha 14/02/14, confirman el cumplimiento de los requisitos que permiten otorgar las prestaciones de salud a inscribir, por lo que dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

I. AUTORIZASE la inscripción en el Rol de la Modalidad de Libre Elección, al Profesional Individual de Salud D. CARLOS ALBERTO HERMANSEN RAMÍREZ, [REDACTED] en su calidad de MÉDICO CIRUJANO, especialista en CIRUGÍA GENERAL, Atención Cerrada de Alta Resolutividad, con equipos; y el convenio suscrito entre el prestador y el Fondo Nacional de Salud, en los siguientes términos:

PRIMERO:

La celebración del presente convenio incorpora al Prestador en el grupo 3 del Rol de profesionales y entidades asistenciales de salud de la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud, las prestaciones y Sucursales o Lugares de Atención que se detallan en la Resolución que aprueba este convenio.

SEGUNDO:

Se entienden incorporadas al convenio, las disposiciones establecidas en el D.F.L. N°1/2005 que Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; el D.S. N° 369 de 1985, que aprobó el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, ambos decretos del Ministerio de Salud; las actuales y posteriores disposiciones del Arancel de Prestaciones de Salud; las Normas Técnico-Administrativas para la aplicación de dicho Arancel; las instrucciones que imparta el Ministerio de Salud y todas aquellas normas e instrucciones emanadas del Fondo Nacional de Salud, dictadas en uso de sus facultades de tuición, administración y fiscalización consagradas en los artículos 143° DFL N°1/2005 y artículo 45° del D.S. N° 369 de 1985.

TERCERO:

El prestador que firma el convenio, da fe de la veracidad de la documentación legal, administrativa, técnica y sanitaria, que adjuntó a la solicitud de inscripción y que forma parte del convenio. El Fondo establecerá los mecanismos de control que le permitan verificar su cumplimiento. Forma parte integrante del convenio, la documentación legal y técnica exigida por el Fondo en los formularios correspondientes y acompañada por el prestador con su solicitud de inscripción, como igualmente la nómina de prestaciones de salud que haya sido previamente autorizada por el Fondo de acuerdo a la capacidad sanitaria y resolutiva del prestador, al personal, los equipos, la infraestructura, las instalaciones, los servicios médicos o médico quirúrgicos, los servicios de apoyo diagnóstico o terapéutico, unidades de hospitalización regulares, de camas

especializadas o unidades críticas, entre otros, lo que será comunicado al prestador mediante resolución exenta firmada por el representante de FONASA formalizando el presente convenio.

CUARTO:

Déjese establecido que el prestador certifica debidamente haber dado cumplimiento al art. 1 de la Ley N° 20.261, ya que ha rendido satisfactoriamente el examen único nacional de conocimientos de medicina EUNACOM, habiendo obtenido una puntuación de 72.62.

QUINTO:

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

SEXTO:

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

SEPTIMO:

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

Asimismo, el prestador deberá entregar a los beneficiarios toda la información y facilidades necesarias para ser atendidos por profesionales inscritos en la Modalidad de Libre Elección que los propios beneficiarios elijan.

OCTAVO:

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

NOVENO:

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

DECIMO:

El Prestador inscrito queda obligado por la sola inscripción, a aceptar como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo nivel quedándole prohibido recibir pagos adicionales de cualquier naturaleza, salvo la excepción que establece el artículo 53 del DS 369/1985 del Ministerio de Salud, para prestaciones, tales como, días cama y derecho de pabellón.

UNDECIMO:

En retribución por las atenciones que efectivamente otorgue a los beneficiarios, el Prestador tiene derecho a cobrar órdenes de atención emitidas por el Fondo y aquellos de emisión electrónica realizada por prestadores en convenio, en las que se identificarán las prestaciones de salud, su codificación, los valores y nominadas al Prestador y al beneficiario que recibió las atenciones.

Las prestaciones de salud serán otorgadas por los profesionales y/o entidades informados al Fondo en la nómina que respalda técnicamente la ejecución de las prestaciones solicitadas en el presente convenio, siempre y cuando exista una autorización escrita otorgada por cada uno de los profesionales y/o representantes legales de las entidades.

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

DUODECIMO:

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

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

DECIMO TERCERO:

El Fondo pagará al prestador:

- las órdenes de atención que éste, presente a cobranza que contemplen los requisitos y datos exigidos por las normas técnico administrativas, se ajusten a las instrucciones del Fondo y contengan la firma y timbre del representante de la entidad.
- las órdenes de atención correspondientes a prestaciones singularizadas en este convenio y que efectivamente se hayan efectuado a beneficiarios de la Ley, que cuenten con el respaldo de los registros clínicos y que correspondan a prestaciones que efectivamente requiera el beneficiario.

El Fondo no pagará al prestador:

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

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

El prestador queda obligado a mantener el registro de las prestaciones por un lapso de 5 años.

DECIMO CUARTO:

El prestador reconoce las facultades del Fondo con respecto a la tuición, administración y fiscalización permitiéndole verificar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el DFL 1/2005, del Ministerio de Salud, el Arancel de Salud y las normas e instrucciones emanadas del Fondo. Para ello se obliga a exhibir y enviar toda la documentación o antecedentes que requiera el Fondo o su personal fiscalizador, resguardando lo establecido en el artículo 10 de la ley 19.628 de 1999 sobre protección de datos de carácter personal, como igualmente otorgar todas las facilidades de acceso a las oficinas, establecimiento, o dependencia donde realice las prestaciones de salud.

DECIMO QUINTO:

El Fondo queda facultado para modificar la nómina de prestaciones médicas, ampliándola o restringiéndola, si verifica que se ha modificado la infraestructura, el equipamiento u otra condición técnica que incremente o disminuya la capacidad o la calidad de las prestaciones a otorgar por el Prestador. En caso que se verifique por el Fondo que el Prestador no se ajusta en sus procedimientos a las normas establecidas en el presente convenio, el Director del Fondo o en quien delegue la facultad podrá, previa calificación del caso, resolver la suspensión transitoria del presente convenio y de la inscripción pertinente, fijando un plazo para que dentro de él, el Prestador regularice su situación. La suspensión será formalizada por resolución fundada y la notificación al Prestador se hará por carta certificada.

DECIMO SEXTO:

El convenio del Prestador, caducará automáticamente, en las siguientes situaciones:

- a) Fallecimiento del prestador
- b) Declaración de quiebra.
- c) Por inhabilidad legal sobreviniente.
- d) Incapacidad física o mental legalmente declarada
- e) Falta de la autorización sanitaria cuando corresponda.

DECIMO SEPTIMO

En los casos de prestadores que no presenten cobranza de órdenes o bonos de atención de salud, en un plazo de doce meses, se entenderá que el convenio suscrito para atención en la Modalidad de Libre elección, se encuentra en condición de "inactivo", la que se modificará a "Vigente", en el momento en que un asegurado, solicite la emisión de un bono de atención, pudiendo el prestador reactivar los cobros de prestaciones en cualquier momento, en la medida que se mantengan las condiciones técnicas iniciales del convenio, y no existan sanciones o medidas administrativas pendientes de cumplimiento.

En caso que la condición de inactivo supere 5 años, el Fondo determinará previa evaluación de las competencias, infraestructura e instalaciones del prestador, si para la reactivación se requerirá la celebración de un nuevo convenio de inscripción.

DECIMO OCTAVO:

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

- a) Presentación para cobro o cobro indebido de órdenes de atención y programas; de honorarios adicionales por sobre el valor establecido para el grupo de Rol correspondiente; y de recargo improcedentes;
- b) Prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los señalados en la Ley;
- c) Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de Libre Elección; y regulan la aplicación de su Arancel, incluyendo en ellas las Resoluciones dictadas por el Ministerio y publicadas en el Diario Oficial.

DECIMO NOVENO:

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

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

De las resoluciones que apliquen sanciones de cancelación, suspensión o multa superior a 250 unidades de fomento o reintegros de dineros, el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud y la Corte de Apelaciones, en las condiciones y plazos que establece el inciso 9 del artículo 143 del Libro II del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud. Dejase establecido que el no pago de las multas facultará al Fondo para la suspensión del convenio.

VIGESIMO:

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

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

VIGESIMO PRIMERO:

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

- En cuanto al prestador profesional, mediante comunicación escrita enviada al Fondo, a lo menos con 30 días de anticipación.
- En cuanto al Fondo, mediante carta certificada enviada al prestador profesional, con 30 días de antelación, sin expresión de causa.

VIGESIMO SEGUNDO:

El Prestador que suscribe el presente Convenio con FONASA, será responsable civil y penalmente frente a cualquier accidente, daño o perjuicio que pudiera ocasionar con motivo del otorgamiento a asegurados del FONASA de las prestaciones inscritas

VIGESIMO TERCERO:

El presente convenio tiene una duración indefinida y entra en vigencia a contar de la fecha de la total tramitación de la Resolución del Fondo que lo apruebe.

VIGESIMO CUARTO:

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

II.- REGÍSTRESE

al Prestador Individual de Salud D. CARLOS ALBERTO HERMANSEN RAMÍREZ, [REDACTED] en el Rol de Prestadores de la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud, en Nivel 3, en la clasificación de MÉDICO CIRUJANO, especialista en CIRUGÍA GENERAL, Atención Cerrada de Alta Resolutividad, con equipos; teniendo presente la visación de prestaciones y direcciones, que se detallan:

PRESTACIONES AUTORIZADAS					
0101001	0101004 AL 0101005	0101008 AL 0101009	1101026 AL 1101036	1202004 AL 1202009	1202016
1202025	1202044	1202071	1301024	1301027 AL 1301028	1301033 AL 1301041
1301044	1302002 AL 1302072	1401001	1402001 AL 1402021	1402023 AL 1402024	1402026 AL 1402035
1402037 AL 1402039	1402041 AL 1402048	1402050 AL 1402060	1502001	1502003 AL 1502066	1601115
1602201 AL 1602207	1602211 AL 1602216	1602221 AL 1602225	1602231 AL 1602233	1602240 AL 1602242	1701014
1701026 AL 1701030	1701034 AL 1701037	1701055	1703001 AL 1703059	1704001 AL 1704064	1707027
1707030 AL 17070037	1707050 AL 1707051	1801001	1801003 AL 1801006	1801008 AL 1801009	1801015 AL 1801024
1801025 AL 1801038	1801041 AL 1801043	1801045	1802001 AL 1802063	1802065 AL 1802077	1802079 AL 1802082
1802100	1802148	1803001	1803003 AL 1803018	1803020 AL 1803036	1803038
1901019	1901020 AL 1901022	1902001 AL 1902006	1902008 AL 1902025	1902027 AL 1902085	1902090
2001014 AL 2001015	2001021	2001022	2002001 AL 2002003	2002005	2003001 AL 2003005
2003008 AL 2003031	2003040 AL 2003041	2004001 AL 2004003	2004005 AL 2004006	2101001 AL 2101003	2104002 AL 2104020
2104022 AL 2104061	2104063 AL 2104078	2104080 AL 2104099	2104100 AL 2104111	2104118	2104120 AL 2104127
2104130	2104133 AL 2104152	2104154 AL 2104158	2104160 AL 2104167	2104170 AL 2104173	2104175 AL 2104202
2105001 AL 2105013	2106001 AL 2106003	2107001 AL 2107010			

DIRECCIÓN	TIPO	FONO	SITUACIÓN/MOTIVO
[REDACTED]	DOMICILIO	[REDACTED]	AGREGAR
[REDACTED]	ATENCIÓN	[REDACTED]	AGREGAR
[REDACTED]	ATENCIÓN	[REDACTED]	AGREGAR
[REDACTED]	ATENCIÓN	[REDACTED]	AGREGAR
[REDACTED]	ATENCIÓN	[REDACTED]	AGREGAR
[REDACTED]	ATENCIÓN	-----	RECHAZADO/SIN REGISTRO FORMAL EN CLÍNICA
[REDACTED]	ATENCIÓN	-----	RECHAZADO/CONSULTA MÉDICA NO OPERATIVA

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

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

Anótese, Comuníquese y Archívese, por orden del Director.



PR
PAG/RCP

DISTRIBUCIÓN:

- D. CARLOS ALBERTO HERMANSEN RAMÍREZ
- [REDACTED]
- Departamento de Comercialización
- Depto. de Control y Calidad de Prestaciones
- Expediente de Convenio del Prestador
- Oficina de Partes (Afecta Art. 7 letra G) Ley 20.285/2008

INGR. 14.499/2014

[REDACTED]

[Handwritten Signature]
Firma Ministro de Fe