Gobierno de Chile

Fonasa

1672 28 MAY '14

RESOLUCION EXENTA 3G/Nº_____

MAT.: INCORPORA EMISION VENTA ELECTRONICA DE BONOS DE ATENCION DE SALUD EN MLE, AL PRESTADOR D. GUIDO ORLANDO OSORIO SOLIS, RUT [redacted], PROFESIONAL.

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

CONSIDERANDO:

1. Que, el artículo 143º del D.F.L. Nº 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, el prestador persona natural **D. GUIDO ORLANDO OSORIO SOLIS, RUT [redacted]** se encuentra inscrito en el Rol de la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud, según convenio de fecha 09/01/09, en la clasificación de MEDICO CIRUJANO;

3. Que, con fecha 04/04/14, el prestador persona natural individualizado, presentó una solicitud de convenio para Emisión Electrónica en MLE, según formulario **Nº 15564** adjuntando los formularios y documentos administrativos-técnicos, exigidos para el proceso de Inscripción en venta con Emisión Electrónica;

4. Que, el informe de Fiscalizador del Depto de Control y Calidad de Prestaciones, con la visación técnica sanitaria, según N° 576 de fecha 25/04/14, confirman el cumplimiento de los requisitos que permiten otorgar las prestaciones de salud mediante el sistema de emisión electrónica, por lo que dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

I. **AUTORIZASE** la incorporación del Profesional **D. GUIDO ORLANDO OSORIO SOLIS, RUT [redacted]** categorizado como profesional individual de salud MEDICO CIRUJANO, especialista en Medicina Interna y Hematología atención abierta de baja resolutividad, sin equipos, al Sistema de Emisión Electrónica de Bonos de Atención de Salud (BAS) de acuerdo al 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. Nº 369 de 1985, que aprobó el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, ambos decretos del Ministerio de Salud; las actuales y posteriores disposiciones del Arancel de Prestaciones de Salud; las Normas Técnico-Administrativas para la aplicación de dicho Arancel; las instrucciones que imparta el Ministerio de Salud y todas aquellas normas e instrucciones emanadas del Fondo Nacional de Salud, dictadas en uso de sus facultades de tuición, administración y fiscalización consagradas en los artículos 143º DFL Nº1/2005 y artículo 45º del D.S. Nº 369 de 1985.

TERCERO:
El prestador 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 .....

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 quinto 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 cambió regirá 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 explicitas 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, imagenologia, 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 prestaciones y las Normas Técnico Administrativas para su aplicación, las instrucciones que imparta el Ministerio 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:

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

VIGESIMO SEGUNDO:
El Fondo autoriza al prestador para incorporarse al Sistema de Emisión Electrónica de Bonos de Atención de Salud (BAS), sistema de venta que se realiza el día de la atención, en el mismo lugar y para el prestador elegido por el beneficiario para su atención, previo a lo cual se requiere la validación con lectura biométrica de la huella digital de los beneficiarios señalados en el libro II del DFL 1/2005, de Salud.

VIGESIMO TERCERO:
A la emisión electrónica de BAS en prestador, así como a la emisión tradicional en sucursal o entidad delegada del Fondo, les es aplicables la normativa de la Modalidad de Libre Elección contenida en el Libro Segundo del DFL Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, D.S. Nº 369, de 1985 del Ministerio de Salud, la R.E. del Fondo Nº 135, 2002 y sus modificaciones y las Normas Técnico Administrativas dictadas por el Ministerio de Salud, para la aplicación del arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección.

VIGESIMO CUARTO:
El convenio permite emitir Bonos de Atención de Salud al nombre y RUT del prestador individualizado y al nombre y RUT del beneficiario validado con su huella.
La operación y funcionamiento del sistema, se regirá por las condiciones establecidas en la R.E. Nº 135, del 22 de enero de 2002, sus modificaciones y sus respectivos anexos, dictada por el Fondo Nacional de Salud y las condiciones establecidas en Formulario "Anexo Prestaciones Bono Electrónico" que forma parte del convenio.
Sólo podrán referirse a prestaciones de salud, que se encuentren autorizadas al prestador en el convenio de Inscripción que se singulariza en la comparecencia y dentro de la codificación permitida para este sistema de emisión electrónica. El prestador deberá facilitar la función de supervisión y auditoría que realice el Fondo Nacional de Salud.
Para una mejor operación de las condiciones establecidas en este convenio, cada parte designará un coordinador de su dependencia.

VIGESIMO QUINTO:
El punto de emisión instalado en lugar de atención señalado por el prestador, deberá cumplir con la imagen corporativa del Fondo, según las definiciones que entregue FONASA.

VIGESIMO SEXTO:
Para el otorgamiento de los servicios de emisión electrónica, el prestador suscribirá con la empresa proveedora del sistema, un contrato de arrendamiento de equipos y sistemas computacionales. La relación contractual descrita, no constituye ningún tipo de responsabilidad para FONASA.
Asimismo, se deja establecido, que FONASA no tiene ningún tipo de vínculo laboral, funcionario o contractual con el personal que habilite el prestador para laborar en lugar de atención con venta en prestador, por lo que el pago de sus remuneraciones, cotizaciones previsionales y demás beneficios y asignaciones, serán de exclusiva responsabilidad de dicho prestador.

VIGESIMO SEPTIMO:
Al momento de solicitar su atención en el lugar acreditado en este sistema, los afiliados y beneficiarios deben registrar su huella dactilar electrónicamente para validar su calidad de beneficiario consignada en las bases de datos del Fondo Nacional de Salud.
Por la compra de Bonos de Atención de Salud los afiliados y beneficiarios deberán contribuir al financiamiento del valor de las prestaciones, mediante pago directo en el centro de venta y en la proporción y forma que señale la legislación vigente, por lo que el prestador será responsable de recaudar los copagos que correspondan, en la compra de Bonos emitidos por dicho centro.
Las anulaciones de BAS, se aceptarán sólo dentro del mismo día de emisión y cuando se trate de bonos mal emitidos o prestaciones no realizadas. Asimismo, en aquellos casos cuando el beneficiario por cualquier circunstancia decida no acceder a la atención; para lo cual se hará la anulación del bono devolviendo al beneficiario el importe que pagó.
El Fondo, para el cobro de los BAS emitidos por el prestador sólo pagará el monto de la bonificación que corresponda según legislación vigente (FAM), es decir la diferencia entre el valor total de la prestación y el aporte realizado por el beneficiario (co-pago)

VIGESIMO OCTAVO:
El Fondo se reserva el derecho de suspender o poner término en forma inmediata a la emisión electrónica si constatare:

a) Incumplimiento de lo establecido en las cláusulas del convenio.
b) Cuando en proceso de fiscalización, constate comportamientos que transgredan la normativa contenida en el Libro Segundo del DFL Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, D.S. Nº 369, de 1985 del Ministerio de Salud, la R.E. Nº 135, 2002 y sus modificaciones del Fondo y las Normas Técnicas y Administrativas dictadas para la aplicación del arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección por el Ministerio de Salud.
c) Cuando al prestador se le haya aplicado alguna(s) de las sanciones que establece el inciso 9 del artículo 143 del Libro II del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud.

VIGESIMO NOVENO:
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

TRIGESIMO:
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.

TRIGESIMO SEGUNDO:
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.- AUTORÍCESE, como lugar de atención con emisión electrónica de Bonos de Atención de Salud la siguiente dirección:

- AVDA. VICUÑA MACKENNA N° 140-A,PROVIDENCIA, FONO: 22229409

III.- INCORPORESE, las siguientes direcciones en la Base de Prestadores:

DIRECCION	TIPO	FONO	SITUACION
[redacted]	PARTICULAR	[redacted]	AGREGAR
AVDA. VICUÑA MACKENNA N° 140-A, PROVIDENCIA	ATENCION	22229409	AGREGAR

Otras direcciones registradas deben eliminarse

IV.- REGÍSTRESE la incorporación al sistema de emisión electrónica en MLE, que entrará en vigencia a partir de la total tramitación de la presente resolución que lo aprueba.

V.- NOTIFIQUESE, 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.

DEPARTAMENTO Fonasa COMERCIALIZACIÓN

DRA. CECILIA MORALES VELOSO
JEFE DEPARTAMENTO DE COMERCIALIZACIÓN
FONDO NACIONAL DE SALUD

NDR/YHM
DISTRIBUCIÓN:

- D. **GUIDO ORLANDO OSORIO SOLIS**
  [redacted]
- Departamento de Comercialización
- Depto. de Control y Calidad de Prestaciones
- Expediente de Convenio del Prestador
- Empresa I-MED
- Oficina de Partes (Afecta Art. 7 letra G) Ley 20.285/
  INGR. 15564 /2014

Firma Ministro de Fe

[redacted]

JEFE SUB-DEPTO. DE ADMINISTRACION
MINISTRO DE FE
FONDO NACIONAL DE SALUD