



**FONASA NIVEL CENTRAL
DIVISIÓN FISCALÍA**



RESOLUCIÓN EXENTA 4A N° 2167/2018

MAT.: DETERMINA FORMA DE INTERACCIÓN DE LOS PRESTADORES CON EL SEGURO PÚBLICO DE SALUD EN LA MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

SANTIAGO, 19/02/2018

VISTOS:

Lo dispuesto en los artículos 50 y siguientes del Libro I y en el artículo 143 del Libro II del DFL N° 1/2005 del Ministerio de Salud; el decreto supremo N° 369/1985, de Salud; el decreto supremo N° 46, de 2014, de Salud; la resolución N° 1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, en referencia a la próxima entrada en operación del nuevo sistema informático del Seguro Público de Salud, se hace necesario informar a los prestadores sobre la nueva forma de operar tanto con el Seguro, como con los asegurados.
- 2.- Que, existe la necesidad de modernizar la forma de interacción entre los prestadores y el Seguro Público, a fin de facilitar la entrega de beneficios a nuestros asegurados, así como también, facilitar los trámites para la atención.
- 3.- Que, es necesario modernizar la interacción entre el Seguro Público y los prestadores en materia de pago de las atenciones que otorgan a los asegurados.
- 4.- Que, en virtud de lo expuesto, dicto la siguiente

RESOLUCIÓN:

Artículo Primero: Apruébense las siguientes Normas que regulan la nueva forma de interactuar entre los prestadores y el Seguro Público de Salud, según las distintas modalidades existentes actualmente en relación a la forma de emisión y cobro de las atenciones otorgadas:

A.- Prestadores que interoperan con el Seguro:

1. Para interoperar con el seguro público, los prestadores deben contar con sistema propio de registro e ingreso de las cuentas de asegurados, el que se integra al sistema del seguro.
2. El prestador debe registrar cada cuenta médica y enviarla a validación al seguro.
3. El sistema de FONASA valoriza la cuenta y la devuelve valorizada al prestador.
4. El prestador recibe la cuenta valorizada y cobra el copago al asegurado.
5. FONASA liquidará en forma automática el Fondo de Ayuda Médica (FAM) diariamente, en proceso nocturno, de todas las cuentas digitadas por el prestador.
6. Si al aplicar las reglas de validación por parte del seguro se rechazan prestaciones, el sistema indicará el motivo el rechazo y se dará curso al pago del resto de la cuenta.
7. En caso de prestaciones rechazadas, el prestador podrá apelar a su rechazo y en caso de ser aprobadas por el seguro dichas prestaciones, se deberán presentar nuevamente por el prestador como una cuenta nueva.

B.- Prestadores que se conectan a través del Front de FONASA:

1. FONASA pondrá a disposición de los prestadores el Front Web, con acceso a través del Rut del prestador y clave, la que podrá solicitarse a través de la página web.
2. El prestador deberá ingresar a través del Front Web, todas las cuentas, tanto hospitalarias como ambulatorias.
3. El prestador podrá activar a través del Front, documentos de pago emitidos a través de la Web, así como documentos pagados en Caja Vecina, Sencillito u otros medios de pago que determine Fonasa.

4. FONASA realizará un proceso de liquidación automática de las cuentas, en forma diaria y automática, incluyendo todas las cuentas digitadas y/o activadas por el prestador.
5. El prestador debe cobrar el copago al asegurado.
6. El Front Web permite el ingreso de todas las cuentas y su operación puede ser por todos los prestadores inscritos, personas naturales y jurídicas, así como también permite el acceso a todas las prestaciones aranceladas.

C.- Prestadores de atención ambulatoria que funcionan con emisión electrónica:

1. Permite la emisión a través del Front del proveedor de la venta electrónica que ya tiene integración con Fonasa.
2. Solo permite la emisión de prestaciones ambulatorias, susceptibles de ser emitidas a través de documentos de pago electrónicos.
3. FONASA realiza liquidación automática y diaria de estas cuentas.
4. El prestador recauda el copago directamente con el asegurado.

D.- Prestadores de atención cerrada que funcionan con emisión electrónica:

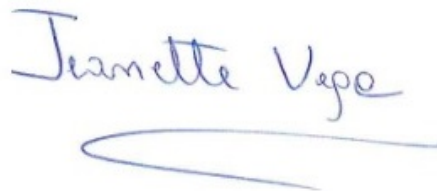
1. Permite la emisión a través del Front del proveedor de la venta electrónica.
2. Permite la emisión de prestaciones hospitalarias, susceptibles de ser emitidas a través de documentos de pago electrónicos.
3. FONASA realiza liquidación automática y diaria de estas cuentas.
4. El prestador recauda el copago directamente con el asegurado.

E.- Prestadores que actualmente no acceden a la emisión electrónica ni vía web:

1. Estos prestadores deberán optar por alguna de las alternativas anteriores, tanto para la emisión vía web y/o electrónica, así como para realizar la liquidación de sus cuentas.
2. Pueden recibir documentos de pago, pagados por el asegurado en Caja Vecina o Sencillo, así como a través de emisión Web.
3. La liquidación de sus cuentas deberá hacerse a través del Front FONASA.
4. FONASA liquidará en forma automática el valor total de la prestación; en caso que el asegurado haya realizado su pago a través de la web, Caja Vecina o Sencillo u otros medios de pago que determine Fonasa.
5. En caso que estos prestadores accedan a la emisión electrónica, deberán operar como se menciona en la letra C.

Artículo Segundo: La presente Resolución entrará en vigencia a contar del primer día hábil posterior a la fecha de su publicación en el diario oficial. El Fondo Nacional de Salud pondrá a disposición de los usuarios (prestadores públicos y privados y asegurados), la presente resolución a través de su página web, www.fonasa.cl.

Artículo tercero: Déjase establecido que la venta de bono físico en entidades delegadas y en sucursales se terminará a contar del 31 de marzo y la de programas médicos a contar del 30 de junio.



**DRA JEANETTE VEGA MORALES
DIRECTOR(A) NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD**

JVM / lbr

DISTRIBUCIÓN:

DIVISIÓN GESTIÓN TERRITORIAL
DIVISIÓN CONTROL Y CALIDAD DE PRESTACIONES
DIVISIÓN TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN
SUBDPTO. OFICINA DE PARTES

Firmado Electrónicamente en Conformidad con el Artículo 2 y 3 de la Ley 19.799. Validar número de documento en www.fonasa.cl

