



**FONASA SUR
DIRECCIÓN ZONAL SUR
DPTO. COMERCIALIZACIÓN Y GESTIÓN FINANCIERA**

RESOLUCIÓN EXENTA 6T N° 62 / 2021

MAT.: DZS_AUTORIZA INSCRIPCIÓN PARCIAL EN ROL DE LA M.L.E., A PRESTADOR SERVICIOS MÉDICOS OFTALMOLÓGICOS CEOLA VALDIVIA SPA, RUT N° 76.991.590-7

TEMUCO , 06/01/2021

VISTOS:

Lo establecido en los Libros I y II del D.F.L. N° 1, de 2005, el Decreto Supremo N° 369 de 1985, y el D.S. N° 27, de 2018, Resolución Exenta N°277 de fecha 06 de mayo de 2011, todos del Ministerio de Salud; Resolución Exenta 2G N°871 de fecha 29 de septiembre de 2017, la Resolución Exenta 4A/N°28 de fecha 20 de marzo 2019, Resolución Exenta 3.1H/N°2371 del 03 de diciembre de 2019, Resolución Exenta RRHH 2T N°1820 de 16 de octubre de 2020, todas del Fondo Nacional de Salud; la Resolución N° 7 de fecha 26 de marzo 2019 de la Contraloría General de la República y,

CONSIDERANDO:

1.- Que, la persona jurídica **Servicios Médicos Oftalmológicos Ceola Valdivia SPA Rut N° 76.991.590-7** cuyo nombre de fantasía es Centro Oftalmológico Laser, en adelante "el prestador", solicita inscripción en el rol de prestadores de la modalidad de libre elección, mediante solicitud de convenios N° 46767 de fecha 20 de noviembre de 2020;

2.- Que, el prestador está representado legalmente por D. **Juan Manuel Medina Flores**, y como director técnico a **D. Marcelo Antonio Ojeda Rosas RUN N° 12.422.542-6**

3.- Que, se adjuntó a dicha solicitud, los documentos administrativos y técnicos exigidos para el tipo de prestador y prestaciones de salud que postula inscribir, dando con ello cumplimiento a los requisitos definidos por el Fondo Nacional de Salud, en el procedimiento de inscripción y convenios del rol de la modalidad de libre elección, por lo que dicto la siguiente

RESOLUCIÓN:

I.- AUTORIZÁSE, a contar de la fecha de la presente resolución, la inscripción en el rol de la modalidad de libre elección **Servicios Médicos Oftalmológicos Ceola Valdivia SPA Rut N° 76.991.590-7** 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 nivel 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 143º DFL N°1 de 2005 y artículo 45º del D.S. N° 369 de 1985. De igual manera deberá dar cumplimiento a todas las resoluciones, instrucciones o circulares que emanen del Fondo Nacional de Salud y que le sean notificadas

El prestador que cuenta con profesionales socios persona natural o jurídica y que otorguen prestaciones de salud contenidas en el arancel del régimen de la Ley 18.469, los que se individualizan en el formulario N° 1D "Registro de Socios", para celebrar el presente convenio deberán estar inscritos en el rol de prestadores del Fondo y no encontrarse sancionado(s) con suspensión o cancelación de la inscripción.

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 resolutive 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 otras, lo que será comunicado al prestador mediante resolución exenta firmada por el Director del Fondo o en quien delegue la facultad formalizando el presente convenio.

CUARTO:

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.

QUINTO:

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 apruebe el cambio.

SEXTO:

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.

SÉPTIMO:

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.

OCTAVO:

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.

NOVENO:

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.

DÉCIMO:

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 aquellas de emisión electrónica en 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 en convenio, en cuyo caso tendrá vigencia por un día.

UNDÉCIMO:

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).

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 correspondiente 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 efectuadas 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.

DUODÉCIMO:

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 de 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.

DÉCIMO TERCERO:

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

DÉCIMO CUARTO:

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

- a. Disolución de la sociedad inscrita;
- b. Cancelación de la personalidad jurídica;
- c. Declaración de quiebra.
- d. Por inhabilidad legal sobreviniente.
- e. Incapacidad física o mental legalmente declarada.
- f. Falta de la autorización sanitaria cuando corresponda.

DÉCIMO QUINTO:

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.

DÉCIMO SEXTO:

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 arancelaria 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.

DÉCIMO SÉPTIMO:

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 de 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 contrato.

DÉCIMO OCTAVO:

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.

DECIMO NOVENO: TERMINO ANTICIPADO.

Tanto el prestador como Fonasa, podrán poner término a la inscripción en las circunstancias siguientes:

- a. Por renuncia voluntaria del prestador a su inscripción en el rol de prestadores, quien lo comunicará mediante el formulario respectivo, que puede obtener a través de la página web o en cualquier sucursal del Fonasa. En el caso de profesionales personas naturales puede hacer el trámite a través de la página web de Fonasa.

Fonasa evaluará los antecedentes y con su aceptación expresada mediante resolución, producirá el consentimiento al efecto.

- a. Por resolución exenta de Fonasa, en cuanto a las causales siguientes:

Por inhabilidad legal sobreviniente (incapacidad física o mental legalmente declarada);

por falta de autorización sanitaria. Todo ello según lo establece el DS N°369/85 en su Art. 52.

Con resolución exenta firmada por el Director de Fonasa, cuando se trate de cancelación de la inscripción por incumplimiento de las normas legales que regulan la MLE, al haberse comprobado una o más infracciones señaladas en el artículo 50 del DS N° 369/85.

Por fallecimiento, según información del Registro Civil.

Sin perjuicio de las causales que originen el término de una inscripción, el Fondo Nacional de Salud, establecerá cuando corresponda, los mecanismos y plazos para la presentación en cobranza de documentos de pago, por atenciones efectuadas en fecha anterior al término de la inscripción.

VIGESÍMO: LICENCIAS MEDICA ELECTRÓNICA

El prestador que suscribe el presente convenio, deberá utilizar para la emisión de licencias médicas el formulario electrónico que disponibilice la Compín. Solo en casos de fuerza Mayor, se autorizará la emisión de licencias médicas en formulario papel. El incumplimiento de la presente cláusula habilitará al Fonasa para suspender, cancelar o aplicar las demás sanciones que procedan.

VIGÉSIMO PRIMERO:

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.

VIGÉSIMO SEGUNDO:

El presente convenio tiene una duración indefinida y entra en vigencia a contar de la fecha de la total tramitación de la resolución exenta que apruebe el presente convenio.

VIGÉSIMO TERCERO:

El presente convenio se firma en un original, quedando la copia para el Fondo Nacional de Salud, quien mediante resolución exenta enviará la que corresponde al prestador. En el caso que la inscripción del prestador se realice vía página web del FONASA, bastará con la aceptación tácita de estos términos en la propia página.

II.- REGÍSTRESE, en el convenio del prestador, la siguiente dirección según detalle:

CASA MATRIZ	
DIRECCIÓN	TELÉFONO
ARAUCO N° 561 PISO 8 MALL PLAZA DE LOS RÍOS, VALDIVIA	632-450400

PRESTACIONES AUTORIZADAS
0101204 1201001 al 1201020 1201023 y 1201024 1201027 1201029 al 1201043 1202001 al 1202029 1202032 al 1202035 1202040 al 1202044 1202046 y 1202047 1202050 y 1202051 1202053 1202055 1202057 al 1202059 1202066 al 1202072 1202077 y 1202078 0404013 250133 2502005 2502007

PLANTA PROFESIONAL			
NOMBRE	RUT	PROFESIÓN	ESPECIALIDAD
Marcelo Antonio Ojeda Rosas (Dir. Técnico)		Médico Cirujano	Oftalmología
Teodoro Ignacio Croquevielle Goycoole		Médico Cirujano	Oftalmología
Pablo Nicolás Enrique Galaz Rebollo		Médico Cirujano	Oftalmología
Eladio Segundo Ulloa García		Médico Cirujano	Oftalmología
Jenipher Andrea Lopehandia Carrasco		Médico Cirujano	Oftalmología
Gina Eliset Alvarez Aguilar		Médico Cirujano	Oftalmología
Julio Francisco Bustos Silva		Médico Cirujano	Oftalmología
Voltaire Eduardo Muñoz Arriagada		Médico Cirujano	Oftalmología
Patricio Fernando Villaseca Gutierrez		Médico Cirujano	Oftalmología
Carola Andrea Urrutia Wenzel		Médico Cirujano	Anestesiología
Alvaro Gonzalo Elgueta Cueto		Médico Cirujano	Anestesiología
Paula Gianine Carrasco Doering		Médico Cirujano	Anestesiología
Catalina Rosa Díaz Urrutia		Enfermera	Sin especialidad
Patricio Andrés Aedo Farfán		Tecnólogo Médico	Oftalmología

PABELLONES AUTORIZADOS Y TARIFAS	
Código Adicional	Valor C/IVA)
Código 3	\$230.000.-
Código 4	\$250.000.-
Código 5	\$370.000.-
Código 6	\$535.000.-

III.- RECHASECE, las siguientes prestaciones debido a no contar con el pabellón correspondiente.

PRESTACIONES NO AUTORIZADAS
1202045 1202065 1202030 1202031 1202036 1202037 1202038 1202039 1202048 1202049 1202054 1202056 1202060 1202061 1202062 1202063 1202064 1202073 1202074 1202075 1202076 2501021 2502006

IV.- NOTIFÍQUESE, lo resuelto al prestador, en forma digital a la dirección de contacto, informada en los antecedentes del respectivo convenio o presencial en dependencias del Fondo Nacional de Salud.

Anótese, Comuníquese y Archívese

"Por orden del Director"



**JORGE CLAUDE GARCÍA HUIDOBRO
DIRECTOR(A) ZONAL SUBROGANTE
FONDO NACIONAL DE SALUD**

JCG / JCP / duj

DISTRIBUCIÓN:

- D. JUAN MEDINA FLORES: JMEDINA@CENTROLASER.CL
- EXPEDIENTE CONVENIO PRESTADOR
- DEPARTAMENTO DE COMERCIALIZACIÓN Y GESTIÓN FINANCIERA DE LA DIRECCIÓN ZONAL SUR
- OFICINA DE PARTES (AFECTA ART.7 LETRA G) LEY 20.285
- CENTRO GESTIÓN DE LOS RIOS
- SOLICITUD N° 46767 DEL 20-11-2020

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

4YZNwS3O

Código de Verificación

