



**FONASA NIVEL CENTRAL
DIVISIÓN COMERCIALIZACIÓN
DPTO. GESTIÓN COMERCIAL COMPLEMENTARIA
SUBDPTO. CONVENIOS MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN**

RESOLUCIÓN EXENTA 3.3D N° 13202 / 2021

**MAT.: AUTORIZA INSCRIPCIÓN EN ROL M.L.E. A
PRESTADOR D. KATHERINE ANDREA MORALES
GARCIA, [REDACTED] SEGÚN SOLICITUD WEB
N° 84296 DEL 22/12/2021.**

SANTIAGO , 30/12/2021

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, todos del Ministerio de Salud; la Resolución Exenta 2G/N°871 de 2017 y la Resolución Exenta 4A/N° 28 del 20 de marzo de 2019 ambas del Fondo Nacional de Salud; la Resolución N° 7 de 2019 de la Contraloría General de la República y

CONSIDERANDO:

1.- Que, D. **KATHERINE ANDREA MORALES GARCIA**, [REDACTED], de profesión **MEDICO CIRUJANO**, en adelante “el prestador”, solicita inscripción en el Rol de Prestadores de la Modalidad de Libre Elección;

2.- Que, el prestador declaró en dicha solicitud poseer la capacidad técnica y sanitarias, equipamiento e infraestructura necesaria para realizar las prestaciones de salud que postula inscribir, adjuntando la documentación requerida, 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.- **AUTORÍCESE** la inscripción en el Rol de la Modalidad de Libre Elección a **D. KATHERINE ANDREA MORALES GARCIA**, [REDACTED], en su calidad de **MEDICO CIRUJANO**, y el convenio suscrito entre el prestador y el Fondo Nacional de Salud, en los siguientes términos:

PRIMERO: Por el presente instrumento las partes celebran un convenio para la inscripción del prestador en la Modalidad Libre Elección del FONASA.

Se entiende por Modalidad de Libre Elección aquella en virtud de la cual los profesionales o entidades del sector público o privado, inscritos para el efecto y elegidos libremente por el afiliado, ejecutan las prestaciones que con este objeto se señalan en el arancel, por la retribución que en el mismo se determine.

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.

Conforme a lo establecido en el artículo 46 inciso segundo del D.S. N° 369 de 1985, que aprobó el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, del Ministerio de Salud, el presente convenio no creará vínculos de carácter laboral ni funcionario entre las partes.

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 resolutive del prestador, 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 regirá a contar de la fecha que se apruebe el cambio.

SEXTO:

El Prestador inscrito en la Modalidad de Libre Elección estará, por ese solo hecho, obligados a otorgar las prestaciones a los beneficiarios de la ley que opten por ella, de conformidad a las normas y en los términos que para la referida Modalidad establecen la Ley, los Reglamentos, el arancel y las instrucciones que imparta el Ministerio.

En consecuencia, 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 profesional, reconociendo y respetando los derechos consustanciales del usuario.

El Fondo podrá efectuar inspecciones al prestador en cualquier momento, a fin de verificar de acuerdo con su competencia la existencia de los instrumentos y equipos necesarios para otorgar la prestación, así como la existencia de las autorizaciones sanitarias en los casos en que sean exigibles, sin perjuicio de requerir la información técnica o administrativa que respalde el otorgamiento de las prestaciones efectuadas.

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 queda obligado, 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.

En consecuencia, el Prestador inscrito sólo podrá cobrar como retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo nivel quedándole prohibido recibir pagos adicionales de cualquier naturaleza.

DÉCIMO:

En retribución por las atenciones que efectivamente otorgue a los beneficiarios, el Prestador se encuentra obligado a recibir y a cobrar las órdenes o bonos de atención emitidas por el Fondo por cualquiera de los canales de emisión que tenga habilitado, además de 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 órdenes o bonos de atención cualquiera sea su forma de emisión, tienen una vigencia administrativa de 30 días desde su fecha de emisión.

UNDÉCIMO:

El prestador que cobra la orden o bono 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).

Para las cobranzas de órdenes o bonos de atención de salud emitidos mediante transacción electrónica o en el sitio web habilitado, el prestador no deberá enviar el soporte de atención física del bono de atención de salud, debido a que respaldo queda almacenado en el sistema y el registro digital constituye el original, para efectos de pago.

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
- 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.
- Las 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.

DUODÉCIMO:

El prestador declara conocer 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.

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 instruirá el respectivo procedimiento sancionatorio por la causal señalada en la cláusula decimosexta letra c) de este convenio, el cual se tramitará conforme al procedimiento establecido en los artículos 143 del 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; y en el artículo 51 del D.S. N° 369 de 1985, que aprobó el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, ambos decretos del Ministerio de Salud.

DÉCIMO CUARTO:

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

- a. Por inhabilidad legal sobreviniente.
- b. Incapacidad física o mental legalmente declarada.
- c. Fallecimiento.
- d. 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, sí 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 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.

DÉCIMO SÉPTIMO:

Si se acredita una o más de las infracciones señaladas en la cláusula anterior, el Fondo instruirá el respectivo procedimiento sancionatorio por la causal señalada en la cláusula decimosexta letra c) de este convenio, el cual se tramitará conforme al procedimiento establecido en los artículos 143 del 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; y en el artículo 51 del D.S. N° 369 de 1985, que aprobó el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, ambos decretos del Ministerio de Salud.

El Director del Fondo o en quien delegue la facultad, dictará una resolución fundada en la que absolverá o aplicará al prestador una o más de las sanciones establecidas en el Libro II del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud, esto es:

- 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.

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.

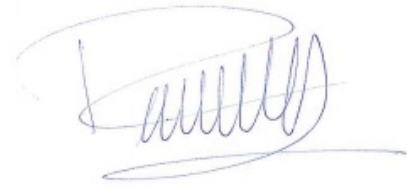
DÉCIMO NOVENO:

El Prestador podrá renunciar voluntariamente a su inscripción en el rol de prestadores, quien lo comunicará mediante el Formulario respectivo a través de la página web o en cualquier sucursal del Fonasa.

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

VIGÉSIMO:

El Fondo autoriza al prestador para incorporarse al Sistema de Emisión Electrónica de Bonos de Atención de Salud (BAS), para lo cual deberá completar los datos del Formulario respectivo, que puede obtener a través de la página web o en cualquier sucursal del FONASA.



ROLANDO LEYTON TORRES
JEFE(A) SUBROGANTE
DIVISIÓN COMERCIALIZACIÓN

RLT / MVV / agf

DISTRIBUCIÓN:

D. KATHERINE ANDREA MORALES GARCIA [REDACTED]
SUBDPTO. GESTIÓN PAGO PRESTADORES
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

kEd1m2aK

Código de Verificación

