

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 girará a contar de la fecha que se 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 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 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 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 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 o bonos de atención que éste presente a cobranza, que contemplen los requisitos y datos exigidos por las normas técnico administrativas y 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 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.

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 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 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 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.

DÉCIMO NOVENO: TÉRMINO 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.

b. 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.

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.

VIGÉSIMO PRIMERO:

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.

VIGÉSIMO SEGUNDO: LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA

El prestador que suscribe el presente convenio, deberá utilizar para la emisión de licencias médicas el formulario electrónico que disponibilice la COMPIN. 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 TERCERO:

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 N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, D.S. N° 369, de 1985 del Ministerio de Salud, la R.E. N° 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.

VIGÉSIMO CUARTO:

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 QUINTO:

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 SEXTO:

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.

VIGÉSIMO SÉPTIMO:

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, las siguientes sucursales según detalle:

SUCURSAL AUTORIZADA: RUT N°77.275.104-4				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Director/a técnico/a	Rol
	56998957698 56965005747		Claudio Guillermo Ramírez Mora	506.197--0

PLANTA PROFESIONAL AUTORIZADA A INCORPORAR					
Nombre	RUT	Título	Especialidad/ Mención acreditada en SIS	N° Registro SIS	EUNACOM
Claudio Guillermo Ramírez Mora		Psicólogo	-----	228487	NO APLICA
Judith Del Carmen Prieto Perez		Médico Cirujano	No registra	539927	APROBADO
María Beatriz Meza López		Psicóloga	-----	155327	NO APLICA
Gianni Mauricio Giuffra Navea		Psicólogo	-----	342986	NO APLICA
Javier Andres Verdugo Tenderini		Psicólogo	-----	684788	NO APLICA
Camila Darinka Fernández Retamal		Psicóloga	-----	688707	NO APLICA
Iván Martín Barra Menchetti		Psicólogo	-----	390677	NO APLICA

PRESTACIONES AUTORIZADAS		
Códigos arancel MLE	Denominación	Motivo
0108001	Teleconsulta Médica General	Se presenta convenio con plataforma certificada NOVACARIBE (SACMED)RUT N°
0908101	Telerehabilitación: Psicólogo clínico (sesiones 45')	
0908102	Telerehabilitación: Psicoterapia Individual	
0908103	Telerehabilitación: Sesión de psicoterapia de pareja (con ambos miembros)	

III.- RECHÁCESE, lo siguiente, por los motivos que se indican:

PLANTA PROFESIONAL RECHAZADA			
Nombre	RUT	Título	Motivo
María Beatriz Schell O'kuinghttons		Psicólogo	No hay congruencia en firma de la profesional consignada en nómina de formulario de ampliación versus la registrada en copia de su cédula de identidad, por tanto no consta la autorización de ésta para ser parte de la planta profesional de la entidad.

PRESTACIONES RECHAZADAS		
Códigos arancel MLE		Motivo
Desde	Hasta	
0902001	0902020	Entidad no cuenta con lugar de atención presencial. Patente comercial municipal es otorgada para Servicios de Telemedicina
0108305	-----	Entidad no acredita, para el presente convenio, planta profesional pertinente para otorgar esta prestación.

IV.- AUTORÍCESE, la inscripción del prestador a contar de la fecha de la presente resolución.

V.- 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"



ANGELICA GONZALEZ MAGNA
JEFE(A) SUBROGANTE
DIVISIÓN COMERCIALIZACIÓN

AGM / MVV / cyn

DISTRIBUCIÓN:

CONVERSEMOS SPA

SUBDPTO. OFICINA DE PARTES

SUBDPTO. CONVENIOS MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

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

K76vmRT2

Código de Verificación

