



Tipo Norma	:Resolución 277 EXENTA
Fecha Publicación	:03-06-2011
Fecha Promulgación	:06-05-2011
Organismo	:MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA; FONDO NACIONAL DE SALUD
Título	:ESTABLECE NORMAS TÉCNICO ADMINISTRATIVAS PARA LA APLICACIÓN DEL ARANCEL DEL RÉGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD DEL LIBRO II DFL N°1 DEL 2005, DEL MINISTERIO DE SALUD EN LA MODALIDAD DE LIBRE ELECCIÓN
Tipo Versión	:Ultima Versión De : 17-03-2014
Título Ciudadano	:
Inicio Vigencia	:17-03-2014
Id Norma	:1026208
Ultima Modificación	:15-MAR-2014 Resolución 139 EXENTA
URL	: <a href="http://www.leychile.cl/N?i=1026208&amp;f=2014-03-17&amp;p=">http://www.leychile.cl/N?i=1026208&amp;f=2014-03-17&amp;p=</a>

ESTABLECE NORMAS TÉCNICO ADMINISTRATIVAS PARA LA APLICACIÓN DEL ARANCEL DEL RÉGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD DEL LIBRO II DFL N°1 DEL 2005, DEL MINISTERIO DE SALUD EN LA MODALIDAD DE LIBRE ELECCIÓN

Núm. 277 exenta.- Santiago, 6 de mayo de 2011.- Visto: Lo establecido en el artículo 4° y 7° del Libro I, y en los artículos 142 y 143 del Libro II, todos del D.F.L.N° 01 de 2005, del Ministerio de Salud y lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 176/99 y sus modificaciones posteriores, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que aprobó el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud, dictó la siguiente:

Resolución:

I. Apruébense las siguientes Normas Técnico Administrativas para la aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud en la Modalidad de libre elección.

1. DEFINICIONES

Para efectos de la presente Resolución los términos que a continuación se indican tendrán el sentido que se señala, y los plazos de días en los que se hace mención en la presente norma se entenderán en días hábiles, salvo disposiciones expresas en contrario, sin perjuicio de las demás definiciones contenidas para materias específicas en las presentes Normas:

- a) "Libro II": Libro II del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.469, que crea el Régimen de Prestaciones de Salud.
- b) "Reglamento": El Decreto Supremo N° 369 de 1985, del Ministerio de Salud, que aprobó el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud.
- c) "El Fondo" o "FONASA": el Fondo Nacional de Salud.
- d) "Modalidad Libre Elección" o M.L.E.: Una de las dos Modalidades de Atención que establece el Libro II, bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud, en la cual el beneficiario elige libremente al profesional y/o entidad, del sector público o privado, que se encuentre inscrito en el Rol de FONASA,



- haya celebrado convenio con éste y otorgue las prestaciones que se requieran.
- e) "Rol": La nómina de Profesionales y entidades o establecimientos inscritos a que se refiere el artículo 143 del Libro II.
- f) "Profesional": Persona natural con título emitido por una universidad reconocida por el Estado o por una universidad extranjera, que de acuerdo a la normativa jurídica vigente la habilita legalmente para otorgar prestaciones de salud del arancel a que se refiere el artículo 159 del Libro II del DFL N° 1/2005, del Ministerio de Salud.
- g) "Entidad o Establecimiento": Institución asistencial de salud constituida por persona jurídica, privada o pública, que se encuentre inscrita en el Rol de FONASA, y que haya celebrado convenio con éste, para otorgar prestaciones de salud mediante la Modalidad de libre elección.  
Deberá contar con infraestructura, equipamiento y personal, cumpliendo con los requisitos establecidos en la resolución sobre procedimiento de celebración de convenios que para estos efectos dicta el Fondo Nacional de Salud.
- h) "Arancel": El conjunto formado por el catálogo de prestaciones y conjunto de prestaciones de salud, del Libro II del D.F.L. N° 01 de 2005, su clasificación, codificación y valores establecidos en la resolución exenta N°176/99 de los Ministerios de Salud y de Hacienda y sus modificaciones posteriores.  
El Arancel se divide en títulos y en ellos cada prestación o conjunto de prestaciones, se identifica con un código de siete dígitos que representa lo siguiente:
- El primer y segundo dígito del código de la prestación identifican el grupo.
  - El tercer y cuarto dígito del código de la prestación identifican el subgrupo.
  - El quinto, sexto y séptimo dígito identifican dentro de cada subgrupo, el código específico de la prestación.
- En general, los grupos del Arancel se han estructurado en una forma que puedan identificar y agrupar las prestaciones y el conjunto de prestaciones de salud correspondientes a diferentes áreas, tales como, atención abierta, atención cerrada, laboratorio clínico, imagenología, profesiones, especialidades médicas, etc.
- i) "Atención Electiva o Programada": Es aquella atención de salud que se realiza en la fecha y hora que el profesional o entidad acuerde con el beneficiario, y que puede ser postergada, sin afectar la evolución o estado de un paciente. Las prestaciones electivas o programadas, no recibirán recargo, aunque se efectúen fuera de horario hábil.
- j) "Atenciones con recargo arancelario": Corresponden a aquellas atenciones realizadas en días festivos o fuera de horario hábil, y que por las condiciones clínicas del paciente, y que por expresa indicación y calificación médica, deben efectuarse de inmediato sin sufrir postergaciones y que no constituyan una emergencia-urgencia en los términos



- definidos a continuación, y en el punto 28 de estas normas.
- k) "Horario hábil": Es aquel período de tiempo que se extiende desde las 8:00 a las 20 horas en días no festivos y sábados de 8:00 a 13 horas, salvo las excepciones que contempla el Arancel.
  - l) "Fiscalización de la M.L.E.": Atribución del Fondo Nacional de Salud establecida en el art. 143 del DFL1 /2005 en su Libro II, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763/79, de la Ley N°18.933 y de la Ley N°18.469.
  - m) "Secreto Profesional": Es el deber que tienen los profesionales de mantener en absoluta reserva las informaciones, hechos y datos revelados por la persona que ha sido atendida, o que obtengan con ocasión de la atención prestada a un paciente.  
El secreto profesional es un derecho objetivo del paciente, que el profesional está obligado a respetar en forma absoluta, por ser un derecho natural, no prometido ni pactado.  
El profesional sólo podrá informar, cuando así lo establezcan las leyes, o sea imprescindible para salvar la vida del paciente, de sus familiares y contactos, o cuando los datos sean necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud que correspondan a sus titulares conforme preceptúa el art. 10 de la Ley 19.628.  
También podrá tener acceso a información reservada o confidencial, el profesional que actúe en cumplimiento de funciones administrativas, legales o judiciales, quedando sujeto por ello al secreto profesional.
  - n) "Recién Nacido, Lactante, Niño": Se considerará como recién nacido (R.N.) hasta los 28 días de vida, Lactante al menor de 2 años y Niño al menor de 15 años.
  - ñ) "Orden de atención o Bono" (BAS): Las órdenes de atención o bonos, son documentos nominados con nombre y RUT del beneficiario y del prestador, que contiene código de prestaciones y valores, que constituyen el único medio de pago para las prestaciones que se otorguen a través de la modalidad de libre elección, son emitidas en sucursal de FONASA o por convenio con tercero (entidad delegada o prestador de libre elección), mediante soporte de papel o digitalmente, y también permiten al Fondo requerir al prestador la devolución del dinero pagado por ellas, en caso de prestaciones no realizadas.
  - o) "Programa de Atención de Salud": Es un documento emitido y valorizado por el Fondo Nacional de Salud o por un tercero en convenio (entidad delegada o prestador de libre elección), que registra el total de las prestaciones de salud del arancel de la modalidad de libre elección, otorgadas a un beneficiario, en un tiempo determinado.

## 2. INSCRIPCIÓN EN EL ROL DE LA M. L. E.

### 2.1. Normas Generales.

- a) Para que los profesionales y entidades puedan atender en Modalidad Libre Elección, deberán



- suscribir previamente un convenio con el Fondo, el que estará sometido a las disposiciones contenidas en los artículos 142 y 143 del Libro II, al Reglamento del Régimen de Prestaciones de salud y a las exigencias técnicas y administrativas presentes y futuras fijadas por el Fondo.
- b) 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. De acuerdo a ello, la ponderación de los antecedentes para la aceptación o rechazo de las solicitudes de inscripción, se efectuará conforme a los mecanismos establecidos por el Fondo, otorgando un trato igualitario a los solicitantes, tanto respecto de los aspectos legales como técnicos, y resguardando en todo caso, que no se burlen los mecanismos de fiscalización y sanciones que utiliza el Fondo con sus prestadores como por ejemplo, cambiando razón social, pero manteniendo a similares socios, profesionales y/o responsables del convenio.
- c) Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos quedan obligados, 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. A contar de la vigencia de las presentes Normas, toda solicitud de convenio de inscripción en la Modalidad Libre Elección, de profesionales y entidades se aprobará bajo régimen de emisión electrónica de Bonos, de acuerdo a las instrucciones que imparta el Fondo.
- d) Los prestadores (profesionales y entidades) que tengan convenio de inscripción en el rol del Fondo, deberán cumplir con las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud informando a los beneficiarios del Libro II, que se les ha confirmado el diagnóstico de alguno de los problemas de salud contenidos en las garantías explícitas de salud. A contar de esta confirmación, tendrán derecho a tales garantías y para lo cual, deberán ingresar a través de un consultorio de atención primaria y continuar la atención en la red asistencial pública de salud de prestadores que le corresponda. El Fondo Nacional de Salud informará a la Superintendencia el incumplimiento de dichas instrucciones cada vez que tome conocimiento de ello.
- e) En el caso 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", 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
- Resolución 671  
EXENTA,  
SALUD  
N° I, 1  
D.O. 27.08.2011
- Resolución 38  
EXENTA,  
SALUD  
Art. I N° 1  
D.O. 26.01.2013  
Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 1)  
D.O. 31.01.2012
- Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 1)  
D.O. 31.01.2012



de las competencias, infraestructura e instalaciones, del prestador, si para la reactivación se requerirá la celebración de un nuevo convenio de inscripción.

## 2.2 Inscripción de Profesionales y Convenios.

- a) Los profesionales al momento de solicitar la inscripción en el rol que lleva el Fondo, deberán indicar el o los grupos o niveles 1, 2 o 3, en que efectuarán las prestaciones de salud; completarán los formularios dispuestos para el efecto y adjuntarán la documentación que exija la resolución de convenios dictada por el Fondo. En los formularios, se indicará:
- . Nombre completo, RUT y nacionalidad.
  - . Título profesional, fecha de título y universidad que lo otorgó. En el caso de los títulos profesionales de salud obtenidos en el extranjero, éstos deberán estar legalizados y cumplir con la normativa jurídica vigente en la materia.
  - . N° y fecha de Certificado de Examen Único Nacional de conocimientos de Medicina Aprobado.
  - . Lugar/es de atención tales como consulta, centro médico, clínicas, hospitales.
  - . Nómina de todas las prestaciones de salud que otorgará de acuerdo a su competencia profesional, adjuntando para tal efecto la correspondiente documentación.
  - . Equipamiento, instalaciones, autorización sanitaria, según corresponda.

Los médicos cirujanos, para otorgar las prestaciones de salud a los beneficiarios del régimen que regula el Libro II del DFL N°1/2005 del Ministerio de Salud, en la modalidad de libre elección, deberán haber obtenido, de conformidad a lo que establezca el reglamento, a lo menos, la puntuación mínima en el examen, de lo que deberá dejarse constancia en el respectivo convenio.

Resolución 671  
EXENTA,  
SALUD  
N° I, 2  
D.O. 27.08.2011

En conformidad a lo establecido en el Art. 1° transitorio de la ley 20.261, que regula el examen único nacional de conocimientos de medicina, corresponde a los profesionales médicos titulados a partir de la fecha de vigencia de la ley, es decir, a contar del 19.04.2009.

Los formularios se presentarán debidamente firmados por el profesional.

Durante la vigencia del convenio suscrito con el Fondo, los profesionales deben mantener actualizada dicha información, comunicando por escrito y en el plazo de 30 días las modificaciones efectuadas y las nóminas a actualizar.

Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 2)  
D.O. 31.01.2012

- b) Cuando se trate de profesionales extranjeros, el Fondo cursará su solicitud de inscripción solamente si acredita visa de permanencia definitiva, además del cumplimiento de los requisitos que exige la legislación vigente para ejercer la profesión de que se trate, en el país.
- c) Los profesionales que tengan la calidad de propietarios o socios, en forma directa o indirecta de entidades asistenciales o sociedades de profesionales, y que ejerzan su profesión en ellas otorgando prestaciones,



- deberán estar inscritos en el Rol de la Modalidad de libre elección.
- d) Los profesionales para atender a sus pacientes particulares a través de la Modalidad Libre Elección en los Hospitales de los Servicios de Salud, con la solicitud de inscripción presentada ante FONASA, deberán adjuntar el convenio vigente con el Establecimiento Asistencial respectivo, celebrado en los términos que establece la RE N°368 del 12 de febrero de 2010, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales de Salud, MINSAL, y/o del DS N° 38/2005 art. 23 letra m), cuando se trate de un establecimiento autogestionado en red. La atención de pacientes particulares sin cumplir con lo establecido en esta letra, constituirá infracción a la Modalidad Libre Elección.

Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 2)  
D.O. 31.01.2012

### 2.3 Inscripción de prestaciones de salud de especialidad.

Podrán inscribir prestaciones en una determinada especialidad los médicos cirujanos y cirujanos dentistas que cuenten con la certificación de especialidad, otorgada en las condiciones y requisitos establecidos en la normativa vigente.

El Fondo Nacional de Salud verificará la información de especialidad médica disponible en el registro público, de carácter nacional y regional, de la Superintendencia de Salud, sin exigencia de adjuntar la documentación respectiva, salvo razón fundada que el servicio pueda tener.

Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD  
N° 1  
D.O. 15.03.2014

En el evento que la especialidad que se postula a inscribir no figure en el listado a que alude el reglamento antes mencionado, el prestador deberá presentar ante el Fondo Nacional de Salud, una solicitud acompañando la documentación académica que respalde la capacitación y la idoneidad para realizar tales prestaciones.

El Fondo Nacional de Salud previa verificación de antecedentes y calificación individual del caso, de acuerdo con la normativa vigente, podrá autorizar o rechazar dicha solicitud, la cual será comunicada por escrito al prestador.

### 2.4 Inscripción de Entidades y Convenios.

- a) Las entidades al momento de solicitar la inscripción en el Rol que lleva el Fondo, deberán indicar el o los grupos o niveles 1, 2 ó 3, en que efectuarán las prestaciones de salud; completarán los formularios dispuestos para el efecto y adjuntarán la documentación que exija la resolución de convenios dictada para por el Fondo. En los formularios, se indicará:
- . Razón social, RUT, Nombre de Fantasía y dirección.
  - . Nombre del o los representantes legales y el RUT de cada uno de ellos.
  - . Nómina de socios, profesión y RUT.
  - . Nombres de directivos técnicos y de gerencias administrativas u operacionales.
  - . Nómina de prestaciones a inscribir y nómina de profesionales que otorgarán dichas prestaciones, incluyendo los nombres de médicos certificados como especialistas, quienes cumplirán las condiciones y requisitos señalados en el numeral 2.3 de esta normativa.
  - . Detalle de sucursales y lugares de atención, correo electrónico.
  - . Equipamiento, instalaciones y servicios que dispone para la entrega de prestaciones.

Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD  
N° 2  
D.O. 15.03.2014



- . Documentación sanitaria, tal como, autorización sanitaria de funcionamiento, protección de emisiones radiantes, procesamiento de aguas. Ello según corresponda a las prestaciones de salud que se solicita inscribir. Se deberán acompañar los siguientes documentos:
  - . Copia autorizada de la escritura pública de constitución de la misma y sus modificaciones, además de un certificado de vigencia sea del Registro de Comercio correspondiente o bien, de personalidad jurídica para corporaciones o fundaciones sin fines de lucro.;
  - . Copia de la escritura pública de constitución y del decreto que concede personería jurídica respecto de las personas jurídicas sin fines de lucro;
  - . Una certificación notarial hecha por contador habilitado, que certifique el haberse enterado el capital social en su totalidad en caso que el capital social no hubiera sido enterado íntegramente en el acto de constitución, y
  - . Copia autenticada de mandato en caso que la persona jurídica designe a un representante legal que no sea socio.
- b) Las entidades y establecimientos, en ningún caso podrán incluir en las nóminas, citadas en la letra anterior, a personas naturales o jurídicas que hayan sido sancionadas con suspensión o cancelación en la inscripción, mientras tales medidas se encuentren vigentes o estén relacionadas directa o indirectamente, de manera formal o informal, con profesionales y entidades que hayan sido objeto de dichas sanciones.
- c) Durante la vigencia del convenio suscrito con el Fondo, las entidades y establecimientos deben mantener actualizada dicha información, comunicando por escrito las modificaciones efectuadas y las nóminas a actualizar, teniendo presente las condiciones explicitadas en las letras a) y b) anteriores.
- d) Las entidades o personas naturales que en calidad de prestadores participen de la modalidad de libre elección, en las prestaciones del grupo 23 y 24 del arancel (prótesis y traslados respectivamente), deberán también estar inscritos en el registro creado por el Fondo y cumplir los requisitos establecidos para ese efecto.

Resolución 671  
EXENTA,  
SALUD  
N° I, 3  
D.O. 27.08.2011

### 2.5 Acreditación de Entidades.

Atendida la entrada en vigencia del D.S. N°15 de 2007, publicado en el D.O. del 03.07.07 que dictó el Ministerio de Salud "Reglamento del sistema de acreditación para los prestadores institucionales", respecto de la evaluación del cumplimiento de los estándares fijados para velar porque las prestaciones que otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de sus usuarios, por parte de los prestadores de salud públicos y privados que se sometan a dicho proceso, el Fondo emitirá las instrucciones que correspondan, una vez que se dicten los estándares de calidad, las condiciones y los plazos a partir de los cuales será exigible la aplicación del sistema de acreditación para dichos estándares.

### 3. EMISIÓN DE ÓRDENES DE ATENCIÓN O BONOS Y PROGRAMAS



## DE ATENCIÓN.

Los beneficiarios de FONASA que eligen atenderse con profesionales o entidades asistenciales inscritas en el rol de la modalidad, deberán adquirir la correspondiente orden o bono para el pago de las atenciones, el que se emite nominativamente al beneficiario y al prestador, y codifica las prestaciones a otorgar.

El Arancel de la Modalidad de Libre Elección, señalado en el Libro II, del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, sólo otorga financiamiento de las prestaciones de salud a través de la emisión de órdenes de atención. Quedan excluidos cualquier otro mecanismo de bonificación como los reembolsos que existan en otros sistemas previsionales de salud.

Los prestadores para solicitar y/o respaldar atenciones de salud, pueden utilizar medios digitales para agendar las atenciones, mantener fichas médicas, pedir exámenes y/o procedimientos y emitir sus resultados, prescribir tratamientos, detallar cuentas y listas de prestaciones adjuntas a programas, todos estos instrumentos, a los que agregará firma manuscrita o firma digital simple, que asegure autenticidad y responsabilidad del prestador.

En adelante, las citas de esta normativa en cuanto a órdenes o bonos, programas de atención, prescripciones, fichas médicas, resultados, etc., se entenderán referidos a la forma tradicional o electrónica de respaldo.

Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD  
N° 3  
D.O. 15.03.2014

Resolución 671  
EXENTA,  
SALUD  
N° I, 4  
D.O. 27.08.2011

### 3.1 Normas generales de prescripción y llenado de formularios.

a) El profesional o representante legal de una entidad, que firma un documento, es responsable de su contenido, ya sea para solicitar una prestación, valorizar un programa médico o presentar a cobro las órdenes de atención correspondiente a las prestaciones de salud otorgadas.

b) El médico tratante u otros profesionales autorizados, que soliciten a un beneficiario, exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica, procedimientos diagnósticos o terapéuticos u otras prestaciones, lo harán en formularios propios o del centro asistencial en que se desempeñan, en el que constará, al menos, nombre, dirección, RUT, timbre, fecha y firma del profesional, señalando expresamente el nombre y apellidos del paciente e identificación de las prestaciones requeridas.

En el caso de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, que son indicados y efectuados por el mismo médico tratante, que por disponer de código adicional requieren la confección de un programa de atención de salud, no será necesario exigir la correspondiente prescripción médica.

Si ocupa formularios precodificados, deberá agregar la frase "Solicité....n.... exámenes", manuscrita, indicando el número exacto de exámenes solicitados.

En la solicitud de exámenes y otros, ya sea en formularios con membrete o precodificados, el Fondo pagará solamente las prestaciones solicitadas por el profesional responsable y que no sobrepasen la cantidad y el número de prestaciones señalado en palabras.

c) En el caso de que el profesional que prescribe exámenes de laboratorio, de imagenología, de anatomía patológica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, no efectúe la codificación correspondiente, las entidades que realicen dichos exámenes deberán atenerse estrictamente a lo prescrito por el profesional tratante, sin efectuar adiciones ni modificaciones.

d) El Formulario de confección de programas de atención de salud, es el documento en que los profesionales deben consignar en forma clara los datos siguientes, si fueren pertinentes:

- . Nombre completo, edad y RUT del paciente.
- . Nombre de la entidad o establecimiento en que se otorgaron o se otorgarán las prestaciones



- de salud al paciente.
- . Fecha estimada del inicio, término y duración, de la hospitalización o del tratamiento.
- . Nombre o razón social y RUT del prestador de salud que hizo o efectuará las prestaciones de salud.
- . Registro del diagnóstico, pudiendo éste anotarse en el programa o adjuntarse en un sobre cerrado adherido al programa dirigido al Fondo.
- . Grupo del rol en que está inscrito el prestador o prestadores, que otorgaron u otorgarán las prestaciones. Incluye grupo de rol en que está inscrito el anesthesiólogo cuando corresponda.
- . Nombre, código y cantidad, para cada una de las prestaciones que componen el programa de atención de salud.

### 3.2 Emisión de órdenes de atención o bonos de atención de salud

- a) Las órdenes o bonos de atención, tienen una vigencia administrativa de 90 días desde su fecha de emisión, para solicitar el beneficiario la devolución cuando no la utilice. Las órdenes emitidas en sistema de venta de bono electrónico en prestadores, tendrán vigencia por un día.
- b) Para recibir las prestaciones de salud de la modalidad, el beneficiario financiará parcialmente el valor de la orden de atención o bono, efectuando el copago que le corresponde según el valor de la prestación en el respectivo Arancel. Bajo ningún respecto el copago de cargo del beneficiario podrá ser asumido o enterado por el prestador a quien se le emite la orden.
- c) Tratándose de órdenes o bonos de atención en soporte de papel, el original será para el prestador y la copia para el beneficiario. No procede emitir ningún documento en su reemplazo, ni podrán impetrarse beneficios o cobros con copias o fotocopias de las mismas. Con todo, el Director Nacional del Fondo o las personas en quienes delegue tal atribución, mediante resolución fundada, podrán autorizar el pago, cuando se acredite fehacientemente que se ha otorgado la prestación, así como autorizar la devolución del dinero, cuando se acredite que ha adquirido la respectiva orden y ésta se ha extraviado.

Cuando se trate de emisión mediante transacciones electrónicas, el registro digital constituye el original del sistema para el prestador, no emitiéndose una copia para el beneficiario, salvo en los casos en que lo requiera.

### 3.3 Emisión de Programa de Atención de Salud (P.A.S.).

- a) Corresponde valorizar y emitir un programa de atención de salud, en los casos siguientes:
- a.1) Cuando se trate de prestaciones de salud otorgadas a un beneficiario en atención abierta o cerrada (hospitalizada), que incluya las prestaciones de salud siguientes:
- . Kinesiología y Fisioterapia - Grupo 06.
  - . Grupo 04 subgrupo 05 (Resonancia Magnética).
  - . Grupo 05 Medicina Nuclear y Radioterapia, excepto subgrupo 01.
  - . Psiquiatría - Grupo 09 excepto la prestación código 09-01-009.
  - . Psicología Clínica - códigos 09-02-002, 09-02-003, y Test Psicológicos 09-02-010 al 09-02-020.
  - . Prestaciones de tratamiento Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente, 11-01-140, 11-01-141 y 11-01-142.
  - . Fonoaudiología - códigos 13-03-003 al 13-03-005.
  - . Hemodiálisis y Peritoneodiálisis - códigos 19-01-023 al 19-01-029.
  - . Grupo 23 Prótesis, excepto plantillas y Grupo 24 Traslados.



- . Grupo 25 Pago Asociado a Diagnóstico.
- . Grupo 28 Pago Asociado Atención de Emergencia.
- . Prestaciones que requieran anestesia general o regional.
- . Prestaciones con código adicional de sala de procedimiento o pabellón.
- . Días Camas.
- . Grupo 16 Dermatología y Tegumentos, códigos 16-01-112 y código 16-01-113.

Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 3)  
D.O. 31.01.2012

a.2) Cuando el Fondo Nacional de Salud otorgue un préstamo médico a un beneficiario, de conformidad al D. S. N° 369 de 1985 de Salud, para el financiamiento de la parte no bonificada de las prestaciones de salud de acuerdo al siguiente detalle:

- . Pago Asociado a Emergencia.
- . Atención Hospitalizada.
- . Diálisis (hemodiálisis y peritoneodiálisis).
- . Radioterapia.
- . Tratamientos psiquiátricos.
- . Adquisición de órtesis y prótesis.

b) El Fondo emitirá y valorizará los P.A.S., por períodos máximos de 31 días de hospitalización o tratamiento, por lo que los formularios dispuestos para el efecto, podrán ser confeccionados y presentados ante FONASA para su valorización hasta 210 días después de la fecha de término de un tratamiento o de la fecha de egreso del paciente hospitalizado.

c) Los Formularios de confección de programas, que se presenten a emisión y valorización fuera del plazo señalado, deben incluir fundamentos del retraso, pudiendo el Fondo auditar los antecedentes respectivos, incluida la solicitud al prestador del envío en forma reservada de los antecedentes clínicos de respaldo.

d) Programas complementarios: El Fondo emitirá y valorizará programas complementarios adicionales al programa de atención de salud original, que sean solicitados y fundamentados por el prestador para casos tales como:

- . Hospitalizaciones que exceden el plazo máximo de 31 días.
- . Cuando se requiere efectuar un número mayor de terapias o prestaciones que las autorizadas para cada caso en esta normativa.
- . En casos complejos con gran número de prestaciones y participación de diferentes tratantes, podrán confeccionarse programas complementarios que llevarán numeración correlativa e identificarán al original.
- . Cuando la presente normativa para algunas prestaciones específicas del arancel, así lo determine.

#### 4. REGISTROS DE RESPALDO DE PRESTACIONES

a) Se entenderán, como tal, los datos específicos que respaldan la ejecución de una prestación de salud efectuada y presentada a cobro por un prestador inscrito en el rol de la Modalidad de libre elección.

b) Respaldo en ficha del paciente: La ficha clínica es un documento único, ordenado y completo, que en forma física o electrónica, consigna los antecedentes personales del paciente, su historia clínico-médica, y otros datos sensibles, que son indispensables para el juicio acabado de la enfermedad actual, y para determinar el otorgamiento de los beneficios de salud, contemplados en el Régimen General de Prestaciones de Salud.

En ese sentido, el registro pertinente en ficha es el único instrumento con que el Fondo puede verificar la realización de las prestaciones efectuadas en cumplimiento a las normas que regulan la modalidad y la procedencia o no,

Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 4)  
D.O. 31.01.2012



del pago por prestaciones cobradas. Este documento en ningún caso podrá ser adulterado, quedará en poder del prestador y debe estar permanentemente a disposición del Fondo cuando le sea requerido.

c) Los profesionales deberán registrar, en la ficha clínica, todas las atenciones que realizan al paciente, en estricto orden cronológico, y conservarán las diferencias generales propias del tipo de atención de que se trate, y según las consideraciones siguientes:

c.1 Fichas de atención cerrada (hospitalizada), que permitirán registrar a lo menos los datos de identificación del beneficiario, la información del ingreso del enfermo al establecimiento asistencial, las atenciones otorgadas, la identificación completa de los profesionales tratantes, los medicamentos administrados, los procedimientos y cirugías practicadas, los resultados de exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica. En caso de no disponerse de este registro, las prestaciones se tendrán por no efectuadas, salvo que el prestador acredite fehacientemente que las prestaciones fueron realizadas.

c.2 Fichas de atención abierta (ambulatoria), que permiten registrar los datos de identificación del beneficiario, la fecha de atención, la identificación completa del profesional que otorga la prestación y el tipo de prestación de salud que se le ha otorgado en consultas individuales, centros médicos generales, centros de especialidad o en su domicilio, constituido éste documento, como el instrumento único de respaldo, para las atenciones cobradas.

Adicionalmente, se podrán anotar instrucciones del profesional tratante, en cuadernos de registro simple, para los padres de menores atendidos; para embarazadas en control complementario en otra especialidad o consultorio; para la familia de beneficiarios atendidos en su domicilio; y para otras atenciones ambulatorias similares a las descritas. Este tipo de registro no reemplaza, en ningún caso, a la ficha ambulatoria descrita en párrafo anterior.

c.3 Los profesionales y entidades deberán conservar las fichas clínicas que contengan las atenciones, por un plazo a lo menos cinco años, a contar de la última atención efectuada a un paciente. En caso de no disponerse de este documento, las prestaciones se entenderán por no efectuadas, salvo que el prestador acredite fehacientemente que las prestaciones fueron realizadas.

d) Respaldo de exámenes y procedimientos: El profesional o entidad que realice exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, deberá cumplir la siguiente normativa:

d.1 El procesamiento de exámenes y la ejecución de procedimientos diagnósticos, se harán de acuerdo al equipamiento, instalaciones y técnicas implementadas por el prestador, de forma que se asegure la calidad del servicio y los resultados.

d.2 La información general del beneficiario, tales como, nombre, domicilio, Rut, previsión de salud, teléfono de contacto, así como el nombre y profesión del profesional tratante que indicó los exámenes o procedimientos, forman parte de los registros regulares que debe mantener el prestador.

d.3 Para los exámenes o procedimiento realizados, el prestador, registrará la fecha y hora de su ejecución, la técnica empleada, los resultados, los valores normales de referencia, los hallazgos o conclusiones cuando corresponda, el nombre completo y Rut del profesional ejecutante responsable, debiendo emitir informes originales de los exámenes o procedimientos realizados. Dichos informes, eximen al prestador de la obligación de confeccionar fichas

Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 4)  
D.O. 31.01.2012



clínicas. La falta de cualquiera de los antecedentes señalados en el registro, importará presunción de no ejecución del examen o procedimiento.

d.4 El prestador entregará al beneficiario, los informes originales, con firma del profesional que los efectuó, agregando la información señalada en letra d.3 precedente. En el caso de prestaciones de imagenología y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, cuyo procesamiento y resultados se realicen con sistemas digitalizados, el prestador podrá entregar los informes respectivos en los medios magnéticos que el sistema provea, siempre que ello se ratifique con la firma del profesional ejecutante responsable.

d.5 El prestador mantendrá los medios de respaldo de las prestaciones realizadas, a lo menos por dos años, contados desde la fecha de su ejecución, los que podrán ser requeridos por el Fondo en los procesos de fiscalización de la modalidad.

d.6 Respecto de los exámenes de anatomía patológica, incluyendo los exámenes citológicos, deberán conservarse además, las preparaciones microscópicas e inclusiones ("tacos") por lo menos durante cinco años.

e) Revisión y Fiscalización de Programas y Órdenes de Atención de Salud.

El Fondo podrá revisar los Programas y Órdenes de Atención de Salud, estando facultada esta Institución, para solicitar mayores antecedentes en los casos que estime conveniente.

El Fondo Nacional de Salud, para ejercer su facultad fiscalizadora, podrá solicitar al profesional o entidad, copia de la ficha clínica, protocolo de intervención quirúrgica y cualquier otro antecedente, adoptando todas las medidas que sean necesarias para garantizar el secreto profesional, considerando fundamentalmente criterios técnicos en su revisión.

Los profesionales o directores de las entidades asistenciales, estarán obligados a enviar la documentación antes mencionada y que sea requerida por el Fondo para su revisión, en un plazo no superior a cinco días hábiles contados de la fecha de solicitud. Para todos los efectos legales, los antecedentes clínicos tendrán el carácter de reservados.

f) En la eventualidad de que un beneficiario, por su propia voluntad decida renunciar a su derecho de hacer uso de la modalidad de libre elección, con un determinado prestador inscrito en dicha modalidad, deberá manifestarlo por escrito y el prestador deberá disponer de este documento, cuando le sea requerido por el Fondo.

## 5. PRÉSTAMOS MÉDICOS

Los afiliados al Régimen de Prestaciones de Salud de acuerdo a lo señalado en el Libro II, tendrán derecho a solicitar al Fondo el otorgamiento de préstamos, de conformidad al D. S. N° 369 de 1985, de Salud, destinados a financiar total o parcialmente, aquella parte del valor de las prestaciones que les corresponda pagar, y que requieran para sí o para los beneficiarios que de ellos dependan, en las condiciones que se establecen a continuación:

a) Para acceder a préstamos médicos, los afiliados personalmente presentarán una solicitud al Fondo, debidamente firmada. En los casos que los afiliados no puedan concurrir personalmente, podrán delegar la tramitación del mismo en otra persona, que en ningún caso podrá ser el prestador o representantes del mismo. Constituyen una excepción a esta norma, las situaciones que expresamente se encuentran autorizadas por el Fondo.

b) Los préstamos médicos serán otorgados, con cargo al Fondo de Préstamos Médicos que establece el artículo 162 del Libro II, en la medida que los recursos lo permitan.



Para este efecto y en conformidad a lo señalado en la legislación vigente, el Fondo debe arbitrar las medidas necesarias para el otorgamiento y recuperación de los préstamos, considerando entre otras materias, los requisitos a cumplir para optar al préstamo, los documentos específicos que en cada caso se requieran y el mecanismo de pago que corresponda.

c) El monto máximo que podrá otorgarse como préstamo, será el equivalente al total de la parte no bonificada del valor arancelario de la prestación, cualquiera sea el valor diferenciado que corresponda al Grupo del Rol en que el prestador tenga inscrita la prestación.

d) En la Modalidad de libre elección, procederá el otorgamiento de préstamos, para el financiamiento de la parte no bonificada de las prestaciones de salud, de acuerdo al siguiente detalle:

- Pago Asociado a Emergencia.
- Atención Hospitalizada.
- Diálisis (hemodiálisis y peritoneodiálisis).
- Radioterapia.
- Tratamientos psiquiátricos.
- Adquisición de órtesis y prótesis.

e) Pueden optar a préstamo médico los siguientes afiliados:

- Trabajador dependiente.
- Trabajador independiente.
- Imponente voluntario.
- Pensionado Previsional.
- Trabajador subsidiado por incapacidad laboral.
- Persona subsidiada por cesantía.

Para pacientes sometidos a estos tratamientos, el afiliado cursará la respectiva solicitud en la forma general establecida para los préstamos médicos.

f) Tratándose de las prestaciones otorgadas en situaciones de emergencia o urgencia, del Grupo 28 Pago Asociado Atención de Emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, se entenderá que el Fondo ha otorgado un préstamo a sus afiliados por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de éstos, si una vez transcurridos treinta días desde que el Fondo ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas durante una situación de urgencia o emergencia, el afiliado no ha enterado directamente al Fondo dicho monto.

## 6. COBRO DE PRESTACIONES DE SALUD.

### 6.1 Generalidades.

a) Los valores de las prestaciones consignados en el arancel, incluyen los honorarios profesionales y la totalidad de los insumos corrientes que se utilicen. Dichos valores no incluyen los medicamentos, los insumos y elementos expresamente señalados en contrario en el arancel y aquellos insumos específicamente necesarios para procedimientos o intervenciones, tales como arteriografías, angioplastias, procedimientos endoscópicos de especialidades, etc.

b) Se entenderán incluidos en el honorario profesional, la confección de la ficha clínica, todas las explicaciones e instructivos necesarios para efectuar cualquier prestación y el informe de la misma, cuando corresponda.

c) Para tener derecho a recargo por horario inhábil, las prestaciones deben ser efectuadas en conformidad a lo establecido en el artículo 7° del arancel.

d) Los honorarios sólo pueden ser percibidos por el profesional o entidad que efectivamente otorgó la prestación y que, de acuerdo con la resolución exenta que regula el procedimiento de convenios, cuente con los elementos indispensables para su realización.

e) Los profesionales y entidades inscritos en la modalidad de libre elección, estarán por este solo hecho obligados a cobrar, como máximo, por las prestaciones de salud efectuadas a los beneficiarios de la ley, el valor que esas

Resolución 671  
EXENTA,  
SALUD  
N° I, 5  
D.O. 27.08.2011



prestaciones tengan asignado en el Arancel vigente a la fecha en que fueron efectivamente otorgadas.

Asimismo, las personas naturales, inscritas en la modalidad de libre elección, deberán cobrar todas las prestaciones que otorguen a los beneficiarios del Fondo a través de órdenes de atención, aunque dichas prestaciones sean efectuadas a través de Sociedades no inscritas en el rol.

f) Para cobrar el valor de la sala de procedimiento, derecho de pabellón o sala de partos, la entidad deberá estar inscrita en el Rol.

g) Los profesionales médicos deberán estar inscritos en el Rol y sólo podrán cobrar las Órdenes de Atención correspondientes a los códigos adicionales 1 al 4 (Sala de Procedimientos) de prestaciones que realicen y estén autorizadas; no podrán cobrar diferencias de acuerdo al art. 53 del D.S. N° 369/85, de Salud.

h) Para cobrar honorarios profesionales de prestaciones que requieran Sala de Procedimiento, Derecho de Pabellón o Sala de Parto y que hayan sido efectuadas, las entidades deberán estar inscritas en el Rol.

i) Sin perjuicio de los máximos financieros establecidos en la presente normativa, el Fondo podrá establecer excepcional y fundadamente, límites diferentes para las prestaciones de salud que lo requieran.

## 6.2 Presentación a cobro.

a) El profesional o entidad que cobra la prestación, es responsable de los documentos que llevan su firma. La información contenida en estos documentos deberá ser completa y legible, y no tener alteraciones o enmendaduras, pudiendo el Fondo rechazar el pago en caso contrario.

b) El cobro al Fondo por prestaciones de salud, procede únicamente cuando éstas hayan sido efectuadas.

c) La cobranza de órdenes o bonos y programas de atención de salud, emitidos en soporte papel, deberán llevar el nombre, cédula de identidad, edad, sexo, dirección, y firma del beneficiario.

d) Tratándose de transacciones electrónicas, tanto la emisión como el pago de las atenciones, se realizarán en estricto cumplimiento a los diseños incluidos en la plataforma operacional electrónica de FONASA. El prestador será responsable de la correcta ejecución de los procesos, uso y funcionamiento de lectura biométrica de beneficiarios y cajeros, aperturas y cuadraturas de caja, registro y pago de las prestaciones, uso de claves autorizadas. El registro de sistemas, constituye elemento de respaldo para el cobro y pago de prestación efectuada.

e) Cuando las instituciones o entidades al realizar determinadas prestaciones, deban recurrir a profesionales no inscritos para otorgarlas, deberán informar previamente al beneficiario o a quien le represente en su caso, sobre profesionales inscritos, tarifas y alternativas para la atención.

Asimismo, en la circunstancia anterior, el beneficiario deberá dejar constancia por escrito de su opción. Excepcionalmente, esta renuncia podrá ser presentada por un representante del beneficiario.

f) El cobro del código 01-01-003 por parte de instituciones que tengan inscrito dicho código, procederá exclusivamente cuando las atenciones hayan sido efectuadas por profesionales que cumplan con los requisitos establecidos en el punto 7.1.5.

g) El cobro por parte del prestador, debe efectuarse dentro del plazo de 210 días contados desde la fecha de emisión, ya que en caso contrario, el Fondo rechazará su pago.

h) Para cobrar prestaciones de laboratorio, imagenología, órtesis y prótesis, prescritas por médico tratante, u otros profesionales autorizados, las respectivas prescripciones debidamente timbradas por el cajero emisor,



serán custodiadas por el prestador que cobra las prestaciones señaladas, por un período no inferior a 180 días. De consecuencia, no se exigirá al prestador adjuntar dichos documentos a la cobranza de órdenes tradicionales o electrónicas, sin perjuicio que FONASA, en procesos de fiscalización pueda requerir tales prescripciones.

i) Los Servicios de Salud cuyos hospitales cuenten con servicios de pensionado para otorgar prestaciones de salud en la modalidad de libre elección, deberán conservar en la historia clínica del paciente, el original del formulario de declaración de elección de la modalidad de atención.

El formulario, al menos, debe considerar en forma clara los siguientes datos: identificación del beneficiario, nombre completo y R.U.T., Modalidad de Atención por la que se está optando, nombre del profesional que realizará las prestaciones, firma y R.U.T. del aceptante y fecha del documento.

j) El Fondo pagará únicamente las órdenes o bonos de atención que cumplan los requisitos señalados y por prestaciones efectivamente realizadas. No obstante lo cual, el Director del Fondo o en quien haya delegado esta facultad, podrá autorizar el pago de órdenes que no se ajusten totalmente a esta normativa.

k) Las entidades y establecimientos, en ningún caso podrán cobrar por prestaciones efectuadas por profesionales cuyo registro en el rol, haya sido objeto de suspensión o cancelación, mediante el procedimiento sancionatorio establecido en el Art 143 del Libro II, mientras tales medidas se encuentren vigentes.

l) El Fondo Nacional de Salud, no autorizará la inscripción de ningún prestador que no tenga capacidad para realizar con sus propios medios las prestaciones que desea inscribir.

## 7. GRUPO 01 CONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS.

### 7.1 Prestaciones del Grupo 01 Atención Abierta.

El Fondo no autorizará la emisión de Órdenes de Atención del Grupo 01, SubGrupo 01, para un mismo beneficiario, en número superior a 2 por día, para venta tradicional y de una orden de atención para venta a través de emisión electrónica.

Asimismo, podrá definir otros límites máximos de emisión, de acuerdo a lo establecido en el punto 6.1 letra i) de estas normas.

Para efectos del pago de las prestaciones de consulta médica electiva y consulta médica de especialidad, los registros de respaldo corresponden a los siguientes: identificación del paciente, fecha de atención, identificación del médico que otorga la atención y el detalle que corresponda, según lo definido en el punto 4 letra c) de estas normas.

#### 7.1.1 "Definición de Consulta Médica":

Es la atención profesional otorgada por el médico a un paciente en su Consultorio Privado o en un local destinado para estos efectos en un Hospital, Clínica o Centro de Salud, debiendo cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución Exenta que regula el procedimiento de suscripción de convenios para la Modalidad de libre elección y con las presentes normas.

Esta prestación incluye anamnesis, examen físico, diagnóstico, indicación terapéutica, solicitud de exámenes, siendo responsabilidad del prestador, la calidad y veracidad de la información en ella contenida. Las atenciones y sus fechas deberán registrarse siempre en una Ficha Clínica. En caso de no cumplirse este requisito, el Fondo tendrá las prestaciones por no efectuadas.

Algunos procedimientos mínimos y habituales, como la esfigmomanometría, otoscopía, registro pondoestatural y otros que se efectúen durante una consulta médica, se entenderán incluidos en ella.

#### 7.1.2 "Especialidad Médica":

Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD  
N° 4  
D.O. 15.03.2014



Para efectos de la Modalidad Libre Elección las especialidades médicas deberán ser certificadas, de acuerdo a lo establecido en el numeral 2.3 de esta Normativa.

7.1.3 "Consulta médica electiva" (cód. 01-01-001):

Es la atención profesional otorgada por un médico a un paciente, en las condiciones establecidas en el punto 7.1.1 anterior.

7.1.4 "Consulta Médica de Neurólogo, Neurocirujano, Otorrinolaringólogo, Geriatra u Oncólogo, Endocrinólogo, Reumatólogo y Dermatólogo" (cód. 01 01 002):

Es la atención profesional otorgada a un paciente, por un médico que dispone de la acreditación de alguna de las especialidades explicitadas en esta prestación. El código 01-01-002, sólo podrá ser cobrado por médicos inscritos como especialistas en el Fondo Nacional de Salud, que hayan acreditado dicha condición de acuerdo a lo dispuesto en el punto 7.1.2 de estas Normas, o por una entidad que cuente con médicos especialistas acreditados ante el Fondo.

La realización de una consulta médica por parte de estos especialistas, no permite el cobro de la prestación 01-01-002 en forma conjunta con los códigos 01-01-001 y/o 01-01-003.

El valor de la prestación considera incluido, todo lo señalado en los párrafos segundo y tercero del punto 7.1.1 de estas normas.

Iguales condiciones de acreditación, inscripción y cobro, serán exigidas para las prestaciones cuya apertura de especialistas, se incorpora en los códigos siguientes:

Código	Glosa
01-01-201	Consulta Médica de Especialidad en Dermatología
01-01-202	Consulta Médica de Especialidad en Geriatría
01-01-203	Consulta Médica de Especialidad en Neurocirugía
01-01-205	Consulta Médica de Especialidad en Otorrinolaringología
01-01-206	Consulta Médica de Especialidad en Reumatología

7.1.5 "Consulta Médica de Especialidades" (cód. 01-01-003):

Es la atención profesional otorgada a un paciente, por un médico cirujano que disponiendo de una especialidad médica certificada, según se establece en el punto 7.1.2 anterior, se encuentre inscrito como especialista en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud y que disponga a lo menos de una antigüedad de cinco años de ejercicio de su profesión, contados a partir de la fecha del título de profesión obtenido.

Asimismo, podrán otorgar la prestación 01-01-003 consulta médica de especialidad, las entidades que cuenten con especialistas acreditados si estos últimos cumplen con la antigüedad exigida de cinco años de ejercicio profesional.

Iguales condiciones de acreditación, inscripción y cobro, serán exigidas para las prestaciones cuya apertura de especialistas, se incorpora en los códigos siguientes:

Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD  
N° 5  
D.O. 15.03.2014

Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD

N° 6  
D.O. 15.03.2014  
Resolución 172  
EXENTA,  
SALUD  
N° 1  
D.O. 13.04.2013

Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD



Código	Glosa
01-01-204	Consulta Médica de Especialidad en Oftalmología
01-01-301	Consulta Médica de Especialidad en Cardiología
01-01-302	Consulta Médica de Especialidad en Hematología
01-01-303	Consulta Médica de Especialidad en Infectología
01-01-304	Consulta Médica de Especialidad en Inmunología
01-01-305	Consulta Médica de Especialidad en Medicina Familiar
01-01-306	Consulta Médica de Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación
01-01-307	Consulta Médica de Especialidad en Medicina Interna
01-01-308	Consulta Médica de Especialidad en Obstetricia y Ginecología
01-01-309	Consulta Médica de Especialidad en Pediatría
01-01-310	Consulta Médica de Especialidad en Traumatología y Ortopedia
01-01-311	Consulta Médica de Especialidad en Urología

N° 7  
D.O. 15.03.2014

Tratándose de médicos especialistas, que hayan obtenido el título profesional en el extranjero, se exigirá requisito de antigüedad de cinco años, los que se contarán desde la fecha de título, en caso de profesionales que obtuvieron el reconocimiento automático de aquél, o desde la convalidación, conforme a las convenciones internacionales vigentes.

La prestación 01-01-003, tendrá un valor único, siendo independiente del nivel en que esté inscrito el profesional y considera incluido en su valor, todo lo señalado en los incisos segundo y tercero del punto 7.1.1 anterior.

7.1.6 "Visita Médica Domiciliaria en Horario Hábil" (cód. 01 01 004), "Visita Médica Domiciliaria en Horario Inhábil": (cód. 01 01 005):

Es la atención profesional efectuada por el médico, en el domicilio de un paciente o en el lugar en que esté residiendo el enfermo en el momento de la prestación. Para efecto de la aplicación de horario hábil o inhábil, se ajustará a lo definido en el Artículo 7° del Arancel. Deberán cumplirse los mismos requisitos establecidos para la consulta médica en el punto 7.1.1 de estas Normas.

7.1.7 "Atención Médica Integral" (cód. 01-01-020):

Es un conjunto de prestaciones de salud, que permiten resolver en forma integral una patología aguda de tratamiento médico y detectar factores de riesgo de enfermedades de alta prevalencia o condiciones mórbidas en una etapa temprana de su historia natural.

a) El valor, incluye lo siguiente:

- . Consulta de morbilidad.
- . Control de salud del niño, preventivo del adulto o del adulto mayor.
- . Consulta de especialidad, si se requiere.
- . Los exámenes de laboratorio e imagenología que sean solicitados para el diagnóstico y tratamiento del episodio morbido y que a continuación se indican:

- Hemograma	03-01-045
- Creatinina	03-02-023
- Glicemia	03-02-047
- Orina completa	03-09-022
- Urocultivo	03-06-011
- Bilirrubina total y conjugada	03-02-013
- Fosfatasas Alcalinas	03-02-040



-	Transaminasas	03-02-063
-	Reacciones tíficas	03-06-039
-	Coproparasitario seriado	03-06-048
-	Coprocultivo	03-06-007
-	Examen de Graham	03-06-051
-	Rotavirus	03-06-070
-	Cultivo corriente	03-06-008
-	Antibiograma corriente	03-06-026
-	Hemocultivos (2)	03-06-009
-	Radiografía de tórax frontal y lateral	04-01-070

- . Los exámenes de laboratorio que se efectúen para la detección de factores de riesgo o diagnóstico precoz de patologías, según corresponda:
  - Colesterol total: personas mayores de 40 años
  - Glicemia: personas con obesidad, mayores de 40 años y pacientes con antecedentes familiares de Diabetes Mellitus
  - Papanicolau (PAP): mujeres entre 25 y 64 años (1 cada 3 años).
- . Las actividades preventivas que se efectúen para la detección de factores de riesgo o diagnóstico precoz de patologías, según corresponda:

En lactantes y niños menores de 15 años.

- Anamnesis tendiente a identificar factores de riesgo tales como: riesgo desnutrición, drogas, alcohol, violencia intrafamiliar, accidentes.
- Evaluación antropométrica: peso, talla, circunferencia de cráneo, evaluación nutricional.
- Detección precoz de problemas visuales, auditivos y ortopédicos (displasia caderas, pie plano, escoliosis)
- Evaluación Desarrollo Sicomotor
- Educación en prevención patología respiratoria, obesidad infantil, accidentes, patología dental.

En adultos y adultos mayores.

- Anamnesis tendiente a identificar factores de riesgo tales como: antecedentes familiares morbimortalidad cardiovascular, tabaquismo, sintomático respiratorio, PAP vigente, bebedor problema, depresión, riesgo laboral.
- Mediciones de peso-talla, circunferencia cintura, presión arterial.
- Examen físico completo que incluya salud oral, mamas, vicios de refracción.
- Consejería educativa en autocuidado, técnica de autoexamen de mamas, transmisión y prevención de enfermedades de transmisión sexual y el HIV/SIDA.
- En los adultos mayores, evaluación de agudeza ç visual, estado dental y capacidad funcional.

b) Los controles de morbilidad que se requieran para la resolución del cuadro agudo que sean realizados durante los 30 días siguientes a la fecha de la primera consulta, están incluidos en la prestación 01-01-020.

c) La prestación código 01-01-020 no tendrá derecho a recargo horario, ni será afectado por el grupo de inscripción del prestador.

d) Límite Financiero: Para la prestación 0101020, se establece un máximo de una prestación por año por beneficiario.

e) Para el otorgamiento de esta prestación, se podrán inscribir entidades cuyos centros de atención de salud, cuenten al menos con los siguientes requisitos:



- Planta física que considere, área de recepción, sala de espera, boxes implementados para atención de pacientes, baños separados para pacientes y personal.
- Disponer de servicio de laboratorio clínico e Imagenología, acorde con las exigencias técnicas y sanitarias del caso o contar con convenio para dicho efecto.
- Profesionales de salud, tales como médico general y/o especialistas en especialidades básicas (pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia), medicina familiar adultos, medicina familiar niños, enfermera universitaria.
- En materias administrativas, contar con fichas clínicas individuales para el registro de actividades y acciones realizadas y sistema con libro de reclamos y sugerencias.

## 7.2 PRESTACIONES DEL GRUPO 01 EN ATENCIÓN CERRADA.

### 7.2.1 "Visita por médico tratante a enfermo hospitalizado" (cód. 01 01 008):

Es la atención profesional realizada por un médico tratante a su paciente privado, internado en un Hospital o Clínica. La atención médica, la registrará en la ficha clínica de la institución, debiendo además cumplirse lo establecido en el punto 7.1.1 anterior.

En el caso en que no se cumpla la condición de médico tratante, entendiéndose como tal, al médico, persona natural, responsable de la atención del paciente y que aparece identificado en el respectivo Programa de Atención de Salud la prestación efectuada se pagará a través del código 01-01-010. Tampoco, corresponde el cobro del código 01-01-008, cuando se trate de atenciones efectuadas por médicos residentes o funcionarios del establecimiento en el que se encuentra internado el paciente.

Constituye excepción para el cobro del código 01-01-008 la atención efectuada por un médico psiquiatra tratante, cuando su paciente se encuentra internado en uno de dichos centros asistenciales. En esos casos, el cobro de las atenciones se regirán exclusivamente por lo establecido en el punto 14 de estas Normas.

### 7.2.2 "Visita por médico interconsultor a enfermo hospitalizado"(cód. 01 01 009):

Es la atención profesional realizada por un médico interconsultor en junta médica o no, a un paciente internado en un Hospital o Clínica. El registro de la atención, se efectuará en la ficha clínica de la institución, debiendo además cumplirse lo establecido en el punto 7.1.1 de estas normas.

El código 01-01-009 sólo podrá cobrarse en el programa de atención de salud del beneficiario hospitalizado. No corresponderá el cobro de esta prestación, en las atenciones efectuadas por médicos residentes, o funcionarios del establecimiento en el que se encuentra internado el paciente.

El médico tratante o el interconsultor, tendrá la obligación de registrar la atención efectuada en la ficha clínica de la entidad, sin perjuicio de que pueda consignarla además en su propia ficha. En caso de no cumplirse este requisito, el Fondo asumirá que la prestación no ha sido otorgada.

### 7.2.3 "Atención Médica Diaria a Enfermo Hospitalizado"(cód. 01 01 010):

Es la atención médica otorgada a un paciente internado en un establecimiento, por un médico funcionario o residente, actuando en calidad de médico tratante. Comprende la evaluación médica diaria, indicaciones de tratamientos y controles necesarios. Deberá cumplir con los



requisitos establecidos en el punto 7.1.1 de estas normas.

El cobro del código 01-01-010, sólo podrá efectuarse a través del Programa de Atención de Salud, del beneficiario hospitalizado. En el caso de las atenciones efectuadas por médicos psiquiatras, no corresponderá el cobro de la prestación 01-01-010.

#### 7.2.4 "Máximos de prestaciones" 01-01-008 y 01-01-010:

El cobro de las prestaciones códigos 01-01-008 y 01-01-010 corresponde a la atención de pacientes agudos. El Fondo pagará las atenciones efectivamente requeridas por el paciente y registradas en los primeros 30 ó 31 días de hospitalización con un máximo de una diaria.

Si el médico tratante requiere efectuar una segunda visita en el día a un mismo paciente, deberá confeccionar un Programa Complementario en la forma establecida en el punto 3.3 letra d) de estas Normas, el que, acompañado de los antecedentes clínicos deberá ser remitido al Fondo y autorizado o rechazado por éste.

A continuación de los 31 días, el número máximo de prestaciones será de tres por semana.

#### 7.2.5 Atención médica en Clínicas de Recuperación:

Las prestaciones códigos 01-01-008 y 01-01-010 podrán ser cobradas con un límite máximo de 1 semanal, en enfermos hospitalizados en Clínicas de Recuperación.

### 8. DIAS-CAMA Y DÍAS CAMA DE HOSPITALIZACIÓN (GRUPO 02)

Para efecto de la codificación y normativa que debe aplicarse a los Días Camas, cuando se trate del otorgamiento de prestaciones de salud, a un paciente que se encuentra ocupando una cama en un establecimiento asistencial, los prestadores se ajustarán a lo señalado en este punto:

a) Las prestaciones correspondientes a Días Cama y Días Cama de Hospitalización del Grupo 02 del Arancel, deben incluirse en un Programa de Atención de Salud, de acuerdo a lo señalado en el punto 3.3 letra a.1) de estas Normas.

El establecimiento asistencial, deberá consignar la fecha efectiva de ingreso y alta del paciente, debiendo quedar constancia de ello en sus registros.

b) "Días Camas"(códigos 02 02 007 y 02 02 008 ):

Corresponde utilizar esta codificación, cuando se trate de la permanencia de un paciente en un establecimiento asistencial, sin pernoctar, ocupando cama entre las 08:00 hrs. y 20:00 hrs.

En lo que sea pertinente, estas prestaciones incluyen en su valor lo establecido en la letra d) de este punto.

c) "Días Camas de Hospitalización"(códigos 02 02 004 al 02 02 006) (códigos 02 02 009 al 02 02 010) (códigos 02 02 101 al 02 02 116) (códigos 02 02 201 al 02 02 203) (códigos 02 02 301 al 02 02 303):

Corresponde la aplicación de los códigos Días Camas de Hospitalización, cuando se trate de la permanencia de un paciente en un establecimiento asistencial, ocupando una cama y cumpliéndose además la condición de pernoctar.

En hospitalizaciones en una Unidad de Cuidados Intensivos (códigos 02-02-201 al 02-02-203) o de Intermedio (código 02-02-301 al 02-02-303), cuando no se cumpla la condición de "pernoctar" y para la permanencia del primer día en dichos recintos, procederá el cobro de diferencias por Día Cama (establecidas por D.S. N° 369/85, de Salud, art. 53) en forma proporcional al número de horas que el paciente permaneció en la respectiva Unidad.

Lo anterior, sin perjuicio de la forma en que el Fondo, valorice o emita las Órdenes de Atención correspondientes.

Para todos los Días Cama de Hospitalización, se entiende incluido en su valor lo señalado en la letra d), de este punto y las exigencias específicas por tipo de Día Cama, establecidas más adelante.

d) Los valores, que se consignan en el Arancel para los respectivos Días Camas, incluyen:

Atención Médica y de Enfermería.



- . La atención del médico residente, toda vez que sea necesaria en ausencia del médico tratante.
  - . Atención completa de enfermería y procedimientos mínimos habituales (saturación de O2 con oxímetro, aerosolterapia - nebulizaciones con aire comprimido y oxígeno, aerosolterapia con presión positiva intermitente, instalación vías venosas, inyectables, flebocclisis, curaciones, sondas, enemas, tomas de muestra, etc.)
- Otras Atenciones.
- . La administración de transfusiones de sangre y/o hemocomponentes, cuando sea efectuada por personal diferente del médico o tecnólogo médico del Banco de Sangre o Servicio de Transfusión.
  - . La alimentación oral diaria, prescrita por el médico tratante, con excepción de las fórmulas especiales tipo OSMOLITE o similares.
- Elementos, materiales, insumos.
- . El uso de un catre clínico con la respectiva ropa de cama (sábanas, almohadas, frazadas de cualquier tipo).
  - . Insumos de uso general:
    - . Gasa, algodón, tómulas, apósitos de cualquier tipo.
    - . Tela adhesiva y similares.
    - . Guantes quirúrgicos y de procedimientos.
    - . Antisépticos y desinfectantes de todo tipo (líquido, en polvo o aerosol).
    - . Oxígeno y aire comprimido.
    - . Inmovilizadores de extremidades
    - . Sujetadores de sondas
- e) No serán financiados por el Fondo los útiles de uso personal, de uso cosmético o aseo, ya que constituyen una excepción a la normativa precedente porque no forman parte del tratamiento médico. Estos elementos deberán cobrarse directamente al beneficiario (pañales desechables, colonias, etc).
- f) "Día Cama Psiquiátrica Diurna" (cód. 02-02-007):  
Corresponde la aplicación de este tipo de Día Cama, cuando el beneficiario permanezca como mínimo 6 horas en el establecimiento y sin pernoctar en él. En caso de permanecer por un tiempo inferior a lo establecido, no procederá el cobro de esta prestación. El establecimiento, deberá cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución de Convenios que para estos efectos, dicta el Fondo.
- g) "Día Cama de Observación" (cód. 02-02-008):  
Corresponde el cobro del Día Cama de Observación, cuando el beneficiario permanezca como mínimo 4 horas utilizando una cama en el establecimiento y sin pernoctar en él. En caso de permanencia del paciente, por un tiempo inferior a lo establecido no procederá cobro de esta prestación.
- h) "Día Cama de Hospitalización Clínica de Recuperación" (cód. 02-02-009):  
Corresponde el cobro de este tipo de Día Cama, cuando se trate de la hospitalización de un beneficiario en una clínica de recuperación, de cuidados especiales, de pacientes crónicos y/o similares.  
Estos establecimientos asistenciales, están destinados a la atención de pacientes, con condición de salud, de larga estadía, que requieren atención médica, rehabilitación integral, vigilancia y cuidados de enfermería, acceso a procedimientos diagnósticos terapéuticos eventuales.
- i) "Día Cama de Hospitalización Aislamiento" (cód. 02-02-010):  
Corresponde la aplicación de este tipo de Día Cama, cuando por indicación del médico tratante y considerando las condiciones médicas que así lo ameriten, el



beneficiario se hospitalice en una sala que permita su manejo clínico con equipos y técnicas especiales de aislamiento.

j) "Día Cama de Hospitalización en Unidad de Cuidado Intensivo" (UCI) (códigos 02-02-201 al 02-02-203):

Corresponde al Día Cama de Hospitalización de un paciente crítico, en una unidad ubicada en dependencias únicas y centralizadas, de una Clínica u Hospital, cuya dotación de profesionales médicos y de enfermería asegura la atención en forma permanente y preferente durante las 24 horas del día y que dispone de los equipos especializados necesarios, para atender y monitorizar enfermos con alto riesgo vital con apoyo cardiorrespiratorio intensivo.

Debe considerarse incluido en su valor, el conjunto de prestaciones que reciba en dicha Unidad y que incluye las atenciones del personal profesional residente y de colaboración y el uso de las instalaciones, instrumentos y equipos que debe tener la Unidad.

El personal profesional y de colaboración residente en la Unidad para la atención continuada las 24 horas, incluirá médicos, enfermeras, auxiliares especializados y personal de servicio.

Además deberá existir disponibilidad de kinesiólogos para los casos y hora en que se requiera, cuyas acciones se cobrarán de acuerdo a lo establecido en el punto 12 de estas Normas.

Lo que caracteriza a estos recintos, además de lo señalado, son las instalaciones y equipos que incluyen como mínimo: monitores, respiradores, desfibriladores, bombas de infusión continua, etc. y el acceso a procedimientos habituales, tales como accesos vasculares, sondeos, medición de presión venosa central, sondeos gástricos y vesicales, alimentación enteral y parenteral, oxigenoterapia, etc.

Aquellas atenciones profesionales y/o procedimientos que deban ser realizados por médicos ajenos a la Unidad, tales como interconsultas a especialistas, endoscopias, estudios radiológicos, colocación de marcapasos definitivos, biopsias, etc., serán cobrados separadamente por el profesional o entidad que los realice.

Para efecto de definiciones conceptuales de muebles, equipos, insumos y otros, se considerará lo señalado en el punto 26 de estas Normas.

Cuando en una Unidad de Cuidados Intensivos (Días Camas códigos 02-02-201 al 02-02-203), no se cumpla la condición de "pernoctar" y para la permanencia del primer día en estos recintos, procederá el cobro de diferencias por Día Cama (establecidas por D.S. N° 369/85, de Salud, artículo 53), en forma proporcional al número de horas que el paciente permaneció en la respectiva Unidad, sin perjuicio de la forma en que el Fondo valore o emita las Órdenes de Atención correspondientes.

k) "Día Cama de Hospitalización en Unidad de Tratamiento Intermedio" (código 02-02-301 al 02-02-303):

Es el Día Cama de hospitalización, en aquella Unidad que sirve para la internación o derivación de pacientes graves, que no requieren apoyo cardiorrespiratorio intensivo.

Deberá contar con organización técnica y administrativa propia, comprendiendo enfermería permanente durante 24 horas del día, auxiliares, personal de servicio y residencia médica en el establecimiento, el que deberá contar necesariamente con UCI.

Sin alcanzar la complejidad organizativa de una UCI, las instalaciones y equipos serán los mismos aunque en menor proporción de acuerdo a la dotación de camas. Su valor incluye lo señalado en el inciso segundo de la letra j) precedente.

El Director del Fondo podrá aceptar la ausencia de UCI solamente en atención a las necesidades y realidad de salud regionales.



Para efecto de definiciones conceptuales de muebles, equipos, elementos, insumos y otros, se considerará lo señalado en el punto 26 de estas Normas.

Utilizarán esta misma nomenclatura y codificación aquellas unidades intensivas especializadas como Unidades Coronarias, Respiratorias y otras, en la medida que cumplan con las exigencias técnicas establecidas por el Fondo.

Cuando en una Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) (Días Camas códigos 02-02-301 al 02-02-303), no se cumpla la condición de "pernoctar" y para la permanencia del primer día en estos recintos, procederá el cobro de diferencias por Día Cama (establecidas en el artículo 53 del D.S. N° 369/85, de Salud) en forma proporcional al número de horas que el paciente permaneció en la respectiva Unidad, sin perjuicio de la forma en que el Fondo valore o emita las Órdenes de Atención correspondientes.

l) Por concepto de Días - Cama, las entidades con convenio vigente, además de la orden de atención por el respectivo código de la atención cerrada otorgada, podrán cobrar directamente al beneficiario, las diferencias que se produzcan entre dicho valor arancelario y el que fije libremente la entidad.

De acuerdo a lo señalado en el artículo 53 del D.S. N° 369/85, de Salud y sus modificaciones, estos valores deberán ser informados al Fondo antes de su aplicación, pudiendo variarse como máximo tres veces en el año calendario, debiendo, además, mantenerse a disposición de los beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II.

#### 9. LABORATORIO (GRUPO 03)

a) Sólo procederá el cobro de una prestación código 03-07-011 (Toma de muestra venosa en adultos) ó 03-07-012 (Toma de muestra venosa en niños y lactantes) por beneficiario y por la totalidad de los exámenes que requieran estas prestaciones.

Los códigos 03-07-011 y 03-07-012 ya mencionados, no podrán cobrarse, en la atención abierta, en forma simultánea con el código 03-07-013 (Toma de muestra con técnica aséptica para hemocultivos), excepto que se realicen 2 o más hemocultivos en cuyo caso se autoriza una prestación 03-07-013 por cada muestra adicional

b) La prestación Urocultivo, Recuento de Colonias y Antibiograma, código 03-06-011, incluye la Toma de Muestra en Orina Aséptica.

c) Los códigos 03-07-016 Punción traqueal, 03-07-017 Punción vesical en niños y 03-07-018 Punción medular ósea, corresponden a prestaciones que deben ser ejecutadas y cobradas por profesional médico o por entidades que dispongan de estos profesionales.

d) Aquellos exámenes de laboratorio que incluyan el estudio de diferentes parámetros, aun cuando estos no estén expresamente calificados en el Arancel como (proc. aut.), se considerarán incluidos en el mismo, no pudiendo cobrarse en forma separada (Ej. Hemoglobina en Hemograma, Glucosa en Orina Completa, Bicarbonato en Gases sanguíneos, etc.).

e) Las pruebas alérgicas cutáneas correspondientes al código 03-05-048, consideran a lo menos 16 alérgenos. El Fondo aceptará la repetición de este código, con un máximo de 2 prestaciones por acto de prescripción del médico tratante. Sin embargo, el Fondo establecerá máximos anuales, en virtud de lo señalado en el artículo 6.1, letra i), de estas normas.

f) Las glicemias y glucosurias efectuadas a pacientes diabéticos crónicos, acreditados por el médico o entidad tratante, no requerirán de la prescripción respectiva.

El tiempo o consumo de Protrombina, cód. 03-01-059, que se efectúa en pacientes con tratamiento anticoagulante prolongado y que se encuentra certificado por el profesional tratante, tampoco requerirá de la prescripción respectiva.

Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 5)  
D.O. 31.01.2012



g) Para efecto de prescripción, respaldo y cobro de exámenes de laboratorio, el prestador debe ajustarse a lo establecido en los puntos 3 - 4 y 6 de estas Normas.  
 h) En caso de control de embarazo normal efectuado por una profesional matrona, podrá solicitar los siguientes exámenes de laboratorio, a través de la Modalidad de Libre Elección:

- Embarazo, detección de (cualquier técnica)	03-09-014
- Gonadotropina coriónica, fracción Beta	03-03-014
- Grupos sanguíneos AB0 Y Rho	03-01-034
- Coombs indirecto, test de	03-01-015
- Hemograma	03-01-045
- Hematocrito (proc. aut).	03-01-036
- Hemoglobina en sangre total (proc.aut)	03-01-038
- Glucosa	03-02-047
- N. Ureico y/o urea	03-02-057
- R.P.R.	03-06-038
- V.D.R.L.	03-06-042
- H.I.V.	03-06-169
- Orina Completa	03-09-022
- Papanicolau	08-01-001
- Ecografía obstétrica	04-04-002
- Ecotomografía ginecológica, pelviana femenina u Obstétrica con estudio fetal	04-04-006

La petición de los exámenes antes mencionados se ajustará a los mismos requisitos estipulados para los médicos, en el punto 3 de estas Normas.

i) El perfil bioquímico (cód. 03-02-075) corresponde a la determinación automatizada de 12 parámetros bioquímicos en sangre (Grupo 03 SubGrupo 02).

Los parámetros bioquímicos a medir son: Ácido úrico 03-02-005, bilirrubinemia total 03-02-012, calcio 03-02-015, deshidrogenasa láctica total (LDH) 03-02-030, fosfatasas alcalinas 03-02-040, fósforo 03-02-042, glucosa 03-02-047, nitrógeno ureico (NU) 03-02-057, proteínas totales 03-02-060, albúminas 03-02-060, transaminasa oxalacética (GOT) 03-02-063 y colesterol total 03-02-067.

j) El código 03-02-076 Pruebas Hepáticas, incluye en su valor y las prestaciones 03-01-059, 03-02-013, 03-02-040, 03-02-045 y 03-02-063 x 2.

k) Cuando en la prescripción de profesional tratante, se indique la realización de más de un perfil produciéndose coincidencias de parámetros entre los exámenes solicitados, se entenderá que no constituye incumplimiento de norma cuando se ejecute sólo uno de los parámetros que conforman los distintos perfiles.

l) Para el cobro de la prestación 03-05-182 Reacción de Polimerasa en Cadena (P.C.R.), virus Influenza, virus Herpes, citomegalovirus, hepatitis C, mycobacteria TBC, c/u (incluye toma muestra hisopado nasofaríngeo), los prestadores deberán suscribir un convenio en la Modalidad adjuntando la documentación que respalde el equipamiento y personal capacitado para efectuar la prestación.

m) La toma de muestra para el examen 03-05-182 se cobrará a través del código 03-07-023 Aspirado nasofaríngeo para adulto y niño que incluye la conservación, traslado de la muestra y los insumos siguientes: kits de aspiración traqueal, sondas de alimentación estériles, uso bomba de vacío, tubo de centrifuga de 15 ml con medio de transporte Viral (MTV), solución tampón fosfato (STF) pH 7.2 en tubos con 8-10 ml c/u.

n) El hemograma (cód. 03-01-045) incluye a lo menos: recuento de leucocitos 03-01-065, eritrocitos 03-01-064, hemoglobina 03-01-038, hematocrito 03-01-036, fórmula leucocitaria, características de elementos figurados, VHS 03-01-086, recuento de plaquetas 03-01-067 y su morfología.

o) La cinética del hierro (cód. 03-01-030) incluye a lo menos la determinación del hierro sérico 03-01-028 y de la

Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD



ferritina 03-01-026.

p) Los exámenes de laboratorio no tendrán derecho al recargo horario, si éstos se efectúan en horario inhábil, por razones de tipo administrativa o de funcionamiento del prestador.

I, N° 5)  
D.O. 31.01.2012

#### 10. IMAGENOLOGÍA (GRUPO 04)

a) Los equipos que se utilicen para efectuar prestaciones de este Grupo, deberán contar con la aprobación previa del Fondo Nacional de Salud, formalizada de acuerdo con la Resolución Exenta que rige los convenios de inscripción en la Modalidad de libre elección.

b) Cuando se trate de prestaciones del Grupo 04 SubGrupo 04, la presentación de los resultados deberá realizarse en placa de celuloide o papel fotográfico de alta calidad, exigiéndose un mínimo de 6 imágenes diferentes por examen. Se exceptúa la prestación código 04-04-002.

Para las prestaciones 04-04-005 ecotomografía transvaginal o transrectal y 04-04-006 ecotomografía ginecológica, pelviana femenina u obstétrica con estudio fetal, tanto en su realización como en el informe, se describirán todos los órganos del aparato genital femenino interno y el estudio fetal, cuando corresponda.

c) En los exámenes de imagenología en que se requiera anestesia general o regional, el uso de esta se deberá fundamentar en el Programa respectivo. En base a éste se emitirán las correspondientes Órdenes de Atención para el radiólogo y para los demás profesionales que participen, incluido el anestesista.

d) Para efecto de prescripción, respaldo y cobro de exámenes de imagenología, el prestador debe ajustarse a lo establecido en los puntos 3 - 4 y 6 de estas Normas.

e) Las prestaciones del Grupo 04 Subgrupo 05, Resonancia Magnética (R.M.), además de lo establecido en las letras precedentes, se ajustarán a lo siguiente:

- Para la emisión de Órdenes de Atención de Salud, se exigirá la prescripción de médico cirujano y la presentación de un formulario para confección de Programa de Atención de Salud, al que se adjuntará la prescripción del médico tratante, de conformidad al numeral 3 de estas Normas.

- La prescripción u orden médica especificará -cuando se requiera- la potencia mínima en Tesla del equipo y el tipo de estudio de R.M. que se solicita, además del diagnóstico médico.

- Las prestaciones de este Subgrupo, tendrán un valor único, incluye el medio de contraste que se requiera para la ejecución de los exámenes, y no estarán afectas al nivel de inscripción del prestador que las otorgue.

- El límite financiero de este Subgrupo 05, será de una prestación por año calendario, por código y por beneficiario. Respecto de las prestaciones cód. 04-05-001, 04-05-005 y 04-05-007, el límite financiero anual será de dos prestaciones por beneficiario.

- El Fondo podrá autorizar la valorización de prestaciones adicionales para los casos especiales que se justifiquen técnicamente. Para este efecto, se confeccionará un Programa Complementario, el que se ajustará a la normativa específica de este tipo de programas, según lo establecido en el numeral 3.3 letra d).

f) Normas específicas según prestación:

- . El valor de la prestación 0405013 Rodilla, estudio por resonancia, considera el costo del examen para una rodilla, por lo que en caso de tratarse de prescripción médica para estudio bilateral, la prestación se valorizará uno para cada rodilla.  
El examen de resonancia en extremidad superior,

Resolución 38  
EXENTA,  
SALUD  
Art. I N° 3  
D.O. 26.01.2013



- código 0405014 y el examen de resonancia en extremidad inferior, código 0405015, incluyen en su valor, el estudio de toda la extremidad o el estudio de uno o más segmentos y/o articulaciones de una misma extremidad.
- . El Fondo podrá autorizar la valorización en forma conjunta de las prestaciones códigos 0405001 y 0405008, para los casos especiales que se justifiquen técnicamente. En esta situación se deberá confeccionar un Programa Médico Complementario que se ajustará a la normativa específica de este tipo de programas, punto 3.3 letra d) y se pagará la primera prestación al 100% y la segunda al 50%.
  - . No corresponde el cobro de Angioresonancia venosa y arterial por separado. El código 0405008, incluye ambas fases.

g) La prestación código 0403007, "TAC Orbitas Maxilofacial", incluye cavidades perinasales.

#### 11. MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA (GRUPO 05).

a) Este grupo de prestaciones, se estructura en la forma siguiente:

##### A. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Descripción	Códigos
1. Estudios Endocrinológicos	05-01-100 al 05-01-102
2. Estudios Osteoarticulares	05-01-103 al 05-01-104
3. Estudios Cardiovasculares	05-01-105 al 05-01-109
4. Estudios Digestivos	05-01-110 al 05-01-116
5. Estudios Nefrourológicos	05-01-117 al 05-01-121
6. Estudios Pulmonares	05-01-122 al 05-01-123
7. Estudios Sistema Nervioso Central	05-01-124 al 05-01-125
8. Estudios de Infecciones	05-01-126 al 05-01-127
9. Estudios Oncológicos	05-01-128 al 05-01-133
10. Densitometría Osea	05-01-134 al 05-01-134
11. PET/TC	05-01-135 al 05-01-135

a.1) Para efecto de prescripción, respaldo y cobro de exámenes, el prestador debe ajustarse a lo establecido en los puntos 3, 4 y 6 de estas Normas

Resolución 671  
EXENTA,  
SALUD  
N° I, 7  
D.O. 27.08.2011

##### A. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

1. Radioisótopos 05-02-001 al 05-02-005

b) En cuanto a normativa específica para algunas prestaciones de este grupo de arancel, se entenderá lo siguiente:

- . Cintigrama Óseo trifásico (incluye mediciones fase precoz y tardía) (cód. 05-01-104): Incluye las fases Arterial, Capilar y Ósea del estudio.
- . Pool Sanguíneo Spect (cód. 05-01-109): Incluye fase precoz y tardía.
- . Spect hígato esplénico, evaluación hemangioma o hiperplasia (incluye mediciones fase precoz y tardía) (cód. 05-01-116).
- . Detección y/o marcación de ganglio centinela (no incluye procedimiento) (cód. 05-01-128).
- . Estudio de glándulas mamarias (Mamocintigrafía) (no incluye MIBI) (cód. 05-01-131).

c) Las prestaciones del Grupo 05, PET/CT, además de lo establecido en la letra precedente, se ajustarán a lo siguiente:

Resolución 671  
EXENTA,



SALUD  
N° I, 8  
D.O. 27.08.2011

- Requerirán de la prescripción efectuada por un médico especialista en cardiología, oncología médica, neurología o psiquiatría, acreditado como tal en el convenio de inscripción en el Rol del Fondo.
- Las prestaciones de este Subgrupo, tendrán un valor único y no estarán afectas al nivel de inscripción del prestador que las otorgue ni tendrán recargo de horario.
- El valor de las prestaciones incluye el radiofármaco, la administración del mismo y otros medios de contraste que eventualmente se requieran.
- El límite financiero de la prestación PET-CT (cód. 05-01-135), será de una prestación por año, por código, por beneficiario. El Fondo podrá autorizar prestaciones adicionales, para los casos especiales que sean técnicamente justificados por el profesional médico tratante.

## 12. KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA (GRUPO 06)

### 12.1 Generalidades

a) El Fondo financiará exclusivamente prestaciones de este Grupo destinadas al tratamiento de patologías recuperables, con carácter curativo.

b) Los profesionales que dispongan de título de Kinesiólogo(a) y que deseen acceder a la Modalidad de libre elección, deberán inscribirse en el Rol que lleva el Fondo, suscribiendo el respectivo convenio y adjuntando los antecedentes exigidos por el Fondo para este grupo arancelario. Los médicos cirujanos con especialidad en fisioterapia, podrán también acceder a la inscripción de prestaciones del grupo 06, debiendo cumplir con los requisitos establecidos para este tipo de convenios.

c) Los médicos tratantes que indiquen atenciones para este grupo arancelario, lo harán derivando a los pacientes mediante prescripción médica en la que se identificará al beneficiario, además de consignar el diagnóstico y la indicación de tratamiento, no siendo imprescindible el detalle de cada terapia a realizar.

d) Para la emisión de Órdenes de Atención de Salud, el profesional que otorgará las prestaciones del Grupo 06, deberá confeccionar un Programa de Atención de Salud (PAS), según se señala en el número 3.3 letra a.1) de estas Normas, en el que se debe incluir:

- . Datos de identificación del beneficiario.
- . Datos de identificación del Profesional que efectuará el tratamiento.
- . Información del Establecimiento o lugar de atención ambulatoria.
- . Diagnóstico y duración del tratamiento (desde, hasta).
- . Detalle de las prestaciones a otorgar (evaluaciones y procedimientos) y número de sesiones a realizar.
- . Deberá el prestador mantener la orden de prescripción médica por un plazo no inferior a 180 días desde la fecha de cobro de la prestación.

e) En la eventualidad que un paciente necesite la prolongación de un tratamiento fisiokinésico, tanto en forma ambulatoria como hospitalizada, se deberá confeccionar un programa complementario, de acuerdo a lo establecido en el punto 3.3 letra d) acompañado de los antecedentes clínicos correspondientes, el que requerirá aprobación previa del Fondo.

f) No corresponde el cobro de la prestación código 06-01-022 (Masoterapia) en pacientes con patología respiratoria.



g) Sólo cuando se trate de prestaciones diferentes incluidas en un mismo código, se acepta el cobro de códigos repetidos en un mismo Programa o para la misma fecha de atención.

h) No se aceptará la bilateralidad o aplicación simultánea de la misma prestación, excepto para casos justificados mediante la indicación médica escrita fundamentada en el diagnóstico.

i) Para el cobro de las prestaciones del grupo 06, los profesionales deberán disponer de los registros que avalen la ejecución de las prestaciones otorgadas, ya que en su defecto el Fondo presumirá que éstas no han sido efectuadas. Para ello se tendrá presente lo que sigue:

Registros en atención ambulatoria

- Disponer de ficha general que como mínimo consigne nombre del enfermo, diagnóstico, nombre del médico que derivó e indicó el tratamiento, fecha inicio y término tratamiento, evaluación general y terapias a realizar.
- Asimismo, para respaldo del cobro de sesiones y terapias, incluidas en los Programas de Atención, el Fondo aceptará como válidas las fechas consignadas en los registros calendarizados de asistencia, además de las siglas de terapia realizada.

Registros en atención en domicilio

- Sin perjuicio de que el grupo 06 de prestaciones no diferencie en general las atenciones efectuadas en domicilio, el profesional que realiza este tipo de atención, debe al menos disponer de un registro que individualice al paciente atendido, las fechas y lugar de la atención.

Registros en atención hospitalizada

- Tratándose de atenciones otorgadas en forma hospitalizada, los registros se efectuarán por el kinesiólogo en la ficha general del paciente, o en el sistema de registros que el centro asistencial disponga para estos efectos.

### 12.2 Atención Ambulatoria.

a) En los pacientes ambulatorios el programa podrá contemplar hasta un máximo de 10 sesiones, permitiéndose una diaria, con un máximo de 3 prestaciones por sesión. Además, podrán incluir hasta 2 evaluaciones por tratamiento, sin requerir la indicación médica expresa, aún cuando esta atención deberá constar en los registros correspondientes. Los Programas de atención complementaria, no podrán incluir nuevas evaluaciones.

b) Se establece un límite máximo de hasta 4 Programas de Atención de Salud anuales, por paciente ambulatorio con límite máximo de 90 prestaciones anuales.

### 12.3 Atención Hospitalizada.

a) En los pacientes hospitalizados las prestaciones deberán incluirse en el Programa de Atención de Salud correspondiente al cobro de días camas, permitiéndose una sesión diaria, con un máximo de 3 prestaciones por sesión. Además se podrán incluir hasta 2 evaluaciones por tratamiento.

b) Sólo en caso de Kinesiterapia respiratoria, indicada expresamente por médico, se autorizarán dos sesiones diarias y por un máximo de 30 días. A continuación, el máximo de sesiones será de 3 semanales. En pacientes hospitalizados en Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I.), Unidad de Paciente Crítico (U.P.C.) por patología respiratoria se autorizará un máximo de 3 sesiones diarias.

c) En los pacientes hospitalizados en Clínicas de Recuperación, las prestaciones también deberán incluirse en el Programa de Atención de Salud correspondiente al



cobro de los días camas. Los límites máximos serán de 2 prestaciones por sesión con un máximo de una sesión semanal.

d) En pacientes hospitalizados, la constancia indicada en la letra i) del punto 12.1, se registrará en la ficha clínica, sin perjuicio del registro personal que pueda llevar el profesional.

#### 12.4 Atenciones Integrales.

##### a) Atención Kinesiológica Integral (Cód. 06-01-029)

Es un conjunto de prestaciones que incluye todos los procedimientos de kinesiterapia que deba realizar el profesional a un paciente en una sesión, con excepción de las evaluaciones.

A este mecanismo de pago, pueden optar el profesional Kinesiólogo que disponga de equipamiento y capacidad técnica, para otorgar las atenciones kinesiológicas elementales arancelarias.

El programa correspondiente, podrá contemplar una sesión diaria con un máximo de diez sesiones integrales por paciente. Además se podrá incluir hasta dos evaluaciones por tratamiento sin requerir de indicación médica expresa. Los programas complementarios no podrán incluir nuevas evaluaciones.

Se establece un límite de tres programas anuales por beneficiario.

Además, una vez inscrita la Atención Kinesiológica Integral, los prestadores no podrán cobrar las prestaciones elementales del Grupo 06, las que se procederá a eliminar del listado de prestaciones autorizadas, con excepción de los códigos 06-01-001 y 06-01-003, según corresponda.

##### b) Atención Kinesiológica Integral al Enfermo Hospitalizado en UTI o UCI (Cód. 06-01-031)

Es aquella atención integral que realiza exclusivamente el kinesiólogo y que incluye todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requiera el paciente hospitalizado en estas Unidades (evaluaciones, fisioterapia, kinesiterapia).

Esta prestación debe cobrarse en los PAS, conjuntamente con los días cama, y sólo se pagará una prestación por día, independientemente del número de sesiones efectuadas al paciente.

c) Las prestaciones de atención kinesiológica integrales (06-01-029 y 06-01-031), pueden ser inscritas por prestadores profesionales o entidades, siempre que se cumplan las exigencias establecidas para efectos de estos convenios, por parte del Fondo.

#### 12.5 Presentación a cobro.

a) Aquellos Programas de Atención de Salud confeccionados en forma separada por atenciones otorgadas a un mismo paciente, en la misma fecha, a causa de diferente patología, deberán ser presentados a cobro en forma conjunta.

#### 13. MEDICINA TRANSFUSIONAL (GRUPO 07).

Entendiendo que los avances de la medicina transfusional, dejaron atrás el uso de la administración de sangre completa, reemplazándola por el uso de hemocomponentes, se consideró imprescindible efectuar la reestructuración del grupo arancelario 07, generándose un amplio estudio sobre la materia, a través de la conformación de una comisión que acogió favorablemente los avances tecnológicos, los estudios de costo pertinentes y la forma de operación actual, de los bancos de sangre y servicios de transfusión.

De esa forma, los cambios de la presente normativa, dan consistencia a las modificaciones arancelarias incorporadas.

a) "Banco de Sangre": Es la Unidad de un Hospital o Clínica, a cargo de un médico especializado, que tiene



como función la selección y entrevista de dadores, extracción, preparación (estudio, conservación, fraccionamiento), distribución y administración de la sangre humana, con el objeto de efectuar terapia transfusional durante las 24 horas.

b) "Servicio de Transfusión": Es la Unidad de un Hospital o Clínica a cargo de un médico o de un tecnólogo médico especializado en Banco de Sangre, que tiene como función la conservación, distribución y administración de la sangre, debiendo estar relacionado con un Banco de Sangre.

c) Procederá el pago de Órdenes de Atención de este Grupo, para atenciones efectuadas a enfermos ambulatorios u hospitalizados, sólo si la transfusión es controlada durante todo el proceso por médico o tecnólogo médico con mención en banco de sangre.

d) Se deberá dejar constancia, en la ficha clínica, al margen de otras anotaciones, de la hora de comienzo y término de la prestación, el tipo de hemocomponente transfundido, la cantidad y el profesional que otorgó la prestación.

e) Procederá el pago del valor asignado en el código 07-02-008, cuando la prestación se realice en el pabellón quirúrgico y sólo con la presencia y actuación personal del médico transfusor o tecnólogo médico con mención en banco de sangre, durante todo el proceso.

f) Preparación de Hemocomponentes:

La prestación 07-02-001, ha sido incorporada, para transparentar los costos asociados a esta actividad, la que además de la entrevista y selección del donante, incluye la extracción, fraccionamiento y preparación del hemocomponente. Corresponde el cobro de un código 07-02-001 por cada hemocomponente transfundido.

g) Estudios previos a Transfusión:

La prestación 07-02-003 Set de exámenes por unidad de glóbulos rojos transfundido y el código 07-02-004 Set de exámenes por unidad transfundida de plasma o plaquetas, reemplazan al anterior 03-01-073, siéndoles aplicables la normativa siguiente:

- El código 07-02-003 incluye en su valor: clasificación ABO y Rho del donante, VDRL, anticuerpos anti VIH, antígeno de superficie hepatitis B, anticuerpos anti virus hepatitis C, anticuerpos anti HTLV - I y II, anticuerpos anti trepanozoma cruzi (Chagas), prueba de compatibilidad eritrocitaria.
- El código 07-02-004 incluye en su valor: clasificación ABO y Rho, VDRL, anticuerpos anti VIH, antígeno de superficie hepatitis B, anticuerpos anti virus hepatitis C, anticuerpos anti HTLV - I y II, anticuerpos anti trepanozoma cruzi (Chagas).
- Para el cobro de las prestaciones 07-02-003 y 07-02-004, y dado que en su valor se ha incorporado índice nacional de fraccionamiento, se aplicará regla de un código por cada unidad transfundida, diferenciándose la codificación según el tipo de hemocomponente del que se trate.

h) Pago de Procedimientos Transfusionales:

Corresponderá el pago de un procedimiento transfusional, por "Acto Transfusional", en la forma siguiente:

- Corresponde el pago de un procedimiento 07-02-006, 07-02-007 ó 07-02-008, por cada



- 4 unidades (o su fracción) de glóbulos rojos o plasma transfundido.
- Corresponde el pago de un procedimiento 07-02-006, 07-02-007 ó 07-02-008, por cada 6 unidades (o su fracción) de crioprecipitados o plaquetas transfundidas.

i) Las prestaciones de este Grupo, no tendrán recargo horario y no estarán afectas al nivel de inscripción del prestador que las otorgue.

#### 14. PSIQUIATRÍA (GRUPO 09 SUBGR. 01).

a) Las atenciones psiquiátricas serán otorgadas por un profesional médico que haya inscrito prestaciones de la especialidad de acuerdo a lo señalado en el 2.3 de estas Normas, y deben ser cobradas a través de los códigos identificados en el Grupo 09 que requieren la confección del Programa de Atención de Salud respectivo, punto 3.3 letra a.1) de esta Normas.

No obstante lo anterior, el Director del Fondo podrá autorizar excepciones para los profesionales médicos que lo soliciten y ameriten situaciones especiales.

El Fondo, pagará la primera consulta psiquiátrica, con una Orden de Atención código 01-01-001 sumada a una Orden de Atención código 09-01-009, ambas valorizadas según el grupo de inscripción del profesional, las que deberán ser presentadas a cobro en forma conjunta.

Exceptúa la exigencia de confección de Programa de Atención de Salud, la prestación código 09-01-009 (Evaluación psiquiátrica previa a terapia) para el pago de la primera atención profesional de consulta psiquiátrica. El código 09-01-009, se emitirá en un máximo de 2 prestaciones por año, por beneficiario.

En cada Programa de Atención de Salud sólo se podrá incluir hasta un máximo de dos tipos de prestaciones diferentes y la suma total de estas no deberá ser superior al número de días de tratamiento.

b) En la eventualidad de requerirse un mayor número de atenciones, éstas deberán ser presentadas y fundamentadas en un Programa Complementario, de acuerdo a lo establecido en el punto 3.3 letra d) de estas normas, adjuntando los antecedentes clínicos pertinentes. El Fondo autorizará o denegará el pago de estas prestaciones.

c) Atención ambulatoria:

- En pacientes agudos ambulatorios, el límite máximo de prestaciones 09-01-005 será de 2 por semana, hasta por 3 meses.
- El tratamiento ambulatorio de pacientes agudos estabilizados, tendrá un límite máximo de 1 prestación 09-01-005 por semana.

d) Atención hospitalizada:

- En pacientes agudos hospitalizados, el límite máximo de prestaciones 09-01-005 será de 3 por semana, hasta por 2 meses.
- El tratamiento de pacientes agudos estabilizados que permanecen hospitalizados, tendrá un límite máximo de 4 prestaciones 09-01-005 al mes.

e) En pacientes crónicos, el cobro se efectuará a través del código 09-01-001, con máximo de 2 prestaciones por mes.

f) Cuando se trate de pacientes hospitalizados, por causa médica no psiquiátrica y se requiera una interconsulta de este especialista, el médico psiquiatra podrá cobrar esta atención a través del código 01-01-009 "Visita por médico interconsultor (o en junta médica c/u) a enfermo hospitalizado". En estos casos, el límite máximo es de 1 prestación por día.

g) Prueba Aversiva (código 09-01-004):

Sólo se admitirá una prueba aversiva por paciente, al año.

h) Terapia Aversiva (código 09-01-006):



Sólo podrá efectuarse como tratamiento de adicciones y con un máximo de 15 sesiones. No podrá repetirse antes de un año de finalizada la anterior.

i) Tratándose de desintoxicaciones o deshabituciones (código 09-01-002), se aplicará lo establecido en la letra h) precedente.

j) Electroshock (código 09-01-003):

Esta prestación tendrá un límite máximo de 6 sesiones. Se entenderá que sólo puede efectuarse en atención cerrada Día Cama de Hospitalización Psiquiátrica (cód. 02-02-006) y Día Cama Psiquiátrica Diurna (código 02-02-007). No podrá repetirse antes de 6 meses.

k) Podrán inscribir y acceder al cobro de las prestaciones contenidas en este punto, los médicos que cumplan las condiciones y requisitos que considera el numeral 2.3 de esta normativa.

## 15. PSICOLOGÍA CLÍNICA (GRUPO 09 SUB-GRUPO 02).

### 15.1 Generalidades.

a) Los profesionales acreditados como psicólogos clínicos, a través de certificación de la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos, o de post grados de universidades reconocidas por el Estado, y que deseen otorgar estas prestaciones en la Modalidad de Libre Elección, deberán inscribirse en el Rol de dicha modalidad, presentando la documentación que corresponda según lo dispuesto por el Fondo.

b) Las prestaciones del Grupo 09 Sub-Grupo 02, sólo se otorgarán en consultas y no tendrán recargo horario.

c) Cuando los psicólogos presten sus servicios a personas que estén mentalmente enfermas, deberán poner de inmediato este hecho en conocimiento de un médico especialista y podrán colaborar con éste en la atención del enfermo.

### 15.2 Definiciones.

a) "Consulta psicólogo clínico" (código 09-02-001):

Es la atención profesional, otorgada a un paciente por psicólogo, en consulta. Incluye las indicaciones o derivaciones que correspondan. La duración mínima será de cuarenta y cinco minutos. Las atenciones deberán registrarse siempre en una Ficha Clínica. En caso de no cumplirse este requisito, el Fondo presumirá que la prestación no ha sido efectuada.

b) "Psicoterapia individual y de pareja" (códigos 09-02-002 y 003):

Es la atención profesional, otorgada a un paciente por psicólogo, en consulta, a una persona o pareja, por profesionales que cuenten con certificación emitida por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos, Títulos de Postgrado de Universidades reconocidas por el Estado. En determinadas situaciones que calificará el Fondo, y sólo para efectos de inscripción en la Modalidad de libre elección, se podrán acreditar como especialistas, con certificados emitidos por otras autoridades de las ya mencionadas.

Incluye las indicaciones o derivaciones que correspondan. La duración mínima será de cuarenta y cinco minutos. Las atenciones deberán registrarse siempre en una Ficha Clínica. En caso de no cumplirse este requisito, el Fondo presumirá que la prestación no ha sido efectuada.

c) "Evaluaciones por Psicólogo"

Corresponde el cobro de estas prestaciones, cuando sean efectuadas por profesional psicólogo, que dispone de elementos técnicos para su realización (cartillas, pautas, instrumentos). Los resultados de las evaluaciones realizadas deben entregarse al beneficiario, quedando registros de respaldo de cobros en el lugar de atención del profesional. Las evaluaciones se estructuran en los 3 tipos siguientes:

Subgrupo Códigos

Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD  
N° 8  
D.O. 15.03.2014

Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 7)  
D.O. 31.01.2012



"Evaluación de personalidad"      cód. 09-02-010 al 09-02-014  
"Evaluación de nivel intelectual,  
desarrollo y funciones"      cód. 09-02-015 al 09-02-016  
"Evaluación de funciones  
gnosopráctica"      cód. 09-02-017 al 09-02-020

#### 15.3 Emisión de Órdenes de Atención.

a) La emisión de las Órdenes de Atención, por las prestaciones códigos 09-02-002 y 09-02-003, requieren de un Programa de Atención de Salud firmado por el profesional tratante, quien debe completar todos los datos incluyendo las fechas de inicio y término de la terapia.

Se exceptúa de este requisito, la prestación Consulta psicólogo clínico código 09-02-001.

b) La emisión de Órdenes de Atención por los códigos 09-02-010 al 09-02-020, no requieren la prescripción previa del médico tratante.

c) El Fondo no pagará las órdenes de atención de las prestaciones del Grupo 09 sub grupo 02, cuya emisión corresponda a evaluaciones exigidas para fines laborales, deportivos, educacionales u otros similares.

#### 15.4 Límites Financieros.

Las prestaciones de este Subgrupo, tendrán los siguientes máximos financieros:

. La prestación consulta psicólogo código 09-02-001, tendrá un límite de dos al año por beneficiario.

. Las prestaciones de psicoterapia códigos 09-02-002 y 09-02-003, tendrán un máximo de veinticuatro al año por beneficiario.

. Los programas médicos que se confeccionen para las prestaciones 09-02-010 al 09-02-020, incluirán un máximo de 3 prestaciones por programa, y un máximo de 2 programas por año, por beneficiario.

### 16. FONOAUDIOLOGÍA (GRUPO 13 SUB-GRUPO 03).

#### 16.1 Generalidades.

a) Los profesionales que deseen otorgar prestaciones por la Modalidad de libre elección, deberán inscribirse en el Rol de la Modalidad, ajustándose a los procedimientos establecidos a los cuales se entienden incorporados.

Para inscribirse, se requerirá la presentación de un título universitario de cuatro años de formación o su equivalente. Además, los profesionales deberán ser hablantes nativos de español.

b) Las prestaciones de fonoaudiología del grupo 13 subgrupo 03 se otorgarán sólo en consultas, y no tendrán recargo horario.

c) Deberá llevarse un registro clínico por cada paciente, en el que constarán las prestaciones efectuadas y las fechas en que se otorgaron, así como el diagnóstico y la individualización del médico que indicó el tratamiento.

d) Asimismo podrán inscribirse para efectuar y cobrar exámenes diagnósticos del grupo 13 subgrupo 01 procedimientos de otorrinolaringología códigos 13-01-008, 13-01-009, 13-01-010, 13-01-011, 13-01-012, 13-01-015, 13-01-016, 13-01-017, 13-01-019, 13-01-020, 13-01-021, siempre que dispongan del equipamiento requerido para efectuar las prestaciones.

#### 16.2 Emisión de Órdenes de Atención.

a) Para la emisión de los BAS del Grupo 13 SubGrupo 03, se requerirá la confección previa de un Programa de Atención de Salud, extendido por el médico tratante o por el Fonoaudiólogo, en cuyo caso se deberá atener estrictamente a la respectiva prescripción médica.

Dicha prescripción deberá establecer en forma explícita el diagnóstico, el tipo de prestaciones indicadas y el número de sesiones a otorgar. Se exceptúan las prestaciones códigos 13-03-001 y 13-03-002.



Deberá el prestador mantener la orden de prescripción médica por un plazo mínimo de 180 días desde la fecha de cobro de la prestación.

b) Las prestaciones denominadas como Evaluación de la Voz (cód. 13-03-001), Evaluación del Habla (cód. 13-03-002) y Evaluación del Lenguaje (cód. 13-03-003), deberán incluir un informe escrito del profesional y el detalle de las funciones examinadas.

c) Las prestaciones de Fonoaudiología, tendrán los máximos por beneficiario que a continuación se indican:

- . Evaluación de la Voz (cód. 13-03-001), máximo 1 sesión anual y un mínimo de 30 minutos de duración.
- . Evaluación del Habla (cód. 13-03-002), máximo 2 sesiones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración.
- . Evaluación del Lenguaje (cód. 13-03-003), máximo 3 sesiones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración.
- . Rehabilitación de la Voz (cód. 13-03-004), máximo 15 sesiones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración.
- . Rehabilitación del Habla y/o del Lenguaje (cód. 13-03-005), máximo 30 sesiones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración.

d) Las prestaciones de evaluación y rehabilitación de la voz, habla y lenguaje, códigos 13-03-001, 13-03-002 y 13-03-004, sólo se aplica, para población beneficiaria, con edad superior a los 2 años.

e) Las prestaciones de evaluación y rehabilitación habla y lenguaje, códigos 13-03-003 y 13-03-005 sólo se aplican, para población beneficiaria, con edad superior a los 6 meses.

## 17. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICOS

### 17.1 Procedimiento Autónomo

a) Es aquella prestación (intervención, procedimiento, examen, etc.) que habitualmente forma parte o es etapa de una más compleja y que puede ser ejecutada en forma independiente. Para facilitar su identificación, ha sido señalada generalmente, como (proc. aut.) en el Arancel.

No procede el cobro de un procedimiento u otra prestación, cuando esté incluida en otra de mayor complejidad.

Ejemplo:

Prestación requerida: 03-09-022 Orina Completa.

En este caso no podrá cobrarse para el mismo paciente en un mismo examen, la prestación requerida y el código 03-09-024 Orina, Sedimento (proc. aut.), ya que está incluida en la orina completa.

Ejemplo:

Prestación requerida: 18-02-028 Colectomía.....

En este caso sólo podrá cobrarse el código 18-02-028, sin que se pueda adicionar el cobro de prestaciones tales como la 18-02-004 (Laparotomía Exploradora.....), ya que esta última está incluida en la prestación cuyo código es 18-02-028.

b) Corresponde el cobro de una prestación autónoma cuando se efectúe:

- Como prestación única.

Ejemplo:

Prestación requerida: 18-02-012

Gastroenteroanastomosis (proc. aut.)

- Asociada a otra prestación de la que no forma parte.

Ejemplo:

Prestación requerida: 18-02-031



Colecistostomía (proc.aut.)  
18-02-012  
Gastroenteroanastomosis (proc. aut.)

### 17.2 Procedimiento Diagnóstico Terapéuticos

a) En caso de efectuarse en un solo acto un procedimiento diagnóstico o terapéutico asociado a una intervención quirúrgica, o dos procedimientos diferentes, corresponderá valorizar en un 100% la prestación de mayor valor y en un 50% la prestación de menor valor, tanto para los honorarios profesionales como para el Derecho de Pabellón.

b) En los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que no tengan contemplado los honorarios de anestesia y en los cuales se requiera anestesia general o regional, el uso de ésta deberá ser fundamentado por el médico tratante en el Programa respectivo, de acuerdo a lo señalado en la letra a) del punto 20 y en letra a.1) del punto 3.3.

c) El médico tratante deberá llevar registros, ya sea en una ficha clínica y/o en un protocolo operatorio de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que realice.

### 17.3 Hemodiálisis y Peritoneodiálisis.

a) De acuerdo a lo establecido en la letra b) del punto 3.3, deberán cobrarse a través de Programa de Atención de Salud, los siguientes códigos:

. Hemodiálisis con insumos incluidos	19-01-023
. Hemodiálisis sin insumos	19-01-024
. Peritoneodiálisis (incluye insumos)	19-01-025
. Peritoneodiálisis continua en paciente crónico	19-01-026
. Hemodiálisis con Bicarbonato con insumos (por sesión)	19-01-028
. Hemodiálisis con Bicarbonato con insumos (tratam. mensual)	19-01-029

Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 8)  
D.O. 31.01.2012

Como todo Programa de Atención de Salud, sólo podrá ser presentado a cobro una vez efectuadas todas las prestaciones programadas. En caso de no completarse el número de diálisis programadas, el Programa deberá ser revalorizado, antes de su presentación a cobro.

Tal como lo expresan los artículos 7° y 10° del Arancel, estos códigos no tendrán derecho a recargo horario y no serán afectados por el grupo de inscripción del profesional o entidad que otorga la prestación.

Para aquellos pacientes que se requiera efectuar accesos vasculares simples o complejos (códigos 25-01-031 ó 25-01-032), deberá ajustarse a lo establecido en el punto 27 referido a normativa general del grupo 25 Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) y en lo específico, a lo señalado en el punto 27.6 letra f).

b) Exámenes en tratamientos mensuales:

El código 19-01-029 "Hemodiálisis con Bicarbonato, con insumos tratamiento mensual", está destinado exclusivamente al cobro del tratamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica y sus valores incluyen todos los insumos necesarios y exámenes de laboratorio que se detallan:

#### Exámenes Mensuales

- Nitrógeno ureico	03-02-057
- Creatinina en plasma	03-02-023
- Potasemia	03-02-032
- Calcemia	03-02-015



- Fosfemia 03-02-042
- Hematocrito 03-01-036
- Transaminasas (GOT, GPT) 03-02-063 x 2
- Anticuerpo anti HIV 03-06-169 (sólo en pacientes de alto riesgo).

\*Nitrógeno ureico 03-02-057 X 2 para realizar cociente de nitrógeno (indicador de la calidad del proceso).

Respecto a la determinación mensual del anticuerpo HIV, se consideran pacientes de alto riesgo los politransfundidos, drogadictos, homosexuales y bisexuales.

#### Exámenes Trimestrales

- Albuminemia 03-02-060
- Fosfatasas alcalinas 03-02-040
- N. Ureico ( post) 03-02-057 x 2

#### Exámenes Semestrales

- Bicarbonato 03-02-011
- Parathormona 03-03-018
- Anticuerpo anti HIV 03-06-169 (para todos los pacientes)
- Antígeno hepatitis B 03-06-077
- Anticuerpos anti hepatitis C 03-06-081
- Ferritina 03-01-026

Respecto a marcadores para hepatitis B y C, deben controlarse además frente a cualquier elevación de Transaminasas. Respecto a la ferritina, debe controlarse trimestralmente para pacientes con indicación de hierro endovenoso.

#### Exámenes Anuales

- Aluminio en líquido de diálisis (en la medida que la tecnología de cuantificación sea accesible).03-02-035
- La determinación de sustancias químicas en el agua tratada para hemodiálisis tendrá que cumplir la reglamentación vigente.

#### Marcadores de Infección Viral

- Antígeno hepatitis B: código 03-06-077
- Anticuerpo antihepatitis C: código 03-06-081
- Anticuerpo anti HIV: código 03-06-169

Los marcadores virales (cód. 03-06-169, 03-06-079 y 03-06-081) deben determinarse en todos los pacientes al ingreso al programa, en cuanto a su determinación posterior es variable, según cada paciente.

Otros exámenes requeridos por el paciente para el control o derivados del estudio de otras patologías, no deben entenderse incorporados en el valor de la prestación y pueden ser solicitados por el médico tratante de dichas patologías, en forma independiente.

c) El 19-01-029 "Hemodiálisis con Bicarbonato con insumos, tratamiento mensual", incluyen todas las hemodiálisis y todas sus variedades, como ultrafiltraciones, insumos y exámenes, que el paciente requiera en el mes. Deberán anotarse en el Formulario de Confección del Programa de Atención de Salud las fechas de las diálisis realizadas.

Cuando por diversas circunstancias se realicen menos de trece hemodiálisis o ultrafiltraciones, deberá confeccionarse (o rehacerse) el programa de atención de salud con el número exacto de ellas con un máximo de 12 en un mes, usando el cód. 19-01-023, o el cód. 19-01-028.

Excepcionalmente y sólo en casos de tratamientos



trisemanales completos, en los cuales resulten 12 hemodiálisis mensuales por el número de días del mes, corresponderá el cobro del cód. 19-01-027, o el cód. 19-01-029.

Los valores del cód. 19-01-027 y cód. 19-01-029, han sido calculados con 13,5 hemodiálisis a fin de cubrir los meses de 14 hemodiálisis y aquellas extras que deban efectuarse.

d) Los Centros de Diálisis con autorización de instalación y funcionamiento otorgada por la autoridad sanitaria respectiva, cumplirán las disposiciones normativas fijadas en el Decreto Supremo N° 2.357/de 1994 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, que aprobó el Reglamento sobre Centros de Diálisis. Asimismo, los Centros acreditados y que opten por inscripción en el Fondo, se regirán, para efectos de convenios y cobranzas de prestaciones de Diálisis, por las normas e instrucciones emitidas por el Fondo.

e) La peritoneodiálisis continua en paciente crónico (cód. 19-01-026) sólo puede ser otorgada y cobrada por prestadores que cuenten con acreditación y aprobación ante el Fondo Nacional de Salud. Deberán acompañar antecedentes de Programas de entrenamiento y seguimiento de pacientes, así como de los exámenes periódicos que se realizarán de acuerdo al siguiente detalle:

Exámenes mensuales

-Hematocrito	03-01-036
-Glicemia	03-02-047
-Potasio	03-02-032
-Fosfatasa alcalinas	03-02-040
-Calcemia	03-02-015
-Fosfemia	03-02-042
-Transaminasas (GOT, GPT)	03-02-063 x 2

Exámenes trimestrales

-Albúmina	03-02-060
-Creatinina	03-02-023
-Nitrógeno ureico	03-02-057

Exámenes semestrales

-Colesterol	03-02-067
-Triglicéridos	03-02-064
-Bicarbonato	03-02-011
-Ferritina	03-01-026
-% Saturación de transferrina	03-01-082

Exámenes anuales

-Anticuerpos anti HIV	03-06-169
-Parathormonas	03-03-018
-Hepatitis B	03-06-077
-Hepatitis C	03-06-081

Los niveles de ferritina, deberán controlarse trimestralmente para pacientes con indicación de fierro endovenoso.

Todos los exámenes deberán realizarse además, al ingreso de cada paciente al programa.

Los pacientes adultos podrán acceder al uso de esta técnica, sólo si cuentan con la indicación médica y cuando no puedan efectuarse el tratamiento por medio de la hemodiálisis.

Dicho código incluye la totalidad de las prestaciones profesionales, equipos, instrumentos, insumos y exámenes que se requieran durante el mes del tratamiento.

En el caso de la peritoneodiálisis intermitente el Fondo establecerá en forma proporcional los valores que correspondan.



#### 17.4 Otros procedimientos.

a) Las sesiones de inmunoterapia se pagarán con el código 17-07-036, atención que incluye el valor de la vacuna, su colocación y el tratamiento de las reacciones adversas. Aquellos profesionales o centros que dispongan de instalación para preparar vacunas para tratamientos de inmunoterapia, deberán disponer de la correspondiente autorización sanitaria.

b) Para la aplicación del código 19-01-019, se aceptará un máximo de 10 instilaciones vesicales por Programa. Este código incluye la colocación de la sonda vesical más el procedimiento de instilación.

c) Las prestaciones "Monitoreo Basal" (código 20-01-009) y "Monitoreo fetal estresante, con control permanente del especialista y tratamiento de las posibles complicaciones" (código 20-01-010), no podrán ser cobrados una vez iniciado el trabajo de parto.

d) En infiltraciones de nervios y/o raíces nerviosas se pagará el valor unitario por sesión, sin considerar el número de infiltraciones.

e) La Polisomnografía (cód. 11-01-045) comprende a lo menos los siguientes exámenes: electroencefalograma, electrocardiograma, electronistagmografía y monitoreo de apnea.

f) Las prestaciones del Grupo 05 Medicina Nuclear y Radioterapia, no estarán afectas a recargo horario. De acuerdo a lo señalado en el punto 3 letra a.1), para la emisión de las respectivas órdenes, se requiere la confección de un Programa de Atención de Salud, con excepción del Subgrupo 01.

g) En aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que de acuerdo a criterios técnicos requieran sedación y ésta sea efectuada por el mismo médico, corresponderá la valorización del 10% de los honorarios del primer cirujano. Este valor incluye la administración, el control posterior al procedimiento y el tratamiento de las eventuales reacciones adversas.

h) La prestación 11-01-140 Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente, tratamiento médico-farmacológico- anual (incluye inmunomoduladores), podrá ser inscrita por prestadores jurídicos, que suscriban un convenio en el rol MLE para la atención de pacientes con E.M. en el estadio que se indica.

La incorporación de beneficiarios FONASA al tratamiento y prestación indicada, se hará bajo cumplimiento administrativo técnico siguiente:

- . Indicación de terapia debe efectuarla el médico tratante de especialidad.
- . La emisión de la orden de atención se hará a partir del formulario de confección de programa médico que adjuntará la prescripción del médico tratante.
- . El código 11-01-140, no tiene recargos, por nivel del prestador ni horario de atención.
- . El máximo de prestaciones 11-01-140, será una por año, por beneficiario.
- . El valor de la prestación incluye: evaluaciones y controles médicos, entrega y otorgamiento de inmunomoduladores, resonancia nuclear magnética cuando corresponda.

Las prestaciones 11-01-141 y 11-01-142, tendrán los mismos conceptos y fundamentos precedentes, excepto la restricción de frecuencias máximas.

i) La emisión y cobro de prestaciones de Dermatología y Tegumentos (Grupo 16), se efectuará en cumplimiento de la normativa general establecida para procedimientos y cirugías, además de las normas específicas siguientes:

- . Previo a la emisión de órdenes de atención por

Resolución 40  
EXENTA,



prestaciones de Fototerapia, códigos 16-01-112 y 16-01-113, se completará un formulario de confección de programa de atención de salud, de acuerdo a las condiciones establecidas en el artículo 3.3 de esta normativa.

. Se aceptará un máximo de 30 sesiones, al año calendario, por beneficiario, para la prestación 16-01-112 "Fototerapia UVB, UVA localizada, por sesión", y un máximo de 30 sesiones, al año calendario, por beneficiario, para la prestación 16-01-113 "Fototerapia UVB, Banda Angosta y UVA, por sesión, en cabina".

. Para los códigos desde 16-01-110 y hasta el 16-01-126, que no cuenten con código de sala de procedimiento, y requieran intervenciones médicas terapéuticas, se entienden incluidos el uso del equipo médico involucrado, así como también ciertos materiales e insumos básicos, tales como, hojas de bisturí, guantes, gasa, algodón, apósitos, tela adhesiva y similares, agujas, jeringas desechables, antisépticos y desinfectantes.

. Cuando se requiera la combinación de distintos códigos del subgrupo 16-01, con un límite máximo de 3 prestaciones, se deberá confeccionar un programa de atención de salud.

- En los casos, en que por indicación médica deba retirarse un implante subcutáneo, el médico cirujano que efectúe el procedimiento, cobrará la prestación 16-01-115 valorizada en un 100%.

#### 18. OFTALMOLOGÍA (GRUPO 12)

a) El Fondo pagará la consulta oftalmológica con la prestación 01-01-204 Consulta Médica de Especialidad en Oftalmología, o, con una Orden de Atención código 01-01-001 sumada a una Orden de Atención código 12-01-019, ambas valorizadas según grupo de inscripción del profesional. La consulta oftalmológica incluye procedimientos habituales, tales como tonometría, refracción, gonioscopia, fondo de ojo, etc.

b) El consultorio del oftalmólogo, al momento de efectuar la prestación, deberá estar equipado con la implementación mínima que a continuación se indica:

- Microscopio corneal (lámpara de hendidura).
- Caja de lente con accesorios.
- Lensómetro.
- Oftalmoscopio.
- Proyector o tabla de optotipos.
- Tonómetro.

c) Procederá el cobro del código 12-01-019, Exploración Vítreoretinal, sólo si la prestación se realiza en consultas dotadas con el equipamiento detallado en la letra b) de este punto. En caso de que el médico tratante no disponga de todos los instrumentos mencionados, en pleno funcionamiento, la atención oftalmológica será cancelada solamente con el código 01-01-001.

d) Podrán inscribir prestaciones en una determinada especialidad los médicos cirujanos que cuenten con certificación de especialidad médica de oftalmología, otorgada en las condiciones y requisitos establecidos en el numeral 2.3 de esta Normativa.

e) Examen Optométrico con Prescripción de Lentes (cód. 12-01-027).

Es la atención oftalmológica otorgada por un profesional Tecnólogo Médico, con mención en Oftalmología, cuyo carácter de integralidad de atención, considera evaluar la existencia de vicios de refracción en un paciente; prescribir, controlar y adaptar lentes para la corrección de esa patología, además de administrar dentro del ámbito de su competencia, fármacos del área oftalmológica de aplicación tópica que sean precisos. Podrán, asimismo, detectar alteraciones del globo ocular y

SALUD  
I, N° 9)  
D.O. 31.01.2012

Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD  
N° 9  
D.O. 15.03.2014

Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD  
N° 10  
D.O. 15.03.2014

Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD  
N° 10  
D.O. 15.03.2014



disfunciones visuales, a fin de derivar los pacientes en forma oportuna, a la evaluación con médico cirujano especialista, que corresponda.

Para la inscripción y cobro de la prestación 12-01-027, se estará a lo siguiente:

e.1) Los Tecnólogos Médicos que deseen cobrar esta prestación, deben solicitarlo formalmente, a través del llenado de los formularios dispuestos para el efecto, incorporando la documentación que certifique estar en posesión de título profesional con mención en oftalmología.

e.2) Los profesionales que se inscriban, deberán efectuar estas prestaciones, en consultorio individual o en centros médicos, debiendo disponer de implementación mínima de equipos e instrumentos para realizar el examen optométrico, prescribir lentes y determinar presión ocular, detallados a continuación:

. Box de atención individual, con lavamanos y muebles.

- . Retinoscopio.
- . Autorefractómetro.
- . Caja de lente con accesorios.
- . Proyector de optotipo o tablero.
- . Lensómetro.

e.3) La prestación 12-01-027, tendrá valor único y no estará afecta a recargo horario, siendo independiente al nivel de inscripción del profesional o entidad que las otorgue, y considera un máximo anual de 2 prestaciones, por año calendario, por beneficiario.

e.4) Las entidades y profesionales que cobren la prestación 12-01-027, deberán disponer del registro de las atenciones otorgadas, para cuando les sea requerido por el Fondo. Para ese efecto, deberán mantener registros actualizados de los pacientes en control, con las actividades efectuadas y las fechas de atención respectivas.

## 19. CIRUGÍA (GRUPOS 11 AL 21)

### A) NORMAS GENERALES

#### a) "Acto Quirúrgico":

Es el conjunto de acciones efectuadas a un paciente por uno o más cirujanos, en el Pabellón o Quirófano, generalmente bajo anestesia y para un tratamiento determinado.

Representa de por sí un acto médico integral y además de las técnicas específicas incluye, en lo esencial, la diéresis y síntesis de tejidos, hemostasia y disecciones anatómicas comunes a diversas intervenciones.

b) El valor arancelario de la cirugía electiva o de urgencia, que se efectúe en horario hábil o inhábil, se regirá por lo señalado en el artículo 7° del Arancel.

c) La fecha y la hora de comienzo y término de las intervenciones que se hagan por Programa, deberá constar en los respectivos protocolos quirúrgicos y/o en las historias clínicas de los pacientes.

d) En las intervenciones quirúrgicas, la principal responsabilidad legal, ética y reglamentaria es del primer cirujano (cirujano tratante). En caso de incurrirse en alguna irregularidad administrativa de cobro, esta situación afecta a todo el equipo quirúrgico.

e) En intervenciones quirúrgicas, obstétricas y traumatológicas, el médico cirujano, deberá registrar en la ficha clínica y/o protocolo operatorio la atención otorgada, los profesionales que participaron en la intervención, como asimismo, a solicitud del paciente o familiar responsable, deberá entregar un informe escrito, claramente legible, del tratamiento realizado, agregando toda la información clínica útil sobre variantes o complicaciones de la intervención.

Resolución 38  
EXENTA,  
SALUD  
Art. I N° 4  
D.O. 26.01.2013



En él deberá consignar el nombre del enfermo, fecha e identificación del establecimiento donde se realizó; nombre completo, RUT, y dirección profesional del primer cirujano, lo que se deberá ratificar con su firma.

El honorario del primer cirujano incluye la intervención quirúrgica y la atención post operatoria directamente derivada de ella, hasta por 15 días.

La atención del post operatorio (15 días), es responsabilidad del cirujano tratante y será obligación de este profesional, velar porque ante su ausencia justificada, dicha atención sea efectuada por alguno de los integrantes del equipo quirúrgico o por otro profesional médico de su confianza. No corresponde ningún pago por este concepto.

Se considera incluidos en el honorario del primer cirujano, tanto la preparación previa, como aquellas maniobras efectuadas durante o inmediatamente después de la intervención quirúrgica o procedimiento, por lo que no corresponde su cobro separadamente.

f) Los valores que señala el Arancel para las intervenciones, cualquiera sea la técnica utilizada, salvo que el arancel señale expresamente otro valor, comprenden el honorario total y de cada uno de los miembros que componen el equipo médico (primer cirujano, médicos ayudantes y anestesiólogo), si la prestación lo requiere.

El Fondo pagará, a los integrantes del equipo médico establecido en el Arancel, exclusivamente los valores señalados en el mismo y sólo a los profesionales que efectivamente hayan actuado en la prestación.

g) Los Programas quirúrgicos, que no registren cobro de honorarios por equipo médico o lo contemplen en forma incompleta, deberán presentarse a cobro con la fundamentación correspondiente.

h) En aquellos casos en que el primer cirujano no esté inscrito en el Rol, podrá aplicarse el Arancel al resto del equipo médico, valorizándose en el nivel de cada profesional. En el Formulario para Confección de Programa de Atención de Salud, se deberán identificar los niveles de cada uno de los integrantes del equipo.

En el caso que el primer cirujano fundamente la decisión de no cobrar ningún honorario, el resto del equipo médico cobrará en el nivel correspondiente a cada profesional que haya participado en la intervención.

No obstante, todas las demás prestaciones que requiera el paciente podrán ser pagadas mediante Órdenes de Atención.

i) Cuando un mismo equipo y en un mismo acto quirúrgico practique dos o más intervenciones de distinto código, ya sea por la misma u otra incisión o por diferentes vías de acceso, deberán cobrar el 100% de aquella de mayor valor y el 50% de la de segundo mayor valor.

Para efecto del cálculo de la prestación de mayor valor, se considerará la suma del total de los honorarios del equipo quirúrgico (No incluye honorarios de anestesista, para cuyo cálculo debe aplicarse lo establecido en el punto 20 letra d) de estas Normas.

j) En los casos de cirugía bilateral de la misma prestación, por el mismo equipo, se pagará el 100% del valor arancelario de una intervención y el 50% de la otra, salvo que el Arancel expresamente especifique un procedimiento diferente.

k) Cuando a un mismo paciente se le practiquen en un mismo acto quirúrgico en forma simultánea o sucesiva, dos o más operaciones por distintos equipos de cirujanos, a través de la misma o diferentes incisiones, cada equipo cobrará sus honorarios en forma independiente. El Fondo pagará el 100% del valor de las respectivas prestaciones efectuadas.

Para acceder a lo anterior, la totalidad de los cirujanos y ayudantes que participen en cada una de las intervenciones quirúrgicas deberán ser personas diferentes, lo que deberá constar en los documentos clínicos y administrativos, así como en los respectivos



Programas de Atención de Salud.

De cumplirse con estos requisitos, se deberá confeccionar dos o más Programas separados, el de mayor valor con equipo quirúrgico y anestesista y los otros, sin anestesista para las intervenciones simultáneas y con anestesista para aquellas intervenciones que sean sucesivas.

En ambos Programas, se deberá consignar los nombres de los integrantes de cada equipo. Además, el segundo y demás Programas deberán indicar que se trata de un Programa complementario, que deberá extenderse según lo señalado en la letra d) del punto 3.3 de estas Normas. Todos los Programas de Atención de Salud, deberán ser presentados a valorización en forma simultánea.

l) En aquellos actos quirúrgicos, en que es necesario efectuar técnicas específicas correspondientes a varias intervenciones, se deberá cobrar sólo las dos principales, en consideración al carácter integral con que se ha definido el acto quirúrgico en la letra a) de este punto.

También se entiende incluido en dicho valor, la reparación de eventuales lesiones iatrogénicas.

m) El Fondo podría aceptar el cobro de prestaciones adicionales, para los casos especiales que se justifiquen técnicamente. Para este efecto, se confeccionará un Programa Complementario para la tercera o cuarta cirugía, de acuerdo a lo señalado en la letra d) del punto 3.3 de estas Normas, correspondiéndoles una valorización del 50% a cada una de ellas, en caso de ser aprobadas.

Para la aprobación o rechazo de cirugías adicionales, el Fondo podrá solicitar los antecedentes clínicos pertinentes, según se dispone en las normas referidas a Programas de Atención de Salud, punto 4 letra e) de esta normativa.

n) Cuando técnicamente sea necesario, efectuar una reintervención, por una causal médica diferente de una iatrogenia, el Fondo podrá aceptar dentro o fuera del plazo de 15 días a que se hace mención en la letra e) de este punto, la presentación de un Programa de Atención de Salud por la nueva cirugía.

Para este efecto, se confeccionará un Programa Complementario por la reintervención, de acuerdo a lo señalado en la letra d) del punto 3.3 de estas Normas. En caso de ser aprobada la cirugía, corresponderá valorizar en un 100% los honorarios del equipo quirúrgico y en un 100% el derecho de pabellón.

Para la aprobación o rechazo de la nueva cirugía, el Fondo podrá solicitar los antecedentes clínicos pertinentes, según se dispone en punto 4 letra e) de estas Normas.

ñ) Ninguna de las prestaciones de cirugía, dermatología u otras del arancel, podrán ser utilizadas con fines cosméticos o estéticos.

## B) NORMAS ESPECÍFICAS

### a) TRASPLANTE RENAL

En la cirugía urológica para los trasplantes renales se procederá de la siguiente manera:

- . Se confeccionará un Programa de Atención de Salud para el receptor, incluyendo el código 19-02-003 y los exámenes correspondientes.
- . Se extenderá otro Programa a nombre del donante, en que se codificará la ectomía renal por la prestación correspondiente al código 19-02-011 y los exámenes necesarios para determinar la compatibilidad. A este Programa, en el espacio destinado a fundamentación médica se anotará la frase "Programa Complementario al del Receptor...".
- . Ambos Programas serán presentados en conjunto para su valorización y serán de cargo del receptor debiendo éste ser beneficiario de la

Resolución 671  
EXENTA,  
SALUD  
N° I, 9  
D.O. 27.08.2011



Modalidad de libre elección.

Los estudios de histocompatibilidad necesarios para efectuar el trasplante, deberán solicitarse mediante un Programa de Atención de Salud y se aceptarán por cada posible donante exámenes indispensables tales como:

- Anticuerpos linfocitotóxicos (PRA) por microlinfocitotoxicidad. (0305052)
- Alocrossmatch con linfocitos totales.(0305056)
- Alocrossmatch con linfocitos T y B. (0305057)
- Tipificación HLA - A, B serológica (0305063)
- Cultivo mixto de Linfocitos. (0305058)
- Grupo sanguíneo ABO y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos).

b) TRASPLANTE HEPÁTICO.

Cuando se trate de una intervención quirúrgica por Trasplante Hepático, para efecto de la confección de los Programas de Atención de Salud, tanto del donante como del receptor y los exámenes de histocompatibilidad que se efectúen, se aplicarán similares procedimientos administrativos a los detallados en la letra a) de este punto.

En cuanto a la codificación de esta cirugía, se aplicará el código 18-02-100 para el receptor y el código 18-02-041 para el donante.

c) PARTO

Cuando en un parto sea necesario realizar además una intervención quirúrgica, se confeccionarán Programas separados; la intervención se debe presentar en un Programa Complementario confeccionado de acuerdo a lo establecido en la letra d) del punto 3.3 este deberá llevar la nominación "Programa Complementario al de Parto N°. ....".

Para efecto de determinar el derecho a recargo en la atención del parto normal, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° del Arancel, se tomará como referencia la hora del nacimiento.

La prestación operación cesárea de urgencia (cód. 20-04-006) tendrá derecho a recargo horario a partir de las 22 horas.

d) RETIRO ELEMENTOS DE ENDOPRÓTESIS Y OSTEOSÍNTESIS.

Cuando sea necesario retirar quirúrgicamente elementos de endoprótesis o de osteosíntesis interna en la especialidad de Traumatología (Grupo 21), se cobrará a través de las prestaciones 21-06-001, 21-06-002, 21-06-003.

En aquellos casos en que el retiro de elementos no dispone de un código específico para ese efecto y siempre que el arancel no establezca un procedimiento diferente, se cobrará el 75% del valor de la intervención de la colocación del respectivo elemento.

e) CIRUGÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA, ENDOSCÓPICA Y ENDOVASCULAR.

En los casos de uso de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas (o cerradas) como cirugía videolaparoscópica, endoscópica, endovascular y similares y de fijaciones externas para fracturas, si no se encuentran individualizadas como tales en el Arancel, se aplicarán los códigos y valores de las técnicas quirúrgicas convencionales abiertas.

Para el código adicional se aplicará en estos casos, el correspondiente a la prestación convencional aumentado en dos dígitos.

Si alguna de las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas se transforma en una intervención quirúrgica convencional, sólo procederá el cobro de la de mayor valor.

f) LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA



El Fondo, podrá autorizar retratamientos en Litotripsia Extracorpórea, cuando se trate de casos excepcionales, en los que dentro de los tres meses posteriores a la primera aplicación de ondas de choque, las características del cálculo o su ubicación, hagan necesaria la realización de un segundo o tercer procedimiento al paciente.

Para este efecto, se confeccionará un segundo y/o tercer Programa de Atención de Salud, Complementarios al programa inicial, en los que se debe indicar que corresponden a retratamientos. Se aplicará el código 19-02-090, el que será valorizado en un 50%, tanto para los honorarios profesionales como para el derecho de pabellón.

g) En todos aquellos casos de "Ampliación de Márgenes Quirúrgicos de Tumor Maligno Extirpado previamente", códigos 16-02-213 y 16-02-214, el PAS con los antecedentes clínicos correspondientes, será remitido a FONASA para su aprobación o rechazo según procedencia técnica".

h) El código 1703053 incluye la Implantación de cualquier tipo de Marcapaso.

Resolución 671  
EXENTA,  
SALUD  
N° I, 10  
D.O. 27.08.2011

## 20. PRESTACIONES DE ANESTESIA

a) En las prestaciones que no tengan contemplado valor de anestesia y en las cuales se requiera anestesia general o regional, el uso de ésta, se deberá fundamentar en el Programa respectivo.

En base a este Programa, se emitirá la Orden de Atención para el anestésista, correspondiendo en estos casos el valor establecido para la anestesia general o regional (código 22-01-001).

b) La anestesia general y regional código 22-01-001 (epidural o subaracnoidea), deberá ser efectuada por un médico diferente a los cirujanos, ya que implica necesariamente la asistencia permanente de un profesional durante el curso de la anestesia.

c) De no darse cumplimiento a lo indicado en el párrafo anterior, en el Programa de Atención de Salud deberá fundamentarse las razones que motivaron dicha situación, debiendo el profesional o la entidad que presenta el cobro, disponer de la documentación que lo acredite. En estos casos, si el cirujano u obstetra administrara y controlara la anestesia, se le pagará por este concepto el 10% del honorario del primer cirujano u obstetra.

d) Cuando un mismo equipo y en un mismo acto quirúrgico practique dos o más intervenciones de distinto código, el honorario del anestésista se calculará sumando el 100% del que le corresponda a la intervención de mayor valor más el 50% del honorario de la de segundo mayor valor.

Para efecto del cálculo de la prestación de mayor valor, se considerará la suma del total de los honorarios del equipo quirúrgico, excluyendo los honorarios de anestésista.

e) En los casos de cirugía bilateral de la misma prestación, el honorario del anestésista será el 100% del valor arancelario de una prestación más el 50% de la otra, excepto cuando el Arancel señale algo distinto.

f) Cuando se trate de operaciones sucesivas por distintos equipos, el anestésista figurará en los dos Programas, correspondiéndole el 100% de sus honorarios en cada uno de ellos.

g) En operaciones simultáneas realizadas por distintos equipos quirúrgicos, los honorarios del anestésista se valorizarán en un 100% sólo en el Programa de mayor valor.

h) La anestesia local tópica, se entiende como preparación a procedimientos e intervenciones menores, por lo que no corresponde su cobro separado de la prestación principal.

## 21. PRESTACIONES OTORGADAS POR CIRUJANOS DENTISTAS.

Resolución 427



EXENTA,  
SALUD  
N° I 1  
D.O. 26.07.2013

Los profesionales con título de cirujano dentista, que deseen otorgar prestaciones de salud en la Modalidad de Libre Elección, completarán los formularios administrativos y legales establecidos para la inscripción de profesionales, debiendo además cumplir con los requisitos técnico administrativos establecidos en esta normativa. De la misma forma, lo harán los centros de salud que inscriban las prestaciones permitidas para los cirujanos dentistas y que dispongan en su planta de los respectivos profesionales.

#### 21.1. Proceso de inscripción.

- . Inscripción de cirujanos dentistas.  
Los profesionales, al solicitar inscripción en el rol que lleva el Fondo, completarán y firmarán formularios con nombre completo, RUT, nacionalidad, título profesional, fecha de título, universidad que lo otorgó, lugares de atención, nómina de las prestaciones de salud y especialidad según corresponda.
- . Inscripción de centros de salud con atención dental.  
Los centros, al solicitar inscripción en la modalidad, completarán en formularios debidamente firmados, información general referida a la razón social, RUT, nombre de fantasía, dirección, nombre del o los representantes legales, RUT de cada uno de ellos, nómina de socios, su profesión y RUT, nombres de directivos técnicos y de gerencias administrativas u operacionales, nómina de prestaciones, nómina de los cirujanos dentistas que otorgarán las prestaciones, detalle de especialidad cuando corresponda.
- . Documentación.  
La documentación que respalda la solicitud de inscripción de profesionales y personas jurídicas, se hará en la forma general establecida en los numerales 2.2 y 2.4 de esta normativa.
- . Equipamiento, instalaciones y otros.  
Una consulta dental, en la que se realizan procedimientos de obturación, debe contar con los equipos y materiales mínimos que se indican:
  - Sillón dental.
  - Salivera con agua circulante y desagüe.
  - Sistema de aspiración incorporado al equipo dental.
  - Instrumental básico para diagnóstico y tratamiento dental.
  - Instrumental rotatorio (turbina y micromotor).



- Material y equipo necesario para obturación (Ej. composite, resinas, sellantes).
- Material para administrar anestesia local.
- Lavamanos.

Para realizar prestaciones de endodoncia, además se requiere:

- Material de relleno de conducto.
- Instrumental manual o mecánico para la preparación de conductos.
- Cementos especiales para pegar conos.

#### 21.2. Prestaciones de atención odontológica general y de especialidad.

- a) Definición general de los procedimientos.
  1. Obturación: Procedimiento destinado a la rehabilitación de pieza dentaria afectada por caries, mediante uso de material definido por el profesional tratante, de acuerdo a: La ubicación de la caries y el estado de destrucción de la pieza, el riesgo que presente el paciente, la necesidad de estética, la higiene y los hábitos que la persona tenga para el cuidado de sus dientes. Este procedimiento es realizado por cirujano dental general.
  2. Endodoncia: Procedimiento conocido comúnmente como tratamiento de conducto, que consiste en la extirpación del nervio dental afectado, relleno con material específico, para luego realizar una obturación. El procedimiento efectuado en incisivos, caninos y premolares puede realizarlo un cirujano dentista general, sin embargo, el tratamiento de molares será efectuado exclusivamente por cirujanos dentistas con especialidad en endodoncia.
- b) Registros clínicos de la atención. El cirujano dentista dispondrá, por cada paciente atendido, una ficha en la que, además de la información general de identificación, edad, previsión, domicilio, entre otros, debe constar el registro de la evaluación realizada, la confirmación diagnóstica de las piezas dentarias afectadas, el tratamiento otorgado, las complicaciones, si las hubiere, los controles realizados, los respaldos radiológicos, los respaldos de imagen si corresponde.
- c) Las prestaciones asociadas a la atención dental cumplirán las condiciones generales y de aplicación



específica, detalladas en el numeral 27. Pago Asociado a Diagnóstico (P.A.D.) de la presente normativa.

21.3. Prestaciones de cirugía y traumatología bucomaxilofacial.

- a) Podrán inscribir prestaciones quirúrgicas los cirujanos dentistas que, además de cumplir con las condiciones generales señaladas en el punto 21.1. de esta normativa, dispongan de certificación de especialidad en cirugía y traumatología bucomaxilofacial, otorgada en las condiciones y requisitos establecidos para ese efecto, en el reglamento que aprueben los Ministerios de Salud y Educación, conforme al artículo 4° N° 13 del DFL

N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

- b) Las prestaciones para la citada especialidad son:

<b>Grupo 12</b>		14-02-044	hasta 14-02-045
12-02-072		14-02-047	
<b>Grupo 13</b>		14-02-051	hasta 14-02-056
13-01-025	hasta 13-01-026	14-02-059	hasta 14-02-060
13-02-022	hasta 13-02-025	<b>Grupo 15</b>	
13-02-027		15-02-031	hasta 15-02-039
13-02-030	hasta 13-02-031	<b>Grupo 16</b>	
13-02-033		16-02-201	
13-02-045		<b>Grupo 21</b>	
<b>Grupo 14</b>		21-04-012	hasta 21-04-013
14-02-017		21-04-016	
14-02-019	hasta 14-02-022	21-04-021	
14-02-037	hasta 14-02-038	21-06-001	hasta 21-06-002
14-02-042		21-07-003	

- c) Para aquellas prestaciones que requieran la confección de Programas de Atención de Salud, los cirujanos dentistas se ajustarán a lo señalado en el número 3.3 de estas normas.
- e) Cuando se trate de pacientes que presentan Bruxismo, los cirujanos dentistas con especialidad en cirugía y traumatología bucomaxilofacial, podrán prescribir tratamientos de kinesiología, para lo cual confeccionarán un programa de atención de salud que cumpla las disposiciones



generales de los programas, señalado en el artículo 3.3 y lo dispuesto para el grupo 06 de Kinesiología y Fisioterapia, número 12 de estas normas.

21.4. Indicación de exámenes de laboratorio e imagenología.

En caso de requerirse la indicación de exámenes, el especialista se ajustará a lo señalado en el número 3.1 de estas normas, pudiendo prescribir los exámenes siguientes:



## Grupo 03 Laboratorio Clínico y 08 Anatomía patológica

- 03-01-006 Agregación plaquetaria
- 03-01-011 Coagulación, tiempo de
- 03-01-059 Protrombina, tiempo de
- 03-01-085 Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares)

03-01-034 Grupos sanguíneos ABO y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos)

- 03-01-036 Hematocrito (proc.aut.)
- 03-01-041 Hemoglobina glicosilada
- 03-01-045 Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, .....
- 03-01-072 Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado)
- 03-01-083 Trombina, tiempo de
- 03-01-086 Velocidad de eritrosedimentación, (proc.aut.)

03-01-091 Proteína C

03-02-022 Creatina

03-02-047 Glucosa en sangre

03-06-012 Cultivo para Anaerobios (incluye Cód.03-06-008)

03-06-024 Antibiograma de Anaerobios (mínimo 4 fármacos)

03-06-026 Antibiograma Corriente (mínimo 10 fármacos) (en caso de urocultivo no corresponde su cobro; incluido en el valor 03-06-011)

08-01-008 Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano)

## Grupo 04 Imagenología

04-01-001 Sialografía

04-01-002 Partes Blandas; laringe lateral; cavum rinofaríngeo (rinofarinx) c/u.(1 exp.)

04-01-031 Cavidades perinasales, órbitas, articulaciones tèmoro mandibulares, huesos propios de la nariz, malar, maxilar, arcocigomático, cara, cada una (2 exp.)

04-01-032 Cráneo frontal y lateral (2 exp.)

04-01-033 Cráneo, cada proyección especial: axial, base, Towne, tangencial, etc. (1 exp.)

04-01-056 Edad ósea: carpo y mano (1 exp.)

04-03-007 TAC - Orbitas maxilofacial (incluye coronales) (40 cortes 2-4 mm.)

04-03-012 TAC - Cuello, partes blandas (30 cortes, 4-8 mm)

04-04-004 Ecotomografía como apoyo a cirugía, o a procedimiento (de tórax, muscular, partes blandas, etc.)

04-05-001 R.M. Cráneo – cerebro

04-05-004 R.M. Articulaciones tèmporomaxilar



## 22. PRESTACIONES EFECTUADAS POR MATRONAS

- a) En caso de control de embarazo normal efectuado por matrona, esta profesional podrá solicitar los exámenes de laboratorio que se detallan en la letra h) del punto 9 de estas normas.
- b) Tendrán derecho a realizar y cobrar la prestación código 20-01-009 (Monitoreo Basal), siempre que se disponga de la prescripción del médico obstetra tratante y del equipamiento necesario. Para su presentación a cobro, la orden de atención, se acompañará de la prescripción médica debidamente timbrada por el cajero emisor.
- c) La prestación código 20-04-004 Honorario de matrona por atención integral del parto, incluye atención en sala de parto y parto, c/s atención en período expulsivo, asistencia a Pabellón quirúrgico en caso de operación cesárea, recepción y preparación del R.N. para la atención del neonatólogo. Además incluye 3 controles prenatales y 2 controles en el puerperio hasta 15 días después del alumbramiento.
- d) Tendrán derecho a realizar y cobrar la prestación código 20-01-015 Colocación o extracción de dispositivo intrauterino (no incluye el valor del dispositivo), siempre que se disponga de convenio suscrito con el Fondo. Para efectos de emisión, se requerirá de la solicitud escrita y firmada por matrona o médico.

## 23. PRESTACIONES EFECTUADAS POR PROTESISTAS

### 23.1 Emisión de órdenes de atención.

Para la emisión de BAS del Grupo 23 (Prótesis), se requerirá que los prestadores, se encuentren inscritos en el Rol que para estos efectos lleva el Fondo Nacional de Salud, debiendo cumplirse las exigencias establecidas por éste, de acuerdo a disposiciones vigentes dictadas por el Ministerio de Salud, según corresponda:

- . Resoluciones sanitarias de sala de venta y funcionamiento.
- . Acreditaciones de ópticos, ortesistas y protesistas responsables de las prótesis que se confeccionen, ante la autoridad sanitaria.
- . Registros de inscripción prótesis en el Instituto de Salud Pública (I.S.P.).
- . Certificados de vigencia de sociedad en personas jurídicas.
- . Certificación de dirección comercial.
- . Patente Comercial.
- . Listados de prótesis y sus precios etc.

Para la emisión de la Orden de Atención se requiere:

- . Confeccionar un Programa de Atención de Salud, ajustado a las definiciones establecidas en punto 3.3 de esta normativa.
- . Que la codificación de la respectiva prótesis, se

por

ciña estrictamente a la prescripción efectuada

el médico especialista.

- . Acompañar el original de la prescripción médica, la que debe contener además de ésta, el nombre, RUT, firma y especialidad del profesional que la emite.
- . Que la fecha de la prescripción médica no sea superior a 1 año.
- . Cotización de la prótesis u órtesis otorgada por el prestador inscrito para tales efectos en el Rol del Fondo.

El prestador debe llevar un registro que permita identificar al beneficiario (RUT, nombre, edad, etc) y el artículo entregado (Nº serie, marca, etc), con las



respectivas indicaciones de fechas.

Las prestaciones del Grupo 23, tendrán valor único y no estarán afectas a recargo horario ni a niveles de inscripción del prestador.

Se entenderá que la prestación 23-01-071 está referida a lentes ópticos de cualquier tipo o de contacto.

Las prestaciones 23-01-071 Lentes y 23-01-081 Audífonos están destinadas a beneficiarios mayores de 55 años.

### 23.2 Límites financieros.

a) Para el Grupo 23, se han establecido los siguientes límites financieros:

CODIGO	GLOSA	MAX. ANUAL
23-01-010	Cables Electroodos	2
23-01-012	Marcapaso	1
23-01-017	Válvula Aórtica	1
23-01-018	Válvula Mitral	1
23-01-019	Válvula Tricúspide	1
23-01-044	Órtesis para rodilla	1
23-01-046	PTB o PTS	1
23-01-051	Prótesis bajo codo con gancho, mano y guante	1
23-01-056	Prótesis desarticulado de rodilla	1
23-01-057	Prótesis desarticulado de cadera con bloqueo	1
23-01-058	Prótesis desarticulado de codo con gancho, mano y guante	1
23-01-059	Prótesis desarticulado de hombro con gancho, mano y guante	1
23-01-063	Prótesis sobre rodilla, con rodilla de seguridad	1
23-01-071	Lentes ópticos o de contacto	2
23-01-072	Plantilla ortopédicas (par)	2
23-01-080	Lente Intraocular	2
23-01-081	Audífonos	2

b) El Fondo Nacional de Salud, podrá establecer otros límites financieros máximos, de acuerdo a lo establecido en el punto 6.1 letra i) de estas normas.

### 24. TRASLADOS (Grupo 24).

24.1 De la inscripción de los prestadores: para el cobro de las prestaciones del Grupo 24 los prestadores deberán estar inscritos en el Rol que para estos efectos lleva el Fondo Nacional de Salud, debiendo cumplirse las siguientes exigencias:

- . Resolución Sanitaria de autorización del medio de transporte cuando corresponda (ambulancias, aviones, etc) con su definición de categoría.
- . Dependiendo del tipo de prestación del grupo 24 de que se trate según el arancel, se deberá adjuntar las acreditaciones del personal de rescate: conductor del móvil, personal de enfermería, enfermeras universitarias, kinesiólogos o médicos cirujanos; asimismo certificación de entrenamiento de manejo prehospitalario, PALS y ATLS, entrenamiento de manejo de paciente crítico prehospitalario.
- . Nómina de prestaciones del grupo 24 rescates - traslados y sus precios.
- . El Fondo se reserva la facultad de evaluar antecedentes de otros profesionales de la salud, con acreditación de entrenamientos



correspondientes.

24.2 Previo a la emisión, se confeccionará un Programa de Atención de Salud, ajustado a las definiciones establecidas en el punto 3.3 de esta normativa, debiendo cumplir además con lo siguiente:

- . El prestador debe llevar un registro que permita identificar al beneficiario (RUT, nombre, edad, etc) y al traslado realizado (tipo, distancia, personal que participó), con las respectivas indicaciones de fechas, con el objeto de efectuar las fiscalizaciones correspondientes.

24.3 Las prestaciones del Grupo 24 tendrán valor único y no estarán afectas a recargo horario ni a niveles de inscripción del prestador:

- a) Rescate Simple y/o traslado (código 24-01-061).  
Corresponde su cobro cuando se trate de rescates con personal técnico no profesionalizado.
- b) Rescate Profesionalizado y/o Traslado Paciente Complejo (código 24-01-062).  
Corresponderá su cobro siempre que en el rescate participen profesionales universitarios de enfermería o kinesiología, con entrenamiento en tales rescates o para traslado de pacientes complejos interhospitalarios que requieran equipamiento especial.
- c) Rescate Medicalizado y/o Traslado Paciente Crítico (código 24-01-063).  
Corresponderá su cobro siempre que en el rescate participen médicos cirujanos con entrenamiento en tales rescates o para traslado de pacientes críticos interhospitalarios que requieran equipamiento especial.
- d) Traslados Grupo 24 desde código 24-01-001 al 24-01-060, 24-01-070.

24.4 El Fondo Nacional de Salud, podrá establecer otros límites financieros máximos, de acuerdo a lo establecido en el punto 6.1 letra i) de estas normas.

## 25. SALAS DE PROCEDIMIENTOS.

- a) Definición: Se entiende por Salas de Procedimientos, a aquellos recintos que permiten a un médico efectuar procedimientos diagnósticos y terapéuticos especiales. Deberá cumplir con los requisitos que establece el Fondo sobre convenios y sus modificaciones. En el Arancel, los códigos adicionales del 1 al 4 corresponden a salas de procedimientos.
- b) Los profesionales que dispongan de Salas de Procedimientos, autorizadas para funcionar como tal, por el Servicio de Salud correspondiente, podrán suscribir convenio con el Fondo, para el cobro de las Órdenes de Atención que establece el Arancel, para los respectivos códigos adicionales.
- c) Las entidades que cuenten con Salas de Procedimientos autorizadas por el respectivo Servicio de Salud, además de suscribir convenio con el Fondo para el cobro de las Órdenes de Atención, podrán cobrar directamente al beneficiario, las diferencias que se produzcan entre dicho valor arancelario y el que fije libremente la entidad.  
Lo anterior, según lo señalado en el artículo N° 53 del D.S. N° 369/85, de Salud, y sus modificaciones. Estos valores deberán ser informados al Fondo, antes de su aplicación, pudiendo variarse como máximo tres veces en el año calendario, debiendo además mantenerse a disposición del público.
- d) En lo que sea aplicable, las salas de procedimiento consideran incluido en su valor, los conceptos, definiciones y elementos, señalados en el punto número 26 de estas Normas.

## 26. QUIRÓFANO Y DERECHO DE PABELLÓN.



a) Definición: Se entiende por Quirófano, a aquel recinto de acceso restringido, que cuenta con instalaciones, anexos, equipamiento, instrumental y elementos de uso quirúrgico necesario y suficiente, que en condiciones de asepsia y seguridad permiten efectuar intervenciones quirúrgicas.

Por anexos del quirófano, se entienden aquellos sectores, salas y unidades, que complementan y facilitan el funcionamiento del recinto quirúrgico. Entre los más destacables, están las áreas de lavado quirúrgico, vestuario de pacientes y personal, sectores para almacenamiento de equipos, ropa e instrumental estéril, sala de recuperación post anestésica, etc.

Para efectos arancelarios, los códigos adicionales del 5 al 14, representan el Derecho a Pabellón, en las prestaciones quirúrgicas.

b) Para tener derecho a cobro del Derecho de Pabellón, las entidades asistenciales que dispongan de quirófano con autorización de funcionamiento otorgado por la SEREMI correspondiente, deberán inscribirse en el Rol de esta Modalidad.

c) Por concepto de Derecho de Pabellón, las entidades con convenio vigente, además de la orden de atención por el respectivo código adicional, podrán cobrar directamente al beneficiario, las diferencias que se produzcan entre dicho valor arancelario y el que fije libremente la entidad.

De acuerdo a lo señalado en el artículo N° 53 del D.S. N° 369/85, de Salud, y sus modificaciones, estos valores deberán ser informados al Fondo, antes de su aplicación pudiendo variarse como máximo tres veces en el año calendario, debiendo además mantenerse a disposición del público.

d) El precio total por Derecho de pabellón, constituido por las Órdenes de Atención emitidas por Fonasa, más las diferencias por este concepto, permitidas por la legislación vigente, incluyen en su valor, el personal de pabellón (enfermera, auxiliar de enfermería, ayudante de anestesia, personal de servicio, etc.), el uso de las instalaciones, unidad o sala de recuperación post anestésica, equipos, instrumental, elementos e insumos que a continuación se indican:

d.1 EQUIPOS E INSTRUMENTAL

- Máquinas de anestesia y equipos de intubación traqueal.
- Equipos para control cardiorrespiratorio, resucitadores y monitores de todo tipo. (Incluyendo conexiones y accesorios).
- Equipos de ventilación mecánica.
- Equipos de Rayos X (no incluye medios de contraste, ni placas).
- Microscopio.
- Aspiración y bombas de aspiración de emergencia, portátiles o no
- Electrobisturí o láser quirúrgico.
- Cajas con instrumental básico y especial completo para todo tipo de intervenciones
- Equipo completo de cirugía video laparoscópica y similares.
- Equipos de endoscopias.

d.2 INSUMOS Y ELEMENTOS

- Hojas de bisturí.
- Guantes de uso quirúrgico o para procedimientos (estériles o no).
- Gasa, algodón, tómulas, apósitos de cualquier tipo.
- Tela adhesiva y similares, de todo tipo.



- Agujas de todo tipo.
- Bránulas, conexiones, alargadores, tapas o tapones, etc.
- Jeringas desechables
- Catéteres corrientes y/o similares, de cualquier tipo.
- Cánulas y sondas desechables o recuperables.
- Drenajes de todo tipo.
- Equipos de fleboclisis.
- Implementos de administración de oxígeno y nebulizaciones.
- Conexiones y receptáculos de máquinas de aspiración y sondas.
- Recolectores de orina.
- Bombas de infusión continua con sus bajadas correspondientes.
- Todo tipo de material de sutura.
- Equipo completo de ropa esterilizada o no para intervenciones (Paños esterilizados para campo operatorio, para cubrir mesas, compresas, etc)
- Las vendas de yeso plásticas y las medias antitrombóticas
- Ropa esterilizada para el equipo de médicos, personal paramédico y auxiliares.
- Antisépticos y desinfectantes de todo tipo (líquido, en polvo, aerosol, etc.) y formalina.
- Jabones para lavado quirúrgico y escobillas esterilizadas.

d.3 GASES  
Oxígeno y aire comprimido.

d.4 ANESTESIA Y OTROS  
- Anestésicos, pre y post medicaciones anestésicas de uso habitual, neurolepto analgésicos y relajantes musculares de cualquier tipo.

Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 12)  
D.O. 31.01.2012

e) El Derecho de Pabellón, no incluye en su valor insumos de mayor especificidad tales como:

- . Set de monitoreo invasivo.
- . Set desechables de punción pleural.
- . Balones y catéter de Angiosplasia o Valvuloplastia.
- . Catéter de doble o triple lumen.
- . Catéter para Peritoneodiálisis.
- . Catéter para Quimioterapia.
- . Catéter de Swan Ganz.
- . Sondas Naso yeyunales
- . Derivativa ventrículo-peritoneal
- . Drenaje ventricular externo y similares.
- . Oxigenador de membrana

f) Todos los conceptos, definiciones y elementos mencionados anteriormente, se aplicarán también a la Sala de Partos, Salas de Procedimientos y Unidad de Cuidado Intensivo y Tratamiento Intermedio (de adultos, pediatría o neonatal), en lo que corresponda.

g) Se podrán cobrar directamente al paciente, los elementos explicitados en la letra e) anterior y aquellos insumos o elementos que habiendo sido usados en pabellón, no estén considerados en la letra d) de este punto. En este caso, se confeccionará una lista de materiales e insumos utilizados con sus correspondientes precios, la que será ratificada con firma de personal autorizado por la entidad prestadora.

Asimismo, corresponde el cobro de las prótesis que se implanten en el quirófano, salvo que la prestación quirúrgica señale expresamente que dicha prótesis está incluida en su valor. En los casos en que la cirugía no las incluya, el beneficiario tiene derecho a la bonificación



que corresponda, dentro del Grupo 23, de acuerdo al valor establecido por la respectiva Resolución del Arancel.

Cuando para efecto de cálculo de derecho de pabellón, esta normativa haga referencia a la prestación de mayor valor, se entenderá referida a la cirugía cuyo precio total por honorarios del equipo quirúrgico (no incluye honorarios de anestesista), sea mayor.

h) En caso de que un mismo equipo y en un mismo acto quirúrgico practique dos o más intervenciones, el derecho de pabellón, se cancelará en el 100% de la prestación de mayor valor más el 50% de la de segundo mayor valor.

El derecho de pabellón, en los casos de cirugía bilateral de la misma prestación, será la suma del 100% de una prestación más el 50% de la otra.

i) En intervenciones simultáneas, el derecho de pabellón se valorizará en 100% para la operación de mayor valor y 50% de la de segundo mayor valor.

j) En intervenciones sucesivas con participación de dos o más equipos de cirujanos, a través de la misma o diferentes incisiones, se cobrará el 100% del valor de la operación de mayor valor y el 100% de la de segundo mayor valor.

k) Para derecho de pabellón por reintervenciones, o retretamiento de Litotripsia Extracorpórea, aplicar lo señalado en estas Normas, en los puntos número 19A letra

n) y 19B letra f) respectivamente.

## 27. PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (P.A.D.) "CUENTA CONOCIDA"

Resolución 139

EXENTA,

SALUD

N° 11 a)

D.O. 15.03.2014

### 27.1 Generalidades:

a) Los prestadores, que deseen acceder al mecanismo de pago PAD, deberán inscribirse en el Rol de la Modalidad de libre elección y dar cumplimiento a los requisitos de calidad, técnica y de satisfacción usuaria, establecidos en la resolución que regula el procedimiento de convenios dictada por el Fondo Nacional de Salud.

b) Se entiende por PAD, al conjunto de prestaciones previamente estandarizadas, que permiten resolver en forma integral un diagnóstico o patología determinada. La codificación arancelaria, se ha orientado a diferenciar por subgrupo, las prestaciones dirigidas a la atención cerrada (subgrupo 01) o atención ambulatoria (subgrupo 02).

c) Para acceder a las prestaciones denominadas como PAD (Grupo 25), es necesario que el beneficiario elija, previa hospitalización, atenderse por este mecanismo, por tanto para los casos de tratamientos programados, las instituciones y los beneficiarios quedan obligados a tramitar con anterioridad el Programa de Atención de Salud.

El prestador, deberá informar en forma completa y detallada al beneficiario acerca de las condiciones de la hospitalización (tipo de habitación con detalle del número de camas y disponibilidad de baño, equipo profesional, fecha y horario de la intervención, etc.).

Si en el momento de la hospitalización, no se dispusiera del tipo de habitación acordada con el paciente y habiéndose entregado el respectivo PAD al prestador, la entidad no podrá solicitar al paciente que desista de este sistema de pago con cuenta conocida, solicitando el cobro por prestación de la Modalidad de libre elección.

Los prestadores que no cuenten con capacidad resolutive para atenciones que requieran prestaciones de mayor complejidad, deberán disponer de convenios con establecimientos que cuenten con capacidad resolutive de alta complejidad y con servicios de traslado en ambulancia.

### 27.2 Inscripción:

a) Los prestadores entidades o sociedades de profesionales, para otorgar integralmente las prestaciones PAD, deberán estar acreditados ante el Fondo, el que verificará que cuenten con los requisitos técnicos y administrativos habilitantes para dicho efecto.



b) La inscripción para prestaciones PAD, obliga a la entidad a cobrar por este mecanismo, con excepción de aquellos casos en que la cirugía es realizada por un profesional actuando en calidad de persona natural y la entidad requiera cobrar otras prestaciones de salud, que conforman el resto de la atención del paciente.

En estos casos y con el objeto de permitir la valorización del derecho de pabellón, las entidades mantendrán inscritas las prestaciones trazadoras que forman parte de los respectivos paquetes PAD.

c) Tratándose de prestaciones PAD de Atención Dental, se podrán inscribir profesionales, sociedades de profesionales y entidades asistenciales, debiendo cumplir con las definiciones generales de los números 27.1. y 27.3., además de lo señalado en el número 27.5. letra C de este punto.

#### 27.3 Integralidad del PAD:

a) El PAD tiene un valor único y de acuerdo a lo señalado en los art. 7° y 10° del Arancel, no tendrá derecho a recargo horario ni será afectado por el grupo de inscripción del prestador.

b) El valor del PAD, considera tanto la resolución de la patología de este paquete, como además las complicaciones derivadas de ella y el tratamiento de las lesiones iatrogénicas que se produzcan.

De esta manera, el precio del PAD incluye lo siguiente:

- . Los honorarios de todo el equipo profesional que técnicamente se requiera, bajo la responsabilidad administrativa y legal del prestador.
- . Los valores de los días camas y el derecho de pabellón, incluidas las diferencias señaladas en el art. 53 del D.S. 369/85, del Ministerio de Salud.
- . Los medicamentos e insumos utilizados durante la Hospitalización.
- . Todas las prestaciones necesarias, para resolver integralmente la patología correspondiente al PAD.
- . También incluye, la atención integral hasta 15 días después del egreso del paciente, incluyendo los controles post operatorios; la reparación de lesiones iatrogénicas y el tratamiento de las complicaciones más frecuentes derivadas de la resolución de la patología del PAD. En caso de complicaciones, se entienden incluidos el diagnóstico, el tratamiento y la hospitalización que se requiera.

c) No cabe cobro de diferencias por ningún concepto al beneficiario, ni por días camas, derecho de pabellón, arsenalera, medicamentos o insumos.

d) Para las intervenciones quirúrgicas, en las cuales por razones técnicas es necesario efectuar estudios histopatológicos, se entenderá que dichas prestaciones están incluidas en el valor del PAD.

#### 27.4 Valorización de otras cirugías:

a) En aquellas prestaciones PAD, cuyas cirugías trazadoras son susceptibles de realizarse en forma bilateral, la definición del precio final consideró el costo de la bilateralidad, por tanto cuando un mismo equipo y en el mismo acto quirúrgico, practique en forma bilateral la cirugía que conforma el PAD, sólo corresponderá valorizar el 100% de la prestación correspondiente al Grupo 25.

b) En este caso, tampoco proceden cobros de diferencias por ningún concepto al beneficiario, ni por día cama, derecho de pabellón, arsenalera, medicamentos o insumos.

c) Si el mismo equipo y en el mismo acto quirúrgico, realiza simultáneamente otra intervención que no corresponda a la cirugía trazadora del PAD, esta última intervención deberá cobrarse en forma individual en un

Resolución 427  
EXENTA,  
SALUD  
N° I 2  
D.O. 26.07.2013

Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 13)  
D.O. 31.01.2012



Programa Complementario que será visado por el Fondo, aun cuando exista un PAD específico para su tratamiento.

La segunda cirugía, se valorizará en el nivel de inscripción de la entidad prestadora, correspondiendo un 50% por los honorarios profesionales y un 50% por el derecho de pabellón.

d) En los casos de hospitalización y tratamiento, por patología diferente, no derivada de la tratada, que no corresponda a lesiones iatrogénicas y que aparezca hasta 15 días después del egreso del paciente, deberá confeccionarse un Programa Complementario, al Programa del PAD.

#### 27.5 Cobro de prestaciones PAD:

##### A. Prestaciones Grupo 25 Subgrupo 01

a) Procede el cobro de las prestaciones del Grupo 25, sólo cuando la resolución del diagnóstico se efectúa a través de la prestación identificada como trazadora para cada PAD.

Las prestaciones identificadas como trazadoras para los PAD corresponden a las que se detallan a continuación:

P.A.D.	GLOSA	PRESTACIONES TRAZADORAS
25-01-001	Colelitiasis	18-02-028 ó 18-02-029 ó
18-02-081		
25-01-002	Apendicitis	18-02-053
25-01-003	Peritonitis	18-02-007
25-01-004	Hernia abdominal simple	18-02-003
25-01-005	Hernia abdominal complicada	18-02-003, 18-02-074
25-01-006	Tumor maligno de estómago	18-02-017, ó 018, ó 021 ó 022
ó		023
25-01-007	Úlcera gástrica complicada	18-02-010, ó 015, ó 018, ó 021,
ó		025
25-01-008	Úlcera duodenal complicada	18-02-015, ó 020, ó 025
25-01-009	Parto	20-04-003, ó 005, ó 006,
25-01-010	Embarazo ectópico	20-03-003
25-01-014	Enfermedad crónica amígdalas	13-02-029
25-01-015	Vegetaciones adenoides	13-02-028
25-01-016	Hiperplasia de la próstata	19-02-055 ó 19-02-056
25-01-017	Fimosis	19-02-082
25-01-018	Criptorquidia	19-02-066 ó 19-02-060
25-01-019	Ictericia del recién nacido	07-02-009
25-01-021	Catarata (no incluye Lente Intraocular)	12-02-064
25-01-022	Trasplante renal	19-02-003
25-01-026	Prolapso anterior o posterior	20-03-023 ó 024
25-01-027	Tumores y/o quistes intracraneanos	11-03-024 ó 025 ó 026
25-01-028	Aneurismas	11-03-027
25-01-029	Disrafias	11-03-037 ó 047
25-01-030	Hernia núcleo pulposo (Cervical, Dorsal, Lumbar)	11-03-049
25-01-031	Acceso vascular simple (mediante fístula)	



arterio venosa)  
para  
hemodiálisis 17-03-003  
25-01-032 Acceso vascular complejo  
(mediante fístula  
arterio venosa)  
para  
hemodiálisis 17-03-003 y 17-03-006  
25-02-001 Infección tracto  
urinario 01-01-003, 03-06-011  
25-02-002 Hemorroides 18-03-018  
25-02-003 Várices 17-03-030  
25-02-004 Varicocele 19-02-075  
25-01-033 Queratectomía 12-02-078  
Fotorefractiva  
Queratomileusis  
Fotorefractiva  
(Lasik o PRK)  
25-01-034 Histerectomía 20-03-009 o 010 o 014 o  
015 o 016  
25-01-35 Menisectomía 21-04-159  
25-01-36 Litotripsia  
extracorporea 19-02-090

Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 14)  
D.O. 31.01.2012

Resolución 38  
EXENTA,  
SALUD  
Art. I N° 6

2501037	Síndrome del Túnel Carpiano	1103066
2501038	Ruptura Manguito Rotador	2104051
2501039	Osteosíntesis Tibio-Peroné	2104167
2501040	Osteosíntesis Muslo	2104144
2501041	Osteosíntesis Cúbito y/o Radio	2104073
2501042	Osteosíntesis Diafisaria Húmero	2104055
2501043	Inestabilidad de Hombro	2104048
2501044	Endoprótesis total de hombro	2104042
2501045	Contractura Dupuytren	2104091
2501046	Hallux Valgus	2104190
2501047	Inestabilidad de Rodilla	2104156
2501048	Dedos en Gatillo	2104093
2501049	Tumores o Quistes Tendino-Musculares	2104026
2501050	Quistes Sinoviales	2104003
2501051	Tiroidectomía Total	1402001
2501052	Tiroidectomía Subtotal	1402002
2501053	Hidrocele y/o Hematocele	1902064
2502005	Chalazión	1202016
2502006	Glaucoma	1202045 - 1202069 - 1202068
2502007	Pterigión	1202026
2502008	Estudio Apnéa del Sueño	1101045

25-02-009 Tratamiento Baja Complejidad en Hombre.  
25-02-010 Tratamiento Baja Complejidad en Mujer.

D.O. 26.01.2013  
Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD  
N° 11 b)  
D.O. 15.03.2014

B. Prestaciones Grupo 25 Subgrupo 02  
a) Para efecto del cobro de este tipo de prestaciones PAD,  
en lo conceptual normativo y en lo que corresponda, le son  
aplicables las disposiciones generales desde los puntos 27.1  
al 27.5.  
b) Para el otorgamiento de la prestación, se podrán



inscribir entidades cuyos centros de atención de salud, cuenten al menos con los siguientes requisitos:

- Planta física que considere, área de recepción, sala de espera, boxes implementados para atención de pacientes, baños separados para pacientes y personal.
- Disponer de servicio de laboratorio clínico e Imagenología, acorde con las exigencias técnicas y sanitarias del caso o contar con convenio para dicho efecto.
- Profesionales de salud, tales como médico general y/o especialistas en especialidades básicas (pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia), medicina familiar adultos, medicina familiar niños, enfermera universitaria.
- En materias administrativas, contar con fichas individuales para el registro de actividades y acciones realizadas y libro de reclamos y sugerencias.

c) Las prestaciones del Grupo 25, subgrupo 02, incluyen en su valor, lo siguiente:

- Prestación "Diagnóstico de Infección Tracto Urinario (I.T.U.) (cód. 25-02-001)" incluye consulta médica de especialidad (medicina interna, urología o nefrología), examen de urocultivo, orina completa, uretro y/o cistouretrografía miccional retrógrada, ecotomografía renal. Eventualmente, pielografía de eliminación.
- Para las prestaciones "Hemorroides (cód. 25-02-002)", "Várices (cód. 25-02-003)" y "Varicocele (cód. 25-02-004)", se entiende incluido en su valor, la hospitalización ambulatoria con uso de cama y atención de enfermería, la prestación trazadora y los honorarios del equipo de cirujanos y anestesista, el uso de pabellón, la arsenalera, las diferencias por día cama y pabellón, los medicamentos e insumos utilizados. La prestación PAD Várices 25-02-003, se entiende referida a tratamiento de una extremidad

Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 14)  
D.O. 31.01.2012

d) La composición de la prestación de este subgrupo, detallada en el punto precedente, considera las prestaciones más frecuentes requeridas para el diagnóstico de la Infección de tracto urinario, por lo que cuando se trate de pacientes nuevos, incorporados a este tipo de atención integral asociada a diagnóstico, la entidad inscrita para ello le otorgará, al menos, las prestaciones necesarias para su diagnóstico, no permitiéndose cobro adicional, por las prestaciones individuales que conforman el PAD.

e) El límite financiero establecido para las prestaciones de este subgrupo, corresponde a una prestación por beneficiario, por año.

C. Prestaciones Dentales Grupo 25 Subgrupo 03.

Procede el cobro de las prestaciones del Grupo 25-03, cuando la resolución del diagnóstico se efectúa a través de las prestaciones identificadas en la letra d) de este artículo:

Resolución 427  
EXENTA,  
SALUD  
N° I 3



P.A.D.	GLOSA	PRESTACIONES TRAZADORAS
25-03-001	Obturación, diagnóstico y tratamiento para una pieza dental	n/a
25-03-002	Obturación, tratamiento complementario, más de 1 y hasta 4 piezas dentales	n/a
25-03-003	Obturación, tratamiento complementario, más de 4 piezas dentales	n/a
25-03-004	Tratamiento de Endodoncia Incisivo o canino, una pieza dental	n/a
25-03-005	Tratamiento de Endodoncia Pre Molar, una pieza dental	n/a
25-03-006	Tratamiento de Endodoncia Molar, una pieza dental	n/a

**n/a: No aplica trazadora**

D.O. 26.07.2013

Las prestaciones de atención dental, obturaciones y endodoncias, códigos 25-03-001 hasta 25-03-006, además de las condiciones generales establecidas para las prestaciones P.A.D., deben cumplir con la normativa específica siguiente:

- a) Es responsabilidad del cirujano dentista cumplir con las disposiciones técnicas siguientes:
- . Registrar en la ficha del paciente los tratamientos efectuados y su descripción detallada, la evolución y las radiografías realizadas.
  - . Obligatoriedad de pedir radiografía bitewing previo a tratamiento, ya que ésta permite determinar la presencia de caries interproximales y oclusales.
  - . Todo diente con caries debe ser tratado en todas sus caras, independiente del número que sean.
  - . Para los códigos 25-03-001, 25-03-002 y 25-03-003, obturaciones, el cirujano dentista debe registrar clínica y radiográficamente las caries que serán obturadas con resina, determinando aquellas que por grado de avance incipiente y ubicación no se justifica, y aquellas que por grado de destrucción no tienen viabilidad con obturación de resina. La utilización de bases cavitarias forman parte del tratamiento y se indicarán según criterio clínico.
  - . Para los códigos 25-03-004, 25-03-005 y 25-03-006, endodoncias, para la indicación correcta de la obturación y rehabilitación con resina, deben cumplirse criterios clínicos y



- . radiográficos.
  - . La canasta de endodoncia debe tener por obligatoriedad 3 radiografías retroalveolares: Previa, conductometría y control de relleno de conductos.
  - . El profesional puede, adicionalmente, disponer de fotografías clínicas antes y después del tratamiento efectuado (pueden ser dos de caras oclusales), almacenadas en archivos accesibles para Fonasa.
  - . Los tratamientos de obturación o endodoncia deben estar por lo menos un año sin presentar complicaciones.
  - . El profesional deberá entregar al paciente, por escrito, el diagnóstico, tratamiento efectuado, pronóstico y las indicaciones a seguir por el paciente para controlar su patología.
- b) Prescripción, emisión de órdenes de atención y pago.
- que
- . Podrán acceder a tratamiento los beneficiarios, niños y jóvenes, entre 12 años y 17 años 11 meses 29 días, presenten caries de una o más piezas dentales.
  - . Para la emisión de órdenes de atención MLE, el cirujano dentista prescribirá el tratamiento en una orden, con su nombre, firma y timbre, en la que anotará como mínimo: Nombre del paciente, diagnóstico, tipo de tratamiento a realizar, piezas dentarias comprometidas, código de arancel que solicita. Una copia de esta orden debe quedar para el paciente.
  - . Emitidas las órdenes de atención por Fonasa, el beneficiario las entregará al profesional, quien debe presentar a cobro una vez terminado el tratamiento a que se refiere el código emitido.
  - . En materia general de vigencia de órdenes, emisión y pago, los cirujanos dentistas deben cumplir las condiciones señaladas en numeral 3 y 4 de esta normativa.
- c) Frecuencia y uso de prestaciones.
- . La atención dental de obturaciones inicia con el código 25-03-001 Obturación, diagnóstico y tratamiento para una pieza dental, cuya orden de atención es comprada por el beneficiario, luego de haber asistido a la primera consulta dental y efectuada la evaluación visual bucal del cirujano dentista, éste confirma que se trata de una persona que presenta caries, solicitando los exámenes radiológicos según corresponda.
  - . En caso de ser necesario, se asociará a la prestación 25-03-001, un tratamiento de continuidad, usando la codificación que corresponda al número de piezas afectadas (25-03-001 con 25-03-002; o



- . 25-03-001 con 25-03-003).  
Las prestaciones 25-03-001 hasta 25-03-006 tienen una frecuencia máxima de una prestación por beneficiario por año calendario.
- d) El valor de las prestaciones de obturación y de endodoncia, incluye lo siguiente:
  - . Código 25-03-001 Obturación, diagnóstico y tratamiento para una pieza dental.  
Considera el examen de salud oral, radiografías bitewing, educación y control de higiene oral, destartraje supragingival y/o subgingival e higiene bucal y la obturación a una pieza dental (cualquier pieza con composite o resina compuesta) o el tratamiento mínimamente invasivo para las caries incipientes (resinas preventivas y/o sellantes), todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.
  - . Código 25-03-002 Obturación, tratamiento complementario, más de 1 y hasta 4 piezas dentales.  
Considera educación y control de higiene oral y la obturación a una o más piezas dentales (máximo 4 piezas, cualquier pieza con composite o resina compuesta) o el tratamiento mínimamente invasivo para las caries incipientes (resinas preventivas y/o sellantes), todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.
  - . Código 25-03-003 Obturación, tratamiento complementario, más de 4 piezas dentales.  
Considera educación y control de higiene oral y la obturación de más de 4 piezas dentales (sin máximo, cualquier pieza con composite o resina compuesta) o el tratamiento mínimamente invasivo para las caries incipientes (resinas preventivas y/o sellantes), todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.
  - . Código 25-03-004 Tratamiento de endodoncia incisivo o canino, una pieza dental.  
Considera el examen de salud oral, radiografía retroalveolar, una endodoncia en cualquiera de los incisivos o caninos y la obturación con resina compuesta o composite, todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.
  - . Código 25-03-005 Tratamiento de endodoncia pre molar, una pieza dental.  
Considera el examen de salud oral, radiografía retroalveolar, una endodoncia en cualquier premolar y la obturación con resina compuesta o composite, todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.
  - . Código 25-03-006 Tratamiento de



endodoncia molar, una pieza dental. Considera el examen de salud oral, radiografía retroalveolar, una endodoncia en cualquier molar y la obturación con resina compuesta o composite, todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.

#### 27.6 Normas Específicas

a) El PAD Parto considera la atención profesional del equipo completo incluyendo médico obstetra, matrona, anestesista, pediatra o neonatólogo.

Para el precio de esta prestación se han considerado valores promedio de atención de parto incluidos la madre y el recién nacido, en embarazos con evolución y desarrollo que cursa en condiciones de normalidad, excluyendo aquellos embarazos que cuenten con una ponderación de alto riesgo obstétrico y perinatal, debiendo recurrir en dichos casos a una atención integral en centros de alta complejidad tanto durante el embarazo como en el parto y post parto, dado que requieren intervenciones sanitarias de mayor complejidad. La inscripción para este programa se debe realizar a las 37 semanas de la edad gestacional.

La prestación 25-01-009 además de las definiciones generales señaladas en el numeral 27.3 considera incluido en su valor:

- . Atención del parto cualquiera sea la forma de resolución y la atención materna durante su hospitalización.
- . Atención de las complicaciones maternas mediante tratamiento de lesiones iatrogénicas, tratamiento de complicaciones propias del parto, tales como resuturas, vaciamientos de hematomas, infecciones urinarias, endometritis, metrorragia secundaria a inercia uterina, rotura uterina sutura y/o ectomía, desgarraduras cuello uterino.
- . Atención médica del recién nacido en sala de partos o pabellón quirúrgico, las visitas médicas diarias por pediatra o neonatólogo, los exámenes de rutina, el uso de cuna de procedimientos y/o fototerapia sin exsanguíneo transfusión, el uso de sala cuna, administración de vacunas, vitamina K y medicamentos de uso general.

La prestación 25-01-009 no incluye en su valor:

por - El tratamiento de problemas médicos presentados la madre, tales como, embolia de líquido amniótico, coagulopatías de consumo, trombofilia, en cuyo caso se deberá confeccionar el programa complementario correspondiente.

- El tratamiento de las complicaciones del recién nacido ocasionadas por prematurez (menor de 37 semanas), malformaciones o patologías previas al nacimiento.

- La atención médica y hospitalización en partos múltiples, por tratarse de embarazos con ponderación de alto riesgo obstétrico y perinatal.

En estos casos se podrá efectuar un Programa Complementario que será visado por el Fondo, que en su parte superior señale "Programa Complementario al anterior N°.... de fecha.....". El profesional deberá fundamentar siempre en el Programa Complementario las razones que lo

Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD  
N° 11 c)  
D.O. 15.03.2014

Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD  
N° 11 c)  
D.O. 15.03.2014



motivan, en el espacio destinado para ello. Para los casos que el Fondo Nacional de Salud estime pertinente, se solicitará al prestador el envío, en forma reservada, de los antecedentes clínicos.

Si no se dispone del N° del Programa original, de todas formas se deberá consignar en el recuadro destinado al informe fundado, que se trata de un Programa Complementario.

b) El PAD Trasplante renal no incluye el estudio de histocompatibilidad, procuramiento de órganos ni el tratamiento inmunosupresor. Las dos últimas son de cargo del beneficiario.

Para el estudio de histocompatibilidad deberá confeccionarse un Programa Complementario, el que será visado por el Fondo.

c) Los PAD correspondientes a Hernias, códigos 25-01-004 y 25-01-005, no consideran incluidos en su valor el uso de prótesis, por tanto de requerirse la colocación de ellas, el beneficiario podrá acceder a la bonificación de prótesis siempre que se confeccione un Programa Complementario con el código 23-01-013.

d) El PAD 25-01-015, incluye valores ponderados de adenoidectomía más tratamiento quirúrgico de mucositis timpánica, por tanto corresponde el cobro de esta prestación cuando se efectúe sólo la primera o cuando la cirugía incluya ambas intervenciones. En caso de realizarse, sólo tratamiento quirúrgico de mucositis timpánica, corresponde cobrar la prestación individual 13-02-008.

e) Para el pago de prestaciones PAD Cataratas, se tendrá presente:

- . Las Sociedades de Profesionales, que soliciten inscripción de la prestación PAD Catarata, deberán  
informar al Fondo, los pabellones quirúrgicos de establecimientos asistenciales en los que realizarán las cirugías, debiendo además, acreditar documentalmente la autorización sanitaria vigente, de esos pabellones quirúrgicos.
- . El PAD Catarata, debe entenderse como la resolución quirúrgica por patología y diagnóstico  
asociado a la Catarata, cuyas condiciones básicas de calidad técnica deben considerar equipo quirúrgico completo, técnica de facoemulsificación  
o de facoéresis uso de insumos adecuados, e instalación de lente técnicamente prescrito por el  
médico cirujano.
- . La prestación 25-01-021 PAD Catarata, no incluye el valor del lente intra ocular (L.I.O.), por lo que en toda intervención en que se instale dicho elemento, podrá cobrarse por separado la prótesis  
al beneficiario, a través del cód. 23-01-080, debiendo confeccionarse un programa complementario para la emisión del BAS correspondiente.
- . Para el Lente Intraocular que se instale (L.I.O), el prestador que cobre el PAD 25-01-021, deberá disponer en la ficha del beneficiario o en el protocolo de la intervención, información  
relativa  
a la prótesis instalada, contemplando a lo menos, el registro de marca, modelo, tipo, serie de fabricación, para el caso de que el Fondo los



requiera durante programas de fiscalización.

En tanto el código 12-02-064, prestación identificada como trazadora de este PAD, disponga la conformación de equipo con cirujano primero, cirujano segundo y anestesista, las intervenciones de Catarata que se cobren a través del PAD 25-01-021, se realizarán con igual número y calidad de integrantes de equipo de profesionales.

f) Las prestaciones 25-01-031 y 25-01-032, accesos vasculares simples y complejos, ambas mediante fístula arteriovenosa (F.A.V.) para hemodiálisis, están destinadas exclusivamente a pacientes portadores de insuficiencia renal crónica que para su tratamiento con hemodiálisis en sus diferentes variedades, requieren de una fístula arteriovenosa.

Las prestaciones 17-03-003 y 17-03-006, definidas como trazadoras de la prestación 25-01-032, deberán otorgarse en forma conjunta, ya que para su realización, además de la fístula arteriovenosa, se requiere efectuar una reparación de vasos arteriales o venosos, con o sin injerto. En caso de requerirse la instalación de prótesis vasculares, la prestación 25-01-032 no incluye el valor de la prótesis.

g) Las prestaciones códigos 25-01-033 Queratectomía Fotorrefractiva o Queratomileusis Fotorrefractiva (Lasik o PRK), 25-01-035 Menisectomía y 25-01-036 Litotripsia extracorpórea, corresponden a tratamientos unilaterales, por lo que en caso de efectuarse en forma bilateral en un mismo acto quirúrgico, se extenderá un programa médico complementario, con solo los honorarios médicos al 50% y el derecho de pabellón al 50%, de la prestación realizada (trazadora del PAD).

h) El valor del PAD 25-01-033 Queratectomía Fotorrefractiva o Queratomileusis Fotorrefractiva (Lasik o PRK), incluye la prestación 12-02-047 Queratectomíalaminar, por lo que no corresponde cobro adicional si ésta se realizara. De la misma forma, no corresponde cobrar la prestación 21-04-030 Sinovectomía quirúrgica de rodilla, en conjunto con el PAD 25-01-035 Menisectomía, ya que éste la incluye.

i) P.A.D. Fertilización Asistida de Baja Complejidad.

Las prestaciones P.A.D. códigos 25-02-009 Tratamiento de Baja Complejidad en Hombre y 25-02-010 Tratamiento de Baja Complejidad en Mujer, incluyen la totalidad de las prestaciones requeridas para el tratamiento de infertilidad con inseminación artificial desde la pareja.

Estas prestaciones serán otorgadas a beneficiarios que tengan entre 25 a 37 años de edad e incluyen las consultas de especialidad, exámenes de laboratorio e imagenología propios de este tratamiento, procedimiento de criopreservación, capacitación espermática, inseminación artificial y los fármacos e insumos requeridos para realizar el tratamiento señalado.

Los PAD códigos 25-02-009 Tratamiento Baja Complejidad en Hombres y 25-02-010 Tratamiento Baja Complejidad en Mujeres, excluyen el tratamiento de inseminación artificial con espermios de donantes.

El PAD código 25-02-010 no cubre las complicaciones que se puedan presentar en la ejecución de este tratamiento, entre ellas, el síndrome de hiperestimulación ovárica leve, moderado o severo y/o infecciones pelvianas.

La frecuencia máxima para el tratamiento de baja complejidad, en el año calendario, es de 3 prestaciones para hombre y tres prestaciones para mujer.

28. PAGO ASOCIADO ATENCIÓN EMERGENCIA (P.A.E.).

28.1 Definiciones:

Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 15)  
D.O. 31.01.2012

Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD  
N° 11 d)  
D.O. 15.03.2014



a) "Atención Médica de Emergencia o Urgencia": Es toda prestación o conjunto de prestaciones que sean otorgadas, en atención cerrada o ambulatoria, a una persona que se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia hasta que se encuentre estabilizada.

En el caso de pacientes trasladados desde otro centro asistencial público o privado, solamente se considerará atención médica de emergencia o urgencia en el caso de que el centro asistencial que remite al paciente carezca de las condiciones para estabilizarlo, lo que debe ser certificado por el encargado autorizado de la unidad de urgencia que lo remite, quedando excluidos los traslados decididos por terceros ajenos al establecimiento público o privado donde está recibiendo la primera atención.

No se considerará atención médica de emergencia o urgencia, la que requiera un paciente portador de una patología terminal en etapa de tratamiento sólo paliativo, cuando esta atención sea necesaria para enfrentar un cuadro patológico derivado del curso natural de la enfermedad o de dicho tratamiento."

b) "Emergencia o Urgencia": Es toda condición de salud o cuadro clínico que implique estado de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave para una persona y, por ende, requiere atención médica inmediata e impostergable.

La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia debe ser determinado en la primera atención médica en que la persona sea atendida, ya sea en una unidad de urgencia pública o privada, por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano de acuerdo con un protocolo dictado por el Ministerio de Salud y aprobado por decreto suscrito bajo la fórmula "Por Orden del Presidente de la República". Dicha condición de salud o cuadro clínico deberá ser certificada por el médico que la diagnosticó."

c) "Certificación de estado de emergencia o urgencia": Es la declaración escrita y firmada por un médico cirujano en una unidad de urgencia, pública o privada, dejando constancia que una persona determinada, identificada con su nombre completo, Rut y sistema de seguridad social de salud, se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia de conformidad con el protocolo sobre la materia dictado por el Ministerio de Salud, diagnóstico probable y la fecha y hora de la atención.

Dentro de las primeras tres horas de emitida la certificación de urgencia, el centro asistencial avisará este hecho, por el medio más expedito, al Servicio de Salud del que es beneficiario el enfermo, o a quien sea su delegado para esta función, el cual podrá siempre acceder al paciente y/o solicitar información adicional."

d) "Paciente estabilizado": Aquel que, habiendo estado en una situación de emergencia o urgencia, se encuentra en estado de equilibrio de sus funciones vitales o ha superado el riesgo de secuela funcional grave de modo que, aun cursando alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado, dentro del establecimiento, a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.

El Servicio de Salud al que compete atender al enfermo, o su delegado, podrá siempre acceder al paciente para constatar su condición de estabilización y, de ser ese el caso, impetrar su traslado al centro asistencial de la red de salud que determine o a su domicilio, si aún ello no se ha dispuesto, asumiendo la responsabilidad del traslado.

La estabilización del paciente deberá certificarse por el médico tratante, ya sea en la unidad de emergencia o en la de hospitalización a que hubiera sido ingresado, indicando la fecha y hora en que ello ha ocurrido, y se



avisará este hecho inmediatamente, por el medio más expedito, al Servicio de Salud correspondiente, o a quien éste hubiese delegado la función."

e) "Pago Asociado Atención de Emergencia": Es la atención o conjunto de prestaciones que se otorga a una persona, desde que su condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia ha sido debidamente certificada por un médico cirujano, en una unidad de urgencia privada, hasta que el paciente se encuentra estabilizado.

En estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.

Una vez certificada la estabilización, termina la responsabilidad legal financiera de FONASA con el prestador, ya que estando el paciente fuera de riesgo vital, e independientemente de su gravedad, se entiende que puede ser trasladado a otro establecimiento asistencial, momento en que el beneficiario tiene el derecho a decidir por la modalidad en la que desea seguir atendiéndose, lo que condicionará la forma de financiamiento de las atenciones post estabilización.

f) Unidad de Urgencia:

Para efectos de la aplicación del Arancel, se entiende por unidad de urgencia, al servicio de atención médica quirúrgico, ubicado en las instalaciones de un establecimiento de salud, cuya dotación de médicos, enfermeras y/o matronas, otros profesionales de salud y personal auxiliar de enfermería, aseguran la atención permanente y preferente las 24 horas del día y los 365 días del año, de pacientes cuya gravedad y estado crítico puedan implicar riesgo vital y eventuales secuelas.

Estos servicios deben contar con la infraestructura y el equipamiento que permitan atenciones de emergencia o urgencia de alta, mediana y baja complejidad, con médicos especialistas, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas (laboratorio, imagenología y banco de sangre), unidades de cuidado intensivo y de tratamiento intermedio propias o red de derivación expedita.

El Ministerio de Salud efectuará la acreditación de las Unidades de Emergencia de los establecimientos de salud privados de nivel nacional.

g) "Secuela funcional grave": Es la pérdida definitiva de la función del órgano o extremidad afectada.

h) Tratándose de atenciones otorgadas por médico en un servicio de urgencia de establecimiento privado, en la que el profesional establece que la condición de salud o cuadro clínico del beneficiario no constituye riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona, se entenderá que el pago de la respectiva atención no corresponde al marco establecido por la Ley N° 18.469, modificada por la Ley N° 19.650, por lo que su cobro se realizará a través del código 01-01-001 consulta médica.

En los casos de atención médica de emergencia o urgencia consideradas tales de conformidad con lo establecido en el artículo 3° del D.S. N° 369 de 1985, el Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor de las prestaciones que haya otorgado a sus beneficiarios -, hasta que se encuentren estabilizados, - de acuerdo a los mecanismos dispuestos en los Libros I y II del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud. De este modo, la atención de emergencia o urgencia se considerará otorgada en modalidad de libre elección o en modalidad institucional, según se trate de establecimiento privado o público, respectivamente, y según el tipo de convenio que mantenga vigente el prestador



con FONASA o con los Servicios de Salud.

### 28.2 Prestaciones de Emergencia o Urgencia.

Las prestaciones asociadas a la emergencia o urgencia por riesgo vital y/o riesgo de secuela funcional grave para la persona, permiten otorgar la atención inmediata e impostergable al enfermo hasta lograr su estabilización de modo que, aun cursando alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado, dentro del establecimiento, a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.

Del análisis y revisión de costos, bajo la metodología de promedios ponderados y promedios simples de cada código existente, ha demostrado que en contexto de valores pecuniarios, la resolución médica no se asocia exclusivamente a niveles de complejidad resolutive, sino más bien a un concepto estadístico de Clase cercano a los rangos más frecuentes de costo efectivo por las atenciones de salud otorgadas, debido a lo cual se reclasifican las prestaciones P.A.E. en los códigos siguientes:

Resolución 139  
EXENTA,  
SALUD  
N° 12  
D.O. 15.03.2014

Código	Glosa
28-02-201	P.A.E. Clase 201
28-02-202	P.A.E. Clase 202
28-02-203	P.A.E. Clase 203
28-02-204	P.A.E. Clase 204
28-02-205	P.A.E. Clase 205
28-02-301	P.A.E. Clase 301
28-02-302	P.A.E. Clase 302
28-02-303	P.A.E. Clase 303
28-02-304	P.A.E. Clase 304
28-02-305	P.A.E. Clase 305
28-02-401	P.A.E. Clase 401

Estas prestaciones tienen las características y condiciones siguientes:

- . Disponen de un valor único, y de acuerdo a lo señalado en los artículos 7° y 10° del Arancel, no tienen derecho a recargo horario, ni son afectadas por el grupo de inscripción del prestador.

- . Corresponden al pago de las atenciones otorgadas, desde el día y hora en que se certificó la condición de emergencia riesgo vital y/o riesgo de secuela funcional grave, hasta el día y hora en que se logró la estabilización del paciente.

- . Las prestaciones P.A.E. incluyen en su valor:
  - La primera atención de médico en servicio de urgencia.
  - Día cama de hospitalización y las diferencias informadas.
  - Exámenes de laboratorio.
  - Exámenes de imagenología.
  - Procedimientos diagnóstico terapéuticos.



- Intervenciones quirúrgicas.
- Derecho de pabellón y las diferencias informadas.
- Atención de médicos, enfermeras u otros profesionales de salud.
- Insumos y medicamentos.
- Atención de especialistas, y todo aquel servicio de salud que requiera el paciente hasta lograr su estabilización, ya sea en el servicio de urgencia o en otra sala de hospitalización.
- Los códigos P.A.E., que correspondan a los precios asociados a las atenciones otorgadas, serán incluidos por el centro asistencial privado, en un programa médico, que será presentado ante el Fondo Nacional de Salud, para la emisión de la orden de atención de salud y el otorgamiento del préstamo médico respectivo.

### 28.3 Coordinación con Servicio de Salud y Traslado.

Se avisará inmediatamente, por el medio más expedito, al Servicio de Salud correspondiente, o a quien hubiese delegado la función, los casos de pacientes con certificación de urgencia y los enfermos con certificación de estabilización otorgados por el médico tratante, ya sea en la unidad de emergencia o en la de hospitalización a que hubiera sido ingresado, indicando la fecha y hora en que ello ha ocurrido, para coordinar el traslado dentro del establecimiento o a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.

Para efectos del traslado, se considerarán las siguientes alternativas:

a) Traslado en Modalidad de Atención Institucional.

Si el beneficiario o quien asuma su representación, optan por la Modalidad de Atención Institucional, y el prestador no es de aquellos que integran la red asistencial, el respectivo Servicio de Salud en el cual está inscrito este beneficiario deberá realizar las gestiones tendientes a trasladarlo a la red pública, o a otro establecimiento privado con el cual exista convenio. Los gastos de traslado serán de cargo del Servicio de Salud.

Si el traslado no es posible, y el beneficiario debe permanecer en el establecimiento privado, entre el Servicio de Salud y el prestador se generará una compra de servicios, que debe ser asumida íntegramente por el Servicio de Salud comprador, sin perjuicio de que respecto del beneficiario, se trata de una atención en Modalidad de Atención Institucional. En este caso, el cobro y pago de la hospitalización, debe requerirse por el prestador privado, directamente al Servicio de Salud contratante.

Los Servicios de salud, podrán otorgar mandato especial al Director del Fondo Nacional de Salud, para que en su representación y con cargo a los recursos que FONASA administra centralizadamente para estos casos, pague a los prestadores privados las atenciones de salud, otorgadas con posterioridad a la certificación de estabilización, de acuerdo al procedimiento que para dicho efecto dicte el Fondo Nacional de Salud.

b) Traslado en Modalidad Libre Elección.

Sin perjuicio de lo establecido en el punto precedente, el beneficiario o quien asuma su representación, podrá optar por recibir atención en la Modalidad de libre elección, en otro, o en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia o urgencia, respecto de las prestaciones que se otorguen con posterioridad a su estabilización. En estos casos los establecimientos asistenciales deberán disponer de la declaración firmada por el beneficiario o su representante, de la elección de este tipo de modalidad, junto con informar la situación al

Resolución 671  
EXENTA,  
SALUD  
N° I, 11  
D.O. 27.08.2011



Servicio de Salud correspondiente, o a quien éste hubiese delegado la función.

c) Para pacientes estabilizados que se trasladan, se dejará constancia en un documento, ficha clínica y/o dato de atención de urgencia, de la fecha y hora del traslado, centro asistencial que recibirá al enfermo, condiciones clínicas en las que se realiza el traslado, epicrisis con detalle de las atenciones efectuadas, nombre del médico cirujano que certifica la estabilización, nombre del médico cirujano que coordina el traslado al Servicio de Salud correspondiente, o a quien éste hubiese delegado la función.

En el caso de aquellos pacientes, en que a pesar del tratamiento no se logra la estabilización resultando imposible efectuar su traslado, el Fondo Nacional de Salud dispondrá los mecanismos de pago y operativa a usar para estas situaciones. Sin perjuicio de ello, la situación clínica de esos pacientes, será comunicada al Servicio de Salud correspondiente, o a quien éste hubiese delegado la función.

#### 28.4 Proceso de Fiscalización, Emisión y Pago a Prestadores:

a) Cuando por atenciones otorgadas a un paciente, se requiera el pago correspondiente a emergencia o urgencia, debidamente certificados por médico cirujano, éste será efectuado por el Fondo, preferentemente a través de órdenes de atención de salud emitidas para prestaciones grupo 28 subgrupo 01, 28-01-001 al 28-01-102.

b) Para la emisión de dichas órdenes, los prestadores deberán confeccionar un programa de atención de salud, de acuerdo a lo señalado en el punto 3 de estas normas, indicando la fecha de la atención de emergencia riesgo vital y/o riesgo de secuela funcional grave, según se haya certificado por médico cirujano tratante.

c) Asimismo el prestador adjuntará un documento en el que se detalle lo que sigue:

- . Nombre del paciente.
- . Fecha y hora de atención.
- . Nombre y RCM o RUT, del médico que certificó la emergencia.
- . Fecha y hora de certificación de la emergencia.
- . Fecha y hora de certificación de la estabilización.
- . Nómina codificada de prestaciones efectuadas
- . Listado valorizado de medicamentos e insumos.
- . Tipo de Seguro (Accidente del trabajo o enfermedad profesional, Accidente del Tránsito, Enfermedad o accidente No del trabajo).

d) Una vez efectuada la emisión de las respectivas órdenes de atención, el cobro por parte del prestador, se realizará en la misma forma que para el resto de las prestaciones de salud.

e) El Fondo fiscalizará las atenciones de emergencia con riesgo vital y/o secuela funcional grave, de acuerdo a lo señalado en el punto 4 letra e) de esta normativa.

#### 29. ATENCIONES INTEGRALES OTROS PROFESIONALES

##### 29.1 PRESTACIONES DE ENFERMERÍA (Grupo 26, Subgrupo 01) (códigos 26-01-001, 26-01-002 y 26-01-003).

a) Atenciones Integrales en Centros de Enfermería del Adulto Mayor: Código 26-01-001.

La prestación 26-01-001, debe efectuarse en Centros de Enfermería del Adulto Mayor, entendiéndose como tal, a la infraestructura y organización atendida y dirigida técnicamente por Enfermeras Universitarias, que otorgan atenciones integrales de enfermería a adultos mayores de 55 años portadores de patologías crónicas, con la finalidad de promover la autonomía y disminuir el riesgo de invalidez



de este grupo de pacientes.

a.1 Las principales patologías crónicas, que serán controladas en los centros de enfermería del adulto mayor, corresponden a las siguientes :

- . Diabetes Mellitus
- . Hipertensión arterial
- . Enfermedades pulmonares, obstructivas crónicas
- . Enfermedades reumatológicas (Artritis, Artrosis, etc.).
- . Epilepsias
- . Neoplasias
- . Enfermedades neurológicas

a.2 Inscripción: Para el cobro de la prestación 26-01-001, estos centros completarán los formularios administrativos y legales establecidos para la inscripción de entidades, debiendo además cumplir con los requisitos técnico administrativos establecidos en esta normativa.

a.3 Requisitos técnico administrativos de los centros de enfermería del adulto mayor:

Infraestructura:

- . Edificio adecuado que permita instalaciones de recepción de pacientes y sala de espera con sus acomodaciones.
- . Boxes de atención individual con lavamanos y muebles, en número acorde a las atenciones y pacientes esperados
- . Sala destinada a atención grupal (educación, charlas, ejercicios)
- . Oficinas administrativas, de secretaria, archivos y kardex.
- . Baños públicos (hombres y mujeres) y baños para

el

- personal
- . Iluminación y vías de circulación expeditas
- . Extintores de incendio

Personal:

- . El Centro es operado por Enfermeras Universitarias.  
Puede contar con auxiliares de enfermería.
- . Personal administrativo como secretaria, auxiliares de aseo, etc.

Equipos e instrumentos:

- . Aquellos necesarios para exámenes clínicos, tales como, balanzas, esfigmomanómetros, fonendoscopios, termómetros, camillas de atención.
- . Vitrina con material de curaciones, antisépticos, jeringas, agujas, equipos de esterilización.

Organización

- . Dirección a cargo de Enfermeras Universitarias
- . Libros de inscripciones y citaciones. Libro de reclamos
- . Historias clínicas con registro de las atenciones.
- . Manuales de procedimientos técnicos y administrativos.
- . Registros de las cobranzas efectuadas

Documentos Anexos

- . En la eventualidad que se realicen tomas de muestras de exámenes de laboratorio, la autorización sanitaria correspondiente.

a.4 El valor establecido para las atenciones integrales en centros de enfermería del adulto mayor, incluye lo



siguiente:

- . El conjunto de atenciones otorgadas por enfermeras universitarias, tanto de las actividades individuales como grupales, que el paciente requiera en forma anual. La duración de la primera atención, fluctuará entre 40 y 45 minutos y la de las atenciones posteriores, serán de 30 minutos como mínimo.
  - . La evaluación de enfermería, que permitirá la planificación de un programa de atención integral que incluye adherencia al tratamiento, prevención de caídas, manejo de trastornos del sueño e incontinencia urinaria, evaluación y manejo familiar de trastornos de la memoria, manejo de factores socioeconómicos, actividades diarias y educación para el autocuidado personal y familiar.
  - . El programa también incluye atenciones grupales de educación, en grupos de 6 a 8 personas y su familia.
  - . Procedimientos mínimos y habituales de enfermería, tales como esfigmomanometría, registro ponderoestatural, curaciones simples, administración de medicamentos prescritos por médico tratante (El código 26-01-001 no incluye el valor de los medicamentos que se administren), etc.
  - . En cuanto a los insumos mínimos como algodón, adhesiva, gasa, antisépticos, jabones, éstos no podrán ser cobrados separadamente al paciente.
- a.5 Límite Financiero
- . Para la prestación 26-01-001, se establece un máximo de dos prestaciones por año por beneficiario.
- a.6 Emisión y Valorización
- . Para la emisión del BAS, el beneficiario deberá proporcionar el nombre y el RUT del centro de enfermería del adulto mayor en que se efectuará la atención.
- a.7 Cobranza de BAS
- . Los BAS correspondientes a la prestación 26-01-001, podrán ser presentados en cobranza a contar de la fecha de emisión, dentro del período de vigencia administrativa de los mismos.
- b) Atenciones Integrales de Enfermería.  
(códigos 26-01-002 al 26-01-005)
- b.1 Inscripción:
- . Para el cobro de estas prestaciones, las Enfermeras Universitarias completarán los formularios administrativos y legales establecidos para la inscripción de profesionales, debiendo además cumplir con los requisitos técnico administrativos establecidos en esta normativa.
- b.2 Las prestaciones a realizar son:
- . Atención integral de enfermería en domicilio (atención mínima de 45')(sólo para mayores de 55 años), código 26-01-002.
  - . Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes postrados, terminales o post operados, código 26-01-003.
  - . Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes ostomizados, cód. 26-01-004.
  - . Atención integral de enfermería en domicilio a

Resolución 40  
EXENTA,  
SALUD  
I, N° 16) y 17)  
D.O. 31.01.2012



pacientes que requieren Instalación y/o Retiro de Catéter o sonda, cód. 26-01-005.

b.3 Las atenciones integrales de enfermería, tendrán una duración mínima de 45 minutos y están orientadas a las patologías o condiciones que se indican:

- . Pacientes postrados.
- . Enfermos en condición terminal.
- . Pacientes oncológicos.
- . Portadores de secuelas severas.
- . Pacientes post operados.
- . Pacientes ostomizados.
- . Pacientes que requieren instalación y/o retiro de catéteres o sondas.

b.4 Por integralidad de atención de enfermería, se entiende que las prestaciones incluyen en su valor:

- . Evaluación de enfermería, incluyendo examen físico, estado nutricional, de hidratación, tratamientos indicados por el médico.
- . Los procedimientos mínimos y habituales de enfermería, tales como, esfigmomanometría, curaciones simples, tomas de muestras para exámenes, administración de fleboclisis y enemas, administración de medicamentos prescritos por médico tratante (Los códigos 26-01-002 al 26-01-005, no incluyen el valor de los medicamentos que se administren).
- . Educación sanitaria y para el auto cuidado (personal y familiar).

b.5 Límite Financiero:

- . Para las prestaciones 26-01-002 y 26-01-003, se aceptará un máximo de 28 prestaciones, al año, por beneficiario.
- . Para la prestación 26.01.004, se aceptará un máximo de 5 prestaciones, al año, por beneficiario.
- . Para la prestación 26.01.005, se aceptará un máximo de 2 prestaciones, al año, por beneficiario.

b.6 Emisión, Valorización y Cobranza:

- . Para la emisión del BAS, el beneficiario deberá proporcionar el nombre de la profesional inscrita que lo atenderá, pues la emisión será nominativa. El cobro de las prestaciones sólo procede una vez efectuadas las atenciones.

c) Las prestaciones de enfermería códigos 26-01-001 al 26-01-005 no tendrán recargo horario ni estarán afectas al nivel de inscripción del profesional o entidad que las otorgue.

d) Las entidades y profesionales que efectúen cobros de prestaciones de enfermería códigos 26-01-001 al 26-01-005, deberán disponer del registro de las atenciones otorgadas, para cuando les sea requerido por el Fondo. Para ese efecto, deberán mantenerse registros actualizados de los pacientes en control y de las atenciones domiciliarias, con las actividades efectuadas y las fechas respectivas.

e) La prestación "Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes ostomizados", código 26-01-004, es la atención entregada por Enfermeras o Enfermeras Matronas, a personas portadoras de cualquier tipo de ostomías, traqueostomías, esofagostomías, gastrostomías, yeyunostomías, duodenostomías, ileostomías, colostomías, nefrostomías y urostomías.

Esta prestación incluye visita del/la profesional universitario/a, demostración de procedimiento de cambio de cánula de traqueostomía, cambio de disco y bolsa de las diferentes ostomías; supervisión del manejo de estomas de alimentación y de eliminación; educación para el



autocuidado a la persona ostomizada y a sus cuidadores. Esta prestación no incluye equipamiento ni insumos.

f) La prestación "Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes que requieren Instalación y/o Retiro de Catéter o sonda" código 26-01-005, es la atención otorgada por Enfermera o Enfermera Matrona, a personas que necesitan la instalación o retiro de los siguientes tipos de sondas: nasogástricas, de gastrostomías, enterales, vesicales, rectales; instalación de irrigación vesical, proctoclasia, cambios de botón o sonda de astrostomía, aplicación de enemas en caso de fecalomas.

Esta prestación incluye visita del/la profesional universitario/a, supervisión del manejo de sondas y educación sobre el autocateterismo vesical a la persona y a sus cuidadores. Esta prestación no incluye equipamiento ni insumos.

## 29.2 PRESTACIONES DE NUTRICIONISTAS (Grupo 26, Subgrupo 02)

a) Atención Integral de Nutricionistas (código 26-02-001)

a.1 Es la atención otorgada a un beneficiario por un profesional nutricionista en su consulta privada o en un local destinado para estos efectos de un establecimiento asistencial privado (hospital, clínica o centro de salud), debiendo cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución Exenta que regula el procedimiento de suscripción de convenios para la Modalidad Libre Elección.

a.2.- La atención integral de nutricionista será indicada por médico tratante mediante prescripción médica, tratándose de segunda o tercera atención integral de nutricionistas, no requiere de orden médica dentro del año. Las atenciones están destinadas a pacientes sin restricción por edad, siempre que tengan riesgo cardiovascular modificable con dieta y que presenten obesidad o sobrepeso, según criterios de Índice de Masa Corporal (I.M.C.).

a.3 Requisitos técnico administrativos:  
Infraestructura:

- . Boxes de atención individual con lavamanos y muebles.
- . Equipos e instrumentos necesarios para realizar la calificación nutricional.

a.4.- Por el carácter integral de la atención de nutricionista, se entiende que la prestación incluye en su valor una evaluación al inicio, un control y una evaluación al término.

Límite Financiero:

Para la prestación 26-02-001, se aceptará un máximo de 3 prestaciones, al año, por beneficiario.

a.5 Emisión, Valorización y Cobranza:

. Para la emisión del BAS, el beneficiario deberá proporcionar, el nombre del profesional inscrito que lo atenderá, pues la emisión será nominativa.

El cobro de las prestaciones sólo procede una vez efectuadas las atenciones.

. Asimismo, deberá presentar la prescripción del médico tratante, quien a través de la orden médica

profesional solicitará la evaluación y control por

Nutricionista, en las condiciones antes señaladas.

a.6 Las prestaciones de nutricionista código 26-02-001, tendrá valor único y no estará afecta a recargo horario, siendo independiente al nivel de inscripción del profesional o entidad que las otorgue.

Resolución 38  
EXENTA,  
SALUD  
Art. I N° 8  
D.O. 26.01.2013

Resolución 38  
EXENTA,  
SALUD  
Art. I N° 8  
D.O. 26.01.2013



a.7 Las entidades y profesionales que efectúen cobros de prestaciones de nutricionista código 26-02-001, deberán disponer del registro de las atenciones otorgadas, para cuando les sea requerido por el Fondo. Para ese efecto, deberán mantenerse registros actualizados de los pacientes en control, con las actividades efectuadas y las fechas respectivas.

### 30. INFRACCIONES.

30.1 Para los efectos del ejercicio de la Modalidad de Libre Elección, de la aplicación del Arancel y de las Normas Técnico Administrativas, constituyen infracciones las siguientes:

a) 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 de Salud y publicadas en el Diario Oficial, además de las Instrucciones que dicte el Fondo Nacional de Salud.

b) Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud, pudiéndose distinguir:

b.1) Por homologación de códigos por prestaciones no existentes en el Arancel;

b.2) Por homologación de códigos por prestaciones existentes en el Arancel, pero que sean de mayor valor a las efectivamente realizadas;

b.3) Por homologación de códigos por prestaciones existentes en el Arancel, para cobrar prestaciones no autorizadas al prestador;

b.4) De prestaciones no realizadas;

b.5) De prestaciones efectuadas por otro prestador;

b.6) De exámenes de laboratorio efectuados con una técnica diferente a la referida en el respectivo informe;

b.7) Exámenes de imagenología realizados con un número menor de exposiciones a las establecidas en el Arancel

b.8) De honorarios adicionales por sobre el valor establecido para el grupo del rol correspondiente;

b.9) De recargos improcedentes, por ejemplo, cobro de doble BAS por atención, salvo las excepciones contempladas por la normativa de acuerdo a la especialidad;

b.10) Por suplantación de persona haciendo uso de beneficios en salud.

b.11) Por cobro de BAS, emitido con el sólo fin de extender una licencia médica.

c) Prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los señalados en la ley, es decir, que vulneren los principios de la modalidad de libre elección cuando no sean prestaciones que requieran los beneficiarios (inducción de demanda).

d) Incumplimiento de las normas sobre emergencia o urgencia, en beneficiarios que teniendo condiciones de salud o cuadro clínico que implican riesgo vital y/o secuela funcional grave, se les atiende a través de la modalidad de libre elección, sin otorgarles la certificación médica de emergencia o urgencia, impidiendo su atención a través del Libro II y su reglamento contenido en el decreto N° 369, de 1985 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

e) Atención de personas no beneficiarias del Libro II ("préstamo" de BAS);

f) No contar con fichas clínicas de los beneficiarios que hayan recibido prestaciones de salud, sean estas físicas o electrónicas o no contar con informes de exámenes practicados, en su caso, sea este físico o electrónico;

g) No contar con los registros de respaldo por las

doResolución 671  
EXENTA,  
SALUD  
N° I, 12  
D.O. 27.08.20



prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico;

h) Falta de actualización de la planta de profesionales, lugares de atención y otros antecedentes;

i) Cobro de atención como particular a beneficiarios de FONASA a excepción de lo indicado en el punto 6.2 letra e) de esta norma.

j) Financiamiento, del todo o parte del co-pago, por los prestadores.

k) La obstaculización, por cualquier medio, por parte del prestador de la inspección o el no envío de la documentación requerida por el Fondo una vez iniciada la fiscalización.

l) Atención de beneficiarios y cobro de órdenes de atención cuando por vigencia de los BAS éstos hayan caducado, por ejemplo, en modalidad de venta digital en un día distinto al de emisión del bono electrónico, punto 3.2 letra a).

m) Maltrato o discriminación a los beneficiarios de FONASA, por esta calidad, tales como postergación de días u horarios para su atención, o dilación en las fechas otorgadas para consultas, etc.

n) No contar con autorización sanitaria, cuando la norma la exija, sin perjuicio de la cancelación administrativa inmediata en virtud de lo dispuesto por el artículo 52 del decreto supremo N° 369 de 1985, del Ministerio de Salud.

o) Incumplimiento de la obligación de informar contenida en el Art.24 de la Ley 19.966/2004: El Prestador deberá informar a los beneficiarios del Libro II en todos los casos en que se efectúe el diagnóstico de un problema de salud garantizado. Deberá dejar constancia escrita en el Formulario de Constancia de Información Pacientes GES, dispuesto por la Superintendencia de Salud para tales efectos, acerca de los derechos de los beneficiarios a las garantías establecidas en la Ley 19.966, en los establecimientos de salud públicos de la red asistencial y privados en convenio para tales efectos, que dispone FONASA.

p) No se aceptará la renuncia al rol de prestadores, cuando éste se encuentre en un proceso administrativo de fiscalización, el que continuará hasta su término. Durante el período que dure el procedimiento de fiscalización, y cuando el prestador haya manifestado su intención de renunciar al rol, se le considerará no vigente para estos efectos.

II. La presente Resolución entrará en vigencia a contar del primer día hábil posterior a la fecha de su publicación en el Diario Oficial, fecha a partir de la cual se deja sin efecto la resolución exenta N° 49 del 30.01.2009 del Ministerio de Salud.

NOTA



El numeral II de la Resolución 194 Exenta, Salud, publicada el 17.04.2012, dispone que la presente norma permanecerá vigente, como programa piloto, hasta el 31 de diciembre de 2012.

NOTA 1

El Numeral I N° 5 de la Resolución N° 38 Exenta, Salud, publicada el 26.01.2013, modifica la presente norma en el sentido de agregar en el punto 21 letra a) las siguientes prestaciones;

12-02-040;12-02-072;13-02-033;13-02-045; 14-02-017;  
14-02-019; 14-02-037 al 14-02-038; 14-02-042; 14-02-044 al  
14-02-045; 14-02-047; 15-02-031 al 15-02-033; 15-02-035 al  
15-02-037;16-02-201; 21-04-012 al 21-04-013; 21-04-016;  
21-04-021; 21-06-001 al 21-06-002; 21-07-003.

NOTA 2

El Numeral I N° 5 de la Resolución N° 38 Exenta, Salud, publicada el 26.01.2013, modifica la presente norma en el sentido de agregar en el punto 21 letra C) las siguientes prestaciones;

03-01-006; 03-01-036; 03-01-041;  
03-01-083; 03-01-086; 03-01-091; 03-02-022; 03-06-012;  
03-06-024; 03-06-026; 04-01-002; 04-01-056; 04-03-007;  
04-03-012; 04-04-004; 04-05-001; 04-05-004.

Anótese, archívese y publíquese.- Jaime Mañalich  
Muxi, Ministro de Salud.