



GOBIERNO DE CHILE  
SUPERINTENDENCIA DE SALUD  
Subdepartamento de Regulación



**CIRCULAR IF/N°35<sup>1</sup>**

**SANTIAGO, 02 FEB 2007**

## **MODIFICA INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CONFECCIÓN Y REMISIÓN DE LOS ARCHIVOS MAESTROS DE PRESTACIONES DE SALUD Y DE EGRESOS HOSPITALARIOS**

En ejercicio de las facultades que el artículo 110 del DFL N°1, de 2005, de Salud confiere a esta Superintendencia, y en especial las contenidas en el artículo N°114 del citado Decreto, se imparten las siguientes instrucciones que vienen a modificar los Anexos N°3 y N°4 de la Circular N°63 del 25 de enero de 2002, en lo que respecta a los Archivos Maestros de Prestaciones de Salud y de Egresos Hospitalarios.

### **I. INTRODUCCIÓN**

Con la finalidad de propender al mejoramiento y confiabilidad de la información que sirve de base para los estudios, análisis, control y fiscalización que esta Superintendencia debe realizar, se ha estimado necesario introducir las siguientes modificaciones:

- Ampliación del espectro de datos existentes en esta Superintendencia, para lo cual se incorporan campos que permitirán contar con información sanitaria y además, con el detalle de las prestaciones bonificadas por las Instituciones de Salud Previsional y las otorgadas a cada beneficiario.
- Actualización de las definiciones de algunos campos específicos a fin de identificar las coberturas como Garantías Explícitas en Salud y Examen de Medicina Preventiva.
- Periodicidad de envío de la información requerida. En cuanto a la información solicitada, esta Superintendencia ha estimado necesario modificar, para ambos archivos, la periodicidad de envío de la información de trimestral a mensual a

---

<sup>1</sup> El texto de esta Circular fue modificado por la Circular IF/N°62, de 19 de febrero de 2008.

partir del mes de enero de 2009, debiendo continuar hasta esa fecha, de forma trimestral.<sup>2</sup>

## II. MODIFICACIONES Y CRITERIOS A CONSIDERAR PARA LA GENERACIÓN Y CORRECTO LLENADO DE LOS ARCHIVOS MAESTROS DE PRESTACIONES DE SALUD Y EGRESOS HOSPITALARIOS

Las Instituciones de Salud Previsional, deberán confeccionar los Archivos Maestros de Prestaciones de Salud y de Egresos Hospitalarios, para proporcionar información detallada mensualmente respecto de aquellas prestaciones que hayan sido bonificadas y otorgadas a los beneficiarios. El nivel de acumulación mensual de la información, también registrará para cada trimestre informado durante el año 2007 y durante el año 2008.<sup>3</sup>

Para tales efectos, se deberán llenar los campos que se presentan en los Anexos N° 1, 2 y 3, conforme a las instrucciones y especificaciones técnicas que se definen en el Anexo N° 4.

Cabe señalar, que los citados Anexos números 1 y 2 de la presente circular vienen a reemplazar el Anexo N°3 de la Circular N°63, del 25 de enero de 2002. Del mismo modo, el Anexo N°3 de esta circular sustituirá el Anexo N°4 de la mencionada Circular N°63.

Sin perjuicio de lo anteriormente descrito, la isapre deberá emplear -a partir de la vigencia de la presente circular- un criterio diferente para informar el detalle mensual de las prestaciones, las que se deberán individualizar en dos registros denominados Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas y Archivo Maestro de Prestaciones Otorgadas, según corresponda.

### a) Anexo N°1

En el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas se deberán incluir **todas** las prestaciones efectivamente bonificadas a cada beneficiario, en un determinado periodo, independientemente de la fecha en que éstas se otorguen. Se debe señalar, que se entenderá por prestaciones bonificadas aquellas en las cuales el bono o reembolso respectivo fue emitido.

Aquellas aseguradoras que registren en sus sistemas prestaciones con bonificación igual a cero (0), deberán informarlas en este archivo empleando los campos correspondientes.

<sup>2</sup> Párrafo modificado en virtud de la Circular IF/N°62, de 19.02.08 ....

<sup>3</sup> Párrafo modificado en virtud de la Circular IF/N°62, de 19.02.08

## b) Anexo N°2

Cuando el asegurador obtenga la fecha en que el beneficiario recibió efectivamente la prestación, ella deberá ser registrada en el Archivo Maestro de Prestaciones Otorgadas relacionándola con el bono de atención o reembolso informado en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas.

De esta manera, se podrá conocer tanto la fecha de emisión y/o bonificación de la prestación como la de su otorgamiento. Para tales efectos, las isapres deberán ajustar sus procedimientos de manera de capturar los datos requeridos.

Es importante precisar, que la exigencia de completar la información referida a la fecha de otorgamiento de la prestación, se circunscribirá a aquellas cubiertas por las GES - en virtud de las instrucciones emitidas en la Circular IF N°27 /2006- aquellas derivadas de programas médicos y las generadas de transacciones emitidas bajo la modalidad de bono electrónico, en cuyo caso la fecha de dicha transacción se considerará como la oportunidad en que se otorgó la atención.

Aquellas prestaciones cuyas fechas de otorgamiento son conocidas por el asegurador, al momento de la bonificación, deberán ser informadas simultáneamente en ambos archivos, de acuerdo al detalle de campos que éstos presentan.

La información que se requiere mediante los citados archivos, es complementaria entre sí, por lo que los datos contenidos en ellos deben ser consistentes. El criterio general que deberá primar para el registro de datos en ellos es **la fecha de bonificación** de la o las prestaciones que se informen. Con todo, la fecha de bonificación con que se iniciará el registro de ambos archivos es enero de 2007.

De esa manera si una prestación fue realizada en Diciembre de 2006 y fue bonificada en Febrero 2007, corresponderá su registro en el mes de Febrero 2007, en ambos archivos. Por el contrario, si la prestación fue bonificada por ejemplo durante el mes de diciembre del 2005 y realizada el año 2006, no debe registrarse en ninguno de los archivos, pues la fecha de bonificación con que se da inicio al registro es enero de 2007.

## c) Anexo N°3

Respecto al Archivo Maestro de Egresos Hospitalarios, se ha estimado necesario incorporar ciertos campos -como el RUN del beneficiario y el folio del programa médico- los que permitirán establecer asociaciones entre las distintas tablas que mantiene esta Superintendencia.

Este archivo deberá contener la información mensual de los egresos hospitalarios individuales y únicos, que correspondan a la/s alta/s médica/s por la/s cual/es, un beneficiario estuvo hospitalizado por alguna enfermedad y/o condición de salud

principal y/o secundaria. El detalle mensual de la información, también regirá para cada trimestre informado durante el año 2007 y 2008.<sup>4</sup>

Además, se deberá incluir el registro de aquellos egresos hospitalarios que incluye a los pacientes fallecidos durante la hospitalización. La enfermedad principal y secundaria -si corresponde- debe registrarse conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedad en su versión número 10 (CIE-10).

La fecha con que se dará inicio al registro de la información en este archivo maestro es enero de 2007.

### III DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Sin perjuicio de los requerimientos de información establecidos en la presente circular, esta Superintendencia, con la finalidad de contribuir al proceso de ajuste o desarrollo de los sistemas de las aseguradoras conforme a las nuevas necesidades de información señaladas en el título I precedente, ha dispuesto que el envío de la información se realice mensualmente a partir del mes de enero de 2009. Por lo tanto, durante el año 2007 y 2008 la periodicidad de envío será trimestral.<sup>5</sup>

Asimismo, se ha estimado conveniente que se completen gradualmente ciertos campos exigidos en los archivos que se presentan. De esta manera, la información que se detalla a continuación se hará exigible para todas las aseguradoras a partir de la información de enero de 2008, cuyo envío a este Organismo Fiscalizador corresponderá al día 20 de abril del mismo año.<sup>6</sup>

No obstante lo anterior, aquellas Instituciones que capturen dichos datos en sus sistemas, deberán informarlos a partir del año 2007 trimestralmente, considerando como mes de inicio enero del año en curso. En este caso el envío de la información deberá producirse el día 20 de abril de 2007.

#### a) Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas

Región del Prestador (Campo 11)

Comuna del Prestador (Campo 12)

Horario de Otorgamiento de la Prestación (Campo 31)

Ley de Urgencia Vital (Campo 33)

---

<sup>4</sup> Párrafo modificado en virtud de la Circular IF/N°62, de 19.02.08

<sup>5</sup> Párrafo modificado en virtud de la Circular IF/N°62, de 19.02.08

<sup>6</sup> Párrafo modificado en virtud de la Circular IF/N°62, de 19.02.08

b) Archivo Maestro de Egresos Hospitalarios

Comuna del Prestador (Campo 10)

Condición al Egreso (Campo 17)

### III. ENVÍO DE LA INFORMACIÓN

La información remitida en los archivos que se instruyen en la presente circular deberá corresponder a las prestaciones **bonificadas** a partir del 1 de enero de 2007, considerando para ello aquellos datos que -en virtud de los campos definidos- se generen a contar de la fecha antes citada.

Dicha información deberá ser enviada trimestralmente durante el año 2007 y año 2008 y mensualmente, a partir del año 2009.<sup>7</sup>

En el caso de la información trimestral, se mantendrá la exigencia de remitir dichos archivos en el mismo plazo de envío que contempla la Circular N°63 del 25 de enero de 2002, de la Superintendencia de Isapres, esto es, a más tardar el día 20 del mes siguiente al trimestre que se informa.

Una vez completado el proceso especial de envío para el año 2007 y año 2008, las aseguradoras deberán remitir en forma regular los archivos mensualmente, a más tardar el día 20 del mes siguiente a aquél que se informa.

Los plazos que venzan en días sábado o festivo se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

Se debe reiterar que la transferencia de ambos archivos, se realizará a través de la red privada denominada Extranet SIS, que permite la remisión de archivos computacionales mediante un protocolo seguro de transferencia.

Es importante señalar que, si tras la validación de cada archivo enviado, éstos acusan fallas o errores, la Institución afectada deberá corregirlos y reenviarlos hasta que se apruebe definitivamente el proceso.

### IV. VIGENCIA

La presente circular entrará en vigencia a partir de la fecha de su notificación.

---

<sup>7</sup> Párrafo modificado en virtud de la Circular IF/N°62, de 19.02.08

## **V. DEROGACIÓN DE NORMATIVA**

A contar de la fecha de vigencia de la presente circular se entienden derogados los Anexos números 3 y 4 de la Circular N°63, del 25 de enero de 2002, de la Superintendencia de Isapres.

**RAÚL FERRADA CARRASCO  
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS  
PREVISIONALES DE SALUD**

**UNA/FNP/AMV/RDM/SAQ/ MPO**

### **DISTRIBUCIÓN**

- Sres. Gerentes Generales de Isapres
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Depto. de Estudios y Desarrollo
- Depto. Control
- Subdepto. TIC
- Secretaría Ejecutiva
- Subdepto. Regulación
- Oficina de Partes

N° correlativo 4 CIRCULAR MODIF ARCHIVOS PRESTAC – EGRESOS def

## ANEXO N° 1

**Estructura Computacional del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas**

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	CÓDIGO DE LA ASEGURADORA	Numérico
(02)	FECHA INFORMACIÓN	Numérico
(03)	TIPO DE REGISTRO	Numérico
(04)	RUN BENEFICIARIO	Numérico
(05)	DV BENEFICIARIO	Alfanumérico
(06)	SEXO BENEFICIARIO	Alfabético
(07)	EDAD BENEFICIARIO	Numérico
(08)	TIPO DE BENEFICIARIO	Numérico
(09)	RUT DEL PRESTADOR	Numérico
(10)	DV DEL PRESTADOR	Alfanumérico
(11)	REGIÓN DEL PRESTADOR	Numérico
(12)	COMUNA DEL PRESTADOR	Numérico
(13)	PRESTADOR PREFERENTE	Numérico
(14)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO PRINCIPAL	Numérico
(15)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO COMPLEMENTARIO	Numérico
(16)	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	Alfanumérico
(17)	NÚMERO DE REEMBOLSO	Alfanumérico
(18)	CÓDIGO PRESTACIÓN	Alfanumérico
(19)	PERTENENCIA DEL CÓDIGO	Numérico
(20)	COBERTURA/FINANCIAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	Numérico
(21)	FECHA DE LA BONIFICACIÓN	Numérico
(22)	IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	Alfanumérico
(23)	TIPO DE PRESTADOR	Numérico
(24)	TIPO ATENCIÓN	Numérico
(25)	FRECUENCIA	Numérico
(26)	VALOR FACTURADO	Numérico
(27)	VALOR BONIFICADO	Numérico
(28)	MONTO COPAGO	Numérico

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(29)	BONIFICACIÓN RESTRINGIDA	Numérico
(30)	TIPO DE PLAN	Numérico
(31)	HORARIO DE OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	Numérico
(32)	MODALIDAD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Numérico
(33)	LEY DE URGENCIA VITAL	Numérico



## Definiciones del Archivo Computacional de Prestaciones Bonificadas

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	<p>Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.</li> <li>✓ No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se validará con los registros existentes en la Superintendencia.</li> </ul>
(02)	FECHA INFORMACIÓN	<p>Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía.</p> <p>La información que se remita corresponderá a un detalle de las prestaciones de salud <b>bonificadas</b>, en el mes que se informa.</p> <p>Esta información deberá remitirse mensualmente, siendo su plazo máximo de envío, el día 20 del mes siguiente al mes que se informa.</p> <p>No obstante lo anterior, durante el año 2007 (período de transición) la remisión de la información deberá efectuarse -como plazo máximo- el día 20 del mes siguiente al trimestre que se informa.</p> <p>Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El valor no podrá ser mayor al mes y año en que se informa, ni menor que 012007</li> </ul>
(03)	TIPO DE REGISTRO	<p>Corresponde a la categorización o clasificación de la prestación informada.</p> <p>Los valores a emplear son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Curativa</li> <li>2: Examen de Medicina Preventiva</li> <li>3: Protección a la mujer embarazada y hasta el sexto mes de nacimiento del hijo</li> <li>4: Control del niño sano (Recién Nacido hasta los seis años de edad)</li> </ol> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> </ul>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.</li> <li>✓ Valores posibles: 1, 2, 3, 4.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se validará su consistencia con el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación). Cuando dicho campo registre valor 1, 2 ó 3, el campo Tipo de Registro sólo podrá consignar un 1. Cuando el campo Tipo de Registro registre valor 2, 3 ó 4, el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación), deberá registrar valor 4.</li> </ul>
(04)	RUN BENEFICIARIO	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCEI), del beneficiario - cotizante o carga – al que se le bonificó la(s) prestación(es) que se informa(n).</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios No Natos, en lugar del RUN deberá informarse el valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se validará su consistencia con el campo 05 (Dígito verificador del beneficiario).</li> <li>✓ Deberá existir en la base de beneficiarios que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud, con excepción de los beneficiarios No Natos.</li> </ul>
(05)	DV BENEFICIARIO	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Run del Beneficiario (campo 04) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios No Natos, deberá informarse la letra X.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo alfanumérico. Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <p>Se validará su consistencia con el campo 04 (RUN beneficiario).</p>
(06)	SEXO BENEFICIARIO	<p>Identifica el sexo del beneficiario objeto de la prestación bonificada. En caso de aquellos beneficiarios No Natos, deberá informarse la letra X.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo alfabético.</li> <li>✓ Valores posibles: F= Femenino, M=Masculino, X=No Nato</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(07)	EDAD BENEFICIARIO	<p>Corresponde a la edad del beneficiario al momento en que fue o fueron bonificadas la(s) prestación(es) de salud que se informa (n).</p> <p>La edad debe estar expresada en años, debiendo considerarse para ello los años cumplidos a la fecha de bonificación.</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios No Natos y aquellos que tengan menos de un año de vida, deberá informarse como edad el valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul>
(08)	TIPO BENEFICIARIO DE	<p>Identifica si el beneficiario tiene la calidad de Cotizante o Carga.</p> <p>Para este efecto, la isapre deberá asignar los códigos siguientes, considerando para ello la situación del beneficiario a la fecha de bonificación de la prestación:</p> <p>1: Cotizante 2: Carga</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> <li>✓ Valores posibles: 1,2.</li> </ul>
(09)	RUT DEL PRESTADOR	<p>Corresponde al RUT del prestador asociado a la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>Se deberá informar en este campo el RUT del prestador institucional, aún cuando la prestación haya sido efectivamente otorgada por un profesional.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se validará su consistencia con el campo 10 (Dígito verificador del Prestador).</li> </ul>
(10)	DV DEL PRESTADOR	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del Prestador (campo 09) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo alfanumérico. Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se validará su consistencia con el campo 09 (RUT del Prestador).</li> </ul>
(11)	REGIÓN DEL PRESTADOR	<p>Corresponde al código de la región –del 1 al 13- en que se encuentra el prestador que efectuó la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>Dicha codificación se modificará en relación directa con las variaciones que adopte la división territorial del país, como por ejemplo cuando ocurra la incorporación de dos nuevas regiones al territorio nacional, motivo por el cual el código de la región se modificará del 1 al 15.</p> <p>En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico.</li> <li>✓ Valores posibles: 0 al 13. o en conformidad a la división territorial que se adopte en el país</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul>
(12)	COMUNA PRESTADOR DEL	<p>Corresponde a la codificación numérica establecida por el INE de la comuna en que se encuentra el <u>prestador</u>, que otorgó la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico.</li> <li>✓ Valores posibles: 0 (cero) y según codificación del INE.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se validará que la comuna pertenezca a la región informada en el campo 11 (Región del prestador).</li> </ul>
(13)	PRESTADOR PREFERENTE	<p>Indica si la(s) prestación(es) bonificada(s) fue otorgada por un prestador preferente.</p> <p>Para este efecto, la isapre deberá asignar los códigos siguientes, considerando para ello la situación del prestador a la fecha de bonificación de la prestación:</p> <p>1: Sí 2: No</p> <p>Validadores Técnicos:</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul> Valores posibles: 1,2.
(14)	NÚMERO MÉDICO (PAM) PROGRAMA PRINCIPAL	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al programa médico relacionado con la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>En el caso que las prestaciones bonificadas se encuentren en varios programas médicos, como podría ser en una hospitalización, se registrará como Programa Médico Principal a aquél en que se detalle la prestación Día(s) cama.</p> <p>Si la(s) prestación(es) bonificada(s) que se informa no es parte de un Programa Médico, como por ejemplo Consulta Médica ambulatoria, corresponderá informar valor 0 (cero) en este campo.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) deberá registrar valor 0 (cero).</li> </ul>
(15)	NÚMERO MÉDICO COMPLEMENTARIO PROGRAMA	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado por la aseguradora, a los programas médicos que complementan a otro principal para la cobranza de prestaciones.</p> <p>En caso que la cobranza de prestaciones se realice en un solo programa médico, en este campo se registrará valor 0 (cero).</p> <p>Asimismo, si el asegurador asigna como correlativo al PAM complementario, el mismo folio con el que se identifica el PAM principal, deberá repetirse dicho valor en este campo.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) deberá registrar valor 0 (cero).</li> </ul>
(16)	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a la orden de atención médica relacionada con la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores de Consistencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuando el campo Número de Reembolso (17) registre valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrarse un 0 (cero).</li> </ul>
(17)	NÚMERO DE REEMBOLSO	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso para el beneficiario.  Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul> Validadores de Consistencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuando el campo Número de Bono de Atención (16) registre valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrarse 0 (cero).</li> </ul>
(18)	CÓDIGO PRESTACIÓN	Corresponde al código que identifica la o las prestaciones de salud bonificadas al beneficiario, sea este cotizante o carga, en el mes y año que se informa.  La información de las prestaciones bonificadas que se envíe deberá utilizar como base para su codificación el Arancel de FONASA de la Modalidad Libre Elección que se encuentre vigente a la fecha de bonificación, respetando su orden y estructura.  Sin perjuicio de lo anterior, deberá considerarse lo siguiente:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las prestaciones que hayan sido desagregadas por las isapres, para una mejor gestión, deberán ser agrupadas tomando como base los códigos presentados en el Arancel FONASA.  Por ejemplo: 01-01-029 Consulta médica oftalmológica especialista iris XX-YY-LLL Consulta médica oftalmológica especialista iris  Debe informarse como: 01-01-003 Consulta médica especialista</li> <li>• Las prestaciones relacionadas con el <b>Examen de Medicina Preventiva (EMP)</b> deberán informarse complementariamente en este archivo, empleando los códigos definidos de acuerdo a los "Códigos Referenciales de Prestaciones Examen de Medicina Preventiva" contenidos en el Anexo Explicativo N°5, de la Circular IF N°23/2006 o el que lo reemplace.</li> <li>• Asimismo, la prestación o grupo de prestaciones asociadas a un problema de salud incluido en el Decreto Supremo del MINSAL que fija las <b>Garantías Explícitas en Salud (GES)</b> a que se refiere la Ley N°19.966, y que se encuentre vigente, deberá informarse complementariamente en este archivo, empleando el Anexo N°3 "Arancel GES Decreto Supremo", de la citada Circular IF N°23/2006 o el que lo reemplace. Por ejemplo:</li> </ul>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>7D3 = Confirmación de Pacientes con DM Tipo 2 25T02 = Implantación Marcapasos Unicameral VVI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El uso de pabellones quirúrgicos o salas de procedimientos deberá informarse con los códigos adicionales definidos en el Arancel Fonasa, por ejemplo: 0000001 = Sala de Procedimientos 1. 0000002 = Sala de Procedimientos 2. 0000014 = Derecho de Pabellón 14.</li> <li>• Los insumos y materiales clínicos deberán informarse agrupados bajo el código 4000000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES.</li> <li>• Los Medicamentos deberán informarse bajo el código 6100000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES.</li> <li>• Las prestaciones dentales deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES.</li> <li>• Las Drogas Antineoplásicas deberán informarse agrupadas bajo el código 6200000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES.</li> <li>• Las Drogas inmunosupresoras deberán informarse agrupadas bajo el código 6400000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES.</li> <li>• Las prestaciones que, bonificadas por la isapre, no se encuentran bajo ninguna de las denominaciones anteriores, deberán ser informadas según la codificación que le hubiera asignado la propia Isapre.</li> </ul> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo alfanumérico. Valores posibles: los códigos indicados en el Arancel Fonasa de la Modalidad de Libre Elección, los Anexos N° 3 y N° 5 de la Circular IF/N° 23/2006, el Arancel de Prestaciones de la isapre informado a la Superintendencia y los códigos identificados en forma taxativa en esta definición: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000 y 6400000.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se validará su consistencia con el campo 19 (Perteneencia del Código). Cuando dicho campo registre valor 1, este campo deberá consignar como valor algún código del Arancel Fonasa de la Modalidad Libre Elección. Si el campo 19 (Perteneencia del Código) registra valor 2, este campo deberá registrar algún código del Arancel de la isapre. Si el campo 19 (Perteneencia del Código) registra valor 3, este campo deberá registrar alguno de los siguientes códigos: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000,</li> </ul>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>6400000, o los señalados en el Anexo N° 3 ó N° 5 de la Circular IF/N° 23/2006.</p> <p>✓ Se validará su consistencia con el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación).</p> <p>Cuando dicho campo registre valor 1, este campo deberá registrar algún valor contenido en el Anexo N° 3 de la Circular IF/N° 23/2006. Si el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación) registra cualquier otro valor, este campo podrá registrar cualquiera de los valores posibles, salvo los contenidos en el Anexo N° 3 de la Circular IF/N° 23/2006.</p>
(19)	PERTENENCIA DEL CÓDIGO	<p>Indica si el código de la prestación bonificada pertenece al Arancel Fonasa, es propio de la isapre o ha sido definido especialmente por esta Superintendencia. Se utilizará la siguientes codificación:</p> <p>1: Código de la Prestación pertenece al arancel FONASA  2: Código de la Prestación es propio del Asegurador  3: Código de la Prestación definido por la Superintendencia</p> <p>Validadores Técnicos:  ✓ Campo de tipo numérico. Valores posibles: 1, 2, 3.  ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</p>
(20)	COBERTURA/ FINANCIAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	<p>Identifica si la prestación que se informa ha(n) sido o no cubierta (s) al beneficiario . Lo anterior, de acuerdo a los siguientes valores:</p> <p>1: GES  2: CAEC  3: GES- CAEC  4: Plan Complementario (se excluye CAEC y GES-CAEC)  5: No bonificado  6: Otro (Ej. beneficios complementarios o especiales)</p> <p>Validadores Técnicos:  ✓ Campo de tipo numérico. Valores posibles: 1, 2, 3, 4, 5, 6.  ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</p> <p>Validadores de Consistencia  ✓ Si el valor registrado en este campo es igual a 5, el campo 27 Valor Bonificado deberá ser igual a cero.</p>
(21)	FECHA DE BONIFICACIÓN LA	<p>Corresponde a la fecha (día, mes y año) de bonificación de la(s) prestación(es) que se informa(n), independientemente de la fecha en que se otorgó la prestación.</p> <p>Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos:  ✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</p>



ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero.</p> <p>Validadores de Consistencia: Se validará su consistencia con el campo 02 (Fecha Información).</p>
(22)	IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	<p>Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan de salud, suscrito por el cotizante, y vigente a la fecha de bonificación de la(s) prestación(es).</p> <p>Para estos efectos, la isapre deberá usar el mismo código de identificación que el informado en el Archivo de Planes según Circular IF N° 13/2006.</p> <p>Validadores Técnicos:          ✓ Campo de tipo alfanumérico.          ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.</p> <p>Validadores de Consistencia:          ✓ Se validará su consistencia con el campo 03 (Identificación Única del Plan) del Archivo de Planes según la Circular IF/N° 13/2006.</p>
(23)	TIPO DE PRESTADOR	<p>Identifica la característica del prestador que otorgó u otorgará las atenciones de salud bonificadas, en cuanto a si pertenece al Sistema Público de Salud o al Sistema Privado, donde:</p> <p>1: Prestador Institucional perteneciente al Sistema Público de Salud          2: Prestador perteneciente al Sistema Privado de Salud</p> <p>Si el prestador que otorgó u otorgará las atenciones de salud bonificadas corresponde a una persona natural, corresponderá informar el código 2.</p> <p>Validadores Técnicos:          ✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.          ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.          ✓ Valores Posibles: 1,2.</p>
(24)	TIPO ATENCIÓN	<p>Identifica la modalidad de atención en que se otorgó u otorgará la prestación, conforme haya sido bonificada por el asegurador. Se utilizará la siguiente codificación:</p> <p>1: Atención Ambulatoria          2: Atención Hospitalaria</p> <p>Para estos efectos se entenderá por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestación de Atención ambulatoria: aquella realizada a un beneficiario, por un prestador, sin que requiera, complementariamente, de prestaciones de días cama.</li> <li>• Prestación de Atención hospitalaria: aquella realizada a un beneficiario y que requiere o requirió que se haya efectuado con</li> </ul>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>el paciente hospitalizado. La hospitalización no necesariamente requiere que el paciente pernocte en el establecimiento, por lo tanto el alcance de la atención hospitalaria deberá definirse de acuerdo a la jurisprudencia establecida por esta Superintendencia en la normativa que regula la materia.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> <li>✓ Valores Posibles: 1, 2.</li> </ul>
(25)	FRECUENCIA	<p>Corresponde al número de veces que se bonificó la prestación respecto del bono de atención o el reembolso informado.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.</li> </ul>
(26)	VALOR FACTURADO	<p>Corresponde al monto total en pesos que el prestador ha facturado o facturará por cada prestación de salud bonificada al beneficiario.</p> <p>En caso que la prestación que se informe corresponda a un examen preventivo, corresponde al costo total en pesos asumido por el asegurador.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.</li> </ul>
(27)	VALOR BONIFICADO	<p>Corresponde al monto total en pesos bonificado por el asegurador, por cada prestación de salud respecto del bono de atención o el reembolso informado.</p> <p>En el caso que la prestación no sea bonificable, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul>
(28)	MONTO COPAGO	<p>Corresponde a la contribución que deberá efectuar el beneficiario - cotizante o carga - respecto de la prestación que se informa.</p> <p>En caso que la prestación haya sido bonificada como consecuencia de un reembolso, corresponderá informar - en este campo - la diferencia entre el valor cobrado por el prestador, registrado en la boleta o factura y la bonificación que la isapre haya efectuado.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(29)	BONIFICACIÓN RESTRINGIDA	<p>Indica si la prestación fue bonificada una vez consumidos los topes establecidos en el plan de salud, corresponde a preexistencias declaradas (18 meses) o embarazo en curso, y por ende se ha utilizado una bonificación proporcional.</p> <p>A efectos de informar a la Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>1: Sí 2: No</p> <p>Validadores Técnicos:  <input checked="" type="checkbox"/> Campo de tipo numérico.  <input checked="" type="checkbox"/> Valores Posibles: 1 y 2.  <input checked="" type="checkbox"/> Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</p>
(30)	TIPO DE PLAN	<p>Indica si el plan asociado al beneficiario objeto de la prestación contempla cobertura general o reducida.</p> <p>A efectos de informar a la Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>1 = Plan con cobertura General 2 = Plan con cobertura Reducida</p> <p>Validadores Técnicos:  <input checked="" type="checkbox"/> Campo de tipo numérico.  <input checked="" type="checkbox"/> Valores Posibles 1 y 2.  <input checked="" type="checkbox"/> Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</p>
(31)	HORARIO OTORGAMIENTO LA PRESTACIÓN	<p>DE DE</p> <p>Indica el horario en que fue bonificada la prestación que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, las isapres deberán usar los siguientes valores:</p> <p>1: Horario Hábil 2: Horario Inhábil 3: Sin Información, el que corresponderá en los casos en que la aseguradora no cuente con la información que se requiere.</p> <p>Validadores Técnicos:  <input checked="" type="checkbox"/> Campo de tipo numérico.  <input checked="" type="checkbox"/> Valores Posibles: 1,2 y 3.  <input checked="" type="checkbox"/> Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</p>
(32)	MODALIDAD INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	<p>DE</p> <p>Identifica si la intervención quirúrgica, bonificada al beneficiario, se realizó en forma simultánea o sucesiva a otra en el mismo acto quirúrgico correspondiente.</p> <p>Para tales efectos se utilizará la siguiente codificación:</p> <p>1 = Si</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>2 = No 3 = No Aplicable</p> <p>En caso que la prestación que se informe en el campo 18 (Código de Prestación), no corresponda a una intervención quirúrgica, se registrará el valor 3 (No Aplicable).</p> <p>En caso que se realice sólo una prestación de tipo quirúrgica al beneficiario, corresponderá informar en este campo valor 2. Corresponderá informar valor 1, para todas las prestaciones quirúrgicas que cumplan con la condición de haberse efectuado en forma simultánea o sucesiva, no importando, para efectos de este archivo, su orden.</p> <p>Con todo, se entenderá que una prestación es de tipo quirúrgica cuando tenga asociada una Sala de Procedimientos o un Pabellón Quirúrgico.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Valores Posibles: 1, 2, 3.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se validará su consistencia con lo informado en el campo 18 (Código de Prestación).</li> </ul>
33	LEY DE URGENCIA VITAL	<p>Indica si la prestación de salud que se informa, deriva de una atención médica que implique riesgo vital o secuela funcional grave (urgencia o emergencia) conforme a la Ley N°19.650.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, las isapres deberán usar los siguientes valores:</p> <p>1: Si 2: No</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico.</li> <li>✓ Valores Posibles: 1 y 2.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul>

**ANEXO N° 2**  
**Estructura Computacional del Archivo Maestro de Prestaciones Otorgadas**

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	Numérico
(02)	FECHA INFORMACIÓN	Numérico
(03)	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	Alfanumérico
(04)	NÚMERO DE REEMBOLSO	Alfanumérico
(05)	FECHA DEL OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	Numérico

## Definiciones del Archivo Computacional de Prestaciones Otorgadas

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	<p>Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.</li> <li>✓ No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se validará con los registros existentes en la Superintendencia.</li> </ul>
(02)	FECHA INFORMACIÓN	<p>Corresponde al mes y año <u>de envío</u> de la información.</p> <p>La información que se remita corresponderá a un detalle mensual de las prestaciones de salud efectivamente <b>otorgadas</b>.</p> <p>Esta información deberá remitirse mensualmente, siendo su plazo máximo de envío, el día 20 del mes siguiente del mes que se informa.</p> <p>No obstante lo anterior, durante el año 2007 (período de transición) la remisión de la información deberá efectuarse -como plazo máximo- el día 20 del mes siguiente al trimestre que se informa. En tal caso, corresponderá registrar en este campo el mes y el año que cierra el trimestre que se informa. Por ejemplo, el archivo que se envíe el período Enero-Marzo 2007, el valor de este campo será 032007.</p> <p>Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El valor no podrá ser mayor al mes y año en que se informa, ni menor que 012007.</li> </ul>
(03)	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a la orden de atención médica relacionada con la(s) prestación(es) de salud de la cual se informa su fecha de otorgamiento.</p> <p>En caso que la prestación que se informe sea bonificada a través de un reembolso, en este campo se informará valor 0 (cero).</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuando el campo Número de Reembolso (04) registre valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrarse un 0 (cero).</li> <li>✓ El valor que se informe en este campo deberá existir en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, ya sea en el periodo que se informa o en otro anterior.</li> </ul>
(04)	NÚMERO DE REEMBOLSO	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso al beneficiario, relacionado con la(s) prestación(es) de salud de la cual se informa su fecha de otorgamiento.</p> <p>En caso que la prestación que se informe sea bonificada a través de un Bono de Atención, en este campo se informará valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuando el campo Número de Bono de Atención (03) registre valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrarse 0 (cero).</li> <li>✓ El valor que se informe en este campo debe haber sido informado en el Archivo Maestro de Prestaciones bonificadas, ya sea en el periodo que se informa o en otro anterior.</li> </ul>
(05)	FECHA DEL OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	<p>Corresponde a la fecha (día, mes y año) en que el beneficiario recibió efectivamente la prestación a la que se refiere el Bono de Atención o el Reembolso que se informa.</p> <p>Se deberá registrar obligatoriamente información en este campo cuando la prestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esté comprendida en un Programa Médico (PAM),</li> <li>• Corresponda una prestación garantizada o incluida en las GES.</li> <li>• Haya sido emitida bajo la modalidad de bono electrónico.</li> </ul> <p>Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año.</p> <p>A efectos de informar a esta Superintendencia, deberán considerarse los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso que la prestación haya sido otorgada cuando el paciente esté hospitalizado, se registrará la fecha de inicio de la hospitalización.</li> </ul>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• De igual manera y tratándose de prestaciones ambulatorias que son indicadas por el médico tratante en forma de ciclos, tal como la Kinesiterapia o Psicoterapia, se registrará la fecha de inicio de cada ciclo.</li> <li>• Por su parte, en caso de prestaciones asociadas a las GES y que se informen de acuerdo al Arancel GES definido en el Anexo N° 3 de la Circular N°23/2006, se informará la fecha de otorgamiento de la primera prestación de cada "Prestación o Grupo de Prestación GES", en concordancia con las definiciones de la Circular IF/N° 27/2006.</li> </ul> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero.</li> </ul>



**ANEXO N° 3**  
**Estructura Computacional del Archivo Maestro de Egresos Hospitalarios**

Cada registro del archivo de Egresos Hospitalarios debe estar referido a un egreso individual y único, por el cual un beneficiario estuvo hospitalizado por alguna enfermedad y/o condición de salud. Este Archivo deberá incluir, además, el registro de aquellos egresos hospitalarios que incluye a los pacientes fallecidos durante la hospitalización, es decir, el egreso se informará en forma independiente de la condición de egreso del paciente.

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	Numérico
(02)	FECHA INFORMACIÓN	Numérico
(03)	RUN BENEFICIARIO	Numérico
(04)	DV BENEFICIARIO	Alfanumérico
(05)	SEXO BENEFICIARIO	Alfabético
(06)	EDAD BENEFICIARIO	Numérico
(07)	TIPO DE BENEFICIARIO	Numérico
(08)	RUT DEL PRESTADOR	Numérico
(09)	DV DEL PRESTADOR	Alfanumérico
(10)	COMUNA DEL PRESTADOR	Numérico
(11)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO (PAM)	Numérico
(12)	CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Alfanumérico
(13)	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	Alfanumérico
(14)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Numérico
(15)	FECHA DE INGRESO	Numérico
(16)	FECHA DE EGRESO	Numérico
(17)	CONDICIÓN AL EGRESO	Numérico
(18)	NÚMERO DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	Numérico
(19)	IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	Alfanumérico
(20)	TIPO DE PRESTADOR	Numérico

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	<p>Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.</li> <li>✓ No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se validará con los registros existentes en la Superintendencia.</li> </ul>
(02)	FECHA INFORMACIÓN	<p>Corresponde al mes y año <u>de envío</u> de la información.</p> <p>La información que se remita corresponderá a un detalle mensual de los egresos hospitalarios que hayan sido bonificados por la aseguradora al beneficiario, sea éste cotizante o carga.</p> <p>Esta información deberá remitirse mensualmente, siendo su plazo máximo de envío, el día 20 del mes siguiente al mes que se informa.</p> <p>No obstante lo anterior, durante el año 2007 (período de transición) la remisión de la información deberá efectuarse - como plazo máximo- el día 20 del mes siguiente al trimestre que se informa. En tal caso, corresponderá registrar en este campo el mes y el año que cierra el trimestre que se informa. Por ejemplo, el archivo que se envíe el período Enero-Marzo 2007, el valor de este campo será 032007.</p> <p>Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El valor no podrá ser mayor al mes y año en que se informa, ni menor que 012007.</li> </ul>
(03)	RUN BENEFICIARIO	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI), del beneficiario - cotizante o carga – asociado al egreso hospitalario que se informa.</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios No Natos, en lugar del RUN deberá informarse el valor 0 (cero).</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se validará su consistencia con el campo 04 (Dígito verificador beneficiario).</li> <li>✓ Deberá existir en la base de beneficiarios que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud, con excepción de los beneficiarios No Natos.</li> </ul>
(04)	DV BENEFICIARIO	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Beneficiario (campo 03) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios No Natos, deberá informarse la letra X.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo alfanumérico. Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se validará su consistencia con el campo 03 (RUN beneficiario).</li> </ul>
(05)	SEXO BENEFICIARIO	<p>Identifica el sexo del beneficiario asociado al egreso hospitalario que se informa.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo alfabético.</li> <li>✓ Valores posibles: F= Femenino y M=Masculino</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul>
(06)	EDAD BENEFICIARIO	<p>Corresponde a la edad del beneficiario asociada al egreso hospitalario que se informa.</p> <p>La edad debe estar expresada en años, debiendo considerarse para ello los años cumplidos a la fecha de bonificación.</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios No Natos y aquellos que tengan menos de un año de vida, deberá informarse como edad el valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</li> </ul>
(07)	TIPO DE BENEFICIARIO	<p>Identifica si el beneficiario tiene la calidad de Cotizante o Carga.</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Para este efecto, la isapre deberá asignar los códigos siguientes, considerando para ello la situación del beneficiario a la fecha de bonificación del egreso:</p> <p>1: Cotizante 2: Carga</p> <p>Validadores Técnicos:  <input checked="" type="checkbox"/> Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.  <input checked="" type="checkbox"/> Valores Posibles: 1 y 2.  <input checked="" type="checkbox"/> Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</p>
(08)	RUT DEL PRESTADOR	<p>Corresponde al Rut del prestador donde ocurre el ingreso y egreso de la hospitalización del beneficiario.</p> <p>Validadores Técnicos:  <input checked="" type="checkbox"/> Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.  <input checked="" type="checkbox"/> Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero.</p> <p>Validadores de Consistencia:  <input checked="" type="checkbox"/> Se validará su consistencia con el campo 09 (DV del Prestador).</p>
(09)	DV DEL PRESTADOR	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del prestador (campo 08) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>Validadores Técnicos:  <input checked="" type="checkbox"/> Campo de tipo alfanumérico. Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K.  <input checked="" type="checkbox"/> Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</p> <p>Validadores de Consistencia:  <input checked="" type="checkbox"/> Se validará su consistencia con el campo 08 (RUT del Prestador).</p>
(10)	COMUNA DEL PRESTADOR	<p>Corresponde a la codificación numérica establecida por el INE de la comuna en que se encuentra el prestador donde se produjo el ingreso y posterior egreso de la hospitalización del beneficiario.</p> <p>En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:  <input checked="" type="checkbox"/> Campo de tipo numérico.  <input checked="" type="checkbox"/> Valores posibles: 0 (cero) y según codificación del INE.  <input checked="" type="checkbox"/> Debe informarse siempre. No se acepta vacío o blanco.</p>
(11)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO (PAM)	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al programa médico asociado al egreso hospitalario que se</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>informa.</p> <p>Tratándose de egresos hospitalarios asociados a varios programas médicos, se informará en este campo el folio del PAM en que se hayan registrado las prestaciones de Días Cama.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El valor que se informe en este campo deberá existir en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, ya sea en el periodo que se informa o en otro anterior.</li> </ul>
(12)	CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	<p>DE</p> <p>Corresponde al código del diagnóstico que identifica a la enfermedad principal, en relación al egreso hospitalario que se informa.</p> <p>Se deberá informar de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades N° 10 definida por la O.M.S. (CIE-10).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo Alfanumérico.</li> <li>✓ Debe informarse siempre.</li> <li>✓ Valores posibles: los incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades N° 10 definida por la O.M.S. (CIE-10).</li> <li>✓ Debe informarse con todos los caracteres definidos en dicha clasificación, incluyendo puntos o símbolos especiales.</li> </ul>
(13)	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	<p>DE</p> <p>Corresponde al código del diagnóstico que identifica a la enfermedad secundaria, en relación al egreso hospitalario que se informa.</p> <p>Se deberá informar de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades N° 10 definida por la O.M.S. (CIE-10).</p> <p>En caso que la aseguradora sólo cuente con el código diagnóstico principal, se podrá informar en este campo el valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo Alfanumérico.</li> <li>✓ Debe informarse siempre. No se acepta blanco, ni vacío.</li> <li>✓ Valores posibles: 0 (cero) y los incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades N° 10 definida por la O.M.S. (CIE-10).</li> </ul>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Debe informarse con todos los caracteres definidos en dicha clasificación, incluyendo puntos o símbolos especiales.</li> </ul>
(14)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	<p>Indica si el beneficiario -cotizante o carga- fue sometido a una intervención quirúrgica durante la hospitalización o egreso que se informa.</p> <p>Los valores posibles son los siguientes:</p> <p>1: Sí 2: No 3: No existe información</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.</li> <li>✓ Valores posibles: 1, 2, 3.</li> </ul>
(15)	FECHA DE INGRESO	<p>Corresponde al día, mes y año en que el beneficiario ingresó al recinto hospitalario, en relación al egreso hospitalario que se informa.</p> <p>Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero.</li> </ul>
(16)	FECHA DE EGRESO	<p>Corresponde al día, mes y año en que el beneficiario egresó desde el recinto hospitalario, en relación al egreso hospitalario que se informa.</p> <p>Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.</li> <li>✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero.</li> </ul> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se validará su consistencia con el campo 15 (Fecha de ingreso). La fecha informada en este campo debe ser igual o posterior a la informada en el campo 15 (Fecha de ingreso).</li> </ul>
(17)	CONDICIÓN AL EGRESO	<p>Indica el estado del paciente al egreso, en cuanto a su condición vital.</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Los valores posibles son :</p> <p>1: Vivo 2: Muerto 3: Sin información</p> <p>Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores posibles: 1, 2 y 3. Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</p>
(18)	NÚMERO DE DÍAS HOSPITALIZACIÓN	<p>Corresponde al número de días que el beneficiario permaneció hospitalizado.</p> <p>Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</p>
(19)	IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	<p>Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan de salud suscrito por el cotizante, y vigente a la fecha de bonificación del egreso hospitalario que se informa.</p> <p>Para estos efectos, la isapre deberá usar el mismo código de identificación que el informado en el Archivo de Planes según Circular IF N° 13/2006.</p> <p>Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo alfanumérico. ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</p> <p>Validadores de Consistencia: ✓ Se validará su consistencia con el campo 03 (Identificación Única del Plan) del Archivo de Planes según la Circular IF/N° 13/2006.</p>
(20)	TIPO DE PRESTADOR	<p>Identifica la característica del prestador, asociado al egreso hospitalario que se informa, en cuanto a si pertenece al Sistema Público de Salud o al Sistema Privado, donde:</p> <p>1: Prestador perteneciente al Sistema Público de Salud 2: Prestador perteneciente al Sistema Privado de Salud</p> <p>Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ✓ Valores posibles: 1 y 2.</p>

**ANEXO N° 4**  
**Especificaciones Técnicas**

**Definición Computacional Archivos Maestros**  
**Prestaciones Bonificadas, Prestaciones Otorgadas y Egresos Hospitalarios**

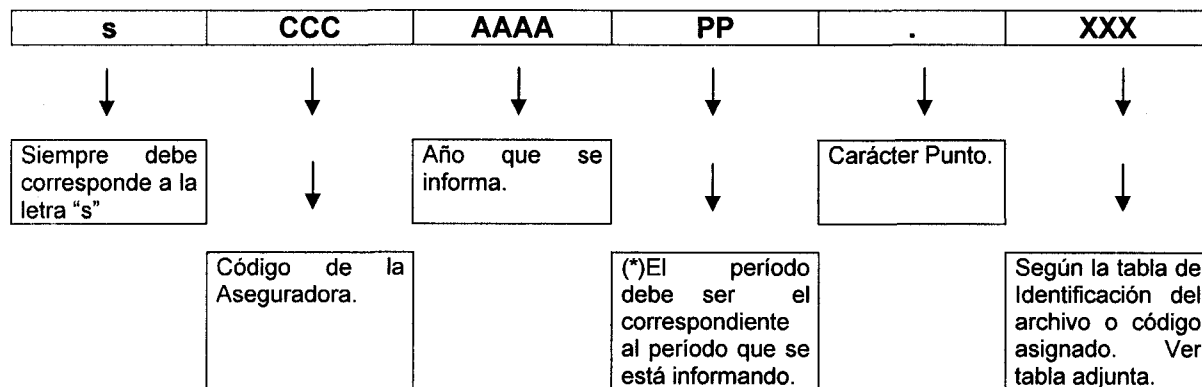
**MODALIDAD DE ALMACENAMIENTO**

**Característica del archivo :**

- ❖ Archivo plano
- ❖ Código ASCII
- ❖ Un registro por línea
- ❖ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura.
- ❖ Separador de campo "pipe" (|).

**Nombre del archivo :**

Deberá utilizarse el siguiente formato sCCCAAAPP.XXX, donde para cada archivo se tiene lo siguiente:



(\*) Durante el año 2007 y 2008, el período será: t1, t2, t3 o t4 dependiente del trimestre que se esté informando. Desde enero del año 2009, el período corresponderá al mes que se está informando.<sup>8</sup>

<b>Tabla de identificación y codificación de archivos</b>	
<b>Archivo</b>	<b>Identificación del archivo</b>
Prestaciones Bonificadas	031
Prestaciones Otorgadas	032
Egresos Hospitalarios	005

<sup>8</sup> Párrafo modificado en virtud de la Circular IF/N°62, de 19.02.08



