



GOBIERNO DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE SALUD
Subdepartamento de Regulación



CIRCULAR IF/N° 44

SANTIAGO, 20 JUN 2007

IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE FORMATO UNIFORME DEL PLAN DE SALUD LIBRE ELECCIÓN

Esta Intendencia, en ejercicio de sus facultades legales, en especial, las previstas en los artículos 110, números 2 y 8 y 114 del DFL N°1, de Salud, de 2005, viene en impartir las siguientes instrucciones sobre el Formato del Plan de Salud.

1.- INTRODUCCIÓN

Esta Intendencia ha estimado pertinente impartir instrucciones con el fin de promover en el sistema privado de salud el uso de un Formato Uniforme del Plan de Salud que permita y favorezca la transparencia y comparación de los planes de salud que ofrece el mercado y una mejor comprensión de éstos por parte de los usuarios.

2.- FORMATO UNIFORME DEL PLAN DE SALUD

De acuerdo a la ley, el plan de salud complementario puede contener una o más modalidades para el otorgamiento de las prestaciones o beneficios, es decir, se puede tratar de un plan de libre elección, plan con prestadores preferentes, o un plan cerrado, según cuente o no con prestadores preferentes asociados al referido plan.

Esta circular regula el contenido del Formato Uniforme del Plan de Salud Libre Elección, cuyas especificaciones de contenido y llenado se encuentran en el anexo N°1 de la presente Circular. Asimismo, el anexo N°2 contiene definiciones de uso general respecto de algunas prestaciones contenidas en el señalado formato. Posteriormente, esta Superintendencia regulará el Formato Uniforme de los Planes con Prestadores Preferentes y Planes Cerrados, complementando estas instrucciones.

3.- ADHESIÓN AL FORMATO UNIFORME DEL PLAN DE SALUD

La adhesión al Formato Uniforme del Plan de Salud Libre Elección será voluntaria para las Instituciones de Salud Previsional.

En cualquier momento, las Instituciones de Salud Previsional podrán adherir o revocar su adhesión al Formato Uniforme del Plan de Salud Libre Elección, debiendo informar de ello previamente a esta Intendencia, por escrito, con una antelación mínima de 30 días, señalando expresamente la fecha a contar de la cual producirá efecto lo informado.

Se entenderá por adhesión al Formato Uniforme del Plan de Salud Libre Elección, la adopción por parte de la Institución de Salud Previsional de todas las instrucciones que se contienen en la presente Circular y de la utilización del formato definido, en todos y cada uno de los contratos de salud que suscriba en dicha modalidad a partir de la fecha de adhesión.

4.- REVISIÓN DEL FORMATO UNIFORME DEL PLAN DE SALUD

El Formato Uniforme del Plan de Salud Libre Elección estará exento del proceso de revisión de documentos contractuales que efectúa periódicamente esta Superintendencia. No obstante lo anterior, este Organismo seguirá ejerciendo las facultades de revisión y control respecto del cumplimiento de dicho formato, así como de las coberturas mínimas legales y de las notas explicativas del plan, en tanto estas últimas no estén estandarizadas y validadas por este Organismo.

5.- VIGENCIA

La presente Circular entrará en vigencia desde la fecha de su emisión.

6.- DISPOSICIÓN TRANSITORIA

No obstante lo expuesto en el segundo párrafo del numeral 3, para efectos de la implementación y difusión de lo instruido en la presente Circular, las Instituciones de Salud Previsional que resuelvan adherir al Formato Uniforme del Plan de Salud Libre Elección durante el año 2007, deberán informarlo a esta Intendencia, a más tardar, el día 13 de julio de 2007.

UNA/FND/AM/IA/MAW/SAQ

Distribución:

- Gerentes Generales de Isapres
- Asociación de Isapres de Chile
- Superintendente
- Intendentes
- Jefes de Departamento
- Agencias regionales
- Oficina de Partes



RAUL FERRADA CARRASCO
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD

**PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO
MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN**

ISAPRE:

IDENTIFICACIÓN DEL PLAN:

TIPO DE PLAN

INDIVIDUAL

GRUPAL

FUN N°

PRESTACIONES	% de Bonificación	Tope de Bonificación	Tope máximo año contrato por beneficiario	Ampliación de cobertura (opcional)
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA				
Día cama				
Día cama cuidados intensivos o coronarios				
Día cama cuidados intermedios				
Derecho de Pabellón				
Exámenes de laboratorio				
Imagenología				
Kinesiología				
Medicamentos				
Materiales e insumos clínicos				
Quimioterapia				
Procedimientos				
Honorarios médicos quirúrgicos				
Visita por médico tratante				
Visita por médico interconsultor				
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis				
Traslados Médicos				
AMBULATORIAS				
Consulta médica				
Exámenes de laboratorio				
Imagenología				
Kinesiología				
Procedimientos				
Honorarios Médicos Quirúrgicos				
Box ambulatorio				
Pabellón ambulatorio				
Fonoaudiología				
Radioterapia				
Quimioterapia				
Prótesis y Órtesis				
Atención integral de enfermería y nutricionista				
PRESTACIONES RESTRINGIDAS (Detallar las prestaciones que tendrán una cobertura inferior a la prestación genérica relacionada.)				
OTRAS COBERTURAS (Detallar las prestaciones adicionales no incluidas en las categorías anteriores. Ej. Cobertura Internacional, Medicamentos ambulatorios, Atención dental, etc.)				

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Precio Base

\$ o UF

Cotización legal

%

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES

(No aplicable en caso que precio se exprese en la cotización legal)

Grupos de Edad	Cotizante Masculino	Cotizante Femenino	Carga Hombre	Carga Mujer
0 a menos de 2 años				
2 a menos de 5 años				
5 a menos de 10 años				
10 a menos de 15 años				
15 a menos de 20 años				
20 a menos de 25 años				
25 a menos de 30 años				
30 a menos de 35 años	1,0			
35 a menos de 40 años				
40 a menos de 45 años				
45 a menos de 50 años				
50 a menos de 55 años				
55 a menos de 60 años				
60 a menos de 65 años				
65 a menos de 70 años				
70 a menos de 75 años				
75 a menos de 80 años				
80 y más años				

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL ARANCEL

MODALIDAD DEL ARANCEL

(\$, UF)

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO
(En caso de haberlo)

MONTO

(\$, UF)

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

FIRMA ISAPRE
FECHA:

FIRMA DEL AFILIADO
NOMBRE:
RUT:

**ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO
MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN**

NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD

1.- Coberturas

2.- Definiciones

3.- Valor de conversión de la Unidad de Fomento a utilizar

4.- Fecha de aplicación del reajuste del precio del plan expresado en pesos

5.- Reajuste del Arancel de prestaciones

ANEXO N°1

INSTRUCCIONES PARA EL FORMATO DE LOS PLANES DE SALUD DE LIBRE ELECCIÓN

A.- PLAN DE SALUD

El formato de los planes de salud en que la elección del prestador es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Institución de Salud previsual, debe ajustarse a las siguientes instrucciones:

- a) El formato que se contiene en este anexo se aplicará a los planes de salud de libre elección.
- b) Este formato debe contener la cobertura que se aplicará individualmente a cada uno de los afiliados al respectivo plan, sea que este último tenga el carácter de individual o grupal.
- c) En cada formato se debe incluir solamente un plan de salud.
- d) En caso de utilizar abreviaturas o conceptos técnicos, deberán quedar claramente definidos en la hoja anexa del plan de salud.

Además, el llenado del formato de los planes debe ceñirse a las siguientes instrucciones:

I.- Anverso del Plan de Salud Modalidad Libre Elección

1.- Título

Se debe indicar en el encabezado del plan que se trata del "Plan de Salud Complementario", indicando a continuación que corresponde a la "Modalidad libre elección".

2.- Identificación de la Isapre

Se debe indicar el nombre de la isapre y/o su logo.

3.- Identificación del Plan

Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan complementario, con el objeto de identificarlo de manera única, lo que deberá ajustarse a las instrucciones impartidas en el Campo (03) del Archivo Maestro de Planes Complementarios regulado en la Circular IF/N°13, de 2006.

4.- Tipo de plan

Indicar con una "X" si se trata de un plan individual o grupal.

5.- FUN N°

Indicar el número de folio del FUN mediante el cual se notifica la suscripción del plan que se firma.

6.- Esquema del Plan

a) Prestaciones (Primera columna)

En esta sección se deben detallar las agrupaciones de prestaciones de uso común que se presentan en el formato del plan de libre elección contenido en la presente circular.

Las isapres que adhieran a este formato deberán utilizar todas las categorías mencionadas en los mismos términos literales utilizados, tanto para las prestaciones hospitalarias y cirugía mayor ambulatoria, como para las prestaciones ambulatorias, pudiendo modificar el orden preestablecido o establecer agrupaciones para presentar un porcentaje de bonificación común (segunda columna) a un conjunto determinado de prestaciones, en tanto se respete la clasificación entre hospitalario y ambulatorio.

Si la isapre no otorga cobertura a alguna prestación contenida en el formato uniforme, deberá indicarlo expresamente, no pudiendo eliminar la categoría, ni presentar la línea en blanco.

En el caso de la Quimioterapia, deberá explicar claramente las prestaciones comprendidas en esta categoría, en la nota explicativa destinada a "Coberturas", del anexo del plan de salud.

En el recuadro "Prestaciones Restringidas" se deberán indicar aquellas prestaciones que recibirán una cobertura inferior a las prestaciones genéricas con que se encuentran relacionadas. El formato de las columnas de esta sección podrá adaptarse a las necesidades de cada isapre, de manera de presentar claramente la bonificación de dichas prestaciones.

En el recuadro "Otras Coberturas" las isapres podrán incorporar todas aquellas prestaciones adicionales que considere necesario o conveniente identificar, tales como: Cobertura Internacional, Medicamentos ambulatorios, Atención dental, u otras. El formato de las columnas de esta sección podrá adaptarse a las necesidades de cada isapre, de manera de presentar claramente la bonificación de dichas prestaciones.

b) Porcentaje de bonificación (Segunda columna)

Debe indicarse el porcentaje de bonificación que se aplicará sobre el valor real de la prestación.

c) Tope de Bonificación (Tercera columna)

Indicar los tope máximos de bonificación aplicables a las distintas prestaciones, los cuales sólo podrán expresarse en pesos (\$), Unidades de Fomento (U.F.) o número de veces el valor asignado a esa prestación en el arancel (V.A.).

La isapre deberá indicar el monto del tope, acompañado de la unidad en que se expresa, dentro de la misma columna.

d) Tope máximo año contrato por beneficiario (Cuarta columna)

Indicar, si los hubiere, los montos máximos de bonificación para algunas prestaciones específicas, los cuales deben expresarse sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) y circunscribirse al período de un año de vigencia de los beneficios contractuales.

La isapre deberá indicar el monto del tope, acompañado de la unidad en que se expresa, dentro de la misma columna.

e) Ampliación de Cobertura (columna opcional)

En caso que la isapre establezca bajo ciertas condiciones alguna cobertura mejorada respecto de la libre elección, deberá indicarlo en esta columna. Estas condiciones mejoradas no pueden referirse a un prestador preferente, ya que en esa circunstancia se trataría de un plan de esas características.

II- Reverso del Plan de Salud Modalidad Libre Elección

1.- Precio del plan (completar en la medida que sea pertinente)

Debe incluirse lo siguiente:

- a) Precio base del plan complementario. Se debe indicar el precio asignado por la isapre al plan de salud. Si el precio se expresa en unidades de fomento, se debe indicar con dos decimales.
- b) Identificación Única de la Tabla de Factores correspondiente al plan, en caso que corresponda. Esta información deberá ajustarse a lo instruido en la Circular IF/N°13, del 2 de febrero de 2006, en particular, al campo (03) del Archivo de Tablas de factores.
- c) Tabla de factores, diferenciada por sexo y edad, en conformidad a lo instruido en la Circular IF/N°6, del 2 de junio de 2005.
- d) En caso que se trate de planes cuyo precio se pacte en la cotización mínima legal, se deberá indicar ello en el recuadro "Cotización Legal" y se omitirá la información a que se refieren las letras b) y c) precedentes, es decir, la identificación de la tabla de factores y su estructura.

2.- Arancel

- a) Identificación Única del Arancel: Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al arancel asociado al plan de salud complementario, con el objeto de identificarlo de manera única y que se aplicará para determinar los topes de bonificación. Esta denominación debe ajustarse a las instrucciones impartidas en el Campo (11) del Archivo Maestro de Planes Complementarios regulado en la Circular IF/N°13, de 2006.
- b) Modalidad del Arancel: Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el Arancel, esto es, en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF).

3.- Tope General Anual por Beneficiario

Se debe señalar el tope general anual por beneficiario, si lo hubiera, para el período de un año de vigencia de los beneficios contractuales, el cual sólo podrá estar expresado en pesos o Unidades de Fomento. El tope deberá ser el mismo para todos los beneficiarios del plan, pudiendo establecerse un tope diferente sólo para las cargas médicas.

4.- Condiciones de vigencia y requisitos para ingresar y mantenerse en el plan grupal (sólo si corresponde)

Indicar y explicar cuáles son los hechos o circunstancias cuya variación o alteración podrán dar lugar a la modificación o terminación del plan grupal.

En el recuadro siguiente, deberán indicarse los requisitos que, en forma individual, deben reunir los cotizantes, para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

5.- Firma de la isapre y fecha

Se debe estampar la firma del habilitado de la isapre y la fecha, lo cual debe realizarse en el mismo acto en que firme el afiliado.

6.- Firma, Nombre y Rut del afiliado

En este espacio, se identifica al afiliado con su firma, nombre y rut, en señal de aceptación de los términos del plan de salud, lo cual debe efectuarse en el mismo acto en que suscriba el habilitado de la Isapre.

B.- ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

Notas explicativas del plan de salud

En esta hoja anexa se deberán incluir aquellas notas explicativas y definiciones que la isapre estime necesario incorporar para la correcta aplicación del plan de salud.

Las notas y definiciones deberán ordenarse dentro de las categorías presentadas a continuación:

1.- Coberturas

En esta categoría se deben incluir todas aquellas **notas explicativas** del plan de salud que estén directamente relacionadas con la aplicación de la cobertura del mismo, tales como, condiciones asociadas a algún nivel o categorización de prestadores o algún tipo de habitación en particular.

Además, en concordancia con el punto 7 a) del título I precedente, se deberá indicar la cobertura que esa isapre otorga a las prestaciones de Quimioterapia Hospitalaria y Ambulatoria, en caso que corresponda.

2.- Definiciones

En este tipo de notas se indicarán las definiciones y significado de siglas, tales como la expresión del tope en veces arancel (V.A.).

Adicionalmente, tal como se señala en el Anexo N°2 de esta Circular, en caso que la isapre estime fundamental para informar al afiliado el alcance de alguna prestación particular, podrá incluir en esta categoría la o las definiciones de uso general contenidas en el citado anexo.

3.- Valor de conversión de la Unidad de Fomento a utilizar

a) Para las bonificaciones:

Si los topes están expresados en Unidades de Fomento, el valor de conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.

b) Para el pago de la cotización:

Si el precio está expresado en UF, el valor de conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes en que se devenga la remuneración.

4.- Fecha de aplicación del reajuste del precio del plan expresado en pesos

Se deberá indicar la oportunidad en que la isapre aplicará el reajuste del precio del plan cuyo precio está pactado en pesos.

5.- Reajuste del Arancel de prestaciones

Se deberá indicar claramente la cláusula de reajustabilidad que se aplicará al arancel de prestaciones asociado al plan de salud.

ANEXO N°2

DEFINICIONES DE USO GENERAL

Las definiciones generales que se contienen a continuación forman parte de esta circular y tienen por objetivo establecer un consenso a nivel de las isapres que adhieren al Formato Uniforme del Plan de Salud, para efectos de determinar la cobertura que recibirán algunas prestaciones.

No obstante lo anterior, no deben ser incluidas en el anexo del plan de salud, a menos que la Isapre lo estime fundamental, para informar al afiliado del alcance o restricciones de alguna prestación particular, en cuyo caso deberá incorporarla en la nota referida a "Definiciones".

1.- Prestaciones Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria

Cuando exista un ingreso hospitalario, la utilización de un día cama en un establecimiento asistencial por, a lo menos, cuatro horas o cuando se realice una prestación asociada a un guarismo de un pabellón 5 o superior, se entenderá que se trata de una prestación de este grupo y recibirá cobertura hospitalaria.

2.- Derecho de pabellón

Corresponde al derecho de uso de aquel recinto de acceso restringido, que cuenta con instalaciones, anexos, equipamiento, instrumental y elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes, que en condiciones de asepsia y seguridad permiten efectuar intervenciones quirúrgicas, obstétricas o traumatológicas.

Por anexos 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, unidad de esterilización, etc.

Esta prestación incluye en su valor el uso de las instalaciones, unidad o sala de recuperación post anestésica, equipos, instrumental, elementos e insumos que a continuación se indican:

a) Muebles e Instalaciones

- Mesas quirúrgicas
- Vitrinas y muebles para almacenamiento del instrumental
- Equipos de iluminación de emergencia
- Lámpara central y lámparas móviles.
- Calefacción y aire acondicionado

b) 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.

c) 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 de vidrio o 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)
- 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) Gases

- Oxígeno y aire comprimido.

e) Anestesia Y Otros

- Anestésicos, neurolepto analgésicos y relajantes musculares de cualquier tipo.

3.- Medicamentos y Materiales e insumos clínicos

Corresponde a todos los medicamentos y materiales e insumos clínicos utilizados durante una hospitalización.

4.- Box ambulatorio

La Isapre podrá bonificar bajo este concepto aquellos cobros que haga el prestador, por la utilización de cualquier tipo de acomodación dentro del establecimiento asistencial -cama, sillón, camilla u otro- con fines de diagnóstico o tratamiento, que se utilice por menos de 4 horas.