

CIRCULAR IF/ N° 74

Santiago, 30 jun 2008

## **INSTRUYE RESPECTO DE LA REMISIÓN DEL ARCHIVO MAESTRO DE COBERTURAS DE LOS PLANES DE SALUD**

Esta Intendencia, en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial, las previstas en los numerales 2 y 14 del artículo 110 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, más adelante, DFL N°1, viene en impartir las siguientes instrucciones:

### **1. ASPECTOS GENERALES**

En el marco del trabajo que está desarrollando esta Intendencia con el propósito de aumentar la transparencia y comparabilidad de los planes de salud, se ha estimado necesario requerir a las Instituciones de Salud Previsional la información señalada en la presente circular, la que constituye un insumo esencial para avanzar hacia la definición de un instrumento que permita comparar la cobertura financiera de los distintos planes de salud complementarios existentes.

### **2. INFORMACIÓN REQUERIDA**

A partir de la entrada en vigencia de las presentes instrucciones, las isapres deberán confeccionar y remitir el Archivo Maestro de Coberturas de Planes de Salud, según las especificaciones técnicas señaladas en el anexo que forma parte de la presente circular.

En este archivo debe informarse la cobertura de libre elección, tanto ambulatoria como hospitalaria, asignada a cada una de las prestaciones contenidas en el Arancel Fonasa de Libre Elección vigente a la fecha a que se refiere la información, para cada uno de los planes de salud individuales que la Isapre tenga en comercialización. Es decir, en esta primera etapa no se debe informar la cobertura preferente asociada a planes cerrados o planes con prestador preferente, ni la cobertura asociada a planes que no se encuentren a la venta.

### 3. PROCESO DE VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Previo al envío del archivo y con la finalidad de contribuir a la calidad de la información que contiene, cada isapre deberá aplicar los validadores que se indican para cada campo, contabilizando, corrigiendo y justificando, si procede, los errores e inconsistencias que se detecten. Esta Intendencia fijará los rangos de aceptabilidad de cada archivo y fiscalizará los procesos de generación y validación de los mismos.

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

### 4. ENVÍO DE LA INFORMACIÓN A ESTA INTENDENCIA

Semestralmente y en la misma oportunidad en que se remita el Archivo Maestro de Planes de Salud regulado en la Circular IF 13, de 2006, la Isapre deberá enviar a esta Intendencia el archivo maestro regulado en la presente circular.

El primer envío deberá realizarse en septiembre de 2008 y deberá contener información referida al mes de julio del año en curso.

### 5. VIGENCIA

Esta Circular entra en vigencia a contar de su notificación.



**RAÚL FERRADA CARRASCO**  
**INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS**  
**PREVISIONALES DE SALUD**  
Incorpora Firma Electrónica Avanzada

**DISTRIBUCION:**

- Gerentes Generales de Isapres
- Superintendente de Salud
- Fiscalía
- Intendentes
- Jefes de Departamento
- Agentes Regionales
- Oficina de Partes

## ANEXO N°1

### ARCHIVO MAESTRO DE COBERTURAS DE PLANES DE SALUD

#### 1. Estructura Computacional

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código aseguradora	Numérico
02	Fecha de la información	Numérico
03	Identificación única del plan	Alfanumérico
04	Código de la prestación	Numérico
	Libre Elección en Atención Ambulatoria	
05	Porcentaje de cobertura	Numérico
06	Existencia de tope de bonificación	Alfabético
07	Tope en pesos	Numérico
08	Tope en UF	Numérico
09	Tope en veces arancel	Numérico
	Libre Elección en Atención Hospitalaria	
10	Porcentaje de cobertura	Numérico
11	Existencia de tope de bonificación	Alfabético
12	Tope en pesos	Numérico
13	Tope en UF	Numérico
14	Tope en veces arancel	Numérico

## 2. Características Generales

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Archivo Maestro de Coberturas de Planes de Salud
Nombre computacional Archivo	<p>Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>§ s: nombre del archivo comienza con el carácter “s”</li> <li>§ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia</li> <li>§ AAAA: año que se informa</li> <li>§ MM: mes que se informa</li> <li>§ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse “035”</li> </ul>
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Archivo plano</li> <li>§ Código ASCII</li> <li>§ Un registro por línea</li> <li>§ Separador de campo carácter pipe  </li> <li>§ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura</li> </ul>
Información contenida en el Archivo	<p>En este archivo debe informarse la cobertura de libre elección, tanto ambulatoria como hospitalaria, asignada a cada una de las prestaciones contenidas en el Arancel Fonasa de Libre Elección, vigente a la fecha a que se refiere la información, para cada uno de los planes de salud individuales que la Isapre tenga en comercialización, en términos de porcentaje y tope expresado en pesos, UF o veces el arancel asociado al plan en el Archivo Maestro de Planes de Salud.</p>
Información contenida en los registros del Archivo	<p><b>Situación general:</b></p> <p>Cada registro contiene la cobertura de libre elección, tanto ambulatoria como hospitalaria, para el código de prestación respectivo del Arancel Fonasa, en el plan de salud indicado en el mismo registro.</p> <p><b>Situación especial:</b></p> <p>Sólo en aquellos casos en que el plan presente <b>coberturas diferenciadas por alguna condición de referencia</b>, como por ejemplo: nivel de precios de un prestador o grupo de prestadores; prestación o grupo de prestaciones, se debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresar un registro por cada cobertura diferente asociada al mismo código de prestación e identificación de plan.</li> <li>• Si la cobertura diferenciada se presenta sin tope, indicar en el campo “Existencia de tope de bonificación” el valor “N” y en el campo “tope en pesos” el valor que resulte de aplicar el porcentaje de cobertura al precio máximo de la prestación de acuerdo a la condición de referencia.</li> </ul> <p>En el anexo N°2 de esta circular se presentan unos ejemplos para informar las situaciones especiales.</p>
Período de la información contenida en el Archivo	<p>Este archivo debe ser enviado semestralmente con la información referida al último día del mes de enero o julio, según corresponda.</p>

### 3. Definiciones

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Aseguradora	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u>            § Campo de tipo numérico.            § Debe informarse siempre.            No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.</p>
02	Fecha de la información	<p>Corresponde al mes y año a que se refiere la información, es decir, enero o julio de cada año.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde:            MM= mes y            AAAA= año.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u>            § Campo de tipo numérico.            § No debe utilizarse carácter separador de dígitos.            Debe informarse siempre.</p>
03	Identificación única del plan	<p>Corresponde a la denominación que la Aseguradora ha otorgado al plan complementario informado, con el objeto de identificarlo de manera única.</p> <p>Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos, apóstrofes, puntos ni comas.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u>            § Debe informarse siempre, no se acepta vacío.            § No se acepta cero.</p> <p><u>Validadores de Consistencia:</u>            § El nombre identificador del plan, debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en todo documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados.            § Deben estar contenidos todos los planes individuales en comercialización informados en el Archivo Maestro de Planes.</p>
04	Código de la prestación	<p>Corresponde al código definido en el Arancel Fonasa de Libre Elección, vigente a la fecha a que se refiere la información.</p> <p>El código informado debe ser idéntico al utilizado por el Fonasa, aunque la isapre utilice códigos propios.</p> <p>Los pabellones quirúrgicos o salas de procedimientos deberán informarse a continuación de las prestaciones de salud con los códigos</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		definidos en el Arancel del Fonasa, por ejemplo: 0000001 = Derecho de Pabellón 1 0000002 = Derecho de Pabellón 2 ... 0000014 = Derecho de Pabellón 14. <u>Validadores Técnicos:</u> § Campo de tipo numérico de 7 posiciones § Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <u>Validador de Consistencia:</u> § Deben informarse todas las prestaciones contenidas en el arancel Fonasa vigente a la fecha que se informa.
05	Porcentaje de cobertura Libre Elección en Atención Ambulatoria	Corresponde al porcentaje de bonificación para la prestación en modalidad Libre Elección y Atención Ambulatoria. <u>Validadores Técnicos:</u> § Campo de tipo numérico sin puntos o comas. § Rango de valores posibles es de 1 al 100. § Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
06	Existencia de tope de bonificación para Libre Elección en Atención Ambulatoria	Indica si la prestación presenta tope de bonificación en el plan de salud respectivo. Debe informarse con valores "S" o "N", según corresponda: S= Con Tope N= Sin Tope <u>Validadores Técnicos:</u> § Campo de tipo alfabético § Debe informarse siempre, no se aceptan valores distintos a los indicados. <u>Validadores de Consistencia:</u> § Si el valor es "S", debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Ambulatoria por cada registro. § Si el valor es "N", los campos de tope Libre Elección en Atención Ambulatoria deben venir en blanco o vacíos, salvo en las situaciones especiales mencionadas en "Información contenida en los registros del Archivo" y ejemplificadas en el anexo 2 en que el tope en pesos debe tener valor.
07	Tope en pesos para Libre Elección en Atención Ambulatoria	Si la cobertura de Libre Elección para Atención Ambulatoria está expresada en pesos, debe informar el monto en pesos establecido en el plan, en este campo.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p><u>Validadores Técnicos:</u>            § Campo de tipo numérico sin puntos o comas (cifra entera).            § Si el tope no está expresado en pesos o no existe (sin tope), debe ir en blanco o vacío.</p> <p><u>Validador de Consistencia:</u>            § Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Ambulatoria por cada registro.</p>
08	Tope en UF para Libre Elección en Atención Ambulatoria	<p>Si la cobertura de Libre Elección para Atención Ambulatoria está expresada en UF, debe informar el monto en UF establecido en el plan, en este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u>            § Campo de tipo numérico con punto decimal explícito y dos posiciones decimales.            § Si el tope no está expresado en UF o no existe (sin tope), debe ir en blanco o vacío.</p> <p><u>Validador de Consistencia:</u>            § Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Ambulatoria por cada registro.</p>
09	Tope en veces arancel para Libre Elección en Atención Ambulatoria	<p>Si la cobertura de Libre Elección para Atención Ambulatoria está expresada en veces arancel, debe informar el número de veces establecido en el plan, en este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u>            § Campo de tipo numérico con punto decimal explícito y dos posiciones decimales.            § Si el tope no está expresado en veces arancel o no existe, debe ir en blanco o vacío.</p> <p><u>Validadores de Consistencia:</u>            § Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Ambulatoria por cada registro.            § Se considerará como arancel de referencia el indicado para el plan en el Archivo Maestro de Planes de Salud enviado a esta Superintendencia según lo indica la Circular IF/13, de 2006.</p>
10	Porcentaje de cobertura Libre Elección en Atención Hospitalaria	<p>Corresponde al porcentaje de bonificación para la prestación en modalidad Libre Elección y Atención Hospitalaria.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u>            § Campo de tipo numérico sin puntos o comas.            § Rango de valores posibles es de 1 al 100.            § Debe informarse siempre, no se acepta vacío o</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		blanco.
11	Existencia de tope de bonificación para Libre Elección en Atención Hospitalaria	<p>Indica si la prestación presenta tope de bonificación en el plan de salud respectivo.</p> <p>Debe informarse con valores "S" o "N", según corresponda:  S= Con Tope  N= Sin Tope</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u>  § Campo de tipo alfabético  § Debe informarse siempre, no se aceptan valores distintos a los indicados.</p> <p><u>Validadores de Consistencia:</u>  § Si el valor es "S", debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Hospitalaria por cada registro.  § Si el valor es "N", los campos de tope Libre Elección en Atención Hospitalaria deben venir en blanco o vacíos, salvo en las situaciones especiales mencionadas en "Información contenida en los registros del Archivo" y ejemplificadas en el anexo 2 en que el tope en pesos debe tener valor.</p>
12	Tope en pesos para Libre Elección en Atención Hospitalaria	<p>Si la cobertura de Libre Elección para Atención Hospitalaria está expresada en pesos, debe informar el monto en pesos establecido en el plan, en este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u>  § Campo de tipo numérico sin puntos o comas (cifra entera).  § Si el tope no está expresado en pesos o no existe (sin tope), debe ir en blanco o vacío.</p> <p><u>Validador de Consistencia:</u>  § Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Hospitalaria por cada registro.</p>
13	Tope en UF para Libre Elección en Atención Hospitalaria	<p>Si la cobertura de Libre Elección para Atención Hospitalaria está expresada en UF, debe informar el monto en UF establecido en el plan, en este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u>  § Campo de tipo numérico con punto decimal explícito y dos posiciones decimales.  § Si el tope no está expresado en UF o no existe (sin tope), debe ir en blanco o vacío.</p> <p><u>Validador de Consistencia:</u>  § Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Hospitalaria por cada registro.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
14	Tope en veces arancel para Libre Elección en Atención Hospitalaria	<p>Si la cobertura de Libre Elección para Atención Hospitalaria está expresada en veces arancel, debe informar el número de veces establecido en el plan, en este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <p>§ Campo de tipo numérico con punto decimal explícito y dos posiciones decimales.</p> <p>§ Si el tope no está expresado en veces arancel o no existe (sin tope), debe ir en blanco o vacío.</p> <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <p>§ Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Hospitalaria por cada registro.</p> <p>§ Se considera como arancel de referencia el indicado para el plan en el Archivo Maestro de Planes de Salud enviado a esta Superintendencia según lo indica la Circular IF/ 13, de 2006.</p>

## ANEXO N°2

### EJEMPLOS DE LLENADO EN SITUACIONES ESPECIALES DE COBERTURA

1. Para el caso de un plan que presenta cobertura diferenciada según el valor del día cama, por ejemplo:

Porcentaje de cobertura	Tope de bonificación (sin tope)	Condición de referencia (CR)	Precio máximo (PM) de la prestación según condición de referencia
90 %	Sin tope	Si día cama es < ó = a 5 UF	PM1
80 %	Sin tope	Si día cama es > a 5 UF	PM2

Se deben informar dos registros con la siguiente información:

Primer registro

- Ø En el campo "Porcentaje de cobertura": 90
- Ø En el campo "Existencia de tope de bonificación": N
- Ø En el campo "Tope en pesos": 90% multiplicado por el precio máximo de la prestación según condición de referencia 1 (PM1)

Segundo registro

- Ø En el campo "Porcentaje de cobertura": 80
- Ø En el campo "Existencia de tope de bonificación": N
- Ø En el campo "Tope en pesos": 80% multiplicado por el precio máximo de la prestación según condición de referencia 2 (PM2)

2. Para el caso de un plan que presenta cobertura diferenciada para grupos de prestadores determinados, por ejemplo:

Porcentaje de cobertura	Tope de bonificación (sin tope)	Condición de referencia (CR)	Precio máximo (PM) de la prestación según condición de referencia
90 %	Sin tope	Si se atiende en prestadores del grupo "A"	PM1
80 %	Sin tope	Si se atiende en prestadores del grupo "B"	PM2

Se deben informar dos registros con la siguiente información:

Primer registro

- Ø En el campo "Porcentaje de cobertura": 90
- Ø En el campo "Existencia de tope de bonificación": N
- Ø En el campo "Tope en pesos": 90% multiplicado por el precio máximo de la prestación según condición de referencia 1 (PM1)

Segundo registro

- Ø En el campo "Porcentaje de cobertura": 80
- Ø En el campo "Existencia de tope de bonificación": N
- Ø En el campo "Tope en pesos": 80% multiplicado por el precio máximo de la prestación según condición de referencia 2 (PM2)