



GOBIERNO DE CHILE  
SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

**ORD. CIRCULAR N° 82**

**ANT:** Ord. Circular N°09 del 08 de febrero de 2000

**MAT:** Reemplaza Ord.Circular N°09 de 2000 e imparte nuevas instrucciones para la confección y remisión del Archivo Maestro de Planes de Salud y otros archivos asociados.

---

**SANTIAGO, 27 DIC 2000**

**DE: SUPERINTENDENTE DE ISAPRES**

**A : SEÑORES GERENTES GENERALES DE ISAPRES**

De acuerdo a las atribuciones que el artículo 3° de la Ley N° 18.933 confiere a esta Superintendencia para efectuar publicaciones informativas acerca de los contratos de salud y para promover la mayor transparencia y conocimiento del sistema, por la vía de difundir, por los medios que estime pertinentes y adecuados, información relevante sobre los planes de salud que se comercializan, y considerando la necesidad de contar con información permanente de los planes de salud vigentes en el sistema isapres, se ha estimado pertinente reemplazar el Ordinario Circular singularizado en el antecedente, complementando las instrucciones que allí se impartieron.

Las modificaciones contenidas en el cuerpo del presente oficio, dicen relación con lo siguiente:

1. Modificación a la estructura del archivo maestro de planes de salud
2. Definición de estructura computacional de un archivo para tablas de factores asociadas a los planes de salud, con su respectiva definición de campos.
3. Definición de estructura computacional de un archivo para selecciones de prestaciones valorizadas asociadas a los planes de salud, con su respectiva definición de campos.

*SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES 1*

4. Definición de estructura computacional de un archivo de prestadores médicos asociados a las selecciones de prestaciones valorizadas, con su respectiva definición de campos.
5. Eliminación del Archivo de Relaciones Planes / Cotizantes
6. Cambio en la periodicidad del envío de la información.

En consecuencia, la Institución de su dirección, deberá remitir a esta autoridad, los dispositivos magnéticos que contengan la información que a continuación se detalla, en la forma y en los plazos que el presente Ord. Circular establece.

# INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>1. ESPECIFICACIONES COMPUTACIONALES.....</b>	<b>4</b>
Estructura Computacional del Archivo Maestro de Planes.....	4
Estructura Computacional del Archivo de Tabla de Factores .....	5
Estruct. Comp. Archivo Selecciones de Prestaciones Valorizadas .....	5
Estruct. Comp. Archivo de Tablas de Prestadores Médicos .....	7
Definiciones del Archivo Maestro de Planes.....	8
Definiciones del Archivo de Tabla de Factores.....	14
Definiciones del Archivo Selecciones de Prestaciones Valorizadas .....	16
Definiciones del Archivo de Tablas de Prestadores Médicos .....	23
<b>2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS GENERALES.....</b>	<b>25</b>
<b>3. PROCESO DE VALIDACIÓN.....</b>	<b>26</b>
Contabilización de Datos Generales.....	26
Contabilización de Errores.....	26
Contabilización de Inconsistencias.....	28
<b>4. MODALIDAD DE ALMACENAMIENTO.....</b>	<b>32</b>
Cartridge.....	32
Disquete.....	33
<b>5. FECHA DE ENVÍO.....</b>	<b>35</b>
<b>6. RESPALDO DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>36</b>
<b>7. VIGENCIA.....</b>	<b>36</b>

# 1. ESPECIFICACIONES COMPUTACIONALES

## 1.1. Estructura Computacional del Archivo Maestro de Planes de Salud

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO	LARGO
(01)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico	3
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Numérico	6
(03)	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN	Alfanumérico	30
(04)	TIPO DE PLAN	Alfabético	1
(05)	FECHA INICIO PLAN	Numérico	6
(06)	COMERCIALIZACIÓN	Alfabético	1
(07)	MODALIDAD DEL PRECIO	Numérico	1
(08)	PRECIO BASE	Numérico	6
(09)	CÓDIGO TABLA DE FACTORES	Alfanumérico	3
(10)	AMPLITUD DE LA COBERTURA	Alfabético	1
(11)	NOMBRE ARANCEL DE REFERENCIA	Alfanumérico	25
(12)	CÓDIGO ARANCEL DE REFERENCIA	Numérico	5
(13)	MÉDICO DE CABECERA	Alfabético	1
(14)	ADMINISTRADOR DEL PLAN	Alfabético	1
(15)	MODALIDAD DE ATENCION	Numérico	1
(16)	SISTEMA DE PAGO CAPITADO	Alfabético	1
(17)	COPAGO GARANTIZADO	Alfabético	1
(18)	MODALIDAD DEL TOPE	Numérico	1
(19)	TOPE ANUAL POR BENEFICIARIO	Numérico	9
(20)	REGIÓN(ES) DONDE SE COMERCIALIZA	Alfabético	13
(21)	FECHA ULT. ADECUACION APLICADA	Numérico	6
	<b>TOTAL REGISTRO</b>		<b>122</b>

**1.2. Estructura Computacional del Archivo de Tabla de Factores**

<b>CAMPO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>TIPO</b>	<b>LARGO</b>
(01)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico	3
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Numérico	6
(03)	CÓDIGO TABLA FACTORES	Alfanumérico	3
(04)	EDAD INICIAL DEL RANGO	Numérico	3
(05)	EDAD FINAL DEL RANGO	Numérico	3
(06)	FACTOR COTIZANTE MASCULINO	Numérico	4
(07)	FACTOR COTIZANTE FEMENINO	Numérico	4
(08)	FACTOR CARGA MASCULINO	Numérico	4
(09)	FACTOR CARGA FEMENINO	Numérico	4
(10)	FACTOR CARGA CÓNYUGE FEMENINO	Numérico	4
	<b>TOTAL REGISTRO</b>		<b>38</b>

**1.3. Estructura Computacional de Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas**

<b>CAMPO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>TIPO</b>	<b>LARGO</b>
(01)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico	3
(02)	FECHA DE INFORMACIÓN	Numérico	6
(03)	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN	Alfanumérico	30
(04)	CÓDIGO PRESTACIÓN	Numérico	7
	<b>MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN</b>		
(05)	PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN	Numérico	3
(06)	TOPE DE LA PRESTACIÓN	Numérico	8
(07)	TOPE EN HONORARIOS MEDICOS	Numérico	8
(08)	TOPE EN DERECHOS DE PABELLÓN	Numérico	8
(09)	TOPE EN MEDICAMENTOS	Numérico	8
(10)	TOPE ANUAL DE LA PRESTACION	Numérico	8

<b>MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE 1</b>			
(11)	RUT PRESTADOR	Alfanumérico	9
(12)	PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN	Numérico	3
(13)	TOPE DE LA PRESTACIÓN	Numérico	8
(14)	TOPE EN HONORARIOS MEDICOS	Numérico	8
(15)	TOPE EN DERECHOS PABELLÓN	Numérico	8
(16)	TOPE EN MEDICAMENTOS	Numérico	8
(17)	COPAGO DE LA PRESTACIÓN	Numérico	8
(18)	TOPE ANUAL DE LA PRESTACION	Numérico	8
<b>MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE 2</b>			
(19)	RUT PRESTADOR	Alfanumérico	9
(20)	PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN	Numérico	3
(21)	TOPE DE LA PRESTACIÓN	Numérico	8
(22)	TOPE EN HONORARIOS MEDICOS	Numérico	8
(23)	TOPE EN DERECHOS PABELLÓN	Numérico	8
(24)	TOPE EN MEDICAMENTOS	Numérico	8
(25)	COPAGO DE LA PRESTACIÓN	Numérico	8
(26)	TOPE ANUAL DE LA PRESTACION	Numérico	8
<b>MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE 3</b>			
(27)	RUT PRESTADOR	Alfanumérico	9
(28)	PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN	Numérico	3
(29)	TOPE DE LA PRESTACIÓN	Numérico	8
(30)	TOPE EN HONORARIOS MEDICOS	Numérico	8
(31)	TOPE EN DERECHOS PABELLÓN	Numérico	8
(32)	TOPE EN MEDICAMENTOS	Numérico	8
(33)	COPAGO DE LA PRESTACIÓN	Numérico	8
(34)	TOPE ANUAL DE LA PRESTACION	Numérico	8
<b>TOTAL REGISTRO</b>			<b>269</b>

**1.4. Estructura Computacional del Archivo de Tabla de Prestadores**

<b>CAMPO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>TIPO</b>	<b>LARGO</b>
(01)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico	3
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Numérico	6
(03)	RUT DEL PRESTADOR	Alfanumérico	9
(04)	NOMBRE / RAZÓN SOCIAL PRESTADOR	Numérico	42
	<b>TOTAL REGISTRO</b>		<b>60</b>

## 1.5. Definiciones del Archivo Maestro de Planes de Salud

### (01) CÓDIGO ISAPRE

Corresponde al número de identificación de la Isapre registrado en esta Superintendencia.

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 3, con valor distinto de cero.

### (02) FECHA DE LA INFORMACIÓN

Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía.

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 6.

Debe informarse de acuerdo con las especificaciones técnicas definidas en el punto 2 de este instructivo.

### (03) IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN

Corresponde a la denominación que la Isapre ha otorgado al plan, con el objeto de identificarlo de manera única.

El nombre identificador del plan informado, debe coincidir absolutamente 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.

Las adecuaciones del precio del plan no podrán implicar un cambio en la denominación de este ( <sup>1</sup> ).

Campo de tipo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos o apóstrofes y sin punto o coma decimal, de largo 30.

### (04) TIPO DE PLAN

Corresponde a la categoría de plan de que se trata.

---

<sup>1</sup> Según lo dispuesto en el Anexo N° 1 de la Circular N° 36 ( 1997 ), cuyo texto definitivo se fijó en la Resolución Exenta N° 2500 de 1997.



Campo de tipo alfabético, de largo 1, con valor I o G según corresponda, donde:

I = Individual

G = Grupal <sup>(2)</sup>

**(05) FECHA INICIO PLAN**

Corresponde al mes y año en que se comenzó a comercializar el plan.

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 6, con valor distinto de cero.

Debe informarse de acuerdo con las especificaciones técnicas señaladas en el punto 2 de este instructivo.

**(06) COMERCIALIZACIÓN**

Identifica si el plan de salud se está comercializando en el período informado.

Campo de tipo alfabético, de largo 1, con valor S o N según corresponda, donde:

S = Sí

N = No

**(07) MODALIDAD DEL PRECIO**

Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el precio del plan.

Campo de tipo numérico, de largo 1, con valor 1, 2, 3 ó 4 según corresponda, donde:

1 = UF

2 = \$

3 = 7%

4 = Otra <sup>(3)</sup>

**(08) PRECIO BASE**

Corresponde al valor referencial ("K") del plan de salud vigente al mes (que) se informa, expresado en la unidad definida y utilizada por la Isapre en su comercialización.

Los valores fijados en UF deberán informarse con dos decimales, utilizando

---

<sup>2</sup> De acuerdo a la definición establecida en la circular N°51 de 1999.

<sup>3</sup> Si el precio se expresa en una combinación de las modalidades UF, pesos, o 7%, indicar código 4 y entregar los argumentos que lo justifiquen en la carta portadora de la información.

para ello, las dos últimas posiciones de este campo ( <sup>4</sup> ).

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 6.

Debe ser cero sólo en el caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud (cod. 3) u otra (cod. 4).

**(09) CÓDIGO TABLA DE FACTORES** Código que identifica en forma inequívoca a la tabla de factores asociada al plan de salud.

Para este efecto, la Isapre deberá asignar un código a la tabla de factores correspondiente al plan que se informa

Campo de tipo alfanumérico de largo 3.

Debe estar en blanco sólo en el caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud (cod.3) u otra (cod. 4).

**(10) AMPLITUD DE LA COBERTURA** Permite identificar si el plan de salud otorga cobertura para todas las prestaciones del Arancel FONASA (plan con cobertura general), o si excluye cobertura para algunas de estas prestaciones (plan con cobertura especial).  
Campo de tipo alfabético, de largo 1 con valor G, E o R según corresponda, donde:  
G = General  
E = Especial  
R = Cobertura reducida de parto ( <sup>5</sup> ).

---

<sup>4</sup> En aquellos planes que utilicen "Tabla de Precios", se deberá deducir o inferir el precio base y la tabla de factores asociada al plan, los que se informarán de acuerdo a lo señalado en los campos 08 y 09, respectivamente, y a la circular N° 044 de 1998.

<sup>5</sup> De acuerdo a la definición establecida en la Circular N° 60 del 02.Marzo.2000

**(11) NOMBRE DEL ARANCEL DE REFERENCIA**

Corresponde al nombre arancel asignado al plan de salud que se informa.  
Para tal efecto la Isapre deberá asignar un nombre al arancel, el cual deberá coincidir absolutamente con la identificación que de él se haga en el contrato de salud, disquetes e impresos de los archivos de aranceles cuando corresponda su envío.  
Campo de tipo alfanumérico, de largo 25, debe informarse siempre.

**(12) CÓDIGO DEL ARANCEL DE REFERENCIA**

Es el código del arancel asignado al plan de salud que se informa.  
Para tal efecto la Isapre deberá asignar un código asociado al nombre informado en el campo 11.  
Este código deberá ser coincidente con el indicado en disquetes e impresos de los archivos de aranceles cuando corresponda su envío.  
Campo de tipo numérico, de largo 5, con valor distinto de cero.

**(13) NOMBRE DEL ARANCEL DE REFERENCIA**

Corresponde al nombre arancel asignado al plan de salud que se informa.  
Para tal efecto la Isapre deberá asignar un nombre al arancel, asociado al código indicado en el campo 11, el cual deberá coincidir absolutamente con la identificación que se haga en el contrato de salud, disquetes e impresos de los archivos de aranceles cuando corresponda su envío.  
Campo de tipo alfanumérico, de largo 25, debe informarse siempre.

**(13) MÉDICO DE CABECERA**

Identifica la existencia de un médico en el plan de salud, encargado de entregar las primeras atenciones de salud a los beneficiarios del plan, a un nivel primario, con capacidad resolutive a ese nivel y con la facultad de derivar a los beneficiarios a niveles de mayor complejidad.

Campo de tipo alfabético, de largo 1, con valor S o N según corresponda, donde:  
S = Sí existe médico de cabecera  
N = No existe médico de cabecera

**(14) ADMINISTRADOR DEL PLAN**

Informa la existencia de una organización distinta de la isapre, encargada de encauzar la atención médica integral de los beneficiarios a través de una red de prestadores.

Campo de tipo alfabético, de largo 1, con valor S o N según corresponda, donde:  
S = Sí posee un administrador  
N = No posee un administrador

**(15) MODALIDAD DE ATENCION**

Informa la modalidad de atención que tiene el plan de salud que se informa.

Campo de tipo numérico, de largo 1, donde:

1 = Libre elección

2 = Prestador preferente ( <sup>6</sup> )

3 = Plan Cerrado ( <sup>7</sup> )

**(16) SISTEMA DE PAGO  
CAPITADO**

Informa si el plan está sujeto a una modalidad de pago que consiste en asignar un monto fijo por beneficiario a un tercero, para que financie las atenciones de salud que los beneficiarios del plan requieran.

Campo de tipo alfabético, de largo 1, con valor S o N según corresponda, donde:

S = Sí está sujeto a pago capitado

N = No está sujeto a pago capitado

**(17) COPAGO GARANTIZADO**

Informa si el plan de salud presenta un copago garantizado para alguna o todas las prestaciones.

---

<sup>6</sup> De acuerdo a lo establecido en la Circular N° 57 del 04.Febrero.2000

<sup>7</sup> Informa el plan de salud cuya estructura sólo financia las atenciones de salud otorgadas por prestadores preferentes individualizados en el plan y que, en consecuencia, no contempla bonificación para prestaciones realizadas bajo la modalidad de libre elección.

Campo de tipo alfabético, de largo 1, con valor S o N según corresponda, donde:  
S = Sí tiene copago garantizado  
N = No tiene copago garantizado

**(18) MODALIDAD DEL TOPE ANUAL**

Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el tope anual por beneficiario establecido en el plan de salud.

Campo de tipo numérico, de largo 1, con valor entre 1 y 3 según corresponda, donde:

1 = UF

2 = \$

3 = Sin tope

**(19) TOPE ANUAL POR BENEFICIARIO**

Corresponde al monto del tope anual por beneficiario establecido en el plan de salud, expresado en la unidad definida y utilizada por la isapre en el proceso de bonificación. No debe considerar el tope diferenciado que pudiera indicarse para las cargas médicas.

Campo de tipo numérico, de largo 9, sin punto o coma decimal.

Debe ser cero sólo cuando el plan de salud no considere un tope anual.

**(20) REGIÓN(ES) DONDE SE COMERCIALIZA**

Indica las regiones donde se comercializa el plan.

Campo alfabético de largo 13, con valores S o N, según corresponda, donde:

S = se comercializa

N = no se comercializa.

Cada uno de los 13 caracteres corresponde a una región, en donde el primero representa a la "I Región", el segundo carácter a la "II Región" y así sucesivamente hasta llegar al carácter decimotercero que corresponde a la Región Metropolitana.

**(21) FECHA DE ÚLTIMA  
ADECUACIÓN APLICADA  
AL PLAN**

Corresponde a la fecha en que la Isapre aplica la última adecuación al plan de salud.

Se entenderá por tal, al mes y año en que entran en vigencia las modificaciones introducidas al plan (por precio, por beneficios o ambos).

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 6.

Debe contener blancos si el plan de salud nunca ha sido adecuado.

Debe informarse de acuerdo con las especificaciones técnicas señaladas en el punto 2 de este instructivo.

**1.6 Definiciones del Archivo de Tablas de Factores**

Es probable que una misma Tabla de Factores sea referenciada por uno o más Planes de Salud.

**(01) CÓDIGO ISAPRE**

Corresponde al número de identificación de la isapre registrado en esta Superintendencia.

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 3, con valor distinto de cero.

**(02) FECHA DE LA INFORMACIÓN**

Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía.

Debe coincidir con lo informado en el campo (02) del Archivo Maestro de Planes de Salud.

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 6.

Debe informarse de acuerdo con las especificaciones técnicas definidas en el punto 2 de este instructivo.

**(03) CÓDIGO TABLA DE FACTORES**

Identifica la tabla de factores asociada al plan de salud.

Este código deberá coincidir expresamente con el informado en el campo (09) del Archivo Maestro de Planes de Salud.  
Campo de tipo alfanumérico de largo 3.

**(04) EDAD INICIAL DEL RANGO**

Corresponde al límite mínimo del rango de edad, de una línea dentro de la tabla de factores. Esta edad debe estar expresada en años.

Campo de tipo numérico, entero, de largo 3, cuyo valor debe ser mayor o igual a 0 y menor o igual al valor asignado al campo EDAD FINAL DEL RANGO.

**(05) EDAD FINAL DEL RANGO**

Corresponde al límite máximo del rango de edad, de una línea dentro de la tabla de factores. Esta edad debe estar expresada en años.

Campo de tipo numérico, entero, de largo 3, cuyo valor debe ser menor o igual a 120 y mayor o igual al valor asignado al campo EDAD INICIAL DEL RANGO.

**(06) FACTOR COTIZANTE  
MASCULINO**

Corresponde al factor que se le asigna al cotizante masculino cuya edad debe estar dentro del rango indicado en la misma línea de la tabla de factores.

Campo de tipo numérico, de largo 4, con dos enteros, dos decimales, sin punto ni coma decimal.

**(07) FACTOR COTIZANTE  
FEMENINO**

Corresponde al factor que se le asigna al cotizante femenino cuya edad debe estar dentro del rango indicado en la misma línea de la tabla de factores.

Campo de tipo numérico, de largo 4, con dos enteros, dos decimales, sin punto ni coma decimal.

**(08) FACTOR CARGA  
MASCULINA**

Corresponde al factor que se le asigna a la carga masculina cuya edad debe estar

dentro del rango indicado en la misma línea de la tabla de factores.

Campo de tipo numérico, de largo 4, con dos enteros, dos decimales, sin punto ni coma decimal.

**(09) FACTOR CARGA FEMENINA**

Corresponde al factor que se le asigna a la carga femenina cuya edad debe estar dentro del rango indicado en la misma línea de la tabla de factores.

Campo de tipo numérico, de largo 4, con dos enteros, dos decimales, sin punto ni coma decimal.

**(10) FACTOR CARGA CÓNYUGE FEMENINA**

Corresponde al factor que se le asigna a la Carga Cónyuge Femenina cuya edad debe estar dentro del rango indicado en la misma línea de la tabla de factores.

Campo de tipo numérico, de largo 4, con dos enteros, dos decimales, sin punto ni coma decimal.

Respecto de los campo 6 al 10, en aquellos planes que utilicen "Tabla de Precios", se deberán deducir o inferir los factores de acuerdo a lo señalado en la circular N° 044 de 1998.

**1.7 Definiciones del Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas**

**(01) CÓDIGO ISAPRE**

Corresponde al número de identificación de la isapre registrado en esta Superintendencia.

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 3, con valor distinto de cero.



- (02) FECHA DE LA INFORMACIÓN** Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía.  
Debe coincidir con lo informado en el campo (02) del Archivo Maestro de Planes de Salud.  
Campo numérico sin punto ni coma decimal, de largo 6.  
Debe informarse de acuerdo a las especificaciones definidas en punto 2 de este instructivo.
- (03) IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN** Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan, con el objeto de identificarlo de manera única.  
Debe coincidir absolutamente con lo informado en el campo (03) del Archivo Maestro de Planes de Salud.  
Campo de tipo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos o apóstrofes y sin punto o coma decimal, de largo 30.
- (04) CÓDIGO DE PRESTACIÓN** Corresponde al código con que se identifican las prestaciones, de acuerdo a la estructura, orden y contenido de la SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS definida en el anexo 4 de la Circular N°43 del 08 de abril de 1998.  
Campo numérico de largo 7, sin punto ni coma decimal.
- (05) LIBRE ELECCIÓN  
PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN** Corresponde al porcentaje de bonificación asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.  
Debe contener ceros (0) cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.  
Campo numérico de largo 3, sin punto ni coma decimal.
- (06) LIBRE ELECCIÓN  
TOPE DE LA** Corresponde al tope asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

## **PRESTACIÓN**

Debe contener ceros (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener "XXXXXXXX" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener blancos, cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo numérico de largo 8, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

### **(07) LIBRE ELECCIÓN**

#### **TOPE EN HONORARIOS MEDICOS**

Corresponde al tope de bonificación de honorarios médicos asociados a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

Debe contener ceros (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener "XXXXXXXX" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener blancos, cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo numérico de largo 8, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

### **(08) LIBRE ELECCIÓN**

#### **TOPE EN DERECHOS DE PABELLÓN**

Corresponde al tope de bonificación de derechos de pabellón asociados a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

Debe contener ceros (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener "XXXXXXXX" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener blancos, cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo numérico de largo 8, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

**(09) LIBRE ELECCIÓN**

**TOPE EN MEDICAMENTOS**

Corresponde al tope por concepto de medicamentos asociado a la prestación que se informa en la modalidad de libre elección.

Debe contener ceros (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener "XXXXXXXX" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener blancos, cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo numérico de largo 8, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

**(10) LIBRE ELECCIÓN**

**TOPE ANUAL DE LA  
PRESTACIÓN**

Corresponde al tope anual definido para la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

Debe contener ceros (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener "XXXXXXXX" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener blancos, cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo numérico de largo 8, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

## MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE

( NOTAS GENERALES referidas a Campos 11 al 34 )

Cuando el plan de salud contemple modalidad de atención con prestadores preferentes, la isapre deberá informar el detalle de la cobertura convenida con, a lo más, tres (3) de dichos prestadores.

Cabe señalar que la cobertura preferente puede estar expresada en copago fijo o en porcentajes de bonificación con determinados topes, debiendo, en todo caso, completarse sólo el o los campos que correspondan al tipo de cobertura definida en el plan de salud.

En caso que el plan de salud no contemple modalidad de atención con prestadores preferentes, los campos 11 al 34 deberán informarse en blanco (espacios).

**( 11 ) MODALIDAD  
COBERTURA  
PREFERENTE 1**

**RUT DEL PRESTADOR**

Corresponde al RUT del prestador preferente, para la prestación que se informa.

El RUT se debe informar de acuerdo con la siguiente estructura:

NRO\_RUT, numérico de largo 8

DIG\_VERIF\_RUT, alfanumérico de largo 1

Para este campo se deben considerar las especificaciones técnicas señaladas en el punto 2 de este instructivo.

**( 12 ) MODALIDAD  
COBERTURA  
PREFERENTE 1**

**PORCENTAJE DE  
BONIFICACIÓN**

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Debe contener ceros (0), cuando la prestación no presente cobertura en el convenio correspondiente.

Debe contener blancos, cuando no corresponda informar este porcentaje para la prestación respectiva.

Campo numérico de largo 3, sin punto ni coma decimal.

**( 13 ) MODALIDAD  
COBERTURA**

Corresponde al tope asociado a la prestación que se informa, en la

- PREFERENTE 1**
- TOPE DE LA PRESTACIÓN**
- modalidad de la cobertura preferente 1.  
 Debe contener ceros (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.  
 Debe contener "XXXXXXXX" cuando la prestación no tenga tope.  
 Debe contener blancos, cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.  
 Campo numérico de largo 8, sin punto ni coma decimal.  
 El tope se expresará en pesos del período que se informa.
- (14) MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE 1**
- TOPE EN HONORARIOS MEDICOS**
- Corresponde al tope de bonificación de honorarios asociados a la prestación que se informa, en la modalidad cobertura preferente 1.  
 Debe contener ceros (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.  
 Debe contener "XXXXXXXX" cuando la prestación no tenga tope.  
 Debe contener blancos, cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.  
 Campo numérico de largo 8, sin punto ni coma decimal.  
 El tope se expresará en pesos del período que se informa.
- (15) MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE 1**
- TOPE EN DERECHOS DE PABELLÓN**
- Corresponde al tope de bonificación de derechos de pabellón asociados a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.  
 Debe contener ceros (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.  
 Debe contener "XXXXXXXX" cuando la prestación no tenga tope.  
 Debe contener blancos, cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo numérico de largo 8, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

**(16) MODALIDAD  
COBERTURA  
PREFERENTE 1**

**TOPE EN MEDICAMENTOS**

Corresponde al tope por concepto de medicamentos asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Debe contener ceros (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener "XXXXXXXX" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener blancos, cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo numérico de largo 8, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

**(17) MODALIDAD  
COBERTURA  
PREFERENTE 1**

**COPAGO DE LA  
PRESTACIÓN**

Corresponde al copago fijo establecido en el plan de salud para la prestación que se informa en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Debe contener ceros (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener blancos, cuando no corresponda informar un copago para el tipo de prestación.

Campo numérico de largo 8, sin punto ni coma decimal.

El copago se expresará en pesos del período que se informa.

**(18) MODALIDAD  
COBERTURA  
PREFERENTE 1**

**TOPE ANUAL DE LA**

Corresponde al tope anual definido para la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Debe contener ceros (0), cuando la prestación no presente cobertura en el

## **PRESTACIÓN**

plan correspondiente.

Debe contener "XXXXXXXX" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener blancos, cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo numérico de largo 8, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

**En modalidad de cobertura preferente, para los campos del 19 al 26 (cobertura preferente 2) y para los campos 27 al 34 (cobertura preferente 3), se deben considerar las mismas definiciones asignadas a los campos correspondientes en la modalidad de cobertura preferente 1 (campos 11 al 18).**

### **1.7. Especificaciones de Archivo Tabla de Prestadores Médicos**

**Esta tabla debe remitirse sólo en caso que la Isapre haya informado planes con cobertura preferente.**

#### **(01) CÓDIGO ISAPRE**

Corresponde al número de identificación de la isapre registrado en esta Superintendencia.

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 3, con valor distinto de cero.

#### **(02) FECHA DE LA INFORMACIÓN**

Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía.

Debe coincidir con lo informado en el campo (02) del Archivo Maestro de Planes de Salud.

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 6.

Debe informarse de acuerdo con las especificaciones técnicas definidas en el punto 2 de este instructivo.

**(03) RUT PRESTADOR**

Corresponde al RUT de los prestadores preferentes informados en alguno de los campos 11, 19 o 27 del Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas. El RUT se debe informar de acuerdo con la siguiente estructura:

NRO\_RUT, numérico de largo 8

DIG\_VERIF\_RUT, alfanumérico de largo 1

Debe informarse de acuerdo con las especificaciones técnicas señaladas en el punto 2 de este instructivo.

**(04) NOMBRE / RAZÓN SOCIAL  
DEL PRESTADOR**

Corresponde al nombre y/o razón social asociado a los RUT de los prestadores preferentes informados.

Campo alfanumérico, de largo 42, debe informarse siempre.



## 2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS GENERALES

Los archivos deberán ser remitidos mensualmente y en forma conjunta y deberán contener información referida a los planes de salud vigentes y/o comercializados en el mes que se informa.

Se entiende por plan de salud vigente aquel que tenga, a lo menos, un cotizante adscrito en el mes señalado, independientemente de si se está comercializando. Asimismo, se entiende por plan comercializado aquel que se encuentra a la venta en el mes señalado aunque no tenga cotizantes adscritos.

El llenado de los campos definidos en el punto anterior, se sujetará a las siguientes especificaciones técnicas, según sea el caso:

### CAMPOS ALFABÉTICOS Y ALFANUMÉRICOS

Si el valor que posee un campo es menor que el tamaño definido para éste, se debe completar con blancos a la derecha.

### CAMPOS NUMÉRICOS

Si el valor que posee un campo es menor que el tamaño definido para éste, se debe completar con ceros a la izquierda.

### CAMPOS DE RUT

Las 8 primeras posiciones corresponden al correlativo entregado por el Registro Civil e Identificación o el Servicio de Impuestos Internos según corresponda. La posición 9 corresponde al dígito verificador, calculado a través de la rutina matemática denominada **MÓDULO 11**.

### FORMATO DE FECHAS

El formato es MMAAAA, donde:  
MM = Mes, entre 01 y 12.  
AAAA = Año, con valor distinto de cero.

### 3. PROCESO DE VALIDACIÓN

Previo al envío de los archivos y con la finalidad de contribuir a la calidad de la información que contienen, cada isapre deberá efectuar un proceso de validación de datos que consiste en contabilizar, corregir y justificar, si procede, los ERRORES e inconsistencias que se señalan a continuación.

Los resultados de dicho proceso deberán informarse de acuerdo con el formato de la tabla adjunta, la que deberá remitirse impresa y en la misma oportunidad que el dispositivo magnético.

La Superintendencia de Isapres aplicará el mismo proceso de validación, cuyos resultados deben coincidir con los que entregue cada isapre, en caso contrario, el dispositivo magnético será rechazado.

#### 3.1. Contabilización de Datos Generales

NÚMERO DE PLANES INFORMADOS                      Corresponde al total de repeticiones del campo (03).

NÚMERO DE PLANES COMERCIALIZADOS                      Corresponde al total de repeticiones del campo (06) cuando éste tiene valor "S".

#### 3.2. Contabilización de Errores

En caso que los siguientes contadores de error sean distintos de cero, es decir, contengan errores, la isapre deberá corregir los datos específicos, antes de su envío a la Superintendencia.

#### DEL ARCHIVO MAESTRO DE PLANES DE SALUD

NÚMERO DE CÓDIGOS ISAPRE ERRÓNEOS  
NÚMERO DE FECHAS DE LA INFORMACIÓN ERRÓNEAS  
NÚMERO DE IDENTIFICACIONES DE PLAN ERRÓNEAS  
NÚMERO DE TIPOS DE PLAN ERRÓNEOS  
NÚMERO DE FECHAS INICIO PLAN ERRÓNEAS  
NÚMERO DE COMERCIALIZACIONES ERRÓNEAS  
NÚMERO DE MODALIDADES DE PRECIO ERRÓNEAS  
NÚMERO DE PRECIOS BASE ERRÓNEOS  
NÚMERO DE CÓDIGOS DE TABLA DE FACTORES ERRÓNEOS  
NÚMERO DE AMPLITUDES DE COBERTURA ERRÓNEAS  
NÚMERO DE NOMBRES DE ARANCELES ERRÓNEOS  
NÚMERO DE CÓDIGOS DE ARANCELES ERRÓNEOS  
NÚMERO DE MÉDICOS DE CABECERA ERRÓNEOS

NÚMERO DE ADMINISTRADORES DE PLAN ERRÓNEOS  
NÚMERO DE MODALIDAD DE ATENCIÓN ERRÓNEAS  
NÚMERO DE SISTEMAS DE PAGO CAPITADO ERRÓNEOS  
NÚMERO DE COPAGOS GARANTIZADOS ERRÓNEOS  
NÚMERO DE MODALIDADES DE TOPE ERRÓNEOS  
NÚMERO DE TOPES ANUALES POR BENEF. ERRÓNEOS  
NÚMERO DE REGIONES SE COMERCIALIZA PLAN ERRÓNEAS  
NÚMERO DE FECHA DE ULTIMA ADECUACION ERRÓNEAS

#### **DEL ARCHIVO DE TABLA DE FACTORES**

NÚMERO DE CÓDIGOS ISAPRE ERRÓNEOS  
NÚMERO DE FECHAS DE INFORMACIÓN ERRÓNEAS  
NÚMERO DE CÓDIGOS DE TABLA DE FACTORES ERRÓNEOS  
NÚMERO DE EDADES INICIALES ERRÓNEAS  
NÚMERO DE EDADES FINALES ERRÓNEAS  
NÚMERO DE FACTORES COTIZANTES MASCULINO ERRÓNEOS  
NÚMERO DE FACTORES COTIZANTES FEMENINOS ERRÓNEOS  
NÚMERO DE FACTORES CARGA MASCULINO ERRÓNEOS  
NÚMERO DE FACTORES CARGA FEMENINO ERRÓNEOS  
NÚMERO DE FACTORES CONYUGES FEMENINO ERRÓNEOS

#### **DEL ARCHIVO DE SELECCIONES DE PRESTACIONES VALORIZADAS**

NÚMERO DE CÓDIGOS ISAPRE ERRÓNEOS  
NÚMERO DE FECHAS DE INFORMACIÓN ERRÓNEAS  
NÚMERO DE CODIGOS IDENTIFICACIÓN DEL PLAN ERRÓNEOS  
NÚMERO DE CÓDIGOS DE PRESTACIÓN ERRÓNEOS

NÚMERO EN L.E. PORCENTAJE BONIFICACIÓN ERRÓNEOS  
NÚMERO EN L.E. TOPE DE PRESTACIÓN ERRÓNEOS  
NÚMERO EN L.E. TOPE EN HONORARIOS MÉDICOS ERRÓNEOS  
NÚMERO EN L.E. TOPE EN DERECHOS DE PABELLÓN ERRÓNEOS  
NÚMERO EN L.E. TOPE EN MEDICAMENTOS ERRÓNEOS  
NÚMERO EN L.E. TOPE ANUAL DE LA PRESTACIÓN ERRÓNEOS

NÚMERO EN C.P. 1 RUT PRESTADOR ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 1 PORCENTAJE BONIFICACIÓN ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 1 TOPE DE LA PRESTACIÓN ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 1 TOPE EN HONORARIOS MÉDICOS ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 1 TOPE EN DERECHOS DE PABELLÓN ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 1 TOPE EN MEDICAMENTOS ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 1 COPAGO DE PRESTACIÓN ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 1 TOPE ANUAL DE LA PRESTACIÓN ERRÓNEOS

NÚMERO EN C.P. 2 RUT PRESTADOR ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 2 PORCENTAJE BONIFICACIÓN ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 2 TOPE DE LA PRESTACIÓN ERRÓNEOS

NÚMERO EN C.P. 2 TOPE EN HONORARIOS MÉDICOS ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 2 TOPE EN DERECHOS DE PABELLÓN ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 2 TOPE EN MEDICAMENTOS ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 2 COPAGO DE PRESTACIÓN ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 2 TOPE ANUAL DE LA PRESTACIÓN ERRÓNEOS

NÚMERO EN C.P. 3 RUT PRESTADOR ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 3 PORCENTAJE BONIFICACIÓN ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 3 TOPE DE LA PRESTACIÓN ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 3 TOPE EN HONORARIOS MÉDICOS ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 3 TOPE EN DERECHOS DE PABELLÓN ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 3 TOPE EN MEDICAMENTOS ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 3 COPAGO DE PRESTACIÓN ERRÓNEOS  
NÚMERO EN C.P. 3 TOPE ANUAL DE LA PRESTACIÓN ERRÓNEOS

### **DEL ARCHIVO DE TABLA DE PRESTADORES MEDICOS**

NÚMERO DE CÓDIGOS ISAPRE ERRÓNEOS  
NÚMERO DE FECHAS DE INFORMACIÓN ERRÓNEAS  
NÚMERO DE RUT PRESTADORES ERRÓNEOS  
NÚMERO DE NOMBRES Y/O RAZONES SOCIALES ERRÓNEAS

### **3.3. Contabilización de Inconsistencias**

Se validarán todos aquellos campos en que pueda producirse discrepancia respecto de los datos contenidos en otros archivos relacionados, como por ejemplo:

- El número de no coincidencias entre los RUT de los cotizantes con beneficios vigentes informados en el Archivo de Relaciones Planes/Cotizantes y el Archivo Maestro de Beneficiarios del mismo período.
- El número de no coincidencias entre los planes informados en el Archivo Maestro de Planes de Salud y los Informados en el Archivo de Relaciones Planes/Cotizantes.

## TABLA DE VALIDACIONES

INFORMACIÓN PARA VERIFICACIÓN	TOTALES
<b>DATOS GENERALES</b>	
NÚMERO DE PLANES INFORMADOS	
NÚMERO DE PLANES COMERCIALIZADOS	
<b>ERRORES DEL ARCHIVO MAESTRO DE PLANES DE SALUD</b>	
NÚMERO DE CÓDIGOS ISAPRE ERRÓNEOS	
NÚMERO DE FECHAS DE INFORMACIÓN ERRÓNEAS	
NÚMERO DE IDENTIFICACIONES DE PLAN ERRÓNEAS	
NÚMERO DE TIPOS DE PLAN ERRÓNEOS	
NÚMERO DE FECHAS INICIO PLAN ERRÓNEAS	
NÚMERO DE COMERCIALIZACIONES ERRÓNEAS	
NÚMERO DE MODALIDADES DEL PRECIO ERRÓNEAS	
NÚMERO DE PRECIOS BASE ERRÓNEOS	
NÚMERO DE CÓDIGOS DE TABLA DE FACTORES ERRÓNEOS	
NÚMERO DE AMPLITUDES DE COBERTURA ERRÓNEAS	
NÚMERO DE NOMBRES DE ARANCEL ERRÓNEOS	
NÚMERO DE CÓDIGOS ARANCEL ERRÓNEOS	
NÚMERO DE MÉDICOS DE CABECERA ERRÓNEOS	
NÚMERO DE ADMINISTRADORES DE PLAN ERRÓNEOS	
NÚMERO DE MODALIDADES DE ATENCIÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO DE SISTEMAS DE PAGO CAPITADO ERRÓNEOS	
NÚMERO DE COPAGOS GARANTIZADOS ERRÓNEOS	
NÚMERO DE MODALIDADES DE TOPE ERRÓNEOS	
NÚMERO DE TOPES ANUALES ERRÓNEOS	
NÚMERO REGIONES DONDE SE COMERCIALIZA ERRÓNEAS	
NÚMERO FECHAS DE ULTIMA ADECUACIÓN ERRÓNEAS	

**ERRORES DEL ARCHIVO DE TABLA DE FACTORES**

NÚMERO DE CÓDIGOS ISAPRE ERRÓNEOS	
NÚMERO DE FECHAS DE INFORMACIÓN ERRÓNEAS	
NÚMERO DE CÓDIGOS DE TABLA DE FACTORES ERRÓNEOS	
NÚMERO DE EDADES INICIALES ERRÓNEAS	
NÚMERO DE EDADES FINALES ERRÓNEAS	
NÚMERO DE FACTORES COTIZANTES MASC. ERRÓNEOS	
NÚMERO DE FACTORES COTIZANTES FEM. ERRÓNEOS	
NÚMERO DE FACTORES CARGAS MASC. ERRÓNEOS	
NÚMERO DE FACTORES CARGAS FEM. ERRÓNEOS	
NÚMERO DE FACTORES CONYUGES FEM. ERRÓNEOS	

**ERRORES DEL ARCHIVO DE SELECCIONES DE PRESTACIONES VALORIZADAS**

NÚMERO DE CÓDIGOS ISAPRE ERRÓNEOS	
NÚMERO DE FECHAS DE INFORMACIÓN ERRÓNEAS	
NÚMERO DE CÓDIGOS IDENTIF. DEL PLAN ERRÓNEOS	
NÚMERO DE CODIGOS DE PRESTACION ERRÓNEOS	
NÚMERO EN L.E. PORCENTAJE BONIFICACIÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN L.E. TOPE DE PRESTACIÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN L.E. TOPE HONORARIOS MÉDICOS ERRÓNEOS	
NÚMERO EN L.E. TOPE DERECHOS PABELLÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN L.E. TOPE MEDICAMENTOS ERRÓNEOS	
NÚMERO EN L.E. TOPE ANUAL DE PRESTACIÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 1 RUT PRESTADOR ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 1 PORCENT. BONIFICACIÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 1 TOPE PRESTACIÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 1 TOPE HONORARIOS MÉDICOS ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 1 TOPE DERECHO PABELLÓN ERRÓNEOS	

NÚMERO EN CP. 1 TOPE MEDICAMENTOS ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 1 COPAGO PRESTACIÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 1 TOPE ANUAL PRESTACIÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 2 RUT PRESTADOR ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 2 PORCENT. BONIFICACIÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 2 TOPE PRESTACIÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 2 TOPE HONORARIOS MÉDICOS ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 2 TOPE DERECHO PABELLÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 2 TOPE MEDICAMENTOS ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 2 COPAGO PRESTACIÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 2 TOPE ANUAL PRESTACIÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 3 RUT PRESTADOR ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 3 PORCENT. BONIFICACIÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 3 TOPE PRESTACIÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 3 TOPE HONORARIOS MÉDICOS ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 3 TOPE DERECHO PABELLÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 3 TOPE MEDICAMENTOS ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 3 COPAGO PRESTACIÓN ERRÓNEOS	
NÚMERO EN CP. 3 TOPE ANUAL PRESTACIÓN ERRÓNEOS	

**ERRORES DEL ARCHIVO DE TABLA DE PRESTADORES MÉDICOS**

NÚMERO DE CÓDIGOS ISAPRE ERRÓNEOS	
NÚMERO DE FECHAS DE INFORMACIÓN ERRÓNEAS	
NÚMERO DE RUT DE PRESTADORES ERRÓNEOS	
NÚMERO DE NOMBRES DE PRESTADORES ERRÓNEOS	

#### **4. MODALIDAD DE ALMACENAMIENTO**

Para la confección de los archivos podrán utilizarse dos modalidades de almacenamiento de la información:

##### **4.1 CARTRIDGE (4mm.)**

En el evento que la isapre opte por utilizar cartridge en la confección de sus archivos, deberá tener en consideración las especificaciones técnicas que se señalan a continuación:

a) El cartridge deberá ser grabado de acuerdo con las siguientes normas:

- Archivos planos (un registro por línea)
- Código ASCII
  
- Largo del registro Archivo Maestro de Planes de Salud: 122 bytes
- Largo Registro Archivo Tabla de Factores: 38 bytes
- Largo Registro Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas: 269 bytes
- Largo Registro Archivo Tabla de Prestadores Médicos: 60 bytes
  
- Nombre del Archivo Maestro de Planes: ICCCAAAA . P, donde:
  - I = siempre debe ser el carácter "I"
  - CCC = código de la isapre
  - AAAA = año que se informa
  - P = siempre debe ser el carácter "P"
  
- Nombre del Archivo Tabla de Factores: ICCCAAAA . F, donde:
  - I = siempre debe ser el carácter "I"
  - CCC = código de la isapre
  - AAAA = año que se informa
  - F = siempre debe ser el carácter "F"
  
- Nombre Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas  
ICCCA AAAA . S, donde:
  - I = siempre debe ser el carácter "I"
  - CCC = código de la isapre
  - AAAA = año que se informa
  - S = siempre debe ser el carácter "S"



- Nombre Archivo Tabla de Prestadores Médicos  
ICCCAAAA . M, donde:  
I = siempre debe ser el carácter "I"  
CCC = código de la isapre  
AAAA = año que se informa  
M = siempre debe ser el carácter "M"

b) El cartridge debe venir acompañado de una "Hoja de Análisis", obtenida computacionalmente, que contenga la siguiente información:

- Nombre de la isapre
- Fecha de creación (mes y año que se informa)
- Nombre del Archivo Maestro de Planes de Salud
- Nombre del Archivo Tabla de Factores
- Nombre del Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas
- Nombre del Archivo Tabla de Prestadores Médicos.
- Número de registros del Archivo Maestro de Planes de Salud
- Número de registros Archivo Tabla de Factores
- Número de registros Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas
- Número de registros Archivo Tabla de Prestadores Médicos

## 4.2 DISQUETE

En el evento que la isapre opte por utilizar disquete en la confección de sus archivos, deberá tener en consideración las especificaciones técnicas que se señalan a continuación:

- a) Disquete de 3 1/2 pulgadas, con formato D.O.S., alta densidad, con una disponibilidad de almacenamiento de 1.44 Mb y de buena calidad para garantizar una grabación confiable.
- b) Los disquetes deberán ser grabados de acuerdo con las siguientes normas:
- Formato D.O.S.
  - Densidad de grabación alta
  - Código ASCII
  - Archivos planos (un registro por línea)
  - Largo del registro Archivo Maestro de Planes de Salud: 122 bytes
  - Largo Registro Archivo Tabla de Factores: 38 bytes
  - Largo Registro Archivo Selecciones de Prestaciones Valorizadas: 269 bytes
  - Largo Registro Archivo Tabla de Prestadores Médicos: 60 bytes

- Nombre del Archivo Maestro de Planes de Salud: ICCCAAAA.P, donde:
  - I = siempre debe ser el carácter "I"
  - CCC = código de la isapre
  - AAAA = año que se informa
  - P = siempre debe ser el carácter "P"
- Nombre del Archivo Tabla de Factores: ICCCAAAA.F, donde:
  - I = siempre debe ser el carácter "I"
  - CCC = código de la isapre
  - AAAA = año que se informa
  - F = siempre debe ser el carácter "F"
- Nombre Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas  
ICCCAAAA . S, donde:
  - I = siempre debe ser el carácter "I"
  - CCC = código de la isapre
  - AAAA = año que se informa
  - S = siempre debe ser el carácter "S"
- Nombre Archivo Tabla de Prestadores Médicos  
ICCCAAAA . M, donde:
  - I = siempre debe ser el carácter "I"
  - CCC = código de la isapre
  - AAAA = año que se informa
  - M = siempre debe ser el carácter "M"

c) Los disquetes deberán etiquetarse con una "Carátula de Identificación" que contenga la siguiente información:

- Código y nombre de la isapre
- Fecha de creación (mes y año que se informa)
- Nombre del Archivo de Planes de Salud
- Nombre del Archivo de Tabla de Factores
- Nombre del Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas
- Nombre del Archivo Tabla de Prestadores Médicos

d) Adicionalmente, los disquetes utilizados deberán venir acompañados de una "Hoja de Análisis" que contenga la siguiente información:

- Nombre de la isapre
- Fecha de creación (mes y año que se informa)

- Nombre del Archivo Maestro de Planes de Salud
  - Nombre del Archivo Tabla de Factores
  - Nombre del Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas
  - Nombre del Archivo de Prestadores Médicos
- 
- Número de registros del Archivo Maestro de Planes de Salud
  - Número de registros Archivo Tabla de Factores
  - Número de registros Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas
  - Número de registros Archivo Tabla de Prestadores Médicos
- e) Los disquetes deberán estar libres de todo tipo de virus u otro software que genere interferencias o afecte el equipamiento de la Superintendencia.
- f) Cuando la cantidad de información exceda la capacidad de un disquete formateado (1.44 Mb) y sólo bajo esta circunstancia, la Isapre seguirá el siguiente procedimiento:
- El volumen de información se remitirá compactado, es decir, la información original se procesará para optimizar su espacio de almacenamiento.
  - La técnica de grabación deberá considerar la generación de un solo archivo ejecutable, que permita su descompactación posterior, mediante la ejecución de un comando que corresponda al nombre del archivo.
- g) Cuando el archivo compactado supere la capacidad de un disquete (1.44 Mb), se grabará siguiendo la modalidad de almacenamiento de archivos multivolumen propia de la aplicación de compactación que se utilice, permitiendo así que los distintos disquetes sean restaurados.

## 5. FECHA DE ENVÍO

Los archivos definidos en el presente Instructivo se enviarán **MENSUALMENTE y en forma conjunta**, debiendo ser recepcionados por esta Superintendencia, a más tardar, el día 20 del mes siguiente al que se refiere la información que se envía.

No obstante lo anterior, el primer envío de información deberá estar referido a los meses de enero y febrero de 2001, para ser remitidos, ambos, a más tardar el 20 de marzo de 2001

## 6. RESPALDO DE LA INFORMACIÓN

Las isapres deberán mantener a disposición de esta Superintendencia, una copia de los dispositivos que contengan la información correspondiente a los tres últimos meses remitidos.

## 7. VIGENCIA


Este Ordinario Circular entrará en vigencia desde la fecha de su emisión.

Entiéndase derogada, la letra b) del título III de la Circular N° 43 del 8 de Abril de 1998.

Las infracciones de las isapres a las instrucciones impartidas en este Ordinario Circular, podrán ser sancionadas por esta Superintendencia en virtud de lo dispuesto en el artículo 45° de la Ley N°18.933.

Atentamente,



  
JHL/AMV/FN/TAM/  
Distribución

- Sres. Gerentes Generales de Isapres
- Superintendente de Isapres
- Fiscalía
- Departamento Control
- Departamento Estudios
- Departamento Apoyo a la Gestión
- Departamento Administración
- Agencias Zonales II, V y VIII Región - SISP
- Oficina de Partes