

**REPÚBLICA DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE INSTITUCIONES
DE SALUD PREVISIONAL**

CIRCULAR N° 025 ¹

SANTIAGO, Agosto 3 de 1995

**IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE LOS
CONTRATOS DE SALUD**

Esta Superintendencia, en ejercicio de sus facultades legales, en especial las que consagran los números 2 y 9 del artículo 3° de la Ley N° 18.933, viene en dictar las siguientes instrucciones, con el objeto que las Instituciones de Salud Previsional ajusten los términos de los contratos de salud a las disposiciones de la Ley, según la presente Circular.

Todo contrato de salud debe contener, como mínimo y en el orden que se indica, las materias y enunciaciones que se desarrollan a continuación:²

1.- DISPOSICIONES GENERALES

1.1.- Lugar y fecha de celebración o modificación del contrato e individualización completa del afiliado y del representante de la ISAPRE. El hecho que figure en esta parte de la convención la identidad de quien tiene la representación general de la Institución de Salud, no impide que ésta sea asumida por un funcionario habilitado especialmente para la negociación, suscripción y/o modificación de los contratos de salud.

1.2.- Referencia a los documentos que forman parte del contrato:

- a) Plan de Salud;
- b) Condiciones Generales;
- c) Declaración de Salud, en las condiciones expresadas en el

¹ El texto definitivo de esta circular lo fijó la Resolución Exenta N°2263, del 14 de octubre de 1997, y posteriormente fue modificada por las Circulares N°44 de 1998 (derogada por Circular IF 6 de 2005), N°57 de 2000, IF/N°6 de 2005, IF/N°38 de 2007 e IF/N°40 de 2007.

² El contenido mínimo del contrato de salud, fue definido mediante la Circular IF N°12, de 20 de enero de 2006, la que estableció las CONDICIONES GENERALES UNIFORMES PARA LOS CONTRATOS DE SALUD PREVISIONAL

Anexo N°2 (documento anexo al contrato).

- d) Formulario Único de Notificación, en los términos definidos por la Superintendencia (documento anexo al contrato).
- e) El Arancel o nómina de prestaciones valorizadas de la ISAPRE, incluye el código de prestación, su nombre (o glosa) y su valor, este último expresado en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF). Las ISAPRE deberán mantener a disposición exclusiva de los cotizantes y beneficiarios, en las oficinas en que se atiende público la cantidad de ejemplares que se indica: 3 ejemplares en la casa matriz y 2 en cada una de las agencias o sucursales.

1.3.- Los documentos señalados en las letras a), b), c) y d) del punto 1.2., deberán ser firmados por ambas partes contratantes, en tanto que el señalado en la letra e), sólo deberá llevar la firma del representante de la ISAPRE.

1.4.- Cada instrumento del contrato deberá emplear un mismo tipo y tamaño de letra en todas sus cláusulas, salvo los títulos, los subtítulos y aquellas materias que la Superintendencia haya dispuesto destacar, casos en los cuales las letras deberán ser de mayor tamaño.

2.- PLAN DE SALUD

Se estipularán en forma clara y precisa las prestaciones y demás beneficios pactados ajustándose al formato tipo del Plan de Salud e instructivo contenido en el Anexo N°1 de la presente Circular.

2.1.- Contenido.

El Plan de Salud considerará lo siguiente:

2.1.1.- Porcentajes de cobertura de bonificación, que deberán aplicarse sobre el valor real de la prestación (valor cobrado por el prestador al paciente). En el Plan de Salud, estos porcentajes se determinarán por grupos de prestaciones definidos por la ISAPRE y claramente especificados.

2.1.2.- Topes de bonificación por prestaciones, en caso de haberlos, los cuales deberán expresarse en pesos (\$), Unidades de Fomento (UF) o número de veces el valor asignado a la prestación respectiva en el Arancel de la ISAPRE, sea que se aplique a una o a un grupo de prestaciones por evento.

2.1.3.- Montos máximos o topes generales de bonificación por beneficiario, en caso de haberlos, los que sólo se expresarán en pesos (\$) o en Unidades de Fomento (UF) y por un período máximo de un año de vigencia de beneficios. Este tope deberá ser el mismo para todos los beneficiarios del Plan, pudiendo establecerse un tope diferente, sólo para las cargas médicas.

2.1.4.- *Derogado*³

2.1.5.- En todo plan de salud se hará referencia al Arancel de la ISAPRE.

2.2.- Consideraciones especiales.

2.2.1.- Formato.

El formato impreso del plan pactado deberá consignar exclusivamente la descripción de los beneficios correspondientes a éste.

2.2.2.- Planes Grupales en ISAPRE “Abiertas”.

Dado que no será condición para la celebración de un contrato de salud el hecho de pertenecer el cotizante a una empresa o a un grupo de dos o más trabajadores, se dejará constancia expresa en el plan que se convenga, el otorgamiento de los beneficios distintos a los que podría obtener con la sola cotización individual. Para tales efectos, se deberá indicar el tipo de plan que se contrate, estipulándose, todos los beneficios convenidos, así como las condiciones para el otorgamiento y mantención de dichos beneficios.

3.- BENEFICIARIOS

Los contratos deberán señalar que son beneficiarios del mismo, el cotizante y sus familiares beneficiarios, es decir, aquellos que tienen las calidades indicadas en las letras b) y c) del artículo 6° de la Ley N°18.469, en relación con la ley N°19.152, y de aquellas otras personas que, sin tener los requisitos anteriores, puedan incluirse, si así lo acuerdan las partes, las que se denominarán, en adelante, cargas médicas.

³ Punto derogado por punto 4 de la Circular IF/N° 6 de 02 de junio de 2005

En todo contrato habrá de considerarse como beneficiario, al recién nacido.

Las ISAPRE deberán incorporar al recién nacido, si esto es requerido por el padre o la madre cotizante. Dicha incorporación producirá todos sus efectos respecto de este beneficiario a contar de la fecha de su nacimiento, para lo cual debe ser inscrito en la ISAPRE antes de cumplir un mes de vida o en un plazo posterior si las partes lo acordaren, lo que deberá quedar consignado.

4.- PRESTACIONES Y BENEFICIOS

4.1.- Prestaciones y beneficios convencionales.

En los contratos deberá señalarse que las prestaciones y beneficios a cuyo otorgamiento se obliga la Institución, estarán contenidas, básicamente, en el Arancel de Referencia de la ISAPRE y en el plan de salud pactado.

Para los efectos de materializar lo convenido, en los respectivos contratos se estipulará explícita y detalladamente la forma y modalidades para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud (ejemplo: venta de órdenes de atención, reembolso, disponibilidad de centros médicos propios, cobertura internacional, etc.).

Asimismo, deberán quedar claramente establecidas las condiciones y requisitos exigidos por las ISAPRE para acceder a ellas. Así, por ejemplo, el período de vigencia para la utilización de órdenes de atención, los documentos requeridos para operar con cada una de las modalidades, los plazos asociados al reembolso, entre otros. En este último caso, de no indicarse plazo, se entenderá que el reembolso procederá contra la presentación del documento pertinente.

De igual modo, las ISAPRE no podrán contemplar en los Contratos de Salud Previsional ni ordenar como medida administrativa, la suspensión o restricción de los beneficios pactados por el incumplimiento de las obligaciones del cotizante, especialmente la que se refiere al pago de la cotización, sea cual fuere la calidad que detente éste.

Deberá consagrarse en los contratos de salud, la obligación que tiene la ISAPRE de ofrecer un nuevo plan de los que estuviere comercializando, en los términos que establece el inciso 1° del artículo 38° de la Ley N°18.933, modificado por la Ley N°19.381,

disposición que deberá ser transcrita en dichos contratos.

Asimismo, en los contratos de tipo grupal deberá estipularse que ante la eliminación de los beneficios convenidos, la ISAPRE ofrecerá al cotizante un nuevo plan de los que estuviere comercializando. Este no podrá contemplar el otorgamiento de beneficios menores a los que podría obtener de acuerdo a la cotización legal a que da origen la remuneración del trabajador en el momento de modificar el plan al cual estaba adscrito.

4.2.- Prestaciones Mínimas Obligatorias.

En los contratos deberán señalarse expresamente las prestaciones mínimas a que se refiere el artículo 35° de la Ley N°18.933, a saber, el examen de medicina preventiva, la protección de las mujeres embarazadas y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo y del recién nacido hasta los seis años de edad, y el pago de subsidios por incapacidad laboral.

El contrato deberá precisar si estas prestaciones y beneficios se otorgarán en las condiciones generales de la Ley N°18.469, u otras superiores, y establecer los mecanismos a través de los cuales se proporcionarán dichas prestaciones y beneficios, sea por la misma ISAPRE, por la Institución especializada con la que ésta convenga su otorgamiento, o por libre elección.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de estos beneficios que se establezcan en este punto, deberán ser puestos en conocimiento de esta Superintendencia para su aprobación previa.

En los contratos se estipularán los plazos y formalidades a que deberá sujetarse la tramitación de las licencias médicas en las ISAPRE, en la medida que afecte al cotizante en cuanto a sus derechos y obligaciones.

5.- EXCLUSIONES Y OTRAS RESTRICCIONES

5.1.- En los contratos deberán señalarse las exclusiones, si las hubiere, las que sólo podrán estar referidas a:

5.1.1.- Cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin.

5.1.2.- Atención particular de enfermería.

- 5.1.3.- Hospitalización con fines de reposo.
- 5.1.4.- Prestaciones de salud que requiera el beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra, y actos calificados como delitos por la ley en tanto resulte criminalmente responsable.
- 5.1.5.- Prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo cubierto.
- 5.1.6.- Enfermedades preexistentes no declaradas, entendiéndose para los efectos de la Ley N°18.933, aquellas enfermedades o patologías que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario en su caso. Esta exclusión podrá ser de carácter transitorio, en la medida que se cumplan los plazos y condiciones establecidas en la normativa legal.
- 5.1.7.- Todas aquellas prestaciones no contempladas en el Arancel referencial de la ISAPRE.

5.2.- Restricciones a la cobertura.

Períodos de Espera.

- 5.2.1.- Enfermedades preexistentes declaradas.

Las restricciones a la cobertura sólo podrán estar referidas a enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo máximo de dieciocho meses, contado desde el primer día del mes siguiente al de suscripción del contrato, del ajuste a la nueva ley o de la incorporación del beneficiario, en su caso. Con todo, las restricciones pactadas para dichas enfermedades no podrán importar el otorgamiento de beneficios por valores inferiores al 25% de la cobertura que el plan general convenido asigne a la prestación de que se trate. Las cláusulas que contravengan esta disposición se tendrán por no escritas.

- 5.2.2.- Prestaciones originadas por la atención del parto.

La cobertura de estas prestaciones será, como mínimo, equivalente a la proporción entre el número de meses de vigencia de los beneficios que tenga la beneficiaria al momento de producirse el parto y el número total de meses de duración del embarazo, de acuerdo al plan convenido. En todo caso, las partes podrán pactar condiciones superiores a la recientemente indicada.

5.2.3.- Enfermedades preexistentes no declaradas.

Habiendo transcurrido el plazo de cinco años contado desde el primer día del mes siguiente al de la suscripción del contrato, del ajuste a la nueva ley o de la incorporación del beneficiario, en su caso, las Instituciones deberán concurrir al pago de las prestaciones por enfermedades preexistentes no declaradas, en los mismos términos estipulados en el contrato para prestaciones originadas por enfermedades no preexistentes cubiertas por el plan.

Con todo, no le asistirá obligación de otorgar cobertura por las enfermedades preexistentes no declaradas, a aquellas Instituciones que demuestren que dicha patología requirió atención médica durante los antedichos cinco años y que el afiliado, a sabiendas, lo ocultó para favorecerse de esta situación.

5.3.- Montos Máximos.

En los planes de salud deberán explicitarse los montos máximos de los beneficios para cada beneficiario, si los hubiere, o bien, los montos máximos de cobertura establecidos para alguna o algunas prestaciones, si fuere del caso, los que deberán referirse al período de un año de vigencia de beneficios contractuales. Estos montos máximos por beneficiario deberán ser equivalentes en cuanto a su naturaleza y monto. Tratándose de cargas médicas se podrán establecer excepciones solamente respecto del monto máximo de cobertura anual.

Los montos máximos por beneficiario sólo se podrán aplicar respecto de los beneficios convencionales; en consecuencia, no se podrá considerar para su determinación el gasto que represente el otorgamiento de los beneficios mínimos obligatorios, entre ellos, los subsidios por incapacidad laboral.

Asimismo, en ningún caso podrán establecerse montos máximos

anuales por contrato, ya que sólo se podrán estipular topes por cada beneficiario. Tampoco se podrán contemplar en dichas convenciones topes por prestaciones, expresados en número de sesiones o número de prestaciones, sino únicamente en montos anuales.

6.- PRECIO DEL PLAN

6.1.- Modificación.

Los contratos de salud deberán señalar que el precio del plan se deberá pactar en Unidades de Fomento (UF), pesos (\$) o, en el caso de los planes grupales e individuales que renuncien al excedente, en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud. El precio⁴ sólo podrá variar una vez cumplidos los respectivos períodos anuales, con motivo de la adecuación.

En el contrato, específicamente en el plan de salud, se deberá estipular claramente la forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes por incorporación o retiro de beneficiarios del grupo familiar, de acuerdo a la tabla de precios, según sexo y edad por tipo de beneficiario. Además, se establecerán las condiciones en que se incorporarán los nuevos beneficiarios. Los contratos deberán estipular que la variación de precios por cambio en el tramo de edad, según la tabla de precios que se contiene en el plan de salud, sólo podrá producirse en la próxima anualidad del contrato.

6.2.- (Eliminado por la Resolución Exenta N°2263, del 14 de octubre de 1997).

6.3.- Del excedente.

En el texto contractual se deberá señalar que los excedentes de cotización son de propiedad del afiliado e inembargables, a menos que el afiliado renuncie a ellos en los términos establecidos en el artículo 32° bis de la Ley N°18.933, modificado por la Ley N°19.381. Asimismo, se deberá precisar que se entenderá por excedente de cotización, la diferencia positiva entre la cotización mínima para salud, con el tope legal respectivo, y el precio del plan contratado.

Las ISAPRE deberán señalar en sus contratos que los excedentes incrementarán una cuenta corriente individual que se abrirá a favor del

⁴ La Resolución Exenta N°2263, del 14 de octubre de 1997 suprimió la expresión "..., incorporada la corrección monetaria,...".

afiliado, precisando que estos fondos se reajustarán y devengarán un interés establecido por ley, semestralmente. Igualmente deberán enunciarse los fines a los que podrán destinarse los fondos acumulados en dicha cuenta, con arreglo a lo que, sobre el particular dispone el referido artículo 32° bis.

7.- ARANCEL REFERENCIAL

En los contratos deberá identificarse con su nombre el Arancel o catálogo valorizado de prestaciones con sus respectivos valores, el que se considerará para determinar el financiamiento de los beneficios⁵. El valor de cada prestación se expresará en pesos (\$) o en Unidades de Fomento (UF). Dicho Arancel de referencia contemplará a lo menos, las prestaciones contenidas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el artículo 28° de la Ley N°18.469, o el que lo reemplace, en su modalidad de libre elección.

⁶ Eliminado

Asimismo se deberá indicar en el contrato, la forma y oportunidad en que se modificará el Arancel referencial de la ISAPRE.

7.1.- Normas Técnicas.

Las ISAPRE podrán crear y establecer Normas Técnico-Administrativas, para los efectos de interpretar su Arancel, en el entendido que dichas disposiciones no forman parte del contrato. Esto significa que en ningún caso, tales normas podrán imponer a los afiliados restricciones o limitaciones de ninguna especie a los derechos emanados de sus respectivos contratos de salud.

8.- REVISION DEL CONTRATO

En los textos contractuales se consignará la facultad de la ISAPRE para revisar los contratos anualmente, en el mes de suscripción del mismo, a objeto de adecuarlo a condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados a un mismo plan, con excepción de lo pactado en las

⁵ La Resolución Exenta N°2263, del 14 de octubre de 1997 suprimió la expresión "Cada ISAPRE deberá tener un solo Arancel"

⁶ Párrafo derogada por la Circular IF N° 38 de 28 de marzo de 2007, que imparte instrucciones sobre el Archivo Maestro del Arancel de Prestaciones de Salud

condiciones particulares al momento de su incorporación a la ISAPRE.

Respecto a la adecuación del precio, se deberá destacar la condición establecida en la ley, referente a que el nuevo valor cobrado deberá mantener la relación de precios por sexo y edad establecida en el contrato original.

Asimismo, deberá indicarse que la adecuación propuesta será comunicada al afectado mediante carta certificada expedida, **a más tardar el primer día del mes ante precedente al del vencimiento del período anual.**⁷ El contrato deberá señalar los efectos del silencio por parte del afiliado como también las posibilidades frente a la no aceptación de las nuevas condiciones, a saber, acceder a planes alternativos en condiciones equivalentes que la ISAPRE le ofrecerá o la desafiliación.

En los casos en que se pacte la mantención de un contrato por un tiempo determinado, las ISAPRE renunciarán a la facultad que les confiere el artículo 38°, inciso tercero, en cuanto a revisar y adecuar los contratos de salud y, por su parte, el afiliado al derecho a poner término en cualquier momento al mismo.

9.- OBLIGACIONES DEL COTIZANTE

Los contratos de salud deberán mencionar las obligaciones del afiliado, indicando cuál o cuáles de éstas pueden constituir causal de término anticipado del mismo.

10.- CAUSALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO

En los contratos de salud deberán contemplarse que éstos no podrán dejarse sin efecto durante su vigencia, salvo por algunas de las siguientes causales:

10.1.- La ISAPRE podrá invocar:

10.1.1.- Incumplimiento de las obligaciones contractuales en las que incurra el afiliado. En los contratos deberá especificarse que en este evento, la ISAPRE podrá poner término al contrato, comunicando por escrito tal decisión al cotizante dentro del plazo que deberá fijarse al efecto y que, en ese caso, las prestaciones y beneficios mínimos garantizados en el

⁷ El plazo para enviar la carta de adecuación fue modificado por el punto N° 8 de la Circular 36 de 1997, cuyo texto actualizado lo fijó la Resolución Exenta N° 546, del 12 de abril de 2002.

artículo 35° de la Ley N°18.933, seguirán siendo de cargo de la Institución, hasta el término del mes siguiente a la fecha de dicha comunicación o hasta el término de la incapacidad laboral, si el cotizante se encuentra en esa situación y siempre que este plazo sea superior al antes indicado⁸.

Con todo, la falta de integro oportuno de la cotización por el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, no constituirá causa de término anticipado del contrato.

10.1.2.- La extinción de la relación laboral. En los contratos que celebren las denominadas ISAPRE “Cerradas”, la extinción de la relación laboral podrá ser causal de término anticipado de los mismos, sólo si se hubiere dejado establecido en ellos expresamente dicha circunstancia.

Se entenderá por ISAPRE “Cerrada”, para estos efectos, las Instituciones de Salud Previsional cuyo objeto sea otorgar prestaciones preferentemente a los trabajadores de una determinada empresa o institución.

10.2.- El afiliado podrá invocar:

10.2.1.- Incumplimiento de las obligaciones contractuales en las que incurra la Institución de Salud. Se deberá establecer que para que el término del contrato surta pleno efecto, el incumplimiento tendrá que ser declarado por la Justicia Ordinaria o el Superintendente de ISAPRE, en su calidad de árbitro arbitrador.

10.2.2.- El desahucio voluntario del afiliado. En el contrato deberá consignarse la facultad legal del cotizante de ponerle término por desahucio, una vez transcurrido un año de vigencia de los beneficios contractuales, en la oportunidad que desee.

Asimismo, se deberá expresar que para que el desahucio se lleve a efecto, bastará una comunicación escrita a la Institución de Salud, adjuntando las copias que sean necesarias para que la ISAPRE notifique a las entidades encargadas del pago de la cotización. Esta comunicación deberá presentarse a la ISAPRE con una antelación de, a lo

⁸ La Resolución Exenta N°2263, del 14 de octubre de 1997 suprimió el segundo párrafo.

menos, un mes al cumplimiento del primer año de beneficios contractuales o de la fecha posterior en que se hará efectiva. La terminación se producirá el último día del mes siguiente a la fecha de presentación de la carta de desafiliación.

La carta de desafiliación deberá contener la individualización completa del cotizante, esto es, su nombre y el respectivo número de cédula de identidad, **su número de teléfono, su domicilio actual, su huella digital (sólo cuando sea presentada por un agente de ventas)**⁹, la identificación del Organismo de Salud Previsional al cual se incorporará (FONASA o el nombre de la ISAPRE), fecha de presentación de la misma y firma del cotizante.

Esta causal será necesario incluirla en esta parte de las condiciones generales de los contratos, aún en el caso que el cotizante haya renunciado a la facultad de desahuciar el contrato por un tiempo determinado.

Finalmente, esta causal también podrá ser invocada por los afiliados, en el evento que se eliminen los beneficios adicionales de los planes de tipo grupal.

10.3.- El consentimiento mutuo de los contratantes. Las ISAPRE deberán consagrar en los instrumentos contractuales esta causal de terminación.

10.4.- Otras Situaciones;

10.4.1.- En caso de cesantía y no siendo aplicable el artículo 32° bis de la Ley N°18.933 modificada por la Ley N°19.381, la Institución de Salud Previsional estará obligada a autorizar la desafiliación del cotizante, si éste lo solicita.

En el caso de las denominadas ISAPRE “Cerradas”, no será necesario que se especifique en los formatos de sus contratos, esta causal de terminación, si en ellos se ha establecido como tal la extinción de la relación laboral.

10.4.2.- Por efecto de la resolución que ordena la cancelación del registro de la ISAPRE, cuando ésta quedare ejecutoriada.

⁹ El contenido de la Carta de Desafiliación fue modificado por el punto 10.2.2 de la Circular N°36 de 1997, cuyo texto definitivo lo fijó la Resolución Exenta N°546, del 12 de abril de 2002.

10.5.- Extensión del contrato.

En los contratos se deberá establecer que, si en el evento que al día de su término por desahucio voluntario o por el mutuo consentimiento, el cotizante se encontrare en situación de incapacidad laboral, la vigencia del contrato se extenderá de pleno derecho, hasta el último día del mes en que finalice dicha incapacidad y mientras no se declare su invalidez.

En las condiciones generales de los instrumentos contractuales, se deberá precisar que el cotizante tendrá derecho a reclamar ante la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, de la decisión de la ISAPRE de poner término al contrato por incumplimiento de sus obligaciones, dentro del plazo de vigencia de los beneficios mínimos legales, en cuyo caso, el contrato seguirá vigente de pleno derecho hasta la resolución **del reclamo**¹⁰ En esta circunstancia, se deberá señalar que el cotizante y sus demás beneficiarios, accederán a todos los beneficios del contrato, salvo aquellos que digan relación directa con la materia que se discute en el juicio arbitral.

Con todo, cuando el motivo del término del contrato sea el no pago de las cotizaciones, en los casos en que dicha obligación recaiga en el cotizante, no operará la extensión del contrato bajo esta modalidad.

11.- FISCALIZACION Y ARBITRAJE

En las condiciones generales de los contratos, deberá señalarse que las ISAPRE están afectas a la supervigilancia y control de esta Superintendencia, reproduciendo en forma destacada lo dispuesto en el artículo 3°, N°5, de la Ley N°18.933.

En los contratos deberá destacarse, además, que será competente para conocer de los reclamos por rechazos y modificaciones de licencias médicas y cálculo de los subsidios por incapacidad laboral, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) del Servicio de Salud correspondiente al domicilio declarado por el cotizante en el contrato de salud; como asimismo, deberá señalarse el plazo que se tiene para ejercer este derecho. Paralelamente, deberá indicarse que si la ISAPRE no cumple con lo resuelto por la COMPIN competente, el cotizante podrá solicitar el pago de los referidos subsidios a esta Superintendencia, con cargo a la garantía. De igual forma, deberá señalarse que la Superintendencia de ISAPRE, es la entidad

¹⁰ La Circular 36, de 1997, cuyo texto definitivo lo fijó la Resolución Exenta 546, del 12 de abril de 2002 reemplazó la expresión "controversia arbitral" por "reclamo".

competente para controlar y fiscalizar los aspectos procesales, relativos a la tramitación de las licencias médicas y sus efectos.

12.- FECHA Y FIRMA DE LAS PARTES CONTRATANTES

13.- DECLARACION DE SALUD

En la declaración de salud se consignarán aquellas enfermedades o patologías que le hayan sido diagnosticadas médicamente a los beneficiarios, como también los demás antecedentes médicos que solicite la ISAPRE. Asimismo, sólo en este documento se podrán establecer las condiciones particulares pactadas respecto de cada beneficiario al momento de su incorporación a la ISAPRE, dejando constancia expresa de lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 33° bis de la Ley N°18.933 modificada por la Ley N°19.381.

13.1.- Formato Mínimo.

La declaración de salud constituirá un documento independiente de los demás instrumentos del contrato. El formato mínimo y su instructivo, a los cuales deberán ajustarse las ISAPRE, se adjuntan en el Anexo N°2 de la presente Circular.

14.- VIGENCIA

La presente Circular regirá a contar del 1 de octubre de 1995, de manera que los contratos que las ISAPRE celebren, como también los que se ajusten a la Ley N°19.381, a contar de la referida fecha, deberán regirse por estas instrucciones, entendiéndose, asimismo, tácitamente derogadas, respecto de estos contratos, todas las normas que esta Superintendencia haya impartido sobre la materia.

Los formatos de los contratos de salud que las ISAPRE utilicen, serán remitidos a esta Superintendencia, para su conocimiento, a más tardar en la fecha de su comercialización.

15.- OTRAS DISPOSICIONES

15.1.- Cada vez que se modifique algún documento que forme parte del contrato de salud que las ISAPRE comercialicen, éstas deberán remitir para conocimiento de esta Superintendencia el ejemplar correspondiente dentro del plazo máximo de cinco días hábiles, contado desde su ofrecimiento al público.

15.2.- En el caso de los mecanismos para el otorgamiento de los beneficios mínimos obligatorios, su envío a esta Institución debe ser previo a la

comercialización de los contratos que los contengan, toda vez que éstos deberán ser aprobados por esta Superintendencia.

- 15.3.-** A objeto de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 33° letra d) de la Ley N°18.933, modificada por la Ley N°19.381, las ISAPRE deberán remitir a esta Superintendencia su Arancel referencial en el dispositivo magnético que se detalla en el Anexo N°3 de la presente Circular, a más tardar el 1 de marzo de cada año, incorporando todas las modificaciones efectuadas al Arancel del Fondo Nacional de Salud, hasta el 15 de enero de cada año.¹¹

No obstante lo anterior, las ISAPRE deberán remitir a esta Superintendencia el citado Arancel, en la forma señalada precedentemente, a más tardar el día 1 de octubre de 1995.

**ALEJANDRO FERREIRO YAZIGI
SUPERINTENDENTE DE INSTITUCIONES
DE SALUD PREVISIONAL**

DISTRIBUCION

- * Sres. Gerentes Generales de Isapre
- * Superintendente de Isapre
- * Fiscalía
- * Depto. Control
- * Depto. Estudios
- * Depto. Adm. Y Finanzas
- * Asesoría Médica
- * Oficina de Partes

¹¹ Instrucción derogada por la Circular IF N° 38 de 28 de marzo de 2007, que imparte instrucciones sobre el Archivo Maestro del Arancel de Prestaciones de Salud

ANEXO N°1 ¹²

¹² El Anexo N°1, referido al formato del Plan de Salud fue sustituido por los anexos N°1, 2 y 3 de la Circular N°57, de 4 de febrero de 2000. Posteriormente, mediante la Circular IF N° 44 de 20 de junio de 2007, queda establecido el Formato Uniforme del Plan de Salud Libre Elección.

ANEXO N°2¹³

¹³ El Anexo N°2, referido al formato de la Declaración de Salud, fue reemplazado por el **Formulario de la Declaración de Salud Uniforme**, contenido en la Circular IFN° 40 de 16 de mayo de 2007

ANEXO N°3 ¹⁴

¹⁴ El anexo N°3 fue modificado por la Resolución Exenta N°2263, del 14 de octubre de 2002 y posteriormente **derogado** por la Circular IF N° 38 de 28 de marzo de 2007, que imparte instrucciones sobre el Archivo Maestro del Arancel de Prestaciones de Salud