



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF/ N° 163

**Santiago, 10 de Noviembre
de 2011**

IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE FORMATO UNIFORME DEL PLAN CON PRESTADORES PREFERENTES

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

1.- OBJETIVO

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

2.- FORMATO UNIFORME DEL PLAN DE SALUD

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

Esta circular regula el contenido del Formato Uniforme del Plan de Salud modalidad Prestadores Preferentes, cuyas especificaciones de contenido y llenado se encuentran en el anexo de la presente Circular, que forma parte de ella.

3.- ADHESIÓN AL FORMATO UNIFORME DEL PLAN DE SALUD

La adhesión al Formato Uniforme del Plan de Salud modalidad Prestadores Preferentes será voluntaria para las Instituciones de Salud Previsional.

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

Se entenderá por adhesión al Formato Uniforme del Plan de Salud modalidad Prestadores Preferentes, la adopción por parte de la Institución de Salud Previsional de todas las instrucciones que se contienen en la presente Circular y de la utilización del formato definido, en todos y cada uno de los nuevos planes que se creen a partir de la fecha de adhesión.

Las isapres que no adhieran a la presente normativa deberán seguir sujetándose en todo a las instrucciones impartidas en la Circular N°57, de 2000, actualmente contenidas en el Título III del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales emitido por esta Superintendencia y a las normas legales vigentes.

4.- REVISIÓN DEL FORMATO UNIFORME DEL PLAN DE SALUD

El Formato Uniforme del Plan de Salud modalidad Prestadores Preferentes estará exento del proceso de revisión de documentos contractuales que efectúa periódicamente esta Superintendencia. No obstante lo anterior, las isapres deberán seguir dando cumplimiento a lo establecido en el Título IV del Capítulo V del Compendio de Información emitido por esta Superintendencia, en cuanto a la obligación de remitir los nuevos planes de salud para conocimiento de esta Superintendencia dentro del plazo máximo de cinco días hábiles, contado desde su ofrecimiento al público.

Asimismo, este Organismo seguirá ejerciendo las facultades de revisión y control respecto del cumplimiento del formato uniforme que regula la presente circular, así como de las coberturas mínimas legales y del contenido de las notas explicativas del plan.

5.- MODIFICACIÓN AL COMPENDIO DE INSTRUMENTOS CONTRACTUALES

5.1.- Agrégase la mención de dos nuevos "Anexo N°3a)" y "Anexo 3b)" en el Índice del Compendio, al final del Título III del Capítulo III.

5.2.- Modifícase el primer párrafo del numeral 1 del Título I del Capítulo III, en el siguiente sentido:

"Estas instrucciones son aplicables a las Condiciones Generales Uniformes, al Formato Uniforme del Plan de Salud, en las modalidades Libre Elección y con Prestadores Preferentes, a la Declaración de Salud Uniforme y a las Condiciones Tipo para el Otorgamiento de Beneficios por Parte de las Instituciones de Salud Previsional, en adelante "Condiciones Tipo", así como a cualquier otro instrumento o documento contractual de naturaleza uniforme que se apruebe por la Superintendencia de Salud y a cuyo contenido adhieran las Instituciones de Salud Previsional, en los términos

señalados a continuación.”

- 5.3.** Modifícase la letra c) del numeral 2 del Título I del Capítulo III, en el siguiente sentido:

“c) Las isapres deberán informar por escrito la adhesión o la revocación de la adhesión al Formato Uniforme del Plan de Salud, en las modalidades Libre Elección y con Prestadores Preferentes, con una antelación mínima de 30 días, señalando expresamente la fecha a contar de la cual producirá efecto lo informado.”

- 5.4.** Modifícase el segundo párrafo del numeral 3 del Título I del Capítulo III, en el siguiente sentido:

“No obstante lo anterior, la Superintendencia de Salud seguirá ejerciendo las facultades de revisión y control respecto del cumplimiento del Formato uniforme del plan de salud, en las modalidades Libre Elección y con Prestadores Preferentes, así como de las coberturas mínimas legales y de las notas explicativas del plan.”

- 5.5.** Modifícase el anexo N°2, del Capítulo III, que corresponde al Formato Único del Plan de Salud Complementario Modalidad Libre Elección, en lo siguiente:

a) Modifícase el final del reverso del Formato Uniforme del Plan de Salud complementario modalidad Libre Elección, la expresión “Firma Isapre” por “FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE”, y agrégase “NOMBRE” Y “RUT”.

b) Reemplázase el N°5 del título II, la letra A, del Anexo N°3 del Capítulo III, que corresponde a las “Instrucciones para el Formato Único de los Planes de Salud de Libre Elección”, en el siguiente sentido:

“5.- Firma, nombre y rut del representante de la isapre y fecha

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

- 6.-** Refúndase en un solo anexo 2, los actuales anexos 2 y 3 del título III del Capítulo III.

- 7.-** Reemplázase el actual anexo 3 del Título III del Capítulo III, por el siguiente anexo 3, que contiene el Formato Uniforme del Plan de Salud Complementario Modalidad Prestadores Preferentes y sus instrucciones de llenado:

“Logo isapre

**PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO
MODALIDAD PRESTADORES PREFERENTES**

IDENTIFICACIÓN DEL PLAN:

N° folio FUN

TIPO DE PLAN: (Individual o grupal según corresponda)

PRESTACIONES	OFERTA PREFERENTE (*)				LIBRE ELECCIÓN			Ampliación de cobertura (opcional)
	Bonificación		Copago Fijo	Tope máx. año contrato por beneficiario	Bonificación		Tope máx. año contrato por beneficiario	
	%	Tope			%	Tope		
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Día cama Día cama cuidados intensivos o coronarios Día cama cuidados intermedios Derecho de Pabellón Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Medicamentos Materiales e insumos clínicos Quimioterapia Procedimientos Honorarios médicos quirúrgicos Visita por médico tratante Visita por médico interconsultor Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis Traslados Médicos								
AMBULATORIAS Consulta médica Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos Pabellón ambulatorio Fonoaudiología Radioterapia Quimioterapia Prótesis y Órtesis Atención integral de enfermería Atención Integral de nutricionista								
PRESTACIONES RESTRINGIDAS (Detallar las prestaciones que tendrán una cobertura inferior a la prestación genérica relacionada)								
OTRAS COBERTURAS (Detallar las prestaciones adicionales no incluidas en las categorías anteriores, Ej. box ambulatorio, atención dental, cobertura internacional, medicamentos ambulatorios, etc.								
ATENCIÓNES DE URGENCIA (identificar los prestadores con los cuales existe un convenio para la atención de estas prestaciones y la cobertura que se otorgará)								
PRESTADORES DERIVADOS (Identificar los prestadores que brindarán las atenciones en caso de insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan)								

(*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA PREFERENTE

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Precio Base

\$ o UF %

Cotización legal

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES

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

TABLA DE FACTORES

(Consiguar la tabla informada a la Superintendencia de Salud que corresponda al plan)

IDENTIFICACIÓN

ÚNICA DEL ARANCEL

MODALIDAD DEL ARANCEL

(\$, UF)

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO MONTO

(\$, UF)

(En caso de haberlo)

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL

(Sólo si corresponde a un plan grupal)

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL

(Sólo si corresponde a un plan grupal)

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE

NOMBRE:

RUT:

FECHA:

FIRMA DEL AFILIADO

NOMBRE:

RUT:

ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADORES PREFERENTES

NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD

1.- Coberturas

2.- Definiciones

3.- Condiciones y características de la oferta preferente del plan con prestadores preferentes

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

5.- Reajuste del Arancel de prestaciones

6.- Fecha de aplicación del reajuste del precio del plan expresado en pesos (sólo si corresponde)

INSTRUCCIONES PARA EL FORMATO DE LOS PLANES DE SALUD MODALIDAD PRESTADORES PREFERENTES

A) PLAN DE SALUD

Las isapres deberán ajustarse al formato uniforme del plan de salud que se instruye en este anexo, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

El formato definido en la presente circular se aplicará a los planes de salud con prestadores preferentes, entendiendo por tal aquél cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan.

En caso de utilizar abreviaturas o conceptos técnicos, deberán quedar claramente definidos en el mismo plan.

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

I.- Anverso del Plan de Salud Modalidad Prestadores Preferentes

1.- Título

Se debe indicar en el encabezado del plan que se trata del "Plan de Salud Complementario", señalando a continuación que corresponde a la "Modalidad con Prestadores Preferentes".

En caso de tratarse de un plan que contemple una cobertura para la atención de parto o cesárea inferior a la convenida para el resto de las prestaciones en el plan general, se deberá indicar con caracteres destacados y a continuación del nombre del plan que se trata de un **"PLAN CON COBERTURA REDUCIDA DE PARTO O CESÁREA"**, conforme lo establece el numeral 1 del Título IV, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales dictado por esta Superintendencia.

2.- Identificación de la Isapre

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

3.- Identificación del Plan

Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan complementario, con el objeto de identificarlo de manera única, lo que deberá ajustarse a las instrucciones impartidas en el campo (03) del Archivo Maestro de Planes Complementarios, regulado en el Capítulo II, Título III, punto 1.2., del Compendio de Información de esta Superintendencia.

Se puede agregar a continuación el nombre comercial o de fantasía.

4.- Tipo de plan

Se deberá indicar si se trata de un plan individual o grupal.

5.- N° de folio del FUN

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

6.- Esquema del Plan

6.1 Primera columna: Prestaciones

- **Prestaciones Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria; Prestaciones Ambulatorias**

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

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

La isapre podrá desagregar cualquiera de las prestaciones indicadas, siempre que contenga la totalidad de las categorías que se presentan en el formato de plan contenido en esta circular.

Si la isapre no otorga cobertura a alguna prestación contenida en el formato uniforme, **deberá indicarlo expresamente**, utilizando expresiones tales como "sólo cobertura libre elección" o "sin cobertura preferente", no pudiendo eliminar la categoría, ni presentar la línea en blanco.

En el caso de la Quimioterapia, deberá explicar claramente las prestaciones comprendidas en esta categoría, en la nota explicativa destinada a "Coberturas", del anexo del plan de salud. En el caso que la cobertura otorgada sea sólo para el tratamiento del cáncer, ello también deberá indicarse en dicha nota explicativa.

- **Prestaciones Restringidas**

La isapre deberá indicar en este recuadro todas aquellas prestaciones que recibirán una cobertura restringida en relación con las prestaciones genéricas con que se encuentran relacionadas. También se deberá indicar en este recuadro aquellas prestaciones o patologías que no recibirán cobertura preferente.

El formato de las columnas de esta sección podrá adaptarse a las necesidades de cada isapre, de manera de presentar claramente la bonificación de dichas prestaciones.

- **Otras Coberturas**

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

- **Atenciones de urgencia**

Atendido a que los contratos de salud deben garantizar la atención de urgencia de las prestaciones que conforman la oferta cerrada o preferente, la isapre deberá indicar en este recuadro, los prestadores con los cuales haya convenido el otorgamiento de las atenciones de urgencia, así como la cobertura que se otorgará a estas atenciones, en el caso que el prestador preferente no tenga la capacidad técnica para brindar las prestaciones, pudiendo la isapre mostrar por separado los prestadores ambulatorios y hospitalarios convenidos, en caso de ser distintos.

- **Prestadores derivados**

En este recuadro deberán identificarse el nombre del o los prestadores de similares características a las del o los prestadores individualizados en el plan, que brindarán las atenciones de salud en el evento de configurarse una insuficiencia de estos últimos, pudiendo la isapre mostrar por separado los prestadores ambulatorios y hospitalarios convenidos, en caso que sean distintos.

6.2 Segunda columna: Oferta Preferente

- El título de la Oferta Preferente deberá tener un asterisco (*) que haga referencia a una nota al pie de página que indique lo siguiente:

“(*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA PREFERENTE”

- **Expresión de la cobertura**

Debe indicarse la cobertura que se otorgará cuando determinadas prestaciones o agrupaciones de prestaciones sean entregadas por los prestadores individualizados en el plan.

La cobertura ofrecida podrá expresarse en: porcentaje de bonificación sobre el valor real de las prestaciones y tope de bonificación expresado en pesos (\$), Unidades de Fomento (U.F.) o número de veces el valor asignado a esa prestación en el arancel (V.A.). o, en su caso, copago fijo en pesos o en Unidades de Fomento que el afiliado debe pagar por las prestaciones otorgadas por el prestador.

Si dicha cobertura se expresa únicamente en porcentajes de bonificación y topes, podrá omitirse del cuerpo del plan la columna de copago fijo y, por su parte, si aquella se expresa sólo en esta última modalidad, podrán eliminarse las columnas de porcentaje y topes de bonificación. Si las prestaciones no contemplan tope deberá indicarse expresamente “Sin Tope”.

El formato de las columnas de esta sección podrá adaptarse a las necesidades de cada isapre, de manera de presentar claramente la bonificación de dichas prestaciones o agrupación de prestaciones.

- **Identificación de los prestadores en el plan**

Dentro de las columnas de la oferta preferente se deberá identificar el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones que componen dicha modalidad.

Aquellos prestadores orientados al otorgamiento de atenciones hospitalizadas, deberán identificarse en esta columna y frente a la prestación o agrupación de prestaciones que otorgan.

Aquellos prestadores que realicen atenciones ambulatorias, podrán incluirse en esta columna o, si este espacio no fuere suficiente, en el listado de “Condiciones y características de la oferta preferente del plan con prestadores preferentes” que se regula en estas mismas instrucciones.

Si el plan contempla el otorgamiento de las prestaciones ambulatorias a través de una red de prestadores, ésta deberá identificarse, y además podrán indicarse los prestadores institucionales que la integran.

- **Tope máximo año contrato por beneficiario**

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

6.3 Tercera columna: Modalidad Libre Elección

- **Porcentaje de bonificación**

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

- **Tope de Bonificación**

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

La isapre deberá indicar el monto del tope, acompañado de la unidad en que se expresa, dentro de la misma columna. En caso que la prestación no tenga tope deberá consignarse expresamente "Sin Tope".

- **Tope máximo año contrato por beneficiario**

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

La isapre deberá indicar el monto del tope, acompañado de la unidad en que se expresa, dentro de la misma columna. En el caso de las prestaciones que no tengan los señalados montos máximos deberá consignarse expresamente "Sin Tope".

6.4 Cuarta columna: Ampliación de Cobertura (columna opcional)

En caso que la isapre establezca, bajo ciertas condiciones, alguna cobertura mejorada respecto de la libre elección, deberá indicarlo en esta columna. Estas condiciones mejoradas no pueden referirse a un prestador preferente de los mencionados en el plan.

II- Reverso del Plan de Salud modalidad Prestadores Preferentes

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

Debe incluirse lo siguiente:

- a) Precio base del plan complementario. Se debe indicar el precio asignado por la isapre al plan de salud. Si el precio se expresa en unidades de fomento, se debe indicar con dos decimales.
- b) Identificación Única de la Tabla de Factores del plan, en caso que corresponda. Esta información deberá ajustarse a lo instruido en el Capítulo II, punto 2.2 del anexo del Título III "Definiciones del Archivo de Tablas de Factores", del Compendio de Información de esta Superintendencia.
- c) Tabla de factores, se deberá consignar la tabla informada a la Superintendencia de Salud que corresponda al plan.
- d) En caso que se trate de planes cuyo precio se pacte en la cotización mínima legal, se deberá indicar ello en el recuadro "Cotización Legal" y se omitirá la información a que se refieren las letras b) y c) precedentes, es decir, la identificación de la tabla de factores y su estructura.

2.- Arancel

- a) Identificación Única del Arancel: Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al arancel asociado al plan de salud complementario, con el objeto de identificarlo de manera única y que se aplicará para determinar los topes de bonificación. Esta denominación debe ajustarse a las instrucciones impartidas en el Capítulo II, Título III, punto 1.2. "Definiciones del Archivo Maestro de Planes Complementarios", del Compendio de Información de esta Superintendencia.
- b) Modalidad del Arancel: Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el Arancel, esto es, en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF).

3.- Tope General Anual por Beneficiario

Se debe señalar el tope general anual por beneficiario, si lo hubiera, para el período de un año de vigencia de los beneficios contractuales, el cual sólo podrá estar expresado en pesos o Unidades de Fomento.

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

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

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

5.- Firma, nombre y rut del representante de la isapre y fecha

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

6.- Firma, nombre y rut del afiliado

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

B.- ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADORES PREFERENTES

Notas explicativas del plan de salud

En esta hoja anexa se deberán incluir aquellas notas explicativas y definiciones que la isapre estime necesario incorporar para la correcta aplicación del plan de salud, pudiendo usarlas para aclarar o precisar la información contenida en el anverso del plan. Por lo anterior, no corresponde incorporar aquí restricciones a la cobertura que no estén debidamente señaladas en el anverso del plan de salud.

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

1.- Coberturas

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

Además, en concordancia con el N°6.1 del Título I precedente, se deberá indicar la cobertura que esa isapre otorga a las prestaciones de Quimioterapia Hospitalaria y Ambulatoria, en caso que corresponda.

2.- Definiciones

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

Adicionalmente, en caso que la isapre estime fundamental para informar al afiliado el alcance de alguna prestación particular, podrá incluir en esta categoría la o las definiciones de uso general contenidas en el Anexo N°4 del Capítulo III del Compendio de Instrumentos Contractuales, las que, en todo caso, son plenamente aplicables a los planes a que se refiere esta circular.

3.- Condiciones y características de la oferta preferente del plan con prestadores preferentes

Deberán incluirse las siguientes menciones:

- a) Estipulaciones sobre causales, procedimientos y efectos de la derivación por insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan, de conformidad con las instrucciones contempladas en el punto 5.4 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.
- b) Procedimiento para acceder a las atenciones de urgencia, según lo instruido en el punto 6.1 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.
- c) En caso que existan tiempos de espera, deberá indicarse en este punto los tiempos máximos de espera previstos para que los prestadores individualizados en el plan otorguen efectivamente las atenciones. Además deberá estipularse el momento a partir del cual empiezan a correr los tiempos de espera.
- d) Mención de las prestaciones específicas que, pudiendo entenderse incorporadas en la oferta preferente, no se realizan por el respectivo prestador, junto con la referencia que permita ubicar dentro del plan, la cobertura prevista para aquéllas.

- e) Estipulaciones referentes al derecho a traslado que regula el punto 6.2 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.
- f) Si el plan contempla médico de cabecera, las estipulaciones y menciones que se señalan en el punto 3 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.
- g) Menciones acerca del derecho a la segunda opinión médica previstas en el punto 5.5 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales, en caso que corresponda.
- h) Estipulaciones relativas a la instancia destinada a dar solución a las opiniones médicas divergentes, de conformidad al punto 5.6 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales, en caso que corresponda.
- i) Estipulaciones sobre el término o modificación del o los convenios con los prestadores, de conformidad con lo instruido en el punto 2.3, del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.
- j) Reglas especiales sobre modificación de contrato, según lo instruido en el punto 7 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.
- k) Estipulaciones para el caso de término de la existencia legal del o los prestadores individualizados en el plan; pérdida total o parcial y permanente de su infraestructura; paralización permanente de sus actividades, o sustitución de la especialidad médica a que se orientaban al momento de celebrarse el contrato, de conformidad a lo previsto en el punto 2.4. del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.

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

- a) Para las bonificaciones: Si los topes están expresados en Unidades de Fomento, el valor de conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.
- b) Para el pago de la cotización: Si el precio está expresado en UF, el valor de conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes en que se devenga la remuneración.

5.- Reajuste del Arancel de prestaciones

Se deberá indicar claramente la forma y oportunidad en que se reajustará el arancel de prestaciones asociado al plan de salud.

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

Se deberá indicar la oportunidad en que la isapre aplicará el reajuste del precio del plan cuyo precio está pactado en pesos, en caso que la isapre comercialice planes bajo esta modalidad de precio. ”

8.- VIGENCIA Y PUBLICACIÓN EN LA WEB

La presente Circular entrará en vigencia desde la fecha de su notificación. Su texto, así como el actualizado del Compendio de Instrumentos Contractuales, estarán disponibles en el sitio Web de la Superintendencia de Salud, www.supersalud.gob.cl.

9.- DISPOSICIÓN TRANSITORIA

No obstante lo expuesto en el segundo párrafo del numeral 3, para efectos de la implementación y difusión de lo instruido en la presente Circular, las Instituciones de Salud Previsional que resuelvan adherir al Formato Uniforme del Plan de Salud Modalidad Prestadores Preferentes durante el año 2012, deberán informarlo a esta Intendencia, a más tardar, el día 30 de diciembre de 2011.



ANA MARÍA ANDRADE WARNKEN
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD (S)
Incorpora Firma Electrónica Avanzada

AMAW/SAQ **DISTRIBUCION:**

- Gerentes Generales Isapres
- Asociación de Isapres de Chile
- Superintendente
- Intendentes
- Fiscalía
- Jefaturas de Departamentos
- Agencias Regionales