



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF/N° 202

Santiago, 3 OCT. 2013

INSTRUYE A LAS ISAPRES SOBRE LA UBICACIÓN DE LAS PRESTACIONES DENTALES (PAD) EN LOS FORMATOS UNIFORMES DE PLANES DE SALUD DEFINIDOS POR ESTA SUPERINTENDENCIA¹

En ejercicio de las atribuciones conferidas a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, especialmente las contenidas en los artículos 110 N° 2 y 189 del D.F.L. N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, se dicta la siguiente instrucción general, en los términos que se indican a continuación:

I. OBJETIVO

Impartir a las isapres instrucciones generales respecto de la ubicación, en los formatos uniformes definidos por esta Superintendencia para los planes de salud de libre elección y de modalidad prestadores preferentes, de las prestaciones dentales, PAD, incorporadas al Arancel de Fonasa Modalidad Libre Elección.

II. NORMAS SOBRE LA UBICACIÓN EN LOS FORMATOS DE PLANES DE SALUD DEFINIDOS POR ESTA SUPERINTENDENCIA, DE LOS PAD DENTALES INCORPORADOS AL ARANCEL FONASA MLE

Las prestaciones dentales incorporadas al Arancel de Fonasa Modalidad Libre Elección a través de PAD, y su respectiva cobertura, deberán ser introducidas, conforme lo instruido en el numeral 4 del Título III de la Circular IF/N° 196, al "Formato único del plan de salud complementario modalidad libre elección" y al formato uniforme "Plan de salud complementario modalidad prestadores preferentes", definidos por esta Superintendencia, ubicándolas dentro de la columna de prestaciones ambulatorias, con la glosa "Prestaciones dentales (PAD)".

III. MODIFICACIÓN A LA CIRCULAR IF/N°77 QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE BENEFICIOS

Se modifica el párrafo segundo del número 4 de la letra e), sobre "Cobertura para prestaciones dentales", del N° 2 sobre "Normas especiales de cobertura", del Título V del

¹ Modifica el Anexo 1 de la Circular IF/N° 44 y el formato uniforme "Plan de salud complementario modalidad prestadores preferentes" de la Circular IF/N° 163, además de la Circular IF/N° 196.

Capítulo I del Compendio de Beneficios, señalándose al 1 de diciembre de 2013 como nueva fecha a partir de la cual las isapres deberán explicitar la cobertura que otorgarán a las prestaciones PAD dentales en los formatos de sus planes de salud.

IV. MODIFICACIÓN A LA CIRCULAR IF/Nº80 QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE INSTRUMENTOS CONTRACTUALES

Se reemplaza el anexo N°2, del Título III, del Capítulo III del Compendio de Instrumentos Contractuales, que corresponde al Formato Único del Plan de Salud Complementario Modalidad Libre Elección, y el anexo N° 3 del Título III del Capítulo III del mismo Compendio, que contiene el formato uniforme del "Plan de Salud Complementario Modalidad Prestadores Preferentes", por los anexos 1 y 2 de esta Circular respectivamente, que incorporan las modificaciones introducidas en el Título II de esta instrucción general.

V. VIGENCIA

Las disposiciones de la presente Circular entrarán en vigencia a contar de la fecha de su notificación a las isapres.



**MARIA ANGELICA DUVAUCHELLE RUEDI
INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD SUPLENTE
Incorpora Firma Electrónica Avanzada**

AMAW/CPFF

DISTRIBUCIÓN:

- Señores Gerentes Generales de Isapres
- Asociación de Isapres de Chile
- Superintendente
- Fiscalía
- Intendentes
- Jefes de Departamento
- Agencias Regionales
- Subdepartamento de Regulación
- Oficina de Partes



Anexo 1

**FORMATO ÚNICO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO
MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN²**

ISAPRE:

IDENTIFICACIÓN DEL PLAN:

TIPO DE PLAN

INDIVIDUAL

GRUPAL

FUN N°

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
PRESTACIONES		% de Bonificación	Tope de Bonificación	Tope máximo año contrato por beneficiario	Ampliación de cobertura (opcional)
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA					
MAYOR AMBULATORIA					
Día cama					
Día cama cuidados intensivos o coronarios					
Día cama cuidados intermedios					
Derecho de Pabellón					
Exámenes de laboratorio					
Imagenología					
Kinesiología					
Medicamentos					
Materiales e insumos clínicos					
Quimioterapia					
Procedimientos					
Honorarios médicos quirúrgicos					
Visita por médico tratante					
Visita por médico interconsultor					
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis					
Traslados Médicos					
AMBULATORIAS					
Consulta médica					
Exámenes de laboratorio					
Imagenología					
Kinesiología					
Procedimientos					
Honorarios Médicos Quirúrgicos					

² Corresponde al Anexo de la Circular IF/N°44

Box ambulatorio				
Pabellón ambulatorio				
Fonoaudiología				
Radioterapia				
Quimioterapia				
Prótesis y Órtesis				
Atención integral de enfermería y nutricionista				
Prestaciones dentales (PAD)				
<p>PRESTACIONES RESTRINGIDAS</p> <p>(Detallar las prestaciones que tendrán una cobertura inferior a la prestación genérica relacionada.)</p>				
<p>OTRAS COBERTURAS</p> <p>(Detallar las prestaciones adicionales no incluidas en las categorías anteriores. Ej. Cobertura Internacional, Medicamentos ambulatorios, Atención dental, etc.)</p>				

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Precio Base

\$ o UF

Cotización legal

%

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES

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

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

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL ARANCEL

MODALIDAD ARANCEL

DEL

(\$, UF)

TOPE GENERAL BENEFICIARIO

(En caso de haberlo)

ANUAL

POR MONTO

(\$, UF)

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

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

Modificado por el numeral 5.5 letra a) de la Circular IF/163.

Numeral 7 de la Circular IF/ 172 de 04.06.2012.

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE

NOMBRE:

RUT:

FECHA:

FIRMA DEL AFILIADO

NOMBRE:

RUT:

FECHA:

Huella Dactilar Afiliado



Logo isapre

**PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO
MODALIDAD PRESTADORES PREFERENTES**

IDENTIFICACIÓN DEL PLAN:
TIPO DE PLAN: (Individual o grupal según corresponda

N° folio FUN

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 dentales (PAD)								
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.					
ATENCIONES 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

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

IDENTIFICACIÓN

ÚNICA DEL ARANCEL

(\$, UF)

MODALIDAD DEL ARANCEL

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO MONTO

(En caso de haberlo)

(\$, UF)

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)

Numeral 9 de la
Circular IF/ 172 de
04.06.2012.

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE

NOMBRE:

RUT:

FECHA:

FIRMA DEL AFILIADO

NOMBRE:

RUT:

FECHA:

Huella Dactilar Afiliado

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)