

CIRCULAR IF/ N° 117

Santiago, 27 abr 2010

IMPORTE INSTRUCCIONES PARA REGULAR EL CUMPLIMIENTO POR PARTE DE LAS ASEGURADORAS DE LO INSTRUIDO EN LOS ACTOS Y RESOLUCIONES DICTADAS EN LOS PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE RECLAMOS ADMINISTRATIVOS Y JUICIOS ARBITRALES

I.- INTRODUCCIÓN

Con el propósito de perfeccionar la normativa que regula el cumplimiento de los actos administrativos y de las sentencias dictadas por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud en la resolución de reclamos administrativos y juicios arbitrales y en virtud de las atribuciones y facultades legales que le confiere el DFL N° 1, de 2005, de Salud, especialmente en los artículos 117 y 127, esta Intendencia ha estimado oportuno modificar la Circular IF/N°8 y la Circular IF/N°54, en la forma que se indica a continuación:

II.- MODIFÍCASE la Circular IF/N°8, de 08 de julio de 2005, en el sentido que a continuación se indica:

II.1.- Elimínase el número “6.4.- Cumplimiento”.

II.2.- Agrégase como nuevo número 8 el siguiente texto, pasando el actual número 8 “Disposiciones Generales” a ser el número 9:

“8.- CUMPLIMIENTO DE LAS SENTENCIAS

8.1.- Competencia

El Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud será competente para conocer de todos los asuntos relacionados con el cumplimiento del fallo.

8.2.- Normativa aplicable

El cumplimiento de las sentencias dictadas por el Tribunal, se sujetará a las normas de la presente Circular y, a falta de disposición expresa en esta instrucción general, se aplicarán supletoriamente las normas del Título XIX del Libro Primero del Código de Procedimiento Civil.

8.3.- Procedimiento

8.3.1.- Normas generales

Para acreditar el cumplimiento de una sentencia, la Aseguradora deberá acompañar, dentro del plazo que en cada fallo se establezca, los documentos que se detallan en el Anexo de la presente Circular.

La Aseguradora será responsable de arbitrar las medidas necesarias y realizar las gestiones que le permitan obtener y/o elaborar los antecedentes de respaldo que se le requieran, con el objeto de dar cumplimiento al fallo dentro del plazo instruido.

Los antecedentes que ella acompañe, serán revisados por el Tribunal y de estimarse éstos suficientes para acreditar el cumplimiento del fallo, se procederá al archivo del expediente, sin más trámite.

Cuando de la revisión efectuada por el Árbitro, aparezca que dichos antecedentes no se ajustan estrictamente a lo dispuesto en el Anexo de esta Circular, el Tribunal ordenará a la Aseguradora, sin más trámite, su íntegra remisión, dentro de tercero día. Cuando los antecedentes acompañados, ameriten el pronunciamiento previo de la parte demandante, el Juez pondrá en conocimiento de esta última lo informado por la Aseguradora, con el objeto que, dentro del tercer día hábil, formule las observaciones pertinentes.

Vencido el plazo señalado precedentemente, sin que se hayan recibido observaciones, se ordenará el archivo de la causa. Habiéndose recibido oposición dentro del plazo indicado, y de considerarse necesario, se remitirán los antecedentes a la Unidad correspondiente de la Superintendencia de Salud para que fiscalice el cumplimiento informado.

El resultado de este análisis será puesto en conocimiento de las partes, quienes podrán hacer presente los errores que de él aparezcan, dentro de tercero día.

El Tribunal resolverá de plano la objeción planteada, y en esta misma resolución, se ordenará el cumplimiento inmediato o el archivo de la causa, según corresponda.

8.3.2.- Impedimento para cumplir

Cuando por razones que no le fueren imputables, la Aseguradora se vea impedida de informar el cumplimiento de una sentencia, en la forma y plazo indicados en el numeral 8.3.1. precedente, deberá comunicar por escrito, en el mismo plazo, tal circunstancia, indicando los hechos en que se funda el impedimento y las gestiones realizadas para superarlo, las que deberá acreditar fehacientemente.

Una vez superado el impedimento alegado, la Aseguradora deberá informar, dentro del plazo de cinco días, el cumplimiento efectivo, acompañando los antecedentes de respaldo que se detallan en el Anexo de la presente Circular.

Para este efecto, se considerarán circunstancias no imputables a la responsabilidad de la Aseguradora, entre otras, la falta de comparecencia del demandante a suscribir un determinado documento, la no entrega por parte del demandante de

antecedentes indispensables para proceder al cumplimiento y cualquier otra situación de similar naturaleza.

8.3.3. Nuevas alegaciones

Con ocasión del análisis del cumplimiento de una sentencia, las partes no podrán efectuar pretensiones distintas a las que fueron objeto del litigio, las que deberán hacer valer a través de un nuevo reclamo, según las reglas generales.

8.4.- Recursos en la etapa de cumplimiento

Las resoluciones que dicte el Tribunal durante la etapa de cumplimiento de las sentencias, serán susceptibles del recurso de reposición previsto y regulado en el numeral 7.1 de esta Circular y del recurso de apelación cuando la resolución impugnada constituya una sentencia interlocutoria, sin perjuicio del derecho previsto en favor de las partes y del Tribunal en el numeral 8.7 de esta misma instrucción.”

II.3.- Incorpórase a la Circular IF/N°8, de 08 de julio de 2005, el Anexo que a continuación se indica:

“De conformidad a lo dispuesto en el punto 8.3.1 de esta Circular, para acreditar el cumplimiento efectivo de lo ordenado en cada fallo, las Aseguradoras deberán acompañar la información y/o documentación que se indica a continuación, dependiendo de la materia sobre la que verse la sentencia que se cumple:

Si la instrucción impartida atañe a más de una de las materias que en seguida se registran, la Aseguradora deberá acreditar el cumplimiento, remitiendo los antecedentes que se exigen en esta Circular respecto de cada una de las materias involucradas.

1.- Tratándose de materias referidas a Cobertura, Bonificaciones y aplicación de la Ley de Urgencia, la Aseguradora deberá acompañar al Tribunal lo siguiente:

a) Copia de la carta remitida al demandante, informándole acerca del cumplimiento de la sentencia, y

b) Detalle del monto de la cobertura inicialmente otorgada por la Aseguradora y el monto de la cobertura resultante del cumplimiento del fallo, indicando para este último caso, el N° del documento (cheque, vale vista, etc.) que da cuenta del pago ordenado y la fecha a partir de la cual estará a disposición del demandante o la fecha y lugar en que dicho pago ya se efectuó, según sea el caso. Si la bonificación se hará efectiva a través de la emisión de órdenes de atención, el detalle deberá contemplar el registro correspondiente al N° del bono y la fecha de su emisión.

2.- Tratándose de materias referidas a Suscripciones, Modificaciones y Adecuaciones de contrato, habrá que distinguir:

- Cuando para el cumplimiento de lo ordenado baste sólo la emisión por parte de la Aseguradora de uno o más documentos, deberá acompañar copia del o los

documentos respectivos, debidamente suscritos por la institución. (F.U.N., Certificado de afiliación vigente, etc.).

- Cuando para el cumplimiento de lo ordenado, se requiera la manifestación de voluntad del afiliado, la Aseguradora deberá acompañar copia del documento que dé cuenta de la voluntad expresamente manifestada por el demandante.

3.- Tratándose de materias de Cotizaciones de salud, Precio del plan, específicamente a instrucciones referidas a:

- a) Revisión de las cotizaciones de salud enteradas;
- b) Deudas de cotizaciones;
- c) Cotizaciones mal enteradas;
- d) Excedentes o excesos de cotización
- e) En general, cualquier otra materia que incida en la determinación del precio del plan de salud.

Cuando la instrucción impartida por la Intendencia implique que la Aseguradora deba revisar las cotizaciones enteradas, ésta deberá cumplir la instrucción dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, adjuntando una copia de la comunicación de la liquidación de las cotizaciones efectuadas y el lugar y fecha de pago de los excesos, según corresponda.

La Aseguradora deberá informar el monto de los excesos de cotizaciones inicialmente calculado y el monto de los excesos que resulte de las instrucciones impartidas, identificando el N° del documento (cheque, vale vista, etc.) que da cuenta del pago ordenado y la fecha a partir de la cual estará a disposición del cotizante o la fecha de su entrega si ésta ya se materializó.

En relación a las deudas de cotizaciones, la Aseguradora deberá informar, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el monto de la deuda inicialmente calculado por la Aseguradora y el monto de la deuda que resulta de las instrucciones impartidas.

En cuanto a los excedentes, la Aseguradora deberá informar, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el saldo disponible de excedentes inicialmente calculado por la Aseguradora y el saldo disponible que resulta de las instrucciones impartidas y la fecha de emisión de la respectiva cartola.

4.- Tratándose de materias referidas a Término de contrato.

Cuando una sentencia ordene a la Aseguradora dejar sin efecto el término de contrato dispuesto, ésta deberá acompañar un certificado de afiliación vigente y una copia de la carta dirigida al afiliado en la que le comunica el cumplimiento de la sentencia dictada.

Si como resultado de dicha medida se hace necesario reliquidar cotizaciones de salud y/o la cobertura de prestaciones efectuadas, se procederá como se ha indicado en las letras precedentes.”

III.- MODIFÍCASE la Circular IF/N°54, de 02 de octubre de 2007, en el sentido que a continuación se indica:

III.1.- Elimínase el actual número 2.5 “Cumplimiento”

III.2.- Agrégase como nuevo número 2.6.- el siguiente texto, pasando el actual número 2.6.- “Revisión del Acto Administrativo de Término” a ser el número 2.5.

“2.6.- CUMPLIMIENTO

2.6.1.- Aspectos Generales

El Intendente será la autoridad competente para conocer de todos los asuntos relacionados con el cumplimiento de los actos administrativos que pongan término a un reclamo.

Esta facultad podrá delegarse en otro funcionario de la Institución, de acuerdo a las reglas generales.

2.6.2.- Plazos y procedimiento

El cumplimiento de lo dispuesto en las instrucciones impartidas por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deberá efectuarse por la entidad reclamada, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo que contenga dichas instrucciones.

Para acreditar el efectivo cumplimiento de la instrucción impartida, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, la Aseguradora deberá enviar a la Intendencia los documentos que se detallan en el anexo de la presente Circular, así como una copia del documento mediante el cual se comunica al afiliado la ejecución de dichas instrucciones.

Previo a ello, la misma Aseguradora será responsable de arbitrar las medidas necesarias y realizar las gestiones que le permitan obtener o elaborar los antecedentes de respaldo que se le requieren, dentro del plazo previsto para el cumplimiento.

En aquellos casos en que la Aseguradora se vea impedida de informar el cumplimiento efectivo de la instrucción impartida dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, por circunstancias que no le fueren imputables, deberá, en ese mismo término, comunicar las gestiones necesarias que ha efectuado para obtener las actuaciones o los antecedentes faltantes. Una vez superado el impedimento alegado, la Aseguradora deberá informar, dentro del plazo de cinco días, el cumplimiento efectivo, acompañando los antecedentes de respaldo que se detallan en el Anexo de la presente Circular.

Para estos efectos, se considerarán circunstancias no imputables a la responsabilidad de la Aseguradora, entre otras, la falta de comparecencia del reclamante a suscribir un determinado documento, la no entrega por parte del reclamante de antecedentes indispensables para proceder al cumplimiento y cualquier otra situación de similar naturaleza.

2.6.3.- Recursos

En contra de los actos administrativos que se dicten a propósito del cumplimiento, procederán los mismos recursos indicados en el numeral 2.5 “Revisión del Acto Administrativo de Término”, de la presente Circular.”

III.3.- Incorpórase a la Circular IF/N°54 de 2 de octubre de 2007, el siguiente Anexo:

“De conformidad a lo dispuesto en el número 2.6.2 de esta Circular, para acreditar el cumplimiento efectivo de lo resuelto en un Oficio o en una Resolución Exenta dictada por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, las Aseguradoras deberán acompañar la información que a continuación se indica.

Si la instrucción impartida atañe a más de una de las materias que en seguida se registran, la Aseguradora deberá acreditar el cumplimiento, remitiendo los antecedentes que se exigen en esta Circular respecto de cada una de las materias involucradas.

A) Cobertura y bonificaciones

Se seguirán las presentes instrucciones, tratándose del cumplimiento de instrucciones relativas a:

- a) Negativas de cobertura por solicitud de los beneficios fuera de plazo;
- b) Exclusiones de cobertura;
- c) Cobertura en planes cerrados y planes con prestadores preferentes;
- d) Restricciones de cobertura;
- e) Cobertura en modalidad ambulatoria a prestación hospitalaria;
- f) Bonificación inferior a la correspondiente al plan de salud;
- g) Aplicación del mecanismo de financiamiento del DFL N°1 de 2005, para atenciones de urgencia o emergencia.
- h) En general, cualquier otra materia que incida en la determinación y cálculo de la cobertura que corresponde a prestaciones de salud.

i.- Si la instrucción impartida se traduce en que la Aseguradora debe otorgar cobertura a prestaciones que originalmente han quedado excluidas de bonificación y no dispone de la documentación de respaldo de dichas atenciones y su valor o, en su caso, de los gastos efectuados, deberá requerir al afiliado la entrega de los documentos necesarios (boleta, factura, prefactura u otro documento auténtico) para efectuar la liquidación ordenada, evitando cualquier requerimiento innecesario y dilatorio.

Una vez efectuada la liquidación y dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, la Aseguradora deberá informar el cumplimiento definitivo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, adjuntando una copia de la comunicación dirigida al afiliado en la que le informa la liquidación de cobertura efectuada y el lugar y fecha de pago, según corresponda.

ii.- Si la instrucción impartida se refiere a reliquidación de una cobertura ya otorgada, de modo que la Institución cuenta con la documentación de respaldo del gasto incurrido (boleta, factura, prefectura u otro documento auténtico) se procederá sin mayor trámite a la determinación de la cobertura que corresponde otorgar, debiendo la Aseguradora informar a la Superintendencia dicho resultado dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo.

Específicamente, en relación a los punto i; ii; precedentes, la Aseguradora deberá informar a esta Superintendencia, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el monto de la cobertura inicialmente otorgada y el monto de la cobertura que resulta de las instrucciones de esta Superintendencia, identificando el N° del documento (cheque, vale vista, etc.) que da cuenta del pago de la cobertura que se ordena otorgar a las prestaciones reclamadas y la fecha a partir de la cual estará a disposición del cotizante o la fecha de entrega al afiliado si ésta ya se materializó. Tratándose de bonificaciones que se harán efectivas a través de la emisión de órdenes de atención, se señalará el N° del bono y la fecha de su emisión.

B) Suscripciones y modificaciones de contrato

Se seguirán las presentes instrucciones, tratándose del cumplimiento de instrucciones relativas a:

- a) Suscripción o modificación de contrato,
- b) Incorporación o eliminación de beneficiarios
- c) Modificación de tipo de beneficiario
- d) Doble afiliación

i.- En aquellos casos en que para el cumplimiento de la instrucción impartida por la Superintendencia no sea necesaria la comparecencia personal del afiliado, la Aseguradora deberá informar dicho cumplimiento a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, acompañando copia del instrumento (F.U.N., certificado de afiliación vigente u otro) que haya emitido en virtud de lo ordenado y una copia del documento en que comunica al afiliado dicho cumplimiento.

ii.- Por el contrario, de requerirse alguna gestión o decisión del afiliado (por ejemplo, que opte por mantenerse en uno u otro plan o que suscriba un FUN) la Aseguradora deberá requerirle su concurrencia para realizar dicha gestión, de manera de estar en condiciones de informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud el cumplimiento íntegro y efectivo de la instrucción, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, acompañando una copia del documento contractual respectivo.

C) Cotizaciones de salud, precio del plan

Se seguirán las presentes instrucciones, tratándose del cumplimiento de instrucciones relativas a:

- a) Revisión de las cotizaciones de salud enteradas;

- b) Deudas de cotizaciones;
- c) Cotizaciones mal enteradas;
- d) Excedentes o excesos de cotización
- e) En general, cualquier otra materia que incida en la determinación del precio del plan de salud.

Cuando la instrucción impartida por la Intendencia implique que la Aseguradora deba revisar las cotizaciones enteradas, ésta deberá cumplir la instrucción dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, adjuntando una copia de la comunicación de la liquidación de las cotizaciones efectuadas y el lugar y fecha de pago de los excesos, según corresponda.

La Aseguradora deberá informar el monto de los excesos de cotizaciones inicialmente calculado y el monto de los excesos que resulte de las instrucciones impartidas, identificando el N° del documento (cheque, vale vista, etc.) que da cuenta del pago ordenado y la fecha a partir de la cual estará a disposición del cotizante o la fecha de su entrega si ésta ya se materializó.

En relación a las deudas de cotizaciones, la Aseguradora deberá informar, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el monto de la deuda inicialmente calculado por la Aseguradora y el monto de la deuda que resulta de las instrucciones impartidas.

En cuanto a los excedentes, la Aseguradora deberá informar, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el saldo disponible de excedentes inicialmente calculado por la Aseguradora y el saldo disponible que resulta de las instrucciones impartidas y la fecha de emisión de la respectiva cartola.

D) Adecuación de contratos

Atendido que en estos casos puede resultar necesario reliquidar cotizaciones de salud enteradas y/o coberturas otorgadas, la Isapre deberá proceder como se ha indicado en las letras precedentes.

E) Término del contrato

Cuando se ordene a la Aseguradora dejar sin efecto el término de contrato dispuesto, deberá informar, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, que la situación contractual del afiliado se encuentra completamente regularizada y vigentes sus beneficios, para lo cual deberá acompañar un certificado de afiliación vigente y una copia de la comunicación al afiliado del cumplimiento de la instrucción impartida.

Si como resultado de dicha medida se hace necesario reliquidar cotizaciones de salud y/o la cobertura de prestaciones efectuadas, se procederá como se ha indicado en las letras precedentes.”

IV. VIGENCIA

La presente Circular entrará en vigencia el 01 de junio de 2010, y tanto ésta como los textos actualizados de las Circulares IF/N°8 y IF/N°54, estarán disponibles en la página Web de la Superintendencia de Salud.



ALBERTO MUÑOZ VERGARA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD

Incorpora Firma Electrónica Avanzada

UNA/FNP/AMAW/CPF

DISTRIBUCION:

- Director de Fonasa
- Gerentes Generales Isapres
- Asociación de Isapres
- Fiscalía
- Jefes Departamentos
- Jefes Subdepartamentos
- Subdepto. de Regulación
- Agencias Regionales