

CIRCULAR IF/N°54

SANTIAGO, 02 de octubre de 2007

IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA EL CONOCIMIENTO, TRAMITACIÓN Y RESOLUCIÓN DE RECLAMOS INTERPUESTOS POR LOS COTIZANTES Y BENEFICIARIOS EN CONTRA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL O EL FONDO NACIONAL DE SALUD.¹

Esta Intendencia, en ejercicio de las atribuciones que la ley le confiere, en especial las contempladas en los artículos 113 y 127 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, y con el objeto de fijar el procedimiento administrativo para conocer, tramitar y resolver los reclamos interpuestos por los cotizantes y beneficiarios en contra de las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud, viene en impartir las siguientes instrucciones:

I. ASPECTOS GENERALES

1.1. DEFINICIONES

Para los efectos de la presente Circular, se entenderá por:

a) Reclamo: Toda presentación formal en que se requiera la revisión de lo resuelto por el Fondo Nacional de Salud -FONASA- o la Institución de Salud Previsional -ISAPRE-, en el contexto de un conflicto particular suscitado entre dichas entidades y uno o más cotizantes, beneficiarios, ex cotizantes o ex beneficiarios, y relativo a materias de competencia de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

b) Reclamante: El cotizante y beneficiario, incluyendo a quienes hayan perdido dicha condición, que, de acuerdo a la ley, presenta un reclamo ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, ya sea

¹ Texto actualizado a mayo 2010

personalmente o debidamente representado por un tercero. En este último caso, se solicitará un poder simple en que conste la representación invocada.

c) Entidad Reclamada: El Fondo Nacional de Salud -FONASA- o la Institución de Salud Previsional -ISAPRE-, según corresponda.

d) Procedimiento de Reclamo Administrativo: Conjunto de actuaciones, diligencias y/o trámites conducentes al conocimiento, tramitación y resolución de un reclamo por el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en el ámbito administrativo.

1.2. REGLAS GENERALES

a) Ámbito de Aplicación

Los reclamos que sean sometidos al conocimiento y resolución del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en ejercicio de la facultad prevista en el artículo 127 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, se sustanciarán conforme al procedimiento fijado en la presente Circular.

b) Admisibilidad Institucional

Todo reclamo, para ser sometido al procedimiento administrativo, deberá haber sido conocido previamente por la entidad reclamada, de acuerdo a lo establecido en el artículo 127 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud y en la Circular IF/N° 4, de 2005, de esta Intendencia, que "Imparte Instrucciones sobre Tramitación de Reclamos ante el Fondo Nacional de Salud e Instituciones de Salud Previsional".

En consecuencia, aquellos reclamos que no cumplan con este requisito, serán derivados al FONASA o a la Institución de Salud Previsional que corresponda para su pronunciamiento, informándose tal circunstancia al reclamante. Con la respuesta de la entidad reclamada, o una vez transcurrido el plazo de que dispone sin que hubiere emitido un pronunciamiento, el reclamante podrá iniciar la tramitación del procedimiento administrativo en esta sede.

c) Formalidades del Reclamo

El reclamo deberá contener, a lo menos:

- La individualización del reclamante y/o de quien lo representa, señalando sus nombres y apellidos, el número de cédula de identidad, su domicilio para los efectos de las notificaciones y su número telefónico, si lo tuviere.
- Identificación de la entidad contra quien se dirige el reclamo.
- Lugar y fecha del reclamo

- Relación breve y clara de los hechos que motivan el reclamo y los antecedentes que le sirven de fundamento.
- Enunciación precisa y clara de las peticiones concretas que se someten al conocimiento y resolución de la Intendencia.
- Copia del reclamo y de la respuesta de la entidad reclamada, si ésta la hubiera emitido.
- Poder simple de representación, cuando corresponda, y
- Firma del reclamante y/o de su apoderado. Sin perjuicio de ello, la Intendencia admitirá, en casos calificados, la acreditación de la autenticidad de la voluntad expresada por otros medios habilitados.

Si el reclamo no reúne los requisitos señalados precedentemente, se ordenará al interesado que, dentro de un plazo de cinco días hábiles, subsane la falta o acompañe los documentos respectivos, bajo apercibimiento de tenerlo por no presentado.

1.3. NOTIFICACIONES

Las resoluciones dictadas en el procedimiento administrativo deberán ser notificadas a las partes, conteniendo su texto íntegro, por medios electrónicos o mediante carta certificada dirigida al domicilio que el interesado hubiere designado en su primera presentación o que haya comunicado con posterioridad a dicho acto.

Las notificaciones por medio de carta certificada se entenderán practicadas a contar del tercer día siguiente a su recepción en la Oficina de Correos que corresponda.

Las notificaciones por medios electrónicos, estarán sujetas a las instrucciones especiales que se dicten para tal efecto, las que, en todo caso, deberán contemplar la obligación de dejar constancia en el respectivo expediente de su envío y de adoptar los resguardos necesarios para que las partes en el proceso administrativo tengan conocimiento de las resoluciones que se dicten.

Las notificaciones también podrán practicarse en forma personal, por medio de un funcionario competente de la Superintendencia de Salud, quien dará copia íntegra del acto o resolución que se notifica y certificará tal circunstancia en el expediente respectivo. En tal caso, el interesado deberá firmar la recepción de la copia respectiva.

Aunque no se hubiere practicado notificación alguna, o la que existiere estuviera viciada, se entenderá el acto administrativo debidamente notificado, si el interesado a quien afectare sus resultados, hiciere cualquier

gestión en el procedimiento que suponga necesariamente su conocimiento, sin haber reclamado previamente la falta de notificación o la ineficacia de la misma.

Cualquiera de los intervinientes en el procedimiento administrativo podrá proponer para sí otras formas de notificación, que esta Intendencia podrá aceptar si, en su opinión, resultaren suficientemente eficaces y no causaren indefensión.

1.4. PLAZOS

Los plazos de días establecidos en el procedimiento administrativo son de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los sábados, domingos y festivos.

Los plazos se computarán desde el día siguiente a aquél en que se notifique.

Si el último día de un plazo recayere en día inhábil, éste se entenderá inmediatamente prorrogado al primer día hábil siguiente.

La autoridad podrá conceder, de oficio o a petición de los interesados, una ampliación de los plazos establecidos en la presente Circular, salvo aquellos que se encuentren establecidos en la ley.

1.5. ACUMULACIÓN DE RECLAMOS

Por razones de economía procesal, la Intendencia podrá disponer la acumulación de dos o más reclamos, en los siguientes casos:

- a) Cuando exista identidad entre las partes; y
- b) Cuando exista identidad de hechos y pretensiones entre usuarios de una misma Entidad Reclamada.

En tal caso, los reclamos se sustanciarán conjuntamente y serán resueltos por un solo acto administrativo de término.

Por resolución fundada, la Intendencia podrá ordenar la desacumulación de los reclamos, aun cuando se verifique la concurrencia de las condiciones necesarias para su acumulación, si se estima necesario resolver separadamente las pretensiones sometidas a su consideración.

II. DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMO

2.1. FORMACIÓN DEL EXPEDIENTE

El procedimiento constará en un expediente escrito o electrónico debidamente foliado, en el que figurarán todas las actuaciones de la Autoridad y de las partes, al que se agregarán, en forma consecutiva, los documentos presentados por los interesados, terceros y otros órganos públicos.

El expediente electrónico estará sujeto a las instrucciones especiales que se dicten para tal efecto.

En el caso de documentos que contengan datos sensibles -ya sea por su naturaleza o porque cualquiera de las partes haya requerido expresamente tal carácter- se formará un expediente separado, el cual quedará bajo custodia, de conformidad a las reglas contenidas en el procedimiento especial que se elabore al efecto.

2.2. INSTRUCCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Una vez recibido el reclamo, se requerirá a la Entidad Reclamada el envío del expediente del reclamo tramitado de conformidad a la citada Circular IF/N° 4, de 2005, gestión que deberá notificarse al reclamante.

Allegados los antecedentes del caso, se determinarán los hechos relevantes que requieran ser acreditados, ordenándose las diligencias y/o trámites que, de acuerdo a derecho, permitan esclarecer el asunto controvertido, cuyo mérito se apreciará en conciencia.

La Intendencia calificará la procedencia de acceder a las diligencias probatorias solicitadas por las partes, pudiendo desechar aquéllas que estime improcedentes o inconducentes para la resolución del reclamo, en cuyo caso deberá señalar las razones o motivos que tuvo en vista para adoptar tal decisión en el Oficio de término respectivo.

En el caso que los hechos no ameriten prueba, se resolverá derechamente el asunto, emitiéndose un Oficio de término.

2.3. DILIGENCIAS PROBATORIAS

Para esclarecer los hechos controvertidos y alegaciones de las partes, la Intendencia podrá ordenar se practiquen algunas de las siguientes medidas probatorias:

- a) Dictación de oficios requiriendo información o antecedentes adicionales a la Entidad Reclamada, al reclamante, a prestadores o a otras Instituciones, públicas o privadas.**

El oficio deberá remitirse con copia a todas las partes para el debido conocimiento del estado de tramitación del reclamo.

- b) Declaración del reclamante, de funcionarios de la Entidad Reclamada o testigos**

Si resulta indispensable recibir el testimonio del reclamante, funcionarios de la Entidad Reclamada o testigos, se les citará, mediante un oficio, para una audiencia con tales fines, indicando el día, la hora y lugar en que ésta se llevará a efecto, individualizándose al profesional encargado de conducirla. Asimismo, se dejará expresa constancia que podrán asistir las partes, a quienes se remitirá copia del oficio respectivo.

De la diligencia a que haya lugar, se dejará constancia en un acta, cuyo texto deberá individualizar a los asistentes y las declaraciones prestadas en dicha oportunidad, debiendo ser firmada por los comparecientes y el funcionario que represente a la Intendencia, como ministro de fe, en tres ejemplares.

Un ejemplar de ese documento se entregará al final de la audiencia a los asistentes, a fin que éstos formulen las observaciones que estimaren pertinentes. En caso de ausencia de una de las partes, se le remitirá un ejemplar del acta por correo, haciéndole presente el plazo de que dispone para formular sus observaciones.

- c) Solicitud de informes periciales sanitarios y/o fiscalizaciones, especialmente del Subdepartamento Médico y del Subdepartamento de Control de Régimen Complementario de la Superintendencia de Salud**

2.4. TÉRMINO DEL PROCEDIMIENTO

Una vez agotadas las diligencias probatorias, se procederá a resolver el reclamo mediante un Oficio de término, el cual será notificado a todas las partes.

El Oficio de término que se dicte deberá:

- a) Identificar los antecedentes, la materia y las partes en conflicto.
- b) Señalar los fundamentos de hecho y de derecho en que basa el reclamante su presentación y las peticiones que formula a la autoridad.
- c) Indicar los argumentos de hecho y de derecho esgrimidos por la Entidad Reclamada al contestar el reclamo que le fue presentado originalmente.
- d) Contener la decisión del asunto controvertido y, en su caso, la orden de cumplir las instrucciones particulares que imparta este Organismo de Control.

- e) Señalar el derecho que le asiste al perjudicado de interponer un recurso de reposición, en tiempo y forma debidos.

En el caso que se ponga término al conflicto, en forma total o parcial, mediante una vía alternativa a la resolución final del Intendente -v.gr. desistimiento, avenimiento, entre otras de similar naturaleza-, las partes deberán comunicar formalmente tal circunstancia ante esta Autoridad, en cuyo caso se emitirá un Oficio de término que consigne la ocurrencia de ese evento y la orden de archivar el expediente respectivo.

2

2.5. REVISIÓN DEL ACTO ADMINISTRATIVO DE TÉRMINO

a) Recurso de Reposición

En contra de las resoluciones o instrucciones que dicte la Intendencia podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad, dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde la fecha de la notificación de la resolución respectiva.

El recurso será puesto en conocimiento de la otra parte, otorgándole un plazo de cinco días hábiles para que formule las observaciones o descargos que estimare pertinente a sus derechos.

Transcurrido dicho plazo, se determinará si existen hechos relevantes que requieran ser acreditados, pudiendo ordenarse la práctica de diligencias y/o trámites que, de acuerdo a derecho, permitan esclarecer el asunto controvertido. En caso que los hechos no ameriten prueba, se resolverá derechamente el asunto.

Finalmente, la Intendencia se pronunciará sobre el recurso mediante una Resolución Exenta, la cual será notificada a todas las partes.

b) Recurso de Reclamación

En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, en cuyo caso deberá seguirse el procedimiento de impugnación definido en el artículo 113 inciso 3° del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. La interposición de este recurso no suspende el cumplimiento del acto recurrido.

c) Recurso Jerárquico y Recurso de Revisión

Procederán dichos recursos, ante el Superintendente de Salud, en los casos y de acuerdo a las formalidades establecidas expresamente en los artículos 59 y 60 de la Ley N ° 19.880 que “Establece Bases de los

² El Punto 2.5 “Cumplimiento” fue eliminado de acuerdo a la Circular IF/N°117, de 27.04.2010, y el actual 2.6. pasa a ser el nuevo 2.5 “Revisión del Acto Administrativo de Término”

Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado”.

d) Recurso de Rectificación, Aclaración o Enmienda

En caso que los actos administrativos de término contengan errores de copia, de referencia o de cálculo numérico, o bien incluyan aspectos oscuros o dudosos, la parte afectada podrá solicitar que dicha situación sea superada mediante la dictación de una nueva Resolución, en la que se aclararán los puntos dudosos o se corregirán los errores detectados.

2.6.- CUMPLIMIENTO³

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

³ Se agrega este nuevo punto 2.6 “Cumplimiento”, de acuerdo a la Circular IF/N°117, de 27.04.2010

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. DISPOSICIÓN FINAL

Sin perjuicio de las disposiciones de la presente Circular, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud podrá dirigir el procedimiento del modo que considere más apropiado, garantizando el cumplimiento de los principios y normas del debido proceso.

IV. VIGENCIA DE LA CIRCULAR

La presente Circular entrará en vigencia a contar de la fecha de su emisión.

**RAÚL FERRADA CARRASCO
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD**

CMV/AMAW/CPF
DISTRIBUCIÓN

- Gerentes Generales de Isapres
- Fondo Nacional de Salud
- Superintendente de Salud
- Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Jefes de Deptos.
- Jefes de Subdeptos.
- Agencias regionales
- Oficina de Partes

ANEXO ⁴

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, prefactura u otro documento auténtico) se procederá sin mayor trámite a la determinación de la cobertura que corresponde

⁴ Se agrega este anexo, de acuerdo a la Circular IF/N°117, de fecha 27.04.2010

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 puntos 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.