



GOBIERNO DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

CIRCULAR IF/N° 13¹

SANTIAGO, 02 de FEB 2006

MODIFICA INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA GENERACIÓN Y ENVÍO DEL ARCHIVO MAESTRO DE PLANES COMPLEMENTARIOS

Esta Intendencia, en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial, las previstas en el artículo 5° de la Ley Orgánica de la Superintendencia de Salud, contenida en el artículo 6° de la Ley N°19.937, y las señaladas en la Ley N°18.933, viene en modificar las instrucciones relativas a la generación y envío del Archivo Maestro de Planes de Salud y sus registros anexos.

Para tal efecto, se reemplaza el Anexo N°5 de la Circular 63, del 25 de enero de 2002, por el Anexo de la presente Circular.

1. INTRODUCCIÓN

Las recientes modificaciones a la Ley N°18.933, introducidas por la Ley N°19.966 y la Ley N°20.015, así como también, la evolución propia del Sistema Isapre determinan, entre otros aspectos, la necesidad de disponer de una base de datos de planes complementarios de salud actualizada y más acorde con la información que, en adelante, requiere esta Intendencia para cumplir adecuadamente con las funciones que la ley le impone.

2. ALCANCE DE LAS MODIFICACIONES

Las modificaciones que se introducen en esta oportunidad dicen relación con el Archivo Maestro de Planes de Salud y el Archivo de Tablas de Factores, quedando para una etapa siguiente la actualización del archivo de Selección de Prestaciones Valorizadas, el que en todo caso, deberá continuar remitiéndose.

¹ Modificada por la Resolución Exenta IF N°126, del 9 de marzo de 2010

Por otra parte, se suspende la emisión y envío de la Tabla de Prestadores Preferentes.

Los cambios introducidos a los archivos, se detallan en el anexo del presente instructivo y consisten en actualizar y agregar información para cumplir con las nuevas exigencias legales y para optimizar los estudios y análisis que pueden obtenerse de estas bases de datos, sin alterar sustancialmente su estructura.

3. PROCESO DE VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Previo al envío de los archivos y con la finalidad de contribuir a la calidad de la información que contienen, cada isapre deberá aplicar los validadores que se indican para cada campo, contabilizando, corrigiendo y justificando, si procede, los errores e inconsistencias que se detecten. Esta Intendencia fijará los rangos de aceptabilidad de cada archivo y fiscalizará los procesos de generación y validación de los mismos.

4. ENVÍO DE LA INFORMACIÓN A LA INTENDENCIA

Los archivos se deberán enviar en una misma oportunidad y en forma **semestral**, los que deberán estar referidos a los planes complementarios que se encuentren vigentes y/o en comercialización en enero y julio de cada año, debiendo ser recepcionados por esta Intendencia, a más tardar, el último día hábil de los meses de marzo y septiembre, respectivamente.

El primer envío de información conforme a las instrucciones de la presente circular deberá efectuarse en el mes de marzo de 2006, con los datos correspondientes al mes de enero del mismo año.

5. ESPECIFICACIONES COMPUTACIONALES

5.1 Características de los Archivos

- Archivo plano
- Código ASCII
- Un registro por línea
- Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada campo.
- Separador de campo "pipe" (|).

5.2 Nombre de los Archivos

Deberá utilizarse el formato "**xcccaaaapp.999**", donde:

- x** : Siempre debe ser el carácter "s"
- ccc** : Código de la Isapre

- aaaa** : Año que se informa
pp : Semestre que se informa: s1, s2
999 : Identificación del archivo, según la siguiente tabla:

Identificación	Nombre del Archivo
011	Planes de Salud
012	Tabla de Factores
013	Prestaciones Valorizadas

6. DEROGACIÓN DE NORMATIVA

La presente circular entrará en vigencia desde la fecha de su emisión.

A partir de dicha fecha se entiende derogado el Anexo N° 5 de la Circular 63, del 25 de enero de 2002, de la ex Superintendencia de Isapres.

**MARÍA CRISTINA MEDINA VILLANUEVA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD (S)**

CCVA/AMV/FNP/JEAB/CPF

Distribución

- Gerentes Generales de Isapres
- Superintendente
- Intendentes
- Jefes de Departamentos
- Jefes de Subdepartamentos
- Agencias Regionales
- Oficina de Partes

ANEXO²

1. ESPECIFICACIONES COMPUTACIONALES

1.1 Estructura Computacional del Archivo Maestro de Planes Complementarios

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Numérico
(03)	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN	Alfanumérico
(04)	TIPO DE PLAN	Alfabético
(05)	FECHA INICIO PLAN	Numérico
(06)	COMERCIALIZACIÓN	Alfabético
(07)	MODALIDAD DEL PRECIO	Numérico
(08)	PRECIO BASE	Numérico
(09)	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES	Alfanumérico
(10)	COBERTURA REDUCIDA	Alfabético
(11)	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL ARANCEL DE REFERENCIA	Alfanumérico
(12)	MODALIDAD DEL ARANCEL	Numérico
(13)	MÉDICO DE CABECERA	Alfabético
(14)	ADMINISTRADOR DEL PLAN	Alfabético
(15)	MODALIDAD DE ATENCION	Numérico
(16)	SISTEMA DE PAGO CAPITADO	Alfabético
(17)	COPAGO FIJO	Alfabético
(18)	MODALIDAD DEL TOPE ANUAL	Numérico
(19)	TOPE ANUAL	Numérico
(20)	REGIÓN(ES) DONDE SE COMERCIALIZA	Alfabético
(21)	FECHA DE LA ÚLTIMA ADECUACION	Numérico

² La Resolución Exenta IF 126 del 9 de marzo de 2010 incorporó un nuevo campo (32) que informa la Marca de la Adecuación.

(22)	TIPO DE ADECUACIÓN	Numérico
(23)	VARIACIÓN DEL PRECIO BASE	Numérico
(24)	APLICACIÓN DE LA VARIACIÓN DEL PRECIO	Alfabético
(25)	REAJUSTE CONTRACTUAL ANUAL	Numérico
(26)	FECHA APLICACIÓN REAJUSTE CONTRACTUAL	Numérico
(27)	PRECIO BASE FINAL	Numérico
(28)	COTIZANTES VIGENTES	Numérico
(29)	CARGAS VIGENTES	Numérico
(30)	PORCENTAJE BONIFICACIÓN PRESTACIONES AMBULATORIAS	Numérico
(31)	PORCENTAJE BONIFICACIÓN PRESTACIONES HOSPITALARIAS	Numérico
(32)	MARCA DE LA ADECUACIÓN	Numérico

1.2 Estructura Computacional del Archivo de Tablas de Factores

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Numérico
(03)	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA FACTORES	Alfanumérico
(04)	EDAD INICIAL DEL RANGO	Numérico
(05)	EDAD FINAL DEL RANGO	Numérico
(06)	FACTOR COTIZANTE MASCULINO	Numérico
(07)	FACTOR COTIZANTE FEMENINO	Numérico
(08)	FACTOR CARGA MASCULINO	Numérico
(09)	FACTOR CARGA FEMENINO	Numérico
(10)	FACTOR CARGA CÓNYUGE FEMENINO	Numérico
(11)	FECHA INICIO TABLA	Numérico
(12)	COMERCIALIZACIÓN	Alfabético

1.3 Estructura Computacional del Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Numérico
(03)	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN	Alfanumérico
(04)	CÓDIGO PRESTACIÓN	Numérico
	MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN	
(05)	PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN	Alfanumérico
(06)	TOPE DE LA PRESTACIÓN	Alfanumérico
(07)	PORCENTAJE HONORARIOS MÉDICOS	Alfanumérico
(08)	TOPE EN HONORARIOS MEDICOS	Alfanumérico
(09)	PORCENTAJE PABELLÓN	Alfanumérico
(10)	TOPE EN DERECHOS DE PABELLÓN	Alfanumérico
(11)	PORCENTAJE MEDICAMENTOS	Alfanumérico
(12)	TOPE EN MEDICAMENTOS	Alfanumérico
(13)	TOPE ANUAL DE LA PRESTACION	Alfanumérico
	MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE 1	
(14)	RUT DEL PRESTADOR	Alfanumérico
(15)	PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN	Alfanumérico
(16)	TOPE DE LA PRESTACIÓN	Alfanumérico
(17)	PORCENTAJE HONORARIOS MÉDICOS	Alfanumérico
(18)	TOPE EN HONORARIOS MEDICOS	Alfanumérico
(19)	PORCENTAJE PABELLÓN	Alfanumérico
(20)	TOPE EN DERECHOS PABELLÓN	Alfanumérico
(21)	PORCENTAJE MEDICAMENTOS	Alfanumérico
(22)	TOPE EN MEDICAMENTOS	Alfanumérico
(23)	COPAGO DE LA PRESTACIÓN	Alfanumérico
(24)	TOPE ANUAL DE LA PRESTACION	Alfanumérico
	MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE 2	
(25)	RUT DEL PRESTADOR	Alfanumérico
(26)	PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN	Alfanumérico

(27)	TOPE DE LA PRESTACIÓN	Alfanumérico
(28)	PORCENTAJE HONORARIOS MÉDICOS	Alfanumérico
(29)	TOPE EN HONORARIOS MEDICOS	Alfanumérico
(30)	PORCENTAJE PABELLÓN	Alfanumérico
(31)	TOPE EN DERECHOS PABELLÓN	Alfanumérico
(32)	PORCENTAJE MEDICAMENTOS	Alfanumérico
(33)	TOPE EN MEDICAMENTOS	Alfanumérico
(34)	COPAGO DE LA PRESTACIÓN	Alfanumérico
(35)	TOPE ANUAL DE LA PRESTACION	Alfanumérico
	MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE 3	
(36)	RUT DEL PRESTADOR	Alfanumérico
(37)	PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN	Alfanumérico
(38)	TOPE DE LA PRESTACIÓN	Alfanumérico
(39)	PORCENTAJE HONORARIOS MÉDICOS	Alfanumérico
(40)	TOPE EN HONORARIOS MEDICOS	Alfanumérico
(41)	PORCENTAJE PABELLÓN	Alfanumérico
(42)	TOPE EN DERECHOS PABELLÓN	Alfanumérico
(43)	PORCENTAJE MEDICAMENTOS	Alfanumérico
(44)	TOPE EN MEDICAMENTOS	Alfanumérico
(45)	COPAGO DE LA PRESTACIÓN	Alfanumérico
(46)	TOPE ANUAL DE LA PRESTACION	Alfanumérico

2. DEFINICIONES

2.1 Definiciones del Archivo Maestro de Planes Complementarios

En este archivo deben informarse todos los planes complementarios vigentes y/o en comercialización a la fecha solicitada.

Se entiende por plan complementario vigente aquel que tenga, a lo menos, un cotizante con beneficios vigentes en el mes que se informa, independientemente de si se está comercializando. Asimismo, se entiende por plan complementario en comercialización aquel que se encuentra a la venta en el mes señalado aunque no tenga cotizantes adscritos.

(01) CÓDIGO ISAPRE

Corresponde al número de identificación de la isapre, registrado en esta Superintendencia.
Campo numérico, sin punto o coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ Debe corresponder al código vigente.
- ✓ Debe ser igual al número especificado en el nombre del archivo remitido por la Isapre.

(02) FECHA DE LA INFORMACIÓN

Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, informado con el formato MMAAAA, donde:

MM = Mes (01 ó 07)

AAAA = Año

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta cero.

(03) IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN

Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan complementario informado, con el objeto de identificarlo de manera única.

Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes.

Las adecuaciones del precio base del plan no podrán implicar un cambio en la denominación de éste.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ El nombre identificador del plan, debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en todo documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados.
- ✓ Debe tener la misma estructura y secuencia utilizada para identificar al plan en el campo 03 de la Selección de Prestaciones Valorizadas y en el campo 22 del Archivo Maestro de Beneficiarios.
- ✓ La cantidad de planes informados debe ser mayor o igual a la contenida en el Archivo Maestro de Beneficiarios del mismo mes.

(04) TIPO DE PLAN

Corresponde a la categoría individual, grupal o de administración delegada del 7% del plan complementario informado.

Campo alfabético, con valor I, G o D según corresponda, donde:

I = Individual

G = Grupal

D = Administración Delegada del 7%.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se aceptan valores distintos a los especificados.

(05) FECHA INICIO PLAN

Corresponde al mes y año en que se comenzó a comercializar el plan complementario.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, informado con el formato MMAAAA, donde:

MM = Mes (entre 01 y 12)

AAAA = Año

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ Debe ser posterior a la fecha de creación del Sistema Isapre (1981).

(06) COMERCIALIZACIÓN

- ✓ Debe ser anterior o igual a la fecha que se está informando en el campo 02.

Identifica si el plan complementario se está comercializando en el período informado.

Campo alfabético, con valor S o N según corresponda, donde:

S = Sí

N = No

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se aceptan valores distintos a los especificados.

(07) MODALIDAD DEL PRECIO

Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el precio base del plan complementario informado³.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, con valor entre 1 y 3, según corresponda, donde:

1 = UF

2 = \$

3 = 7%

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta con valores distintos a los especificados.

Validadores de Consistencia:

- ✓ No se acepta 3 en planes individuales con fecha de inicio igual o posterior a julio de 2005, es decir, cuando el campo 04 = 1 y el campo 05 >= 072005, salvo que se trate de una Isapre a las que alude el artículo 39 de la Ley N°18.933.

(08) PRECIO BASE

Corresponde al precio asignado por la Isapre al plan complementario informado, expresado en unidades de fomento (UF), utilizando un máximo de dos decimales.

Para expresar en UF el precio base de los planes de salud que se encuentren establecidos en pesos, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior al que se informa.

³ No considera el precio de la CAEC cuando ésta se cobra en forma separada.

Campo numérico, con coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

Validadores de Consistencia:

- ✓ Debe ser cero en caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, es decir, cuando el campo 07 = 3.
- ✓ No se acepta cero cuando el precio del plan se encuentre expresado en UF o pesos, es decir, cuando el campo 07 = 1 ó 2.

(09) IDENTIFICACION ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES

Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado a la tabla de factores asociada al plan complementario informado, con el objeto de identificarla de manera única. No deben considerarse las tablas de precios definidas para los planes grupales.

Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ Debe informarse con una "Z", en caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, es decir, cuando el campo 07 = 3.
- ✓ Se acepta Z para planes grupales que no utilicen tabla de factores.
- ✓ No se acepta cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ El nombre identificador de la tabla de factores informada, debe coincidir totalmente con la denominación que de ella se haga en todo documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados.
- ✓ Debe tener la misma estructura y secuencia utilizada para identificar la tabla en el campo 03 del Archivo de Tablas de Factores.
- ✓ La cantidad informada de identificaciones únicas de tablas debe ser igual a la contenida en el Archivo de Tablas de Factores correspondiente al mismo mes.

(10) COBERTURA REDUCIDA

Permite identificar si la cobertura que otorga el plan complementario informado, es general o reducida para las prestaciones de parto u honorarios médicos.

Campo alfabético, con valor G, P o H, según corresponda, donde:

G = Cobertura general.

P = Cobertura reducida para el parto

H = Cobertura reducida para honorarios médicos.

Los planes especiales que continúen vigentes deberán considerarse con cobertura general o reducida, según lo haya definido la isapre.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se aceptan valores distintos a los especificados.

(11) IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL ARANCEL DE REFERENCIA

Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al arancel asociado al plan complementario informado, con el objeto de identificarlo de manera única.

Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ El nombre identificador del arancel informado, debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en todo documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados.

(12) MODALIDAD DEL ARANCEL

Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el arancel del plan complementario informado.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, con valor 1 ó 2 según corresponda, donde:

1 = UF

2 = \$

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

- ✓ No se acepta con valores distintos a los especificados.

(13) MÉDICO DE CABECERA

Informa si el plan complementario contempla la existencia de un médico de cabecera, encargado de entregar atenciones de salud a los beneficiarios del plan.

Campo alfabético, con valor S o N según corresponda, donde:

S = Sí existe médico de cabecera

N = No existe médico de cabecera

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta con valores distintos a los especificados.

Validadores de Consistencia:

- ✓ No se acepta S en planes de libre elección, es decir, cuando el campo 15 = 1.

(14) ADMINISTRADOR DEL PLAN

Informa si el plan complementario contempla la existencia de una organización distinta de la isapre, encargada de administrar la atención médica de los beneficiarios a través de una red de prestadores.

Campo alfabético, con valor S o N según corresponda, donde:

S = Sí posee un administrador

N = No posee un administrador

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta con valores distintos a los especificados.

Validadores de Consistencia:

- ✓ No se acepta S en planes de libre elección, es decir, cuando el campo 15 = 1.

(15) MODALIDAD DE ATENCION

Informa la modalidad de atención que tiene el plan complementario que se informa⁴.

Campo numérico, con valor entre 1 y 3 según corresponda, donde:

1 = Libre Elección

2 = Prestador Preferente

3 = Plan Cerrado

⁴ El plan debe clasificarse considerando las definiciones establecidas en el artículo 33, letra a) bis de la Ley N° 18.933

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se aceptan valores distintos a los especificados.

(16) SISTEMA DE PAGO CAPITADO Informa si el plan complementario contempla una modalidad de pago prospectivo y convenido, que consiste en asignar un monto fijo por beneficiario a un tercero para que financie las atenciones de salud que los beneficiarios requieran.

Campo alfabético, con valor S o N según corresponda, donde:

S = Sí está sujeto a pago capitado

N = No está sujeto a pago capitado

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta con valores distintos a los especificados.

Validadores de Consistencia:

- ✓ No se acepta S en planes de libre elección, es decir, cuando el campo 15 = 1.

(17) COPAGO FIJO

Informa si el plan complementario contempla una modalidad de copago fijo para alguna o todas las prestaciones. Campo alfabético, con valor S o N según corresponda, donde:

S = Sí tiene copago fijo

N = No tiene copago fijo

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta con valores distintos a los especificados.

Validadores de Consistencia:

- ✓ No se acepta S en planes de libre elección, es decir, cuando el campo 15 = 1.

(18) MODALIDAD DEL TOPE ANUAL

Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el tope anual por beneficiario establecido en el plan complementario. No debe considerar el tope diferenciado que pudiera indicarse para las cargas médicas.

Campo numérico, con valor entre 1 y 3 según corresponda, donde:

1 = UF

2 = \$

3 = Sin tope

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta con valores distintos a los especificados.

(19) TOPE ANUAL

Corresponde al monto del tope anual por beneficiario establecido en el plan complementario, expresado en unidades de fomento (UF), utilizando un máximo de dos decimales. No debe considerar el tope diferenciado que pudiera indicarse para las cargas médicas.

Para expresar en UF el tope anual establecido en pesos, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior al que se informa.

Campo numérico, con coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

Validadores de Consistencia:

- ✓ Debe ser cero sólo cuando el plan de salud no considere un tope anual, es decir, cuando el Campo 18 = 3.
- ✓ No se acepta cero en planes que establecen un tope anual por beneficiario, es decir, cuando el campo 18 = 1 ó 2

**(20) REGIÓN(ES) DONDE SE
COMERCIALIZA**

Indica las regiones donde se comercializa actualmente el plan de salud que se informa. Cuando el plan no esté a la venta debe informarse la o las regiones donde se comercializó por última vez.

Campo alfabético, de largo 13, con valores S o N, según corresponda, donde:

S = se ha comercializado

N = no se ha comercializado.

Cada uno de los 13 caracteres corresponde a una región, donde el primero, de izquierda a derecha, representa a la "I Región", el segundo carácter a la "II Región" y así sucesivamente hasta llegar al carácter decimotercero que corresponde a la Región

Metropolitana.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se aceptan valores distintos a los especificados.

(21) FECHA DE LA ÚLTIMA ADECUACIÓN

Corresponde al mes y año en que la isapre comenzó a ajustar los contratos en virtud de la última adecuación del plan⁵. No deben considerarse las adecuaciones que se originan por cambios de algún prestador preferente.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, informado con el formato MMAAAA, donde:

MM = Mes (entre 01 y 12)

AAAA = Año

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

Validadores de Consistencia:

- ✓ No se acepta cero en planes que informan algún tipo de adecuación, es decir, cuando el campo 22 = 1 ó 2.
- ✓ Se acepta cero sólo en el caso que el plan nunca haya sido adecuado.
- ✓ Debe ser posterior a la fecha de inicio del plan (campo 05) y anterior o igual a la fecha de la información (campo 02).
- ✓ No se acepta que el mes informado sea distinto de 07 (julio) para planes individuales con fecha de inicio igual o posterior a julio de 2005, es decir, cuando el campo 04 = 1 y el campo 05 >= 072005.

(22) TIPO DE ADECUACIÓN

Indica el tipo de modificación aplicada al plan de salud en virtud de la adecuación informada en el campo (21).

Campo numérico, sin punto o coma decimal, con valor entre 0 y 2 según corresponda, donde:

0 = sin adecuación

1 = adecuación del artículo 38.

2 = revisión del plan grupal.

⁵ A partir de la entrada en vigencia de la Ley N° 20.015, esto es, en julio de 2005, todos los procesos de adecuación de contratos comienzan en el mes de julio aunque para cada cotizante se aplique en el mes de su anualidad.

**(23) VARIACIÓN DEL PRECIO
BASE**

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se aceptan valores distintos a los especificados.

Validadores de Consistencia:

- ✓ No se acepta cero en planes que informan la existencia de una fecha de adecuación, es decir, cuando el campo 21 es distinto de cero.

Informa la variación porcentual anual que la isapre proyectó para el precio base del plan informado, aunque pueda ejercer la opción de no aplicarla.

La variación deberá expresarse en porcentaje, aproximando la cifra a un solo decimal y sin el signo porcentual.

Si la variación es negativa debe anteponerse un signo menos.

Campo numérico con coma decimal.

Las variaciones de precios deberán informarse en marzo de cada año respecto de los planes individuales, expresados en pesos y UF, vigentes en enero y deberán permanecer constantes hasta marzo del siguiente año.

Las variaciones de precios que corresponden a los planes creados entre febrero y junio de cada año, serán informadas en septiembre y éstas deberán ceñirse a la banda de precios calculada con las variaciones de precios informadas para los planes vigentes en enero, según se desprende del numeral 3 del artículo 38 bis de la Ley N° 18.933.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

Validadores de Consistencia:

- ✓ Debe ser cero en caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, es decir, cuando el campo 07 = 3.
- ✓ Debe ser cero en caso que el plan sea de tipo grupal o de administración delegada del 7%, es decir, cuando el Campo 04 = G o D.
- ✓ Se acepta cero en caso que el plan no presente cotizantes con beneficios vigentes

en el mes que se informa, es decir, cuando el campo 27 = 0.

- ✓ Se acepta cero en caso que la isapre no haya proyectado una variación del precio base para el plan informado.

(24) APLICACIÓN DE LA VARIACIÓN

Indica si la variación del precio base, informada en el campo 23, va a ser aplicada o no por la isapre⁶.

Campo alfabético, con valor S o N según corresponda, donde:

S = Sí se aplica

N = No se aplica

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta con valores distintos a los especificados.

Validadores de Consistencia:

- ✓ No se acepta N en planes que hayan informado una variación superior a 2%, es decir, cuando el campo 23 > 2.

(25) REAJUSTE CONTRACTUAL ANUAL

Informa el reajuste porcentual anual estipulado en el contrato, que debe aplicarse al precio base del plan informado cuando éste se encuentra expresado en pesos. Debe informarse aunque no se haya aplicado todavía.

Debe expresarse en porcentaje, aproximando la cifra a solo un decimal y sin el signo porcentual.

Campo numérico, con coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

Validadores de Consistencia:

- ✓ Debe ser cero en caso que el precio base del plan se encuentre expresado en UF o, 7%, es decir, cuando el campo 07 = 1 ó 3.
- ✓ Se acepta cero sólo en caso que el plan expresado en pesos no contemple un reajuste contractual anual.

⁶ De acuerdo a lo señalado en el numeral 4 del artículo 38 bis de la Ley N° 18.933, la isapre tiene la opción de no ajustar el precio base de aquellos planes en que la variación proyectada sea igual o inferior a 2% dentro de la banda estipulada para éstas.

**(26) FECHA APLICACIÓN
REAJUSTE CONTRACTUAL**

Corresponde a la fecha en que la isapre aplicó o debe aplicar el reajuste contractual anual informado en el campo 25.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, informado con el formato MMAAAA, donde:

MM = Mes (entre 01 y 12)

AAAA = Año

Validadores Técnicos:

✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

Validadores de Consistencia:

✓ Debe ser cero en caso que el plan no establezca un reajuste contractual anual.

✓ No se acepta cero en planes que informan la existencia de un reajuste contractual anual, es decir, cuando el campo 25 es distinto de cero.

(27) PRECIO BASE FINAL

Corresponde al precio final del plan complementario informado, el cual se obtiene luego de aplicar la variación y el reajuste contractual anual, en su caso, al precio base informado en el campo 08.

Debe informarse expresado en unidades de fomento con un máximo de dos decimales.

Para expresar en UF el precio base final de un plan que se encuentre establecido en pesos, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior al que se informa.

Campo numérico, con coma decimal.

Validadores Técnicos:

✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

Validadores de Consistencia:

✓ Debe ser cero en caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, es decir, cuando el campo 07 = 3.

✓ No se acepta cero cuando el precio del plan se encuentre expresado en UF o \$, es decir, cuando el campo 07 = 1 ó 2.

✓ Se acepta igual al precio base (campo 08) en caso que al plan no se le aplique variación ni reajuste del precio base, es decir, cuando el campo 24 = N y el campo 25 = 0.

(28) COTIZANTES VIGENTES

Corresponde al número de cotizantes con beneficios vigentes al mes que se informa, en el plan respectivo.

Campo numérico, sin punto o coma decimal.

Validadores Técnicos:

✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

Validadores de Consistencia:

✓ No se acepta cero para planes que no se estén comercializando, es decir, cuando el campo 06 = N.

✓ Se acepta cero sólo en el evento que el plan informado no presente cotizantes con beneficios vigentes en el mes que se informa.

✓ El número de cotizantes que se indique por plan debe coincidir exactamente con el informado a través del Archivo Maestro de Cotizantes del mismo mes.

(29) CARGAS VIGENTES

Corresponde al número de cargas con beneficios vigentes al mes que se informa, en el plan respectivo.

Campo numérico, sin punto o coma decimal.

Validadores Técnicos:

✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

Validadores de Consistencia:

✓ Se acepta cero sólo en el evento que el plan informado no presente cargas con beneficios vigentes en el mes que se informa.

✓ El número de cargas que se indique por plan debe coincidir exactamente con el informado a través del Archivo Maestro de Cargas del mismo mes.

**(30) PORCENTAJE BONIFICACIÓN
PRESTACIONES
AMBULATORIAS**

Corresponde al porcentaje de bonificación genérico que otorga el plan a las prestaciones ambulatorias. Debe informarse el porcentaje que corresponde a la modalidad de atención informada para el plan en el campo 15, es decir, la que se otorga con el prestador preferente en los casos que el plan tenga esa modalidad o sea cerrado. Si el plan contempla cobertura con varios prestadores preferentes debe informarse la que se asocia al prestador

con el cual se obtiene la mayor bonificación. Debe informarse en porcentaje, sin decimales y sin el signo porcentual⁷.

Campo numérico, sin punto o coma decimal.

Validadores Técnicos:

✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

Validadores de Consistencia:

✓ Se acepta cero sólo en el evento que el plan informe copago fijo, es decir, cuando el campo 17 = S.

(31) PORCENTAJE BONIFICACIÓN PRESTACIONES HOSPITALARIAS

Corresponde al porcentaje de bonificación genérico que otorga el plan a las prestaciones hospitalarias. Debe informarse el porcentaje que corresponde a la modalidad de atención informada para el plan en el campo 15, es decir, la que se otorga con el prestador preferente en los casos que el plan tenga esa modalidad o sea cerrado. Si el plan contempla cobertura con varios prestadores preferentes debe informarse la que se asocia al prestador con el cual se obtiene la mayor bonificación. Debe informarse en porcentaje, sin decimales y sin el signo porcentual⁸.

Campo numérico, sin punto o coma decimal.

Validadores Técnicos:

✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

Validadores de Consistencia:

✓ Se acepta cero sólo en el evento que el plan informe copago fijo, es decir, cuando el campo 17 = S

(32) MARCA DE LA ADECUACIÓN

Indica la situación del plan informado con respecto al proceso de adecuación en trámite a que se refiere el párrafo tercero del artículo 197, del DFL N°1, de 2005.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, con valores entre 1 y 6, según corresponda, donde:

1 = Plan cuyo precio base será ajustado en el

⁷ Por ejemplo, si el plan otorga cobertura de 80% a la mayoría de las prestaciones ambulatorias, en este campo deberá informarse el valor 80.

⁸ Por ejemplo, si el plan otorga cobertura de 100% a la mayoría de las prestaciones hospitalarias, en este campo deberá informarse el valor 100.

procedimiento de adecuación anual en trámite.

2 = Plan cuyo precio base no será ajustado en el procedimiento de adecuación anual en trámite, por cuanto la variación de precios proyectada para los mismos es igual o inferior al 2% dentro de la banda.

3 = Plan sometido a un proceso de adecuación excepcional, por término o modificación de convenios con prestadores cerrados o preferentes, a que se refiere el número 5 de la letra C) del artículo 189 del DFL 1, de 2005, de Salud⁹

4 = Plan cuyo precio base no será ajustado en el procedimiento de adecuación anual en trámite, por cuanto no tiene personas cotizantes con beneficios vigentes en el mes de enero de cada año.

5 = Plan individual cuyo precio base se encuentra expresado al 7%.

6 = Plan grupal

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ Si en este campo se informa valor = 2, el campo 24 debe tener valor "N".
- ✓ Si en este campo se informa valor = 4, el campo 28 debe tener valor cero.
- ✓ Si en este campo se informa valor = 5, el campo 04 debe tener valor "I", el campo 06 debe tener valor "N" y el campo 07 debe tener valor "3".
- ✓ Si en este campo se informa valor = 6, el campo 04 debe tener valor "G".

⁹ Este número fue modificado por la Resolución Exenta IF/N°126, del 9 de marzo de 2010.

2.2 Definiciones del Archivo de Tablas de Factores

Es probable que una misma Tabla de Factores sea referenciada por uno o más Planes de Salud Complementarios.

La información de las Tablas de Factores deberá venir ordenada en forma ascendente, tanto en términos del código que tengan asignado como de los rangos de edad.

(01) CÓDIGO ISAPRE

Corresponde al número de identificación de la isapre, registrado en esta Superintendencia.

Campo numérico, sin punto o coma decimal.

Validadores Técnicos:

✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

✓ No se acepta cero.

Validadores de Consistencia:

✓ Debe corresponder al código vigente.

✓ Debe ser igual al número especificado en el nombre del archivo remitido por la Isapre.

(02) FECHA DE LA INFORMACIÓN

Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, informado con el formato MMAAAA, donde:

MM = Mes (01 ó 07)

AAAA = Año

Validadores Técnicos:

✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

✓ No se acepta cero.

Validadores de Consistencia:

✓ Debe coincidir con lo informado en el campo 02 del Archivo Maestro de Planes de Salud que se remite en conjunto.

(03) IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES

Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado a la tabla de factores con el objeto de identificarla de manera única.

Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes.

Validadores Técnicos:

✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

Validadores de Consistencia:

✓ El nombre identificador de la tabla de factores informada, debe coincidir con la denominación que de ella se haga en todo

documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados.

- ✓ Debe tener la misma estructura y secuencia utilizada para identificar la tabla en el campo 09 del Archivo de Planes de Salud.
- ✓ La cantidad de identificaciones únicas de tablas informada debe ser igual a la contenida en el Archivo Maestro de Planes de Salud.

(04) EDAD INICIAL DEL RANGO

Corresponde al límite mínimo del rango de edad, de una línea dentro de la tabla de factores. Esta edad debe estar expresada en años¹⁰.

Campo numérico, entero, sin punto o coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

Validadores de Consistencia:

- ✓ Debe ser mayor o igual a 0 y menor o igual al valor asignado al campo EDAD FINAL DEL RANGO.
- ✓ Debe ser menor o igual a 80 para tablas en comercialización o con fecha de inicio posterior o igual a julio de 2005, es decir, cuando el campo 11 \geq 072005 o el campo 12 = S
- ✓ No se aceptan más de 18 rangos de edad para tablas en comercialización o con fecha de inicio posterior o igual a julio de 2005, es decir, cuando el campo 11 \geq 072005 o el campo 12 = S

(05) EDAD FINAL DEL RANGO

Corresponde al límite máximo del rango de edad, de una línea dentro de la tabla de factores. Esta edad debe estar expresada en años.

Campo numérico, entero, sin punto o coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

¹⁰ En el caso que una tabla de factores antigua contemple uno o más rangos expresados en meses, estos deberán informarse con EDAD INICIAL= 0 y EDAD FINAL= 0.

Validadores de Consistencia:

- ✓ Debe ser menor o igual a 120 y mayor o igual al valor asignado al campo EDAD INICIAL DEL RANGO.
- ✓ No se aceptan más de 18 rangos de edad para tablas en comercialización o con fecha de inicio posterior o igual a julio de 2005, es decir, cuando el campo 11 \geq 072005 o el campo 12 = S

(06) FACTOR COTIZANTE MASCULINO

Corresponde al factor que se le asigna al cotizante masculino cuya edad debe estar dentro del rango indicado en la misma línea de la tabla de factores.

Campo numérico, con un máximo de dos decimales y una coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ Debe ser mayor o igual a cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ El factor más alto informado no debe ser superior en más de 14 veces al más bajo informado en los campos 06 y 08, para tablas en comercialización o con fecha de inicio posterior o igual a julio de 2005, es decir, cuando el campo 11 \geq 072005 o el campo 12 = S

(07) FACTOR COTIZANTE FEMENINO

Corresponde al factor que se le asigna al cotizante femenino cuya edad debe estar dentro del rango indicado en la misma línea de la tabla de factores.

Campo numérico, con un máximo de dos decimales y una coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ Debe ser mayor o igual a cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ El factor más alto informado no debe ser superior en más de 9 veces al más bajo informado en los campos 07 y 09, para tablas en comercialización o con fecha de inicio posterior o igual a julio de 2005, es decir, cuando el campo 11 \geq 072005 o el campo 12 = S.

(08) FACTOR CARGA MASCULINA

Corresponde al factor que se le asigna a la carga masculina cuya edad debe estar dentro del rango indicado en la misma línea de la tabla de factores.

Campo numérico, con un máximo de dos decimales y una coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ Debe ser mayor o igual a cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ El factor más alto informado no debe ser superior en más de 14 veces al más bajo informado en los campos 06 y 08, para tablas en comercialización o con fecha de inicio posterior o igual a julio de 2005, es decir, cuando el campo 11 \geq 072005 o el campo 12 = S

(09) FACTOR CARGA FEMENINA

Corresponde al factor que se le asigna a la carga femenina cuya edad debe estar dentro del rango indicado en la misma línea de la tabla de factores.

Campo numérico, con un máximo de dos decimales y una coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ Debe ser mayor o igual a cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ El factor más alto informado no debe ser superior en más de 9 veces al más bajo informado en los campos 07 y 09, para tablas en comercialización o con fecha de inicio posterior o igual a julio de 2005, es decir, cuando el campo 11 \geq 072005 o el campo 12 = S

(10) FACTOR CARGA CÓNYUGE FEMENINA

Corresponde al factor que se le asigna a la carga cónyuge femenina cuya edad debe estar dentro del rango indicado en la misma línea de la tabla de factores.

Campo numérico, con un máximo de dos decimales y una coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

- ✓ Debe ser mayor o igual a cero.
- ✓ Debe ser cero para tablas en comercialización o con fecha de inicio posterior o igual a julio de 2005, es decir, cuando el campo 11 \geq 072005 o el campo 12 = S.

(11) FECHA INICIO TABLA

Corresponde al mes y año en que se comenzó a comercializar un plan con la tabla informada. Campo numérico, sin punto o coma decimal, informado con el formato MMAAAA, donde:

MM = Mes (entre 01 y 12)

AAAA = Año

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ Debe ser posterior a la fecha de creación del Sistema Isapre (1981).
- ✓ Debe ser anterior o igual a la fecha que se está informando en el campo 02.
- ✓ Debe ser equivalente a la fecha de inicio más antigua de los planes que contienen esta tabla en el Archivo Maestro de Planes de Salud.

(12) COMERCIALIZACIÓN

Identifica si la tabla informada se encuentra asociada a algún plan de salud que se esté comercializando en el período informado.

Campo alfabético, con valor S o N según corresponda, donde:

S = Sí

N = No

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se aceptan valores distintos a los especificados.

Validadores de Consistencia:

- ✓ No se acepta N para tablas que se encuentren asociadas a planes en comercialización en el Archivo Maestro de Planes de Salud.

2.3 Definiciones del Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas

(01) CÓDIGO ISAPRE

Corresponde al número de identificación de la isapre, registrado en esta Superintendencia.
Campo numérico, sin punto o coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ Debe corresponder al código vigente.
- ✓ Debe ser igual al número especificado en el nombre del archivo remitido por la Isapre.

(02) FECHA DE LA INFORMACIÓN

Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, informado con el formato MMAAAA, donde:

MM = Mes (01 ó 07)

AAAA = Año

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ Debe coincidir con lo informado en el campo 02 del Archivo Maestro de Planes de Salud que se remite en conjunto.

(03) IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN

Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan complementario informado, con el objeto de identificarlo de manera única.

Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta cero.

Validadores de Consistencia:

- ✓ El nombre identificador del plan, debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en todo documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados.
- ✓ Debe tener la misma estructura y secuencia

utilizada para identificar al plan en el campo 03 del Archivo Maestro de Planes de Salud y en el campo 22 del Archivo Maestro de Beneficiarios.

- ✓ La cantidad de planes informados debe ser igual a la contenida en el Archivo Maestro de Planes de Salud que se remite en conjunto.

(04) CÓDIGO DE LA PRESTACIÓN

Corresponde al código con que se identifican las prestaciones, de acuerdo a la estructura, orden y contenido de la SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS definida en el anexo 4 de la Circular N°43 del 08 de abril de 1998 y sus modificaciones.

Campo numérico sin punto ni coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ No se acepta cero.

(05) LIBRE ELECCIÓN

PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal. Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ Debe contener cero (0) cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este porcentaje para el tipo de prestación.

(06) LIBRE ELECCIÓN

TOPE DE LA PRESTACIÓN

Corresponde al tope asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección. El tope se expresará en pesos del período que se informa.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ Debe contener cero (0), cuando la

prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

- ✓ Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

(07) LIBRE ELECCIÓN

PORCENTAJE DE HONORARIOS MÉDICOS

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado a los honorarios médicos que corresponden a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal. Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ Debe contener cero (0) cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

(08) LIBRE ELECCIÓN

TOPE EN HONORARIOS MÉDICOS

Corresponde al tope de bonificación de honorarios médicos asociados a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección. El tope se expresará en pesos del período que se informa.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

(09) LIBRE ELECCIÓN

**PORCENTAJE EN
DERECHOS DE PABELLÓN**

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado al pabellón que corresponde a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal. Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ Debe contener cero (0) cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

(10) LIBRE ELECCIÓN

**TOPE EN
DERECHOS DE PABELLÓN**

Corresponde al tope de bonificación de derechos de pabellón asociados a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección. El tope se expresará en pesos del período que se informa.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

(11) LIBRE ELECCIÓN

**PORCENTAJE EN
MEDICAMENTOS**

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado a los medicamentos que corresponden a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal. Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ Debe contener cero (0) cuando la

prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

(12) LIBRE ELECCIÓN

TOPE EN MEDICAMENTOS

Corresponde al tope por concepto de medicamentos asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección. El tope se expresará en pesos del período que se informa.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

(13) LIBRE ELECCIÓN

TOPE ANUAL DE LA PRESTACIÓN

Corresponde al tope anual definido para la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección. El tope se expresará en pesos del período que se informa.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
- ✓ Debe contener cero, cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE

Notas Generales referidas a Campos 14 al 46

Cuando el plan complementario contemple modalidad de atención con prestadores preferentes, la isapre deberá informar el detalle de la cobertura convenida con, a lo más, tres (3) de dichos prestadores.

Cabe señalar, que la cobertura preferente puede estar expresada en copago fijo o en porcentajes de bonificación con determinados topes, debiendo, en todo caso, completarse sólo el o los campos que correspondan al tipo de cobertura definida en el plan de salud.

En caso que el plan de salud no contemple modalidad de atención con prestadores preferentes, los campos 14 al 46 deberán informarse en blanco (espacios).

(14) MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE 1

RUT DEL PRESTADOR

Corresponde al RUT del prestador preferente, para la prestación que se informa.

Debe informarse de acuerdo con la siguiente estructura:

NRO_RUT, campo de tipo numérico, distinto de cero.

DIG_VERIF_RUT, campo de tipo alfanumérico.

Ambos campos deben separarse por el carácter "|". Por ejemplo el RUT 1-9 debe informarse como 1|9.

(15) MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE 1

PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal. Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Validadores Técnicos:

✓ Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el convenio correspondiente.

✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este porcentaje para la prestación respectiva.

(16) MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE 1

TOPE DE LA PRESTACIÓN

Corresponde al tope asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1. El tope se expresará en pesos del período que se informa.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

**(17) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

**PORCENTAJE DE
HONORARIOS MÉDICOS**

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado a los honorarios médicos que corresponden a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal. Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe contener cero (0) cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

**(18) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

**TOPE EN
HONORARIOS MEDICOS**

Corresponde al tope de bonificación de honorarios asociados a la prestación que se informa, en la modalidad cobertura preferente 1. El tope se expresará en pesos del período que se informa.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

**(19) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

**PORCENTAJE DE
DERECHOS DE PABELLÓN**

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado al pabellón que corresponde a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal. Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe contener cero (0) cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

**(20) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

**TOPE EN
DERECHOS DE PABELLÓN**

Corresponde al tope de bonificación de derechos de pabellón asociados a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1. El tope se expresará en pesos del período que se informa.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

**(21) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

**PORCENTAJE DE
MEDICAMENTOS**

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado a los medicamentos que corresponden a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal. Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe contener cero (0) cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

**(22) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

TOPE EN MEDICAMENTOS

Corresponde al tope por concepto de medicamentos asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1. El tope se expresará en pesos del período que se informa.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

**(23) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

COPAGO DE LA PRESTACIÓN

Corresponde al copago fijo establecido en el plan de salud para la prestación que se informa en la modalidad de la cobertura preferente 1. El copago se expresará en pesos del período que se informa.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar un copago para el tipo de prestación.

**(24) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

**TOPE ANUAL DE LA
PRESTACIÓN**

Corresponde al tope anual definido para la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1. El tope se expresará en pesos del período que se informa.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

Validadores Técnicos:

- ✓ Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.
- ✓ Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.
- ✓ Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

En modalidad de cobertura preferente, para los campos del 25 al 35 (cobertura preferente 2) y para los campos 36 al 46 (cobertura preferente 3), se deben considerar las mismas definiciones asignadas a los campos correspondientes en la modalidad de cobertura preferente 1 (campos 14 al 24).