

**ORD. CIRCULAR 1C/N°002**

**MAT.: INSTRUCCIONES SOBRE PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE AFILIACION DE COTIZANTES QUE RECLAMAN POR ALZA DE PRECIO DE SU PLAN DE SALUD ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL**

**SANTIAGO, 6 de enero de 1997.**

**DE : SUPERINTENDENTE DE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL**

**A : SRES. GERENTES GENERALES DE ISAPRE**

En uso de sus facultades legales y atendiendo al significativo número de reclamos presentados por alzas de precio en los planes de salud, esta Superintendencia ha definido un procedimiento interno para la Tramitación de Reclamos Personales y Escritos por Alza de Precio, con el objeto de resolver con criterios uniformes y oportunamente estas materias.

A fin de hacer operativo el referido procedimiento, sin que se alteren los principios generales que rigen la libertad de contratación y considerando que las ISAPRE tienen un importante rol que cumplir en una de las etapas que se han determinado para la ejecución del mismo, este Organismo de Control ha decidido dictar las siguientes instrucciones sobre la materia:

**I.- Presentación de reclamos de cotizantes por alza de precio en su plan de salud.**

Los cotizantes que reclamen por haberseles aplicado un alza en el precio de su plan y que, además, reúnan, éstos y/o sus beneficiarios, ciertas características de edad y salud que puedan impedir su movilidad en el sistema ISAPRE, deberán efectuar, a requerimiento de esta Superintendencia y como antecedente previo para resolver, a lo menos dos solicitudes de afiliación en otras Instituciones que éstos libremente elijan. Lo anterior, en el entendido que a los afiliados reclamantes no les satisface la oferta que, en virtud de lo establecido en el artículo 38 de la Ley N°18.933, les ha propuesto su actual ISAPRE, tanto en lo que se refiere a la adecuación como a los planes de salud alternativos.

**II.- Recepción de solicitudes de afiliación por parte de las ISAPRE.**

1.- Los afiliados que concurran a las ISAPRE para efectuar las consultas sobre ofertas de planes de salud, deberán presentarle a éstas, el formulario denominado "Solicitud de Afiliación por Reclamo de Alza de Precio", definido por esta Superintendencia y que se adjunta al presente Oficio Circular.

2.- Al momento de ser presentado el formulario antes referido, la ISAPRE deberá estampar su timbre y fecha de recepción, además de la fecha en que el afiliado deberá concurrir a notificarse de la correspondiente resolución.

3.- Las ISAPRE que, en el marco de este procedimiento reciban las referidas solicitudes de afiliación, deberán evaluarlas conforme a las reglas generales de todo proceso de

afiliación y manifestar por escrito el rechazo o aceptación del potencial afiliado. En el caso de producirse la aceptación, la ISAPRE deberá consignar las condiciones en las cuales incorporaría a tal cotizante, enunciando claramente las restricciones de cobertura impuestas, si existieren.

La aceptación de la ISAPRE ante un requerimiento de afiliación, no genera para ésta más responsabilidades que las de mantener la oferta en los términos que se indican en el título IV del presente Oficio Circular y las que puedan emanar de la posterior suscripción del respectivo contrato de salud. La negativa a afiliar a un potencial cotizante, no acarreará a la ISAPRE responsabilidad alguna.

### **III.- Notificación de la resolución adoptada por la ISAPRE.**

1.- La ISAPRE estará obligada a dar una respuesta a la solicitud de afiliación que se le formule, dentro de los 10 días hábiles que siguen a la fecha de dicha solicitud, debiendo registrarse en el formulario presentado por el afiliado - cuya copia quedará en poder de la ISAPRE - la fecha en que éste debe concurrir a tomar conocimiento de la resolución adoptada.

2.- El afiliado será notificado de la resolución de la ISAPRE, respecto de la solicitud de afiliación, cuando concorra en forma personal o representado por un tercero (poder simple), en la fecha que oportunamente la Institución le comunicó.

3.- Si el afiliado no concurre en la fecha que la ISAPRE ha establecido para proporcionar la respuesta a su solicitud de afiliación, se entenderá notificado una vez transcurridos los 2 días hábiles siguientes a la referida fecha.

4.- En el evento que la resolución corresponda a una aceptación de la solicitud de afiliación y se haya determinado establecer alguna restricción de cobertura para las enfermedades que se hayan declarado, la ISAPRE deberá informar al interesado, en detalle, las condiciones ofrecidas bajo tales circunstancias (en este caso resulta aplicable la utilización del documento Declaración de Salud), consignando el precio y beneficios del Plan de Salud al que accedería, de suscribir contrato con esa Institución.

### **IV.- Vigencia de la oferta efectuada por la ISAPRE.**

1.- Las condiciones que ofrezca la ISAPRE, en caso de aceptación, tendrán una vigencia de 10 días hábiles contados desde la fecha en que se notifique efectivamente, o se entienda notificada, la respectiva resolución al afiliado.

2.- Dichas condiciones serán válidas, en la medida que en ese período no se produzcan cambios en el estado de salud del potencial cotizante y/o beneficiarios, para lo cual, la ISAPRE podrá efectuar una nueva evaluación, si así lo estima del caso.

### **V.- Sanciones.**

Las ISAPRE deberán acreditar, a requerimiento de este Organismo Fiscalizador, el cumplimiento de los plazos involucrados en el procedimiento que regula el presente

Oficio Circular. La inobservancia de estos plazos, facultará a la Superintendencia para aplicar las sanciones que estime pertinentes.

**VI.- Vigencia.**

Las disposiciones de este Oficio Circular comenzarán a regir a partir del día 1 de marzo de 1997.

Se despide atentamente de usted,

**ANDREA MUÑOZ SÁNCHEZ**  
**SUPERINTENDENTE DE INSTITUCIONES**  
**DE SALUD PREVISIONAL (S)**

**REPUBLICA DE CHILE  
SUPERINTENDENCIA DE INSTITUCIONES  
DE SALUD PREVISIONAL**

**SOLICITUD DE AFILIACION POR RECLAMO DE ALZA DE PRECIO**

**I.- IDENTIFICACION RECLAMANTE:**

AFILIADO : \_\_\_\_\_ BENEFICIARIO : \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO : \_\_\_\_\_

R.U.T. : \_\_\_\_\_

DOMICILIO : \_\_\_\_\_

TELEFONO : \_\_\_\_\_

**II.- ANTECEDENTES ISAPRE:**

NOMBRE ISAPRE : \_\_\_\_\_

FECHA DE RECEPCION/TIMBRE : \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE EL AFILIADO DEBE CONCURRIR A NOTIFICARSE DE LA  
RESOLUCION DE LA ISAPRE : \_\_\_\_\_

**III.- RESOLUCION DE LA ISAPRE:**

ACEPTADO : \_\_\_\_\_  
(adjuntar plan de salud en que se consigne el precio)

ACEPTADO CON COBERTURA RESTRINGIDA : \_\_\_\_\_  
(adjuntar plan de salud y declaración de salud)

RECHAZADO : \_\_\_\_\_

FECHA DE NOTIFICACION : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbre y Firma responsable ISAPRE