



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF/N° 308

Santiago, 01 FEB. 2018

MODIFICA INSTRUCCIONES SOBRE LA CONFECCIÓN DEL ARCHIVO MAESTRO DE PRESTACIONES BONIFICADAS

Esta Intendencia, en ejercicio de las facultades que le confieren el artículo 110 N°2, 114 y 115, del D.F.L N°1, de 2005, de Salud, imparte las siguientes instrucciones a las Instituciones de Salud Previsional.

I. Objetivo

Disponer de información detallada, sobre las prestaciones de salud garantizadas (GES) comprendidas en el Listado de Prestaciones Específicas (LPE) para realizar los estudios de verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto de problemas de salud con garantías explícitas, incluidos en el decreto GES vigente.

II. Antecedentes

Esta Superintendencia, con el propósito de obtener información para la evaluación de costos que requiere el Ministerio de Salud (MINSAL), respecto a los problemas de salud GES vigentes, solicitó a las isapres en los años 2012, 2015 y 2017, un Archivo Maestro de Prestaciones GES Específicas. Lo anterior, por cuanto en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, las prestaciones de los problemas de salud garantizados sólo se registran a nivel agregado por Grupos de Prestaciones Principales (GPP), razón por la cual fue necesario solicitar un archivo especial para contar con el detalle respecto de la prestación de salud unitaria GES correspondiente al Listado de Prestaciones Específicas del Decreto Supremo GES respectivo. En conformidad con lo anterior, y para subsanar la dificultad que surge ante requerimientos adicionales de información a las isapres mediante la duplicidad de archivos, esta Superintendencia ha optado por incorporar modificaciones puntuales al Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, de manera que este último sea la fuente de la información relacionada con el costo de las prestaciones GES.

III. Modifica la Circular IF/N° 124, de 30 de junio de 2010, que contiene el Compendio de Normas Administrativas en Materia de Información

Modifícase el Título V "Prestaciones de Salud" que forman parte del Capítulo II del Compendio de Información, de acuerdo a lo siguiente:

1. Agréganse los campos (34) "CÓDIGO GRUPO PRESTACIÓN PRINCIPAL (GPP) GES" y (35) "IDENTIFICACIÓN ÚNICA GES", al punto 1 "Estructura Computacional" del Anexo N° 1 "Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas", quedando esta última como sigue:

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	CÓDIGO ASEGURADORA	Numérico
02	FECHA INFORMACIÓN	Numérico
03	TIPO DE REGISTRO	Numérico
04	RUN BENEFICIARIO	Numérico
05	DV BENEFICIARIO	Alfanumérico
06	SEXO BENEFICIARIO	Alfabético
07	EDAD BENEFICIARIO	Numérico
08	TIPO DE BENEFICIARIO	Numérico
09	RUT DEL PRESTADOR	Numérico
10	DV DEL PRESTADOR	Alfanumérico
11	REGIÓN DEL PRESTADOR	Numérico
12	COMUNA DEL PRESTADOR	Numérico
13	PRESTADOR PREFERENTE	Numérico
14	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO PRINCIPAL (PAM)	Numérico
15	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO COMPLEMENTARIO	Numérico
16	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	Alfanumérico
17	NÚMERO DE REEMBOLSO	Alfanumérico
18	CÓDIGO PRESTACIÓN	Alfanumérico
19	PERTENENCIA DEL CÓDIGO	Numérico
20	COBERTURA/ FINANCIAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	Numérico
21	FECHA DE LA BONIFICACIÓN	Numérico
22	IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	Alfanumérico
23	TIPO DE PRESTADOR	Numérico
24	TIPO ATENCIÓN	Numérico
25	FRECUENCIA	Numérico
26	VALOR FACTURADO	Numérico
27	VALOR BONIFICADO	Numérico
28	MONTO COPAGO	Numérico
29	BONIFICACIÓN RESTRINGIDA	Numérico
30	TIPO DE PLAN	Numérico
31	HORARIO DE OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	Numérico
32	MODALIDAD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Numérico
33	LEY DE URGENCIA VITAL	Numérico
34	CÓDIGO GRUPO PRESTACIÓN PRINCIPAL (GPP) GES	Alfanumérico
35	IDENTIFICACIÓN ÚNICA GES	Alfanumérico

2. Reemplázanse las definiciones de los campos números (18) CÓDIGO PRESTACIÓN, (19) PERTENENCIA DEL CÓDIGO, (27) VALOR BONIFICADO y (28) MONTO COPAGO, contenidas en el punto 2 "Definiciones del Archivo Computacional de Prestaciones Bonificadas" del Anexo N° 1 "Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas", quedando dicho punto como sigue:

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	<p>Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará con los registros existentes en la Superintendencia.
(02)	FECHA INFORMACIÓN	<p>Corresponde al mes y año en que se bonificó la prestación(es) que se informa.</p> <p>La información que se remita corresponderá a un detalle de las prestaciones de salud bonificadas, en el mes que se informa.</p> <p>Esta información deberá remitirse mensualmente, siendo su plazo máximo de envío, el día 20 del mes siguiente al mes que se informa.</p> <p>Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El valor no podrá ser mayor al mes y año en que se informa, ni menor que 012007.
(03)	TIPO DE REGISTRO	<p>Corresponde a la categorización o clasificación de la Prestación informada.</p> <p>Los valores a emplear son los siguientes: 1: Curativa</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>2: Examen de Medicina Preventiva 3: Protección a la mujer embarazada y hasta el sexto mes de nacimiento del hijo 4: Control del niño sano (Recién Nacido hasta los seis años de edad).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores posibles: 1, 2, 3, 4. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación). Cuando dicho campo registre valor 1, 2 ó 3, el campo Tipo de Registro sólo podrá consignar un 1. Cuando el campo Tipo de Registro registre valor 2, 3 ó 4, el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación), deberá registrar valor 4.
(04)	RUN BENEFICIARIO	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI), del beneficiario - cotizante o carga - al que se le bonificó la(s) prestación(es) que se informa(n). En caso de aquellos beneficiarios Nonatos, en lugar del RUN deberá informarse el valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 05 (Dígito verificador del beneficiario). ▪ Deberá existir en la base de beneficiarios que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y carga del sistema de salud, con excepción de los beneficiarios No Natos.
(05)	DV BENEFICIARIO	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Run del Beneficiario (campo 04) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>En caso de aquellos beneficiarios Nonatos, deberá informarse la letra X.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 04 (RUN beneficiario). ▪ Si el beneficiario es Nonato, este valor debe corresponder a X, de lo contrario se aplicará rutina del módulo 11.
(06)	SEXO BENEFICIARIO	<p>Identifica el sexo del beneficiario objeto de la prestación Bonificada.</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios Nonatos, deberá Informarse la letra X.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: F= Femenino, M=Masculino, X=Nonato. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Se debe validar consistencia contra el archivo de beneficiarios.
(07)	EDAD BENEFICIARIO	<p>Corresponde a la edad del beneficiario al momento en que fue o fueron bonificadas la(s) prestación(es) de salud que se informa (n).</p> <p>La edad debe estar expresada en años, debiendo considerarse para ello los años cumplidos a la fecha de bonificación.</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios Nonatos y aquellos que tengan menos de un año de vida, deberá informarse como edad el valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Se debe validar consistencia contra el archivo de beneficiarios.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(08)	TIPO DE BENEFICIARIO	<p>Identifica si el beneficiario tiene la calidad de Cotizante o Carga.</p> <p>Para este efecto, la Isapre deberá asignar los códigos siguientes, considerando para ello la situación del beneficiario a la fecha de bonificación de la prestación:</p> <p>1: Cotizante 2: Carga</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores posibles: 1,2. ▪ Se debe validar consistencia contra el archivo de beneficiarios.
(09)	RUT DEL PRESTADOR	<p>Corresponde al RUT del prestador asociado a la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>Se deberá informar en este campo el RUT del prestador institucional, aun cuando la prestación haya sido efectivamente otorgada por un profesional.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. <p>Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.</p> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo (10) Dígito verificador del Prestador.
(10)	DV DEL PRESTADOR	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del Prestador (campo 09) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo (09) RUT del Prestador.
(11)	REGIÓN DEL PRESTADOR	<p>Corresponde al código de la región -del 1 al 16- en que se encuentra el prestador que efectuó la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Dicha codificación se modificará en relación directa con las variaciones que adopte la división territorial del país, como por ejemplo cuando ocurra la incorporación de dos nuevas regiones al territorio nacional, motivo por el cual el código de la región se modificará del 1 al 16.</p> <p>En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 (cero) al 16 o en conformidad con la división territorial que se adopte en el país.
(12)	COMUNA PRESTADOR DEL	<p>Corresponde a la codificación numérica establecida por el INE de la comuna en que se encuentra el <u>prestador</u>, que otorgó la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 (cero) y según codificación del INE. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará que la comuna pertenezca a la región informada en el campo 11 (Región del prestador).
(13)	PRESTADOR PREFERENTE	<p>Indica si la(s) prestación(es) bonificada(s) fue otorgada por un prestador preferente.</p> <p>Para este efecto, la Isapre deberá asignar los códigos siguientes, considerando para ello la situación del prestador a la fecha de bonificación de la prestación:</p> <p>1: Sí 2: No</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. Sin punto, coma decimal o guión. ▪ Valores posibles: 1,2.
(14)	NÚMERO MÉDICO (PAM) PROGRAMA PRINCIPAL	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al programa médico relacionado con la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>En el caso que las prestaciones bonificadas se encuentren en varios programas médicos, como podría ser en una hospitalización, se registrará como Programa Médico Principal a aquél en que se detalle la prestación Día(s) cama.</p> <p>Si la(s) prestación(es) bonificada(s) que se informa no es parte de un Programa Médico, como por ejemplo Consulta Médica ambulatoria, corresponderá informar valor 0 (cero) en este campo.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) o Número de Bono (16) deberá registrar valor distinto de cero 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5. ▪ Cuando el campo Tipo de Atención sea igual a 2 (Hospitalario), entonces este campo deberá contener valor distinto de 0 (cero).
(15)	<p>NÚMERO PROGRAMA MÉDICO COMPLEMENTARIO</p>	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado por la aseguradora, a los programas médicos que complementan a otro principal para la cobranza de prestaciones.</p> <p>En caso que la cobranza de prestaciones se realice en un solo programa médico, en este campo se registrará valor 0 (cero).</p> <p>Asimismo, si el asegurador asigna como correlativo al PAM complementario, el mismo folio con el que se identifica el PAM principal, deberá repetirse dicho valor en este campo.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) o Número de Bono (16) deberá registrar valor 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5.
(16)	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a la orden de atención médica relacionada con la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando el campo (17) Número de Reembolso registre valor distinto de 0 (cero), en este campo deberá registrarse un 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5.
(17)	NÚMERO REEMBOLSO DE	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso para el beneficiario.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando el campo (16) Número de Bono de Atención registre valor distinto de 0 (cero), en este campo deberá registrarse 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5.
(18)	CÓDIGO PRESTACIÓN	<p>Corresponde al código que identifica la o las prestaciones de salud bonificadas al beneficiario, sea este cotizante o carga, en el mes y año que se informa.</p> <p>La información de las prestaciones bonificadas que se envíe deberá utilizar como base para su codificación el Arancel de FONASA de la Modalidad Libre Elección que se encuentre vigente a la fecha de bonificación, respetando su orden y estructura, como asimismo, la codificación del Listado de Prestaciones Específicas anexo al Decreto Supremo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud que se encuentre vigente a la fecha de la bonificación, respetando su orden y estructura, sin el sufijo GES.</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN																
		<p>Sin perjuicio de lo anterior, deberá considerarse lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las prestaciones que hayan sido desagregadas por las Isapres, para una mejor gestión, deberán ser agrupadas tomando como base los códigos presentados en el Arancel FONASA. <p>Por ejemplo:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">01-01-029</td> <td style="width: 25%;">Consulta</td> <td style="width: 25%;">médica</td> <td style="width: 25%;">oftalmológica</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>especialista iris</td> </tr> <tr> <td>XX-YY-LLL</td> <td>Consulta</td> <td>médica</td> <td>oftalmológica</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>especialista iris</td> </tr> </table> <p>Debe informarse como:</p> <p>01-01-204 Consulta Médica de Especialidad en Oftalmología</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las prestaciones relacionadas con el Examen de Medicina Preventiva (EMP) deberán informarse complementariamente en este archivo, empleando los códigos definidos de acuerdo a los "Códigos Referenciales de Prestaciones Examen de Medicina Preventiva" contenidos en el Anexo del Título IX "Prestaciones Examen de Medicina Preventiva" del Capítulo II "Archivos Maestros" del Compendio de Información o el que lo reemplace. ▪ Asimismo, las prestaciones unitarias vinculadas con las Garantías Explícitas en Salud (GES), corresponderán al código que identifica la prestación de salud unitaria GES bonificada al usuario, sea este cotizante o carga, en el mes y año que se informa. Debe informarse como, por ejemplo: <p>0101101: corresponde a Consulta o control médico integral</p> <p>0101111: corresponde a Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, deberá considerarse lo siguiente.</p> <p>En caso de tratarse de prestaciones sin codificación, se deben considerar los códigos propios de las Isapres y aquellos definidos por esta Superintendencia de Salud para las prestaciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El uso de pabellones quirúrgicos o salas de procedimientos deberá informarse con los códigos 	01-01-029	Consulta	médica	oftalmológica				especialista iris	XX-YY-LLL	Consulta	médica	oftalmológica				especialista iris
01-01-029	Consulta	médica	oftalmológica															
			especialista iris															
XX-YY-LLL	Consulta	médica	oftalmológica															
			especialista iris															

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>adicionales definidos en el Arancel Fonasa, por ejemplo:</p> <p>0000001 = Sala de Procedimientos 1. 0000002 = Sala de Procedimientos 2. 0000014 = Derecho de Pabellón 14.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los insumos y materiales clínicos deberán informarse agrupados bajo el código 4000000. ▪ Los Medicamentos deberán informarse bajo el código 6100000. ▪ Las prestaciones dentales deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000. ▪ Las Drogas Antineoplásicas deberán informarse agrupadas bajo el código 6200000. ▪ Las Drogas inmunosupresoras deberán informarse agrupadas bajo el código 6400000. <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. <p>Valores posibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ los códigos indicados en el Arancel Fonasa de la Modalidad de Libre Elección, los Aranceles de Prestaciones de las Isapres informados a la Superintendencia, los códigos del Listado de Prestaciones Específicas del GES y los códigos identificados en forma taxativa en esta definición: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000 y 6400000. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 19 (Pertenenencia del Código). Cuando dicho campo registre valor 1, este campo deberá consignar como valor algún código del Arancel Fonasa de la Modalidad Libre Elección. Si el campo 19 (Pertenenencia del Código) registra valor 2, este campo deberá registrar algún código del Arancel de la Isapre. Si el campo 19 (Pertenenencia del Código) registra valor 3, este campo deberá registrar alguno de los siguientes códigos: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000, 6400000. Si el campo 19 (Pertenenencia del Código) registra valor 4, este campo deberá registrar alguno de los códigos del Listado de Prestaciones Específicas vigente del GES. ▪ Se validará su consistencia con el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación). Cuando

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>dicho campo registre valor 1, este campo deberá registrar alguno de los códigos del Listado de Prestaciones Específicas vigente del GES y alguno de los códigos siguientes: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000 y 6400000. Si el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación) registra cualquier otro valor, este campo podrá registrar cualquiera de los valores posibles, con excepción de los códigos del Listado de Prestaciones Específicas vigente del GES.</p>
(19)	<p>PERTENENCIA DEL CÓDIGO</p>	<p>Indica si el código de la prestación bonificada pertenece al Arancel Fonasa, es propio de la Isapre, ha sido definido especialmente por esta Superintendencia o pertenece al Listado de Prestaciones Específicas del GES. Se utilizará la siguiente codificación:</p> <p>1: Código de la Prestación pertenece al arancel FONASA 2: Código de la Prestación es propio del Asegurador 3: Código de la Prestación definido por la Superintendencia 4: Código de la Prestación pertenece al Listado de Prestaciones Específicas vigente del GES</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1, 2, 3 y 4. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Validar consistencia contra los archivos de aranceles.
(20)	<p>COBERTURA/ FINANCIAMIENTO DE LA PRESTACIÓN</p>	<p>Identifica si la prestación que se informa ha(n) sido o no cubierta (s) al beneficiario. Lo anterior, de acuerdo a los siguientes valores:</p> <p>1: GES 2: CAEC 3: GES-CAEC 4: Plan Complementario (se excluye CAEC y GES-CAEC) 5: No bonificado 6: Otro (Ej. beneficios complementarios o especiales)</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. Valores posibles: 1, 2, 3, 4, 5, 6. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando el campo (3) Tipo de Registro consigne el valor 2, 3 ó 4, este campo deberá registrar valor 4. ▪ Si el campo (19) Pertenencia del Código es igual a 1 ó 2 entonces este campo deberá registrar el valor 2, 3 ó 4. <p>Si el valor registrado en este campo es igual a 5, el campo 27 Valor Bonificado deberá ser igual a cero.</p>
(21)	FECHA DE BONIFICACIÓN LA	<p>Corresponde a la fecha (día, mes y año) de bonificación de la(s) prestación(es) que se informa(n), independientemente de la fecha en que se otorgó la prestación.</p> <p>Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. sin punto, coma decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La fecha deberá corresponder al mismo período que se está informando mediante el campo (02) Fecha Información.
(22)	IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	<p>Corresponde a la denominación que la Isapre ha otorgado al plan de salud, suscrito por el cotizante, y vigente a la fecha de bonificación de la(s) prestación(es).</p> <p>Para estos efectos, la Isapre deberá usar el mismo código de identificación que el informado en el Archivo Maestro de Planes Complementarios, contenido en el Título III "Planes Complementarios de Salud, Tabla de Factores y Selección de Prestaciones Valorizadas" del Capítulo II "Archivos Maestros" del Compendio de Información.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de consistencia :</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 03 (Identificación Única del Plan) del Archivo de Planes según la Circular IF/N° 13/2006.
(23)	TIPO DE PRESTADOR	<p>Identifica la característica del prestador que otorgó u otorgará las atenciones de salud bonificadas, en cuanto a si pertenece al Sistema Público de Salud o al Sistema Privado, donde:</p> <p>1: Prestador Institucional perteneciente al Sistema Público de Salud 2: Prestador perteneciente al Sistema Privado de Salud</p> <p>Si el prestador que otorgó u otorgará las atenciones de salud bonificadas corresponde a una persona natural, corresponderá informar el código 2.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Valores Posibles: 1,2.
(24)	TIPO ATENCIÓN	<p>Identifica la modalidad de atención en que se otorgó u otorgará la prestación, conforme haya sido bonificada por el asegurador. Se utilizará la siguiente codificación:</p> <p>1: Atención Ambulatoria 2: Atención Hospitalaria</p> <p>Para estos efectos se entenderá por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestación de Atención ambulatoria: aquella realizada a un beneficiario, por un prestador, sin que requiera, complementariamente, de prestaciones de días cama. ▪ Prestación de Atención hospitalaria: aquella realizada a un beneficiario y que requiere o requirió que se haya efectuado con el paciente hospitalizado. La hospitalización no necesariamente requiere que el paciente pernocte en el establecimiento, por lo tanto el alcance de la atención hospitalaria deberá definirse de acuerdo a la jurisprudencia establecida por esta Superintendencia en la normativa que regula la materia. <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores Posibles: 1, 2.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Verificar consistencia de acuerdo a código de pabellón y código de prestación.
(25)	FRECUENCIA	<p>Corresponde al número de veces que se bonificó la prestación respecto del bono de atención o el reembolso informado.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la combinación de campos (04) RUN Beneficiario, (14) Número Programa Médico Principal (PAM) y (18) Código Prestación, la suma de valores informados en este campo no podrá ser mayor a 1 cuando en el campo (18) Código Prestación se informen procedimientos o cirugías.
(26)	VALOR FACTURADO	<p>Corresponde al monto total en pesos que el prestador ha facturado o facturará por cada prestación de salud bonificada al beneficiario.</p> <p>En caso que la prestación que se informe corresponda a un examen preventivo, corresponde al costo total en pesos asumido por el asegurador.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco.
(27)	VALOR BONIFICADO	<p>Corresponde al monto total en pesos bonificado por el asegurador, por cada prestación de salud respecto del bono de atención o el reembolso informado.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ En el caso que la prestación no sea bonificable, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero). ▪ Si el valor es bonificable debe ser mayor que cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor registrado en el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación es igual a 5, este campo deberá ser igual a cero. ▪ Se verificará que si el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación es 2, 3,

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		4 y 6, el valor registrado en este campo deberá ser distinto de 0 (cero).
(28)	MONTO COPAGO	<p>Corresponde a la contribución que deberá efectuar el beneficiario -cotizante o carga- respecto de la prestación que se informa.</p> <p>En caso que la prestación haya sido bonificada como consecuencia de un reembolso, corresponderá informar - en este campo- la diferencia entre el valor cobrado por el prestador, registrado en la boleta o factura y la bonificación que la Isapre haya efectuado.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ En caso que el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación) registre un valor 1 (GES) y en el campo 18 (Código Prestación) se registra cualquiera de los códigos vinculados con la codificación del Listado de Prestaciones Específicas anexo al Decreto Supremo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud que se encuentre vigente a la fecha de la bonificación GES, deberá informarse 0 (cero). ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Si el campo (3) Tipo de Registro es igual 2, 3 ó 4, este campo debe ser igual a (0) cero. ▪ El monto de copago por prestaciones GES deberá ser informado en el Archivo Maestro de Garantía de Protección Financiera, según la estructura definida para ese efecto.
(29)	BONIFICACIÓN RESTRINGIDA	<p>Indica si la prestación fue bonificada una vez consumidos los topes establecidos en el plan de salud, corresponde a preexistencias declaradas (18 meses) o embarazo en curso, y por ende se ha utilizado una bonificación proporcional.</p> <p>A efectos de informar a la Superintendencia, la Isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>1: Sí 2: No</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores Posibles: 1 y 2. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(30)	TIPO DE PLAN	<p>Indica si el plan asociado al beneficiario objeto de la prestación contempla cobertura general o reducida.</p> <p>A efectos de informar a la Superintendencia, la Isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>1 = Plan con cobertura General 2 = Plan con cobertura Reducida</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores Posibles 1 y 2.
(31)	HORARIO DE OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	<p>Indica el horario en que fue bonificada la prestación que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, las Isapres deberán usar los siguientes valores:</p> <p>1: Horario Hábil 2: Horario Inhábil 3: Sin Información, el que corresponderá en los casos en que la aseguradora no cuente con la información que se requiere.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores Posibles: 1,2 y 3. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(32)	MODALIDAD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	<p>Identifica si la intervención quirúrgica, bonificada al beneficiario, se realizó en forma simultánea o sucesiva a otra en el mismo acto quirúrgico correspondiente.</p> <p>Para tales efectos se utilizará la siguiente codificación:</p> <p>1 = Si 2 = No 3 = No Aplicable</p> <p>En caso que la prestación que se informe en el campo 18 (Código de Prestación), no corresponda a una intervención quirúrgica, se registrará el valor 3 (No Aplicable).</p> <p>En caso que se realice sólo una prestación de tipo quirúrgica al beneficiario, corresponderá informar en este campo valor 2.</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Corresponderá informar valor 1, para todas las prestaciones quirúrgicas que cumplan con la condición de haberse efectuado en forma simultánea o sucesiva, no importando, para efectos de este archivo, su orden.</p> <p>Con todo, se entenderá que una prestación es de tipo quirúrgica cuando tenga asociada una Sala de Procedimientos o un Pabellón Quirúrgico.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión ▪ Valores posibles 1, 2 y 3. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con lo informado en el campo (18) Código de Prestación, para los valores que registren en el campo (19) Pertenencia del código el valor 1 "Código de la Prestación pertenece al Arancel Fonasa". ▪ Si el campo (18) registra valores cuyos 2 primeros dígitos están entre 01 y 10 (Prestaciones No Quirúrgicas), en este campo se registrará valor 3 "No Aplicable". ▪ Para los códigos cuyos dos primeros dígitos sean distintos del rango 01 al 10, entonces este campo podrá registra los valores 1 ó 2.
(33)	LEY DE URGENCIA VITAL	<p>Indica si la prestación de salud que se informa, deriva de una atención médica que implique riesgo vital o secuela funcional grave (urgencia o emergencia) conforme a la Ley N°19.650.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, las Isapres deberán usar los siguientes valores:</p> <p>1: Si 2: No</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores Posibles: 1 y 2. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Ver si es posible validar contra archivo de urgencia vital GES.
(34)	CÓDIGO GRUPO PRESTACIÓN PRINCIPAL (GPP) GES	Corresponde a la codificación del grupo de prestación que se informa para identificar el Problema de Salud, la Intervención Sanitaria y el Grupo de Prestación, conjuntamente.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Asimismo, la prestación o grupo de prestaciones asociadas a un problema de salud incluido en el Decreto Supremo del MINSAL que fija las Garantías Explícitas en Salud (GES) a que se refiere la Ley N°19.966, y que se encuentre vigente, deberá informarse complementariamente en este archivo, empleando el Anexo N°6 "Codificación de Intervención Sanitaria y grupo de prestaciones", del Título XI "Información para el control y fiscalización de las GES en Isapres", del Capítulo II Archivos Maestros, del Compendio de Información o el que lo reemplace en conformidad con el decreto vigente.</p> <p>Por ejemplo:</p> <p>7D3 = Confirmación de Pacientes con DM Tipo 2 25T2 = Implantación Marcapasos Unicameral VVI</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <p>Campo de tipo alfanumérico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valores posibles: Los códigos definidos en el Anexo N° 6 "Codificación de Intervención Sanitaria y Grupo de Prestaciones", del Título XI "Información para el control y fiscalización de las GES en Isapres", del Capítulo II Archivos Maestros, del Compendio de Información. ▪ Debe informarse siempre cuando el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación) registre un valor 1 (GES), en caso contrario se debe informar con una X.
(35)	IDENTIFICACIÓN ÚNICA GES	<p>Corresponde a la identificación única que le otorga la aseguradora a un caso GES.</p> <p>Corresponderá registrar las identificaciones asociadas a solicitudes de acceso aprobadas por la Isapre y que registren prestaciones o grupo de prestaciones derivados del problema de salud GES.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre cuando el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación) registre un valor 1 (GES), en caso contrario se debe informar con una X. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe existir en el Archivo Solicitudes Acceso GES.

3. Modifícanse las validaciones contenidos en el punto 1.2 "Consistencia con otros archivos" del numerando 1 "Validadores adicionales de Consistencia" como sigue:

a) Reemplázanse las viñetas sobre la validación de los campos (18) CÓDIGO PRESTACIÓN, (19) PERTENENCIA DEL CÓDIGO y (20) COBERTURA/ FINANCIAMIENTO DE LA PRESTACIÓN, por lo siguiente:

Se verificará para el campo (18) Código Prestación lo siguiente:

- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 1 "Código de la Prestación pertenece al arancel FONASA", este campo deberá consignar como valor algún código del Arancel Fonasa de la Modalidad Libre Elección.
- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 2 "Código de la prestación es propio del Asegurador", este campo deberá registrar algún código del Arancel de la Isapre, que en el campo (11) Código de Pertenencia correspondiente al Archivo Maestro de Aranceles -Contenido en el Título VII "Arancel de Prestaciones de Salud" del Capítulo II "Archivos Maestros" del Compendio de Información- registre valor 3 "Prestación adicional".
- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 3 "Código de la Prestación definido por la Superintendencia", este campo deberá registrar alguno de los siguientes códigos: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000, 6400000, o los del Anexo del Título IX "Prestaciones Examen de Medicina Preventiva", del Capítulo II "Archivos Maestros" del Compendio de Información -o el que lo reemplace-.
- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 3 "Código de la Prestación definido por la Superintendencia", y el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registra valor 1 "GES", debe registrar alguno de los siguientes códigos: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000, 6400000.
- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 4 "Código de la Prestación pertenece al Listado de Prestaciones Específicas (LPE) vigente del GES, y el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registra valor 1 "GES", debe registrar alguno de los códigos del LPE.
- Si el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registra cualquier otro valor, distinto de 1 "GES", este campo podrá registrar cualquiera de los valores posibles, con excepción de los códigos del Listado de Prestaciones Específicas vigente del GES.

b) Agréganse las validaciones para los campos (34) "CÓDIGO GRUPO PRESTACIÓN PRINCIPAL (GPP) GES" y (35) "IDENTIFICACIÓN ÚNICA GES", a continuación de la viñeta que contiene los validadores para el campo (30) TIPO DE PLAN, de acuerdo a lo siguiente:

- Se verificará para el campo (34) CÓDIGO GRUPO PRESTACIÓN PRINCIPAL (GPP) GES lo siguiente:

- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 3 "Código de la Prestación definido por la Superintendencia", y el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registra valor 1 "GES", este campo deberá registrar alguno de los valores señalados en el Anexo N° 6 -o el que lo reemplace- del Título XI "Información para el control y fiscalización de las GES en Isapres".
- Se verificará que el valor para el campo (35) IDENTIFICACIÓN ÚNICA GES exista en el Archivo de Solicitudes de Acceso a la GES.

IV. Vigencia

La presente circular entrará en vigencia a partir del 1° de marzo de 2018.



NYDIA CONTARDO GUERRA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD


 DBS/CS/WR/TS/AM/AW/MP/O

Distribución

Sres. Gerentes Generales de Isapres
 Subdepto. de Supervisión de Riesgos
 Subdepto. Regulación
 Oficina de Partes
 Asociación de Isapres

