

| | |
|--------------------------------------|--|
| Nombre del archivo | Prestaciones Bonificadas |
| Información contenida en archivo | Se registra la información de las prestaciones de salud asociadas al periodo informado |
| Circular que norma su envío | Circular IF/N° 144 |
| Periodicidad de información | Trimestral |
| Características técnicas del archivo | <ul style="list-style-type: none"> • Archivo plano • Formato texto • Un registro por línea • Carácter pipe " " para separar cada campo |

Estructura de registro

Los campos que componen este archivo son los siguientes:

| ID | CAMPO | TIPO DE DATO | DESCRIPCIÓN DEL CAMPO | VALORES POSIBLES |
|----|----------------------------------|--------------|--|--|
| 1 | CÓDIGO DE LA ASEGURADORA | Numérico | Numero registrado en Superintendencia para identificación de aseguradora. | |
| 2 | PERIODO DE INFORMACIÓN | Alfabético | Corresponde al trimestre al que pertenece el registro. | |
| 3 | TIPO DE REGISTRO | Alfabético | Corresponde a la categorización o clasificación de la prestación informada. | <ul style="list-style-type: none"> • Curativa. • Examen de medicina preventiva. • Protección a la mujer embarazada y hasta el sexto mes de nacimiento del hijo. • Control niño sano. |
| 4 | RUN BENEFICIARIO | Numérico | Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) del beneficiario, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación. El valor se informa encriptado. | |
| 5 | SEXO BENEFICIARIO | Alfabético | Corresponde al sexo del beneficiario. | <ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino • No nato |
| 6 | EDAD BENEFICIARIO | Alfabético | Corresponde a la edad del beneficiario, informada en quinquenios. | |
| 7 | TIPO DE BENEFICIARIO | Alfabético | Corresponde al tipo de beneficiario. | <ul style="list-style-type: none"> • Cotizante • Carga |
| 8 | RUT DEL PRESTADOR | Numérico | Corresponde al Rut del prestador asociado a la prestación de salud bonificada(s). El valor se informa encriptado. | |
| 9 | REGIÓN DEL PRESTADOR | Numérico | Corresponde a la región en que se encuentra el prestador que efectuó la prestación de salud bonificada. | |
| 10 | PRESTADOR PREFERENTE | Alfabético | Indica si la prestación bonificada fue otorgada por un prestador preferente. | <ul style="list-style-type: none"> • No • Sí |
| 11 | NÚMERO PROGRAMA MÉDICO PRINCIPAL | Numérico | Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al programa médico relacionado con la prestación de salud bonificada. | |

| | | | | |
|----|---|------------|---|---|
| | | | El valor se informa encriptado. | |
| 12 | NÚMERO PROGRAMA MÉDICO COMPLEMENTARIO | Numérico | Corresponde al correlativo o folio asignado por la aseguradora, a los programas médicos que complementan a otro principal para la cobranza de prestaciones. El valor se informa encriptado. | |
| 13 | NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN | Numérico | Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a la orden de atención médica relacionada con la prestación de salud bonificada. El valor se informa encriptado. | |
| 14 | NÚMERO DE REEMBOLSO | Numérico | Corresponde al correlativo o folio asignado por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso para el beneficiario. El valor se informa encriptado. | |
| 15 | CÓDIGO PRESTACIÓN | Alfabético | Corresponde a código que identifica la prestación de salud bonificada al beneficiario. | |
| 16 | PERTENENCIA DEL CÓDIGO | Alfabético | 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 a al listado de prestaciones específicas del GES. | <ul style="list-style-type: none"> • Asegurador. • FONASA. • Listado Prestaciones Específicas vigente GES. • Superintendencia • Z. Sin clasificar. |
| 17 | COBERTURA FINANCIAMIENTO DE LA PRESTACIÓN | Alfabético | Identifica si la prestación que se informa ha sido o no cubierta al Beneficiario. | <ul style="list-style-type: none"> • CAEC • GES • GES-CAEC • No bonificado • Otro • Plan Complementario • Z. Sin clasificar |
| 18 | FECHA DE LA BONIFICACIÓN | Alfabético | Corresponde a la fecha de bonificación de la prestación que se informa, independiente de la fecha que otorgó la prestación. Se indica el trimestre al que pertenece. | |
| 19 | TIPO DE PRESTADOR | Alfabético | Corresponde a la identificación de característica del prestador que otorgó la atención de salud, en cuanto a si pertenece al sistema público de salud o al sistema privado. | <ul style="list-style-type: none"> • Privado • Público • Z. Sin clasificar |
| 20 | TIPO ATENCIÓN | Alfabético | Identifica la modalidad de atención en que se otorgó, conforme haya sido bonificada por el asegurador. | <ul style="list-style-type: none"> • Atención Ambulatoria • Atención Hospitalaria • Z. Sin clasificar |
| 21 | FRECUENCIA | Numérico | Corresponde al número de veces que se bonificó la prestación respecto al bono de atención o el reembolso informado. | |
| 22 | VALOR FACTURADO | Numérico | Corresponde al monto total en pesos que el prestador ha facturado por cada prestación de salud bonificada al beneficiario. | |

| | | | | |
|----|--------------------------------------|------------|---|--|
| 23 | VALOR BONIFICADO | Numérico | Corresponde al monto total en pesos bonificado por el asegurador, por cada prestación de salud respecto del bono de atención o el reembolso informado. | |
| 24 | MONTO COPAGO | Numérico | Corresponde a la contribución que deberá efectuar el beneficiario, respecto a la prestación informada. | |
| 25 | BONIFICACIÓN RESTRINGIDA | Alfabético | Indica si la prestación fue bonificada una vez consumidos los topes establecidos en el plan de salud. | <ul style="list-style-type: none"> • No • Sí |
| 26 | TIPO DE PLAN | Alfabético | Indica si el plan asociado al beneficiario objeto de la prestación contempla cobertura general o reducida. | <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura general • Cobertura reducida • Z. Sin clasificar |
| 27 | MODALIDAD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA | Alfabético | Identifica si la intervención quirúrgica, bonificada al beneficiario, se realizó en forma simultánea o sucesiva a otra en el mismo acto quirúrgico correspondiente. | <ul style="list-style-type: none"> • No • No aplicable • Sí |
| 28 | LEY DE URGENCIA VITAL | Alfabético | 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. | <ul style="list-style-type: none"> • No • Sí |
| 29 | CÓDIGO GPP | Alfabético | 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. | |
| 30 | IDENTIFICACIÓN ÚNICA GES | Alfabético | Corresponde a la identificación única que le otorga la aseguradora a un caso GES. | |