
LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 42.951

Martes 11 de Mayo de 2021

Página 1 de 26

Normas Generales

CVE 1940988

MINISTERIO DE SALUD

Fondo Nacional de Salud

**MODIFICA RESOLUCIÓN N° 277/2011 EXENTA, DEL MINISTERIO DE SALUD,
QUE APRUEBA LAS NORMAS TÉCNICO ADMINISTRATIVAS PARA LA
APLICACIÓN DEL ARANCEL DEL RÉGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD DEL
LIBRO II DFL N° 1 DE 2005, DEL MINISTERIO DE SALUD EN LA MODALIDAD DE
LIBRE ELECCIÓN**

(Resolución)

Núm. 436.- Santiago, 6 de mayo de 2021.

Visto:

Lo establecido en los artículos 4, 7, 50 letra b), 143 y 159 del DFL N° 1, del Ministerio de Salud, de 2005; la resolución exenta N° 220, del 17 de febrero de 2021, que modifica la resolución N° 176, de 1999, que aprueba el Arancel de Prestaciones de Salud del Libro II del DFL 1/2005, del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial con fecha 27 de marzo de 2021; la resolución N° 7, de 2019, de la Contraloría General de la República, y

Considerando:

1.- Que, con fecha 17 de febrero de 2021, se dictó la resolución exenta N° 220, que "Modifica resolución exenta N° 176 de 1999, del Ministerio de Salud, que aprueba el arancel de prestaciones de salud del Libro II del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud", introduciéndose una serie de cambios en el ejercicio de esta Modalidad de Atención.

2.- Que, la referida resolución exenta, fue publicada en el Diario Oficial el día 27 de marzo de 2021, entrando en vigencia el día 29 del mismo mes y año.

3.- Que, a fin que el Fondo Nacional de Salud pueda efectivamente ejercer las funciones que le han sido atribuidas por ley, particularmente, aquellas asociadas a la tuición de la Modalidad de Libre Elección, se hace estrictamente necesaria la modificación de la resolución N° 277/2011, que "Aprueba las Normas Técnico Administrativas para la aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II del DFL N° 1, del 2005, del Ministerio de Salud, en la Modalidad de Libre Elección".

4.- Que, de acuerdo a las facultades señaladas en el Punto N° 3 anterior se efectuaron cambios relevantes en materias tales como prestaciones de laboratorio, prestaciones asociadas a días camas, prestaciones de kinesiología, prestaciones de medicina transfusional, prestaciones de teleconsulta y telerehabilitación, prestaciones psicológicas y prestaciones de fonoaudiología, entre otras, las cuales requieren de una normativa técnica para su aplicación, y hacer efectivas las coberturas financieras definidas en el arancel de prestaciones, por lo que dicto la siguiente:

Resolución:

Artículo primero: Modifícase la resolución exenta N° 277, de 6 de mayo de 2011, del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial de 3 de junio de 2011, que aprobó las Normas Técnico Administrativas, para la aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II del DFL N° 1/2005 del Ministerio de Salud, en la Modalidad de Libre Elección, en la forma que a continuación se indica:

1. Reemplázase en el numeral 3.3, correspondiente a "Emisión y Programa de Atención de Salud (P.A.S)", en la letra a.1) la expresión "Grupo 05 Medicina Nuclear y Radioterapia, excepto subgrupo 01", por lo siguiente:

- Grupo 05 Medicina Nuclear (excepto subgrupo 01) y Grupo 29 Radioterapia.

2. Reemplázase, en el numeral 7, la expresión "7. GRUPO 01 CONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS", por "7. GRUPO 01 CONSULTAS, VISITAS MÉDICAS, TELECONSULTA Y TELEREHABILITACIÓN".

3. Reemplázase, en la tabla del numeral 7.1.1, a continuación del código 0101001, la expresión "Consulta médica electiva" por "Consulta de Medicina General".

4. Reemplázase, en el numeral 7.1.3 la expresión "Consulta médica electiva" por "Consulta de Medicina General".

5. Reemplázase íntegramente el numeral 7.1.6. "TELEMEDICINA (códigos 0108201,0108202, 0108207, 0108209, 0108326, 0108320, 0108212)", por el siguiente:

"7.1.6.- Teleconsulta y Telerehabilitación.

A) Definiciones

La Teleconsulta, corresponde a una atención a distancia realizada a través de tecnologías de la información (videollamada) y telecomunicaciones entre un paciente y un médico que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden interactuar entre sí en tiempo real (sincrónica).

La Telerehabilitación, consiste en la provisión de servicios de rehabilitación mediante tecnologías de información y comunicación digital. Esta modalidad puede considerar una amplia gama de intervenciones clínicas asociadas a rehabilitación, como evaluación, monitoreo, prevención, intervención, supervisión, educación, consulta y consejerías, se realiza de manera sincrónica con el beneficiario.

La atención sincrónica corresponde a la interacción en tiempo real y en vivo, que permite las comunicaciones entre el paciente y el equipo de salud.

B) Requisitos generales.

a) El prestador o establecimiento de salud que otorgue atenciones de teleconsulta y/o telerehabilitación, deberá contar con una plataforma en convenio o propia, para brindar las prestaciones del subgrupo 08 la cual deberá ser acreditada previamente por FONASA o por un tercero autorizado por FONASA.

b) La institución o persona natural es responsable que el prestador realice esta prestación en un ambiente privado y dedicado exclusivamente para ello. Queda prohibido realizarla en lugares de acceso público donde la privacidad del beneficiario se pueda ver comprometida.

c) La institución o persona natural es responsable que la prestación sea realizada por el profesional seleccionado por el beneficiario personalmente. En caso de alguna modificación de quien realice la prestación, ésta deberá ser informada al beneficiario quien optará por aprobar o rechazar dicho cambio.

d) La institución o persona natural debe tomar todas las medidas de seguridad de la información para que esta interacción directa entre profesional de salud y beneficiario se realice de forma segura cuidando la privacidad de éste (Ley 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Acciones vinculadas a su Atención en Salud) y mantener el resguardo y el registro de la ficha clínica según lo dispuesto en el punto 4 de estas normas.

e) La institución o persona natural prestadora de salud deberá explicitar al beneficiario en su plataforma, antes de agendar una consulta, un listado con la disponibilidad de horas y especialistas en esta modalidad de atención, así como también recordar a los beneficiarios, las limitaciones que presenta esta modalidad, tales como, imposibilidad de realizar examen físico y/o cualquier otra circunstancia que requiera la interacción presencial. Lo anterior, para informar anticipadamente al beneficiario acerca del alcance y características de la modalidad de atención a la que está optando. El beneficiario deberá aceptar las condiciones antes señaladas previo a la realización de la prestación y podrá tomar la hora correspondiente con el profesional, seleccionándolo en dicha plataforma.

f) La venta y cobro de la prestación se realizará a través de la emisión de BAS WEB mediante la página WEB de FONASA, Bono Electrónico, Plataforma Canal Multiprestador.

En caso de requerir la emisión de receta médica electrónica, el profesional lo hará mediante un medio electrónico declarado por el prestador al momento de la inscripción.

g) El establecimiento de salud o persona natural, deberá contar para los casos que se requiera, soporte de despacho de orden médica electrónica y licencia médica.

h) Se prohíbe al proveedor de la plataforma usar la información del paciente para cualquier otro fin que no sea la atención con el profesional elegido.

C) Atenciones de Teleconsulta grupo 01 sub grupo 08.

Las prestaciones del grupo 01 bajo la modalidad de teleconsulta, deberán cumplir con lo dispuesto en punto 2, 3, 4 y 7.1.6 de esta normativa y según las siguientes consideraciones:

a) Las prestaciones del grupo 01 sub grupo 08, serán excluyentes entre sí, con las prestaciones del grupo 01 subgrupo 01 para un mismo día.

b) Las siguientes prestaciones se autorizan para atenciones remotas a partir de la primera consulta y tendrán una duración mínima de 10 minutos, a excepción del código 01-08-212 y 01-08-213, los que deberán tener una duración mínima de 30 minutos.

- Teleconsulta Médica General 01-08-001
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Dermatología 01-08-201
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Geriatria 01-08-202
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Endocrinología Adulto 01-08-207
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Neurología Adultos 01-08-209
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Psiquiatría adultos 01-08-212
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Diabetología 01-08-320
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Nefrología Adulto 01-08-326
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Endocrinología Pediátrica 01-08-208
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Neurología Pediátrica 01-08-210
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia (Primera Consulta) 01-08-213
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Medicina Familiar 01-08-305
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación 01-08-306
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Medicina Interna 01-08-307
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Pediatría 01-08-309
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Traumatología y Ortopedia 01-08-310
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Urología 01-08-311
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Genética Clínica 01-08-325
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Nefrología Pediátrico 01-08-327
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Anestesiología 01-08-329

c) Las siguientes prestaciones se autorizan para consultas de seguimiento o control, siempre y cuando el profesional conozca o tenga acceso al historial clínico del paciente y tendrán una duración mínima de 10 minutos.

- Teleconsulta Médica de Especialidad en Reumatología 01-08-206
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Oncología Médica 01-08-211
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cardiología 01-08-301
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Hematología 01-08-302
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Infectología 01-08-303
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Inmunología 01-08-304
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Obstetricia y Ginecología 01-08-308
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Coloproctología 01-08-319
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Enfermedades Respiratorias Adulto 01-08-321
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Enfermedades Respiratorias Pediátricas 01-08-322
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Gastroenterología Adulto 01-08-323
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Gastroenterología Pediátrico 01-08-324
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Radioterapia Oncológica 01-08-331
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Neurocirugía 01-08-203
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Oftalmología 01-08-204
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Otorrinolaringología 01-08-205
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cirugía General 01-08-312

- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial 01-08-313
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cirugía Cardiovascular 01-08-314
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cirugía de Tórax 01-08-315
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cirugía Plástica y Reparadora 01-08-316
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cirugía Pediátrica 01-08-317
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cirugía Vascular Periférica 01-08-318
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia 01-08-332
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Medicina Materno Fetal 01-08-333
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Medicina Nuclear 01-08-334

d) Límite financiero.

Los límites financieros de las prestaciones de teleconsulta del grupo 01 sub grupo 08, son los mismos establecidos para el grupo 01 sub grupo 01, y la sumatoria de las atenciones presenciales y de teleconsulta corresponderá a 30 prestaciones año por beneficiario."

6. Modifícase, en el numeral 7.2.1, la expresión "Visita por médico tratante a enfermo hospitalizado" por "Visita por médico tratante a paciente hospitalizado".

7. Modifícase, en el numeral 7.2.2, la expresión "Visita por médico interconsultor a enfermo hospitalizado" por "Visita por médico interconsultor a paciente hospitalizado".

8. Modifícase, en el numeral 7.2.3, la expresión "Atención Médica Diaria a Enfermo Hospitalizado" por "Atención médica diaria a paciente hospitalizado".

9. Reemplázase en el numeral 8, la expresión "8. DÍAS CAMA DE HOSPITALIZACIÓN (GRUPO 02)" por "8. DÍAS CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL (GRUPO 02)".

10. Reemplázase el inciso primero del numeral 8 por los siguientes tres incisos:

"Es la prestación de salud efectuada en atención cerrada, referida a la ocupación de una cama de un Establecimiento Asistencial, por parte de un beneficiario que estando, en etapa diagnóstica, tratamiento o seguimiento de un problema de salud, requiera hacer uso de instalaciones hospitalarias. Se entenderá que la definición de día cama de hospitalización íntegra, es aplicable a los diferentes tipos de días de hospitalización según niveles de cuidado, tales como cuidados básicos, medios y críticos.

Solo podrán ser realizadas por Establecimientos de Salud, las que para otorgar las prestaciones requieren de Autorización de la Secretaría Regional Ministerial correspondiente, según lo establecido en la normativa sanitaria vigente.

Para efecto de la codificación y normativa que debe aplicarse a los Días Camas de Hospitalización Integral, cuando se trate del otorgamiento de prestaciones de salud, a un beneficiario que se encuentra ocupando una cama en un Establecimiento Asistencial, los prestadores se ajustarán a lo señalado en este punto:"

11. Sustitúyase las letras a), b), c) y d) del numeral 8 por las siguientes:

a) Las prestaciones correspondientes Días Cama de Hospitalización Integral del Grupo 02 del Arancel, deben incluirse en un Programa de Atención de Salud, de acuerdo a lo señalado en el punto 3.3 letra a) de estas Normas. El establecimiento asistencial, deberá consignar la fecha efectiva de ingreso y alta del paciente, debiendo quedar constancia de ello en sus registros.

b) Día Cama de Hospitalización Integral de Observación - Ambulatorio, código 02-01-407, corresponde el cobro del Día Cama de Observación, cuando el beneficiario permanezca como máximo 12 horas, utilizando una cama en el establecimiento y sin pernoctar en él. En caso de permanencia, por un tiempo inferior a lo establecido, no procederá cobro de esta prestación. En lo que sea pertinente, estas prestaciones incluyen en su valor lo establecido en la letra c) de este punto.

c) Corresponde la aplicación de los códigos 02-01-001, 02-01-002, 02-01-101, 02-01-102, 02-01-301, 02-01-302, 02-01-303, 02-01-201, 02-01-202, 02-01-203, 02-01-401, 02-01-402, 02-01-403, 02-01-404, 02-01-405, 02-01-406, 02-01-408, Días Camas de Hospitalización Integral, cuando se trate de la permanencia de un beneficiario en un establecimiento asistencial, ocupando una cama y cumpliéndose además la condición de pernoctar.

d) Día Cama de Hospitalización Integral Cuidados Básicos códigos 02-01-001, 02-01-002, este nivel de cuidados está destinado a pacientes que, estando en cualquiera de las etapas de una enfermedad (evaluación, diagnóstico, tratamiento o recuperación), requiera hacer uso de

instalaciones hospitalarias con el fin de que le sean otorgados cuidados médicos y de enfermería o matronería básicos. El perfil de pacientes a ingresar es de riesgo bajo y dependencia parcial o autosuficiencia (CUDYR C3-D1-D2-D3). Cuentan además con acceso a procedimientos básicos de tipo médico y/o quirúrgico (intervenciones menores).

12. Intercálase, a continuación de la letra d), las siguientes letras e), f), g), h), i), j), k) y l) nuevas, reordenándose los literales siguientes de manera correlativa:

e) Día camas de hospitalización integral Cuidados medios (Códigos 02-01-101 y 02-01-102): Destinadas a entregar cuidados a pacientes de mediana complejidad. Se asocian a una fase aguda de enfermedad del beneficiario. Los afluentes de este nivel de atención provenientes de las unidades de emergencia (observación y posterior derivación) y camas críticas. En estas unidades se debe mantener una vigilancia estrecha y periódica de los parámetros vitales de los pacientes, además se realiza atención integral con alta demanda de cuidados de Enfermería o Matronería según corresponda, por lo tanto, el perfil de pacientes a ingresar es con mediano riesgo y alta dependencia (CUDYR C1-C2-B3).

f) Día Cama de Hospitalización Integral Sala Cuna código 02-01-403: este día cama es independiente al de la madre.

g) Día Cama de Hospitalización integral Psiquiatría Cuidados Básicos código 02-01-405, cama destinada a brindar atención a una persona que presente una enfermedad o trastorno mental y que se encuentren bajo supervisión o tratamiento médico especializado. La persona puede estar en cualquiera de las etapas de una enfermedad o trastorno mental (evaluación, diagnóstico, tratamiento o recuperación), y que requiera hacer uso de instalaciones hospitalarias con el fin de que le sean otorgados cuidados médicos y de enfermería y otros profesionales especializados en salud mental. El perfil de pacientes a ingresar es de riesgo bajo y dependencia parcial o autosuficiencia (CUDYR C3-D1-D2-D3). Cuentan además con acceso a procedimientos básicos de tipo médico y/o quirúrgico (intervenciones menores). El día cama incluye los fármacos básicos estándar.

h) Día Cama de Hospitalización Psiquiatría Cuidados Medios (Cód. 02-01-406): La prestación está destinada a entregar cuidados a pacientes de mediana complejidad que presenten una enfermedad o trastorno mental y que se encuentren bajo supervisión o tratamiento médico especializado. El perfil de pacientes a ingresar es con mediano riesgo y alta dependencia (CUDYR C1-C2-B3). El área de dormitorios podrá ser individual o compartida, en este último caso, por no más de seis residentes por habitación.

i) Día Cama de Hospitalización Clínica de Recuperación código 02-01-408, corresponde el cobro de este tipo de Día Cama, cuando se trate de la hospitalización de un beneficiario en una clínica de recuperación, de cuidados especiales, de pacientes crónicos o similares.

Estos establecimientos asistenciales, están destinados a la atención de pacientes, con condición de salud, de larga estadía, que requieren atención médica, rehabilitación integral, vigilancia y cuidados de enfermería, acceso a procedimientos diagnósticos terapéuticos eventuales.

j) Día Cama de Hospitalización Integral en Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I) (códigos 02-01-201 al 02-01-203). Corresponde al Día Cama de Hospitalización de un paciente crítico adulto, pediátrico y neonatal en una unidad ubicada en dependencias únicas y centralizadas, de una Clínica u Hospital, cuya dotación de profesionales médicos y de enfermería asegura la atención en forma permanente y preferente durante las 24 horas del día. Estas camas están destinadas a brindar cuidados de alta complejidad definida para la internación y atención de pacientes críticos, es decir, con una condición patológica que afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad. Para ello se hace necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado.

Debe considerarse incluido en su valor, el conjunto de prestaciones que reciba en dicha Unidad y que incluye las atenciones del personal profesional residente y de colaboración para la atención continuada las 24 horas, incluirá médicos, enfermeras, auxiliares especializados y personal de servicio.

Además deberá existir disponibilidad de kinesiólogos para los casos y hora en que se requiera, cuyas acciones se cobrarán de acuerdo a lo establecido en el punto 12 de estas Normas.

Lo que caracteriza a estos recintos, además de lo señalado, son las instalaciones y equipos que incluyen como mínimo: monitores, respiradores, desfibriladores, bombas de infusión continua y el acceso a procedimientos habituales, tales como accesos vasculares, medición de presión venosa central, sondeos gástricos y vesicales, alimentación enteral y parenteral, oxigenoterapia, entre otros.

Aquellas atenciones profesionales o procedimientos que deban ser realizados por médicos ajenos a la Unidad, tales como interconsultas a especialistas, endoscopías, estudios radiológicos, colocación de marcapasos definitivos, biopsias, entre otros, serán cobrados separadamente por el profesional o establecimiento de salud que los realice.

En hospitalizaciones en una Unidad de Cuidados Intensivos (códigos 02-01-201 al 02-01-203) o de Intermedio (código 02-01-301 al 02-01-303), cuando no se cumpla la condición de "pernoctar" y para la permanencia del primer día en dichos recintos, procederá el cobro de diferencias por Día Cama (establecidas por DS N° 369/85, de Salud, art. 53) en forma proporcional al número de horas que el paciente permaneció en la respectiva Unidad. Lo anterior, sin perjuicio de la forma en que el Fondo, valore o emita los BAS correspondientes.

Para efecto de definiciones conceptuales de muebles, equipos, insumos y otros, se considerará lo señalado en el punto 26 de estas Normas.

k) Día Cama de Hospitalización Integral en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I) (código 02-01-301, 02-01-302, 02-01-303), nivel de cuidados destinado a brindar cuidados de alta complejidad definida para la internación y atención de paciente crítico adulto, pediátrico y neonatal, es decir, con una condición patológica que afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad. Para ello se hace necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado.

Deberá contar con organización técnica y administrativa propia, comprendiendo enfermería permanente las 24 horas del día, auxiliares, personal de servicio y residencia médica en el establecimiento, el que deberá contar necesariamente con UCI.

Sin alcanzar la complejidad organizativa de una UCI, las instalaciones y equipos serán los mismos aunque en menor proporción de acuerdo a la dotación de camas. Su valor incluye lo señalado en el segundo párrafo de la letra f) precedente.

El Director del Fondo Nacional de Salud podrá aceptar la ausencia de UCI solamente en atención a las necesidades y realidad de salud regionales.

Para efecto de definiciones conceptuales de muebles, equipos, elementos, insumos y otros, se considerará lo señalado en el punto 26 de estas Normas.

Utilizarán esta misma nomenclatura y codificación aquellas unidades intensivas especializadas como Unidades Coronarias, Respiratorias y otras, en la medida que cumplan con las exigencias técnicas establecidas por el Fondo.

l) Los valores, que se consignan en el Arancel para los respectivos Días Camas, incluyen:

1.1) Atención Médica y de Enfermería.

- La atención del médico residente, toda vez, que sea necesaria en ausencia del médico tratante.

- Atención completa de enfermería y procedimientos mínimos habituales (saturación de O2 con oxímetro, aerosolterapia - nebulizaciones con aire comprimido y oxígeno, aerosolterapia con presión positiva intermitente, instalación vías venosas, inyectables, fleboclisis, curaciones, sondas, enemas, tomas de muestra, etc.)

1.2) Otras Atenciones.

- La administración de transfusiones de sangre y/o hemocomponentes, cuando sea efectuada por personal diferente del médico o tecnólogo médico del Banco de Sangre o Servicio de Transfusión.

- La alimentación oral diaria, prescrita por el médico tratante, con excepción de las fórmulas especiales de nutrición enteral.

1.3) Elementos, materiales, insumos.

- El uso de un catre clínico con la respectiva ropa de cama (sábanas, almohadas, frazadas de cualquier tipo, pañal, sabanilla, colchón anti escaras).

1.4) Insumos de uso general:

- Gasa, algodón, tómulas, apósitos de cualquier tipo, tela adhesiva y similares, guantes quirúrgicos y de procedimientos, antisépticos y desinfectantes de todo tipo (líquido, en polvo o aerosol), oxígeno y aire comprimido, inmovilizadores de extremidades, sujetadores de sondas.

13. Elimínanse las actuales letras f), g), h), i), j) y k), que han pasado a ser m), n), ñ), o), p) y q).

14. Reemplázase íntegramente el numeral 9, correspondiente a LABORATORIO (GRUPO 03), por lo siguiente:

9. Laboratorio (GRUPO 03).

Este grupo contempla todos los exámenes o análisis de apoyo clínico y diagnóstico, así como los procedimientos y materiales utilizados para ello.

9.1.- Consideraciones generales.

a) Todo examen de laboratorio debe estar ser prescrito por médico tratante debidamente identificado, salvo excepciones que se encuentran expresamente dispuestas en estas normas.

b) Aquellos exámenes de laboratorio que se encuentren incluidos en otras prestaciones y que incluyan el estudio de diferentes parámetros (aun cuando estos no estén expresamente calificados en el Arancel como (proc. aut.), se considerarán incluidos en el mismo, no pudiendo cobrarse en forma separada (Ej. Hemoglobina en Hemograma, Glucosa en Perfil bioquímico, Bicarbonato en Gases sanguíneos, etc).

c) Para efecto de prescripción, respaldo y cobro de exámenes de laboratorio, el prestador debe ajustarse a lo establecido en los puntos 3 - 4 y 6 de estas Normas.

d) Cuando en la prescripción del profesional tratante, se indique la realización de más de un perfil, produciéndose coincidencias de parámetros entre los exámenes solicitados, se entenderá que no constituye incumplimiento de norma cuando se ejecute solo uno de los parámetros que conforman los distintos perfiles.

e) Los exámenes de laboratorio, no tendrán derecho al recargo horario, si estos se efectúan en horario inhábil, por razones de tipo administrativas o de funcionamiento del prestador.

f) Respecto de la toma de muestra, solo procederá el cobro de una prestación código 03-07-011 o 03-07-012, por beneficiario y por la totalidad de los exámenes señalados en la prescripción del profesional. Ambos códigos, no podrán cobrarse, en atención abierta, en forma simultánea al código 03-07-013 (Toma de muestra con técnica aséptica para hemocultivos), excepto que se realicen 2 o más hemocultivos en cuyo caso se autoriza una prestación 03-07-013 por cada muestra adicional.

g) Todas las prestaciones que determinan marcadores tumorales y estudios de inmunofenotipos, serán autorizadas a prestadores que respalden equipamiento y personal capacitado para efectuar la prestación. No se autoriza la derivación.

9.2.- Consideraciones específicas.

a) Los códigos 03-07-016 Punción traqueal, 03-07-017 Punción vesical en recién nacidos y 03-07-018 Punción medular ósea, corresponden a prestaciones que deben ser ejecutadas y cobradas por profesional médico o por establecimientos de salud que dispongan de estos profesionales.

b) En los siguientes casos no será requisito la orden o prescripción médica respectiva:

- Las glicemias y glucosurias efectuadas a pacientes diabéticos crónicos, acreditados por el médico o establecimiento de salud tratante.
- El tiempo de Protrombina, cód. 03-01-059, que se efectúa en pacientes con tratamiento anticoagulante prolongado y que se encuentra certificado por el profesional tratante.
- La determinación de anticuerpos virales para HIV.

c) Los profesionales Matronas(es) en el ámbito de su competencia podrán solicitar los siguientes exámenes de laboratorio e imagenología, a través de la MLE, en el contexto de control de embarazo normal o control ginecológico preventivo, la solicitud de los exámenes antes mencionados se ajustará a los mismos requisitos estipulados para los médicos, en el punto 3 de estas Normas.

EXAMENES DE LABORATORIO Y ANATOMIA PATOLÓGICA	CÓDIGOS
Gonadotrofina coriónica, sub-unidad beta en orina (test rápido)	03-09-014
Gonadotrofina coriónica, sub-unidad beta (cuantificación)	03-03-014
Hemograma	03-01-045
Hematocrito (proc. aut.)	03-01-036

Hemoglobina en sangre total (proc. aut.)	03-01-038
Clasificación sanguínea ABO y RhD	03-01-034
Orina completa	03-09-022
Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica y frasco recolector) (no incluye recolector pediátrico ni sonda)	03-06-011
R.P.R.	03-06-038
V.D.R.L.	03-06-042
Parásitos IgG/IgM (Chagas, Hidatidosis, Toxocariasis y otros por Elisa o Inmunofluorescencia), c/u	03-06-061
Anticuerpos virales, determ. de H.I.V.	03-06-169
Glucosa en sangre	03-02-047
Glucosa, Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO)	03-02-048
Nitrógeno ureico y/o urea, en sangre	03-02-057
Tiroestimulante (TSH), hormona (Adulto, niño o R.N.)	03-03-024
Streptococcus Grupo B/ agalactiae en embarazada por cultivo con medio selectivo y/o enriquecido.	03-06-099
Hormona folículo estimulante (FSH)	03-03-015
Colesterol total (proc. aut.)	03-02-067
Citodiagnóstico corriente, exfoliativa (Papanicolau) (por cada placa)	08-01-001
Virus Papiloma Humano por PCR con genotipificación de papiloma de alto riesgo de Ca Cervico Uterino tipos 16 y 18	03-06-123

EXAMENES DE IMAGENOLÓGÍA	CÓDIGOS
Ecografía obstétrica	04-04-002
Ecografía ginecológica, pelviana femenina u obstétrica con estudio fetal	04-04-006
Ecografía transvaginal o transrectal	04-04-005
Ecografía mamaria bilateral (incluye Doppler)	04-04-012
Mamografía bilateral	04-01-010
Mamografía unilateral	04-01-110

d) El perfil bioquímico (cód. 03-02-075) corresponde a la determinación automatizada de 12 parámetros en sangre, estos son: Ácido úrico 03-02-005, Bilirrubina total (proc. aut.) 03-02-012, Calcio en sangre 03-02-015, Deshidrogenasa láctica total (LDH) 03-02-030, Fosfatasas alcalinas totales 03-02-040, Fósforo (fosfatos) en sangre 03-02-042, Glucosa 03-02-047, Nitrógeno ureico (NU) 03-02-057, Proteínas totales en sangre 03-02-100, Albúminas en sangre 03-02-101, Transaminasa oxalacética (GOT) 03-02-063 y Colesterol total 03-02-067.

e) El código 03-02-076 Perfil Hepático, corresponde a la determinación automatizada de 6 parámetros, siendo los siguientes: tiempo de protrombina 03-01-059, bilirrubina total y conjugada 03-02-013, fosfatasas alcalinas totales 03-02-040, GGT 03-02-045, transaminasas GOT/AST y GPT/ALT 03-02-063.

f) Para el cobro de la prestación 03-06-082 Reacción de Polimerasa en cadena (P.C.R.) en tiempo real, SARS CoV-2 (incluye toma muestra hisopado nasofaríngeo), los prestadores deberán suscribir un convenio en la modalidad adjuntando la documentación que respalde el equipamiento y personal capacitado para efectuar la prestación.

Durante el período de vigencia del decreto supremo N° 4, de 2020, del Ministerio de Salud, que dispone Alerta Sanitaria por brote del nuevo coronavirus para el examen de PCR, en la detección de SARS CoV-2, no se exigirá orden médica o profesional.

g) El hemograma (cód. 03-01-045) incluye a lo menos: Recuento de leucocitos 03-01-065, Eritrocitos 03-01-064, Hemoglobina 03-01-038, Hematocrito 03-01-036, Fórmula leucocitaria, características morfológicas de los elementos figurados, VHS 03-01-086, Recuento de plaquetas 03-01-028 y su morfología.

h) La Cinética del hierro (cód. 03-01-030) incluye la determinación de Hierro sérico 03-01-028, Capacidad de fijación del hierro 03-01-029 y la Ferritina 03-01-026, a lo menos se debe informar la determinación del hierro sérico y la ferritina.

i) El Plomo en sangre 03-02-084, cobre en orina 03-09-036 y Arsénico en orina 03-09-034, son determinaciones cuantitativas realizadas por Espectroscopía, Absorción Atómica, Absorción atómica o Espectrometría de masas, por tanto la autorización va solo a prestadores que cuenten con el equipamiento y personal capacitado para efectuar la prestación, no se autoriza la derivación.

j) Los marcadores tumorales Péptido C 03-03-052, Calcitonina 03-03-053, Inhibina B 03-03-054 y la Cromogranina A 03-05-098, son exámenes cuantitativos realizados en sangre, por

técnicas de Enzimoinmunoensayo, RIA, Quimioluminiscencia o Inmunoquimioluminiscencia Icma.

k) El Tamizaje de Anticuerpos anti antígenos nucleares extractables (a- ENA: Sm. RNP, Ro, La, Scl- 70 y Jo- 1) código 03-05-004, incluye la identificación del anticuerpo que se encuentre positivo. El profesional tratante lo puede solicitar como, screening ENA, Perfil ENA o Tamizaje ENA. Cuando se requiera la cuantificación específica de uno de estos anticuerpos, corresponde la presentación a cobro bajo el código 03-05-007, la orden médica deberá especificar el o los anticuerpo(s) específico(s) a solicitar.

l) La determinación de Inmunofenotipo en Leucemias Agudas 03-05-093, Inmunofenotipo en Sind. Linfoproliferativos 03-05-094 y de Inmunofenotipo en Sind. Mielodisplásicos 03-05-095, deben ser determinados por Citometría de Flujo, en muestras de Sangre, Médula Ósea, LCR o Biopsia. Estas determinaciones incluyen el estudio completo con el análisis de a lo menos 20 marcadores, si se requiere mayor cantidad de marcadores a estudiar, también se consideraran incluidos en su valor.

Estas prestaciones requieren orden médica de especialista Oncólogo, Hematólogo o Hemato-Oncólogo tratante. Estas determinaciones de Inmunofenotipo, al ser estudiadas en muestras de Médula Ósea, pueden requerir en forma complementaria el estudio de Mielograma, el cual no está incluido en estas prestaciones, correspondiendo su cobro adicional de acuerdo al arancel.

m) La Detección de Enfermedad Residual Mínima 03-05-096, debe ser determinada por Citometría de Flujo, en muestras de Sangre, Médula Ósea, LCR, u otros fluidos, comprende el estudio completo con el análisis de a lo menos 15 marcadores, si se requiere mayor cantidad de marcadores a estudiar, también se consideran incluidos en su valor.

Esta determinación es posterior a tratamientos oncológicos y deben ser solicitadas con orden médica de especialista Oncólogo, Hematólogo o Hemato-Oncólogo tratante.

Esta prestación, al ser estudiada en muestra de Médula Ósea, puede requerir en forma complementaria el estudio de Mielograma el cual no está incluido en esta prestación, correspondiendo su cobro adicional de acuerdo al arancel.

n) La Cuantificación de células progenitoras hematopoyéticas CD 34 código 03-05-097, debe ser determinada por Citometría de Flujo, en muestras de Sangre periférica incluye la identificación, aislamiento y cuantificación a lo menos 3 marcadores, si se requiere mayor cantidad de marcadores a estudiar, también se consideran incluidos en su valor. Esta prestación, requiere orden médica de especialista Oncólogo, Hematólogo o Hemato-Oncólogo tratante.

o) Hepatitis C, carga viral 03-06-085, Virus Epstein Barr (VEB) carga viral 03-06-087 y Polioma (BK) virus carga viral 03-06-068, son determinaciones cuantitativas realizadas en sangre por técnica de PCR.

p) El Cultivo de Líquido de Cavidades Estériles en frasco de Hemocultivo automatizado 03-06-101, se realiza en todos los líquidos estériles y otros fluidos, excepto sangre, incluyen la Tinción de Gram, identificación y antibiograma por difusión o dilución.

Los frascos de toma de muestra de los hemocultivos automatizados y cultivos de cavidades estériles códigos 03-06-091, 03-06-093 y 03-06-101, no están incluidos en el valor de la prestación.

q) La determinación de Streptococcus Grupo B/ agalactie en embarazadas por cultivo con medio selectivo y/o enriquecido 03-06-099, se realiza en muestras de fluidos secreción perineal o vaginorectal y debe sembrarse en medios enriquecidos especiales para el crecimiento de esta bacteria.

r) La prestación Virus Papiloma Humano por PCR con genotipificación de papiloma de alto riesgo de Ca Cérvico Uterino tipos 16 y 18 código 03-06-123, podrá ser efectuada solo en laboratorios validados en técnica PCR, incluye insumos para la toma de muestra (cepillado cervical).

s) La prestación Reacción cutánea a alérgenos (incluye el valor de los alérgenos) código 03-07-024, que se realiza en el antebrazo, corresponde a la emisión de un BAS por prestación, salvo en excepciones en que se realice en ambos antebrazos, se podrá emitir el código 03-07-024 X 2, dicha indicación deberá encontrarse consignada en la orden médica correspondiente, sin embargo, el Fondo establecerá máximos anuales, en virtud de lo señalado en el artículo 6.1, letra i), de estas normas.

t) La prestación, Reacción cutánea de parche c/u, código 03-07-005, corresponde a la cobertura por cada alérgeno a estudiar, deberá contar con indicación médica expresa, describiendo cada alérgeno a estudiar y consignar el respectivo diagnóstico.

u) De acuerdo a las tecnologías actuales que permiten realizar cálculos automáticos de índices bioquímicos a partir de la determinación de ciertos parámetros bioquímicos, estos índices se deben considerar incluidos en el valor de las prestaciones cobradas, es decir, se debe incluir en

el valor de las prestaciones todo índice bioquímico, que se calcule a partir de las prestaciones aranceladas.

v) FISH Cromosomas X e Y código 03-04-006, estudio y análisis de cromosomas X e Y por hibridación in situ con fluorescencia (FISH), podrá ser efectuada solo en laboratorios validados técnica FISH, no tiene recargo horario, incluye fotografía, informe final con resultados y comentarios, este código aplica solo para cromosomas X e Y.

w) Linfocitos T (CD3, CD4, CD8). Técnica Citometría de Flujo Cód. 03-05-091: Determinación de subpoblaciones de linfocitos T CD3, CD4 y CD8 por citometría de flujo. Código incluye la determinación de CD3, CD4 y CD8 no corresponde cobro unitario.

x) Natural Killers (CD16, CD56). Técnica Citometría de Flujo Cód. 03-05-092: Determinación de subpoblaciones de linfocitos natural killers CD16 y CD56 por citometría de flujo. Código incluye la determinación de CD16 y CD56 no corresponde cobro unitario.

y) FISH en frotis frescos de médula ósea, sangre, concentrado de células plasmáticas seleccionadas o corte de tejido en parafina, búsqueda de alteraciones adquiridas Cód. 03-04-011: Estudio y análisis de un tipo celular por hibridación in situ con fluorescencia (FISH). Prestación se debe realizar solo en laboratorios validados técnica FISH. Incluye procedimiento de obtención de un tipo celular, pre tratamiento con pepsina u otro, desparafinización en caso de corte de tejido. Esta prestación no tiene recargo horario.

z) Estudio de deleciones y duplicaciones por amplificación múltiple de sondas dependiente de ligación (MLPA) (1 o varios genes) Cód. 03-04-009: Estudio de rearrreglos genómicos por análisis en la variación del número de copias de un gen o región genómica por amplificación múltiple de sondas ligadas (MLPA). Código solo aplica para el estudio con la técnica MLPA no procede homologación para otras técnicas.

aa) Estudio de deleciones y duplicaciones por amplificación múltiple de sondas dependiente de ligación (MLPA) más estudio de metilación o segundo set de sondas (1 o varios genes) Cód. 03-04-010: Estudio de rearrreglos genómicos por análisis en la variación del número de copias de un gen o región genómica con imprinting o metilación alelo específica por amplificación múltiple de sondas ligadas (MLPA) o dos set de sondas. Código solo aplica para el estudio con la técnica MLPA no procede homologación para otras técnicas.

bb) VIH, Genotipificación Antivirales Cód. 03-06-109: Identificación por secuenciación de patrón de resistencia a drogas triterapia anti VIH Identificación de genotipos del virus VIH. Prestación se debe realizar solo en laboratorios validados en técnica PCR secuenciación. Incluye múltiples drogas mínimo 3.

9.3.- LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Las prestaciones del grupo 08 solo serán otorgadas a partir de la presente resolución por establecimientos que cuente con la Autorización de la Secretaría Regional Ministerial de funcionamiento, según normativa vigente, deberá contar con un médico especialista en Anatomía Patológica, debiendo dar cumplimiento a lo dispuesto en el punto 2, 3 y 4 de esta norma.

Los establecimientos de salud en las que se realizan estudios histopatológicos y citopatológicos en general, mediante Técnicas Histológicas corrientes o especiales, corresponden a los actuales códigos 08-01-002 al 08-01-008 y 08-01-011 al 08-01-012. Los laboratorios de Anatomía Patológica, deberán informar sistema y tiempo de almacenamiento de láminas y tacos.

Deberán contar con sistemas de información, manuales o computacionales, de solicitudes, registro y resultado de exámenes que aseguren la debida confidencialidad, trazabilidad y resguardo de los datos sensibles que comprendan:

1. Fecha y hora de recepción de la muestra o de su rechazo fundado, si fuere el caso.
2. Nombre del paciente, RUN, fecha de nacimiento, sexo y procedencia.
3. Nombre del profesional que solicitó el análisis y/o persona que lo requirió, si fuere necesario.
4. Tipo de muestra y examen solicitado.
5. Resultado del examen.

9.3.1.- Consideraciones específicas:

a) Estudio histopatológico con técnicas histoquímicas, niveles, decalcificación (por cada lámina) cód. 08-01-005, incluye la aplicación de procesos complementarios al rutinario necesarios para precisar diagnóstico.

b) Consulta intraoperatoria (por cada muestra/tejido o asistencia a pabellón) (no incluye biopsia diferida) cód. 08-01-006, consulta intraoperatoria que incluye estudio macroscópico,

procesamiento y diagnóstico microscópico por cada procedimiento y/o diagnóstico intraoperatorio.

c) Estudio histopatológico de biopsia diferida (por cada muestra y/o tejido) (incluye hasta 3 láminas) cód. 08-01-008, estudio histológico corriente (hematoxilina eosina), incluye macroscopía, procesamiento y diagnóstico microscópico.

Los laboratorios de Citología Ginecológica, corresponden a establecimientos de salud que realizan y cobran sólo la prestación Citodiagnóstico corriente, exfoliativa (Papanicolau) (por cada placa) código 08-01-001, efectuados por un profesional Tecnólogo Médico con Mención en Técnica Histológica y Citodiagnóstico o médicos debidamente acreditados para la realización de esta prestación.

Los controles citológicos ginecológicos, tendrán un límite financiero máximo de 4 prestaciones al año.

Para los laboratorios de Necropsias, códigos 08-01-009 y 08-01-010, son prestaciones que por su complejidad corresponde que sean inscritas y cobradas sólo por instituciones, las que deberán contar con Autorización Sanitaria vigente, infraestructura y planta profesional.

15. Reemplázase en la letra e), del numeral 10, la expresión "Para la emisión de Órdenes de Atención de Salud, se exigirá la prescripción del médico cirujano", por la siguiente: "Para la emisión de BAS, se exigirá la prescripción del médico tratante".

16. Reemplázase en la letra f), del numeral 10, la expresión "El examen de resonancia en extremidad superior, código 0405014 y el examen de resonancia en extremidad inferior, código 0405015, incluyen en su valor, el estudio de toda la extremidad o el estudio de uno o más segmentos y/o articulaciones de una misma extremidad" por la siguiente:

- El examen de resonancia en extremidad superior, código 04-05-022 y el examen de resonancia en extremidad inferior, código 04-05-023, incluyen en su valor, el estudio de toda la extremidad o el estudio de uno o más segmentos y/o articulaciones de una misma extremidad.

17. Incorpórase, a continuación de la letra g) del numeral 10, las siguientes letras h) e i) nuevas:

h) La prestación Videofluoroscopia para estudio de deglución código 04-01-073, deberá ser efectuada por médico especialista Radiólogo, deberá realizarse el registro con video de la deglución.

i) La prestación Elastografía hepática código 04-04-218, deberá ser efectuada por Médico Radiólogo o Gastroenterólogo.

18. Modifícase el epígrafe del numeral 11, "MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA (GRUPO 05)", por "11. MEDICINA NUCLEAR (GRUPO 05)".

19. Elimínase en el numeral 11, la letra a) y la subletra A) "PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS" incluyendo los números del 1 al 11 y su contenido. Pasando el contenido de la actual letra a.1) a quedar bajo el epígrafe del numeral 11.

20. Incorpórase, en el numeral 12.1 "Generalidades", antes de la letra a) las siguientes letras a) y b) nuevas, reordenándose los literales siguientes de manera correlativa.

a) Este grupo contempla todas las atenciones otorgadas por profesionales Kinesiólogos, tanto en atención abierta como cerrada, las que se rigen por lo establecido en los puntos 2, 3 y 4 de esta normativa.

b) Los establecimientos de salud que suscriban convenio para los códigos arancelados, tanto en atención abierta como cerrada, deberán disponer del equipamiento y capacidad técnica, para otorgar las atenciones kinesiológicas, asimismo disponer de la correspondiente Autorización de la Secretaría Regional Ministerial vigente.

21. Intercálase, a continuación de la letra d), que pasará a ser letra f), la siguiente letra e) nueva, reordenándose los literales siguientes de manera correlativa:

e) El código arancelario, 06-01-101, Evaluación Kinesiológica Integral, en atención ambulatoria, no requiere que la orden médica señale expresamente la evaluación integral por parte del profesional, sin embargo, para acceder al cobro de la prestación deberá contar con la prescripción médica, que señala la derivación terapéutica por parte del profesional tratante, en los casos de atención cerrada, esta prestación requiere de una orden de derivación médica y/o indicación en la Ficha Clínica.

22. Reemplázase la letra j), que pasará a ser la letra l), por lo siguiente:

Durante el periodo de vigencia de Alerta Sanitaria decretada por el Ministerio de Salud, en relación a Covid-19, las prestaciones efectuadas por profesionales Kinesiólogos, podrán ser efectuadas y presentadas a cobro con los códigos que a continuación se detallan:

Código	Glosa
06-01-101	Evaluación Kinesiológica Integral
06-01-102	Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria o Domiciliaria

23. Incorpórase, bajo la letra l) nueva del numeral 12.1 "Generalidades", el numeral 12.1.1 correspondiente a definiciones.

12.1.1.- Definiciones.

Las prestaciones integrales incluyen todas las terapias y procedimientos de kinesiterapia que deba realizar el profesional a un beneficiario en una sesión o prestación, entendiéndose en este caso, sesión igual a prestación. Las 4 prestaciones del grupo 06 subgrupo 01, consideran evaluación y atención kinésica, todas integrales, que adquieren el nombre dependiendo del lugar donde se efectúa, pudiendo ser ambulatoria (box de atención, sala de rehabilitación o domicilio), hospitalizada en servicios de menor complejidad y hospitalizada en Unidad de Paciente Crítico (UPC).

a) Evaluación Kinesiológica Integral código 06-01-101. Atención destinada a realizar pesquisa, evaluación y valoración funcional, que permita, de acuerdo al razonamiento clínico, realizar un diagnóstico kinesiológico y de esta forma programar la intervención terapéutica y sus objetivos de tratamiento. Incluye mediciones kineantropométricas y otras valoraciones estáticas o funcionales del ser humano, en paciente ambulatorio y hospitalizado.

Esta prestación deberá, ser efectuada de forma independiente, asimismo, deberá ser efectuada en días distintos al inicio de las sesiones de tratamiento. Se considera una evaluación inicial para programar las terapias o procedimientos y el cobro de una segunda evaluación, para finalizar tratamiento. La continuación del tratamiento no podrá incluir cobro de nuevas evaluaciones.

b) Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria o Domiciliaria código 06-01-102. Atención destinada a desarrollar, mantener, mejorar o recuperar el movimiento y la función de una persona en cualquier condición de salud a lo largo del curso de la vida, así como, la prevención de disfunciones a través de la prescripción, supervisión y facilitación de ejercicio terapéutico, entrenamiento funcional de ayudas técnicas y prótesis, más aplicación de terapias manuales, instrumentales o agentes físicos y otras estrategias terapéuticas que el avance de la ciencia y tecnología lo permita, siempre que estas cuenten con estudios clínicos que avalen su ejecución en concordancia con los lineamientos Ministeriales vigentes. El uso de las diferentes estrategias terapéuticas estará en relación al diagnóstico médico de derivación y las necesidades de cada beneficiario. También se considera que estas prestaciones pueden ser entregadas en domicilio, esta prestación, no incluye la evaluación integral del profesional.

c) Atención Kinesiológica Integral en Pacientes hospitalizados código 06-01-103. Es un conjunto de prestaciones que incluye todos los procedimientos de kinesiterapia que deba realizar el profesional a un beneficiario hospitalizado, en una prestación, con excepción de las evaluaciones. Incluye prestaciones de rehabilitación física, respiratoria, entre otras. Esta prestación se realiza en unidades de médico-quirúrgico, baja o mediana complejidad. Excepto pacientes UPC (Unidad Paciente Crítico).

d) Atención Kinesiológica Integral UPC (Intensivo e Intermedio) código 06-01-104. Es un conjunto de prestaciones que incluye todos los procedimientos de kinesiterapia que deba realizar el profesional a un beneficiario que permanece en unidad de paciente crítico en una prestación, ya sea, con algún sistema de ventilación mecánica (invasiva o no invasiva), con excepción de las evaluaciones. Incluye la conexión y adaptación del ventilador mecánico invasivo o no invasivo al usuario, destete, extubación, asistencia a intubación, fijaciones, rehabilitación de vía aérea artificial (Traqueostomía), prueba de tolerancia Ortostática, otros. Además de las prestaciones de rehabilitación intensiva y precoz.

24. Reemplázase los actuales numerales 12.2, 12.3, 12.4, 12.5 y 12.6 por los siguientes numerales 12.2, 12.3 y 12.4:

12.2.- Límites financieros.

Los límites financieros establecidos para las atenciones aranceladas del grupo 06 subgrupo 01 son los siguientes:

a) Evaluación Kinesiológica Integral código 06-01-101, contempla un máximo de 2 evaluaciones por tratamiento médico, cada una contempla una duración de 45 minutos. Estableciéndose un máximo de 6 evaluaciones por año por beneficiario.

b) Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria o Domiciliaria código 06-01-102, contempla una prestación diaria y se establece un límite máximo de hasta 30 prestaciones anuales por beneficiario. Cada prestación integral contempla una duración de 45 minutos.

c) Atención Kinesiológica Integral en Pacientes hospitalizados código 06-01-103, se considera un máximo de 2 prestaciones diarias, durante el periodo de hospitalización. Cada prestación contempla una duración de 30 minutos.

d) Atención Kinesiológica Integral UPC (Intensivo e Intermedio) código 06-01-104, considera un máximo de 3 prestaciones diarias, durante el periodo de hospitalización. Cada prestación contempla una duración de 30.

e) Se excluyen del límite financiero, las personas que se encuentran en el registro nacional de discapacidad.

12.3.- Terapia Ocupacional (GRUPO 06 SUBGRUPO 02).

Este grupo contempla todas las atenciones otorgadas por profesionales Terapeutas Ocupacionales, tanto en atención abierta como cerrada, las que se rigen por lo establecido en los puntos 2, 3 y 4 de esta normativa.

12.3.1.- Disposiciones generales.

a) Para la presentación a cobro de las prestaciones del grupo 06, subgrupo 02 será requisito presentar la respectiva orden médica de derivación por el profesional médico tratante, asimismo, el prestador deberá mantener la orden médica y respaldo de las atenciones realizadas, por un plazo de 5 años desde la primera sesión, ya que, en su defecto el Fondo presumirá que éstas no han sido efectuadas.

b) Los médicos tratantes que indiquen atenciones para este grupo arancelario, lo harán derivando a los beneficiarios mediante prescripción médica en la que se identificará al beneficiario, además deberá consignar el diagnóstico, la indicación del N° de sesiones necesarias, según el tratamiento de terapia ocupacional correspondiente, fecha de derivación y el timbre y/o firma del profesional que realiza la derivación, siendo responsabilidad del prestador que suscribe convenio con el Fondo, corroborar que dicha orden cumpla con lo requerido.

c) Los materiales e insumos necesarios para la confección de órtesis, se encuentran incluidos en el costo de la prestación y no se podrán realizar cobros adicionales al beneficiario, considerando que la órtesis debiera durar como mínimo 6 meses desde su confección.

d) Toda adecuación de infraestructura y/o equipos adicionales dentro del hogar del beneficiario, necesarios para realizar la prestación: Intervención terapia ocupacional en actividades de la vida diaria, básicas, Instrumentales y avanzadas código 06-02-003, no estarán incluidos en su valor y quedarán bajo el costo del asegurado.

e) Si un beneficiario requiere prolongar un tratamiento ambulatorio de terapia ocupacional (que hubiese completado un ciclo de tratamiento de 10 prestaciones), el médico tratante deberá evaluar al paciente y extender una nueva orden médica, la que deberá contener los requisitos mencionados anteriormente, para dar continuidad a su tratamiento. Excepto para beneficiarios inscritos en el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) quienes para prolongar tratamiento, deberán presentar la orden médica del especialista en la cual debe encontrarse consignado que se trata de tratamiento permanente, o en su defecto, una nueva prescripción médica.

f) En los beneficiarios hospitalizados las prestaciones deberán incluirse en el Programa de Atención de Salud, correspondiente al cobro de días camas.

g) Las personas con discapacidad, que se encuentren inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad y que sean beneficiarios de Fonasa, podrán acceder a prestaciones de Terapia Ocupacional sin tope de atenciones anuales, también se consideran los menores de 6 años, que sean acreditados por el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), que valide la condición de discapacidad del menor, con la documentación definida por ese Servicio para estos efectos.

12.3.2.- Definiciones.

a) Atención integral de Terapia Ocupacional código 06-02-001, esta atención integral incluye la evaluación, intervención y seguimiento en rehabilitación y habilitación de funciones motoras, cognitivas, sensoriales y sociales, mediante estrategias tales como, atención temprana, neurodesarrollo, ergoterapias, actividades recreativas, mecanoterapias, estimulación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales (destrezas de comunicación e interacción social), entre otras, en diversos contextos (ambulatorio, hospitalizado, domiciliario u otros).

b) Intervención de Terapia Ocupacional en ayudas técnicas y tecnología asistida código 06-02-002, es la atención profesional otorgada a un beneficiario que incluye la evaluación y aplicación de educación, posicionamiento y entrenamiento en el uso de dispositivos de tecnología asistida (software, hardware, etc.), diseño, confección, habilitación y entrenamiento para el uso de órtesis, adaptaciones de objetos y actividades, modificaciones ambientales, sistemas elásticos compresivos, entre otros. Además del entrenamiento en el uso de prótesis y de ayudas técnicas tales como: bastones, andadores, silla de ruedas, utensilios anti escaras, entre otros.

c) Intervención de Terapia Ocupacional en actividades de la vida diaria básica, instrumental y avanzada código 06-02-003, esta prestación incluye la evaluación, aplicación y seguimiento de estrategias de entrenamiento, facilitación, adaptación de actividades y modificaciones del ambiente, para desarrollar o recuperar habilidades del paciente y lograr así una participación satisfactoria en actividades de la vida diaria como aseo, alimentación, autocuidado, transporte, uso de medios de comunicación, etc.

12.3.3.- Límites Financieros.

a) Las prestaciones del grupo 06 sub grupo 02 contemplan una duración de 45 minutos cada una.

b) Se podrán otorgar un máximo de 2 prestaciones por día por beneficiario.

c) Como límite máximo anual se podrán otorgar 100 prestaciones para el grupo 06 sub grupo 02, por beneficiario.

12.4.- Telerehabilitación Grupo 06 sub grupo 08.

Los profesionales o establecimientos de salud, para otorgar integralmente las prestaciones, deberán estar acreditados ante el Fondo, el que verificará que cuenten con los requisitos técnicos y administrativos habilitantes para dicho efecto, los que se encuentran establecidos en el punto 7.1.6 de esta normativa.

Las prestaciones del grupo 06 subgrupo 08 se registrarán por lo establecido en los puntos 12.1 y 12.2 para la especialidad de kinesiología y por lo dispuesto en punto 12.3 para la especialidad de Terapia Ocupacional, de esta normativa y según las siguientes disposiciones específicas:

a) Las prestaciones de Telerehabilitación aranceladas del grupo 06 subgrupo 08, se encuentran autorizadas desde la primera consulta.

b) Estos códigos arancelarios no tienen recargo horario.

c) Las personas con discapacidad, que se encuentren inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad y que sean beneficiarios de Fonasa, podrán acceder a prestaciones de Terapia Ocupacional sin tope de atenciones anuales, también se consideran los menores de 6 años, que sean acreditados por el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), que valide la condición de discapacidad del menor, con la documentación definida por ese Servicio para estos efectos.

d) Las prestaciones del grupo 06 sub grupo 08, serán excluyentes entre sí, con las prestaciones del grupo 06 subgrupo 01 y 02 respectivamente para un mismo día.

e) Las prestaciones del grupo 06 sub grupo 08, para kinesiología, se registrarán por los siguientes límites financieros:

- Telerehabilitación Evaluación Kinesiológica Integral código 06-08-101, contempla 2 evaluaciones por tratamiento médico indicado, cada una contempla una duración de 45 minutos, dichos límites financieros, se encuentran contenidos en los límites financieros establecidos para el código 06-01-101, es decir, independientemente de la modalidad de atención, ya sea, telerehabilitación o presencial el Fondo pagará solo 2 evaluaciones por tratamiento médico prescrito.

- Telerehabilitación Atención Kinesiológica Integral 06-08-102 contempla una prestación diaria y se establece un límite máximo de hasta 30 prestaciones anuales por beneficiario, las que, estarán contenidas en los límites financieros del código 06-01-102, es decir, independiente de la modalidad de atención la sumatoria de las atenciones de los códigos 06-01-102 y 06-08-102 tendrán un máximo de 30 prestaciones anuales por beneficiario.

Cada prestación integral contempla una duración de 45 minutos.

f) Los límites financieros de las prestaciones del grupo 06 sub grupo 08 en la especialidad de Terapia Ocupacional, se encuentran contenidos en los límites financieros del grupo 06 sub grupo 02, es decir, independientemente a la modalidad de atención, el límite máximo anual corresponde a 100 prestaciones, por beneficiario en total, cada prestación contempla una duración de 45 minutos y se podrán otorgar un máximo de 2 prestaciones por día por beneficiario.

12.4.1.- Disposiciones específicas Telerehabilitación.

a) Al inicio de la atención, se deberá informar de los beneficios de la atención, así como también de sus limitaciones, riesgos y posibles eventos adversos asociados a la terapia, esta información deberá quedar consignada en la ficha clínica del beneficiario mediante un consentimiento informado que deberá ser aceptado por el beneficiario.

b) Efectuar una valoración del beneficiario que incluya los aspectos cognitivos, acceso a tecnología, comorbilidades o factores de riesgos asociados, con el fin de determinar si el beneficiario es apto para el desarrollo de consulta a través de tecnologías de la información, dicho documento será considerado como parte de la ficha clínica y deberá quedar registrado en ella.

c) Si el beneficiario es apto para este tipo de atención, el profesional, deberá efectuar y registrar los objetivos y el plan de tratamiento acorde al diagnóstico clínico y la indicación del médico tratante.

d) Los profesionales que otorguen atenciones de telerehabilitación deberán entregar al beneficiario pautas de ejercicios y material de apoyo, en concordancia con el diagnóstico y el plan terapéutico, asimismo, deberá existir un medio de comunicación establecido entre el beneficiario y el profesional.

25. Reemplázase íntegramente el numeral 13, correspondiente a "MEDICINA TRANSFUSIONAL (GRUPO 07)", por lo siguiente:

13.- Medicina Transfusional (GRUPO 07).

Las prestaciones del grupo 07 sólo podrán ser realizadas por Establecimientos de Salud, que para otorgar las prestaciones requieren de la Acreditación por parte de la Superintendencia de Salud, así como de la Autorización Sanitaria vigente, infraestructura y planta profesional, correspondiente. Deberán regirse por lo establecido en los puntos 2, 3 y 4 de esta normativa.

Asimismo, la Unidad de Medicina Transfusional, deberá regirse por la normativa vigente establecida por el MINSAL y dar cumplimiento a lo establecido en la Política Nacional de Servicios de Sangre.

Los prestadores que presten este tipo de atenciones, deberán llevar la Trazabilidad, mediante un sistema de registro estandarizado que permite identificar de manera inequívoca, en cualquier etapa de la cadena transfusional, cada uno de los componentes sanguíneos producidos a partir de una unidad de sangre total extraída, desde la donación hasta su destino final, incluyendo la identificación del paciente/usuario que la recibe.

Centro de Sangre (CS): Establecimiento especializado del Sistema Público de Salud que realiza las funciones de promoción de la donación de sangre, atención de donantes, extracción de sangre y producción de componentes sanguíneos. Además, realizar la distribución, y trazabilidad de los componentes sanguíneos que son entregados a las Unidades de Medicina Transfusional (UMT) de los diferentes establecimientos hospitalarios públicos o privados que formen parte de su red de atención, con los que mantenga un convenio de abastecimiento. Realizar supervisión del transporte y la gestión de la calidad. Estos CS funcionan bajo un sistema de macrored o macrozona geográfica, definido por el Ministerio de Salud.

Banco de Sangre: Organización especializada de un establecimiento hospitalario del sector público o privado, responsable de la ejecución de la cadena transfusional, con el objetivo de contar con productos para autoabastecerse a sí mismo y abastecer a los establecimientos en

convenio; de la realización de estudios pre transfusionales y la terapia transfusional en su establecimiento, como también de la hemovigilancia.

Unidad de Medicina Transfusional (UMT): Unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico de un establecimiento de salud público, privado o las instituciones de Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública en convenio con un Centro de Sangre institucional, cuya función primordial es efectuar terapia transfusional, según indicación médica, de manera oportuna, segura, de calidad, informada y costo eficiente. Podrán realizar atención de donantes de sangre, según necesidad de la macrored.

13.1.- Disposiciones generales.

a) Los procedimientos transfusionales del grupo 07, deben estar indicados por un profesional médico que busca restituir las funciones hematológicas deficientes a través de la administración de algún componente o derivado sanguíneo, obtenidos y conservados según procedimientos estandarizados.

b) Procederá el pago de BAS de este Grupo, para atenciones efectuadas a beneficiarios ambulatorios u hospitalizados, solo si la transfusión es controlada durante todo el proceso por médico o tecnólogo médico con mención en banco de sangre.

c) Se deberá dejar constancia, en la ficha clínica, al margen de otras anotaciones, de la hora de comienzo y término de la prestación, el tipo de componente sanguíneo transfundido, la cantidad y el profesional que otorgó la prestación. Asimismo, deberá cumplir con lo establecido en el punto número 4 de esta normativa en materia de registros.

d) Las prestaciones de este Grupo, no tendrán recargo horario y no estarán afectas al nivel de inscripción del prestador que las otorgue.

13.2.- Preparación componentes sanguíneos.

La Preparación de los componentes sanguíneos corresponde a los códigos arancelarios desde el 07-02-101 al 07-02-110.

13.3.- Estudios Previos a Transfusión por tipo de componente sanguíneo.

Estas prestaciones corresponden a los códigos arancelarios desde el 07-02-201 al 07-02-209.

- La prestación Calificación microbiológica por donante estudiado, componente sanguíneo producido o producto de aféresis automática código 07-02-201, comprende las siguientes determinaciones VDRL, HIV, virus hepatitis B antígeno de superficie, anticuerpos de hepatitis C, HTLV - I y II y Chagas.

- La prestación Calificación inmunohematológica por donante estudiado, componente sanguíneo producido o producto de aféresis automática, código 07-02-202, es realizada por el Centro de Sangre y comprende las siguientes determinaciones clasificación ABO y RhD y determinación de anticuerpos irregulares.

- La Prueba de compatibilidad por unidad de glóbulos rojos estudiada (proc. aut.) código 07-02-203, será realizada por la UMT.

- La prestación Fenotipificación otros grupos sanguíneos por unidad de glóbulos rojos producido código 07-02-204, corresponde a estudio realizado al donante por el Centro de Sangre.

- La prestación Grupos menores. Tipificación o determinación de otros sistemas sanguíneos (Kell, Duffy, Kidd y otros) c/u. Código 07-02-208, es el estudio pre transfusional realizado por la UMT.

- La Genotipificación D variante (incluye D parcial y débil) código 07-02-206 solo puede ser cobrada por prestadores que realicen la prestación mediante técnica de Biología Molecular.

- La prestación Subgrupo ABO y Rh fenotipo - genotipo Rh, c/u código 07-02-209, corresponde al estudio del sub grupo ABO, realizado previo a una transfusión.

13.4.- Procedimientos Transfusionales.

Corresponde a la transfusión de componentes sanguíneos, el cobro de acto transfusional por unidad o subunidad de glóbulos rojos o unidad/subunidad o pool de: plasma, plaquetas o crioprecipitados, incluye el tratamiento de las complicaciones médicas inmediatas. No incluye preparación de componente sanguíneo ni estudios previos, salvo que el procedimiento transfusional así lo explicita.

- Unidad: Corresponde a la bolsa con el componente sanguíneo total.
- Subunidad: Corresponde a una fracción de la bolsa de componentes sanguíneos que se utiliza en pacientes pediátricos.
- Pool corresponde a varias unidades de plaquetas o plasma que se juntan en una sola bolsa.

Los procedimientos transfusionales, durante su administración, efectuados tanto en atención abierta como atención cerrada, deberán ser controladas por profesional especialista, tecnólogo médico o médico responsable.

Los procedimientos transfusionales corresponden a los códigos arancelarios desde el 07-02-301 al 07-02-309.

26. Reemplázase el párrafo tercero de la letra a) del numeral 14 por el siguiente:

"El Fondo, pagará la primera consulta psiquiátrica bajo el código arancelario para la prestación, que corresponde al código 01-01-212 Consulta Médica de Especialidad en Psiquiatría adultos (Primera Consulta), o 01-01-213 Consulta Médica de Especialidad en Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia (Primera Consulta).".

27. Modifícase la letra f) del numeral 14, la expresión "Visita por médico interconsultor (o en junta médica c/u) a enfermo hospitalizado" por "Visita por médico interconsultor (o en junta médica c/u) a paciente hospitalizado".

28. Elimínase las letras g) y h) del numeral 14, reordenándose los literales siguientes de manera correlativa.

29. Modifícase la actual letra j), que ha pasado a ser la nueva letra h) del numeral 14, por la siguiente:

"h) Sesión de terapia electroconvulsivante código 09-01-003. La prestación del código 09-01-003, solo podrá ser efectuada en atención cerrada, pudiéndose realizar bajo el código 02-01-405 Día Cama de Hospitalización Integral Psiquiatría Cuidados Básicos, el límite establecido para dicha prestación corresponderá a un máximo de 6 sesiones, asimismo, no podrá ser repetida si aún no han transcurrido 6 meses desde el término de la terapia anteriormente efectuada.".

30. Incorpórase, a continuación del numeral 15.3, el siguiente numeral 15.4 nuevo, pasando el actual numeral 15.4 a ser 15.5.

15.4.- Telerehabilitación Grupo 09 sub grupo 08.

Los profesionales o establecimientos de salud, para otorgar integralmente las prestaciones, deberán estar acreditados ante el Fondo, el que verificará que cuenten con los requisitos técnicos y administrativos habilitantes para dicho efecto, los que se encuentran establecidos en el punto 7.1.6 de esta normativa.

Las prestaciones del grupo 09 subgrupo 08 se regirán por lo establecido en los puntos 15.1 - 15.2 y 15.3, de esta normativa y según las siguientes disposiciones específicas.

a) Las prestaciones de Telerehabilitación aranceladas del grupo 09 subgrupo 08, se encuentran autorizadas desde la primera consulta.

b) Estos códigos arancelarios no tienen recargo horario.

c) Las prestaciones del grupo 09 sub grupo 08, para Psicología, serán excluyentes entre sí, con las prestaciones del grupo 09 subgrupo 02.

d) Los límites financieros de las prestaciones del grupo 09 sub grupo 08, se encuentran contenidos en los límites financieros del grupo 09 sub grupo 02, es decir:

- Telerehabilitación: Psicólogo clínico (sesiones 45') código 09-08-101, esta prestación tendrá una duración de 45 minutos, con un máximo de 2 prestaciones por año por beneficiario, independientemente de la modalidad de atención, el Fondo pagará solo 2 prestaciones por año por beneficiario.

- Telerehabilitación: Psicoterapia Individual código 09-08-102, tendrá como límite financiero, 24 prestaciones por año por beneficiario y una duración de 45 minutos, límite financiero contenido dentro de las prestaciones del código 09-02-002, es decir, la sumatoria de ambas modalidades, corresponde a un máximo de 24 prestaciones por año por beneficiario.

- Telerehabilitación: Sesión de psicoterapia de pareja (con ambos miembros) código

09-08-103, estará contenida dentro del límite financiero de las prestaciones del código 09-02-003, es decir, la sumatoria de ambas modalidades, corresponde a un máximo de 24 prestaciones por año por beneficiario.

31. Incorpórase en el numeral 16.2 a continuación de la letra f), las siguientes g) y h) nuevas:

g) La prestación Evaluación clínica de la deglución, código 13-03-007, evalúa la integridad del mecanismo deglutorio en pacientes con alteraciones de origen mecánico, neurológico de base o adquirida (Por ACV, TEC, demencias, Parkinson u otro tipo de condiciones neurodegenerativas), con el objetivo de favorecer una alimentación segura y eficaz por vía oral que permita la hidratación y nutrición del usuario, valorando el riesgo de aspiración y/o penetración hacia la vía aérea. Considera dentro de la prestación los insumos correspondientes a guantes de látex (par), gasa, suero fisiológico 100 ml., jeringa de 20 ml., azul de metileno, yogurt, galletas (1 paquete), espesante, botella de agua, colorante alimentario, bandeja reutilizable, vaso plástico, entre otros. Esta prestación podrá ser efectuada en box de consulta, atención cerrada y domicilio. Se considera una prestación por año por beneficiario, prestación que contempla una duración de 40 minutos.

h) La prestación Rehabilitación de la deglución código 13-03-006; busca la rehabilitación de la deglución por vía oral, favoreciendo una alimentación eficaz y segura, otorgando mecanismos de protección de la vía aérea y sus complicaciones asociadas, lo anterior a través de estrategias terapéuticas tales como ejercicios, maniobras, adaptaciones de consistencias para la alimentación, entre otras. Indicada para el tratamiento de la disfagia, deglución atípica u otras alteraciones del proceso deglutorio, ya sea por causa mecánica, neurológica o adquirida. Considera dentro de la prestación los insumos correspondientes a guantes de látex (par), gasa, cuchara de metal, espesante, entre otros. Esta prestación podrá ser efectuada en box de consulta, atención cerrada y domicilio. Contempla un máximo de 30 prestaciones por año por beneficiario, con una duración mínima de 30 minutos.

32. Incorpórese, a continuación del numeral 16.2, los siguientes numerales 16.3 y 16.4 nuevos:

16.3.- Telerehabilitación Grupo 13 sub grupo 08.

Los profesionales o establecimientos de salud. para otorgar integralmente las prestaciones, deberán estar acreditados ante el Fondo, el que verificará que cuenten con los requisitos técnicos y administrativos habilitantes para dicho efecto, los que se encuentran establecidos en el punto 7.1.6 de esta normativa.

Las prestaciones del grupo 13 subgrupo 08 se registrarán por lo establecido en los puntos 16.1 - 16.2 y 16.3 de esta normativa y según las siguientes disposiciones específicas:

a) Las prestaciones de Telerehabilitación aranceladas del grupo 13 subgrupo 08, se encuentran autorizadas desde la primera consulta.

b) Estos códigos arancelarios no tienen recargo horario.

c) Las prestaciones del grupo 13 sub grupo 08, serán excluyentes entre sí con las prestaciones del grupo 13 subgrupo 03 para un mismo día.

d) Las personas con discapacidad, que se encuentren inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad y que sean beneficiarios de Fonasa, podrán acceder a prestaciones de Terapia Ocupacional sin tope de atenciones anuales, también se consideran los menores de 6 años, que sean acreditados por el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), que valide la condición de discapacidad del menor, con la documentación definida por ese Servicio para estos efectos.

e) Las prestaciones del grupo 13 sub grupo 08, se registrarán por los siguientes límites financieros, los cuales corresponden a una sumatoria entre los límites establecidos para el grupo 13 subgrupo 03, según el siguiente detalle:

- Telerehabilitación: Evaluación de la Voz (cód. 13-08-301), máximo 1 prestación anual y un mínimo de 30 minutos de duración. Independientemente de la modalidad de atención, ya sea, telerehabilitación o presencial código 13-03-001, el Fondo pagará solo 1 prestación por año por beneficiario.

- Telerehabilitación Evaluación del Habla (cód. 13-08-302), máximo 2 prestaciones anuales

y un mínimo de 30 minutos de duración. Independientemente de la modalidad de atención, ya sea, telerehabilitación o presencial código 13-03-002, el Fondo pagará solo 2 prestaciones por año por beneficiario.

- Telerehabilitación Evaluación del Lenguaje (cód. 13-08-303), Este código arancelario contiene 3 sesiones de mínimo 30' minutos cada una. Se permitirá un máximo de 3 prestaciones anuales por beneficiario, ya sea, telerehabilitación o presencial código 13-03-003, el Fondo pagará solo 3 prestaciones por año por beneficiario.

- Telerehabilitación Rehabilitación de la Voz (cód. 13-08-304), máximo 15 prestaciones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración, los máximos financieros de esta prestación estarán contenidos dentro del límite financiero de las prestaciones del código 13-03-004, es decir, la sumatoria de ambas modalidades, corresponde a un máximo de 15 prestaciones por año por beneficiario.

- Telerehabilitación Rehabilitación del Habla y/o del Lenguaje (cód. 13-08-305), máximo 30 prestaciones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración, los máximos financieros de esta prestación estarán contenidos dentro del límite financiero de las prestaciones del código 13-03-005, es decir, la sumatoria de ambas modalidades, corresponde a un máximo de 30 prestaciones por año por beneficiario.

16.4.- Disposiciones específicas Telerehabilitación.

a) Al inicio de la atención, se deberá informar de los beneficios de la atención, así como también de sus limitaciones, riesgos y posibles eventos adversos asociados a la terapia, esta información deberá quedar consignada en la ficha clínica del beneficiario mediante un consentimiento informado que deberá ser aceptado por el beneficiario.

b) Efectuar una valoración del beneficiario que incluya los aspectos cognitivos, acceso a tecnología, comorbilidades o factores de riesgos asociados, con el fin de determinar si el beneficiario es apto para el desarrollo de consulta a través de tecnologías de la información, dicho documento será considerado como parte de la ficha clínica y deberá quedar registrado en ella.

c) Si el beneficiario es apto para este tipo de atención, el profesional, deberá efectuar y registrar los objetivos y el plan de tratamiento acorde al diagnóstico clínico y la indicación del médico tratante.

d) Los profesionales que otorguen atenciones de telerehabilitación deberán entregar al beneficiario pautas de ejercicios y material de apoyo, en concordancia con el diagnóstico y el plan terapéutico, asimismo, deberá existir un medio de comunicación establecido entre el beneficiario y el profesional.

33. Incorpórase, en el numeral 17.4 "Otros Procedimientos", a continuación de la letra i), las letras j) y k) nuevas:

j) La Poligrafía cardiorrespiratoria del sueño código 17-07-038, corresponde ser realizado en modalidad hospitalizado, incluye el registro durante 12 horas en forma simultánea del flujo aéreo, movimientos respiratorios, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno. Debe ser efectuado por un médico especialista (neurólogo, broncopulmonar, otorrinolaringólogo, psiquiatra adultos o pediátricos, con subespecialidad en sueño) o por un profesional de la salud capacitado, solo podrá ser efectuado en Establecimientos de salud y Sociedades de Profesionales. Este examen incorpora su respectivo informe, el que deberá ser efectuado solo por el médico de las especialidades enunciadas anteriormente.

La Poligrafía cardiorrespiratoria del sueño ambulatoria código 17-07-063, incluye el registro ambulatorio de 12 horas, en forma simultánea del flujo aéreo, movimientos respiratorios, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno. Debe ser efectuado por un médico especialista (neurólogo, broncopulmonar, otorrinolaringólogo, psiquiatra adultos o pediátricos, con subespecialidad en sueño) o por un profesional de la salud capacitado, solo podrá ser efectuado por Establecimientos de salud y Sociedades de Profesionales. Este examen incorpora su respectivo informe, el que deberá ser efectuado solo por el médico de las especialidades enunciadas anteriormente.

34. Reemplázase en la letra b) del numeral 17.3, el código de la prestación "Albuminemia" 03-02-060, por 03-02-101 en todas las partes donde aparezca.

35. Reemplázase en el penúltimo inciso del numeral 17.5, "Neumología Endosonografía Bronquial (EBUS) Código 1707056", la expresión: "El procedimiento deberá ser realizado en una sala de procedimientos o pabellón quirúrgico (ya incluido en el valor total de la prestación)" por lo siguiente: "El procedimiento deberá ser realizado en un pabellón quirúrgico de cirugía"

menor (ya incluido en el valor total de la prestación).".

36. Reemplázase en el numeral 19 letra B), las letras a) y b) por las siguientes:

a) Trasplante Renal. En la cirugía urológica para los trasplantes renales se procederá de la siguiente manera:

- Se confeccionará un Programa de Atención de Salud para el receptor, incluyendo el código 19-02-003 y los exámenes correspondientes.

- Se extenderá otro Programa a nombre del donante, en que se codificará la ectomía renal por la prestación correspondiente al código 19-02-011 y los exámenes necesarios para determinar la compatibilidad. A este Programa, en el espacio destinado a fundamentación médica se anotará la frase "Programa Complementario al del Receptor".

- Ambos Programas serán presentados en conjunto para su valorización y serán de cargo del receptor debiendo éste ser beneficiario de la MLE.

- Los estudios de histocompatibilidad necesarios para efectuar el trasplante, deberán solicitarse mediante un Programa de Atención de Salud y se aceptarán por cada posible donante exámenes indispensables presentes en el arancel vigente y validado por el Instituto de Salud Pública.

b) Trasplante Hepático. Cuando se trate de una intervención quirúrgica por Trasplante Hepático, para efecto de la confección de los Programas de Atención de Salud, tanto del donante como del receptor y los exámenes de histocompatibilidad que se efectúen, se aplicarán los actos administrativos detallados en la letra a) de este punto.

En cuanto a la codificación de esta cirugía, se aplicará el código 18-02-100 para el receptor y el código 18-02-041 para el donante.

37. Incorpórase a continuación de la letra h) contenida en la letra "B) NORMAS ESPECÍFICAS" del numeral 19, la siguiente letra i):

i) La Intervención quirúrgica implante coclear código 13-02-074, incluye la hospitalización e intervención quirúrgica para implantar el dispositivo. No incluye el dispositivo.

38. Reemplázase íntegramente el numeral 21, correspondiente a "PRESTACIONES OTORGADAS POR CIRUJANOS DENTISTAS", por lo siguiente:

21.- Prestaciones otorgadas por Cirujanos Dentistas.

Los establecimientos de salud, que deseen otorgar prestaciones de salud en la MLE, deberán inscribirse en el Rol que lleva el Fondo, suscribiendo el respectivo convenio y presentando la documentación que corresponda según lo dispuesto por el Fondo para este grupo arancelario. Asimismo, deberán regirse por lo establecido en los puntos 2, 3 y 4 de esta normativa.

Deberán disponer del equipamiento y capacidad técnica, para otorgar las atenciones, asimismo, disponer de la Autorización de la Secretaría Regional Ministerial vigente correspondiente.

La sala de procedimientos odontológicos, en la que se realizan procedimientos de operatoria y/o endodoncia, debe cumplir con lo mencionado en decreto supremo 283, Norma 199, Circular C37 N°10, además de contar con los materiales e insumos mínimos para el correcto desarrollo técnico de Operatoria Básica y Endodoncia, según corresponda.

21.1.- Disposiciones específicas para prestaciones de atención odontológica general y de especialidad.

a) Obturación: Procedimiento destinado a la rehabilitación de un diente afectado por una lesión de caries activa cavitada, este diagnóstico y posterior procedimiento, es realizado por cirujano dental general.

b) Endodoncia: Tratamiento de los canales o conductos radiculares del diente que consiste en extirpar el tejido pulpar, cuando se ve afectado de manera irreversible. El procedimiento que es efectuado en diente unirradicular y birradicular puede ser realizado un cirujano dentista general, siempre y cuando el diente cumpla los siguientes requisitos: diente permanente con patología pulpar irreversible o patología periapical, sin tratamiento endodóntico previo, diente con anatomía unirradicular o birradicular con curvatura entre 0 y 10° (clasificación leve Schneider), diente con cámara y canal visible radiográficamente en toda su extensión, diente

rehabilitable a través de restauraciones directas, diente con posibilidad de aislar de manera absoluta.

El tratamiento de dientes multirradiculares, será efectuado exclusivamente por cirujanos dentistas con especialidad en endodoncia con registro en la Superintendencia de Salud.

c) Los profesionales deberán registrarse por lo establecido en el punto 4 de esta normativa en materia de registros, así como también, registrar la confirmación diagnóstica general y específica de los dientes afectados, plan de tratamiento, tratamiento otorgado, complicaciones si las hubiere, controles realizados, y respaldos radiológicos y fotográficos si corresponde. Todo lo anterior debe estar correctamente registrado con la fecha y firma del profesional tratante.

d) Las prestaciones asociadas a la atención dental cumplirán las condiciones generales y de aplicación específica, detalladas en el numeral 27. Pago Asociado a Diagnóstico (P.A.D.) de la presente normativa.

21.2.- Disposiciones específicas en prestaciones de cirugía y traumatología Bucomaxilofacial.

a) Podrán inscribir prestaciones quirúrgicas los cirujanos dentistas que, además de cumplir con las condiciones generales señaladas en el punto 21 y 21.1 de esta normativa, dispongan de certificación de especialidad en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, otorgada en las condiciones y requisitos establecidos para ese efecto, en el reglamento que aprueben los Ministerios de Salud y Educación, conforme al artículo 4° N° 13 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

b) Las prestaciones para la citada especialidad son:

Grupo 12 12-02-072	14-02-044 hasta 14-02-045
Grupo 13 13-01-025 hasta 13-01-026	14-02-047
13-02-022 hasta 13-02-025	14-02-051 hasta 14-02-056
13-02-027	14-02-059 hasta 14-02-060
13-02-030 hasta 13-02-031	Grupo 15
13-02-033	15-02-031 hasta 15-02-039
13-02-045	Grupo 16
Grupo 14 14-02-017	16-02-201
14-02-019 hasta 14-02-022	Grupo 21
14-02-037 hasta 14-02-038	21-04-012 hasta 21-04-013
14-02-042	21-04-016
	21-04-021
	21-06-001 hasta 21-06-002
	21-07-003

c) Para aquellas prestaciones que requieran la confección de Programas de Atención de Salud, los cirujanos dentistas se ajustarán a lo señalado en el número 3.3 de estas normas.

d) Cuando se trate de pacientes que presentan Trastornos Temporomandibulares de origen muscular, los cirujanos dentistas con especialidad en cirugía y traumatología bucomaxilofacial, podrán prescribir tratamientos de kinesiología.

21.3.- Indicación de exámenes de laboratorio e imagenología.

En caso de requerirse la indicación de exámenes, el especialista en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, se ajustará a lo señalado en el número 3.1 de estas normas, pudiendo prescribir los exámenes siguientes:

Grupo 03 Laboratorio Clínico y 08 Anatomía patológica	
0301006	Agregación plaquetaria con diferentes agonistas
0301011	Coagulación, tiempo de
0301034	Clasificación sanguínea ABO y RhD
0301036	Hematocrito (proc. aut.)
0301041	Hemoglobina glicada A1c
0301045	Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación)
0301059	Tiempo de protrombina (incluye INR, Razón Internacional Normalizada)
0301072	Tiempo de sangría (no incluye dispositivo asociado)
0301083	Trombina, tiempo de
0301085	Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares)
0301086	Velocidad de eritrosedimentación (proc. aut.)
0301091	Proteína C funcional
0302047	Glucosa en sangre
0306012	Cultivo para Anaerobios (incluye Cód. 03-06-008)

0306026	Antibiograma Corriente (mínimo 10 fármacos) (en caso de urocultivo no corresponde su cobro; incluido en el valor 03-06-011)
0801008	Estudio histopatológico de biopsia diferida (por cada muestra y/o tejido) (incluye hasta 3 láminas)
0801002	Citología no ginecológica (por cada placa o frasco) (máximo 6)
Grupo 04 Imagenología	
0401001	Radiografía de las glándulas salivales "sialografía"
0401002	Radiografía de partes blandas, laringe lateral, cavum rinofaríngeo (rinofarinx).
0401031	Radiografía de cavidades perinasales, órbitas, articulaciones temporomandibulares, huesos propios de la nariz, malar, maxilar, arco cigomático y cara
0401032	Radiografía de cráneo frontal y lateral
0401033	Radiografía de Cráneo proyección especial de base de cráneo (Towne)
0401056	Radiografía Edad Ósea: carpo y mano
0403007	Tomografía Computarizada de órbitas maxilofacial
0403012	Tomografía Computarizada de cuello, partes blandas
0404004	Ecografía como apoyo a cirugía, o a procedimiento (de tórax, muscular, partes blandas, etc.)
0405001	Resonancia Magnética Cráneo Encefálica u Oídos, bilateral
0405004	Resonancia Magnética de articulaciones temporomandibulares

39. Reemplázase en la letra a) del numeral 22, correspondiente a PRESTACIONES EFECTUADAS POR MATRONAS la referencia al punto 9.2 letra h) por 9.2 letra c)".

40. Agrégase en el numeral 27.1 letra b), a continuación del punto aparte, que pasa a ser punto seguido, la siguiente oración: "Por tanto, para los casos de tratamientos programados, se deberá presentar la orden médica correspondiente emitida por el médico tratante y ajustarse a lo establecido en los puntos 4 y 6 de estas Normas."

41. Incorpórase en la letra c) contenida en la letra "B) Prestaciones Grupo 25 Subgrupo 02" del numeral 27.5, las siguientes viñetas nuevas:

- La prestación Vasectomía, código 25-02-022, solo podrá ser efectuada en Mayores de 18 años, requiere la emisión de orden médica por Médico-Cirujano con Especialidad Acreditada en Urología. Este código arancelario incluye día cama de Observación o un día cama en unidades médico quirúrgico, según necesidad clínica del beneficiario e indicación médica. Dicha prestación solo podrá ser efectuada en Establecimientos de salud de Salud en pabellón de cirugía mayor, se considera como una intervención bilateral con límite vida de 1 prestación por beneficiario. No incluye consulta Médica y Espermiograma de Control, posterior a la Intervención Quirúrgica en el tiempo que lo determine su Médico Tratante.

- La prestación Reparación Prenatal de Espina Bífida, código 25-02-023, solo podrá ser realizada en el feto, requiere de orden médica y será efectuada por especialista en Neurología y un Multiequipo disciplinario (Neurocirugía, Ginecología y Obstetricia, Medicina Fetal), será efectuada solo en Establecimientos de Salud de Alta Complejidad, requiere Pabellón de Cirugía Mayor y Unidades de Neonatología, puede requerir incubadora. Los Fármacos específicos están incluidos en la prestación. No se considera criterio de exclusión la presencia de cicatriz uterina por cesárea previa.

Esta prestación excluye a pacientes con cuello < de 25mm, IMC > 35, incompetencia cervical o con cerclaje, placenta previa, parto prematuro idiopático previo < de 37 semanas, sero positivo para HIV, Hepatitis B o anomalía uterina severa, condición médica materna que contraindique la cirugía o anestesia general.

- La prestación Crosslinking Corneal código 25-02-024, está recomendada en beneficiarios menores de 45 años, deberá ser efectuada por Médico Especialista en Oftalmología, contempla una duración de 60 minutos, solo podrá ser efectuada por establecimientos de salud en pabellón de cirugía. Su valor no considera bilateralidad, se establece un límite financiero vida de 2 prestaciones por beneficiario.

42. Elimínase la letra d) y e) del numeral 27.5, contenido en la letra "B) Prestaciones Grupo 25 Subgrupo 02".

43. Reemplázase íntegramente el numeral 27.5, la letra "C. Prestaciones Dentales Grupo 25 Subgrupo 03", por lo siguiente:

C. Prestaciones Dentales Grupo 25 Subgrupo 03.

Procede el cobro de las prestaciones del Grupo 25-03, cuando la resolución del diagnóstico se efectúa a través de las prestaciones identificadas en la letra c) de este apartado:

P.A.D	GLOSA
25-03-001	Diagnóstico, Prevención y Obturación para un diente
25-03-002	Obturación 2 hasta 4 dientes (tratamiento complementario)
25-03-003	Obturación 5 y más dientes (tratamiento complementario)
25-03-004	Tratamiento de Endodoncia Uniradicular, un diente
25-03-005	Tratamiento de Endodoncia Biradicular, un diente
25-03-006	Tratamiento de Endodoncia Multiradicular, un diente

Las prestaciones de atención dental, obturaciones y endodoncias, códigos 25-03-001 hasta 25-03-006, además de las condiciones generales establecidas para las prestaciones P.A.D., deben cumplir con la normativa específica siguiente:

a) Es responsabilidad del cirujano dentista cumplir con las disposiciones técnicas siguientes:

- Registrar en la ficha del paciente los tratamientos efectuados y su descripción detallada, la evolución y las radiografías realizadas y regirse por lo establecido en el punto 4 de esta normativa en materia de registros.

- Para el caso de los códigos 25-03-001 hasta 25-03-003, obligatoriedad de pedir radiografía bitewing o radiografía periapical previo a tratamiento, herramienta complementaria diagnóstica que determina la presencia de lesiones de caries interproximales y oclusales activas cavitadas.

- Todo diente con lesiones de caries activa cavitada, debe ser tratado en todas las caras afectadas, independiente del número que sean. Para los códigos 25-03-001, 25-03-002 y 25-03-003, obturaciones, el cirujano dentista debe registrar clínica y radiográficamente, las lesiones de caries activas cavitadas que serán obturadas, determinando aquellas que por grado de avance incipiente y ubicación no se justifica y que deben ser abordadas mediante odontología mínimamente invasiva con prestaciones descritas en código 25-03-001, y aquellas que por diagnóstico pulpar y grado de destrucción no tienen viabilidad mediante una obturación directa.

- La utilización de bases cavitarias forman parte del tratamiento y se indicarán según criterio clínico.

- Para los códigos 25-03-004, 25-03-005 y 25-03-006, endodoncias, para la indicación correcta de la obturación y rehabilitación con resina, deben cumplirse criterios clínicos y radiográficos.

- Las prestaciones de endodoncia deben tener por obligatoriedad 3 radiografías retroalveolares: previa, conductometría y control de relleno de conductos.

- El profesional puede, adicionalmente, disponer de fotografías clínicas antes y después del tratamiento efectuado (pueden ser dos de caras oclusales), almacenadas en archivos accesibles para Fonasa.

- Los tratamientos de obturación o endodoncia deben estar por lo menos un año sin presentar complicaciones.

- El profesional deberá entregar al paciente, por escrito, el diagnóstico, tratamiento efectuado, pronóstico y las indicaciones a seguir por el paciente para controlar su patología. Al mismo tiempo se deberá contar con el Consentimiento Informado firmado por parte del beneficiario.

- Para efectos de otorgar las prestaciones de imagenología requeridas para el diagnóstico clínico y tratamiento, los prestadores inscritos podrán celebrar convenios con centros de imagenología, que deberán contar con la respectiva Autorización de la Secretaría Regional Ministerial vigente y dicha prestación no podrá ser cobrada en ningún caso al beneficiario, pues su valor ya ha sido considerado en el valor total de cada PAD.

b) Disposiciones generales.

- Podrán acceder a tratamiento los beneficiarios, entre 12 años y 34 años 11 meses 29 días, que presenten lesiones de caries de una o más dientes y/o necesidad de tratamiento endodóntico.

- Para la emisión de BAS, el cirujano dentista prescribirá el tratamiento en una orden, con su nombre, firma y timbre, en la que anotará como mínimo: Nombre del paciente, diagnóstico general y específico, tipo de tratamiento a realizar, dientes comprometidos, código de arancel que solicita y consentimiento informado. Una copia de esta orden debe quedar para el paciente.

- Emitidos los BAS por FONASA, el beneficiario los entregará al profesional, quien debe presentarlos a cobro una vez terminado el tratamiento a que se refiere el código emitido.
- En materia general de vigencia de BAS, registros, emisión y pago, los cirujanos dentistas deben cumplir las condiciones señaladas en numeral 3, 4 y 6 de esta normativa.

c) Disposiciones específicas.

- La atención dental de obturaciones inicia con el código 25-03-001 Diagnóstico, Prevención y Obturación para un diente, cuyo BAS es comprado por el beneficiario, luego de haber asistido a la primera consulta dental y efectuada la evaluación visual bucal del cirujano dentista, este confirma que se trata de una persona que presenta lesiones de caries, solicitando los exámenes radiológicos según corresponda.

- En caso de ser necesario, se asociará a la prestación 25-03-001, un tratamiento de continuidad, usando la codificación que corresponda al número de dientes afectados (25-03-001 con 25-03-002; o 25-03-001 con 25-03-003).

- Las prestaciones 25-03-001 hasta 25-03-006 tienen una frecuencia máxima de una prestación por beneficiario por año calendario.

- Para el caso de las atenciones de pacientes con necesidad de tratamiento endodóntico, el BAS será solicitado posterior a la primera consulta dental donde se indicará el o los códigos que sean necesarios, teniendo en consideración el límite por año.

- El valor de las prestaciones de obturación y de endodoncia, incluye lo siguiente:

- Código 25-03-001 Diagnóstico, Prevención y Obturación para un diente. Considera el examen de salud oral, radiografías bitewing o radiografías periapicales, educación y control de higiene oral, destartraje supragingival y/o subgingival e higiene bucal fluoración completa y sellantes en caso de necesidad de tratamiento mínimamente invasivo y la obturación de un diente (cualquier diente con composite o resina compuesta), todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento. Como recomendación MINSAL, los dientes que presenten lesiones de caries activas no cavitadas no deberán ser obturadas y se realizarán medidas terapéuticas preventivas, como aplicación de flúor barniz o sellantes, consideradas dentro de este código.

- Código 25-03-002 Obturación 2 hasta 4 dientes (tratamiento complementario), considera educación y control de higiene oral y la obturación a uno o más dientes (máximo 4 dientes, cualquier diente con composite o resina compuesta), todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.

- Código 25-03-003 Obturación 5 y más dientes (tratamiento complementario). Considera educación y control de higiene oral y la obturación de más de 4 dientes (sin máximo, cualquier diente con composite o resina compuesta), todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.

- Código 25-03-004 Tratamiento de Endodoncia Unirradicular, un diente, considera el examen de salud oral, 3 radiografías retroalveolares, una endodoncia unirradicular y la obturación con resina compuesta o composite, todos los insumos que se requiera y las complicaciones que deriven del tratamiento.

- Código 25-03-005 Tratamiento de Endodoncia Birradicular, un diente, considera el examen de salud oral, 3 radiografías retroalveolares, una endodoncia birradicular y la obturación con resina compuesta o composite, todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.

- Código 25-03-006 Tratamiento de Endodoncia Multirradicular, un diente, considera el examen de salud oral, 3 radiografías retroalveolares, una endodoncia multirradicular y la obturación con resina compuesta o composite, todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.

44. Reemplázase en el numeral 27.5, la tabla inserta en la letra "D) Prestaciones trazadoras", por la siguiente:

P.A.D	GLOSA	PRESTACIONES TRAZADORAS
25-01-001	Colelitiasis	18-02-028 o 18-02-029 o 18-02-081
25-01-002	Apendicitis	18-02-053
25-01-003	Peritonitis	18-02-007

25-01-004	Hernia abdominal simple	18-02-003
25-01-005	Hernia abdominal complicada	18-02-003, 18-02-074
25-01-009	Parto (incluye tamizaje auditivo recién nacido)	20-04-003, o 005, o 006
25-01-010	Embarazo ectópico	20-03-003
25-01-014	Enfermedad crónica de las amígdalas	13-02-029
25-01-015	Vegetaciones adenoides	13-02-028
25-01-016	Hiperplasia de la próstata	19-02-005 o 19-02-056
25-01-017	Fimosis	19-02-082
25-01-018	Criptorquidia	19-02-066 o 19-02-060
25-01-019	Ictericia del recién nacido	Sin prestación trazadora
25-01-021	Cataratas (no incluye lente Intraocular)	12-02-064
25-01-026	Prolapso vaginal anterior y/o posterior	20-03-023 o 024
25-01-027	Tumores y/o quistes intracraneanos	11-03-024 o 025 o 026
25-01-030	Hernia del Núcleo Pulposo (cervical, dorsal, lumbar)	11-03-049
25-01-031	Acceso vascular simple (mediante FAV) para hemodiálisis	17-03-003
25-01-032	Acceso vascular complejo (mediante FAV) para hemodiálisis	17-03-003 y 17-03-006
25-01-033	Queratectomía Fotorrefractiva o Queratomileusis Fotorrefractiva (Lasik o PRK)	12-02-078
25-01-034	Histerectomía	20-03-009 o 010 o 014 o 015 o 016
25-01-035	Menisectomía	21-04-159
25-01-036	Litotripsia extracorpórea	19-02-090
25-01-037	Síndrome del Túnel Carpiano	11-03-066
25-01-038	Ruptura Manguito Rotador	21-04-051
25-01-039	Osteosíntesis Tibio-Peroné	21-04-167
25-01-040	Osteosíntesis Muslo	21-04-144
25-01-041	Osteosíntesis Cúbito y/o Radio	21-04-073
25-01-042	Osteosíntesis Diafisaria Húmero	21-04-055
25-01-043	Inestabilidad de Hombro	21-04-048
25-01-044	Endoprótesis total de hombro	21-04-042
25-01-045	Contractura Dupuytren	21-04-091
25-01-046	Hallux Valgus	21-04-190
25-01-047	Inestabilidad de Rodilla	21-04-156
25-01-048	Dedos en Gatillo	21-04-093
25-01-049	Tumores o Quistes Tendino-Musculares	21-04-026
25-01-050	Quistes Sinoviales	21-04-003
25-01-051	Tiroidectomía Total	14-02-001
25-01-052	Tiroidectomía Subtotal	14-02-002
25-01-053	Hidrocele y/o Hematocele	19-02-064
25-02-002	Hemorroides	18-03-018
25-02-003	Várices	17-03-030
25-02-004	Varicocele	19-02-075
25-02-005	Chalazión	12-02-016
25-02-006	Glaucoma tratamiento quirúrgico	12-02-045 – 12-02-069 – 12-02-068
25-02-007	Pterigión	12-02-026
25-02-008	Estudio Apnea del Sueño	11-01-045
25-02-009	Tratamiento fertilización asistida baja complejidad en hombre	Sin prestación trazadora
25-02-010	Tratamiento fertilización asistida baja complejidad en mujer	Sin prestación trazadora
25-02-011	Inducción de la Ovulación	Sin prestación trazadora
25-02-012	Aspiración Folicular	Sin prestación trazadora
25-02-013	Laboratorio FIV/ICSI	Sin prestación trazadora
25-02-014	Transferencia en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad	Sin prestación trazadora
25-02-015	Soporte Post Transferencia en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad	Sin prestación trazadora
25-02-016	Criopreservación en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad	Sin prestación trazadora
25-02-017	Preparación Endometrial	Sin prestación trazadora
25-02-018	Descongelación en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad	Sin prestación trazadora
25-02-020	Clínica de lactancia (0 a 6 meses de edad)	Sin prestación trazadora
25-02-021	Mal nutrición infantil (7 a 72 meses de edad)	Sin prestación trazadora
25-02-022	Vasectomía	19-02-076
25-02-023	Reparación Prenatal de Espina Bífida	11-03-047
25-02-024	Crosslinking Corneal	Sin prestación trazadora

25-03-001	Diagnóstico, Prevención y Obturación para un diente	Sin prestación trazadora
25-03-002	Obturación 2 hasta 4 dientes (tratamiento complementario)	Sin prestación trazadora
25-03-003	Obturación 5 y más dientes (tratamiento complementario)	Sin prestación trazadora
25-03-004	Tratamiento de Endodoncia Uniradicular, un diente	Sin prestación trazadora
25-03-005	Tratamiento de Endodoncia Biradicular, un diente	Sin prestación trazadora
25-03-006	Tratamiento de Endodoncia Multiradicular, un diente	Sin prestación trazadora
25-03-007	Atención Odontológica Integral del Paciente Oncológico	Sin prestación trazadora
25-04-103	Angiografía Diagnostica Cerebral	Sin prestación trazadora
25-05-936	Angioplastia y Colocación de Stent en Arteria Carotidea	Sin prestación trazadora
25-05-937	Endarterectomía Carotidea	17-03-014
25-05-939	Trombectomía mecánica infarto cerebral	Sin prestación trazadora
25-05-940	Embolizaciones de Malformaciones Vasculares No Rotas (exceptúa tratamiento endovascular del aneurisma)	Sin prestación trazadora
25-05-941	Tratamiento Endovascular de Aneurisma Cerebral No Roto	11-03-027
25-05-456	Trombolisis de urgencia infarto cerebral	Sin prestación trazadora

45. Incorpórase en el numeral 29.2 PRESTACIONES DE NUTRICIONISTAS, a continuación de la letra b), la siguiente letra c) nueva:

c) Teleconsulta Atención Integral de Nutricionista Grupo 26 sub grupo 08.

Los profesionales o establecimientos de salud, para otorgar integralmente las prestaciones, deberán estar acreditados ante el Fondo, el que verificará que cuenten con los requisitos técnicos y administrativos habilitantes para dicho efecto, los que se encuentran establecidos en el punto 7.1.6 de esta normativa.

Las prestaciones del grupo 26 subgrupo 08 se regirán por lo establecido en el numeral 29.2, de esta normativa y según las siguientes disposiciones específicas:

a) La prestación de Teleconsulta arancelada del grupo 26 subgrupo 08, se encuentra autorizada desde la primera consulta.

b) Este código arancelario no tiene recargo horario.

c) Las prestaciones del grupo 26 sub grupo 08, serán excluyentes entre sí con las prestaciones del grupo 26 subgrupo 02 en un mismo día.

d) El código arancelario 26-08-201, contiene 3 sesiones, una evaluación al inicio, un control y una evaluación al término.

e) El límite financiero del código 26-08-201, corresponde a la sumatoria de las prestaciones 26-02-001 y 26-08-201, las cuales corresponden a un total de 3 prestaciones por año por beneficiario.

46. Agrégase el siguiente numeral 32 nuevo:

"Déjase establecido que lo señalado en la presente resolución, el prestador o el otorgamiento de la prestación deberá cumplir con la totalidad de la normativa sanitaria vigente, esto es, entre otras, decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, el Código Sanitario y toda su normativa complementarias."

Artículo segundo: La presente resolución entrará en vigencia a contar de su publicación en el Diario Oficial.

Artículo tercero: El Fondo Nacional de Salud pondrá a disposición de los usuarios (prestadores públicos y privados, asegurados, establecimientos de salud en general), la presente resolución a través de su página web, www.fonasa.cl.

Anótese y publíquese.- Enrique Paris Mancilla, Ministro de Salud.

Transcribo para su conocimiento resolución exenta N° 436 - 6 de mayo 2021.- Por orden de la Subsecretaria de Salud Pública, saluda atentamente a Ud., Jorge Hübner Garretón, Jefe de la División Jurídica, Ministerio de Salud.