DIARIO OFICIAL
DE LA REPUBLICA DE CHILE
Ministerio del Interior y Seguridad Pública

I SECCIÓN

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 44.035 | Sábado 28 de Diciembre de 2024 | Página 1 de 18

Normas Generales

CVE 2589315

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública

APRUEBA NORMA TÉCNICA N° 238 PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MODALIDAD DE COBERTURA COMPLEMENTARIA (MCC) DEL FONDO NACIONAL DE SALUD

Núm. 74 exento.- Santiago, 23 de diciembre de 2024.

Visto:

El ordinario N° 25385/2024, del Director del Fondo Nacional de Salud; el decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; la ley N° 21.674, que modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el Fondo Nacional de Salud, otorga facultades a la Superintendencia de Salud, y modifica normas relativas a las Instituciones de Salud Previsional; el decreto supremo N° 28, de 2009, del Ministerio de Salud; la resolución exenta N° 1.134, de 2024, del Ministerio de Salud que aprueba el Arancel de la MCC; y la resolución N°7 de 2019, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón.

Considerando:

1. Que, el nuevo artículo 144 ter inciso primero, del decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud -en adelante DFL N° 1, de 2005-, introducido por el artículo 1° de la ley N° 21.674, establece una nueva modalidad de atención, denominada Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), en virtud de la cual, las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que cumplan los requisitos que establece dicha ley y se inscriban para tales efectos, podrán obtener acceso y protección financiera para las prestaciones de salud aranceladas en una red de prestadores determinada, obligándose al pago de una prima complementaria.
2. Que, en el Mensaje N° 049-371, de 8 de mayo de 2023, de S.E. el Presidente de la República, del proyecto de la ley en referencia, se consignó que esta iniciativa legal busca "…fortalecer al Fondo a través de la creación de una nueva modalidad, alternativa, de acceso a la provisión financiera del Fondo Nacional de Salud que permita acoger a nuevos beneficiarios en condiciones similares a las que hoy contempla el sistema privado", idea que fue replicada en los respectivos Informes de las Comisiones de Salud, de 19 de enero de 2024, y de Hacienda, de 23 de enero del presente año, ambas del H. Senado, y en los que evacuaron las Comisiones de Salud y de Hacienda, de 10 y 18 de abril de 2024, de la H. Cámara de Diputados.
3. Que, la citada ley N° 21.674 incorpora en su artículo 1°, numeral 1, un nuevo literal g) al artículo 50 del citado DFL N° 1, de 2005, que establece entre las funciones de Fonasa, la de "g) Velar por el correcto funcionamiento de la licitación, contratación e implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria en los términos a que se refieren los artículos 144 bis y siguientes de esta ley".
4. Que, para la implementación de la MCC establecida en la citada letra g) del artículo 50, se requiere construir y poner en marcha una nueva gestión técnica y administrativa en Fonasa, que deberá considerar la atención de usuarios, la inscripción de personas afiliadas, la inscripción de prestadores la creación de una Red de Atención MCC, la emisión de prestaciones aranceladas en la MCC y finalmente establecer reglas para la fiscalización del buen funcionamiento de esta nueva modalidad de atención.
5. Finalmente, para el establecimiento de las presentes directrices se ha considerado lo dispuesto en el artículo 144 octies de la citada ley N° 21.674, que establece en su inciso final que en todo lo que no esté expresamente regulado y sea compatible con lo expuesto en sus artículos

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

144 bis, 144 ter, 144 quáter, 144 quinquies, 144 sexies y 144 septies, se aplicarán las normas de la Modalidad de Libre Elección a la MCC.

6. Que, en atención a lo expresado en los párrafos precedentes,

Decreto:

1. Aprueba Norma Técnica N° 238 para la implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de Fonasa, cuyo texto es el siguiente:

TÍTULO I. DEFINICIONES

Para la aplicación de la presente norma regirán las definiciones siguientes:

1. Ajuste de Tecnología: Terapias o dispositivos de alta complejidad utilizados en el tratamiento del paciente durante el episodio de hospitalización, que se encuentran detallados en el Listado de Ajustes de Tecnología de la resolución que aprueba el arancel MCC.
2. Arancel de la MCC: Documento que agrupa y define la cartera total de prestaciones de salud que cuentan con cobertura financiera. El arancel incluye un catálogo de prestaciones y el conjunto de prestaciones de salud descritas en el Libro II del DFL N° 1 de 2005, las cuales están clasificadas, codificadas y valoradas conforme a lo establecido en la resolución exenta dictada por el Ministerio de Salud y visada por el Ministerio de Hacienda.
3. Asegurado inscrito en la MCC: Persona afiliada a Fonasa que se ha inscrito voluntariamente en la MCC y que conviene con una compañía de seguro el pago de una prima voluntaria adicional a la cotización obligatoria de salud, para acceder a las prestaciones aranceladas en la red de prestadores fijada para tales efectos para la MCC. La compañía de seguros, en virtud de la póliza convenida, otorgará una cobertura financiera complementaria a la otorgada por Fonasa y al copago al cual debe concurrir este último, si correspondiere. La cobertura financiera complementaria otorgada por las compañías de seguro tendrá un tope anual en los términos que se establezcan en la póliza. Corresponde al asegurado inscrito en la MCC el pago de la prima por sí y por cada persona inscrita de su grupo familiar, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso segundo, del artículo 144 quinquies de la Ley N° 21.674.
4. Atención Abierta o Ambulatoria: Atención a pacientes que requiere de asistencia especializada o de referencia, que incorpora diversas especialidades y tecnologías que permiten resolver en forma ambulatoria un mayor número de patologías con procedimientos mínimamente invasivos.
5. Atención Electiva o Programada: Atención de salud que se realiza en la fecha y hora que el prestador de salud acuerde con el beneficiario, y que puede ser postergada, sin afectar la evolución o estado de un paciente. Las prestaciones electivas o programadas no recibirán recargo, aunque se efectúen fuera de horario hábil.
6. Atención Integral: Conjunto de acciones diagnósticas y terapéuticas realizadas por un equipo clínico y orientadas al mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. Lo anterior conlleva a una resolución integral del evento por el cual el paciente está siendo atendido e incluye la atención de patologías agudas o crónicas que estén presente al ingreso o se manifiesten durante el transcurso de la hospitalización.
7. Bilateralidad: Presencia o afectación en ambos lados del cuerpo o de una estructura corporal específica, por ejemplo: rodillas, ojos, mamas, etc.
8. Bono de Atención de Salud o BAS: Documento nominado con nombre y RUN (Rol único Nacional) del beneficiario/a y del prestador de salud, que contiene el código de prestaciones y valores, otorgado a través de los canales emisión vigentes que el Fonasa determine, que constituye el único medio de pago para el otorgamiento de las prestaciones.
9. Categoría Diagnóstica Mayor o CDM: Corresponde a cada uno de los grupos mutuamente excluyentes en que se clasifican los GRD. Los diagnósticos de cada categoría corresponden a un determinado sistema.
10. Cirugía Mayor Ambulatoria o CMA: Corresponde a todo acto quirúrgico mayor, que se realiza en un pabellón ambulatorio o central, luego del cual el paciente, pasado un período de recuperación, vuelve a su domicilio el mismo día o en menos de 24 horas.
11. Conjunto Mínimo Básico de Datos o CMBD: Conjunto de datos clínicos, demográficos y administrativos que proceden de la historia clínica de un paciente, y que permiten construir las agrupaciones por tipos de casos de GRD. Estos se obtienen al momento del egreso y deben ser registrados de forma completa, oportuna y correcta en el sistema de registro GRD.
12. Consulta Médica Integral: Atención otorgada por un prestador de salud en un lugar destinado para dichos fines, incluyendo el control médico realizado por un médico general o de especialidad. La consulta médica integral incluye: anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas y algunos procedimientos mínimos y habituales tales como medición de presión arterial, otoscopía, antropometría (medición de peso y talla). Dicha atención deberá quedar registrada en la respectiva ficha clínica del paciente.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

13. DFL 1, de 2005: Decreto con fuerza de ley Nº1 del 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.
14. Ficha Clínica: La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente.
Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella.
15. Fonasa: Fondo Nacional de Salud.
16. Grupos Relacionados por el Diagnóstico o GRD: Sistema de clasificación de pacientes que establece una relación entre los distintos tipos de pacientes atendidos en un hospital y el costo o consumo de recursos asociado a su atención. Los pacientes (atenciones) se clasifican en un determinado número de grupos (GRD) en base a similares características diagnósticas, terapéuticas y de consumo de recursos similares.
17. Inscripción del afiliado Fonasa a la MCC (afiliado inscrito en la MCC): Acto voluntario en el cual una persona que cumpla con los requisitos establecidos por la normativa vigente se inscribe en la MCC para acceder a las condiciones y beneficios definidos en dicha modalidad, conforme a las disposiciones legales y normativas que la regulan. El afiliado podrá inscribirse en la MCC por sí y también a su grupo familiar.
18. Inscripción del prestador a la MCC: Acto voluntario mediante el cual un prestador individual o institucional, que cumpla con los requisitos establecidos por Fonasa y la normativa vigente, se inscribe en la MCC.
19. INLIERS: Casos con estadías que se encuentran entre el punto de corte inferior y punto de corte superior, de acuerdo con la norma GRD vigente.
20. IR-GRD: Grupos Relacionados por el Diagnóstico Internacionales y Refinados, tipo de GRD implementado en Chile, compatibles con la clasificación internacional de Enfermedades CIE 10 para diagnósticos y su eje principal es el procedimiento CIE 9.
21. Laboratorio Clínico: Servicio, unidad o establecimiento público o privado que tiene por objeto la ejecución de exámenes o análisis de apoyo clínico y diagnóstico en salud humana, tales como exámenes hematológicos, bioquímicos, hormonales, genéticos, inmunológicos, microbiológicos, parasitológicos, virológicos, citológicos, histopatológicos y toxicológicos, con fines de prevención, diagnóstico o control de tratamiento de las enfermedades, estados fisiológicos u otras condiciones. Estos podrán ser unidades o servicios adosados o establecimientos independientes.
22. Lógica Sanitaria: Considera la asignación de códigos para el pago de prestaciones y acciones de salud en forma desagregada, asociando el pago a una resolución integral de un problema de salud o de una intervención necesaria en un procedimiento diagnóstico. En este sentido, la utilización de este término pretende asegurar que las personas inscritas en la MCC, que lo requieran reciban el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos adecuados para resolver un problema o afección de salud sin tener que realizar pagos adicionales por una descomposición de acciones en el proceso productivo.
23. Mecanismo de Pago GRD: Corresponde a un mecanismo de financiamiento que genera un pago al prestador, reconociendo la complejidad de los casos atendidos. En Chile el mecanismo se utiliza para financiar egresos hospitalarios y atenciones de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), que se agrupan en un determinado GRD, por lo que finalmente al prestador se le paga una cantidad fija por ese episodio, monto que resulta de la ponderación del Peso Relativo de dicho GRD por un precio base.
24. Minsal: Ministerio de Salud.
25. Modalidad de Cobertura Complementaria o MCC: Modalidad de atención en virtud de la cual las personas afiliadas que se encuentren en los grupos B, C y D de Fonasa se inscriben voluntariamente para efectos de obtener acceso y protección financiera para las prestaciones de salud ambulatorias y hospitalarias en una red de prestadores privados determinada y bajo un arancel asociado, obligándose al pago de una prima adicional por la cual recibirán una cobertura financiera complementaria a la otorgada por Fonasa.
26. Modalidad Libre Elección o MLE: Modalidad de atención en virtud de la cual los profesionales o entidades del sector público o privado inscritos para el efecto y elegidos libremente por el afiliado, ejecutan las prestaciones que con este objeto se señalan en el arancel, por la retribución que en el mismo se determine.
Los afiliados/as y los beneficiarios/as que de ellos dependan podrán optar por atenderse de acuerdo con la Modalidad de Libre Elección, caso en el cual podrán elegir al profesional o a la entidad pública o privada que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.
27. Opción de Modalidad MLE o MCC: Es la voluntad escrita de la persona inscrita y asegurada en la MCC o de la persona que lo represente, de elegir atenderse bajo las modalidades de Libre Elección o de Cobertura Complementaria. En ambos casos, podrán elegir al prestador de salud o esquema que, conforme a la modalidad respectiva, otorgue la prestación requerida.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

28. OUTLIERS INFERIOR: Casos con estadía menor a la establecida en el punto de corte inferior del GRD.
29. OUTLIERS SUPERIOR: Casos con estadía superior a la establecida en el punto de corte superior del GRD.
30. Programa de Atención de Salud PAS: Es el documento emitido y valorizado por el Fondo Nacional de Salud o por un tercero en convenio (entidad delegada o prestador de libre elección), que registra el total de las prestaciones de salud del arancel de la modalidad de libre elección, otorgadas a un beneficiario, en un tiempo determinado.
31. Peso Relativo: Medida relativa de la intensidad en el consumo de recursos en el manejo de un GRD, para efectos de la MCC. Corresponde al factor por el cual se multiplicará el precio base para la obtención del precio de un GRD específico. Esta medida es obtenida del sistema informático de codificación de GRD.
32. POA Present on Admission: Aquellas condiciones de salud presentes en el paciente al momento de ser internado en un hospital.
33. Prestador de Salud: Persona natural o jurídica, privada, cuya actividad es el otorgamiento de atenciones de salud. El prestador de salud se clasifica en individual o Institucional.
34. Prestador individual: Persona natural que, de forma independiente, como parte de un prestador institucional o mediante un convenio con este, brinda directamente prestaciones de salud a los usuarios o colabora, ya sea de manera directa o indirecta, en su ejecución. Se considera prestador individual a los profesionales de la salud mencionados en el Libro V del Código Sanitario, inscritos en el Registro Individual de Prestadores de la Superintendencia de Salud.
35. Prestador Institucional: Persona jurídica cuyo objeto principal de constitución, es otorgar prestaciones de salud, las que se organizan y gestionan en establecimientos asistenciales que cuentan con los recursos humanos, materiales y tecnológicos necesarios para brindar esas prestaciones. Estos establecimientos tienen una identidad propia y funcionan bajo una dirección o administración, independientemente de su naturaleza o nivel de complejidad y se encuentran sujetos al cumplimiento de las normativas sanitarias dictadas por el Minsal.
36. Procedimiento: Corresponde a un conjunto de acciones de salud, identificadas por prestaciones unitarias o grupos de prestaciones, que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos o terapéuticos, pudiendo ser realizados en atención cerrada y/o ambulatoria, según el tipo de paciente, requerimiento de equipamientos e insumos y del lugar en el cual se deba realizar.
37. Programa de Atención en Salud o PAS: Documento emitido y valorizado por Fonasa a través de los canales de emisión vigente, que contiene el registro del total de las prestaciones de salud del arancel de la MCC, otorgadas a un beneficiario, en un tiempo determinado.
38. Punto de Corte Inferior: Estadía del GRD por debajo de la cual se considera caso Outlier Inferior según la Norma Minsal IR-GRD.
39. Punto de Corte Superior: Estadía del GRD por encima de la cual se considera caso Outlier Superior, según la Norma Minsal IR-GRD.
40. Rol: Corresponde a la nómina de Profesionales y entidades o establecimientos inscritos a que se refiere el artículo 143 del Libro II del DFL N° 1, de 2005.
41. Salas de Procedimientos: Locales o recintos de establecimientos de salud destinados a efectuar procedimientos de salud, de diagnóstico o terapéuticos, en pacientes ambulatorios, y que no requieren de hospitalización. Las salas de procedimiento deberán formar parte de un establecimiento de salud o ser dependencia anexa a consultas de profesionales, quienes podrán realizar procedimientos de tipo invasivo y no invasivo y deberán contar con la respectiva autorización de funcionamiento emitida por la SEREMI de Salud.
42. Sala Externa de Toma de Muestra: Recinto que tiene por objeto exclusivo recolectar o recibir muestras de pacientes para ser procesadas en laboratorio clínico, siempre que ellas cumplan los requisitos normativos y dependan o se sometan mediante convenio a la supervisión técnica de un Laboratorio clínico autorizado.
43. Salud Digital: Estrategia centrada en la persona que permite, con sustento en las tecnologías de información y comunicaciones, apoyar al sistema sanitario en sus procesos asistenciales.
44. SEREMI de Salud: Secretaría Regional Ministerial de Salud.
45. Unilateralidad: Se utiliza para describir condiciones que afectan a una parte del cuerpo.

TÍTULO II. DE LA INSCRIPCIÓN DE AFILIADOS/AS O BENEFICIARIOS EN LA MCC Y DEL PAGO DE UNA PRIMA

1. Requisitos legales de la inscripción.

- Personas que pueden inscribirse en la MCC.

a) Artículo 144 bis de la ley N° 21.674. Se podrán inscribir en la MCC aquellas personas afiliadas al Fonasa perteneciente a los tramos B, C y D y las personas beneficiarias del Fonasa de que de ellas dependan, en tanto hayan efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses, sea ante esta última o en ISAPRE.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

b) Inscripción de otros beneficiarios. La persona afiliada que se inscriba en la MCC deberá inscribir a las personas a que hacen referencia los literales b) y c) del artículo 136 del DFL N° 1, de 2005[1] y a los causantes por los cuales las personas señaladas en las letras a) y d) del mismo artículo, perciban asignación familiar.
c) Inscripción del conviviente civil. La persona afiliada que se inscriba en la MCC deberá inscribir al conviviente civil, conforme a lo dispuesto en el artículo 29 de la ley N° 20.830, que crea el Acuerdo de Unión Civil, si correspondiere.

- Exigencia de cotizaciones de salud.

a) Personas que cotizan por primera vez. Aquellas personas que coticen por primera vez y lo realicen en Fonasa podrán inscribirse en la MCC sin cumplir el requisito mínimo de cotizaciones.
b) Trabajadores independientes. Los trabajadores independientes requerirán que el monto pagado por cotizaciones de salud sea al menos equivalente a doce meses de cotizaciones legales por el ingreso mínimo mensual para inscribirse en la MCC.

- Duración de la inscripción en la MCC. La inscripción a la MCC será por un plazo de doce meses, renovable automáticamente por períodos iguales.

2. Procedimiento de inscripción en la MCC. La inscripción en la modalidad MCC es un acto voluntario y deberá verificarse a través de los canales de atención de Fonasa, en conformidad a un procedimiento que deberá aprobar Fonasa por resolución .

3. Renuncia a la inscripción en la MCC. La renuncia de una persona inscrita a la MCC es un acto jurídico voluntario, que deberá constar por escrito y contar con su firma. La renuncia del afiliado titular inscrito incluye a todas las personas beneficiarias que se encuentren a cargo del cotizante.

La renuncia de la persona inscrita en la MCC no requerirá expresión de causa, y deberá ser informada a Fonasa a través de sus canales de atención, con al menos diez días de anticipación al término del plazo original o sus renovaciones.

Los afiliados titulares inscritos en la MCC podrán renunciar a la MCC en cualquier momento, si su renuncia se funda en una o más de las siguientes causales: cesantía, variación permanente de su cotización legal y/o de la composición de su grupo familiar.

4. De la prima complementaria. Realizada la inscripción en la MCC, el afiliado deberá pagar una prima complementaria por sí y por cada persona inscrita de su grupo familiar, a la compañía aseguradora con quien contrate la póliza respectiva.

La prima complementaria será la misma para cada una de las personas inscritas, sin distinción ni discriminación alguna, sin perjuicio de las condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares que puedan ser aplicables.

El afiliado titular inscrito en la MCC deberá pagar la prima o las primas que le corresponda de forma mensual.

5. Incumplimiento del pago de la prima. Los afiliados inscritos en la MCC que incumplan el pago de la prima complementaria, no se encontrarán amparados por la cobertura en el mes respectivo.

En caso de que cese el pago de la prima durante dos meses continuos o tres meses discontinuos dentro de un periodo de 12 meses, los inscritos en la MCC dejarán de tener acceso a esta modalidad, lo que incluirá también a sus cargas legales.

El cese del pago de la prima deberá ser notificado por la compañía de seguros al afiliado, por medios electrónicos o carta certificada, con al menos cinco días hábiles de anticipación a la fecha de cesación de la modalidad, debiendo también informar de ello a Fonasa. Esta notificación no podrá afectar en ningún caso la continuidad de las atenciones recibidas por el beneficiario inscrito, las que pasarán a tener la cobertura y valorización determinada por el Arancel de la MLE.

Con todo, en caso de que la persona afiliada inscrita sea trabajador o trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporado o reincorporada con efecto retroactivo si se acredita que las primas complementarias correspondientes a los meses impagos les fueron descontadas por su empleador o empleadora, o por la entidad encargada del pago de la pensión.

TÍTULO III. DE LA INSCRIPCIÓN A LA MCC DE PRESTADORES INDIVIDUALES E INSTITUCIONALES

6. Suscripción de un convenio MCC. La inscripción en la MCC se realizará mediante un convenio que suscribirá Fonasa con los prestadores de salud (individuales o institucionales), que cuenten con convenio en el Rol de la MLE vigente en estado activo.

[1] El artículo 135 del DFL N° 1 de 2005, establece que tendrán la calidad de afiliados al Régimen (…) *"b) Los trabajadores independientes que coticen para salud; y* c) Las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios".

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

La firma del contrato o convenio se regirá por las normativas vigentes, las establecidas en el presente documento y las condiciones particulares que puedan estar definidas en el acuerdo mismo.

7. De las obligaciones del convenio. El Prestador de salud que suscriba un convenio con Fonasa en la MCC, quedará obligado a permanecer inscrito en esta modalidad, por un tiempo no inferior a un año, contados desde la fecha en que se dicte la resolución que aprueba el convenio.

Una vez cumplido el período, el Prestador de salud podrá presentar su renuncia previa comunicación por escrito a Fonasa, de acuerdo con el procedimiento establecido para tales efectos.

El prestador de salud deberá inscribir todas las prestaciones de salud incluidas en el arancel de la MCC vigente que su capacidad resolutiva le permita, reconociendo y respetando los derechos consustanciales de los beneficiarios establecidos en el libro II del DFL N°1, de 2005.

8. Retribución por las atenciones realizadas en la MCC. En retribución por las atenciones que efectivamente el prestador de salud otorgue a los afiliados inscritos de la MCC tendrá derecho a cobro en conformidad al arancel vigente de la modalidad.

El Prestador de salud inscrito quedará obligado por la sola inscripción, a aceptar como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel de la MCC vigente. El prestador de salud no podrá recibir pagos adicionales, de cualquier naturaleza, en el marco de la atención médica integral que contempla esta modalidad.

9. Prestadores de salud en la inscripción MCC. Podrán inscribirse en la MCC los prestadores que cuenten con convenio en el Rol de la Modalidad de Libre Elección (MLE) y, además, cumplan con la reglamentación vigente, en las siguientes materias, según corresponda: autorización Sanitaria, acreditación de prestadores institucionales e inscripción de los profesionales de la salud en el Registro Individual de Prestadores de la Superintendencia de Salud, sin perjuicio de las excepciones que para cada caso pueda establecer la normativa respectiva.

No podrán inscribirse en la MCC, los prestadores de salud que hayan sido sancionados con suspensión o cancelación del convenio de la Modalidad de Libre Elección, mientras tales medidas se encuentren vigentes o estén relacionadas directamente con profesionales y entidades que hayan sido objeto de dichas sanciones.

10. De la acreditación. Será obligación de los prestadores de salud que otorguen atención ambulatoria y/o cerrada, encontrarse acreditados por la Superintendencia de Salud, asimismo, se exigirá informar acerca de las fechas de vigencia y vencimiento de su certificado de acreditación.

Respecto de los prestadores individuales deberán contar con el respectivo Registro Individual de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

TÍTULO IV. DE LA RED DE ATENCIÓN MCC

11. Red de prestadores de la MCC. La Red de prestadores de la MCC se conforma por un grupo de prestadores de salud individuales e institucionales que entregarán las prestaciones incluidas en el arancel de la MCC.

La Red de Prestadores MCC deberá proveer a las personas inscritas en la MCC de las condiciones necesarias para solucionar sus problemas de salud con lógica sanitaria de acuerdo con capacidad resolutiva inscrita.

Fonasa informará por sus canales de comunicación oficiales, de forma periódica, los convenios celebrados con los prestadores MCC.

12. Obligaciones del Prestador institucional inscrito en la MCC.

a) Los prestadores de salud institucionales inscritos en la MCC deberán contar con la capacidad resolutiva instalada acorde a la cartera de prestaciones convenida con Fonasa.
b) En aquellos casos en que se requiera brindar a un beneficiario inscrito en la MCC atenciones de mayor complejidad o resolutividad, el prestador que no cuenta con esa capacidad técnica inscrita, deberá trasladar al paciente al prestador de salud que sea parte de la Red de Prestadores MCC, que disponga de la capacidad resolutiva necesaria para atender oportunamente su condición clínica.
c) El procedimiento de derivación y traslado deberá cumplir con las siguientes consideraciones técnicas:

    i. Los prestadores de salud institucionales inscritos en la MCC cuya cartera de prestaciones considera atenciones de menor complejidad, quirúrgicas ambulatorias, sean CMA o procedimientos medico quirúrgicos, y no cuenten con una unidad de paciente crítico (adulto y pediátrico) deberán brindar atenciones de reanimación y manejo transitorio, hasta que la persona inscrita en la MCC pueda ser trasladada a un prestador de salud de la red en convenio con capacidad resolutiva necesaria para atender su condición de salud.
    ii. Para la atención de reanimación y manejo transitorio, el prestador institucional deberá contar a lo menos, con lo siguiente:

        a. Profesionales y técnicos clínicos entrenados en reanimación avanzada.
        b. Equipamiento para monitorización cardiorrespiratoria no invasiva.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

c. Equipamiento para administrar medicamentos de soporte vital, como: cardiológicos, neurológicos, respiratorios, para shock anafiláctico y otros indicados en las recomendaciones de American Heart Association (Hghlghts_2020ECCGuidelines_LR_ESXM (heart.org)).
d. Equipamiento e insumos para soporte ventilatorio avanzado invasivo y no invasivo.
e. Soporte de ventilación mecánica invasiva y no-invasivo.

iii. Los prestadores de salud inscritos en la MCC en convenio para la prestación de parto, natural o quirúrgico, que no cuenten con una unidad de cama de cuidado intermedio o intensivo neonatal en puerperio, deberán disponer de la implementación necesaria en personal y equipamiento para la estabilización clínica y manejo integral del recién nacido con patología prenatal grave que requiera de prestaciones de cuidados de paciente crítico, que deberá contemplar al menos, lo siguiente:

a. Profesionales y técnicos clínicos entrenados en reanimación neonatal avanzada.
b. Equipamiento para monitorización cardiorrespiratoria no invasiva.
c. Equipamiento para administrar medicamentos de soporte vital, como: cardiológicos, neurológicos, respiratorios, para shock anafiláctico y otros indicados en las recomendaciones de American Heart Association (Hghlghts_2020ECCGuidelines_LR_ESXM (heart.org)).
d. Equipamiento e insumos neonatales para soporte ventilatorio avanzado invasivo y no invasivo.
e. Soporte de ventilación mecánica invasiva y no-invasivo neonatal.
f. Soporte para hipotermia, sea incubadora, cuna radiante u otro equipamiento para controlar y mantener la temperatura del recién nacido.

iv. El Traslado efectuado en los casos que contempla el literal c) del numeral 12 precedente, deberá ser presentado a cobro bajo los códigos que conforman el Grupo 24 del arancel MCC vigente.
v. El prestador institucional inscrito en la MCC deberá disponer de servicios de traslado las 24 horas del día los 365 días del año, lo que se consignará en el convenio suscrito con el Fonasa.

13. Elección del prestador de salud inscrito en la MCC. Las personas inscritas en la MCC podrán elegir con qué profesional o en qué establecimiento atenderse dentro de esta red de prestadores MCC para recibir prestaciones ambulatorias y hospitalarias bajo el arancel vigente de la anotada modalidad.

En situaciones excepcionales el afiliado inscrito en la MCC podrá decidir si continua su atención en un prestador con otra modalidad de atención del Fondo (Modalidad de Atención Institucional, Modalidad Libre Elección), para lo cual deberá consignar por escrito su decisión y gestionar su traslado con la Red del Sistema Nacional de Servicios de Salud SNSS o prestador en convenio MLE. Lo anterior, será aplicable a situaciones asociadas a largas estadías, o condiciones clínicas sin cobertura por la MCC.

14. Atenciones de emergencia. En conformidad a lo dispuesto en el inciso final del artículo 144 ter de la ley N° 21.674, las prestaciones derivadas de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano se regirán por las reglas del inciso segundo del artículo 141 y del literal a) del inciso tercero del artículo 143, según corresponda.

En caso que la persona inscrita en la MCC reciba atenciones de emergencia en un prestador de salud con convenio en la MCC, que hayan sido certificadas por un médico cirujano de acuerdo con lo establecido en el párrafo anterior, podrá optar por la cobertura que ofrece la MCC.

En este caso, la persona inscrita o quien la represente, deberán informar hasta el momento de la estabilización sobre esta decisión por escrito al prestador de salud, a través de un formulario que este último deberá elaborar para tales fines.

En este caso el financiamiento de las atenciones de emergencia aranceladas corresponderá de acuerdo con los códigos del grupo 32 del arancel MCC vigente, y aplicará el mecanismo de pago GRD para el grupo señalado.

15. Renuncia del beneficiario inscrito en la MCC al prestador GES. La persona afiliada inscrita en la MCC que sea notificada con una patología GES y haya suscrito el Formulario de Constancia de Información al Paciente GES, podrá decidir no continuar su atención en la Red GES de Fonasa y comunicar su decisión de ser derivado a la Red de atención MCC, en cuyo caso no regirán las garantías explícitas que contempla la Ley N°19.966.

La persona afiliada inscrita en la MCC o quien la represente deberá consignar su decisión por escrito, en un formulario dispuesto para tales efectos. La cobertura de las prestaciones de salud recibidas será la establecida en el arancel de la MCC vigente.

TÍTULO V. DEL REGISTRO DE LAS PRESTACIONES OTORGADAS EN MCC

16. Del respaldo de las prestaciones. Los prestadores de salud deberán mantener disponibles los datos específicos que respalden la ejecución de una prestación de salud efectuada en la MCC.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Estos registros serán los siguientes:

1. Ficha Clínica: La ficha clínica podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella. En el caso de las fichas clínicas en soporte de papel se deberá considerar el registro y disponibilidad de un conjunto mínimo de datos en la forma, procedimiento y plazo definidos por resolución dictada por el Ministerio de Salud.
2. Toda la información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se consignen procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2º de la ley N° 19.628.
3. La ficha clínica es el único instrumento que permite verificar la realización de las prestaciones efectuadas en cumplimiento a las normas que regulan la modalidad y la procedencia o no, del pago por prestaciones cobradas. Este documento en ningún caso podrá ser adulterado, quedará en poder del prestador y debe estar permanentemente a disposición de Fonasa, cuando le sea requerido.
4. Los profesionales deberán registrar en la ficha clínica, todas las atenciones que realizan al paciente, en estricto orden cronológico, y de efectuarse prestaciones del arancel MCC, con distinto código el mismo día, deberán consignar el registro de respaldo de cada una de ellas y su hora de realización.
5. En caso de efectuarse prestaciones domiciliarias siempre que se encuentren suscritas en el convenio del prestador de salud, se deberá indicar la dirección en la cual se otorgó dicha prestación.
   Los prestadores de salud deberán registrar las circunstancias de la atención de que se trate, según las consideraciones siguientes:

   a. Ficha de atención cerrada (hospitalizada): Se deben consignar los datos de identificación del beneficiario, la información del ingreso del paciente al establecimiento asistencial, las atenciones otorgadas, la identificación completa de los profesionales tratantes, los medicamentos administrados, los procedimientos y cirugías practicadas y los resultados de exámenes de laboratorio, imagenología y anatomía patológica.
   b. Ficha de atención abierta (ambulatoria): Se deben consignar los datos de identificación del beneficiario, la fecha de atención, la identificación completa del profesional que otorga la prestación y el tipo de prestación de salud que se le ha otorgado en consultas individuales, centros médicos generales, centros de especialidad o en su domicilio. Este documento será el único de respaldo para las atenciones cobradas.

17. De la conservación de la ficha clínica. Los prestadores de salud inscritos en la MCC deberán conservar la ficha clínica por un período de al menos quince años. Asimismo, serán responsables del cumplimiento de lo dispuesto en la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada, y adoptar las medidas que permitan su interoperabilidad con otros prestadores de salud, y el acceso oportuno a la información contenida en la ficha que sea necesaria para garantizar la continuidad del cuidado del paciente, cuando ésta sea requerida por un profesional de la salud que participe directamente en la atención del titular de los datos contenidos en ella.

18. Del respaldo de prestaciones de exámenes y procedimientos. El prestador de salud que realice exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, estará sujeto a las siguientes obligaciones:

a. El procesamiento de exámenes y la ejecución de procedimientos diagnósticos se harán de acuerdo con el equipamiento, instalaciones y técnicas que implemente, de forma que se asegure la calidad del servicio y los resultados.
b. Mantener la información general del afiliado inscrito en la MCC tales como, nombre, apellido, domicilio, RUN, previsión de salud, teléfono de contacto y correo electrónico.
c. Resguardar la prescripción del profesional tratante, en la que debe constar el nombre del profesional de salud que indicó los exámenes o procedimientos.
d. Respecto de los exámenes o procedimientos realizados, el prestador de salud deberá registrar la fecha y hora de su ejecución, la técnica empleada, los resultados, los valores normales de referencia, los hallazgos o conclusiones cuando corresponda, el nombre completo y RUN del profesional ejecutante responsable, debiendo emitir los informes originales de los exámenes o procedimientos realizados.
e. Los informes originales de los exámenes o procedimientos realizados eximirán al prestador de salud de la obligación de confeccionar fichas clínicas. Se considerará no ejecutado un examen o procedimiento cuando no se tenga registro del resultado en la ficha de atención de la persona.
f. El prestador entregará al afiliado inscrito en la MCC los informes originales, con firma del profesional que los efectuó. En el caso de prestaciones de imagenología y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, cuyo procesamiento y resultados se realicen con sistemas digitalizados, el prestador

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

de salud podrá entregar los informes respectivos a través de los medios magnéticos que el sistema provea, siempre que ello se ratifique con la firma del profesional ejecutante responsable.

g. El prestador de salud mantendrá los medios de respaldo de las prestaciones realizadas a lo menos por 15 años, contados desde la fecha de su ejecución los que podrán ser requeridos por Fonasa en los procesos de fiscalización.

h. Los exámenes de anatomía patológica incluyendo los exámenes citológicos, deberán conservarse con las preparaciones microscópicas e inclusiones "tacos" por lo menos durante cinco años.

19. Del registro y codificación de las prestaciones MCC en hospitalización y CMA. Los prestadores que brinden soluciones de salud bajo la MCC, vía mecanismo de pago GRD, deberán agrupar sus egresos hospitalarios y ambulatorios con la familia de los Grupos Relacionados por Diagnóstico Internacionales Refinados (GRD-IR) en su versión 3.0 o superior.

La obtención de estos IR-GRD se realizará a partir de la codificación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que corresponde a un grupo de datos administrativos y clínicos de los pacientes que está contenido en la Ficha Clínica y en cada uno de sus componentes.

En cuanto a los datos clínicos, la codificación de diagnósticos, principales y secundarios, que incluye comorbilidades, complicaciones, causas externas, morfologías, antecedentes personales y familiares, se codificarán mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión (CIE 10). A su vez, para cada diagnóstico principal y secundario deberá registrarse el marcador POA (Present on Admission) que indica la presencia del diagnóstico al momento del ingreso del paciente.

La codificación de procedimientos, principal y secundarios, sean estos procedimientos quirúrgicos, médicos, de enfermería, imágenes, exámenes de laboratorio, entre otros, se codificarán mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE 9MC).

La codificación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), de diagnósticos y de procedimientos, se realizará aplicando la normativa vigente del Ministerio de Salud contenidas en el "Manual de orientación para codificación de pacientes en sistema de clasificación de grupos relacionados por diagnostico-Minsal-versión 5.0", aprobado por la resolución exenta N° 934 de 2021, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales o la que la reemplace.

La codificación deberá ser realizada por profesionales capacitados y certificados en Captura y Codificación mediante Grupos Relacionados al Diagnóstico de manera de garantizar la calidad de los datos clínicos capturados y codificados.

Fonasa podrá solicitar, en el contexto del proceso de validación y pago, por mecanismo de pago GRD, información complementaria que permita realizar el análisis respectivo del egreso.

Fonasa podrá solicitar al prestador de salud, los registros de respaldo de las prestaciones presentadas a cobro, protocolos de intervención quirúrgica y cualquier otro antecedente, adoptando todas las medidas que sean necesarias para garantizar el secreto profesional, considerando fundamentalmente criterios técnicos en su revisión. Los profesionales o directores de las entidades asistenciales estarán obligados a enviar la documentación antes mencionada y que sea requerida por el Fonasa para su revisión, en los plazos que este último determine. Para todos los efectos legales, los antecedentes clínicos tendrán el carácter de reservados.

En caso de no disponerse de los registros de respaldo de las presentaciones otorgadas y presentadas a pago, se considerarán no efectuadas, salvo que el prestador acredite fehacientemente por otros medios, que las prestaciones fueron realizadas.

TÍTULO VI. DE LAS PRESTACIONES INCLUIDAS EN EL ARANCEL MCC

20. Ámbito de aplicación. El arancel de la MCC vigente rige única y exclusivamente para aquellos prestadores que hayan celebrado un convenio con Fonasa y solo respecto de las prestaciones contenidas en dicho convenio, otorgadas a afiliados de Fonasa que se encuentren inscritos en la MCC.

21. Prestaciones de la MCC. El arancel MCC vigente incorpora todas las prestaciones ambulatorias y hospitalarias establecidas en el arancel de la MLE vigente.

22. Prestaciones adicionales. Corresponden a veinticinco prestaciones de salud nuevas, con pertinencia sanitaria, que se incorporan en el arancel MCC.

23. Reformulación de grupos del arancel MLE. El arancel de la MCC incorpora una reformulación de los grupos del 11 al 12 y del 14 al 21 del arancel de la MLE. Las prestaciones de estos grupos pasan a integrar dos nuevos grupos en la MCC que se denominan Grupo N°31. "Procedimientos ambulatorios integrales" y Grupo N°32. "Prestaciones de acceso a GRD o CMA" (Grupos Relacionados por Diagnóstico o Cirugía Mayor Ambulatoria).

24. De los grupos de las prestaciones y procedimientos ambulatorios en la MCC.

Las prestaciones ambulatorias del arancel de la MCC se regirán por la normativa vigente del arancel de la MLE y por para las definiciones y condiciones técnicas que a continuación se detallan, asimismo, deberán regirse por lo señalado en el título V de las presentes directrices en cuanto a registros de respaldo se refiere.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Aquellos códigos que componen las prestaciones de los grupos 03, 04 y 05 del arancel MCC, que contengan en su glosa la sigla a.c "además código", forman parte de la prestación del grupo 31 que lo señale.

I. GRUPO 02: DÍAS CAMA

Estas prestaciones requerirán de un PAS para su valorización, emisión, y presentación a cobro, los cuales se definen en razón a la naturaleza de dichas prestaciones:

a. Día cama de Hospitalización Integral Psiquiátrica cuidados básicos y medios (códigos: 0201405 y 0201406) y Día Cama de Hospitalización Integral de Observación–Ambulatorio (0201407). Estas prestaciones se regirán técnicamente bajo la normativa vigente en la Modalidad Libre Elección.

b. No procede cobro de diferenciales por día cama para los códigos 0201405, 0201406 (Día cama de Hospitalización Integral Psiquiátrica cuidados básicos y medios), 0201407(Día Cama de Hospitalización Integral de Observación–Ambulatorio), 0202501(Hospitalización domiciliaria baja complejidad).

c. Las prestaciones códigos 0201405, 0201406 (Día cama de Hospitalización Integral Psiquiátrica cuidados básicos y medios) 0201407(Día Cama de Hospitalización Integral de Observación–Ambulatorio), 0202501 (Hospitalización domiciliaria baja complejidad) son excluyentes entre sí.

d. Día cama de Hospitalización Domiciliaria de Baja Complejidad (código 0202501).
Esta prestación considera la continuidad de cuidados al alta o egreso en personas con condición aguda y/o recuperable que requiera de atención de un equipo sanitario para dar resolución a su problema de salud. Deberá regirse por lo establecido en el Reglamento de Establecimientos que otorgan prestaciones de Hospitalización Domiciliaria vigente del Minsal o por la normativa que la reemplace.
Esta prestación debe ser ejecutada por un equipo integral, mediante un funcionamiento diario en horario establecido, otorgando cuidados en el domicilio a pacientes con diagnóstico médico definido y condición clínica estable en fase aguda, o aquellos pacientes que se encuentren cursando patología aguda con indicación de manejo proporcional, y con una estancia promedio acotada a no más de 5 días.
Requiere de orden de atención por parte del médico tratante, desde el establecimiento donde se encuentre internado el o la paciente; incluye control médico por médico del equipo hospitalización domiciliaria de baja complejidad, atenciones de salud, administración de medicamentos, toma de exámenes de laboratorio, procedimientos de salud, entre otros. La finalización de este proceso de atención se encuentra determinado por el alta del médico tratante del equipo de Hospitalización Domiciliaria.

Se considerarán incluidas en la prestación Día cama de Hospitalización Domiciliaria de Baja Complejidad.

d.1. Prestación diaria, efectuada por un equipo integral, conformado por médico general, enfermera, kinesiólogo u otros profesionales o técnicos de salud según requiera la prestación o programa médico.

d.2. La prestación incorpora en su valor 2 visitas médicas durante la hospitalización (ingreso/egreso), 1 atención de enfermería al día, hasta 2 sesiones de kinesiología integral al día, según indicación médica, oxigenoterapia hasta 3 lt/m (naricera), antibióticos de primera línea, AINES, bomba de protones y protector cutáneo, curación simple de heridas (incluye insumos), 1 sesión de teleconsulta médica, más una de teleconsulta de enfermería o según indicación médica 1 telerehabilitación de kinesiología.

d.3. Considera beneficiarios con hasta 2 dispositivos invasivos, tales como: vía venosa y sonda Foley.

d.4. Incluye insumos, equipamiento y medicamentos generales.
No incluye en su valor:

- El traslado del paciente desde y hacia la clínica u hospital, ni tampoco el traslado para exámenes radiológicos y ecográficos.
- Manejo avanzado de heridas.
- Ortesis, prótesis y medias anti embólicas.

e. Condiciones para la emisión de PAS para prestaciones Grupo 02.
Se autorizará la emisión de un PAS por un período máximo de 31 días de hospitalización, por lo que los formularios dispuestos para tal efecto podrán ser confeccionados y presentados ante Fonasa para su valorización hasta 210 días después de la fecha de término de un tratamiento o de la fecha de ingreso del paciente hospitalizado.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

f. Formulario de confección de PAS.
Es el documento en que los profesionales deben consignar en forma clara los datos siguientes, si fueren pertinentes:

- Nombre completo, edad y RUN del paciente.
- Nombre de la entidad o establecimiento en que se otorgaron o se otorgarán las prestaciones de salud al paciente.
- Fecha estimada del inicio, término y duración, de la hospitalización o del tratamiento.
- Nombre o razón social y RUT del prestador de salud que hizo o efectuará las prestaciones de salud.
- Diagnóstico médico, en los casos de diagnóstico médico reservado se podrá adjuntar un sobre cerrado dirigido a Fonasa.
- Nombre, código y cantidad, para cada una de las prestaciones que componen el PAS.

g. Del plazo para emisión.
Los formularios de confección de programas que se presenten a emisión y valorización fuera del plazo señalado deberán incluir los fundamentos del retraso, pudiendo Fonasa auditar los antecedentes respectivos, incluida la solicitud al prestador del envío en forma reservada de los antecedentes clínicos de respaldo.

II. GRUPO 03: EXÁMENES DE LABORATORIO

a. Código 0302112. Perfil crítico arterial o venoso (point of care), análisis sistemático del paciente hospitalizado de alto riesgo, que mide a lo menos 13 parámetros (gases arteriales o venosos, electrolitos plasmáticos, calcio, glucosa, creatinina, urea, bun, hematocrito y ácido láctico). Estos equipos deben ser supervisados con controles de calidad, bajo la responsabilidad del laboratorio clínico del centro asistencial, realizado por un profesional tecnólogo médico, de acuerdo con lo normado por el Instituto de Salud Pública para los equipos point of care.
b. Código 0302113. Cistatina C, examen realizado mediante técnicas de Inmunoturbidimetría y Inmunonefelometría. Todo informe de Cistatina C debe ir con informe de parámetro VFG.
c. Código 0308060. Panel de encefalitis autoinmune en LCR, en suero y/o plasma incluye 6 anticuerpos de tipo IgG, para determinar autoanticuerpos de superficie neuronal, los que se detallan a continuación: anti-NMDAR, anti-AMPAR1/2, anti-CASPR2, anti-LGI1, anti-DPPX y antiGABAb R1/R2.
d. Código 0308061. Determinación de Cryptoccocus, valor considera técnica cualitativa, de muestra en sangre o LCR.
e. Código 0309050. Zinc en orina, considera las técnicas Espectrofotometría y Espectrometría de masas.
f. Código 0302121. Test respiratorio de lactosa, examen no considera el insumo de lactosa.
g. Código 0302118. Test de sobrecarga o infusión salina intravenosa (test confirmatorio hiperaldosteronismo), examen que incluye medición de Renina, aldosterona, potasio y debe ser supervisado por profesional médico, el valor no considera los insumos ni su administración.
h. Código 0302119. Prueba de estimulación con glucagón (2 muestras), examen por técnica por Inmunoensayo quimio luminiscente, su valor incluye el glucagón.

III. GRUPO 09: PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA
Las prestaciones códigos 0902001, 0902002, 0902003, 0908101, 0908102, 0908103, consideran en su valor las pruebas que a continuación se detallan, lo anterior, de acuerdo con la evaluación del profesional tratante y la necesidad del beneficiario.

- Test de Rorschach
- Test de relaciones objetales
- Test de Apercepción Temática, T.A.T., C.A.T.-H o C.A.T.-A.
- Test de Edwards
- Test de M.M.P.I.
- Test de Wechsler, WAIS, WISC o WPPSI
- Test de Dominó o Test de Raven
- Test AMSE
- Test de Bender
- Bender Bip
- Test de Goldstein
- Test de Luria-Nebraska

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

IV. GRUPO 13: FONOAUDIOLOGÍA

a. Las prestaciones códigos 1303010 y 1308010 consideran en su valor la evaluación de voz, evaluación de habla, evaluación del lenguaje (aspecto semántico, sintáctico y fonológico). Además, incluye la evaluación de 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.

b. Dentro de la prestación se consideran los insumos 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. Estas prestaciones incluyen un informe escrito del profesional y el detalle de las funciones examinadas.

c. Las prestaciones códigos 1303011 y 1308011, por su carácter de integrales, consideran la rehabilitación de la voz, rehabilitación del habla y/o del lenguaje y rehabilitación de la deglución, lo anterior a través de estrategias terapéuticas tales como ejercicios, maniobras, adaptaciones de consistencias para la alimentación, entre otras. Considera dentro de la prestación los insumos correspondientes a guantes de látex (par), gasa, cuchara de metal, espesante, entre otros.

d. Para la emisión de los bonos de atención de salud de los códigos 1303011 y 1308011, se requerirá una prescripción extendida por el médico tratante que deberá establecer en forma explícita el diagnóstico, el tipo de prestaciones indicadas y el número de sesiones a otorgar. El profesional se deberá atener estrictamente a lo indicado en la respectiva prescripción médica. El prestador de salud inscrito en la MCC deberá mantener la prescripción médica por un plazo mínimo de 5 años desde la fecha de cobro de la prestación.

V. GRUPO 23: PRÓTESIS, ÓRTESIS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Conforman el grupo 23 del arancel de la MCC, los códigos que a continuación se detallan, que tendrán cobertura financiera, conforme al sistema de reembolso vigente de la normativa que aplica el arancel de la MLE.

Código	Glosa
2301001	Enmascarador de tinnitus
2301004	Prótesis dental removible maxilar superior o maxilar inferior, c/u
2301008	Braguero (Hernia Umbilical o Inguinal)
2301021	Arnés de Prótesis (Extremidad Superior)
2301022	Bastón canadiense o trípode, c/u
2301024	Rodillera
2301025	Casquete de goma o similar
2301027	Cinturón pélvico doble
2301029	Cojín de abducción o Paulik
2301030	Correa de ortesis
2301031	Correa de Muley (Prótesis bajo rodilla)
2301032	Ortesis de columna (Milwaukee, Taylor o similares)
2301033	Ortesis lumbosacra (Corset de Knight)
2301034	Ortesis palmar activa (UCLA)
2301037	Ortesis de uso nocturno de miembro inferior
2301038	Ortesis Larga de Posición (Extremidad Superior)
2301040	Muletas (par)
2301041	Ortesis Larga bilateral con cinturón pélvico (Extremidades Inferiores)
2301042	Ortesis Larga unilateral (Extremidad Inferior)
2301043	Ortesis mano-muñeca pasiva
2301044	Ortesis para rodilla
2301045	Ortesis tobillo-pie
2301046	P.T.B. o P.T.S.
2301047	Pie protésico
2301048	Pilón reducción muslo
2301049	Pilón reducción pierna
2301052	Prótesis bajo rodilla, con corselete
2301053	Prótesis de codo
2301054	Prótesis de mano
2301055	Prótesis de rodilla
2301056	Prótesis desarticulado rodilla
2301058	Prótesis desarticulado de codo con gancho, mano y guante
2301059	Prótesis desarticulado de hombro con gancho, mano y guante

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

2301061	Prótesis para amputación parcial de pie (Chopart - Pirogoff- Lisfranc y Ricard)
2301062	Prótesis sobre rodilla c/s bloqueo
2301063	Prótesis sobre rodilla con rodilla de seguridad
2301064	Prótesis tipo Syme
2301067	Talonera goma (par)
2301071	Lentes ópticos o de contacto (Sólo para mayores de 55 años)
2301072	Plantillas ortopédicas (par)
2301073	Lector sensor continuo de Glucosa
2301074	Sensor (Monitoreo Continuo Glucosa)
2301081	Audífonos (sólo para mayores de 55 años)
2301002	Ortesis cervicales (collares blandos y duros)
2301003	Prótesis de oreja, nariz, c/u
2301011	Faja Ortopédica (Contención de Abdomen o Columna Dorsolumbar)
2301020	Ortesis Muslo-Pie o Isquiopedio
2301023	Cavidad para amputado de muslo
2301026	Cinturón para prótesis
2301035	Ortesis radial de posición
2301036	Ortesis corta de posición (digitales) c/u
2301051	Prótesis bajo codo con gancho, mano y guante
2301057	Prótesis desarticulado de cadera con bloqueo

VI. GRUPO 24: TRASLADOS

Componen el grupo 24 del arancel MCC los códigos que se detallan a continuación, los que deben ser incluidos en el respectivo convenio del prestador de salud.

Para los casos de los traslados a que se refiere el numeral 11, letras a), b) y c) del título IV de la presente norma, el código respectivo deberá ser presentado a cobro en el detalle de la cuenta hospitalaria.

Los códigos que componen este grupo del arancel serán excluyentes entre sí.

Código	Glosa
2401160	Traslado básico en Ambulancia (hasta 20 km)
2401161	Traslado o Rescate, Baja complejidad (hasta 20 km)
2401162	Traslado o Rescate, Mediana Complejidad (hasta 20 km)
2401163	Traslado o Rescate, Alta complejidad (hasta 20 km)
2401260	Traslado básico en Ambulancia (más de 20 km hasta 100km)
2401261	Traslado o Rescate Baja complejidad (más de 20 km hasta 100km)
2401262	Traslado o Rescate Mediana Complejidad (más de 20 km hasta 100km)
2401263	Traslado o Rescate Alta complejidad (más de 20 km hasta 100km)
2401360	Traslado básico en Ambulancia (más de 100km)
2401361	Traslado o Rescate, Baja complejidad (más de 100 km)
2401362	Traslado o Rescate, Mediana Complejidad (más de 100 km)
2401363	Traslado o Rescate, Alta complejidad (más de 100 km)

VII. GRUPO 31: PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS INTEGRALES

Integran este grupo procedimientos incluidos en el arancel MCC, de carácter ambulatorio, los cuales requieren para su ejecución de autorización sanitaria vigente para la unidad clínica donde son realizados (pabellón ambulatorio), asimismo, deben contar con infraestructura, equipamiento y profesionales médicos y no médicos y con acreditación vigente según lo establece la normativa aplicable. Estas prestaciones incluyen en su valor los insumos y materiales clínicos necesarios para su ejecución y requieren prescripción del profesional tratante.

Para aquellas prestaciones del grupo 31, que incorporen la toma biopsia, el procesamiento de las muestras no se encuentra incorporado en el código de la prestación, por lo que su procesamiento deberá ser presentado a cobro de acuerdo con los códigos del grupo 08, Anatomía Patológica.

El prestador inscrito en la MCC quedará obligado por la sola inscripción a aceptar como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel de la MCC vigente. El prestador no podrá recibir pagos adicionales de cualquier naturaleza.

Las prestaciones que a continuación se detallan deberán cumplir con los siguientes requisitos técnicos:

a. Código 3103059. Autorrefractometría con o sin ciclopejia -cada ojo-,procedimiento completo, cualquier técnica. Prestación integral que debe ser realizada por Médico/a Oftalmólogo o Tecnólogo Médico con mención en oftalmología en box de atención que cuente con un Autorrefractómetro. El valor considera las gotas a utilizar en los casos con ciclopejia.
b. Código 3103091. Recuento de células endoteliales corneales, deberá ser realizada por Médico/a Oftalmólogo en box de atención que cuente con Microscopio Especular.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

c. Código 3103124. Potencial vestibular miogénico evocado (VEMPS), deberá realizarse en sala de procedimiento o box de atención que cuente con equipo de electromiografía y deberá ser realizado por profesional/técnico con formación en toma del examen. Se consideran en su valor auriculares de inserción, electrodos y otros insumos desechables (como tips adaptables) que sean necesarios.
d. Código 3103151. Maniobras de reposición vestibular, deberá realizarse en sala de procedimiento o box de atención que cuente con camilla u otro que permita reposición física de la persona y deberá ser realizada por profesional/técnico con formación en la técnica.
e. Código 3104034. Ecocardiograma de estrés (incluye medicamento), procedimiento que deberá ser realizado por médico cardiólogo y/o radiólogo en sala de procedimiento o box de atención de cardiología que debe contar con carro de paro, ecocardiógrafo y treadmill.
f. Código 3105037. Endosonografia alta o baja, deberá ser efectuada por médico gastroenterólogo en pabellón de baja complejidad. El valor de la prestación incluye a todo el equipo, los insumos necesarios y la sedación.
g. Código 3105058. Instalación de catéter para Peritoneodiálisis, la punción deberá ser efectuada por médico cirujano en sala de procedimiento o pabellón de baja complejidad. El valor incluye el catéter.
h. Código 3105061. Instalación Pig Tail y/o catéter doble J, deberá ser efectuada por Médico Cirujano en sala de procedimiento o pabellón de baja complejidad, el valor incluye catéter.
i. Código 3105073. Histeroscopia terapéutica (extracción miomas submucosos, pólipos, sinequia o tabique vaginal y/o uterino), deberá ser efectuada por Médico ginecoobstetra en pabellón de baja complejidad que cuente con histeroscopio.

Las Prestaciones en Servicios de Urgencia sin Certificación de estado de Emergencia o Urgencia, que requieran de atención clínica inmediata, se encuentran contenidas en los códigos definidos a continuación y estarán compuestas de lo que en cada caso se detalla:

a. Código 3101001. Consulta Médica Servicio de Urgencia Tipo 1. Incluye especialidades de urgenciólogo, pediatría y medicina general. Atención de Enfermeros (as): Incluye todas las acciones derivadas de la gestión del cuidado de profesionales de enfermería. Atención de Técnicos de Enfermería (TENS): Incluye todos los cuidados y atenciones derivadas de la delegación de profesionales de enfermería, además incluye insumos básicos[2]. Este código además incluye curación simple y administración de fármacos orales.
b. Código 3101002. Consulta Médica Servicio de Urgencia Tipo 2. Esta atención además de incluir lo señalado para el código 3101001, considera en su valor la atención de profesionales no médicos kinesiólogos o tecnólogos médicos, curaciones avanzadas de heridas, administración de oxigenoterapia, nebulizaciones y administración de fármacos por vía endovenosa. Se consideran además de los insumos básicos bránulas y todo tipo de bajadas de suero.
c. Código 3101003. Consulta Médica Servicio de Urgencia Tipo 3. Este código incluye en su valor lo señalado para los códigos 3101001 y 3101002 y además la atención de consultas de especialidad médica que sean necesarias para la atención de salud del paciente y los procedimientos médicos que se requieran.
d. Los códigos de consulta médica servicio de urgencia no incluyen en su valor prestaciones del grupo 03, 04, 05, 07, 08, 24, 23, 29, 31 y 32 del arancel de la MCC. En caso de que los beneficiarios inscritos en la MCC requieran exámenes de laboratorio e imagenología en las consultas Médicas Servicio de Urgencia (códigos 3101001, 3101002, 3101003), podrán acceder a estas prestaciones mediante los códigos dispuestos en el arancel de la MCC en los grupos correspondientes y cuyo valor será el determinado en el arancel vigente.
e. Las prestaciones códigos 3101001, 3101002 y 3101003 son excluyentes entre sí.
f. En los casos en que el beneficiario inscrito en la modalidad MCC, previa indicación médica, debido a su condición clínica requiera recibir atención de salud en servicio hospitalizado, podrá continuar su atención en el prestador MCC a través de los códigos del grupo 32 del arancel. Esta atención hospitalaria será financiada de acuerdo con el mecanismo de pago GRD, en estos casos no corresponderá la emisión de BAS para los códigos 3101001, 3101002 y 3101003, ya que estos se consideran incluidos en el egreso GRD.

[2] Definición insumo básico: Gasa, algodón, torulas gasas, apósitos de cualquier índole, tela adhesiva (cualquier marca), guantes quirúrgicos estériles y de procedimiento, antisépticos y desinfectantes. Se incluirán también: Oxígeno, aire comprimido para aspiración central, inmovilizadores de extremidades y sujetador de sonda.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

VIII. De los Grupos de las Prestaciones de Acceso a Egresos Hospitalarios y Cirugía Mayor Ambulatoria

GRUPO 32: PRESTACIONES DE ACCESO A GRD O CMA

a. Las prestaciones asociadas a egresos por CMA y egresos Hospitalarios en la MCC, corresponde a la nominación de GRUPO 32. Los códigos que conforman este grupo relacionan el código MLE con el IR-GRD del egreso, lo que permite iniciar el proceso de atención.
b. Se entenderá por prestaciones de acceso GRD o CMA, las prestaciones que se otorguen en un prestador institucional que cuente con los requisitos sanitarios, técnicos y de infraestructura correspondiente, las cuales deberán ser otorgadas exclusivamente en un contexto hospitalario o cirugía mayor ambulatoria. Las prestaciones podrán tener un origen diagnóstico, terapéutico y/o de recuperación y podrán ser brindadas en atención abierta o cerrada según sean las condiciones técnicas. Estas prestaciones están destinadas a la internación de pacientes que requieren hospitalización, sea por motivos médicos y/o quirúrgicos, las que se diferencian según nivel de complejidad (riesgo y dependencia).
c. En este grupo de prestaciones no está permitido el cobro de diferenciales por día cama ni derechos de pabellón.

IX. Atenciones de Profesionales y Días Cama. Los códigos 3201001, 3101002, 3201003, 3201004, 3201005, 3201006, 3201007 y 3201008 corresponden a prestaciones de atención de profesionales, los cuales forman parte de la integralidad del mecanismo de pago por GRD, por lo tanto, no procede su presentación a cobro dentro del egreso hospitalario.
Para todas aquellas situaciones en que no existe un código MCC de acceso al grupo 32 literal b, correspondiente a: Atenciones por zona anatómica, que relacione el código MLE con el IR-GRD del egreso, se podrá acceder a ellos a través de los códigos 3202001, 3202002, 3202003, 3202004, 3202005, 3202006, 3202007, 3202008, 3202009, 3202010, 3202011, 3202012, 3202013, 3202014, 3202015; con excepción de aquellos casos donde el ingreso a hospitalización corresponda a una indicación terapéutica de trasplante que no se encuentre con código de prestación en el grupo 32. Esta excepción al financiamiento no considera aquellos requerimientos de trasplante que por el curso de la enfermedad deban ser realizados por hallazgos durante su estadía hospitalaria.

TÍTULO VII. EMISIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL ARANCEL MCC

25. Prescripción del médico tratante. Los beneficiarios que se inscriban en la MCC y que elijan atenderse con profesionales o prestadores inscritos en el rol de la MCC, deberán solicitar la correspondiente prescripción del profesional tratante, informando al prestador que desea atenderse bajo esta modalidad.

Se validará su acceso como beneficiario MCC mediante las plataformas que determine Fonasa.

Para recibir las prestaciones de salud bajo esta modalidad, los beneficiarios inscritos deberán adquirir el correspondiente BAS, el que se emite nominativamente al beneficiario/a y al prestador, el cual consigna los códigos de las prestaciones requeridas.

Los beneficiarios inscritos en la MCC podrán acceder a atenciones de atención abierta o cerrada, médicas o quirúrgicas (CMA o GRD) según lo descrito en la resolución de arancel vigente. Se entregará atención integral a los beneficiarios Fonasa en convenio MCC, a través de los grupos 31 y 32 del arancel MCC, el cual incorpora en su atención todos los componentes requeridos desde el ingreso hasta el alta.

26. De las prestaciones del arancel MCC contenidas en el arancel de la MLE. Aquellas prestaciones del arancel de la MCC que se encuentran contenidas en el arancel de la Modalidad Libre Elección (MLE), corresponden a los siguientes grupos: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 13, 23, 24, 26, 29.

Estas prestaciones se regirán por la normativa que aplica el arancel de la MLE respecto de las condiciones técnicas.

27. Del acceso a prestaciones MCC. Los beneficiarios inscritos en la MCC podrán también atenderse bajo la emisión de prestaciones por el arancel MLE. La atención bajo la MCC y el acceso a las prestaciones ambulatorias deberán considerar la integralidad de la atención, incluyendo el acceso a hospitalización que se requiera siendo aplicable lo establecido en el Título IV de la presente norma.

La emisión a los BAS se realizará a través de los canales que Fonasa disponga para la MCC.

Con respecto al recargo horario, regirán las mismas condiciones vigentes en la normativa que establece la MLE. Se entiende por horario hábil el comprendido entre las 8 y las 20 horas, de lunes a viernes de días no festivos y entre las 8 y las 13 horas de sábados no festivos.

Para la prestación código 3205255, el horario hábil de lunes a viernes de días no festivos será el comprendido entre las 8 y las 22 horas. Para tener derecho a este recargo será necesario que las prestaciones se inicien fuera del horario hábil, sin perjuicio de que el término de ellas se produzca dentro del horario hábil.

Las prestaciones electivas o programadas no recibirán recargo alguno, aunque se efectúen fuera del horario hábil. Tampoco tendrán recargo las consultas en servicios de urgencia códigos 3101001, 3101002 y 3101003.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

28. De las prestaciones de acceso a egreso hospitalario y cirugía mayor ambulatoria. Cuando se trate de prestaciones de salud otorgadas a un beneficiario inscrito en la MCC mediante atención cerrada, estas corresponderán a las prestaciones contenidas en el grupo 32 del arancel MCC.

El grupo 32 considera Procedimientos Hospitalarios (PH), atención Médico-Hospitalario (MH) y Procedimientos Ambulatorios (PA) relacionados al egreso GRD por CMA u Hospitalario, según lo determinado en el arancel de la MCC.

Este nuevo grupo considera las prestaciones que se otorgan exclusivamente en un contexto hospitalario o cirugía mayor ambulatoria (CMA), las que serán financiadas a los prestadores en convenio mediante un mecanismo de pago integral, capaz de financiar todas las prestaciones y componentes necesarios para solucionar el problema de salud.

Adicionalmente, se pagarán con "ajuste de tecnología", y de manera excepcional, los dispositivos, fármacos, prótesis o insumos que son parte de una intervención sanitaria y que se definan en el arancel MCC. Además de lo anterior, el acceso a las atenciones hospitalarias o cirugía mayor ambulatoria en la MCC estará definido exclusivamente por este grupo de prestaciones.

En este grupo de prestaciones y así como en el resto del arancel MCC no está permitido el cobro de diferenciales por día cama ni derechos de pabellón.

TÍTULO VIII. DEL FINANCIAMIENTO Y PRESENTACIÓN A COBRO DE LAS PRESTACIONES MCC

29. Financiamiento de las prestaciones cubiertas en la MCC:

a. Fonasa: Corresponde al aporte de la cotización, de conformidad con el arancel MCC que se fije al efecto, y en la parte que le corresponda.
b. Cobertura Financiera Complementaria (Compañía de Seguros): Corresponde al aporte del seguro, según los términos que establece la póliza y el arancel MCC, y por el copago al que concurra la persona beneficiaria. La cobertura financiera complementaria otorgada por las compañías de seguro tendrá un tope anual en los términos que se establezcan en la póliza.
c. Copago del beneficiario inscrito de acuerdo con el arancel MCC: Corresponde al aporte del beneficiario, de acuerdo con el arancel MCC vigente.

30. Del pago por prestaciones ambulatorias en la MCC. Las prestaciones ambulatorias en la MCC serán financiadas aplicando el mecanismo de pago por prestación de acuerdo con los valores estipulados en la resolución que aprueba el arancel MCC vigente.

Aquellos códigos que componen las prestaciones de los grupos 03, 04 y 05 del arancel MCC, que señalen en sus glosas la sigla a.c. "además código", estos forman parte de la prestación del grupo 31 que lo señale, por tanto, no procede la presentación a cobro de manera adicional.

Para aquellos códigos que componen el grupo 31 del arancel MCC, cuyas glosas indiquen unilateralidad y se realice en un mismo procedimiento de manera bilateral, procederá su presentación a cobro para cada una de ellas.

31. Del pago de las prestaciones hospitalarias de acceso GRD o CMA. Respecto de prestaciones hospitalarias, Fonasa aplicará el Mecanismo de Pago por Grupo Relacionado a Diagnóstico o GRD. Esta forma de pago se asocia al egreso hospitalario, el cual podría ser por hospitalización o Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

No procederá el cobro de un procedimiento autónomo (proc. aut.) de manera adicional para el grupo 32 del arancel MCC, dada su naturaleza de pago integral.

Atendido el mecanismo de pago integral asociado a este grupo del arancel, no procederá la presentación a cobro adicional de los códigos que se señalen en sus glosas como a.c ."además código".

32. Mecanismo de pago GRD: Este mecanismo incorpora los valores totales de los GRD más utilizados, en concordancia a la Norma Estadística del Ministerio de Salud IRv3.0, años 2018-2019 y la normativa Minsal vigente.

33. Del Cobro de las Prestaciones por Egreso MCC: El cobro a Fonasa por prestaciones de salud MCC procede únicamente cuando estas hayan sido efectuadas.

Las órdenes de atención o bonos de atención en salud podrán ser presentados como medios verificables de presentación a cobro.

Fonasa solicitará el registro de respaldo de las prestaciones, como medio de verificación, que indica que una prestación ha sido efectuada y presentada a cobro por un prestador inscrito en la modalidad.

Los prestadores no podrán realizar cobros adicionales por insumos que son parte de la prestación de salud, excepto aquellos considerados explícitamente como ajustes de tecnología.

34. Ajuste de Tecnología. Se considerará como ajuste tecnológico al pago ocasionado de manera adicional al pago otorgado por el mecanismo de pago GRD. El pago de estos ajustes será de cargo de la prima complementaria y estará determinado el arancel MCC. Aquellos ajustes que incorporan asterisco (*) indican uso unitario, es decir, el valor se paga por cada ajuste utilizado; lo anterior, para los casos en que aplique bilateralidad en el mismo egreso hospitalario.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Respecto de los códigos que componen el Listado de Ajustes de Tecnología del arancel MCC, serán excluyentes entre sí los ajustes que a continuación se detallan: ajuste tecnológico 11, 12 y 13; ajuste tecnológico 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21; ajuste tecnológico 22, 23 y 24; ajuste tecnológico 34, 35, 36 y 37.

Listado de Ajustes de Tecnología

N°	Ajuste Tecnológico	Códigos Procedimientos CIE 9 MC
1	Implantación o sustitución craneal de neuroestimulador generador de pulso	01.20
2	Fijador externo, sistema en anillo	84.72
3	Marcapaso con resincronización cardiaca sin desfibrilador	00.50; 00.53
4	Prótesis total tobillo	81.56
5	Dispositivo de miembro protésico	84.40; 84.41; 84.42; 84.43; 84.44; 84.45; 84.46; 84.47; 84.48
6	Fusión espinal	81.00; 81.01; 81.02; 81.03; 81.04; 81.05; 81.06; 81.07; 81.08; 81.30; 81.31; 81.32; 81.33; 81.34; 81.35; 81.36; 81.37; 81.38; 81.39
7	Sustitución endovascular de válvula pulmonar	35.07
8	Implante coclear (menores de 4 años)	20.96; 20.97; 20.98
9	Estudio electrofisiológico: mapeo cardiaco	37.27
10	Estudio electrofisiológico: ablación (escisión o destrucción de otra lesión o tejido del corazón, acceso endovascular)	37.34
11	Plasmaféresis Terapéutica, 1-3 sesiones	99.71
12	Plasmaféresis Terapéutica, 4-6 sesiones	99.71
13	Plasmaféresis Terapéutica, > o = 7 sesiones	99.71
14	Hemodiálisis continua 101 o más horas máximo	39.95
15	Hemodiálisis continua 81-100 hrs máximo	39.95
16	Hemodiálisis continua 61-80 hrs máximo	39.95
17	Hemodiálisis continua 49-60 hrs máximo	39.95
18	Hemodiálisis continua 33-48 hrs	39.95
19	Hemodiálisis continua 19-32 hrs	39.95
20	Hemodiálisis continua 10-18 hrs	39.95
21	Hemodiálisis continua 6-9 hrs	39.95
22	ECMO Delivery: Traslado terrestre regiones Metropolitana, Valparaíso o Libertador B. O´Higgins	39.65
23	ECMO Delivery: Traslado terrestre regiones Coquimbo, Maule, Ñuble y Bío - Bío	39.65
24	ECMO Delivery: Traslado aéreo regiones Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes.	39.65
25	Óxido nítrico inhalado <15 años	00.12
26	Prótesis Ortopédicas (Cadera y/o Rodilla) (*)	81.51; 81.52; 81.54; 00,70; 00.71; 00.72; 00.80; 00.81; 00.82; 00.83; 00.84
27	Prótesis mamaria (*)	85.53; 85.54
28	Prótesis total de Hombro (*)	81.80; 81.88
29	Prótesis Expansora (*)	85.95
30	Procedimiento Robótico asistido Laparoscópico	17.42
31	Láser para apoyo de resolución quirúrgica de PS: Hiperplasia Benigna de Próstata	60.21[3]
32	Endoprótesis vascular Aortica (quirúrgica o endovascular)	38.44; 38.45; 39.71; 39.73
33	Sustitución Endovascular de Válvula Aórtica (TAVI)	35.05
34	Desfibrilador VVI	37.94
35	Desfibrilador DDD	37.94
36	Desfibrilador VVI con resincronización cardiaca	00.51; 00.54
37	Desfibrilador DDD con resincronización cardiaca	00.51; 00.54
38	Instalación de uno o más Dispositivo Coils para tratamiento de Hemorragia Subaracnoidea secundaria a ruptura de Aneurismas cerebrales, Aneurismas cerebrales sin ruptura y Malformaciones Arteriovenosas cerebrales.	39.72; 39.75; 39.76
39	Biopsia Estereotáxica Digital de mama	85.11

35. De la Regla General del Pago por arancel MCC. El pago por GRD se aplicará para todos aquellos casos de hospitalización y Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) ya sean de resolución médica o médico-quirúrgica.

La regla general de pago por GRD aplica en todos aquellos casos donde existan estadías inferiores al Punto de Corte Superior del GRD, establecidos en la Norma Minsal vigente. De esta manera, corresponde al período comprendido entre el día cero o de inicio de la atención y el día correspondiente al día de Punto de Corte Superior.

El valor del GRD es el producto entre el Precio Base definido en el arancel MCC y el Peso Relativo del GRD correspondiente.

El valor del GRD se obtiene de la multiplicación del Precio Base (1 o 2, según complejidad) por el peso relativo del GRD respectivo, de acuerdo con la siguiente expresión: Valor del GRD = Precio Base * Peso Relativo GRD.

Para los casos que sean resueltos utilizando prestaciones descritas como ajustes de tecnología, se pagará cada prestación utilizada en la intervención como adicional al valor del GRD, de acuerdo al Listado de Ajustes de Tecnología del arancel MCC.

36. Regla de Pago en Caso de Outliers Superiores. La regla de pago en caso de Outliers Superiores se aplica en casos donde existan estadías superiores al Punto de Corte Superior del GRD establecidas en la Norma Minsal vigente.

Estos casos serán auditados por Fonasa para la verificación de todos los antecedentes informados en la prefacturación en forma previa a la autorización de los pagos correspondientes, de acuerdo con el procedimiento que establezca Fonasa para tales efectos.

[3] Se ajusta código por error de digitación de Anexo II, de la Resolución Exenta N° 1.134, de 2024, Minsal.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Esta regla especial de pago consiste en la aplicación de un deducible al prestador, por aquellos costos originados con posterioridad al Punto de Corte Superior del GRD. Este deducible se manifiesta en un período de no pago (o carencia) por parte de Fonasa al prestador, al término del cual se reactiva el pago por cada día de estadía hasta el momento del egreso del paciente (post carencia).

El Valor del Outlier Superior se obtiene mediante la siguiente expresión: Valor del GRD + [Días post carencia * Peso Relativo GRD * Precio Base 1] / Días Percentil 75.

1. Días post carencia: Corresponde al período comprendido entre el término del período de carencia y el momento del egreso del paciente. Durante este período se reactiva el pago por parte de Fonasa.
2. Período de Carencia: Corresponde al período de tiempo comprendido entre el día del Punto de Corte Superior y que se extiende por el número de días establecido en el Percentil 50 del GRD respectivo según la norma. Durante este período el prestador no recibe pago por parte de Fonasa.
3. Días Percentil 75: Corresponde al número de días establecido en el Percentil 75 del GRD.

TÍTULO X. DEL FUNCIONAMIENTO DE LA MCC

37. Será función de Fonasa el velar por el correcto funcionamiento de la implementación de la MCC.

El incumplimiento de las instrucciones relativas a la implementación de esta modalidad y la aplicación de su arancel se regirá por las normas que regulan la aplicación del arancel de la MLE vigente.

Fonasa podrá ejercer su facultad fiscalizadora aplicando el procedimiento para la fiscalización y aplicación de sanciones a los prestadores inscritos en el rol de la MLE.

El proceso de fiscalización a prestadores inscritos en la MCC está destinado a verificar el cumplimiento de las normas legales y arancelarias según el procedimiento vigente y sus infracciones, así como también de los aspectos técnicos y los casos derivados a revisión según los flujos establecidos en el contexto de validación de las cuentas, para los prestadores en convenio de acuerdo con sus disposiciones.

En el contexto de la validación del proceso de codificación y asignación de GRD, se realizará el proceso de auditoría de los casos con mecanismo de financiamiento GRD con el propósito de garantizar un correcto y exacto pago al prestador por caso tratado en el contexto de la MCC; para ello Fonasa solicitará los registros de respaldo respectivos.

Fonasa podrá evaluar los indicadores de seguridad del paciente vinculados al marcador POA a los beneficiarios con mecanismo de pago GRD, independiente de su estancia hospitalaria.

Asimismo, podrá efectuar auditorías y revisión de los antecedentes del egreso fallecido, para lo cual los prestadores de salud deberán remitir a Fonasa todos los antecedentes de respaldo de las prestaciones otorgadas, debiendo incluir el informe de egreso hospitalario correspondiente.

Anótese, comuníquese y publíquese en el Diario Oficial.- Por orden del Presidente de la República, Ximena Aguilera Sanhueza, Ministra de Salud.

Transcribo para su conocimiento decreto exento N° 74, 23 de diciembre de 2024.- Por orden de la Subsecretaría de Salud Pública.- Saluda atentamente a Ud., Yasmina Viera Bernal, Jefa de la División Jurídica, Ministerio de Salud.

CVE 2589315 | Director: Felipe Andrés Peroti Díaz
Sitio Web: www.diariooficial.cl | Mesa Central: 600 712 0001 E-mail: consultas@diariooficial.cl
Dirección: Dr. Torres Boonen N°511, Providencia, Santiago, Chile.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl