

**REGULA MECANISMOS DE REEMBOLSO A PRESTADORES POR PARTE DEL FONDO NACIONAL DE SALUD EN
LOS CASOS PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 3º DE LA LEY 20.850**

**TITULO I
Disposiciones Generales**

Artículo 1º. El presente reglamento tiene por objeto regular los mecanismos a través de los cuales se realiza el reembolso por parte del Fondo Nacional de Salud a prestadores, en los casos previstos en el artículo 3º de la Ley 20.850.

Artículo 2º. Para los efectos de este reglamento, se entenderá por:

- a) FONASA: Fondo Nacional de Salud.
- b) Ley: ley N°20.850, que crea un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo y rinde Homenaje Póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

Artículo 3º. Para contar con el sistema de protección financiera establecido en la letra e) del artículo 2º de la Ley, las prestaciones deben ser otorgadas en la Red de Prestadores que correspondan en conformidad a ella.

Por el contrario, no contarán con el sistema de protección financiera las prestaciones no cubiertas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red de Prestadores que corresponden conforme a la Ley, salvo en las circunstancias descritas en su artículo 3º.

Artículo 4º. Las prestaciones garantizadas por la Ley que hayan sido otorgadas por un prestador distinto a la Red de Prestadores Aprobada y siempre que se cumplan con las circunstancias señaladas en el artículo 3º de la Ley, serán reembolsadas por el FONASA, con cargo al Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, según lo establecido en dicha ley y en el presente reglamento.

Tratándose de la confirmación diagnóstica o de los diagnósticos de alto costo, su otorgamiento se suspenderá hasta la estabilización o el alta médica, salvo que a requerimiento fundado del médico tratante y previa autorización del Fonasa, así se disponga.

**TÍTULO II
De la procedencia del reembolso**

Artículo 5º. Los costos de los productos sanitarios garantizados por la Ley, respecto de pacientes beneficiarios, serán reembolsados por el FONASA en las siguientes circunstancias:

1. Tratándose de una condición de salud que implique urgencia vital o secuela funcional grave, en los términos señalados en el decreto N°369, del Ministerio de Salud, de 1985, que aprueba el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud y sus modificaciones, y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente de los contemplados en la Red de Prestadores aprobados por el Ministerio de Salud, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado a alguno de los prestadores aprobados por el Ministerio de Salud
2. Cuando los beneficiarios de la Ley hayan requerido atención cerrada de conformidad con las disposiciones contenidas en la ley N°19.966 y mientras dure su hospitalización.

Artículo 6º. Los establecimientos que otorguen las prestaciones en las circunstancias señaladas en el artículo precedente, deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud y al FONASA, dentro de las 24 horas siguientes, señalando, al menos, lo siguiente:

- a) Nombre y RUT de la persona.
- b) Condición de salud que justifica la hospitalización.
- c) En el caso del número 1, del artículo 5º, certificado de médico cirujano que califica la urgencia vital o riesgo de secuela funcional grave.

Dicha información deberá registrarse a través de la página electrónica habilitada por la referida Intendencia para estos efectos y estará inmediatamente disponible para su consulta por las Instituciones Previsionales de Salud, el FONASA, las instituciones de salud previsional de las Fuerzas Armadas y las de Orden y Seguridad Pública y el Ministerio de Salud.

Artículo 7º. Informado el FONASA a través de la página electrónica, éste deberá disponer la entrega de la prestación garantizada por la Ley, en el establecimiento donde se encuentre el paciente. En caso de no ser posible o mientras se materialice la disposición del producto sanitario por parte del FONASA, éste reembolsará el costo de los productos sanitarios efectivamente otorgados por el establecimiento, lapso en el que dicho prestador se encontrará obligado a entregarlas.

TÍTULO III **Del procedimiento del reembolso**

Artículo 8º. El reembolso a que haya lugar conforme lo dispuesto en el Título II de este Reglamento, consistirá en la devolución monetaria del costo de reposición del producto sanitario o prestación de confirmación diagnóstica o de seguimiento, según corresponda.

En el caso de los productos sanitarios, el costo de reposición se calculará en pesos y corresponderá al precio de compra efectivo promedio en los 6 meses anteriores al otorgamiento de la prestación, respaldado en las respectivas facturas.

Para los efectos del reembolso a que haya lugar conforme lo dispuesto en el Título II de este Reglamento, el prestador deberá remitir al FONASA los siguientes documentos y en los plazos que a continuación se indican:

1. En la circunstancia contenida en el numeral primero del artículo 5º, se deberán acompañar los antecedentes descritos en el artículo 6º y el certificado de estabilización. Estos documentos deberán remitirse al FONASA en el plazo de 30 días contados desde el traslado del paciente a un prestador aprobado o su alta médica, según lo que ocurra primero.
2. En la circunstancia del numeral segundo del artículo 5º, se deberán acompañar los antecedentes descritos en las letras a) y b) del artículo 6º y un certificado donde conste la prestación AUGE que justifica la hospitalización. Estos documentos deberán remitirse al FONASA en el plazo de 30 días contados desde el alta médica del paciente.

En el caso que transcurra un lapso superior a 6 meses entre el ingreso del paciente y la concurrencia de las circunstancias que inician el cómputo del plazo señaladas en los numerales precedentes, el prestador podrá solicitar reembolsos parciales de manera mensual a contar de esa fecha.

Artículo 9º. Una vez recibida la información sobre la que trata el artículo 6º del presente reglamento, la misma será evaluada por el FONASA, a fin de realizar el seguimiento correspondiente y establecer la pertinencia de la calificación de la situación como de urgencia vital o secuela funcional grave y la procedencia de la cobertura financiera, en los casos que corresponda a un beneficiario de la ley.

Para estos efectos Fonasa revisará si el paciente se encuentra incluido en los listados de beneficiarios y, solicitará, adicionalmente los siguientes antecedentes.

- Acreditación de beneficios del paciente
- Formulario de Confirmación Diagnóstica
- Formulario de Notificación
- Indicación del Tratamiento
- Código de Urgencia en casos Fonasa
- Epícrisis
- Hoja de administración de medicamento
- Factura que incluya sólo el medicamento.

Artículo 10º. No habiéndose presentado controversias, o habiéndose presentado, hubieren sido resueltas según lo dispuesto en el título siguiente, el FONASA podrá proceder a la realización del reembolso correspondiente.

Artículo 11º. El reembolso deberá realizarse en un plazo máximo de 30 días hábiles.

TÍTULO IV **De la resolución de controversias**

Artículo 12º. En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación como de urgencia vital o secuela funcional grave, el Fondo Nacional de Salud por sí o a través de la red de prestadores aprobados por el Ministerio de Salud para el otorgamiento de las prestaciones de alto costo con sistema de protección financiera, así como el paciente o su representante, podrá requerir que resuelva la Superintendencia de

Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales. Igual acción se confiere al paciente o su representante.

Artículo 13°. Deberán interponer el requerimiento, suscrito por un médico, registrado en la Superintendencia de Salud, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que consideren que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, acompañando los antecedentes clínicos en que se funda su parecer. Si los antecedentes son insuficientes o no están suscritos por el mencionado profesional, la Intendencia podrá rechazar de plano la solicitud.

La Intendencia resolverá dentro del plazo de dos días corridos y el costo de su intervención será de cargo del requirente.