



CIRCULAR N° 069

SANTIAGO, 21 OCT 2002

**MODIFICA INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA GENERACIÓN Y ENVÍO DE
ARCHIVO MAESTRO DE LICENCIAS MÉDICAS Y SUBSIDIOS POR
INCAPACIDAD LABORAL.**

Esta Superintendencia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 3° de la Ley N°18.933, viene en modificar las instrucciones relativas a la generación y remisión del Archivo Maestro de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral.

Para tal efecto se reemplaza el ANEXO N° 2 Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral y Licencias Médicas Reclamadas en la COMPIN de la Circular 63 de fecha 25 de enero de 2002, por el respectivo Anexo Número 2 de la presente circular.

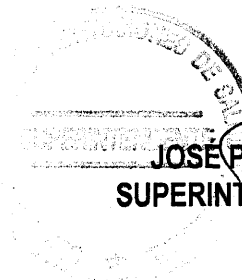
La información del Archivo Maestro de Licencias Médicas deberá remitirse a contar del 20 de noviembre de este año, con los datos correspondientes al mes de octubre de 2002.

En mérito de las modificaciones señaladas precedentemente, fijese el siguiente texto refundido de la Circular N°63 de fecha 25 de enero de 2002.

Atentamente,


ERV/JRRL/AMV//TAM/mmg.
DISTRIBUCIÓN

- Sres. Gerentes Generales Isapre
- Sr. Superintendente de Isapres
- Fiscalía
- Depto. SISP
- Agencias Zonales
- Oficina de Partes


JOSE PABLO GOMEZ MEZA
SUPERINTENDENTE DE ISAPRES



GOBIERNO DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

CIRCULAR N° 63

SANTIAGO, 25 ENE 2002

MODIFICA LAS INSTRUCCIONES PARA LA CONFECCIÓN Y REMISIÓN DE LOS ARCHIVOS MAESTROS DE INFORMACIÓN QUE LAS ISAPRES ENVÍAN A LA SUPERINTENDENCIA

En ejercicio de las facultades que el artículo 3° de la Ley N° 18.933 confiere a esta Superintendencia, se imparten las siguientes instrucciones que modifican los Archivos Maestros de información que las Instituciones de Salud Previsional remiten a este Organismo de Control.

I.- INTRODUCCIÓN

Los objetivos de las modificaciones que se introducen en esta oportunidad dicen relación con el interés de esta Superintendencia por **simplificar** la confección de estos archivos computacionales, eliminar y refundir algunos de ellos, así como agregar información que, sin originar un importante esfuerzo adicional por parte de las isapres, permite ampliar el espectro de datos existentes, contribuyendo de esta forma, a optimizar los estudios y análisis que pueden obtenerse de las bases de datos que se mantienen en esta Institución.

Asimismo, para facilitar el manejo de las instrucciones sobre esta materia, se ha estimado conveniente refundir la definición de todos los Archivos Maestros en la presente circular, derogando todos los oficios circulares anteriores que solicitan el envío de los referidos archivos.

II.- MODIFICACIONES A LOS ARCHIVOS MAESTROS

1.- Archivo Maestro de Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas

Se reemplaza el Archivo Maestro de Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas, CAEC, establecido en el Ordinario Circular N° 10 del 12 de febrero de 2001 por el que se establece en el Anexo N° 1 de la presente circular. Cabe destacar que este archivo es exigible sólo a aquellas isapres que incorporan la CAEC a sus contratos de salud.

Se elimina el envío de la Tabla Auxiliar de cotizantes con CAEC, establecida en el numerando 1.1 del referido Ordinario Circular N° 10.

Se elimina la Estructura Computacional del Archivo de Prestadores, contenida en el punto 1.3 del citado Ordinario Circular N° 10. Los campos relativos a la pertenencia o no de un prestador a la Red CAEC, se incorporan a la Estructura Computacional del Archivo de Tabla de Prestadores, contenida en el Anexo N°5 de la presente circular.

Se elimina el requerimiento de información estadística trimestral sobre los casos cubiertos por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, solicitada a través del Ordinario Circular N° 64, del 7 de noviembre de 2000.

El envío de este Archivo Maestro considerará un detalle mensual de la información solicitada y deberá remitirse trimestralmente, siendo su plazo máximo de recepción en las oficinas de esta Superintendencia, el día 20 del mes siguiente al trimestre que se informa.

2.- Archivo Maestro de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral

Se reemplaza el Archivo Maestro de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad laboral, establecido en el Ordinario Circular N° 8, del 8 de febrero de 2000, por el que se establece en el Anexo N° 2 de la presente circular.

Deberá ser recibido mensualmente en esta Superintendencia, a más tardar el día 15 del mes siguiente al que se informa.

3.- Archivo Maestro de Prestaciones de Salud

Se reemplaza el Archivo Maestro de Prestaciones de Salud, establecido en el Ordinario Circular N° 5, del 7 de febrero de 2000, por el que se establece en el Anexo N° 3 de la presente circular.

Se elimina el envío del Archivo Maestro de Beneficios Mínimos, establecido en el Ordinario Circular N° 7, del 8 de febrero de 2000, ya que se incorpora a la nueva estructura computacional del Archivo Maestro de Prestaciones que se establece en el citado Anexo N° 3.

Su envío considerará un detalle mensual de la información solicitada y deberá remitirse trimestralmente, siendo su plazo máximo de recepción en las oficinas de esta Superintendencia, el día 20 del mes siguiente al trimestre que se informa.

4.- Archivo Maestro de Egresos Hospitalarios

Se reemplaza el Archivo Maestro de Egresos Hospitalarios, establecido en el Ordinario Circular N° 6, del 8 de febrero de 2000, por el que se establece en el Anexo N° 4 de la presente circular.

Su envío considerará un detalle mensual de la información solicitada y deberá remitirse trimestralmente, siendo su plazo máximo de recepción en las oficinas de esta Superintendencia, el día 20 del mes siguiente al trimestre que se informa.

5.- Archivo Maestro de Planes de Salud y otros archivos asociados

Se reemplaza el Archivo Maestro de Planes de Salud y otros archivos asociados, establecido en el Ordinario Circular N° 82, del 27 de diciembre de 2000, por el que se establece en el Anexo N° 5 de la presente circular.

Estos archivos deberán enviarse mensualmente y en forma conjunta, debiendo ser recepcionados por esta Superintendencia, a más tardar, el día 15 del mes siguiente al que se informa.

6.- Archivo Maestro de Beneficiarios

Se reemplaza el Archivo Maestro de Beneficiarios, establecido en el Ordinario Circular N° 21, del 15 de julio de 1997 y modificado por los Ordinarios Circulares N° 50 y 81, del 17 de septiembre de 1999 y 27 de diciembre de 2000, respectivamente, por el que se establece en el Anexo N° 6 de esta circular.

Deberá ser recibido mensualmente en esta Superintendencia, a más tardar el día 15 del mes siguiente al que se informa.

7.- Especificaciones Técnicas Generales y Definiciones Computacionales

La información que se remita a la Superintendencia en cumplimiento de lo instruido en esta circular, deberá sujetarse estrictamente a las Especificaciones Técnicas Generales y a las Definiciones Computacionales que se establecen en los Anexos N° 7 y 8 de la presente circular, respectivamente.

8.- Vencimiento de plazos

Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivo, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

9.- Vigencia

Los primeros envíos que deberán ajustarse a las modificaciones establecidas en la presente circular, deberán considerar la información con los datos que se generen a contar del 1 de abril de 2002.

Así, la primera información de los archivos mensuales deberá estar referida al mes de abril de 2002 y recibirse en la Superintendencia el 15 de mayo del mismo año.

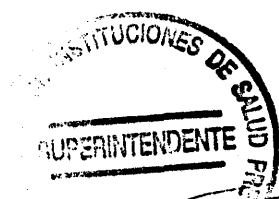
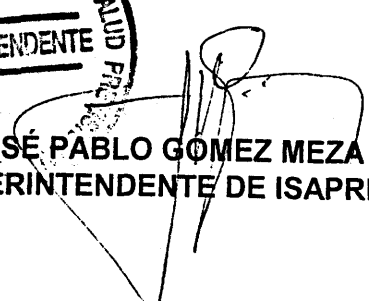
Por su parte, la primera información de los archivos trimestrales deberá estar referida a los meses de abril, mayo y junio de 2002 y recibirse en esta Superintendencia el 22 de julio del mismo año.

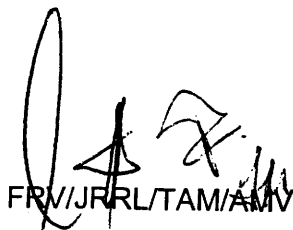
Mientras no se materialicen los primeros envíos detallados precedentemente, las isapres deberán continuar enviando los Archivos Maestros de acuerdo a las instrucciones vigentes sobre esta materia.

10.- Derogación de normativa actual

A contar de los primeros envíos ajustados a las modificaciones introducidas por la presente circular, se derogan los siguientes ordinarios circulares:

- Ord. Circular N° 21, del 15 de julio de 1997
- Ord. Circular N° 50, del 17 de septiembre de 1999
- Ord. Circular N° 5, del 7 de febrero de 2000
- Ord. Circular N° 6, del 8 de febrero de 2000
- Ord. Circular N° 7, del 8 de febrero de 2000
- Ord. Circular N° 8, del 8 de febrero de 2000
- Ord. Circular N° 64, del 7 de noviembre de 2000
- Ord. Circular N° 81, del 27 de diciembre de 2000
- Ord. Circular N° 82, del 27 de diciembre de 2000
- Ord. Circular N° 6, del 2 de febrero de 2001
- Ord. Circular N° 10, del 12 de febrero de 2001
- Ord. Circular N° 40, del 22 de agosto de 2001


SUPERINTENDENTE DE ISAPRES

JOSÉ PABLO GÓMEZ MEZA
SUPERINTENDENTE DE ISAPRES


FRV/JRRL/TAM/AMV

DISTRIBUCION:

- * Sres. Gerentes Generales de Isapres
- * Superintendente de Isapres
- * Fiscalía
- * Departamento Control
- * Departamento Apoyo a la Gestión
- * Departamento Administración y Finanzas
- * Agencias Zonales SISP
- * Oficina de Partes

ANEXO N° 1
Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas

Estructura Archivo de Beneficiarios con CAEC en Uso

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO	ACCIÓN
(01)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico	
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Numérico	
(03)	RUT DEL BENEFICIARIO	Alfanumérico	
(04)	RUT DEL COTIZANTE	Alfanumérico	
(05)	REGIÓN DE INGRESO	Numérico	
(06)	REGIÓN DE DESTINO	Numérico	
(07)	CÓDIGO DIAGNÓSTICO	Alfanumérico	Modificado
(08)	CONDICIÓN DE EMERGENCIA	Alfabético	
(09)	PRESTACIONES DE SALUD	Numérico	Modif. Definición
(10)	FECHA DE SOLICITUD	Numérico	
(11)	FECHA DE DESIGNACIÓN	Numérico	
(12)	FECHA DE INGRESO	Numérico	Modif. Definición
(13)	RUT PRESTADOR DE INGRESO	Alfanumérico	Modif. Definición
(14)	RUT PRESTADOR AUTORIZADO	Alfanumérico	Modif. Nombre Campo
(15)	MONTO DEL DEDUCIBLE	Numérico	
(16)	MONTO ACUMULADO	Numérico	
(17)	TOTAL FACTURADO	Numérico	Corrección de texto
(18)*	TOTAL COPAGO	Numérico	Eliminación por reemplazo
(18)	COBERTURA DEL PLAN DE SALUD	Numérico	Incorporado
(19)	COBERTURA CAEC	Numérico	Incorporado
(20)	MONTO NO CUBIERTO	Numérico	Incorporado
(21)	FECHA DEL FALLECIMIENTO	Numérico	
(22)	MONTO PRÉSTAMO	Numérico	
(23)	NÚMERO DE CUOTAS	Numérico	
(24)	TASA DE INTERÉS	Numérico	

(06) REGIÓN DE DESTINO

Indica el código de la región del prestador designado por la isapre para efectuar, de manera permanente, las atenciones de salud al beneficiario de la CAEC.

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 2, con valores 01 al 13, según corresponda, donde:

01 = Primera Región

02 = Segunda Región

13 = Región Metropolitana

Si la REGIÓN DE DESTINO es la misma que la REGIÓN DE INGRESO debe repetirse el código informado en el campo (05) anterior.

(07) CÓDIGO DIAGNÓSTICO

Corresponde al código que identifica el diagnóstico principal que da origen a la solicitud de la CAEC por parte del beneficiario.

Debe informarse de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades N° 10 definida por la O.M.S. (CIE - 10).

Campo de tipo alfanumérico, de largo 8, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(08) CONDICIÓN DE EMERGENCIA

Indica si el beneficiario ingresa a la CAEC en una condición de emergencia o si su ingreso responde a una situación programada.

Campo alfabético, de largo 1, con valor E o P, según corresponda, donde:

E = Situación de emergencia

P = Situación programada

(09) PRESTACIONES DE SALUD

Indica los códigos de las prestaciones de salud de mayor valor monetario, efectuadas al beneficiario de la CAEC, asociadas al diagnóstico (según campo 7), hasta el mes de la información.

Deben informarse, a lo más, tres prestaciones de salud, utilizando códigos correspondientes al Arancel

Fonasa Modalidad Libre Elección.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 21.

Cada prestación de salud dispone de 7 dígitos para ser informada.

(10) FECHA DE SOLICITUD

Indica el día, mes y año en que el beneficiario solicita a la isapre su ingreso a la CAEC.

Campo de tipo numérico, de largo 8, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(11) FECHA DE AUTORIZACIÓN

Indica el día, mes y año en que la isapre autoriza al prestador encargado de otorgar las atenciones de salud al beneficiario de la CAEC.

Campo de tipo numérico, de largo 8, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(12) FECHA DE INGRESO

Indica el día, mes y año (ddmmaaaa) en que el beneficiario de la CAEC ingresa al prestador autorizado por la isapre.

Campo de tipo numérico, de largo 8, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(13) RUT PRESTADOR DE INGRESO

Corresponde al RUT del prestador que otorgó las primeras prestaciones de salud al beneficiario de la CAEC.

Campo de tipo alfanumérico de largo 9.

(14) RUT PRESTADOR AUTORIZADO

Corresponde al RUT del prestador autorizado por la isapre para efectuar las atenciones de salud al beneficiario de la CAEC.

Campo de tipo alfanumérico de largo 9. Si el RUT PRESTADOR AUTORIZADO es el mismo que el RUT PRESTADOR DE INGRESO debe repetirse el Rut informado en el campo (13) anterior.

Tanto en el campo 13 anterior, como en el campo 14, lo requerido son RUT INSTITUCIONALES y/o CORPORATIVOS (personas jurídicas).

No deben informarse prestadores individuales y/o personas naturales.

(15) MONTO DEL DEDUCIBLE

Corresponde al monto expresado en UF que el beneficiario debe acumular por concepto de deducible¹.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 5, distinto de cero.

Los valores deberán informarse con dos decimales, utilizando para ello, las últimas dos posiciones de este campo.

(16) MONTO ACUMULADO

Corresponde al monto expresado en UF que el beneficiario tiene acumulado por concepto de deducible hasta el mes que se informa.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 5, distinto de cero.

Los valores deberán informarse con dos decimales, utilizando para ello, las últimas dos posiciones de este campo.

(17) TOTAL FACTURADO

Corresponde al monto en pesos que el prestador ha facturado por las prestaciones efectuadas al beneficiario de la CAEC, durante el mes que se informa.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 9, distinto de cero.

(18) TOTAL COPAGOS

Se elimina y se reemplaza por el desglose de los 3 campos siguientes (campos 18 , 19 y 20 --- los demás campos se reubicaron)

(18) COBERTURA DEL PLAN DE SALUD

Indica el monto total en pesos de lo bonificado por el plan de salud por concepto de prestaciones CAEC, durante el período de acumulación del deducible.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 9, distinto de cero.

¹ Debe informarse de acuerdo a lo dispuesto en la letra f) del Artículo 2 de las Condiciones de Cobertura para Enfermedades Catastróficas establecidas como anexo de la Circular N°59, del 29.02.2000.

(19) COBERTURA CAEC

Cobertura CAEC: Indica el monto total en pesos de lo bonificado por el beneficio CAEC una vez completado el deducible y que se esté haciendo uso efectivo de este beneficio.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 9, distinto de cero.

(20) MONTO NO CUBIERTO

Indica el monto total en pesos de las prestaciones no cubiertas por la isapre (ni por el plan de salud, ni por el beneficio CAEC).

Campo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 9, distinto de cero.

(21) FECHA DEL FALLECIMIENTO

Indica el día, mes y año del fallecimiento del beneficiario, cuando éste haya ocurrido durante el mes que se informa.

Debe informarse sólo respecto de los beneficiarios fallecidos debido al diagnóstico informado en el campo (07) anterior.

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 8.

(22) MONTO PRÉSTAMO

Indica el monto total en pesos, solicitado por el beneficiario en préstamo a la isapre para cubrir el deducible, durante el mes que se informa.

Debe informarse con ceros cuando el beneficiario no haya solicitado préstamos.

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 7.

(23) NÚMERO DE CUOTAS

Identifica el número de cuotas establecidas para pagar el préstamo identificado en el campo (20).

Debe informarse sólo respecto de los beneficiarios que solicitaron un préstamo a la isapre.

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 2, distinto de cero.

(24) TASA DE INTERÉS

Identifica la tasa de interés nominal anual fijada para el préstamo identificado en el campo (20).

Debe informarse sólo respecto de los beneficiarios que solicitaron un préstamo a la isapre.

Campo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 3, distinto de cero.

Los valores deberán informarse con un decimal, utilizando para ello, la última posición de este campo.

VALIDACIONES

- Número de cotizantes que en período anterior fueron informados por una isapre con la CAEC activada y que en el período actual no aparecen. Rango de aceptación: cero.
- Número de beneficiarios que en el campo "Monto del deducible" (campo 15) informan un valor fuera del rango comprendido entre las 60 UF y las 126 UF. Rango de aceptación: cero
- Número de beneficiarios que en el campo "Monto del deducible" (campo 15) indican un valor distinto a la cotización pactada (Archivo Maestro de Beneficiarios) multiplicado por treinta, salvo para los casos en que este último múltiplo este dentro del rango comprendido entre las 60 UF y las 126 UF. Rango de aceptación: cero
- Número de beneficiarios que en el campo "Monto acumulado" (campo 16) informan un valor mayor que en el campo "Monto del Deducible" (campo 15). Rango de aceptación: cero
- Número de beneficiarios que en el campo "Monto Préstamo" (campo 22) informan un valor mayor que en el campo "Monto del Deducible" (campo 15). Rango de aceptación: cero
- El campo "Fecha de Solicitud" (campo 10), campo "Fecha de Autorización" (campo 11), campo "Fecha de Ingreso" (campo 13) y campo "RUT Prestador" deberán ser distinto de cero. Rango de aceptación: cero
- Número de cánceres cérvico uterinos asociados a sexo masculino. Corresponde al número de beneficiarios que en el campo "Código Diagnóstico" (campo 07) informan valores desde el C53 al C53.9, C54.0 al C54.9 del CIE 10

y que en el campo "Sexo" (Archivo Maestro de Beneficiarios) informan valor M.
Rango de aceptación: cero

- Número de prematuros asociados a edad. Corresponde al número de beneficiarios que en el campo "Código Diagnóstico" (campo 07) informan valores desde el P07.0 al P07.3 del CIE 10 y que en el campo "Edad" (Archivo Maestro de Beneficiarios) informa valores mayores a 1. Rango de aceptación: cero."

ANEXO N° 2
Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral
Licencias Médicas Reclamadas en la COMPIN

Licencias Médicas y Subsidios por incapacidad laboral

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA COLOR NÚMERO	Alfabético Numérico
(02)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico
(03)	FECHA INFORMACIÓN	Numérico
(04)	RUN TRABAJADOR NRO_RUN DIG_VERIF_RUN	Numérico Alfanumérico
(05)	FECHA EMISIÓN LICENCIA	Numérico
(06)	N° DE DÍAS	Numérico
(07)	FECHA INICIO REPOSO	Numérico
(08)	EDAD TRABAJADOR	Numérico
(09)	SEXO TRABAJADOR	Alfabético
(10)	ACTIVIDAD LABORAL	Numérico
(11)	OCUPACIÓN	Numérico
(12)	TIPO LICENCIA	Numérico
(13)	REPOSO	Numérico
(14)	RUN PROFESIONAL NRO_RUN DIG_VERIF_RUN	Numérico Alfanumérico
(15)	TIPO PROFESIONAL	Numérico
(16)	TIPO LICENCIA SEGÚN CONTRALORIA	Numérico
(17)	N° DÍAS AUTORIZADOS	Numérico
(18)	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Alfanumérico
(19)	TIPO DE RESOLUCIÓN	Numérico
(20)	PERÍODO	Numérico
(21)	REPOSO AUTORIZADO	Numérico
(22)	DERECHO A SUBSIDIO	Alfabético
(23)	FECHA RECEPCIÓN ISAPRE	Numérico
(24)	FECHA RESOLUCIÓN ISAPRE	Numérico
(25)	FECHA RECEPCIÓN EMPLEADOR	Numérico
(26)	CÓDIGO COMUNA	Numérico

(27)	REGIÓN	Numérico
(28)	CALIDAD TRABAJADOR	Numérico
(29)	ENTIDAD PAGADORA	Alfabético
(30)	N° DÍAS A PAGAR	Numérico
(31)	MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO	Numérico
(32)	MONTO APOORTE PREVISIONAL ISAPRE	Numérico
(33)	CÓDIGO INST. PREV DE PENSIONES	Numérico
(34)	FECHA DE INICIO DEL PAGO	Numérico
(35)	RECUPERABILIDAD	Numérico
(36)	MES DE CONCEPCIÓN	Numérico
(37)	MONTO APOORTE PREVISIONAL DE PENSIONES	Numérico
(38)	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	Alfanumérico
(39)	RUN DE IDENTIFICACIÓN DEL HIJO	
	NRO_RUN	Numérico
	DIG_VERIF_RUN	Alfanumérico
(40)	LUGAR DE REPOSO	Numérico
(41)	INICIO TRÁMITE DE INVALIDEZ	Numérico
(42)	CAUSA RECHAZO	Numérico
(43)	N° DÍAS PREVIOS	Numérico
(44)	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL	Numérico
(45)	FECHA CONTRATO DE TRABAJO	Numérico
(46)	MONTO BASE CÁLCULO SUBSIDIO	Numérico
(47)	REDICTAMEN	Numérico

Definiciones del Archivo Maestro de Licencias Médicas.

(01) IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA

Está compuesta de dos campos:

- Color, que tiene dos valores, café o verde, según el color del formulario con valores C o F, donde:
 - C: Café
 - V: Verde
- Número, que corresponde al número correlativo único nacional por color, impreso por la Casa Moneda en el extremo superior derecho del formulario "Licencia Médica".

Ambos campos deben separarse por el carácter "|". Por ejemplo el Formulario C222 debe informarse como C|222.

Campo de tipo alfanumérico, debe informarse siempre.

(02) CÓDIGO ISAPRE

Corresponde al número de identificación de la isapre, registrado en esta Superintendencia.

Campo de tipo numérico, de largo 3, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(03) FECHA DE LA INFORMACIÓN

Corresponde al mes y año en que la isapre emitió la resolución de la licencia médica correspondiente.

Campo de tipo numérico, de largo 6, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(04) RUN DEL TRABAJADOR

Debe obtenerse de la sección A.1 del formulario "Licencia Médica".

Debe informarse de acuerdo con la siguiente estructura:

NRO_RUN, campo de tipo numérico de largo 8, distinto de cero.

DIG_VERIF_RUN, campo de tipo alfanumérico de largo 1.

Ambos campos deben separarse por el carácter "|". Por ejemplo el RUN 1-9 debe informarse como 1|9.

(05) FECHA EMISIÓN LICENCIA

Debe obtenerse de la sección A.1 del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, de largo 8, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(06) N° DE DÍAS

Debe obtenerse de la sección A.1 del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(07) FECHA INICIO REPOSO

Debe obtenerse de la sección A.1 del formulario "Licencia Médica" (Fecha inicio reposo).

Campo de tipo numérico, de largo 8, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(08) EDAD TRABAJADOR

Debe obtenerse de la sección A.1 del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(09) SEXO TRABAJADOR

Debe obtenerse de la sección A.1 del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo alfabético, de largo 1, con valor M o F según corresponda, donde:

M = Masculino

F = Femenino

(10) ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

Debe obtenerse de la sección C.1 del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, de largo 1, con valor entre 0 y 9 según

corresponda, donde:

- 0 = Agricultura, servicios agrícolas, silvicultura y pesca
- 1 = Minas, petróleos y canteras
- 2 = Industrias manufactureras
- 3 = Construcción
- 4 = Electricidad, gas y agua
- 5 = Comercio
- 6 = Transporte, almacenamiento y comunicaciones
- 7 = Finanzas, seguros bienes muebles y servicios técnicos, profesionales y otros
- 8 = Servicios estatales, sociales, personales e internacionales
- 9 = actividad no especificada

(11) OCUPACIÓN

Debe obtenerse de la sección C.1 del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, de largo 2, con valor entre 11 y 19 según corresponda, donde:

- 11= Ejecutivo o Directivo
- 12= Profesor
- 13= Otro Profesional
- 14= Técnico
- 15= Vendedor
- 16= Administrativo
- 17= Operario, Trabajador Manual
- 18= Trabajador de Casa Particular
- 19= Otro

(12) TIPO DE LICENCIA

Debe obtenerse de la sección A.3 del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, de largo 1, con valor entre 1 y 7 según corresponda, donde:

- 1 = Enfermedad o accidente común
- 2 = Prórroga medicina preventiva
- 3 = Licencia maternal pre y post natal
- 4 = Enfermedad grave hijo menor de 1 año
- 5 = Accidente del trabajo o del

trayecto

6 = Enfermedad profesional

7 = Patología del Embarazo

(13) REPOSO

Debe obtenerse de la sección A.4 del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, de largo 1, con valores entre 1 y 4 según corresponda, donde:

1 = Reposo total

2 = Reposo parcial A (mañana)

3 = Reposo parcial B (tarde)

4 = Reposo parcial C (noche)

(14) RUN DEL PROFESIONAL

Debe obtenerse de la sección A.5 del formulario "Licencia Médica".

Debe informarse de acuerdo con la siguiente estructura:

NRO_RUN, campo de tipo numérico de largo 8, distinto de cero.

DIG_VERIF_RUN, campo de tipo alfanumérico de largo 1.

Ambos campos deben separarse por el carácter "|". Por ejemplo el RUN 1-9 debe informarse como 1|9.

(15) TIPO PROFESIONAL

Debe obtenerse de la sección A.5 del formulario "Licencia Médica". Campo de tipo numérico, de largo 1, con valor entre 1 y 3 según corresponda, donde:

1 = Médico

2 = Dentista

3 = Matrona

**(16) TIPO LICENCIA SEGÚN
CONTRALORÍA MÉDICA**

Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, de largo 1, con valor entre 1 y 7 según corresponda a lo resuelto por la isapre, donde:

1 = Enfermedad o accidente
común

2 = Prórroga medicina preventiva

3 = Licencia maternal pre y post

- natal
- 4 = Enfermedad grave hijo menor de 1 año
 - 5 = Accidente del trabajo o del trayecto
 - 6 = Enfermedad profesional
 - 7 = Patología del Embarazo

(17) N° DÍAS AUTORIZADOS

Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal.

Debe ser cero sólo en el caso que la licencia médica esté rechazada por la isapre.

(18) DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Debe obtenerse de la sección A.6 del formulario "Licencia Médica".

Corresponde al código que identifica el diagnóstico principal.

Debe informarse de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.), definida por la O.M.S. en su versión 10.

Campo de tipo alfanumérico, de largo 8. Debe informarse con todos los caracteres definidos en el código, incluyendo puntos o símbolos especiales.

(19) TIPO DE RESOLUCIÓN

Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, de largo 1, con valor entre 1 y 4, según corresponda a lo resuelto por la isapre, donde:

- 1 = Autorícese
- 2 = Rechácese
- 3 = Amplíese
- 4 = Redúcese

(20) PERÍODO

Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, de largo 1, con

valor 1 ó 2 según corresponda, donde:

1 = Primera

2 = Continuación

(21) REPOSO AUTORIZADO

Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, de largo 1, con valores entre 1 y 4, según corresponda a lo resuelto por la isapre, donde:

1 = Reposo total

2 = Reposo parcial A (mañana)

3 = Reposo parcial B (tarde)

4 = Reposo parcial C (noche)

(22) DERECHO A SUBSIDIO

Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo alfabético, de largo 1, con valor A, B o C según corresponda, donde:

A = Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en la Ley 18.469 o art. 30 Ley 16.744.

B = Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable. Art. 56 del DS N°3/84.

C = Sin derecho a subsidio.

(23) FECHA RECEPCIÓN ISAPRE

Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, de largo 8, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(24) FECHA RESOLUCIÓN ISAPRE

Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, de largo 8, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(25) FECHA RECEPCIÓN

Debe obtenerse de la sección C.1 del

EMPLEADOR

formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, de largo 8, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(26) CÓDIGO COMUNA

Debe obtenerse de la sección C.1 del formulario "Licencia Médica" (comuna donde cumple funciones el trabajador) y debe informarse codificado de acuerdo con la numeración definida por el I.N.E.

Campo de tipo numérico, de largo 3, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(27) REGIÓN

Corresponde a la región donde cumple funciones el trabajador.

Campo de tipo numérico, de largo 2, sin punto o coma decimal, con valor entre 01 y 13 según corresponda.

(28) CALIDAD DEL TRABAJADOR

Debe obtenerse de la sección C.2 del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo numérico, de largo 1, con valor entre 1 y 4 según corresponda, donde:

- 1 = Trabajador sector público afecto a Ley 18.834.
- 2 = Trabajador sector público no afecto a Ley 18.834.
- 3 = Trabajador dependiente sector privado.
- 4 = Trabajador independiente.

(29) ENTIDAD PAGADORA

Debe obtenerse de la sección C.2 del formulario "Licencia Médica".

Campo de tipo alfabético, de largo 1, con valor entre A y D para licencias tipo 1, 2, 3 ó 4 y 7 y entre E y H para licencias tipo 5 ó 6, donde:

- A = Servicio de salud
- B = Isapre

C = CCAF
D = Empleador
E = Servicio de salud
F = Mutual
G = INP
H = Empleador

(30) N° DÍAS A PAGAR

Corresponde al número total de días con derecho a subsidio.

Respecto de las licencias autorizadas que sean primeras licencias, menores a 11 días, deberán descontarse los tres primeros días.

Respecto de las licencias autorizadas que sean continuación de primeras licencias menores a 11 días, deberán incluirse los tres días descontados de la primera licencia.

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal.

Debe ser cero sólo en los siguientes casos :

- Cuando la licencia haya sido rechazada por la isapre,
- Cuando la licencia sea menor o igual a tres días y no sea continuación de una licencia anterior,
- Cuando el trabajador no tenga derecho a subsidio, y
- Cuando la entidad encargada del pago del subsidio sea distinta de la isapre.

(31) MONTO SUBSIDIO LIQUIDO

Corresponde al monto total en pesos a pagar al trabajador por concepto de subsidio.

Campo de tipo numérico, de largo 10, sin punto o coma decimal.

Debe ser cero sólo en los siguientes casos:

- Cuando la licencia haya sido

rechazada por la isapre,

- Cuando la licencia sea menor o igual a tres días y no sea continuación de una licencia anterior,
- Cuando el trabajador no tenga derecho a subsidio, y
- Cuando la entidad encargada del pago del subsidio sea distinta de la isapre.

(32) MONTO APORTE PREVISIONAL ISAPRE

Corresponde al monto total en pesos a pagar a la isapre que esté afiliado el trabajador por concepto de cotizaciones. Se obtiene al momento de realizar la liquidación de subsidio.

Campo de tipo numérico, de largo 10, sin punto o coma decimal.

Debe ser cero sólo en los siguientes casos:

- Cuando la licencia haya sido rechazada por la isapre,
- Cuando el trabajador no tenga derecho a subsidio, y
- Cuando la entidad encargada del pago del subsidio sea distinta de la isapre.

(33) CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL

Corresponde al número de identificación de la Institución Previsional en la que se enteran las respectivas cotizaciones de pensiones del subsidio. Si corresponde a una AFP, deberá utilizarse la codificación que asigna la Superintendencia de AFP. En caso de tratarse de una entidad distinta a una AFP, deberá utilizarse para cualquiera de ellas el código 999. Campo de tipo numérico, de largo 3, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(34) FECHA INICIO DEL PAGO

Corresponde a la fecha en que la isapre da inicio al pago previsional. Debe obtenerse de los antecedentes de la liquidación de subsidios. Campo de tipo numérico, de largo 8, con valor distinto de cero. Formato día, mes, año: ddmmaaaa.

(35) RECUPERABILIDAD

Debe obtenerse de la sección A.3 Tipo de Licencia.

Opciones 1 = SI, 2 = NO. Campo de tipo numérico, de largo 1, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(36) MES DE LA CONCEPCIÓN

Debe obtenerse de la sección A.3 Tipo de Licencia, en formato Mes-Año (mm aaaa).

(37) MONTO APORTE PREVISIONAL PARA PENSIONES

Corresponde al monto en pesos a pagar a las entidades previsionales de pensiones a las que esté afiliado el trabajador. Debe obtenerse de los antecedentes de la liquidación de subsidios. Campo de tipo numérico, de largo 10, sin punto o coma decimal.

Debe ser cero sólo en los siguientes casos:

- Cuando la licencia haya sido rechazada por la isapre,
- Cuando el trabajador no tenga derecho a subsidio, y
- Cuando la entidad encargada del pago del subsidio sea distinta de la isapre.

(38) OTROS DIAGNÓSTICOS

Debe obtenerse de la sección A.6, "Otros Diagnósticos", del formulario "Licencia Médica".

Debe informarse de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.), definida por la

	<p>O.M.S. en su versión 10. Campo de tipo alfanumérico, de largo 8. Debe informarse con todos los caracteres definidos en el código, incluyendo puntos o símbolos especiales.</p>
<p>(39) RUN DEL HIJO</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.2 del formulario "Licencia Médica". Debe informarse de acuerdo con la siguiente estructura: NRO_RUN, campo de tipo numérico de largo 8, distinto de cero. DIG_VERIF_RUN, campo de tipo alfanumérico de largo 1. Ambos campos deben separarse por el carácter " ". Por ejemplo el RUN 1-9 debe informarse como 1 9.</p>
<p>(40) LUGAR DE REPOSO</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.4 del formulario "Licencia Médica". Campo de tipo numérico, de largo 1, con valores entre 1 y 3 según corresponda, donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 = Su domicilio 2 = Hospital 3 = Otro domicilio
<p>(41) INICIO TRÁMITE DE INVALIDEZ</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.3 del formulario "Licencia Médica". Campo de tipo numérico, de largo 1, con valor entre 1 y 2 según corresponda, donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 = Si 2 = No
<p>(42) CAUSA RECHAZO</p>	<p>Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica". Campo de tipo numérico, de largo 1, con valor entre 1 y 5, según corresponda a lo resuelto por la isapre, donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 = Reposo injustificado 2 = Diagnóstico irrecuperable 3 = Fuera de Plazo

(43) N° DÍAS PREVIOS	<p>4 = Incumplimiento reposo 5 = Otro</p> <p>Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica" Campo de tipo numérico.</p>
(44) FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL	<p>Debe obtenerse de la sección C.2 del formulario de "Licencia Médica". Campo de tipo numérico, de largo 8, con valor distinto de cero. Formato día, mes, año: ddmmaaaa.</p>
(45) FECHA CONTRATO DE TRABAJO	<p>Debe obtenerse de la sección C.2 del formulario de "Licencia Médica". Campo de tipo numérico, de largo 8, con valor distinto de cero. Formato día, mes, año: ddmmaaaa.</p>
(46) MONTO BASE CÁLCULO SUBSIDIO	<p>Corresponde al monto total en pesos, equivalente al promedio de rentas utilizado por la isapre, para determinar el monto de subsidio líquido. Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal. Debe ser cero sólo en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando la Licencia haya sido rechazada • Cuando el trabajador no tenga derecho a subsidio • Cuando la entidad encargada del pago del subsidio sea distinta de la isapre.
(47) REDICTAMEN	<p>Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica". Se utiliza en casos de redictámenes que haya realizado la propia Contraloría Médica de la isapre o en los dictaminados por la COMPIN. Campo de tipo numérico, de largo 1, con valor entre 1 y 4, según corresponda a lo</p>

resuelto por la isapre, donde:

- 1 = Autorícese
- 2 = Rechácese
- 3 = Amplíese
- 4 = Redúcese

La codificación se realiza respecto de la situación inicial. Por ejemplo si la isapre hubiera rechazado la licencia y la COMPIN acoge parcialmente el reclamo, el redictamen debe ser codificado con el número 4, es decir redúcese.

VALIDACIONES

- Si el campo "N° DE DÍAS" (campo 06) es menor o igual a tres y el campo "PERÍODO" (campo 20) es igual a 1 (primera), entonces el campo "MONTOSUBSIDIO LÍQUIDO" (campo 31) debe ser igual a cero y el campo "N° DÍAS A PAGAR" (campo 30) debe ser igual a cero.
- Si el campo "N° DE DÍAS" (campo 06) es menor o igual a diez, el campo "PERÍODO" (campo 20) es igual a 1 (primera), el campo "TIPO DE RESOLUCIÓN" (campo 19) es igual a 1 (autorizada) y el campo "DERECHO A SUBSIDIO" (campo 22) tiene valor A (con derecho a subsidio), entonces el campo "N° DÍAS A PAGAR" (campo 30) debe ser igual al campo "N° DE DÍAS" (campo 06) menos tres.
- Si el campo "TIPO DE RESOLUCIÓN" (campo 19) es igual a 1 (autorizada), entonces el campo "N° DÍAS AUTORIZADOS" (campo 17) no puede ser mayor que el campo "N° DE DÍAS" (campo 06).
- El campo "EDAD DEL TRABAJADOR" (campo 08) no puede ser menor a 14.
- El campo "FECHA INICIO LICENCIA" debe ser menor (anterior) a la fecha de término de la licencia médica.
- Si el campo "TIPO DE RESOLUCIÓN" (campo 19) es igual a 2 (rechazada) entonces:
 - El campo "N° DÍAS A PAGAR" (campo 30) debe ser igual a cero.
 - El campo "N° DÍAS AUTORIZADOS" (campo 17) debe ser igual a cero.
 - El campo "MONTOSUBSIDIO LÍQUIDO" (campo 31) debe ser igual a cero.

- El campo "MONTO APOORTE PREVISIONAL ISAPRE" (campo 32) debe ser igual a cero.
- Si el campo "TIPO DE RESOLUCIÓN" (campo 19) es igual a 4 (reducida), entonces, el campo "N° DE DÍAS" (campo 06) debe ser mayor que el campo "N° DÍAS AUTORIZADOS" (campo 17).
- El campo "FECHA RECEPCIÓN ISAPRE" (campo 23) debe ser mayor (posterior) o igual al campo "FECHA EMISIÓN LICENCIA" (campo 05).
- El campo "FECHA RESOLUCIÓN ISAPRE" (campo 24) debe ser mayor (posterior) o igual al campo "FECHA RECEPCIÓN ISAPRE" (campo 23).
- El campo "FECHA RECEPCIÓN EMPLEADOR" (campo 25) debe ser menor (anterior) o igual al campo "FECHA RECEPCIÓN ISAPRE" (campo 23).
- Si el campo "TIPO DE RESOLUCIÓN" (campo 19) es igual a 1 (autorizada), entonces el campo "MONTO APOORTE PREVISIONAL ISAPRE" (campo 32) debe ser mayor que cero.
- Número de licencias maternas asociadas a sexo. El campo TIPO DE LICENCIA (campo 12), con valor 3, debe ser igual a cero con respecto a SEXO DEL TRABAJADOR (campo 09), con valor M.
- Si el campo "TIPO LICENCIA SEGÚN CONTRALORÍA MÉDICA" (campo 16) es igual a 3 (licencia maternal) entonces el campo "SEXO TRABAJADOR" (campo 09) debe ser distinto a M (masculino).
- Si el campo "DERECHO A SUBSIDIO" (campo 22) es igual a C (sin derecho a subsidio) entonces el campo "MONTO SUBSIDIO LIQUIDO" (campo 31), debe ser cero.
- Si el campo "TIPO PROFESIONAL" (campo 15) es igual a 3 (matrona) entonces el campo "SEXO DEL TRABAJADOR" (campo 09) debe ser distinto a M (masculino).
- Si el campo "TIPO PROFESIONAL" (campo 15) es igual a 3 (matrona), entonces el campo "TIPO DE LICENCIA SEGÚN CONTRALORÍA MEDICA" (campo 16) debe ser igual a 3 (licencia maternal).
- Si el campo "TIPO DE RESOLUCIÓN" (campo 19) es igual 1 (autorícese) entonces los campos "MONTO APOORTE PREVISIONAL DE PENSIONES"

y "MONTO APOORTE PREVISIONAL ISAPRE" (campos 32 y 37, respectivamente) deben ser mayores a cero.

- Si el campo "TIPO DE RESOLUCIÓN" (campo 19) es igual a 2 (rechácese), entonces el campo "DERECHO A SUBSIDIO" (campo 22), debe ser igual a C (sin derecho a subsidio).
- Si el campo "TIPO DE RESOLUCIÓN" (campo 19) es igual 2 (rechácese), entonces los campos "MONTO APOORTE PREVISIONAL DE PENSIONES" y "MONTO APOORTE PREVISIONAL ISAPRE" (campos 32 y 37, respectivamente), deben ser iguales a cero.

Estructura de registro de Licencias Médicas Reclamadas en las COMPIN

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	IDENTIFICACIÓN LICENCIA COLOR NÚMERO	Alfabético Numérico
(02)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico
(03)	FECHA INFORMACIÓN	Numérico
(04)	FECHA DE RECEPCIÓN DE LA RESOLUCIÓN DE LA COMPIN	Numérico
(05)	IDENTIFICACIÓN DE LA COMPIN	Numérico
(06)	NÚMERO DE LA RESOLUCIÓN	Alfanumérico
(07)	TIPO DE FALLO	Numérico
(08)	N° DÍAS A PAGAR	Numérico
(09)	MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO	Numérico
(10)	MONTO APOORTE PREVISIONAL ISAPRE	Numérico
(11)	PLAZO OTORGADO POR COMPIN	Numérico
(12)	CONSIDERAR HÁBIL / INHÁBIL (CORRIDO)	Numérico
(13)	FECHA CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN	Numérico
(14)	MONTO APOORTE PREVISIONAL DE PENSIONES	Numérico

Definiciones del Archivo Maestro de Licencias Médicas Reclamadas en las COMPIN o redictaminadas por la propia isapre.

Este archivo se genera a partir de dos tipos de redictámenes, aquellos que genera la propia isapre cuando cambia su resolución respecto del tipo de fallo en su contraloría médica (en aquellos casos en que el cotizante apela directamente a ella) y cuando la COMPIN acoge parcial o totalmente un reclamo de un cotizante y obliga a la isapre a cambiar su resolución inicial.

(01) IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA

Está compuesta de dos campos:

- Color, que tiene dos valores, café o verde, según el color del formulario con valores C o F, donde:
 - C: Café
 - V: Verde
- Número, que corresponde al número correlativo único nacional por color, impreso por la Casa Moneda en el extremo superior derecho del formulario "Licencia Médica".

Ambos campos deben separarse por el carácter "|". Por ejemplo el Formulario C222 debe informarse como C|222.

Campo de tipo alfanumérico, debe informarse siempre.

(02) CÓDIGO ISAPRE

Corresponde al número de identificación de la isapre, registrado en esta Superintendencia.

Campo de tipo numérico, de largo 3, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(03) FECHA DE LA INFORMACIÓN

Corresponde al mes y año en que la isapre recepciona el fallo emitido por la COMPIN o la isapre redictamina.

Campo de tipo numérico, de largo 6, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(04) FECHA DE RECEPCIÓN DE LA RESOLUCIÓN DE LA COMPIN

Corresponde al día, mes y año en que la isapre recepciona el fallo emitido por la COMPIN. No se informa en caso de corresponder a un redictamen de la propia isapre.

Campo de tipo numérico, de largo 8, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(05) IDENTIFICACIÓN DE LA COMPIN

Corresponde al código que identifica a la COMPIN que emitió el fallo.

En caso de corresponder a un redictamen de la propia isapre deberá indicarse el valor "777" en este campo.

Campo de tipo numérico, de largo 3, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.

(06) NÚMERO DE LA RESOLUCIÓN

Corresponde a la identificación asignada por la COMPIN a la resolución de fallo. No se informa en caso de corresponder a un redictamen de la propia isapre.

Campo de tipo alfanumérico, de largo 8, con valor distinto de cero.

(07) TIPO DE FALLO

Identifica lo resuelto por la COMPIN o la isapre en relación con la licencia médica reclamada.

Campo de tipo numérico, de largo 1, con valor entre 1 y 3 según corresponda, donde:

1 = Acoge el reclamo del cotizante.

2 = Acoge parcialmente el reclamo del cotizante.

3 = Rechaza el reclamo del cotizante.

(08) N° DÍAS A PAGAR

Corresponde informar el número de días con derecho a subsidio, de acuerdo a lo resuelto por la COMPIN o la isapre. Deben informarse sólo los días adicionales a los ya autorizados

por la isapre.

Respecto de las primeras licencias que fueron modificadas por la isapre, quedando menores o iguales a diez días y que debido a la resolución de la COMPIN o la isapre pasen a ser mayores o iguales de 11 días, deberán agregarse los tres días descontados con anterioridad.

Respecto de las licencias que son continuación y que fueron modificadas por la isapre, donde la suma de ambas fue menor a 11 días, y que debido a la resolución de la COMPIN o de la isapre la suma de ambas pasó a ser mayor de 10 días, deberán agregarse los tres días descontados con anterioridad.

Campo de tipo numérico, de largo 2, sin punto o coma decimal.

Debe ser cero sólo en el caso que la resolución emitida por la isapre sea confirmada por la COMPIN y en aquellos casos en que solo se vean afectados los montos monetarios.

(09) MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO

Corresponde al monto en pesos a pagar al trabajador por concepto de subsidio, de acuerdo a lo resuelto por la COMPIN o la isapre.

Debe informarse sólo el monto adicional al calculado originalmente por la isapre.

Campo de tipo numérico, de largo 10, sin punto o coma decimal.

Debe ser cero sólo en el caso en que el fallo de la COMPIN o lo redictaminado por la isapre no involucre un movimiento financiero.

(10) MONTO APOORTE PREVISIONAL ISAPRE

Corresponde al monto en pesos a pagar a la isapre a la que esté afiliado el trabajador, de acuerdo a lo resuelto por la COMPIN o la isapre.

Debe informarse sólo el monto adicional al calculado originalmente por la isapre.

Campo de tipo numérico, de largo 10, sin punto o coma decimal.

Debe ser cero sólo en el caso en que el fallo de la COMPIN o lo redictaminado por la isapre no involucre un movimiento financiero.

(11) PLAZO OTORGADO POR LA COMPIN

Corresponde al número de días de plazo que otorga la COMPIN para el cumplimiento por parte de la isapre. No se informa en caso de corresponder a un redictamen de la propia isapre.

Campo de tipo numérico, de largo 2, sin punto ni coma decimal.

(12) CONSIDERA PLAZO COMO HÁBIL O INHÁBIL (CORRIDO)

Corresponde a la definición que establece si el plazo indicado en el campo 10 (plazo otorgado), considera solo días hábiles o incluye días inhábiles (corridos). No se informa en caso de corresponder a un redictamen de la propia isapre.

Campo de tipo numérico, de largo 1, sin punto ni coma decimal, en donde:

1 = Solo días Hábiles

2 = Incluye días inhábiles (corridos).

(13) FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN COMPIN

Corresponde a la fecha en que la isapre da cumplimiento a los resuelto por la COMPIN (pone a disposición el cheque). Campo de tipo numérico, de largo 8, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero. No se informa en caso de corresponder a un redictamen de la propia isapre.

(14) MONTO APORTE PREVISIONAL DE PENSIONES

Corresponde al monto en pesos a pagar a las entidades previsionales de pensiones a las que esté afiliado el trabajador, de acuerdo a lo resuelto por

la COMPIN o la isapre.

Debe informarse sólo el monto adicional al calculado originalmente por la isapre.

Campo de tipo numérico, de largo 10, sin punto o coma decimal.

Debe ser cero sólo en el caso en que el fallo de la COMPIN o lo redictaminado por la isapre no involucre un movimiento financiero.

VALIDACIONES

- El total de repeticiones del campo 07 (TIPO DE FALLO) debe ser equivalente al total de repeticiones del campo 01 (IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA), es decir, debe existir un fallo para cada licencia reclamada.

ANEXO N° 3
Prestaciones de Salud, Beneficios Mínimos y Exámenes de Apoyo Clínico
Estructura Computacional del Archivo Maestro de Prestaciones de Salud

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO	ACCIÓN
(01)	TIPO REGISTRO	Numérico	Incorporado
(02)	CÓDIGO PRESTACIÓN	Numérico	Modificado
(03)	CÓDIGO PERTENENCIA	Numérico	
(04)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico	
(05)	FECHA BONIFICACIÓN	Numérico	
()	GRUPO DEL PLAN	Alfabético	Eliminado
(06)	IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	Alfabético	Incorporado
(07)	TIPO PRESTADOR	Numérico	
(08)	SEXO BENEFICIARIO	Alfabético	
(09)	EDAD BENEFICIARIO	Numérico	
(10)	TIPO ATENCIÓN	Alfabético	
(11)	FRECUENCIA	Numérico	
(12)	VALOR FACTURADO	Numérico	Modificado
(13)	VALOR BONIFICADO	Numérico	

2.2. Definiciones del Archivo Computacional

- (01) TIPO DE REGISTRO Indica el tipo de prestación que se informa.
1: Curativa.
2: Beneficio Mínimo.
3: Protección a la mujer embarazada.
4: Control del niño sano.
- (02) CÓDIGO PRESTACIÓN Identifica los registros de las prestaciones de salud bonificadas en el trimestre y año que se informa.
Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 7.
Las prestaciones deberán ser informadas con el código del Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección vigente, respetando su orden y estructura. Sólo se consignarán como prestaciones adicionales aquellas que no se encuentran bonificadas en el Arancel Fonasa.
Las prestaciones que han sido desagregadas por las Isapres para una mejor gestión interna deben ser agrupadas dentro de los códigos presentados en el Arancel Fonasa. Por ejemplo:
- 01-01-029 consulta médica oftalmológica especialista iris.
XX-YY-LLL consulta médica oftalmológica especialista iris.
- Debe informarse como:
- 01-01-003 consulta médica especialista.
- El uso de pabellones quirúrgicos o salas de procedimientos deberá informarse a continuación de las prestaciones de salud con los códigos adicionales definidos en el Arancel Fonasa, por ejemplo:
- | | | |
|---------|---|-------------------------|
| 0000001 | = | Derecho de Pabellón 1. |
| 0000002 | = | Derecho de Pabellón 2. |
| 0000014 | = | Derecho de Pabellón 14. |

Los medicamentos, insumos y materiales clínicos deberán informarse agrupados bajo el código 4000000.

Las prestaciones dentales deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000.

Cuando se bonifiquen paquetes de prestaciones ligadas a algún diagnóstico del grupo 25, estas prestaciones no se informarán en ese grupo, sino que en forma individual según sea su código del Arancel Fonasa vigente.

(03) CÓDIGO PERTENENCIA

Corresponde al registro que indica si el código de la prestación otorgada pertenece al Arancel Fonasa, es propio de la isapre o si ha sido definido especialmente por esta Superintendencia, para efectos de este archivo.

Campo de tipo numérico, de largo 1, con valores 0, 1 ó 2 según corresponda, donde:

- 0 = Código de la prestación pertenece al Arancel Fonasa
- 1 = Código de la prestación es propio de la Isapre
- 2 = Código de la prestación ha sido definido por la Superintendencia.

(04) CÓDIGO ISAPRE

Corresponde al número de identificación de la isapre registrado en esta Superintendencia.

Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 3, con valor distinto de cero.

(05) FECHA BONIFICACIÓN

Corresponde al mes y año en que la prestación fue bonificada por la isapre, independientemente de la fecha en que ésta se realizó.

Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 6, distinto de cero.

() GRUPO DEL PLAN

Se elimina.

- (06) IDENTIFICACIÓN DEL PLAN Identifica el plan de salud suscrito por el cotizante en forma única. Debe ser el mismo código o identificación que el informado en los distintos archivos a esta Superintendencia.
Campo de tipo alfanumérico, de largo 20.
- (07) TIPO PRESTADOR Identifica la característica del prestador del servicio.
Campo de tipo numérico, de largo 1, con valores 1 ó 2 según corresponda, donde:
1 = Establecimiento perteneciente al Sistema Público de Salud
2 = Establecimiento perteneciente al Sistema Privado de Salud.
- (08) SEXO BENEFICIARIO Identifica el sexo del beneficiario de la prestación.
Campo de tipo alfabético, de largo 1, con valores M o F, según corresponda, donde:
M = Masculino
F = Femenino
- (09) EDAD BENEFICIARIO Corresponde a la edad del beneficiario, calculada en años cumplidos a la fecha en que se bonificó la prestación. Los menores de un año deben informarse con valor "00". Los mayores de 99 años deben informarse con valor "99".
Campo de tipo numérico, de largo 2, con valores entre 00 y 99.
- (10) TIPO ATENCIÓN Identifica la modalidad de la atención otorgada, conforme haya sido bonificada por la isapre.
Campo de tipo alfabético, de largo 1, con valores A o H, según corresponda, donde:
A = Atención Ambulatoria
H = Atención Hospitalaria

- (11) FRECUENCIA
Corresponde al número de veces que se bonificó la prestación.
Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 8, con valores distintos de cero.
- (12) VALOR FACTURADO
Corresponde a la suma de los montos totales en pesos (\$) cobrados por el prestador por concepto de la prestación otorgada (precio de la prestación).
En caso que el registro corresponda a un examen preventivo, corresponde al costo total en pesos (\$) asumido por la isapre.
Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 10, con valores distintos de cero.
- (13) VALOR BONIFICADO
Corresponde a la suma de los montos en pesos (\$) de cargo de la isapre según lo pactado en el plan de salud para la prestación respectiva.
Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 10, con valores distintos de cero.

VALIDACIONES

- Número de partos asociados a sexo. El campo CÓDIGO PRESTACIÓN, código 2004003, debe ser igual a cero con respecto al campo SEXO BENEFICIARIO, descripción valor M.
- Número de partos asociados a edad. El campo CÓDIGO PRESTACIÓN, código 2004003, debe ser igual a cero con respecto al campo EDAD BENEFICIARIO, con edades inferiores a 10 años.
- Número de partos asociados a edad. El campo CÓDIGO PRESTACIÓN, código 2004003, debe ser igual a cero con respecto al campo EDAD BENEFICIARIO, con edades mayores a 50 años.

- Número de cesáreas asociadas a sexo. El campo CÓDIGO PRESTACIÓN, código 2004006 , debe ser igual a cero con respecto al campo SEXO BENEFICIARIO, descripción valor M.
- Número de histerectomías asociadas a sexo. El campo CÓDIGO PRESTACIÓN, códigos 2003009 y 2003010, debe ser igual a cero con respecto al campo SEXO BENEFICIARIO, descripción valor M.
- Número de ecotomografías ginecológicas asociadas a sexo. El campo CÓDIGO PRESTACIÓN, código 0404006, debe ser igual a cero con respecto al campo SEXO BENEFICIARIO, descripción valor M.
- Número de citodiagnósticos corrientes (papanicolau) asociados a sexo. El campo CÓDIGO PRESTACIÓN, código 0801001, debe ser igual a cero con respecto al campo SEXO BENEFICIARIO, descripción valor M.
- Número de antígenos prostáticos asociados a sexo. El campo CÓDIGO PRESTACIÓN, código 0305070, debe ser igual a cero con respecto al campo SEXO BENEFICIARIO, descripción valor F.
- Número de adenomas de próstata asociados a sexo. El campo CÓDIGO PRESTACIÓN, código 1902056, debe ser igual a cero con respecto al campo SEXO BENEFICIARIO, descripción valor F.

ANEXO N° 4
Egresos Hospitalarios

Estructura Computacional del Archivo Maestro de Egresos Hospitalarios

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO	ACCIÓN
(01)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico	
(02)	FECHA INFORMACIÓN EGRESOS	Numérico	Modifica el nombre
()	GRUPO DEL PLAN	Alfabético	Eliminar
(03)	CÓDIGO DEL PLAN		Incorporar
(04)	TIPO PRESTADOR	Numérico	
(05)	SEXO BENEFICIARIO	Alfabético	
(06)	EDAD BENEFICIARIO	Numérico	
(07)	NÚMERO DE EGRESOS	Numérico	
(08)	CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Alfanumérico	Modifica el nombre
(09)	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	Alfanumérico	Incorporar
(10)	N° DÍAS HOSPITALIZACIÓN	Numérico	Modificar

Definiciones del Archivo Computacional

- (01) CÓDIGO ISAPRE
Corresponde al número de identificación de la isapre registrado en esta Superintendencia.
Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 3, con valor distinto de cero.
- (02) FECHA INFORMACIÓN DE EGRESO
Corresponde al mes y año en que las últimas prestaciones médicas requeridas por el paciente asociadas al egreso fueron bonificadas por la isapre, independientemente de la fecha en que éste ocurrió.
Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 6, distinto de cero.
- () GRUPO DEL PLAN
Se elimina.
- (03) CÓDIGO DEL PLAN
Identifica el plan de salud suscrito por el cotizante en forma única. Debe ser el mismo código o identificación que el informado en los distintos archivos a esta Superintendencia.
Campo de tipo alfanumérico, de largo 20.
- (04) TIPO PRESTADOR
Identifica la característica del prestador que otorgó las prestaciones médicas asociadas al egreso.
Campo de tipo numérico, de largo 1, con valores 1 ó 2 según corresponda, donde:
1 = Prestador perteneciente al Sistema Público de Salud
2 = Prestador perteneciente al Sistema Privado de Salud
- (05) SEXO BENEFICIARIO
Identifica el sexo del beneficiario de las prestaciones médicas asociadas al egreso.

- Campo de tipo alfabético, de largo 1, con valores M o F, según corresponda, donde:
M = Masculino
F = Femenino
- (06) EDAD BENEFICIARIO
- Corresponde a la edad del beneficiario, calculada en años cumplidos a la fecha en que se bonificaron las prestaciones médicas asociadas al egreso. Los menores de un año deben informarse con valor "00". Los mayores de 99 años deben informarse con valor "99".
Campo de tipo numérico, de largo 2, con valores entre 00 y 99.
- (07) NÚMERO DE EGRESOS
- Corresponde al número de altas médicas cuyas prestaciones médicas asociadas fueron bonificadas por la isapre para el mes que se informa.
Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 8, con valores distintos de cero.
- (08) CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
- Corresponde al código del diagnóstico principal que identifica a la enfermedad que dio origen a la alta del paciente. Debe informarse de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.), definida por la O.M.S. en su versión 10. Campo de tipo alfanumérico, de largo 8. Debe informarse con todos los caracteres definidos en el código, incluyendo puntos o símbolos especiales.
- (09) CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO
- Corresponde al código del diagnóstico secundario que identifica a la enfermedad que dio origen a la alta del paciente. Debe informarse de acuerdo con la Clasificación Internacional de

Enfermedades (C.I.E.), definida por la O.M.S. en su versión 10. Campo de tipo alfanumérico, de largo 8. Debe informarse con todos los caracteres definidos en el código, incluyendo puntos o símbolos especiales. Campo alfanumérico, de largo 8, con valor distinto de nulo.

(10) N° DÍAS HOSPITALIZACIÓN

Corresponde al número de días que el beneficiario permaneció hospitalizado. Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 3, con valor distinto de cero. Sólo se informará cero para las hospitalizaciones que sean inferiores a un día.

VALIDACIONES

- En los códigos de diagnósticos principal y secundarios (campos 8 y 9 respectivamente), deberá validarse consistencia, por ejemplo no debería informarse código grupo 080.X (parto) en sexo beneficiario masculino.
- Número de egresos con relación al número de días de hospitalización. El campo NUMERO EGRESOS, no debe ser mayor con respecto al campo N° DIAS DE HOSPITALIZACIÓN .”

ANEXO N° 5
Planes de Salud, Tabla de Factores, Selección de Prestaciones Valorizadas y
Tabla de Prestadores de Salud

Estructura Computacional del Archivo Maestro de Planes de Salud

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO	ACCIÓN
(01)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico	
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Numérico	
(03)	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN	Alfanumérico	
(04)	TIPO DE PLAN	Alfabético	
(05)	FECHA INICIO PLAN	Numérico	
(06)	COMERCIALIZACIÓN	Alfabético	
(07)	MODALIDAD DEL PRECIO	Numérico	
(08)	PRECIO BASE	Numérico	
(09)	CÓDIGO TABLA DE FACTORES	Alfanumérico	
(10)	AMPLITUD DE LA COBERTURA	Alfabético	
(11)	NOMBRE ARANCEL DE REFERENCIA	Alfanumérico	
(12)	CÓDIGO ARANCEL DE REFERENCIA	Numérico	
(13)	MÉDICO DE CABECERA	Alfabético	Modificado
(14)	ADMINISTRADOR DEL PLAN	Alfabético	Modificado
(15)	MODALIDAD DE ATENCION	Numérico	
(16)	SISTEMA DE PAGO CAPITADO	Alfabético	Modificado
(17)	COPAGO FIJO	Alfabético	Modificado
(18)	MODALIDAD DEL TOPE	Numérico	
(19)	TOPE ANUAL POR BENEFICIARIO	Numérico	
(20)	REGIÓN(ES) DONDE SE COMERCIALIZA	Alfabético	Modificado
(21)	FECHA ULT. ADECUACION APLICADA	Numérico	
(22)	TIPO DE ADECUACIÓN	Numérico	Incorporado

Estructura Computacional del Archivo de Tabla de Factores

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO	REDEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico	
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Numérico	
(03)	CÓDIGO TABLA FACTORES	Alfanumérico	
(04)	EDAD INICIAL DEL RANGO	Numérico	Modificado
(05)	EDAD FINAL DEL RANGO	Numérico	
(06)	FACTOR COTIZANTE MASCULINO	Numérico	
(07)	FACTOR COTIZANTE FEMENINO	Numérico	
(08)	FACTOR CARGA MASCULINO	Numérico	
(09)	FACTOR CARGA FEMENINO	Numérico	
(10)	FACTOR CARGA CÓNYUGE FEMENINO	Numérico	

Estructura Computacional Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO	REDEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico	
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Numérico	
(03)	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN	Alfanumérico	
(04)	CÓDIGO PRESTACIÓN	Numérico	
	MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN		
(05)	PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN	Alfanumérico	Modificado
(06)	TOPE DE LA PRESTACIÓN	Alfanumérico	Modificado
(07)	PORCENTAJE HONORARIOS MÉDICOS	Alfanumérico	Incorporado
(08)	TOPE EN HONORARIOS MEDICOS	Alfanumérico	Modificado
(09)	PORCENTAJE PABELLÓN	Alfanumérico	Incorporado
(10)	TOPE EN DERECHOS DE PABELLÓN	Alfanumérico	Modificado

(11)	PORCENTAJE MEDICAMENTOS	Alfanumérico	Incorporado
(12)	TOPE EN MEDICAMENTOS	Alfanumérico	Modificado
(13)	TOPE ANUAL DE LA PRESTACION	Alfanumérico	Modificado
	MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE 1		
(14)	RUT DEL PRESTADOR	Alfanumérico	
(15)	PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN	Alfanumérico	Modificado
(16)	TOPE DE LA PRESTACIÓN	Alfanumérico	Modificado
(17)	PORCENTAJE HONORARIOS MÉDICOS	Alfanumérico	Incorporado
(18)	TOPE EN HONORARIOS MEDICOS	Alfanumérico	Modificado
(19)	PORCENTAJE PABELLÓN	Alfanumérico	Incorporado
(20)	TOPE EN DERECHOS PABELLÓN	Alfanumérico	Modificado
(21)	PORCENTAJE MEDICAMENTOS	Alfanumérico	Incorporado
(22)	TOPE EN MEDICAMENTOS	Alfanumérico	Modificado
(23)	COPAGO DE LA PRESTACIÓN	Alfanumérico	Modificado
(24)	TOPE ANUAL DE LA PRESTACION	Alfanumérico	Modificado
	MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE 2		
(25)	RUT DEL PRESTADOR	Alfanumérico	
(26)	PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN	Alfanumérico	Modificado
(27)	TOPE DE LA PRESTACIÓN	Alfanumérico	Modificado
(28)	PORCENTAJE HONORARIOS MÉDICOS	Alfanumérico	Incorporado
(29)	TOPE EN HONORARIOS MEDICOS	Alfanumérico	Modificado
(30)	PORCENTAJE PABELLÓN	Alfanumérico	Incorporado
(31)	TOPE EN DERECHOS PABELLÓN	Alfanumérico	Modificado
(32)	PORCENTAJE MEDICAMENTOS	Alfanumérico	Incorporado
(33)	TOPE EN MEDICAMENTOS	Alfanumérico	Modificado
(34)	COPAGO DE LA PRESTACIÓN	Alfanumérico	Modificado
(35)	TOPE ANUAL DE LA PRESTACION	Alfanumérico	Modificado

	MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE 3		
(36)	RUT DEL PRESTADOR	Alfanumérico	
(37)	PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN	Alfanumérico	Modificado
(38)	TOPE DE LA PRESTACIÓN	Alfanumérico	Modificado
(39)	PORCENTAJE HONORARIOS MÉDICOS	Alfanumérico	Incorporado
(40)	TOPE EN HONORARIOS MEDICOS	Alfanumérico	Modificado
(41)	PORCENTAJE PABELLÓN	Alfanumérico	Incorporado
(42)	TOPE EN DERECHOS PABELLÓN	Alfanumérico	Modificado
(43)	PORCENTAJE MEDICAMENTOS	Alfanumérico	Incorporado
(44)	TOPE EN MEDICAMENTOS	Alfanumérico	Modificado
(45)	COPAGO DE LA PRESTACIÓN	Alfanumérico	Modificado
(46)	TOPE ANUAL DE LA PRESTACION	Alfanumérico	Modificado

Estructura Computacional del Archivo de Tabla de Prestadores

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO	REDEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico	
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Numérico	
(03)	RUT DEL PRESTADOR	Alfanumérico	
(04)	NOMBRE / RAZÓN SOCIAL PRESTADOR	Numérico	
(05)	TIPO DE PRESTADOR	Numérico	Incorporado
(06)	PERTENENCIA DEL PRESTADOR	Numérico	Incorporado

Definiciones del Archivo Maestro de Planes de Salud

- (01) CÓDIGO ISAPRE** Corresponde al número de identificación de la isapre registrado en esta Superintendencia.
Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.
- (02) FECHA DE LA INFORMACIÓN** Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía.
Campo de tipo numérico, de largo 6, sin punto o coma decimal. (Formato MMAAAA).
- (03) IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN** Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan, con el objeto de identificarlo de manera única.
El nombre identificador del plan informado, debe coincidir absolutamente con la denominación que de él se haga en todo documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados.
Las adecuaciones del precio del plan no podrán implicar un cambio en la denominación de este (¹).
Campo de tipo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos o apóstrofes y sin punto o coma decimal.
- (04) TIPO DE PLAN** Corresponde a la categoría de plan de que se trata.
Campo de tipo alfabético, con valor I o G según corresponda, donde:
I = Individual
G = Grupal (²)
- (05) FECHA INICIO PLAN** Corresponde al mes y año en que se

¹ Según lo dispuesto en el Anexo N° 1 de la Circular N° 36 (1997), cuyo texto definitivo se fijó en la Resolución Exenta N° 2500 de 1997.

² De acuerdo a la definición establecida en la circular N°51 de 1999.

comenzó a comercializar el plan.
Campo de tipo numérico, de largo 6, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero. (Formato MMAAAA).

(06) COMERCIALIZACIÓN

Identifica si el plan de salud se está comercializando en el período informado.
Campo de tipo alfabético, con valor S o N según corresponda, donde:
S = Sí
N = No

(07) MODALIDAD DEL PRECIO

Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el precio del plan.
Campo de tipo numérico, con valor 1, 2, 3 ó 4 según corresponda, donde:
1 = UF
2 = \$
3 = 7%
4 = Otra (³)

(08) PRECIO BASE

Corresponde al valor referencial ("K") del plan de salud vigente al mes que se informa, expresado en la unidad definida y utilizada por la isapre en su comercialización.

Los valores fijados en UF deberán informarse con dos decimales, considerando para ello, los dos últimos dígitos de este dato (⁴).

Campo de tipo numérico, de largo 6, sin punto o coma decimal.

Debe ser cero sólo en el caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud (cod. 3) u otra (cod. 4).

³ Si el precio se expresa en una combinación de las modalidades UF, pesos, o 7%, indicar código 4 y entregar los argumentos que lo justifiquen en la carta portadora de la información.

⁴ En aquellos planes que utilicen "Tabla de Precios", se deberá deducir o inferir el precio base y la tabla de factores asociada al plan, los que se informarán de acuerdo a lo señalado en los campos 08 y 09, respectivamente, y a la circular N° 044 de 1998.

- (09) CÓDIGO TABLA DE FACTORES** Código que identifica en forma inequívoca a la tabla de factores asociada al plan de salud.
Para este efecto, la Isapre deberá asignar un código a la tabla de factores correspondiente al plan que se informa
Campo de tipo alfanumérico.
Debe estar en blanco sólo en el caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud (cod.3) u otra (cod. 4).
- (10) AMPLITUD DE LA COBERTURA** Permite identificar si el plan de salud otorga cobertura para todas las prestaciones del Arancel Fonasa (plan con cobertura general), o si excluye cobertura para algunas de estas prestaciones (plan con cobertura especial). Campo de tipo alfabético, con valor G, E o R según corresponda, donde:
G = General
E = Especial
R = Cobertura reducida de parto (⁵).
- (11) NOMBRE DEL ARANCEL DE REFERENCIA** Corresponde al nombre del arancel asignado al plan de salud que se informa. Para tal efecto la Isapre deberá asignar un nombre al arancel, el cual deberá coincidir absolutamente con la identificación que de él se haga en el contrato de salud, disquetes e impresos de los archivos de aranceles cuando corresponda su envío. Campo de tipo alfanumérico, debe informarse siempre.

⁵ De acuerdo a la definición establecida en la Circular N° 60 del 02.Marzo.2000

(12) CÓDIGO DEL ARANCEL DE REFERENCIA

Es el código del arancel asignado al plan de salud que se informa.

Para tal efecto, la Isapre deberá asignar un código asociado al nombre informado en el campo 11.

Este código deberá ser coincidente con el indicado en los disquetes e impresos de los archivos de aranceles cuando corresponda su envío.

Campo de tipo numérico, con valor distinto de cero.

(13) MÉDICO DE CABECERA

Indica si el plan de salud informado contempla la existencia de un médico de cabecera encargado de entregar atenciones de salud a los beneficiarios del plan.

Campo de tipo alfabético, con valor S o N según corresponda, donde:

S = Sí existe médico de cabecera

N = No existe médico de cabecera.

(14) ADMINISTRADOR DEL PLAN

Informa si el plan de salud contempla la existencia de una organización distinta de la isapre, encargada de administrar la atención médica de los beneficiarios a través de una red de prestadores.

Campo de tipo alfabético, con valor S o N según corresponda, donde:

S = Sí posee un administrador

N = No posee un administrador.

(15) MODALIDAD DE ATENCION

Informa la modalidad de atención que tiene el plan de salud que se informa.

Campo de tipo numérico, con valor entre 1 y 3 según corresponda, donde:

1 = Libre elección

2 = Prestador preferente (⁶)

3 = Plan Cerrado (⁷)

⁶ De acuerdo a lo establecido en la Circular N° 57 del 04.Febrero.2000

⁷ Informa el plan de salud cuya estructura sólo financia las atenciones de salud otorgadas por prestadores preferentes individualizados en el plan y que, en consecuencia, no contempla bonificación para prestaciones realizadas bajo la modalidad de libre elección.

**(16) SISTEMA DE PAGO
CAPITADO**

Informa si el plan de salud contempla una modalidad de pago prospectivo y convenido, que consiste en asignar un monto fijo por beneficiario a un tercero, para que financie las atenciones de salud que los beneficiarios requieran.

Campo de tipo alfabético, con valor S o N según corresponda, donde:

S = Sí está sujeto a pago capitado

N = No está sujeto a pago capitado

(17) COPAGO FIJO

Informa si el plan de salud contempla una modalidad de copago fijo para alguna o todas las prestaciones.

Campo de tipo alfabético, con valor S o N según corresponda, donde:

S = Sí tiene copago fijo

N = No tiene copago fijo

**(18) MODALIDAD DEL TOPE
ANUAL**

Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el tope anual por beneficiario establecido en el plan de salud.

Campo de tipo numérico, con valor entre 1 y 3 según corresponda, donde:

1 = UF

2 = \$

3 = Sin tope

**(19) TOPE ANUAL POR
BENEFICIARIO**

Corresponde al monto del tope anual por beneficiario establecido en el plan de salud, expresado en la unidad definida y utilizada por la isapre en el proceso de bonificación. No debe considerar el tope diferenciado que pudiera indicarse para las cargas médicas.

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal.

Debe ser cero sólo cuando el plan de salud no considere un tope anual.

**(20) REGIÓN(ES) DONDE SE
COMERCIALIZA**

Indica las regiones donde se comercializa o se comercializó el plan de salud que se informa.

Campo alfabético, de largo 13, con valores S o N, según corresponda, donde:

S = se ha comercializado

N = no se ha comercializado.

Cada uno de los 13 caracteres corresponde a una región, donde el primero representa a la "I Región", el segundo carácter a la "II Región" y así sucesivamente hasta llegar al carácter decimotercero que corresponde a la Región Metropolitana.

**(21) FECHA DE LA ÚLTIMA
ADECUACIÓN APLICADA
AL PLAN**

Corresponde a la fecha en que la isapre aplicó la última adecuación al plan de salud que se informa.

Se entenderá por tal, al mes y año en que entran en vigencia las modificaciones introducidas al plan (por precio, por beneficios o ambos).

Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 6.

Debe contener ceros si el plan de salud nunca ha sido adecuado. (Formato MMAAAA).

(22) TIPO DE ADECUACIÓN

Indica el tipo de modificaciones introducidas al plan de salud en la adecuación informada en el campo (21).

Campo numérico, con valor entre 0 y 3 según corresponda, donde:

0 = sin adecuación

1 = adecuación del precio

2 = adecuación de los beneficios

3 = adecuación precio y beneficios

Definiciones del Archivo de Tablas de Factores

Es probable que una misma Tabla de Factores sea referenciada por uno o más Planes de Salud.

La información de las Tablas de Factores deberá venir ordenada en forma ascendente, tanto en términos del código que tengan asignado como de los rangos de edad.

- (01) CÓDIGO ISAPRE** Corresponde al número de identificación de la isapre registrado en esta Superintendencia.
Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.
- (02) FECHA DE LA INFORMACIÓN** Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía.
Debe coincidir con lo informado en el campo (02) del Archivo Maestro de Planes de Salud.
Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 6. (Formato MMAAAA).
- (03) CÓDIGO TABLA DE FACTORES** Identifica la tabla de factores asociada al plan de salud.
Este código deberá coincidir expresamente con el informado en el campo (09) del Archivo Maestro de Planes de Salud.
Campo de tipo alfanumérico.
- (04) EDAD INICIAL DEL RANGO** Corresponde al límite mínimo del rango de edad, de una línea dentro de la tabla de factores. Esta edad debe estar expresada en años⁸.
Campo de tipo numérico, entero, cuyo valor debe ser mayor o igual a 0 y menor o igual al valor asignado al campo EDAD FINAL DEL RANGO.

⁸ En el caso que la tabla de factores contemple uno o más rangos expresados en meses, estos deberán informarse con EDAD INICIAL= 0 y EDAD FINAL= 0 y el detalle de los meses considerados en dichos rangos deberán especificarse en la carta conductora adjunta al envío de los archivos.

(05) EDAD FINAL DEL RANGO

Corresponde al límite máximo del rango de edad, de una línea dentro de la tabla de factores. Esta edad debe estar expresada en años.

Campo de tipo numérico, entero, cuyo valor debe ser menor o igual a 120 y mayor o igual al valor asignado al campo EDAD INICIAL DEL RANGO.

(06) FACTOR COTIZANTE MASCULINO

Corresponde al factor que se le asigna al cotizante masculino cuya edad debe estar dentro del rango indicado en la misma línea de la tabla de factores.

Campo de tipo numérico, de largo 4, mayor o igual a 0, con dos enteros, dos decimales, sin punto ni coma decimal.

(07) FACTOR COTIZANTE FEMENINO

Corresponde al factor que se le asigna al cotizante femenino cuya edad debe estar dentro del rango indicado en la misma línea de la tabla de factores.

Campo de tipo numérico, de largo 4, mayor o igual a 0, con dos enteros, dos decimales, sin punto ni coma decimal.

(08) FACTOR CARGA MASCULINA

Corresponde al factor que se le asigna a la carga masculina cuya edad debe estar dentro del rango indicado en la misma línea de la tabla de factores.

Campo de tipo numérico, de largo 4, mayor o igual a 0, con dos enteros, dos decimales, sin punto ni coma decimal.

(09) FACTOR CARGA FEMENINA

Corresponde al factor que se le asigna a la carga femenina cuya edad debe estar dentro del rango indicado en la misma línea de la tabla de factores.

Campo de tipo numérico, de largo 4, mayor o igual a 0, con dos enteros, dos decimales, sin punto ni coma decimal.

(10) FACTOR CARGA CÓNYUGE FEMENINA

Corresponde al factor que se le asigna a la carga cónyuge femenina cuya edad debe

estar dentro del rango indicado en la misma línea de la tabla de factores.
Campo de tipo numérico, de largo 4, mayor o igual a 0, con dos enteros, dos decimales, sin punto ni coma decimal.

Respecto de los campos 6 al 10, en aquellos planes que utilicen "Tabla de Precios", se deberán deducir o inferir los factores de acuerdo a lo señalado en la circular N° 044 de 1998.

Definiciones del Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas

- | | |
|---|--|
| (01) CÓDIGO ISAPRE | Corresponde al número de identificación de la isapre registrado en esta Superintendencia.
Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero. |
| (02) FECHA DE LA INFORMACIÓN | Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía.
Debe coincidir con lo informado en el campo (02) del Archivo Maestro de Planes de Salud.
Campo numérico sin punto ni coma decimal, de largo 6. (Formato MMAAAA). |
| (03) IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN | Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan, con el objeto de identificarlo de manera única.
Debe coincidir absolutamente con lo informado en el campo (03) del Archivo Maestro de Planes de Salud.
Campo de tipo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos o apóstrofes y sin punto o coma decimal. |
| (04) CÓDIGO DE LA PRESTACIÓN | Corresponde al código con que se identifican las prestaciones, de acuerdo a la estructura, orden y contenido de la SELECCIÓN DE PRESTACIONES |

VALORIZADAS definida en el anexo 4 de la Circular N° 43 del 08 de abril de 1998. Campo numérico sin punto ni coma decimal.

(05) LIBRE ELECCIÓN

PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Debe contener cero (0) cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este porcentaje para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

(06) LIBRE ELECCIÓN

TOPE DE LA PRESTACIÓN

Corresponde al tope asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

(07) LIBRE ELECCIÓN

PORCENTAJE DE HONORARIOS MÉDICOS

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado a los honorarios médicos que corresponden a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Debe contener cero (0) cuando la prestación no presente cobertura en el

plan correspondiente.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

(08) LIBRE ELECCIÓN

**TOPE EN
HONORARIOS MÉDICOS**

Corresponde al tope de bonificación de honorarios médicos asociados a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

(09) LIBRE ELECCIÓN

**PORCENTAJE EN
DERECHOS DE PABELLÓN**

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado al pabellón que corresponde a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Debe contener cero (0) cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

(10) LIBRE ELECCIÓN

**TOPE EN
DERECHOS DE PABELLÓN**

Corresponde al tope de bonificación de derechos de pabellón asociados a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección

Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

(11) LIBRE ELECCIÓN

**PORCENTAJE EN
MEDICAMENTOS**

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado a los medicamentos que corresponden a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Debe contener cero (0) cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

(12) LIBRE ELECCIÓN

TOPE EN MEDICAMENTOS

Corresponde al tope por concepto de medicamentos asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período

que se informa.

(13) LIBRE ELECCIÓN
TOPE ANUAL DE LA
PRESTACIÓN

Corresponde al tope anual definido para la prestación que se informa, en la modalidad de libre elección.

Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

MODALIDAD COBERTURA PREFERENTE

(NOTAS GENERALES referidas a Campos 14 al 46)

Cuando el plan de salud contemple modalidad de atención con prestadores preferentes, la isapre deberá informar el detalle de la cobertura convenida con, a lo más, tres (3) de dichos prestadores.

Cabe señalar que la cobertura preferente puede estar expresada en copago fijo o en porcentajes de bonificación con determinados topes, debiendo, en todo caso, completarse sólo el o los campos que correspondan al tipo de cobertura definida en el plan de salud.

En caso que el plan de salud no contemple modalidad de atención con prestadores preferentes, los campos 14 al 46 deberán informarse en blanco (espacios).

(14) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1

RUT DEL PRESTADOR

Corresponde al RUT del prestador preferente, para la prestación que se informa. Campo alfanumérico de largo 9, con la siguiente estructura:

NRO_RUT, numérico de largo 8

DIG_VERIF_RUT, alfanumérico de largo 1

**(15) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

**PORCENTAJE DE
BONIFICACIÓN**

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el convenio correspondiente.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este porcentaje para la prestación respectiva.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

**(16) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

TOPE DE LA PRESTACIÓN

Corresponde al tope asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

**(17) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

**PORCENTAJE DE
HONORARIOS MÉDICOS**

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado a los honorarios médicos que corresponden a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Debe contener cero (0) cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener una "Y", cuando no

**(18) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

**TOPE EN
HONORARIOS MEDICOS**

corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

Corresponde al tope de bonificación de honorarios asociados a la prestación que se informa, en la modalidad cobertura preferente 1.

Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

**(19) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

**PORCENTAJE DE
DERECHOS DE PABELLÓN**

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado al pabellón que corresponde a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Debe contener cero (0) cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

**(20) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

**TOPE EN
DERECHOS DE PABELLÓN**

Corresponde al tope de bonificación de derechos de pabellón asociados a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el

plan correspondiente.

Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

**(21) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

**PORCENTAJE DE
MEDICAMENTOS**

Corresponde al porcentaje de bonificación asociado a los medicamentos que corresponden a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Debe ser informado con un número entero sin el signo porcentual.

Debe contener cero (0) cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

**(22) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

TOPE EN MEDICAMENTOS

Corresponde al tope por concepto de medicamentos asociado a la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

**(23) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

COPAGO DE LA PRESTACIÓN

Corresponde al copago fijo establecido en el plan de salud para la prestación que se informa en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar un copago para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

El copago se expresará en pesos del período que se informa.

**(24) MODALIDAD COBERTURA
PREFERENTE 1**

**TOPE ANUAL DE LA
PRESTACIÓN**

Corresponde al tope anual definido para la prestación que se informa, en la modalidad de la cobertura preferente 1.

Debe contener cero (0), cuando la prestación no presente cobertura en el plan correspondiente.

Debe contener "X" cuando la prestación no tenga tope.

Debe contener una "Y", cuando no corresponda informar este tope para el tipo de prestación.

Campo alfanumérico, sin punto ni coma decimal.

El tope se expresará en pesos del período que se informa.

En modalidad de cobertura preferente, para los campos del 25 al 35 (cobertura preferente 2) y para los campos 36 al 46 (cobertura preferente 3), se deben considerar las mismas definiciones asignadas a los campos correspondientes en la modalidad de cobertura preferente 1 (campos 14 al 24).

Especificaciones de Archivo Tabla de Prestadores Médicos

- (01) CÓDIGO ISAPRE** Corresponde al número de identificación de la isapre registrado en esta Superintendencia.
Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.
- (02) FECHA DE LA INFORMACIÓN** Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía.
Debe coincidir con lo informado en el campo (02) del Archivo Maestro de Planes de Salud.
Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 6. (Formato MMAAAA).
- (03) RUT DEL PRESTADOR** Corresponde al RUT de los prestadores preferentes informados en alguno de los campos 14, 25 ó 36 del Archivo de Selecciones de Prestaciones Valorizadas.
Campo alfanumérico de largo 9, con la siguiente estructura:
NRO_RUT, numérico de largo 8
DIG_VERIF_RUT, alfanumérico de largo 1.
- (04) NOMBRE / RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR** Corresponde al nombre y/o razón social asociada al RUT de los prestadores preferentes informados.
Campo alfanumérico, debe informarse siempre.
- (04) TIPO DE PRESTADOR** Indica si el prestador está asociado a la Red CAEC y/o está identificado como un prestador preferente de Planes de Salud, donde:
1 = Pertenece a la Red CAEC
2 = Prestador preferente de Planes de Salud
3 = Ambas opciones (1 y 2)
Campo numérico, debe informarse siempre.

**(04) PERTENENCIA DEL
PRESTADOR**

Identifica la pertenencia del prestador del servicio.

Campo de tipo numérico, de largo 1, con valores 1, 2 ó 3 según corresponda, donde:

1 = Establecimiento perteneciente al SNSS.

2 = Establecimiento no perteneciente al SNSS

3 = Establecimientos de las FFAA, hospitales pertenecientes a FFAA, Carabineros, FACH y Navales.

ANEXO N° 6
Beneficiarios (Cotizantes y Cargas)

Estructura Computacional del Registro de Cotizantes

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO	ACCIÓN
(01)	TIPO REGISTRO COTIZANTE	Numérico	
(02)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico	
(03)	TIPO DE COTIZANTE	Numérico	
(04)	RUT COTIZANTE NRO_RUT DIG_VERIF_RUT	Numérico Alfanumérico	
(05)	REGIÓN	Numérico	
(06)	FECHA NACIMIENTO	Numérico	
(07)	SEXO	Alfabético	
(08)	TIPO DE TRABAJADOR	Alfabético	
(09)	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	Numérico	
(10)	DURACIÓN DEL CONTRATO	Numérico	
(11)	MES DE ANUALIDAD	Numérico	
(12)	TIPO DE PLAN	Alfabético	
()	% COTIZACIÓN LEY N°18.566 ENTERO DECIMAL	Numérico Numérico	Eliminar
(13)	AFECTO A LEY N° 18.566	Alfabético	Incorporar
(14)	RENTA IMPONIBLE	Numérico	Modificar
(15)	COTIZACIÓN LEGAL 7%	Numérico	
(16)	COTIZACIÓN LEY N°18.566	Numérico	
(17)	COTIZACIÓN ADICIONAL VOLUNTARIA	Numérico	
(18)	COTIZACIÓN PACTADA	Numérico	Modificar
(19)	COTIZACIÓN OTROS PERÍODOS	Numérico	

(20)	TOTAL A PAGAR	Numérico	
(21)	COMUNA	Numérico	
(22)	IDENTIFICACIÓN UNICA DEL PLAN	ALFANUMÉRICO	
(23)	FECHA ÚLTIMA ADECUACIÓN	Numérico	Incorporar
(24)	BENEFICIO CAEC	Alfabético	Incorporar
(25)	TIPO DE ADECUACIÓN	Numérico	Incorporar
(26)	RENUNCIA AL EXCEDENTE	Numérico	Incorporar

1.2 Estructura Computacional del Registro De Cargas Beneficiarias

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO	ACCIÓN
(27)	TIPO REGISTRO CARGA BENEFICIARIA	Numérico	
(28)	RUT COTIZANTE NRO_RUT DIG_VERIF_RUT	Numérico Alfanumérico	
(29)	RUT CARGA BENEFICIARIA NRO_RUT DIG_VERIF_RUT	Numérico Alfanumérico	
(30)	FECHA NACIMIENTO CARGA BENEFICIARIA	Numérico	
(31)	SEXO CARGA BENEFICIARIA	Alfabético	
(32)	TIPO DE CARGA BENEFICIARIA	Numérico	
(33)	CÓDIGO DE RELACIÓN	Numérico	

Definiciones del Archivo Computacional

DEL REGISTRO DE COTIZANTES

- (01) TIPO DE REGISTRO COTIZANTE Campo de uso computacional.
Identifica los registros de cotizantes con beneficios vigentes en el mes y año que se informa.
Los "beneficiarios cotizantes" deben ser informados con este tipo de registro.
Numérico de largo 1, con valor "1".
No se aceptan valores diferentes al especificado.
- (02) CÓDIGO ISAPRE Corresponde al número de identificación asignado a la isapre por esta Superintendencia.
Numérico de largo 3, distinto de cero.
- (03) TIPO DE COTIZANTE Debe obtenerse de la sección A del FUN.
Numérico de largo 1, distinto de cero, con valores 1 ó 2 según corresponda, donde:
1 = Cotizante Titular
2 = Beneficiario Cotizante
- (04) RUT COTIZANTE Debe obtenerse del campo "Nº de Cédula de Identidad (RUN)" de la sección B del FUN.
Debe informarse de acuerdo con la siguiente estructura:
NRO_RUT, numérico de largo 8.
DIG_VERIF_RUT, alfanumérico largo 1.
Debe ser único para cada cotizante.
Debe ser informado siempre.
- (05) REGIÓN Debe obtenerse de la sección B del FUN.
Numérico de largo 2, distinto de cero, con valores entre 01 y 13.
- (06) FECHA NACIMIENTO Debe obtenerse de la sección B del FUN.

- Identifica el mes y año de nacimiento del cotizante.
Numérico de largo 6, distinto de cero.
- (07) SEXO
- Debe obtenerse de la sección B del FUN.
Alfabético de largo 1, con valores M ó F según corresponda, donde:
M = Masculino
F = Femenino
No se aceptan otros valores.
- (08) TIPO TRABAJADOR
- Debe obtenerse de la sección B del FUN.
Identifica la condición laboral del cotizante, donde:
D = Dependiente
I = Independiente
P = Pensionado
V = Voluntario
En caso que un cotizante presente más de una condición laboral, se debe priorizar de acuerdo a la siguiente secuencia:
P - D - I - V.
Alfabético de largo 1.
No se aceptan otros valores.
- (09) FECHA DE SUSCRIPCIÓN
- Corresponde al mes y año en que el cotizante suscribió su primer contrato con la isapre (fecha de incorporación a la isapre).
Debe obtenerse del FUN tipo 1.
Numérico de largo 6, distinto de cero.
- (10) DURACIÓN DEL CONTRATO
- Debe obtenerse del campo "Renuncia al Desahucio" de la sección D del FUN.
Se debe indicar sólo para aquellos cotizantes que renunciaron al desahucio, registrando el número de meses que se han pactado bajo esta condición.
Debe ser cero en cualquier otra situación.
Numérico de largo 2.
- (11) MES DE ANUALIDAD
- Debe obtenerse de la sección D del

- último FUN tipo 1, 3 o 5, según corresponda.
Corresponde al mes en que se cumple la anualidad del contrato.
Numérico de largo 2, distinto de cero.
- (12) TIPO DE PLAN
- Debe obtenerse de la sección D del FUN.
Corresponde a la modalidad en que fue pactado el plan de salud, donde:
I = Individual
M = Grupal-Matrimonial
C = Grupal-Colectivo
O = Otros.
Alfabético de largo 1.
No se aceptan otros valores.
- () % COTIZACIÓN LEY N° 18.566
- Se elimina.
- (13) AFECTO LEY 18.566
- Identifica si un cotizante se beneficia con la ley 18.566, donde:
1 = Se beneficia con Ley 18.566
2 = No se beneficia con Ley 18.566.
Numérico de largo 1.
- (14) RENTA IMPONIBLE
- Debe obtenerse de la columna 5 de la Planilla de Declaración y Pago de Cotizaciones.
En el caso de cotizantes independientes debe homologarse el campo de la planilla correspondiente.
Indica la remuneración, pensión o renta declarada en el período.
Deben considerarse sólo las planillas que corresponden a declaraciones y/o pagos de cotizaciones del período.
En caso que un cotizante tenga más de un empleador, deberá informarse la sumatoria de sus rentas.
La renta o rentas declaradas **puede exceder** el tope legal vigente, según corresponda a la situación laboral y/o previsional de cada cotizante.

Debe ser cero sólo en casos de no declaración y no pago de cotizaciones, y de cotizantes voluntarios.
Numérico de largo 8, sin decimales.

(15) COTIZACIÓN 7%

Debe obtenerse de la columna 6 de la Planilla de Declaración y Pago de Cotizaciones.

En el caso de cotizantes independientes debe homologarse el campo de la planilla correspondiente.

Corresponde a la cotización mínima legal declarada y/o percibida en el período.

Deben considerarse sólo las planillas que corresponden a declaraciones y/o pagos de cotizaciones del período .

En caso que el cotizante tenga más de un empleador, debe informarse la sumatoria de dichas cotizaciones.

Puede exceder el tope legal vigente, según corresponda a la situación laboral y/o previsional de cada cotizante.

Debe ser cero sólo en casos de no declaración y no pago de cotizaciones, y de cotizantes voluntarios.

Numérico de largo 6, sin decimales.

(16) COTIZACIÓN LEY N° 18.566

Debe obtenerse de la columna 7 de la Planilla de Declaración y Pago de Cotizaciones.

En caso que el cotizante tenga más de un empleador, debe informarse la sumatoria de dichas cotizaciones.

Corresponde a la cotización adicional legal de la Ley N° 18.566, declarada y/o percibida en el período.

Deben considerarse sólo las planillas que corresponden a declaraciones y/o pagos de cotizaciones del período .

Debe ser cero sólo en casos en que no se haya pactado este beneficio y/o de no declaración y no pago.

Numérico de largo 6, sin decimales.

- (17) COTIZACIÓN ADICIONAL VOLUNTARIA Debe obtenerse de la columna 8 de la Planilla de Declaración y Pago de Cotizaciones.
En el caso de cotizantes independientes debe homologarse el campo de la planilla correspondiente.
En caso que el cotizante tenga más de un empleador, debe informarse la sumatoria de dichas cotizaciones.
Corresponde a la cotización adicional voluntaria declarada y/o percibida en el período.
Deben considerarse sólo las planillas que corresponden a declaraciones y/o pagos de cotizaciones del período .
Debe ser cero sólo en casos en que no se produzcan cotizaciones adicionales y/o de no declaración y no pago.
Numérico de largo 6, sin decimales.
- (18) COTIZACIÓN PACTADA Debe obtenerse de la sección D del último FUN vigente.
Corresponde al monto en pesos, equivalente al precio total del plan de salud pactado por el afiliado.
Debe ser distinto de cero.
Numérico de largo 6, sin decimales.
- (19) COTIZACIÓN OTROS PERÍODOS Corresponde al monto de las cotizaciones percibidas por otros períodos, sea por pagos atrasados y/o adelantados.
No debe incluir intereses y/o reajustes.
Debe ser cero sólo si no existe pago de cotizaciones por otros períodos.
Numérico de largo 7, sin decimales.
- (20) TOTAL A PAGAR Debe obtenerse de la columna 10 de la Planilla de Declaración y Pago de Cotizaciones.

En el caso de cotizantes independientes o voluntarios debe homologarse el campo de la planilla correspondiente. Indica el monto de cotizaciones percibidas del período.

En caso que el cotizante tenga más de un empleador, debe informarse la sumatoria de dichas cotizaciones.

No debe incluir cotizaciones percibidas por otros períodos.

Debe ser cero sólo en casos de "declaración y no pago" o de "no declaración y no pago" de cotizaciones.

Numérico de largo 8, sin decimales.

(21) COMUNA

Debe obtenerse de la sección B del FUN. Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, de largo 3. Deberá informarse de acuerdo a la codificación de comunas especificadas por el Instituto Nacional de Estadistas (INE).

(22) IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN DE SALUD

Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan, con el objeto de identificarlo de manera única.

El nombre identificador del plan informado, debe coincidir absolutamente con la denominación que de él se haga en todo documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados.

Campo de tipo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos o apóstrofes y sin punto o coma decimal, de largo 30.

(23) FECHA ÚLTIMA ADECUACIÓN

Corresponde al mes y año en que el cotizante adecuó su actual contrato de salud. Debe indicar la última fecha en la cual se adecuaron por parte de la isapre el precio y/o los beneficios vigentes del actual plan (último FUN). En el caso de no tener fecha de

adecuación **debe informarse sin valor**. Campo de tipo numérico de largo 6, con formato mmaaaa.

(24) BENEFICIO CAEC

Identifica si un cotizante tiene incorporado el beneficio de Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas. Numérico de largo uno, donde:

- 1 = Posee el beneficio
- 2 = No posee el beneficio.

(25) TIPO ADECUACIÓN

Indica el último tipo de adecuación realizado al plan de salud del cotizante, donde:

- 0 = No adecuado
 - 1 = Adecuado por precio
 - 2 = Adecuado por beneficios
 - 3 = Ambas (1 y 2)
 - 4 = Genera excedentes (10%).
- Se obtiene de la sección A del FUN.
Campo numérico de largo 1.

(26) RENUNCIA AL EXCEDENTE

Indica si el cotizante renunció a los excedentes de cotización, donde:

- 0 = No renuncia a los excedentes
 - 1 = Renuncia a los excedentes.
- Campo numérico de largo 1.

DEL REGISTRO DE CARGAS BENEFICIARIAS

**(27) TIPO DE REGISTRO
CARGA BENEFICIARIA**

Campo de uso computacional.
Identifica los registros de cargas beneficiarias con beneficios vigentes en el mes y año que se informa.
No se debe informar al cotizante titular como carga beneficiaria.
En contratos grupales matrimoniales se debe tener presente que las cargas

beneficiarias no deben figurar duplicadas.

Numérico de largo 1, con valor "2".

No se aceptan valores diferentes al especificado.

(28) RUT COTIZANTE

Debe obtenerse del campo "Nº de Cédula de Identidad (RUN)" de la sección B del FUN.

Debe informarse de acuerdo con la siguiente estructura:

NRO_RUT, Numérico de largo 8.

DIG_VERIF_RUT, Alfanumérico largo 1.

Debe corresponder al número señalado en el campo (04).

Debe ser informado siempre.

(29) RUT CARGA BENEFICIARIA

Debe obtenerse del campo "Nº de Cédula de Identidad Beneficiario (RUN)" de la sección D del FUN.

Debe informarse de acuerdo con la siguiente estructura:

NRO_RUT, Numérico de largo 8.

DIG_VERIF_RUT, Alfanumérico largo 1.

Debe ser único para cada carga beneficiaria.

Debe ser informado siempre.

(30) FECHA NACIMIENTO
CARGA BENEFICIARIA

Debe obtenerse de la "Nómina de Beneficiarios" de la sección D del FUN. Identifica el mes y año de nacimiento de la carga beneficiaria.

En caso de cargas nonatas se debe asignar el valor 999999.

Numérico de largo 6, distinto cero.

(31) SEXO CARGA
BENEFICIARIA

Debe obtenerse de la "Nómina de Beneficiarios" de la sección D del FUN. Alfabético de largo 1, con valores M ó F según corresponda, donde:

M = Masculino

F = Femenino

En caso de cargas nonatas se debe utilizar el código X.

No se aceptan otros valores.

(32) TIPO DE CARGA
BENEFICIARIA

Debe obtenerse de la "Nómina de Beneficiarios" de la sección D del FUN. Numérico de largo 1, con valores 1 ó 2 según corresponda, donde:

1 = Familiar beneficiario

2 = Carga médica.

No se aceptan otros valores.

(33) CÓDIGO DE RELACIÓN

Debe obtenerse de la "Nómina de Beneficiarios" de la sección D del FUN. Identifica la relación de parentesco del afiliado con sus cargas beneficiarias.

Numérico de largo 1, con valores 1, 2, 3, 4 ó 5 según corresponda, donde:

1 = Cónyuge

2 = Padre

3 = Madre

4 = Hijo

5 = Otros

No se acepta valor 1 para cargas beneficiarias del mismo sexo del cotizante.

No se acepta valor 1 para cargas beneficiarias de planes matrimoniales.

No se aceptan otros valores.

ANEXO N° 7 Especificaciones Técnicas Generales

Toda la información estará sujeta a las siguientes especificaciones técnicas generales, en lo relacionado con validaciones de fechas, RUT u otros datos, según se indica a continuación:

CAMPOS ALFABÉTICOS Y ALFANUMÉRICOS

No debe ser nulo, debe existir al menos un blanco.

CAMPOS NUMÉRICOS

En los campos de largo variable, si el valor que posee un campo es menor que el tamaño definido para éste, se debe completar con ceros a la izquierda.

FORMATO DE FECHAS

El formato es MMAAAA, donde:

DD = Día, entre 01 y 31.

MM = Mes, entre 01 y 12.

AAAA = Año, con valor distinto de cero.

CAMPOS DE RUT

Campos definidos como alfanuméricos, de largo 9, en donde las 8 primeras posiciones corresponden al correlativo entregado por el Registro Civil e Identificación. La posición 9 corresponde al dígito verificador, calculado a través de la rutina matemática denominada *MÓDULO 11*.

En caso que el dígito verificador del RUT sea distinto al obtenido por esta rutina, deberá informarse con el carácter X.

PROCESO DE VALIDACIÓN

Previo al envío de los archivos y con la finalidad de contribuir a la calidad de la información que contienen, cada isapre deberá efectuar un proceso de validación de datos que consiste en contabilizar, corregir y justificar, si procede, los errores e inconsistencias que se detecten.

Los resultados de dicho proceso deberán informarse en formato de tabla de doble entrada, siguiendo la misma definición y secuencia entregada en las definiciones de registros de cada Archivo Maestro.

Ejemplo:

CAMPO	DESCRIPCIÓN	Errores	Inconsistencias	Observaciones
(01)	CÓDIGO ISAPRE			
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN			
(03)	RUT DEL BENEFICIARIO			
(04)	RUT DEL COTIZANTE			

RESPALDO DE LA INFORMACIÓN

Las isapres deberán mantener por el período mínimo de un año, una copia de los dispositivos que contengan la información de cada uno de los Archivos Maestros remitidos a la Superintendencia.

DEFINICIONES

Plan cerrado: Plan de salud cuya estructura sólo financia las atenciones de salud otorgadas por prestadores individualizados en el plan –salvo lo relacionado con urgencias o emergencias- y que, en consecuencia, no contempla bonificación para prestaciones realizadas bajo la modalidad de libre elección.¹

Prestador Público: Los establecimientos asistenciales que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud y las Postas, Consultorios y Estaciones de Enfermería, administrados por las municipalidades, cuya dependencia técnica corresponde a los Servicios de Salud.

Prestador Privado: Los establecimientos asistenciales, de apoyo diagnóstico-terapéutico y profesionales del área médica no comprendidos en la definición anterior.

¹ Corresponde a los planes sujetos a las instrucciones impartidas en la Circular N°57 del 04 de febrero de 2000.

Cotizantes: Personas naturales que en virtud de un contrato de salud deben efectuar sus cotizaciones respectivas a una isapre, sea bajo la calidad de cotizantes titulares o de beneficiarios cotizantes.

Afiliados: Personas naturales que hayan suscrito un contrato de salud con una ISAPRE en calidad de cotizantes titulares. Pueden ser trabajadores dependientes e independientes; pensionados y voluntarios, o poseer más de una calidad a la vez.

Cargas Beneficiarias: Personas naturales afectas a los beneficios y prestaciones que se originan en un contrato de salud suscrito por un afiliado y a quienes éste haya señalado expresamente. Pueden ser los familiares beneficiarios a que se refieren las letras b) y c) del artículo sexto de la Ley N° 18.469, u otras personas ("cargas médicas"). Estas últimas, cuando proceda, deberán también efectuar sus cotizaciones en la isapre en calidad de beneficiarios cotizantes.

Beneficiarios: Personas naturales afectas a los beneficios y prestaciones que se originan en un contrato de salud celebrado con una isapre incluye a los afiliados y a sus cargas beneficiarias.

Período de Recaudación: "Mes caja". Corresponde al mes calendario que se informa, durante el cual se han percibido las cotizaciones asociadas a los beneficiarios vigentes de dicho mes, incluye, en consecuencia, cotizaciones del período, atrasadas y/o adelantadas.

ANEXO N° 8 Definiciones Computacionales

A contar de la fecha de vigencia de esta circular, toda la información que se remita a la superintendencia deberá seguir los siguientes formatos:

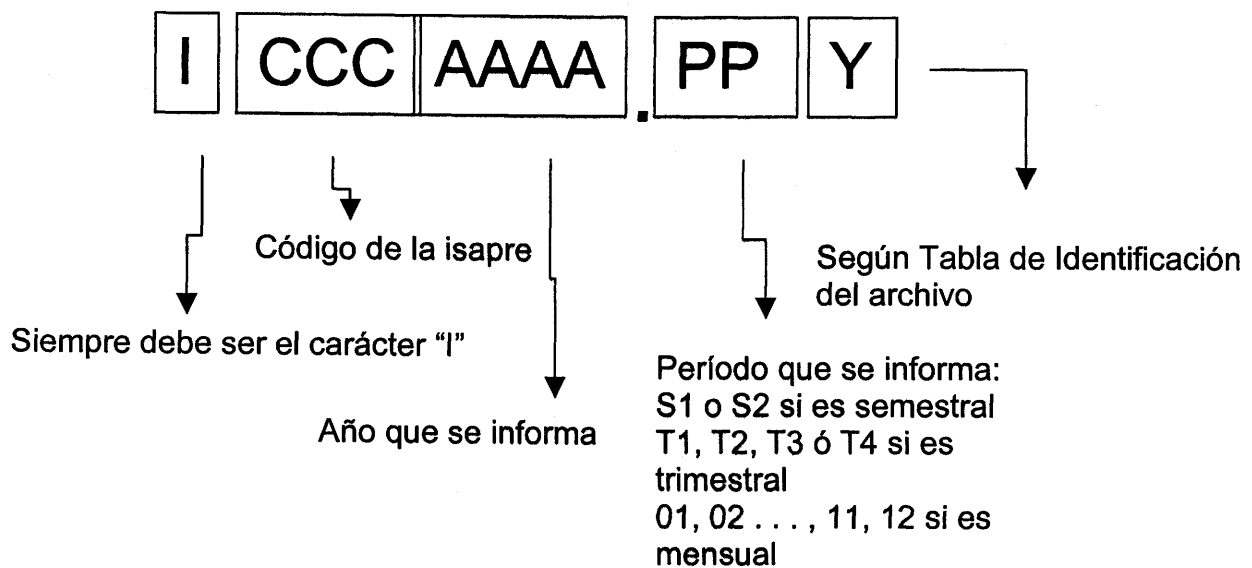
MODALIDAD DE ALMACENAMIENTO

Característica de los archivos:

- Archivo plano
- Código ASCII
- Un registro por línea
- Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura.
- Separador de campo "pipe" (|).
- Largo de campo variable. **Los largos de campos definidos en cada uno de los archivos de los Anexos N° 1 al N° 6, serán referenciales, es decir, indican el tamaño máximo que pueden registrar.**

Nombre de los archivos

- Deberá utilizarse el siguiente formato **ICCCAAA.PPY**, donde:



Largo de los campos

La nueva definición de registro variable, minimiza los espacios de almacenamiento de datos y facilita su proceso de generación y carga computacional. Los tamaños de los campos que se indican en las definiciones particulares, son absolutamente referenciales e indican solo capacidades máximas. Es decir cada dato tendrá el largo que corresponda según su individualidad. El separador “|” señala el término e inicio de un nuevo dato.

Tabla de identificación de los archivos

Identificación	Nombre del Archivo
A	Cotizantes
B	Cargas
C	Licencias médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral
D	Licencias médicas reclamadas
E	Egresos Hospitalarios
F	Balance
G	Estado de Resultado
H	Flujo de Caja
I	Agentes de Venta
J	Prestaciones de Salud
K	Planes de Salud
L	Tabla de Factores
M	Prestaciones Valorizadas
N	Tabla de Prestadores Médicos
O	Beneficiarios con CAEC en uso
P	Prestadores de Salud

Hoja de identificación:

El dispositivo debe venir acompañado de una “Hoja de Análisis”, que contenga la siguiente información:

- NOMBRE DE LA ISAPRE
- FECHA DE CREACIÓN (mes y año)
- PERÍODO DE LA INFORMACIÓN (trimestre o mes y año)
- NOMBRE DE LOS ARCHIVOS
- CANTIDAD DE REGISTROS DE CADA ARCHIVO

Medio de almacenamiento:

Deberá utilizarse alguno de los siguientes dispositivos magnéticos:

- Cartridge 4mm, DD3 o superior
- Disquete de 3^{1/2} pulgadas, siempre y cuando el archivo quepa dentro de él sin compactación.
- Disco Compacto (CD), siempre y cuando el archivo quepa dentro de él sin compactación.

Se usará correo electrónico (e-mail) en aquellos casos definidos expresamente por la Superintendencia.