



AU08-2015-05693

CIRCULAR N°

SANTIAGO,

**IMPARTE INSTRUCCIONES A LOS ORGANISMOS
ADMINISTRADORES DE LA LEY N°16.744 Y A LAS ENTIDADES QUE
PARTICIPAN EN LA ADMINISTRACION DEL REGIMEN DE SALUD
COMÚN PARA LA CALIFICACION DE PATOLOGIAS Y APLICACIÓN
DEL ARTICULO 77 BIS DE LA LEY N° 16.744**

En ejercicio de sus atribuciones, esta Superintendencia ha estimado pertinente reiterar e impartir nuevas instrucciones a los Servicios de Salud, Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez -COMPIN-, Instituciones de Salud Previsional -ISAPRE-, Cajas de Compensación de Asignación Familiar -C.C.A.F.-, al Instituto de Seguridad Laboral -ISL-, Mutualidades de Empleadores y a las Empresas con Administración Delegada, acerca de cómo deben proceder frente al rechazo de licencias médicas fundado en el origen común o laboral de la patología, en virtud de lo dispuesto en el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744.

I. ANTECEDENTES

En virtud del artículo 77 bis de la Ley N° 16.744, si a un trabajador le es rechazada una licencia médica por parte de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) o de las Mutualidades de Empleadores, porque la afección invocada tiene o no un origen profesional, el afectado debe recurrir al otro organismo previsional que habría debido visar o autorizar dicha licencia médica, el cual estará obligado a cursarla de inmediato y a otorgar las prestaciones médicas y/o económicas correspondientes.

La finalidad de la citada norma legal es que no se dilate el otorgamiento de prestaciones médicas y subsidios por incapacidad laboral, por la calificación de la patología.

II. DERIVACIÓN DEL TRABAJADOR

1) Resolución del primer organismo interviniente

Para que opere el procedimiento señalado en el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744, es necesaria la emisión por parte del primer organismo interviniente de una resolución que rechace la licencia médica fundada en que la afección invocada tiene o no origen profesional y derive al trabajador al segundo organismo, proporcionándole copia de la misma. En especial, los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744, al realizar la calificación del cuadro del trabajador, deberán dar aplicación a los criterios contenidos en las Circulares N°s. 3.154 y 3.167, ambas de 2015, relativas a los accidentes de trayecto y a las enfermedades profesionales, respectivamente.

Los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744 correspondientes deberán resolver acerca del origen de un accidente dentro del plazo de 5 días hábiles contados desde que disponen de todos los antecedentes para pronunciarse acerca del origen de la afección. A contar del 1° de marzo de 2016, la calificación de las enfermedades, deberá efectuarse dentro los plazos previstos en la Circular N° 3.167, de 2015.

Las resoluciones emitidas por los Organismos Administradores deberán indicar el derecho que le asiste a los trabajadores a reclamar ante esta Superintendencia respecto de la decisión adoptada.

Cuando la primera entidad interviniente sea una Mutualidad de Empleadores, si estima que la afección tiene un origen común y requiere reposo, deberá entregar al trabajador conjuntamente con la mencionada resolución, la correspondiente licencia médica, sea en formato electrónico o de papel, para ser tramitada ante su institución del régimen de salud común.

Si el interesado decide continuar atendiendo en los centros médicos del citado Organismo, después de haber sido notificado del origen común de su patología, previo a su reingreso sujeto a la cobertura de su régimen de salud común, deberá suscribir la declaración que se adjunta en el Anexo N° 1. En ningún caso, las prestaciones que se otorguen en esta modalidad podrán incluirse en la carta de cobranza que se emita al efecto.

2) Notificación del rechazo del reposo fundado en el origen del cuadro

Al momento de rechazarse una licencia médica por parte de una Comisión o Subcomisión de Medicina Preventiva e Invalidez, de una ISAPRE o de alguna Mutualidad de Empleadores, basado en que la afección invocada tiene o no origen profesional, según el caso, se deberá notificar de ello al organismo del régimen previsional a que esté afiliado el trabajador, que no sea el que rechazó la licencia o el reposo, mediante una carta cuyo formato se adjunta a esta Circular en el Anexo N° 2, el que deberá cursarla y otorgar las prestaciones médicas y/o económicas que correspondan.

Al efecto, no corresponde que el segundo organismo vuelva a derivar al trabajador en caso que no concuerde con la calificación de la patología. Por tanto, dicho organismo deberá seguir otorgándole las prestaciones hasta contar con un pronunciamiento de esta Superintendencia, conforme a lo dispuesto en el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744.

Se reitera que las entidades competentes para resolver acerca del origen de un cuadro clínico que amerite reposo son los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744 (Mutualidades y COMPIN, estas últimas respecto de empresas afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral) o las entidades del régimen común de salud (ISAPRE, COMPIN y Unidades de Licencias Médicas respecto de trabajadores afiliados a FONASA).

No corresponde que las C.C.A.F., COMPIN, Unidades de Licencias Médicas o las ISAPRES no ingresen a tramitación o devuelvan sin expresión de causa, las licencias médicas emitidas bajo la tipificación 5 o 6, ya que el rechazo debe efectuarse formalmente en el respectivo documento.

3) Emisión de licencias médicas por parte de los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744

La licencia médica emitida por los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744 no podrá extenderse por un período superior a 30 días, considerando la periodicidad con que deben pagarse las remuneraciones, ya que el subsidio por incapacidad laboral o temporal tiene por objeto, precisamente, reemplazar las rentas de actividad del accidentado o enfermo, debiendo existir continuidad de ingresos entre remuneraciones y subsidios.

En atención a lo anterior, en el evento que el trabajador haya ingresado a los servicios asistenciales del correspondiente Organismo Administrador o sea atendido en un centro en convenio con este último, y se le haya prescrito reposo por más de 30 días, por una licencia médica u orden de reposo, corresponde que se le pague el subsidio por incapacidad temporal derivado de dicho período, aunque posteriormente se determine que la dolencia es de origen común

4) Antecedentes a entregar al trabajador por parte de su Organismo Administrador

Con el objeto de evitar que el trabajador deba incurrir en nuevos gastos de consultas médicas y de realización de exámenes, su Organismo Administrador deberá hacerle entrega, a lo menos, de los siguientes antecedentes:

- a. Copia de los informes y exámenes clínicos practicados, y
- b. Tratándose de enfermedades calificadas como de origen común debe hacer entrega del informe con los fundamentos de su calificación y la epicrisis que indique las atenciones recibidas, diagnósticos realizados y la orientación de la entidad donde debe continuar sus tratamientos, según corresponda. Lo anterior, conforme a lo instruido en la Circular N° 3.167 de 2015.

III. DEL RECLAMO Y COMPETENCIA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

Cualquier persona o entidad interesada podrá reclamar directamente ante esta Superintendencia por el rechazo de la licencia médica en razón del origen ocupacional o común del reposo, la que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso, sobre la naturaleza (profesional o común) de la afección de que se trate, sin perjuicio que al trabajador deban concedérsele las prestaciones correspondientes. Consecuentemente, el trabajador afectado o su empleador podrán recurrir a esta Superintendencia respecto de la naturaleza de la patología, con los antecedentes que posean.

Por tanto, en el evento que exista controversia sobre el origen de la patología que ha motivado el reposo fundante de la licencia médica, solamente corresponde que se reclame ante esta Superintendencia.

En caso que el segundo organismo concuerde con la calificación de la patología efectuada por el que ha rechazado la licencia médica, esto es, si se allana a la calificación realizada por el primer organismo, podrá reclamar ante esta Superintendencia respecto de la procedencia de las prestaciones médicas o pecuniarias o por el monto de los reembolsos.

Cuando el segundo organismo no concuerde con la calificación de la patología como común o laboral, podrá recurrir a esta Superintendencia, la que resolverá determinando el origen de la misma, de conformidad a lo señalado precedentemente.

Si la reclamación es formulada por una COMPIN, por un Servicio de Salud, por una ISAPRE, por una Mutualidad, el Instituto de Seguridad Laboral o una empresa con Administración Delegada del Seguro de la Ley N° 16.744, ésta debe ser debidamente fundamentada. Al efecto, la mera reiteración de las declaraciones entregadas por los trabajadores o de los antecedentes remitidos por el primer organismo, no se considerará como fundamentación suficiente.

En consecuencia, esta Superintendencia rechazará de plano las reclamaciones que no argumenten debidamente los motivos que se tuvieron en consideración para no concordar con el rechazo resuelto por el primer organismo.

La reclamación deberá ser ingresada acompañada, a lo menos, de los siguientes antecedentes:

- 1) Informe médico;
- 2) Exámenes practicados, si los hubiere;
- 3) Declaración del trabajador afectado por la dolencia de que se trata, en la que describa las circunstancias del accidente o de la enfermedad que le fue diagnosticada, y
- 4) Copia de la carta de cobranza que se haya recibido, si procede

Además, para estos efectos los Organismos deberán tener a la vista las instrucciones contenidas en las Circulares N°s. 3.154 y 3.167, ambas de 2015.

Esta Superintendencia dispondrá de un plazo de 30 días hábiles administrativos para resolver acerca de la calificación de la afección, término que se computará desde que se recepcionan los antecedentes que requiera sobre la situación o desde la fecha en que se practicaron al paciente los exámenes que hubiere ordenado, si estos últimos fueron posteriores.

Por lo tanto, atendido el objetivo del artículo 77 bis, los antecedentes y exámenes que se requieran por parte de esta Superintendencia, deberán evacuarse o realizarse en el plazo que se le fije al efecto.

IV. NORMAS PARA EL REEMBOLSO EN CASO DE APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 77 BIS DE LA LEY N° 16.744 Y EMISIÓN DE CARTAS DE COBRANZA

1) Prestaciones a ser reembolsadas

Sólo deberán cobrarse las prestaciones médicas necesarias otorgadas hasta la calificación del origen de la patología. Por lo tanto, no procede que los Organismos Administradores del Seguro de la Ley N° 16.744 requieran el reembolso de las prestaciones médicas que hubieren otorgado con posterioridad a la data en que contaban con antecedentes suficientes para calificar como de origen común la patología y en que debieron, por ende, haber derivado al trabajador a su sistema de salud común.

En ningún caso podrá formularse el cobro del costo de las prestaciones en que los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744, deban incurrir con cargo al Seguro Social que el citado cuerpo legal establece, tales como:

- a. Estudios de puestos de trabajo;
- b. Exámenes comprendidos en el artículo 71 de la Ley N° 16.744;
- c. Exámenes ocupacionales,
- d. Reuniones o juntas médicas, y
- e. Gastos en prevención de riesgos profesionales.

A su vez, respecto de las afecciones señaladas en la Circular N° 3.167 de 2015, sólo procederá el cobro de las prestaciones otorgadas para la determinación del origen de la patología.

2) Reajustabilidad e intereses hasta el requerimiento

El valor de las prestaciones médicas y pecuniarias que corresponda reembolsar, se deberá expresar en Unidades de Fomento, según el valor de éstas al momento en que los beneficios se concedieron.

Además, deberá agregarse el interés corriente para operaciones reajustables contemplado en la Ley N° 18.010, el que se devenga desde que las prestaciones se otorgaron hasta la fecha en que se formula el requerimiento de reembolso.

Para estos efectos, corresponde utilizar la tasa de interés corriente vigente al término del otorgamiento de las prestaciones, sea que aquél cese se produzca por alta, derivación o facturación de las prestaciones.

3) Reembolso del o al trabajador

Si las prestaciones se hubieren otorgado con cargo al régimen establecido para las enfermedades comunes y resultara que la afección es de índole profesional, el Servicio de Salud, el Fondo Nacional de Salud -FONASA- o la ISAPRE respectiva, que las proporcionó deberá devolver al trabajador la parte del reembolso correspondiente al valor de las prestaciones que éste hubiere solventado, conforme al régimen de salud previsional a que esté afiliado, con los reajustes e intereses respectivos.

Por el contrario, si la dolencia es calificada como de origen común y los beneficios se concedieron con cargo al régimen de la Ley N° 16.744, el Servicio de Salud o la ISAPRE que efectuó el reembolso deberá cobrar a su afiliado la parte del valor de las prestaciones que a éste le

corresponde solventar, según el contrato o plan de salud de que se trate, para lo cual sólo se considerará el valor de aquéllas.

4) Del valor de las prestaciones médicas

El valor de las prestaciones médicas que se hubieren concedido, deberá ser considerado conforme al que cobra por ellas la entidad que las otorgó, al proporcionarlas a particulares.

5) Cartas de cobranza de los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744. Antecedentes y plazos para su emisión

Las cartas de cobranza que emitan los Organismos Administradores en virtud de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N° 16.744, deberán ser foliadas y numeradas correlativamente. Dichas cartas deberán ser remitidas, al menos, con los siguientes antecedentes:

- i. Un informe reservado con la especificación detallada de la patología en estudio o investigada y del diagnóstico;
- ii. El detalle de las prestaciones otorgadas con la fecha de las mismas y los antecedentes médicos o de otro orden fundantes (anamnesis) de la calificación de la patología respectiva, y
- iii. Copia de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) o Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), según corresponda, y de las demás declaraciones del trabajador que estén en poder del Organismo.

No procede que se formulen cartas de cobranza sin que se acompañen los antecedentes enunciados precedentemente.

Los Organismos Administradores deberán enviar sus cartas de cobranza dentro del mes siguiente al de término de las prestaciones.

Los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744 no estarán obligados a analizar las cartas de cobro que le sean remitidas, en tanto a las mismas no se adjunten los antecedentes mencionados en los numerales precedentes. Lo anterior, sin perjuicio de que la entidad informe a la institución requirente que no cursará el pago solicitado por no haber remitidos los antecedentes que sustentan el cobro realizado.

Respecto de los trabajadores afiliados a FONASA, los Organismos Administradores del Seguro de la Ley N° 16.744, deberán requerir los reembolsos pertinentes al respectivo Servicio de Salud, sin perjuicio de la facturación posterior que éstos deban efectuar al FONASA.

6) Plazo para efectuar el reembolso

Si se resuelve que las prestaciones han debido otorgarse con cargo a un régimen previsional distinto conforme al cual se concedieron, el organismo respectivo (Servicio de Salud, Instituto de Seguridad Laboral, Mutualidad de Empleadores, C.C.A.F. o ISAPRE) deberá reembolsar en un plazo no superior a los 10 días el valor de aquéllas a la entidad que las proporcionó, el que se contará desde el requerimiento de ésta.

La entidad obligada al reembolso deberá proceder al mismo conforme al valor que tenga la Unidad de Fomento al momento del pago efectivo; si así no lo hiciere, lo adeudado devengará, a partir del requerimiento, un interés diario equivalente al 10% anual.

V. SITUACIONES ESPECIALES

a) Presentación de la licencia médica fuera de plazo por el trabajador

No procede que las ISAPRE, COMPIN o Unidades de Licencias Médicas rechacen una licencia médica emitida por una Mutualidad, cuando ésta actúa en el ámbito de la Ley N° 16.744, por presentación fuera de plazo al empleador conforme al D.S. N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, toda vez que en caso de ser extendida y entregada tardíamente, para el trabajador ha existido una fuerza mayor que ha impedido la presentación oportuna de dicha licencia médica.

b) Procedimientos de ingreso a los servicios asistenciales de los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744 y calificación de la patología

Los ingresos de los pacientes Ley N° 16.744 a los servicios asistenciales de una Mutualidad de Empleadores, deben ser respaldados con las correspondientes DIAT o DIEP. En el evento que no se cuente con la respectiva Denuncia escrita emanada de su empleador, el mismo trabajador afectado, o sus derecho-habientes, como igualmente el Comité Paritario de Higiene y Seguridad, deberán formular una denuncia escrita.

Lo anterior, salvo que el trabajador requiera ser atendido de urgencia, situación en la que la atención médica será proporcionada de inmediato y sin que para ello sea menester de ninguna formalidad o trámite previo. En este caso, el médico que trató o diagnosticó la lesión o enfermedad, estará obligado a denunciar. Sin perjuicio de ello, cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos podrá hacer la denuncia, acorde a lo establecido por los artículos 71 y 72 del D.S. N° 101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

En el evento que una persona se presente en los servicios asistenciales de una Mutualidad de Empleadores sin DIAT o DIEP y se niegue a firmar una denuncia, estando en condiciones de hacerlo, se le deberá advertir que su ingreso es como paciente privado afecto al artículo 29 del D.L. N° 1.819, de 1977, que autoriza a las mutualidades de empleadores extender su atención médica, dejando constancia escrita de tal situación.

Asimismo, debe informarse a los pacientes que ingresan a los servicios asistenciales de una Mutualidad de Empleadores que en caso que se determine que el accidente y/o enfermedad que ha motivado su ingreso no esté cubierto por la Ley N° 16.744, por tratarse de una dolencia de origen común, deberán solventar el valor de las prestaciones que se le otorguen, conforme a la cobertura de su seguro de salud común. Para ello, deberá contar con un formulario impreso que debe ser firmado por el interesado en señal de haber tomado conocimiento del mismo, de conformidad a lo instruido en la Circular N° 3.144 de 2015, que imparte instrucciones respecto a la entrega de información, comunicación y difusión del Seguro contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. En el evento de que el trabajador se niegue a firmar el documento en cuestión, deberá dejarse constancia escrita de ello, lo que no obstará al otorgamiento de las prestaciones correspondientes, según la Circular antes citada.

Luego del otorgamiento de la primera atención que se preste al trabajador ingresado a un servicio asistencial del respectivo Organismo Administrador del Seguro de la Ley N° 16.744 en virtud de un accidente presuntamente del trabajo, éste procederá a:

- i. Si se trata de una patología que no requiere reposo, otorgará la prestación médica correspondiente y si detecta que es de origen común, deberá derivar al paciente a su sistema de salud común con un formulario que precise que se trata de una situación no regulada por el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744, indicando el diagnóstico por el cual el trabajador fue atendido;

- ii. Conceder reposo acogido al Seguro de la Ley N° 16.744, emitiendo una orden en tal sentido, si procede, y
- iii. Si considera que se trata de una patología común y el trabajador amerita reposo, deberá emitir un formulario de rechazo y derivación al régimen de salud común conjuntamente con la correspondiente licencia médica.

En el caso que el trabajador haya concurrido a los servicios asistenciales de su Organismo Administrador a causa de una enfermedad presuntamente profesional, dicha entidad deberá proceder de conformidad a lo instruido en la Circular N° 3.167 de 2015. Por ende:

- a. Si se trata de una patología que no requiere reposo, otorgará la prestación médica correspondiente y procederá a calificar el origen de la patología de conformidad a lo señalado en la Circular antes mencionada. Si se determina que el cuadro es origen común, deberá derivar al paciente a su sistema de salud común con un formulario que precise que se trata de una situación no regulada por el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744;
- b. Conceder reposo acogido al Seguro de la Ley N° 16.744, emitiendo una orden en tal sentido, y
- c. Si el Comité de calificación de enfermedades profesionales considera que se trata de una patología común y el trabajador aún amerita reposo, deberá emitir un formulario de rechazo y derivación al régimen de salud común conjuntamente con la correspondiente licencia médica.

En el evento que el trabajador sea derivado, de conformidad a lo dispuesto en las letras a. y c. precedentes, el Organismo deberá entregarle los antecedentes señalados en el numeral 2. de la letra G. del Título I de la Circular N° 3.167 de 2015.

c) Entrega de resultados de exámenes al trabajador

La Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, establece en el inciso tercero de su artículo 13, que la información contenida en la ficha clínica, copia de la misma, o parte de ella, será entregada, total o parcialmente, a solicitud expresa del paciente.

De esta forma, en virtud de la norma citada, corresponde que el respectivo Organismo Administrador del Seguro de la Ley N° 16.744 le entregue al trabajador que lo solicite la información contenida en su ficha clínica, copia de la misma, así como los exámenes médicos que se le efectuaron.

Ahora bien, la ficha clínica deberá mantenerse almacenada por 15 años en poder del Organismo, como establece el inciso primero del citado artículo 13. Asimismo, los Organismos Administradores deberán adoptar las medidas que estimen pertinentes con el objeto de resguardar la confidencialidad de la información relacionada con las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y de servicios relacionados con la salud, acorde a lo establecido por las Leyes N°s. 19.628, sobre protección de la vida privada y 20.584, conforme a la Circular N° 3.012 de 2014, acerca del tratamiento de datos sensibles de los trabajadores. Solamente podrán entregarle información sensible de un trabajador, contenida en su ficha clínica, a un tercero, con un poder simple otorgado ante notario público por el titular de la información, de conformidad a la normativa antes citada.

VI. SITUACIONES QUE NO SE ENCUENTRAN REGULADAS POR EL ARTÍCULO 77 BIS DE LA LEY N° 16.744

1) Casos no regulados por el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744

El estudio de la norma en análisis, ha permitido a esta Superintendencia determinar que existen situaciones en las que no se presentan todos los presupuestos que permiten la aplicación del citado artículo 77 bis, pudiendo determinarse que ello ocurre, entre otros, en los siguientes casos:

- i. Cuando el trabajador no ha necesitado reposo o licencia médica;
- ii. Cuando se ha extendido una licencia médica meramente retroactiva, es decir, entre la fecha de su emisión y hasta el término del reposo, no existen días de reposo futuros;
- iii. Cuando ha existido redictamen, esto es, cuando la licencia médica ha sido autorizada, reducida o rechazada por una causal distinta a la calificación de la patología fundante y luego se rechaza por la calificación del origen de la patología. En efecto, para que opere el procedimiento contemplado en el artículo 77 bis la primera y única causal del rechazo debe ser el origen de la patología fundante de la licencia médica u orden de reposo, y
- iv. Cuando se ha extendido una licencia médica por más de 30 días de reposo, sin respetar la periodicidad de las remuneraciones. En efecto, tal como se indicó precedentemente, el sentido y alcance del artículo 77 bis, es no dilatar el otorgamiento de las prestaciones médicas ni el pago de subsidios por incapacidad laboral, por ende, si se extiende una licencia médica por más de 30 días de reposo, no corresponde aplicar el procedimiento de dicha disposición.
- v. Cuando se rechaza una licencia médica que prescribe días de reposo futuro y que es continuadora de otras que han sido autorizadas en virtud del mismo cuadro y sin solución de continuidad, respecto de estas últimas no corresponde que opere el procedimiento contemplado en el artículo 77 bis. Consecuentemente, las prestaciones otorgadas durante el período que abarcan las licencias que precedieron a aquélla que fue rechazada, deben realizarse en términos nominales.

2) Cobros a realizar en casos no cubiertos por el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744

En estas situaciones, en las cuales no tiene aplicación lo dispuesto en el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744, los cobros se deberán realizar en términos nominales, acorde a las siguientes reglas:

- i. En el evento que las prestaciones se hubiesen otorgado por el sistema de salud común y se determinare que la patología es de origen laboral, el Organismo Administrador del Seguro de la Ley N° 16.744, le reembolsará nominalmente al régimen de salud común - previo requerimiento de éste - la parte del valor de las prestaciones que ha debido financiar y al trabajador el valor correspondiente a los copagos, y
- ii. En el evento que las prestaciones se hubiesen otorgado por el Organismo Administrador del Seguro de la Ley N° 16.744 y se determinare que la patología es de origen común, dicho Organismo le cobrará al sistema de salud común el valor nominal de la totalidad de las prestaciones. Este último, le reembolsará el costo de las prestaciones que deba solventar según la cobertura de su afiliado, debiendo el Organismo Administrador cobrar directamente al trabajador el saldo insoluto.

Las cartas de cobranza que se emitan en virtud de cuadros a los que no le sea aplicable el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744, deberán ser foliadas y numeradas correlativamente y se adjuntarán a las mismas los antecedentes indicados en el numeral 5) del Capítulo IV.

Los Organismos Administradores no deberán remitir cartas de cobranza sin que se acompañen los documentos enunciados precedentemente. A su vez, estas entidades no estarán obligadas a analizar las cartas que no contengan los antecedentes mencionados en los numerales i. y ii. del numeral 5) del Capítulo IV. Lo anterior, sin perjuicio de que el Organismo proceda a informar a la institución requirente que no cursará el pago requerido por falta de antecedentes que sustenten el cobro realizado.

Los Organismos Administradores deberán enviar sus cartas de cobranza dentro del mes siguiente al de término de las prestaciones.

VII. DIFUSIÓN

Se instruye a ese Organismo dar la mayor difusión de las presentes instrucciones, en especial entre los funcionarios encargados de su aplicación.

VIII. VIGENCIA

Esta instrucción entrará en vigencia el 1 de marzo de 2016. A partir de dicha fecha, se dejan sin efecto las instrucciones impartidas por la Circular N° 2.229, de 2005, de esta Superintendencia.

Saluda atentamente a Ud.,

CLAUDIO REYES BARRIENTOS
SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

DISTRIBUCIÓN:

- MUTUALIDADES DE EMPLEADORES
- INSTITUTO DE SEGURIDAD LABORAL
- SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
- DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD
- SERVICIOS DE SALUD
- FONASA
- EMPRESAS CON ADMINISTRACIÓN DELEGADA
- COMPIN
- C.C.A.F.
- ISAPRES

ANEXO N° 1

[LOGO INSTITUCIONAL]

DECLARACIÓN INGRESO PACIENTE COMÚN

Esta Mutualidad, con fecha _____, ha calificado la dolencia exhibida por don(ña) _____ como de origen común, por lo que ha sido derivado (a) a su régimen de salud común, según da cuenta la carta de derivación del paciente.

Sin embargo, el paciente ha manifestado su voluntad de continuar atendándose en los centros médicos de este Organismo, por lo que ha sido advertido que deberá pagar el valor de las prestaciones médicas que se le otorguen, conforme a la cobertura de su sistema de salud común, FONASA o ISAPRE, según corresponda.

Firma del Trabajador

DERIVACIÓN DE PACIENTE
(Artículo 77 bis de la Ley N°16.744)

Nombre de Trabajador (a):

Cédula de Identidad:

Teléfono:

Domicilio:

Régimen de Salud Común:

Empresa:

RUT Entidad Empleadora:

Domicilio de la Entidad Empleadora:

El cuadro clínico del trabajador no corresponde a una contingencia o patología cubierta por (Marcar con "X"):

El Seguro Social de la Ley N°16.744,

El régimen de salud común.

En virtud de lo expuesto, se deriva al trabajador al (Marcar con una "X"):

Organismo Administrador del Seguro de la Ley N° 16.744

Organismo Administrador del régimen de salud común (ISAPRE o FONASA, según corresponda)

Documento(s) Anexo(s) Licencia Médica N° _____ extendida por días de reposo a contar del _____, por el diagnóstico _____.

Precisar los exámenes que se practicaron y si éstos fueron entregados al (a) trabajador (a):

Examen practicado	Entrega al trabajador (Sí/No)

Indicar si se hace entrega de (Marcar con una "X"):

Informe con los fundamentos de la calificación de la enfermedad

Epicrisis

Firma del Trabajador

Fecha de Derivación