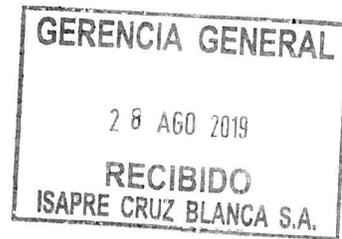




Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
Subdepartamento de Regulación



CIRCULAR IF/N° 331

Santiago, 27 AGO. 2019

INSTRUYE SOBRE LA APLICACIÓN DE COBERTURA POR LAS ISAPRES PARA EL TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD

Esta Intendencia, en ejercicio de las facultades conferidas por la ley, en especial las contenidas en los artículos 110 y 114, ambos del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, viene en dictar las siguientes instrucciones de carácter general.

I. INTRODUCCIÓN

Con fecha 9 de febrero de 2019, se publicó en el Diario Oficial la Resolución Exenta N°49, de 22 de enero de 2019, de los Ministerios de Salud y Hacienda, que modificó el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud y cuya vigencia se inició el 11 de febrero de 2019.

Mediante la resolución aludida, se incorporó al Arancel de la Modalidad de Libre Elección del Fonasa, bajo el grupo 25 "Pago Asociado a Diagnóstico" (PAD), ocho nuevos grupos de prestaciones, referidas al tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad, por lo que las isapres deberán adoptar las medidas correspondientes a fin de cumplir lo dispuesto en el inciso 2° de la letra a) del artículo 189, del DFL N°1, de 2005, de Salud, que establece que el plan complementario deberá contemplar a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fonasa, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen General de Garantías en Salud y, asimismo, dar cumplimiento a la cobertura mínima a la que se encuentran obligadas de acuerdo a lo establecido en el artículo 190 de dicho cuerpo legal.

II. OBJETIVO

Precisar el alcance de la cobertura que, como mínimo, deben otorgar las isapres a sus beneficiarios, por los "Tratamientos Reproducción Asistida Alta Complejidad", y su incorporación a los planes de salud complementarios.

III. MODIFICA LA CIRCULAR IF/Nº77, DEL 25 DE JULIO DE 2008, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE BENEFICIOS.

Agrégase, en el N°2, "Normas especiales de Cobertura" del Título V, "Reglas Especiales de Cobertura y Bonificación", del Capítulo I "De los beneficios contractuales y de la cobertura del plan de salud complementario", la siguiente letra i):

"i) Cobertura para los "Tratamientos de Fertilización Asistida de Alta Complejidad".

Las isapres deberán otorgar cobertura al grupo de prestaciones que conforman los PAD, códigos 2502011, 2502012, 2502013, 2502014, 2502015, 2502016, 2502017 y 2502018, sobre Fertilización Asistida de Alta Complejidad, cada uno de los cuales constituye una prestación en sí misma.

La cobertura financiera mínima se consigna bajo los siguientes códigos e incluye las atenciones que a continuación se indican:

Código	Glosa	Cobertura mínima por ciclo
2502011	Inducción de la Ovulación	\$844.820
2502012	Aspiración Folicular	\$188.430
2502013	Laboratorio FIV/ICSI	\$255.710
2502014	Transferencia Embrionaria	\$107.660
2502015	Soporte Post Transferencia Embrionaria	\$35.350
2502016	Criopreservación de Embriones	\$61.340
2502017	Preparación Endometrial	\$135.850
2502018	Descongelación Embriones	\$82.230

De acuerdo a la Resolución Exenta 902, de 15 de mayo de 2019, de Salud, que modificó las normas técnico administrativas del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud en la Modalidad de Libre Elección, estos grupos de prestaciones incluyen: Tratamiento hormonal necesario y completo con sus respectivos medicamentos; Honorarios médicos y todas las consultas de matrona y de psicólogo del equipo tratante; Exámenes de imagenología y laboratorios necesarios, durante todo el

tratamiento (ecografías, Anticuerpos virales, determinación de HIV, Hepatitis B, entre otros); Día cama ginecológico, cuando corresponda.

También incluyen la selección de espermatozoides, fecundación del óvulo y cultivo embrionario.

Además, incorporan congelar o vitrificar los embriones excedentes que se forman en la FIV o en ICSI. No incluye esa cobertura la mantención de embriones una vez concluido el procedimiento.

Para tener derecho a la cobertura de los tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad, la mujer debe ser beneficiaria de la isapre respectiva y contar con diagnóstico previo de infertilidad, ya sea que éste haya sido formulado a ella o a su pareja.

La isapre deberá otorgar cobertura a los ciclos requeridos por la beneficiaria, con a lo menos las coberturas financieras indicadas precedentemente, a cada uno de los grupos de prestaciones de cada ciclo, valores que se actualizarán conforme lo haga el arancel Fonasa respectivo.

La beneficiaria que solicite cobertura para estos tratamientos deberá contar con la correspondiente Orden Médica que certifica que aquella tiene un diagnóstico de infertilidad y requiere someterse a tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad. Este certificado deberá señalar que la paciente cuenta con medición de reserva ovárica, que en los casos que corresponda ya cuenta con tratamientos de baja complejidad con resultados infructuosos, o que la beneficiaria es candidata directa sólo a este tipo de procedimientos, explicando los fundamentos clínicos.

Las mujeres deben encontrarse libres de patologías concomitantes que impidan comenzar el tratamiento. Si cursan alguna patología crónica, ésta debe estar compensada para su derivación y posterior inicio de tratamiento de infertilidad de alta complejidad.

Asimismo, no podrá ingresar a este tratamiento la beneficiaria que padezca alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) activa, especialmente Clamidia Trachomatis y Gonorrea; y VIH (+) con carga viral detectable, o la sufra su pareja.

1.- Cobertura por aplicación de PAD.

Para efecto del financiamiento de las atenciones de fertilización asistida de alta complejidad, las isapres podrán celebrar convenios con los prestadores, otorgando la cobertura a los respectivos conjuntos de prestaciones denominados PAD, definidos por el Fonasa, considerando, como mínimo, aquella establecida para dichos tratamientos en el PAD respectivo.

Las prestaciones que pudieren requerirse con motivo de complicaciones que puedan presentarse en la ejecución de este tratamiento, quedarán afectas a la cobertura del plan de salud complementario.

Asimismo, se regirán por la cobertura del plan de salud complementario los exámenes y procedimientos necesarios tanto para el Diagnóstico de Infertilidad como para el inicio del tratamiento (por ejemplo, manejo de endometriosis); la evaluación previa de la paciente, por parte del equipo de Reproducción Asistida, desde la cual se obtendrá la respectiva Orden Médica para realizar las técnicas de fertilización de alta complejidad, y la anestesia general o regional-espinal para aspiración folicular, en caso de ser requerida por voluntad expresa de la paciente.

2.- Cobertura según Plan de Salud.

En caso de que las atenciones no se otorguen a través de convenios en la modalidad PAD, la cobertura financiera para los tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad que asegura el Fonasa se destinará en su totalidad al financiamiento de las prestaciones que, formando parte de los PAD, no se encuentran individualmente codificadas en el Arancel Fonasa Libre Elección, entre ellas, tratamiento hormonal completo y sus respectivos medicamentos.

A su vez, las prestaciones que se encuentren individualmente aranceladas, tales como consultas de especialidad, exámenes de laboratorio e imagenología y día cama ginecológico, quedarán sujetas a la cobertura del plan de salud complementario.

Lo anterior se funda en que la incorporación de estos PAD al Arancel Fonasa en su modalidad de libre elección tiene por objeto mejorar la cobertura financiera para los tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad.

3.- Cobertura para los tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad incorporada a los contratos.

En el evento de que las isapres hubiesen pactado en sus contratos, en forma previa a la vigencia de esta obligación, una determinada cobertura para las prestaciones asociadas a los referidos tratamientos de reproducción asistida, deberán continuar otorgándola en la medida en que resulte superior a la que deriva de su incorporación al Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección. Asimismo, con posterioridad, pueden pactar una mejor cobertura para dichas prestaciones.

Las isapres deberán informar a sus afiliados acerca de los nuevos tratamientos de fertilización asistida incorporados al Arancel y de los prestadores con quienes hayan celebrado convenios para el otorgamiento de estas atenciones -en tanto cuenten con ellos-, por todos los medios de comunicación de que dispongan, tales como correo electrónico, sitio web, redes sociales, avisos en sucursales, entre otros."

IV. VIGENCIA

Las disposiciones de la presente Circular entrarán en vigencia a partir de su notificación a las isapres.

No obstante, en virtud de que, tal como se indicó en la introducción, los nuevos grupos de prestaciones referidas al tratamiento de reproducción o fertilización asistida de alta complejidad, fueron incorporados al Arancel en la Modalidad de Libre Elección de Fonasa con vigencia desde el 11 de febrero de 2019, las isapres deberán otorgar a esas prestaciones como mínimo la cobertura financiera que asegura Fonasa, a contar de la fecha señalada.



MANUEL RIVERA SEPÚLVEDA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD



AMAW/RTM

DISTRIBUCION:

- Gerentes Generales de Isapres
- Director Ejecutivo de Isapres de Chile A.G.
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepto. de Fiscalización
- Subdepto. de Regulación
- Unidad de Asesoría Médica
- Oficina de Partes

Corr. 9102-2019

