



AU08-2015-05693

CIRCULAR Nº **3244**

SANTIAGO, 13 SEP 2016

**IMPARTE INSTRUCCIONES A LOS ORGANISMOS ADMINISTRADORES DE LA LEY Nº 16.744 Y A LAS ENTIDADES QUE PARTICIPAN EN LA ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN DE SALUD COMÚN PARA LA CALIFICACIÓN DE PATOLOGÍAS Y APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 77 BIS DE LA LEY Nº 16.744. DEROGA Y REEMPLAZA LA CIRCULAR Nº 2.229, DE 2005.**

617

## ÍNDICE

I. ANTECEDENTES.....	3
II. DERIVACIÓN DEL TRABAJADOR.....	3
1) Resolución del primer organismo interviniente.....	3
2) Emisión de licencias médicas de derivación por parte de los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744.....	4
3) Antecedentes a entregar al trabajador por parte de su Organismo Administrador .....	4
III. DEL RECLAMO Y COMPETENCIA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL .....	4
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.....	5
1) Prestaciones a ser reembolsadas .....	5
2) Reajustabilidad e intereses hasta el requerimiento .....	6
3) Reembolso del o al trabajador.....	6
4) Del valor de las prestaciones médicas.....	7
5) Cartas de cobranza de los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744. Antecedentes y plazos para su emisión.....	7
6) Plazo para efectuar el reembolso .....	8
V. SITUACIONES ESPECIALES .....	8
1) Presentación de la licencia médica fuera de plazo por el trabajador.....	8
2) Procedimientos de ingreso a los servicios asistenciales de los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744 y calificación de la patología .....	8
VI. SITUACIONES QUE NO SE ENCUENTRAN REGULADAS POR EL ARTÍCULO 77 BIS DE LA LEY N° 16.744.....	9
1) Casos no regulados por el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744.....	9
2) Cobros a realizar en casos no cubiertos por el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744 .....	10
VII. DIFUSIÓN .....	10
VIII. VIGENCIA.....	10



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**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744, si a un trabajador le es rechazada una licencia médica o un reposo médico 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 trabajador afectado debe recurrir al otro organismo del régimen previsional a que esté afiliado, que no sea el que rechazó la licencia médica o el reposo médico, 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.

Las entidades competentes para resolver acerca del origen de un cuadro clínico que amerite reposo son las Mutualidades de Empleadores, el Instituto de Seguridad Laboral, las ISAPRE, las COMPIN y las Unidades de Licencias Médicas.

## **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 (calificación) 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. 3.221, sobre Accidentes de Trayecto y 3.241, relativa al Proceso de Calificación del origen de las enfermedades denunciadas como Profesionales, ambas de 2016, de esta Superintendencia, o en las que a futuro las reemplacen.

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 administrativos contados desde que disponen de todos los antecedentes para pronunciarse. La calificación del origen de las enfermedades denunciadas como profesionales, deberá efectuarse dentro los plazos previstos en la citada Circular N° 3.241. Lo anterior, sin perjuicio de la obligación de los Organismos de remitir al Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) las Resoluciones de Calificación (RECA), en los plazos instruidos al efecto.

Las resoluciones de calificación 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 es una Mutualidad de Empleadores o el Instituto de Seguridad Laboral, y se estima que la afección tiene un origen común y requiere reposo, deberá entregar al trabajador conjuntamente con la mencionada resolución de calificación, la



correspondiente licencia médica “de derivación”, en formato papel, para ser tramitada ante su institución del régimen de salud común. Asimismo, deberá entregar al trabajador una copia del formulario de derivación del paciente, contenido en el Anexo N° 2 de esta Circular.

Si después de haber sido notificado del origen común de su patología, el trabajador decide continuar atendándose en los centros médicos de alguna Mutualidad, bajo la cobertura de su régimen de salud común, deberá suscribir, previo a su reingreso, el formulario “Declaración Ingreso Paciente Común”, cuyo formato se adjunta en el Anexo N° 1. En ningún caso, las prestaciones que se otorguen en esta modalidad, podrán incluirse en las cartas de cobranzas que se emitan al efecto.

## **2) Emisión de licencias médicas de derivación por parte de los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744**

La licencia médica “de derivación” emitida por los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744 o por los prestadores médicos con los que mantienen convenio vigente, no podrá extenderse por un período de reposo superior a 30 días. Ello, 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”, y se le haya prescrito reposo por más de 30 días, el subsidio por incapacidad temporal correspondiente, deberá pagársele con una periodicidad no superior a 30 días, aunque posteriormente se determine que su dolencia es de origen común.

## **3) 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. Tratándose de accidentes, copia de los informes y exámenes clínicos practicados, y
- b. Tratándose de enfermedades calificadas como de origen común, deberá cumplirse con lo instruido en la mencionada Circular N° 3.241.

## **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 o reposo médico en razón del origen - laboral o común- del accidente o de la enfermedad, la que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso. Consecuentemente, el trabajador afectado, el empleador o el organismo administrador, podrán recurrir a esta Superintendencia respecto del carácter del accidente o la enfermedad, 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 o reposo médico, 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, por el Instituto de Seguridad Laboral o por una Empresa con Administración Delegada, 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, sin ningún análisis de los mismos, 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 primer organismo interviniente.

Además, la reclamación deberá ser ingresada acompañando, a lo menos, 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 recibida, si procede.

Para estos efectos, los Organismos deberán considerar las instrucciones contenidas en las aludidas Circulares N°s. 3.221 y 3.241, ambas de 2016, de esta Superintendencia.

Este Organismo Fiscalizador 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 se requieran o desde la fecha en que se practiquen al paciente los exámenes que hubiere ordenado, si éstos son 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**

Procederá el cobro de las prestaciones otorgadas para la determinación del origen de una presunta enfermedad profesional o accidente del trabajo, y de las prestaciones médicas necesarias que se hubieren entregado hasta la fecha en que se haya procedido a la respectiva calificación.



Por ejemplo, tratándose de accidentes, los Organismos Administradores podrán incluir entre las prestaciones a reembolsar, aquéllas de carácter médico que haya sido necesario otorgar dentro del plazo de 5 días hábiles administrativos que poseen para calificar su origen, contado desde que disponen de todos los antecedentes para pronunciarse, como se indica en el Título 1) del Capítulo II de esta Circular.

En ningún caso podrá formularse el cobro del gasto en que dichos Organismos deban incurrir con cargo al Seguro de la Ley N° 16.744 por concepto de las siguientes prestaciones:

- 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. Actividades de prevención de riesgos profesionales.

## **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 o derivación.

## **3) Reembolso del o al trabajador**

Si las prestaciones se hubieren otorgado con cargo al régimen establecido para accidentes o enfermedades comunes y resultare que la afección es un accidente del trabajo o una enfermedad 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 el accidente o la enfermedad 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 que señala el numeral siguiente.

#### **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 a los Servicios de Salud o las ISAPRE, según corresponda, 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 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 plazo de 60 días corridos, contado desde el 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 por las entidades del sistema de salud común, en tanto no vengan acompañadas de los antecedentes mencionados en los numerales i. e ii. precedentes. Lo anterior, sin perjuicio de que la entidad informe a la institución requirente que no cursará el pago solicitado, por no haber remitido los antecedentes que sustentan el cobro realizado.

Respecto de los trabajadores afiliados a FONASA, los Organismos Administradores 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.

Por otra parte, los Organismos Administradores podrán solicitar a una C.C.A.F. el reembolso de los montos pagados en subsidios y cotizaciones a trabajadores afiliados a una de dichas Cajas y a FONASA, producto de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N° 16.744, como se indica en la Circular N° 2.358, de 2007, o aquella que la reemplace. Cuando esta Superintendencia acoja el reclamo interpuesto por un Organismo Administrador del Seguro de la Ley N° 16.744, en contra de la resolución de una COMPIN que rechazó una licencia médica basado en el origen laboral del accidente o de la enfermedad, esta última deberá autorizar dicha licencia y remitir copia de la nueva resolución a la C.C.A.F. correspondiente, para que reembolse al citado Organismo Administrador, el monto de los subsidios y cotizaciones que hubiere pagado.



## **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 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 efectuarlo conforme al valor que tenga la Unidad de Fomento al momento del pago efectivo; si así no lo hiciera, lo adeudado devengará, a partir del requerimiento, un interés diario equivalente al 10% anual.

## **V. SITUACIONES ESPECIALES**

### **1) 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 de derivación 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 situación de fuerza mayor que ha impedido la presentación oportuna de dicha licencia médica.

### **2) 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 deben ser respaldados con las correspondientes Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) o Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (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 que la atención médica será proporcionada de inmediato y sin que para ello sea menester ninguna formalidad o trámite previo. En este caso, el médico que trate o diagnostique la lesión o enfermedad, deberá proceder a realizar la denuncia. 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, bajo las condiciones que señala, a las Mutualidades de Empleadores para extender a privados la atención médica en sus establecimientos.





Asimismo, debe informarse a los pacientes que ingresan a los servicios asistenciales de una Mutualidad de Empleadores que si se determina 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 conocimiento, conforme a lo instruido en la Circular N° 3.144, de 2015, de esta Superintendencia, que regula la Entrega de Información, Comunicación y Difusión del Seguro contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, o la que la reemplace. En el evento que el trabajador se niegue a firmar dicho formulario, 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 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 reposo o licencia médica, según corresponda, y
- iii. Si considera que se trata de una patología común y el trabajador amerita reposo, deberá emitir una resolución de calificación que determine el origen común de su cuadro (RECA) y derivarlo al régimen de salud común con la correspondiente licencia médica de derivación, y el formulario “Derivación de Paciente”, del Anexo N° 2 de esta Circular.

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 conforme a lo instruido en la Circular N° 3.241, de 2016, de esta Superintendencia, que regula el proceso de calificación del origen de las enfermedades denunciadas como profesionales.

## **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. Ello ocurre, entre otros, en los siguientes casos:

- i. Cuando el trabajador no ha necesitado reposo;
- ii. Cuando se ha extendido una licencia médica meramente retroactiva, es decir, no existen días de reposo futuros a la fecha de su emisión, y
- iii. Cuando ha existido redictamen, esto es, cuando la licencia médica ha sido autorizada, reducida o rechazada por una causal distinta a la calificación del origen del accidente o la enfermedad y posteriormente, en virtud de un segundo dictamen, se rechaza por dicha calificación. En efecto, para que opere el procedimiento contemplado en el artículo 77 bis, la primera y única causal del rechazo debe ser el origen del accidente o enfermedad en que se sustenta la licencia médica u orden de reposo. Esta restricción opera únicamente



respecto de la entidad que hubiere autorizado, reducido o rechazado la licencia médica, por una causal distinta a la calificación del origen de la afección.

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

En las situaciones en que no se configuran los presupuestos del 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 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 su copago, y
- ii. En el evento que las prestaciones se hubiesen otorgado por un Organismo Administrador 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. El sistema de salud común, 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 los Organismos Administradores 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, numeradas correlativamente.

Los Organismos Administradores no deberán remitir cartas de cobranza sin acompañar los documentos enunciados en el numeral 5) del Capítulo IV de esta circular.

A su vez, dichos Organismos no estarán obligados a analizar las cartas de cobranza que recepcionen en tanto no contengan los antecedentes mencionados en los numerales i. e ii. del numeral 5) del Capítulo IV. Lo anterior, sin perjuicio de 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**


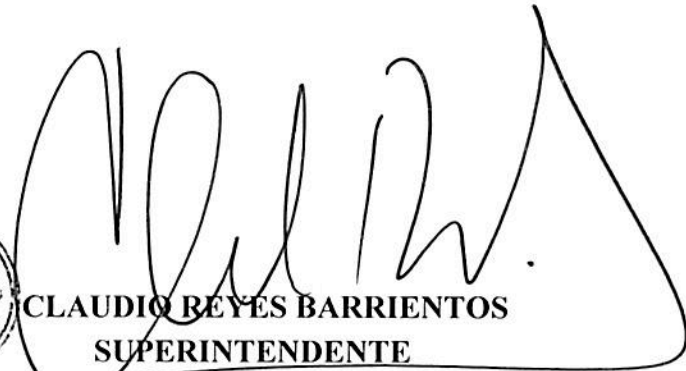
Se instruye a ese Organismo dar la mayor difusión de las presentes instrucciones, en especial entre los funcionarios encargados de su aplicación.

## **VIII. VIGENCIA**

Esta instrucción entrará en vigencia el 1° de noviembre de 2016, quedando derogada a partir de entonces la Circular N° 2.229, de 2005, de esta Superintendencia.

En el caso de prestaciones otorgadas con motivo de accidentes o enfermedades cuyo origen se califica como común, los Organismos Administradores contarán con un período de implementación de 2 años, a partir de la entrada en vigencia de esta circular, para dar cumplimiento a la obligación de entregar los exámenes de imagenología, establecida en el numeral 3 del Capítulo II de estas instrucciones. Lo anterior, sin perjuicio de que dichos exámenes puedan ser requeridos por los interesados y deban ser entregados de conformidad a la legislación vigente.

Saluda atentamente a Ud.,



**CLAUDIO REYES BARRIENTOS**  
**SUPERINTENDENTE**

807   
EDM/PCA/VNC/FRR  
**DISTRIBUCIÓN:**

- MUTUALIDADES DE EMPLEADORES
- INSTITUTO DE SEGURIDAD LABORAL
- EMPRESAS CON ADMINISTRACIÓN DELEGADA
- SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
- DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD
- SERVICIOS DE SALUD
- FONASA
- 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 atendiéndose 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

**ANEXO N° 2**

[LOGO INSTITUCIONAL]

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

**I. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

Nombre de Trabajador (a):

Cédula de Identidad:

Teléfono:

Domicilio:

Régimen de Salud Común:

Empresa:

RUT Entidad Empleadora:

Domicilio de la Entidad Empleadora:

**II. DERIVACIÓN DEL TRABAJADOR**

El cuadro clínico del trabajador no corresponde a una contingencia o patología cubierta por el Seguro Social de la Ley N°16.744.

En virtud de lo expuesto, se deriva al trabajador a su régimen común de salud (Marcar con una "X"):

ISAPRE

Licencia médica a la COMPIN y atención médica a su prestador de salud común (FONASA).

**III. ANTECEDENTES ENTREGADOS AL TRABAJADOR**

1) Licencia Médica N° \_\_\_\_\_ extendida por \_\_\_ días de reposo a contar del \_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_.

2) Exámenes practicados:

Detalle exámenes	Entregado al trabajador (Sí/No)

3) Otros antecedentes (señalarlos):

Firma del Trabajador

Fecha de Derivación