



**FONASA NIVEL CENTRAL
DPTO. DE FISCALIA
SUBDPTO. DE ASESORIA JURIDICO ADMINISTRATIVA**

RESOLUCIÓN EXENTA 4.2A N° 1530/2017

MAT.: APRUEBA ADENDA DEL CONVENIO ENTRE EL FONDO NACIONAL DE SALUD Y DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA ARMADA VALPARAÍSO (HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF)

SANTIAGO, 13/10/2017

VISTOS: ESTOS ANTECEDENTES: el convenio suscrito con fecha 26 de agosto de 2016 entre el Fondo Nacional de Salud y la Dirección de Sanidad de la Armada Valparaíso, aprobado por Resolución Exenta 4A/N°7391 de fecha 26/12/2016; la Adenda a dicho convenio, suscrito con fecha 7 de agosto de 2017;

CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1° de la ley N°20.850, el Fondo Nacional de Salud debe asegurar la protección financiera para el otorgamiento de los diagnósticos y tratamientos de alto costo cubiertos por dicha ley a todos los beneficiarios de los sistemas previsionales de salud de Chile, esto es, a los beneficiarios del Régimen Público de Prestaciones de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de las instituciones previsionales de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública;

SEGUNDO: Que el artículo 3° de la ley N°20.850 dispone que para contar con el sistema de protección financiera aludido, las prestaciones deben ser otorgadas en la Red de Prestadores que correspondan en conformidad a la misma ley. Sobre ello, el artículo 13 inciso 5° del cuerpo legal en cita señala que *"a través de decreto del Ministerio de Salud, se definirá la red de prestadores que otorgará las prestaciones sujetas al sistema de protección financiera de que trata esta ley"* agregando que *"para que los prestadores que formen parte de la red puedan otorgar tales prestaciones deberán suscribir, previamente, un convenio con el Fondo Nacional de Salud"*;

TERCERO: Que, en cumplimiento de lo señalado en los considerandos que anteceden, el Fondo Nacional de Salud y la Dirección de Sanidad de la Armada Valparaíso han suscrito, con fecha 26 de agosto de 2016, un convenio con el objeto de que el establecimiento de salud señalado otorgue las prestaciones de salud que en dicho documento se indican, bajo las condiciones que se estipulan;

CUARTO: Que, atendidas las modificaciones a las prestaciones originalmente aprobadas respecto del prestador, derivadas de la entrada en vigencia del decreto exento N° 275, de 4 de agosto de 2017, del Ministerio de Salud, fue necesario modificar el convenio celebrado entre las partes de manera de ajustarlo a las nuevas condiciones fijadas en el decreto en cita, lo que se llevó a cabo mediante la suscripción de una Adenda a dicho convenio, suscrito con fecha 7 de agosto de 2017;

QUINTO: Que, la Adenda aludida en el considerando que antecede debe ser aprobado mediante el correspondiente acto administrativo para su efectiva vigencia y ejecución; y

TENIENDO PRESENTE lo dispuesto en los preceptos citados en la parte considerativa; en la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la ley N°19.880, que establece Bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado; en los artículos 52, 53 letra a) y l), y 131 y siguientes del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469; en la ley N°20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos; en el decreto supremo N°46, de 17 de marzo de 2014, del Ministerio de Salud; en la resolución exenta 4A/N°35, de 2016, del Fondo Nacional de Salud; así como lo establecido en la resolución N°1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República; dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

UNO. **APRUEBASE** la Adenda suscrita con fecha 7 de agosto de 2017, al Convenio para el otorgamiento de las prestaciones que forman parte del Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850, celebrado entre el Fondo Nacional de Salud y la Dirección de Sanidad de la Armada Valparaíso, cuyo texto es el siguiente:

**ADENDA AL CONVENIO
FONDO NACIONAL DE SALUD
Y
DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA ARMADA VALPARAÍSO
(HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF)**

En Santiago de Chile, a 07 de agosto de 2017, entre el **FONDO NACIONAL DE SALUD**, servicio público, rol único tributario 61.603.000-0, representado por su Directora doña Jeanette Vega Morales, médico cirujano, cédula de identidad 8.943.368-1, ambos con domicilio en Monjitas 665, comuna y ciudad de Santiago, por una parte y por la otra, prestador, **DIRECCIÓN SANIDAD DE LA ARMADA, VALPARAÍSO**, rol único tributario N° 61.102.016-3, representado por don Julio Lagos Kretschmer, cédula nacional de identidad N° 8.376.289-6, ambos con domicilio en Avenida Alessandri S/N°, Viña del Mar, Región de Valparaíso, en adelante también "prestador", se acuerda celebrar el siguiente convenio para el otorgamiento de las prestaciones que forman parte del Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850, conocida como **Ley Ricarte Soto**, el cual se registrará por las siguientes estipulaciones:

PRIMERO

ANTECEDENTES

Mediante convenio suscrito entre las partes con fecha 26 de agosto de 2016, aprobado en Resolución Exenta 4A/ N°7391 de fecha 26/12/2016, y de acuerdo con lo dispuesto en la ley N°20.850 y en el decreto exento N°301, de 19 de agosto de 2016, del Ministerio de Salud, el prestador se obligó a otorgar a los beneficiarios del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, las prestaciones correspondientes individualizadas en la cláusula B/UNO de dicho convenio.

Con fecha 04 de agosto de 2017 se publicó en el Diario Oficial el decreto exento N°275, de 31 de julio de 201, del Ministerio de Salud, a través del cual se aprobaron los establecimientos que en dicho instrumento se indican para formar parte de la red de prestadores que otorgarán las prestaciones cubiertas por el sistema de protección financiera de la ley N°20.850, por haberse acreditado el cumplimiento a los estándares exigidos para estos efectos en la Norma Técnica N° 181, del Ministerio de Salud. Asimismo, el decreto indicado dejó sin efecto el decreto exento N°301, de 25 de agosto de 2016, del Ministerio de Salud.

SEGUNDO

OBJETO DE LA MODIFICACIÓN DEL CONVENIO

Atendidas las modificaciones a las prestaciones originalmente aprobadas respecto del prestador, derivadas de la entrada en vigencia del decreto exento N°275, de 04 de agosto de 2017, del Ministerio de Salud, es necesario modificar el convenio celebrado entre las partes de manera de ajustarlo a las nuevas condiciones fijadas en el decreto en cita.

TERCERO

MODIFICACIÓN DEL CONVENIO

Por el presente instrumento, las partes acuerdan modificar el convenio suscrito entre las partes con fecha 26 de agosto de 2016, en el sentido de reemplazar el texto íntegro de la Parte B "Estipulaciones Especiales" por el siguiente:

PARTE B
ESTIPULACIONES ESPECIALES

B/UNO

OBJETO ESPECÍFICO DEL CONVENIO.

El prestador se obliga a otorgar a los beneficiarios del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, las prestaciones correspondientes a las siguientes etapas:

PATOLOGÍA	Confirmación Diagnóstica	Tratamiento	Seguimiento
Artritis Reumatoide Refractaria a tratamiento habitual	Aprobado	Aprobado	Aprobado
Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente Refractaria a tratamiento habitual	Aprobado	Aprobado	Aprobado
Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I	Aprobado	Aprobado	Aprobado
Cáncer de Mamas Gen Her2+	Aprobado	Aprobado	Aprobado
Prematuro con y sin Displasia Broncopulmonar	Aprobado	Aprobado	Aprobado
Enfermedad de Crohn grave refractaria a tratamiento habitual	Aprobado	Aprobado	Aprobado

1. La etapa de Confirmación Diagnóstica, que está asociada a la realización del examen Gold Estándar indispensable, se ha definido para confirmar la patología o realizar la confirmación de los criterios definidos en el protocolo para el uso de dispositivos médicos.

Patología	Nombre Examen Garantizados
Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I	Examen de Cateterismo Cardiaco

En esta etapa el Prestador se encuentra facultado para realizar el examen Gold Estándar garantizado, para lo cual el paciente deberá estar ingresado en el Sistema Informático dispuesto por Fonasa para estos efectos. La etapa de Confirmación Diagnóstica, asociada a la determinación clínica de la necesidad de tratamiento de segunda línea, o indicación uso de dispositivo o alimentos, conforme al protocolo de cada patología, debe ser validada por el Comité de Expertos Clínicos determinado por el Ministerio de Salud.

2. La etapa de tratamiento, corresponde a la entrega y administración del medicamento cubierto por el Fondo, de las solicitudes del medicamento confirmadas por el Comité de Expertos Clínicos aprobado por el Ministerio de Salud.

3. Las etapas de seguimiento, se realizarán de acuerdo a lo establecido en los protocolos definidos por el Ministerio de Salud.

B/DOS

GARANTÍA DE OPORTUNIDAD.

El prestador deberá cumplir con los siguientes plazos para otorgar las garantías de oportunidad:

Garantía de Confirmación Diagnóstica:

Patología	Garantías de Oportunidad	
	Examen de Confirmación	Garantía Confirmación diagnóstica indispensable
Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I	Cateterismo cardíaco	40 días hábiles desde la recepción del formulario electrónico de sospecha fundada por parte del establecimiento confirmador

Garantía de Tratamiento:

Patología	Garantías de Oportunidad	
	Medicamento de Alto Costo	Garantía Inicio de tratamiento
Esclerosis Múltiple Recurrente remitente refractaria a tratamiento habitual	Fingolimod o Natalizumab	En un plazo no mayor a 60 días desde la confirmación de su indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos.
Artritis Reumatoide refractaria a tratamiento habitual	Abatacept o Etanercept o Adalimumab o Rituximab	En un plazo no mayor a 60 días desde la confirmación de su indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos.
Prematuro con/sin BDP	Palivizumab	Al menos 72 hrs. antes del alta o en forma ambulatoria, si se encuentra en su domicilio cuando empiece al período de máxima circulación viral. Desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos.
Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I	Iloprost Inhalatorio y/o Ambrisentan o Bosentan	15 días desde la confirmación diagnóstica con Ambrisentan o Bosentan en adultos y sólo Bosentan en niños por parte del Comité de Expertos Clínicos. No más de 72 hrs. en caso de estar hospitalizado en UCI.
Cáncer de Mama Gen Her 2 +	Trastuzumab	En un plazo no mayor a 20 días desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos.
Enfermedad de Crohn Grave Refractaria a tratamiento habitual	Infliximab o Adalimumab	7 días desde la indicación en pacientes con Enf. Crohn Grave hospitalizados y tendrá derecho a continuación en un plazo no mayor a 10 días desde la validación de su indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos. 30 días desde la indicación de aprobación por parte del Comité de Expertos Clínicos en pacientes con Enf. Crohn grave No hospitalizado y pacientes con Fístulas Perianales complejas.

En caso que prestador no se encuentre en condiciones de otorgar las prestaciones para las cuales fue aprobado, deberá informar tal situación oportunamente según los plazos definidos en la tabla adjunta, con el objeto de que el Fondo Nacional de Salud coordine la designación de un nuevo prestador. Cada plazo comenzará a correr desde el momento en que se inicia la garantía de oportunidad.

Confirmación Diagnóstica

Patología	Examen de Confirmación	Plazo máximo desde el inicio de la garantía para informar FONASA
Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I	Cateterismo Cardíaco	20 días

Tratamiento

Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente refractaria a tratamiento habitual	Fingolimod	30 días
	Natalizumab	30 días
	Abatacept	30 días
Artritis Reumatoidea refractaria tratamiento habitual	Etanercept	30 días
	Adalimumab	30 días
	Rituximab	30 días
Prematuro con/sin BDP	Palivizumab	24 hrs
Cáncer de Mamas Gen Her2+	Trastuzumab	10 días
Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I	Iloprost	7 día/ 24 hrs*
	Bosentan	7 día/ 24 hrs*
	Ambrisentan	7 día/24 hrs*
Enfermedad de Crohn Grave refractaria a tratamiento habitual	Adalimumab	15 días/3 días **
	Infliximab	16 días/3 días **

* En caso de estar hospitalizado en UCI

** En caso de estar hospitalizado

En el caso de la administración o entrega de medicamentos, alimentos o dispositivos de uso médico, dicho plazo comienza a hacerse efectivo desde la fecha de validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos aprobados por el Ministerio de Salud.

B/TRES

MEDICAMENTOS

El prestador se obliga a recepcionar los medicamentos que CENABAST despache con ocasión del presente convenio, no pudiendo rechazarlo por concepto de marca, haciéndose responsable si existe una merma por pérdida o detrimento de los mismos, debiendo reponerlos bajo su costo.

B/CUATRO

PRECIO DE LAS PRESTACIONES.

El Prestador recibirá como contraprestación por las atenciones otorgadas los valores que a continuación se indican:

Precio examen Gold Standard

Patología	Nombre Examen Garantizado	Precio Referencial
		(\$)
Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I	Examen de Cateterismo Cardiaco	252.490

Para que el examen Gold Estándar esté afecto a cobertura del Fondo, debe ser realizado en fecha igual o superior a la fecha en la cual el médico especialista ingresó la solicitud en el Sistema Informático dispuesto por Fonasa, cuyo informe de resultado debe estar disponible en el Sistema antes señalado.

B/CINCO

PAGO DE LAS PRESTACIONES.

El pago de las prestaciones otorgadas se realizará previo visado de la(s) pre–factura(s) por parte del Departamento de Comercialización del Fondo Nacional de Salud. Las cuentas o pre–facturas, se deberán gestionar mediante el sistema que disponga el Fondo Nacional de Salud para el proceso de validación y autorización de pago.

El prestador facturará al FONASA las prestaciones previamente visadas y aprobadas por éste.

Los períodos de facturación serán mensuales y el pago se efectuará dentro de los treinta días siguientes a la recepción de la correspondiente factura. Sin perjuicio del visado de la cuenta o pre–factura, el Fondo Nacional de Salud podrá siempre reclamar en contra del contenido de la factura dentro del plazo de treinta días corridos contado desde su presentación, de acuerdo con el procedimiento establecido en la Ley 19.983 y sus normas complementarias.

CLÁUSULA FINAL PERSONERÍAS

16/10/2017

La personería de la Dra. JEANETTE VEGA MORALES para representar al FONDO NACIONAL DE SALUD, consta en el Decreto Supremo N° 46, de fecha 17 de marzo del año 2014, del Ministerio de Salud; y la personería de don JULIO LAGOS KRETSCHMER para actuar en representación de la **DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA ARMADA DE VALPARAISO**, consta en Decreto N°702 de fecha 11 de diciembre de 2015, del Ministerio de Defensa Nacional.

ANÓTESE, REGÍSTRESE y ARCHÍVESE.

**DRA JEANETTE VEGA MORALES
DIRECTOR(A) NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD**

JVM / JFD / LBR / mpdm

DISTRIBUCIÓN:

HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF
MARIA CONSUELO CELEDON GONZALEZ
SECCION OFICINA DE PARTES
SUBDPTO. GEST. COMERCIAL

Firmado Electrónicamente en Conformidad con el Artículo 2 y 3 de la Ley 19.799. Validar número de documento en www.fonasa.cl



**ADENDA AL CONVENIO
FONDO NACIONAL DE SALUD
Y
DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA ARMADA VALPARAÍSO
(HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF)**

En Santiago de Chile, a 07 de agosto de 2017, entre el **FONDO NACIONAL DE SALUD**, servicio público, rol único tributario 61.603.000-0, representado por su Directora doña Jeanette Vega Morales, médico cirujano, cédula de identidad 8.943.368-1, ambos con domicilio en Monjitas 665, comuna y ciudad de Santiago, por una parte y por la otra, prestador, **DIRECCIÓN SANIDAD DE LA ARMADA, VALPARAÍSO**, rol único tributario N° 61.102.016-3, representado por don Julio Lagos Kretschmer, cédula nacional de identidad N° 8.376.289-6, ambos con domicilio en Avenida Alessandri S/N°, Viña del Mar, Región de Valparaíso, en adelante también “prestador”, se acuerda celebrar el siguiente convenio para el otorgamiento de las prestaciones que forman parte del Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850, conocida como Ley Ricarte Soto, el cual se registrará por las siguientes estipulaciones:

PRIMERO
ANTECEDENTES

Mediante convenio suscrito entre las partes con fecha 26 de agosto de 2016, aprobado en Resolución Exenta 4A/ N°7391 de fecha 26/12/2016, y de acuerdo con lo dispuesto en la ley N°20.850 y en el decreto exento N°301, de 19 de agosto de 2016, del Ministerio de Salud, el prestador se obligó a otorgar a los beneficiarios del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, las prestaciones correspondientes individualizadas en la cláusula B/UNO de dicho convenio.

Con fecha 04 de agosto de 2017 se publicó en el Diario Oficial el decreto exento N°275, de 31 de julio de 2017, del Ministerio de Salud, a través del cual se aprobaron los establecimientos que en dicho instrumento se indican para formar parte de la red de prestadores que otorgarán las prestaciones cubiertas por el sistema de protección financiera de la ley N°20.850, por haberse acreditado el cumplimiento a los estándares exigidos para estos efectos en la Norma Técnica N° 181, del Ministerio de Salud. Asimismo, el decreto indicado dejó sin efecto el decreto exento N°301, de 25 de agosto de 2016, del Ministerio de Salud.

SEGUNDO

OBJETO DE LA MODIFICACIÓN DEL CONVENIO

Atendidas las modificaciones a las prestaciones originalmente aprobadas respecto del prestador, derivadas de la entrada en vigencia del decreto exento N°275, de 04 de agosto de 2017, del Ministerio de Salud, es necesario modificar el convenio celebrado entre las partes de manera de ajustarlo a las nuevas condiciones fijadas en el decreto en cita.

TERCERO

MODIFICACIÓN DEL CONVENIO

Por el presente instrumento, las partes acuerdan modificar el convenio suscrito entre las partes con fecha 26 de agosto de 2016, en el sentido de reemplazar el texto íntegro de la Parte B "Estipulaciones Especiales" por el siguiente:

PARTE B ESTIPULACIONES ESPECIALES

B/UNO

OBJETO ESPECÍFICO DEL CONVENIO.

El prestador se obliga a otorgar a los beneficiarios del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, las prestaciones correspondientes a las siguientes etapas:

PATOLOGÍA	Confirmación Diagnóstica	Tratamiento	Seguimiento
Artritis Reumatoide Refractaria a tratamiento habitual	Aprobado	Aprobado	Aprobado
Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente Refractaria a tratamiento habitual	Aprobado	Aprobado	Aprobado
Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I	Aprobado	Aprobado	Aprobado
Cáncer de Mamas Gen Her2+	Aprobado	Aprobado	Aprobado
Prematuro con y sin Displasia Broncopulmonar	Aprobado	Aprobado	Aprobado
Enfermedad de Crohn grave refractaria a tratamiento habitual	Aprobado	Aprobado	Aprobado

1. La etapa de Confirmación Diagnóstica, que está asociada a la realización del examen Gold Estándar indispensable, se ha definido para confirmar la patología o realizar la confirmación de los criterios definidos en el protocolo para el uso de dispositivos médicos.

Patología	Nombre Examen Garantizados
Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I	Examen de Cateterismo Cardíaco

En esta etapa el Prestador se encuentra facultado para realizar el examen Gold Estándar garantizado, para lo cual el paciente deberá estar ingresado en el Sistema Informático dispuesto por Fonasa para estos efectos. La etapa de Confirmación Diagnóstica, asociada a la determinación clínica de la necesidad de tratamiento de segunda línea, o indicación uso de

dispositivo o alimentos, conforme al protocolo de cada patología, debe ser validada por el Comité de Expertos Clínicos determinado por el Ministerio de Salud.

2. La etapa de tratamiento, corresponde a la entrega y administración del medicamento cubierto por el Fondo, de las solicitudes del medicamento confirmadas por el Comité de Expertos Clínicos aprobado por el Ministerio de Salud.
3. Las etapas de seguimiento, se realizarán de acuerdo a lo establecido en los protocolos definidos por el Ministerio de Salud.

B/DOS

GARANTÍA DE OPORTUNIDAD.

El prestador deberá cumplir con los siguientes plazos para otorgar las garantías de oportunidad:

Garantía de Confirmación Diagnóstica:

Patología	Garantías de Oportunidad	
	Examen de Confirmación	Garantía Confirmación diagnóstica indispensable
Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I	Cateterismo cardíaco	40 días hábiles desde la recepción del formulario electrónico de sospecha fundada por parte del establecimiento confirmador

Garantía de Tratamiento:

Patología	Garantías de Oportunidad	
	Medicamento de Alto Costo	Garantía Inicio de tratamiento
Esclerosis Múltiple Recurrente remitente refractaria a tratamiento habitual	Fingolimod o Natalizumab	En un plazo no mayor a 60 días desde la confirmación de su indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos.
Artritis Reumatoide refractaria a tratamiento habitual	Abatacept o Etanercept o Adalimumab o Rituximab	En un plazo no mayor a 60 días desde la confirmación de su indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos.
Prematuro con/sin BDP	Palivizumab	Al menos 72 hrs. antes del alta o en forma ambulatoria, si se encuentra en su domicilio cuando empiece al período de máxima circulación viral. Desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos.
Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I	Iloprost Inhalatorio y/o Ambrisentan o Bosentan	15 días desde la confirmación diagnóstica con Ambrisentan o Bosentan en adultos y sólo Bosentan en niños por parte del Comité de Expertos Clínicos. No más de 72 hrs. en caso de estar hospitalizado en UCI.
Cáncer de Mama Gen Her 2 +	Trastuzumab	En un plazo no mayor a 20 días desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos.
Enfermedad de Crohn Grave Refractaria a tratamiento habitual	Infliximab o Adalimumab	7 días desde la indicación en pacientes con Enf. Crohn Grave hospitalizados y tendrá derecho a continuación en un plazo no mayor a 10 días desde la validación de su indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos. 30 días desde la indicación de aprobación por parte del Comité de Expertos Clínicos en pacientes con Enf. Crohn grave No hospitalizado y pacientes con Fístulas Perianales complejas.

En caso que prestador no se encuentre en condiciones de otorgar las prestaciones para las cuales fue aprobado, deberá informar tal situación oportunamente según los plazos definidos en la tabla adjunta, con el objeto de que el Fondo Nacional de Salud coordine la designación de un nuevo prestador. Cada plazo comenzará a correr desde el momento en que se inicia la garantía de oportunidad.

Confirmación Diagnóstica

Patología	Examen de Confirmación	Plazo máximo desde el inicio de la garantía para informar FONASA
Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I	Cateterismo Cardíaco	20 días

Tratamiento

Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente refractaria a tratamiento habitual	Fingolimod	30 días
	Natalizumab	30 días
Artritis Reumatoidea refractaria tratamiento habitual	Abatacept	30 días
	Etanercept	30 días
	Adalimumab	30 días
	Rituximab	30 días
Prematuro con/sin BDP	Palivizumab	24 hrs
Cáncer de Mamas Gen Her2+	Trastuzumab	10 días
Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I	Iloprost	7 día/ 24 hrs*
	Bosentan	7 día/ 24 hrs*
	Ambrisentan	7 día/24 hrs*
Enfermedad de Crohn Grave refractaria a tratamiento habitual	Adalimumab	15 días/3 días **
	Infliximab	16 días/3 días **

* En caso de estar hospitalizado en UCI

** En caso de estar hospitalizado

En el caso de la administración o entrega de medicamentos, alimentos o dispositivos de uso médico, dicho plazo comienza a hacerse efectivo desde la fecha de validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos aprobados por el Ministerio de Salud.

B/TRES

MEDICAMENTOS

El prestador se obliga a recepcionar los medicamentos que CENABAST despache con ocasión del presente convenio, no pudiendo rechazarlo por concepto de marca, haciéndose responsable si existe una merma por pérdida o detrimento de los mismos, debiendo reponerlos bajo su costo.

B/CUATRO

PRECIO DE LAS PRESTACIONES.

El Prestador recibirá como contraprestación por las atenciones otorgadas los valores que a continuación se indican:

Precio examen Gold Standard

Patología	Nombre Examen Garantizado	Precio Referencial (\$)
Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I	Examen de Cateterismo Cardiaco	252.490

Para que el examen Gold Estándar esté afecto a cobertura del Fondo, debe ser realizado en fecha igual o superior a la fecha en la cual el médico especialista ingresó la solicitud en el Sistema Informático dispuesto por Fonasa, cuyo informe de resultado debe estar disponible en el Sistema antes señalado.

B/CINCO

PAGO DE LAS PRESTACIONES.

El pago de las prestaciones otorgadas se realizará previo visado de la(s) pre-factura(s) por parte del Departamento de Comercialización del Fondo Nacional de Salud. Las cuentas o pre-facturas, se deberán gestionar mediante el sistema que disponga el Fondo Nacional de Salud para el proceso de validación y autorización de pago.

El prestador facturará al FONASA las prestaciones previamente visadas y aprobadas por éste.

Los períodos de facturación serán mensuales y el pago se efectuará dentro de los treinta días siguientes a la recepción de la correspondiente factura. Sin perjuicio del visado de la cuenta o pre-factura, el Fondo Nacional de Salud podrá siempre reclamar en contra del contenido de la factura dentro del plazo de treinta días corridos contado desde su presentación, de acuerdo con el procedimiento establecido en la Ley 19.983 y sus normas complementarias.

CLÁUSULA FINAL PERSONERÍAS

La personería de la Dra. JEANETTE VEGA MORALES para representar al FONDO NACIONAL DE SALUD, consta en el Decreto Supremo N° 46, de fecha 17 de marzo del año 2014, del Ministerio de Salud; y la personería de don JULIO LAGOS KRETSCHMER para actuar en representación de la DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA ARMADA DE VALPARAISO, consta en Decreto N°702 de fecha 11 de diciembre de 2015, del Ministerio de Defensa Nacional.




DRA. JEANETTE VEGA MORALES
DIRECTORA NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD


JULIO LAGOS KRETSCHMER
DIRECTOR
DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA ARMADA DE
VALPARAÍSO

