



**FONASA NIVEL CENTRAL
DIVISIÓN FISCALÍA
DPTO. DE MARCO REGULATORIO**

RESOLUCIÓN EXENTA 2G N° 1248 / 2023

MAT.: APRUEBA CONVENIO ENTRE EL FONDO NACIONAL DE SALUD Y SOCIEDAD DE LABORATORIOS DEL DESARROLLO S.A.

SANTIAGO , 27/02/2023

VISTOS:

Lo dispuesto en la Ley N°20.850, que aprueba un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos; el Decreto Supremo N°54, de 2015, del Ministerio de Salud, que aprobó el reglamento que establece el procedimiento de aprobación de prestadores para formar parte de la red que otorga las prestaciones cubiertas por el sistema de protección financiera establecido en el citado cuerpo legal; Decreto N° 63 de fecha 12 de octubre de 2022, que modifica decreto N° 93 exento de 2021, de fecha 31 de diciembre 2021, ambos del Ministerio de Salud, que aprueba al prestador **SOCIEDAD DE LABORATORIOS DEL DESARROLLO S.A.**, a otorgar las prestaciones de la referida Ley; Lo previsto 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; La personería de don Juan Fuentes Díaz para representar al FONASA consta del decreto exento N°16, de 10 de febrero de 2023, del Ministerio de Salud, en relación con la resolución exenta RA 139/134/2023, del Fondo Nacional de Salud que lo nombra en el cargo de División Fiscalía; la Resolución Exenta 4A/N°28/2019 del Fondo Nacional de Salud y sus respectivas modificaciones; Resolución Exenta 3G/N° 14968 que "Designa Administrador de Convenios de la Ley N° 20.850, a funcionario que indica", de fecha 20 de diciembre de 2022; y lo señalado en las Resoluciones N°7 y N°8 de 2019, y N°16 de 2020, todas de la Contraloría General de la República; y

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 SOCIEDAD DE LABORATORIOS DEL DESARROLLO S.A.**

han suscrito, con fecha 20 de octubre de 2022, 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, el convenio aludido en el considerando que antecede debe ser aprobado mediante el correspondiente acto administrativo para su efectiva vigencia y ejecución.

QUINTO: Que, por razones de buen servicio y en uso de mis facultades legales, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1° APRUÉBASE el convenio suscrito con fecha 20 de octubre de 2022 entre el Fondo Nacional de Salud y la **SOCIEDAD DE LABORATORIOS DEL DESARROLLO S.A.**, cuyo texto es del siguiente tenor literal:

En Santiago de Chile, a 20 de octubre de 2022, entre el **FONDO NACIONAL DE SALUD**, servicio público, rol único tributario 61.603.000-0, representado por su representante por su Director Nacional, don **CAMILO ALEJANDRO CID PEDRAZA**, cédula de identidad N°8.804.969-1, ambos con domicilio en Monjitas 665, comuna y ciudad de Santiago, por una parte y por la otra, prestador **SOCIEDAD DE LABORATORIOS DEL DESARROLLO S.A.**, sociedad del giro de su denominación, rol único tributario N° 76.044.889-3, representada por don **DANIEL CRISTOBAL CONTESSE STRAUSS**, ingeniero civil industrial, cédula nacional de identidad 13.307.646-8, ambos con domicilio en, Isidora Goyenechea

N°3120, piso 8, comuna de Las Condes, de la ciudad de Santiago, 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:

PARTE A

ESTIPULACIONES GENERALES

A/UNO ANTECEDENTES

De acuerdo con el artículo 1° de la Ley 20.850, constituye obligación del Fondo Nacional de Salud asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la protección financiera establecida en el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo que regula dicha Ley. Tales prestaciones deben ser otorgadas en la Red de Prestadores que corresponda, la cual será definida a través de decreto del Ministerio de Salud. Para que los prestadores, que forman parte de esta Red, puedan otorgar tales prestaciones deberán suscribir, previamente, un convenio con el Fondo Nacional de Salud.

El prestador ha sido aprobado por el Ministerio de Salud para formar parte de la Red de Prestadores que corresponde, según consta del Decreto N° 63 de fecha 12 de octubre de 2022, que modifica decreto N° 93 exento de 2021, de fecha 31 de diciembre 2021, ambos del Ministerio de Salud, por lo que se encuentra habilitado para otorgar las prestaciones a que se refiere la cláusula siguiente, motivo por el cual las partes celebran el presente convenio.

Para todos los efectos legales, el prestador se entenderá adscrito al Sistema Nacional de Servicios de Salud en todo lo relacionado con el otorgamiento de prestaciones contempladas en este convenio.

A/DOS

OBJETO DEL CONVENIO

El prestador se obliga a otorgar a los beneficiarios del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos de Alto Costo, las prestaciones correspondientes individualizadas en la cláusula B/UNO del presente convenio.

Respecto de cualquier otra atención que el paciente requiera y que se encuentre fuera de las prestaciones convenidas, vale decir, sin la cobertura financiera de la Ley 20.850, el prestador deberá informar al paciente:

1. Que tales prestaciones no se encuentran cubiertas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo;
2. Que la cobertura financiera de tales prestaciones se registrará por las normas que correspondan de acuerdo con su sistema previsional de salud; y
3. Que el paciente tiene el derecho a decidir si dichas prestaciones le sean otorgadas por el prestador o ser derivado al prestador de la red asistencial que corresponda de acuerdo con su sistema previsional o de salud. En el caso de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud que se encuentren en un prestador privado, los pacientes deberán ser derivados al establecimiento público de la Red Pública de atención que le corresponda, para recibir las demás atenciones que necesita bajo la Modalidad de Atención Institucional, según su plan de salud.

Lo anterior, sin perjuicio de la aplicación de las disposiciones legales, reglamentarias y de las estipulaciones del presente convenio que regulan el acceso y cobertura a prestaciones de salud respecto de condiciones de salud que impliquen urgencia vital o secuela funcional grave en los términos señalados en el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud.

El prestador deberá otorgar las prestaciones indicadas anteriormente, de conformidad con las normas establecidas en el decreto supremo que las determina como cubiertas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos de Alto Costo, así como por los protocolos dictados al efecto por el Ministerio de Salud. Dichos instrumentos se entienden formar parte del presente convenio para todos los efectos legales.

No obstante, lo señalado en el párrafo que antecede, el cumplimiento de dichos protocolos no eximirá al prestador de las demás responsabilidades que le correspondieren, derivadas de una mala práctica médica.

El prestador está obligado a dar estricto cumplimiento a la garantía de oportunidad establecida para las prestaciones que se obliga a otorgar a los beneficiarios del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos de Alto Costo. En consecuencia, deberá otorgar dichas prestaciones dentro de los plazos establecidos en el decreto supremo que las determina como cubiertas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

En caso de 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 cláusula B/DOS del presente convenio, con el objeto de que el Fondo Nacional de Salud coordine la designación de un nuevo prestador.

El Fondo Nacional de Salud informará el nuevo prestador asignado y la fecha de atención para que el prestador derive al beneficiario con todos los antecedentes al nuevo prestador.

Los productos sanitarios incluidos en los tratamientos de alto costo que otorgará el establecimiento conforme a esta cláusula serán distribuidos por la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud directamente o por medio de terceros debidamente

mandatados por dicha Central o por el Fondo Nacional de Salud para tales efectos.

Dichos productos sanitarios serán aquellos individualizados en el presente convenio, y no podrán ser sustituidos por el prestador, quien deberá administrarlos o entregarlos a los pacientes de conformidad con las normas establecidas en el decreto supremo que las determina como cubiertas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, así como por los protocolos dictados al efecto por el Ministerio de Salud.

El prestador deberá cumplir con las condiciones de almacenaje de los productos sanitarios que está obligado a administrar o entregar a los pacientes, de acuerdo con las indicaciones que señale el registro sanitario otorgado por el Instituto de Salud Pública de Chile, en el caso de los medicamentos, o en las demás autorizaciones sanitarias que correspondan en el caso de los elementos de uso médico o los alimentos.

A/TRES

ESTIPULACIONES ESPECIALES RESPECTO DE SITUACIONES DE URGENCIA VITAL O SECUELA FUNCIONAL GRAVE.

En el evento que un beneficiario de un tratamiento de alto costo cubierto por la Ley 20.850 presente una condición de salud que implique urgencia vital o secuela funcional grave en los términos señalados en el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, el otorgamiento del tratamiento por el prestador se realizará en la forma que se indica a continuación, según corresponda:

1. Si el paciente que requiere la atención de urgencia o emergencia está recibiendo el tratamiento de alto costo de el prestador la administración o entrega del producto sanitario que corresponda se realizará con cargo a las existencias disponibles en dicho establecimiento para el mismo paciente, de la misma forma en que debiera realizarse si no existiera la condición de urgencia vital o secuela funcional grave.
2. Si el paciente que requiere la atención de urgencia o emergencia está recibiendo el tratamiento de alto costo de otro prestador, la administración o entrega del producto sanitario, se realizará con cargo a las existencias disponibles en el prestador para otros beneficiarios de la Ley 20.850, de la misma forma en que debiera realizarse si no existiera la condición de urgencia vital o secuela funcional grave. En este caso, la Central Nacional de Abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud realizará la reposición del producto sanitario al prestador previo requerimiento de éste.
3. En el evento de que el prestador no tuviere existencias disponibles del producto sanitario de que se trate para otros beneficiarios de la Ley 20.850 y otorgare el tratamiento con existencias propias o adquiridas para tales efectos, el Fondo Nacional de Salud reembolsará el costo de los productos sanitarios en la forma y por el valor indicado en el reglamento a que se refiere el artículo 3° inciso décimo de la Ley 20.850 (reglamento de mecanismos de reembolso a prestadores).

CUARTO

OBLIGACION DE INFORMAR

El prestador deberá informar a los beneficiarios de la Ley 20.850, al menos, respecto de las siguientes materias:

1. De las prestaciones garantizadas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.
2. Lo concerniente a las garantías de oportunidad y los plazos en los cuales se debe otorgar la prestación a su cargo.
3. Lo relativo a la garantía de calidad, que dice relación con los requisitos que el establecimiento presentó para ser aprobado como prestador de la Ley 20.850.
4. Como opera la garantía de protección financiera, en función de la no existencia de copagos, es decir la gratuidad de los exámenes de confirmación diagnóstica y de los productos sanitarios indicados en el Decreto Supremo N°2, del 18 de enero 2019, del Ministerio de Salud. Del mismo modo, deberá informar expresamente y en detalle cuales prestaciones de las que se otorguen al paciente no están cubiertas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, y por tanto que la cobertura financiera de tales prestaciones se regirá por las normas que correspondan de acuerdo con el sistema previsional de salud del paciente.
5. Del diagnóstico de alto costo y/o tratamiento de alto costo asociado a una enfermedad o condición de salud, momento en que deberá realizarse la notificación de la confirmación diagnóstica, de acuerdo con el formulario respectivo.
6. La obligación del paciente de atenderse en la Red de Prestadores que corresponda para tener derecho a las prestaciones cubiertas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, con excepción de aquellas que se otorguen tratándose de una condición de salud que implique urgencia vital o secuela funcional grave que requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento que no pertenezca a dicha Red, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado a alguno de los prestadores de la Red respectiva.
7. De las fechas de los diferentes hitos de su proceso de atención, esto es, ingreso como beneficiario, fechas de controles, administración o entregas de tratamiento, así como toda aquella información que sea relevante para su proceso de atención, en lo que corresponda.

8. De la Red de Prestadores aprobada para las diferentes etapas de su atención, así como también de los laboratorios para la toma de muestra, si corresponde.

En el cumplimiento de esta obligación de informar, el prestador deberá dar cumplimiento a lo instruido por la Circular IF/N°254, de 6 de enero de 2016, de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, en todo lo que corresponda, en particular respecto del uso obligatorio del "Formulario de Constancia Información al Paciente Ley Ricarte Soto".

A/CINCO

DE LA ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO

Para una mejor ejecución del convenio y con el objeto de asegurar el adecuado cumplimiento de las condiciones contractuales, el Fondo Nacional de Salud designará, mediante oficio ordinario, un Administrador del Convenio.

En el desempeño de su cometido el Administrador del Convenio deberá, a lo menos, realizar las siguientes funciones:

1. Coordinar y ser el interlocutor entre el Fondo Nacional de Salud y prestador
2. Monitorear, gestionar y controlar el cumplimiento de los términos del convenio para el otorgamiento de las prestaciones.
3. Supervisar la adecuada aplicación del mecanismo de facturación y pago de las prestaciones convenidas.
4. Denunciar a la Superintendencia de Salud el incumplimiento de prestador a su obligación de informar establecida en el inciso segundo del artículo 13 de la Ley 20.850, así como cualquier otro incumplimiento del prestador que diga relación con las coberturas y beneficios que otorga esta Ley.
5. Favorecer las coordinaciones necesarias en caso de asignar un segundo prestador.

Para la realización de las tareas antes mencionadas el prestador deberá proporcionar al Administrador del Convenio toda la información que éste le requiera, estando expresamente facultado para efectuar visitas de inspección, revisar fichas clínicas y recabar todo otro antecedente que se estime pertinente, debiendo dársele todas las facilidades del caso.

Del mismo modo, el prestador designará al momento de la suscripción del presente Convenio un Administrador del Convenio que tendrá la función de coordinar el cumplimiento de este en representación del prestador. Este Administrador estará facultado expresamente para ser notificado válidamente, en representación del prestador de todos los requerimientos que sean necesarios para la debida ejecución del Convenio. Para tales efectos, junto con la designación se indicará una casilla de correo electrónico a través del cual se efectuarán dichas notificaciones, sin perjuicio de la facultad del Fondo Nacional de Salud de efectuar dichas notificaciones personalmente o mediante oficio enviado por carta certificada.

Toda modificación en la designación de los Administradores del Convenio deberá ser notificada formalmente a la contraparte mediante oficio, carta o correo electrónico dirigido al Administrador del Convenio.

A/SEIS

OBLIGACIONES RELATIVAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN

El prestador deberá registrar y actualizar en el Sistema de Información establecido por el Fondo Nacional de Salud, los datos e informaciones que permitan el seguimiento, monitoreo y control del otorgamiento de las prestaciones contempladas en el Sistema de Protección Financiera, así como del gasto ejecutado para cada una de ellas, conforme al reglamento dictado de acuerdo con el artículo 27 de la Ley 20.850. En el caso que el prestador cuente con su propio sistema de información, podrá dar cumplimiento a esta obligación mediante mecanismos que permitan la interoperabilidad entre ambos sistemas.

La información mínima para registrar por cada beneficiario de la Ley 20.850, será aquella exigida en los formularios electrónicos diseñados para cada etapa del proceso asistencial, como también de los datos necesarios para cumplir con las distintas trazabilidades.

En especial, el prestador está obligado a ingresar y registrar en la misma fecha que ocurran:

1. Las prestaciones garantizadas para dar cuenta de la trazabilidad del proceso asistencial.
2. La recepción y egreso de los medicamentos para asegurar la trazabilidad del medicamento.
3. La guía de despacho y factura correspondientes para asegurar la trazabilidad del Fondo.

El Fondo Nacional de Salud informará al prestador la forma y condiciones en las cuales éste registrará las prestaciones otorgadas a los beneficiarios del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, de acuerdo con las disposiciones de la Ley 20.850 y en los reglamentos a que se refieren los artículos 3° inciso décimo, 13 inciso segundo, 27 inciso primero, y la circulares que dicte la Superintendencia de Salud que define e instruye formulario de notificación.

Con el procedimiento de registro de datos, el prestador deberá resguardar la confidencialidad de los datos personales de los beneficiarios, de conformidad con las disposiciones de la Ley 19.628, de la Ley 20.584 y de cualquier otra norma legal o reglamentaria o estipulación contractual que regule la privacidad de tales datos.

Cualquier modificación respecto del procedimiento de registro será informada oportunamente por el Fondo Nacional de Salud al Administrador del Convenio designado por el prestador, mediante oficio, carta o correo electrónico.

El procedimiento y las formalidades en que se realizará la asignación y gestión de cuentas al prestador será informada por el Fondo Nacional de Salud al Administrador del Convenio designado por el prestador, mediante oficio, carta o correo electrónico.

En el caso de que un profesional deje de realizar labores para el prestador, éste deberá informar tal circunstancia dentro del plazo de veinticuatro horas, con el objeto de crear las cuentas para los nuevos profesionales que se incorporen y dar de baja las cuentas de los profesionales retirados, permitiendo una reasignación de los pacientes, la cual será de responsabilidad del prestador.

El prestador será directamente responsable del correcto uso de cada una de las cuentas que le sean asignadas para su uso y el de sus profesionales dependientes, así como de los daños y perjuicios causados por su uso inadecuado o la violación de la privacidad de los datos personales de los pacientes que se produzcan a causa o con ocasión del uso de dichas cuentas.

CLAUSULA

DE CONFIDENCIALIDAD

La información y todos los antecedentes que el prestador obtenga con motivo de este convenio, tienen carácter de estrictamente confidencial y privado, razón por la cual está expresamente prohibido comentarla o difundirla por cualquier medio y bajo cualquier circunstancia; reservándose el Fondo Nacional de Salud la autorización del uso de datos para docencia e investigación. Al otorgar esta autorización el Fondo Nacional de Salud deberá dar estricto cumplimiento a las disposiciones de la Ley 19.628, de la Ley 20.584 y a cualquier otra disposición legal o reglamentaria que regule la materia.

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 de Alto Costo, la siguiente prestación:

Patología	Confirmación	Tratamiento	Seguimiento
Enfermedad de Huntington	Aprobado		

La etapa de Confirmación Diagnóstica está asociada a la realización de un estudio genético-molecular de repeticiones CAG en el GEN HTT indispensable, definido para confirmar esta patología y denominado: Test de Repetición de CAG del exón 1 del Gen HTT.

De acuerdo con las guías clínicas los valores de referencia para el número de repeticiones son las siguientes:

Número de Repeticiones	Tipo de Alelo	Implicancia Diagnóstica	Implicancia predictiva	Implicancias familiares
6-26	Normal	Excluye	No desarrollará	No se incrementa riesgo
27-35	Normal intermedio (con riesgo de expansión)	Excluye	No desarrollará	Riesgo < 10%
36-39	Mutado de baja penetrancia	Confirma	Podría desarrollar	Riesgo incrementado
>40	Mutado, con penetrancia completa	Confirma	Desarrollará la enfermedad	Riesgo incrementado

Criterios de rechazo de muestras:

- 1.-Muestra con error de rotulación (Doble rotulación, Muestra sin rotular, rótulo ilegible o incorrecto)
- 2.-Muestra con error asociado a la toma de muestra o a su calidad. (Muestra insuficiente, muestras hemolizadas o con coágulos)
- 3.-Muestra conservada en condiciones no sugeridas.
- 4.-Muestra enviada/trasladada en condiciones no sugeridas.
- 5.Muestras en tipo de tubo inadecuado o vencido.
- 6.-Muestra con problemas administrativos (sin orden médica, fuera de horario, sin orden de derivación, orden médica sin firma del médico, sin consentimiento informado)

Este estudio tiene un plazo de entrega de 5 días hábiles desde la recepción conforme de la muestra.

B/DOS

GARANTIA DE OPORTUNIDAD.

El prestador deberá cumplir con el siguiente plazo para otorgar la garantía de oportunidad de Confirmación Diagnóstica:

Problema de Salud	Examen de Confirmación garantizado	Plazo de Garantía Confirmación diagnóstica
Enfermedad de Huntington	Test de Repetición de CAG del exón 1 del Gen HTT	Personas con Corea y sospecha de Enfermedad de Huntington, harán uso del beneficio específico del Test de repetición de CAG del exón 1 del Gen HTT, en un plazo no mayor a 30 días, desde la recepción del formulario de sospecha fundada y la muestra de sangre venosa.

En caso de 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.

Problema de Salud	Examen de Confirmación garantizado	Plazo máximo desde el inicio de la garantía para informar FONASA
Enfermedad de Huntington	Test de Repetición de CAG del exón 1 del Gen HTT	15 días, desde la recepción del formulario de sospecha fundada y la muestra de sangre venosa.

B TRES

PRECIO DE LAS PRESTACIONES.

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

Patología	Examen Diagnóstico Garantizado LRS	Precio Referencial (\$)
Enfermedad de Huntington	Test de Repetición de CAG del exón 1 del Gen HTT.	75.000

El Examen diagnóstico de esta patología incluye las siguientes prestaciones y alcances:

- 1.- Estudio genético -molecular se realiza utilizando ADN extraído de sangre periférica, tomada con EDTA como anticoagulante.
- 2.- Técnica de TP-PCR fluorescente, y electroforesis capilar, que permite la amplificación de la región de interés en el gen HTT obteniéndose 1 fragmento por cada repetición existente.
- 3.- Volumen mínimo requerido: 1ml de sangre total.
- 4.- Almacenamiento de muestras: Temperatura ambiente (20.25°C): 1 día.
- 5.- Traslado y envío de muestra:
 - Temperatura ambiente (20-25°C): Dentro de las primeras 24 horas.
 - Refrigerada(4°C): Posterior a las 24 horas desde la toma de muestra con una unidad refrigerante.

En cuanto al financiamiento de las prestaciones que se otorguen en la etapa de seguimiento y monitoreo-control, dado que éstas no se encuentran cubiertas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, ellas deberán ser financiadas conforme a las normas que correspondan de acuerdo con el Sistema previsional de salud del beneficiario.

B/CUATRO

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

VIGENCIA Y COPIAS

El presente Convenio tendrá una vigencia indefinida a contar de la fecha de su total tramitación. No obstante, por razones de buen servicio, podrá comenzarse su ejecución con anterioridad a dicha fecha, quedando todo pago diferido y condicionado a la total tramitación de la resolución que aprueba el Convenio.

Sin perjuicio de ello, el Fondo Nacional de Salud podrá poner término al Convenio, en cualquier tiempo, notificando al prestador mediante carta certificada en los siguientes casos:

1. Por pérdida de la calidad de prestador aprobado por el Ministerio de Salud

para otorgar las prestaciones objeto del presente Convenio.

2. Por incumplimiento de las obligaciones del presente Convenio, por parte del prestador.
3. Por cualquier otra causa fundada, establecida a través de una resolución fundada.

El Presente Convenio se firma en tres ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando dos en poder del Fondo Nacional de Salud y uno en poder del prestador.

CLÁUSULA FINAL

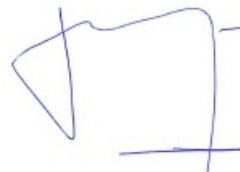
PERSONERÍAS

La personería de don **CAMILO ALEJANDRO CID PEDRAZA**, para representar al Fondo Nacional de Salud consta En Decreto N° 16, de 21 de abril de 2022, que lo nombra en calidad de titular en el cargo de Director, y la personería de don **DANIEL CRISTOBAL CONTESSE STRAUSS**, para actuar en representación del **SOCIEDAD DE LABORATORIOS DEL DESARROLLO S.A.** consta en el acta de la décima octava sesión de directorio celebrada el 23 de julio de 2020, reducida a escritura pública el 14 de octubre de 2020 en Concepción, anotada en el repertorio N° 4867-2020, ante don Juan Espinosa Bancalari, Notario público de Concepción.

2° Déjese constancia que presente convenio no irrogará gastos para el Fondo Nacional de Salud.

3° Publíquese en el sitio electrónico el listado de prestadores aprobados y con convenio para cada una de las prestaciones garantizadas por la ley.

"Por orden del Director"



JUAN FUENTES DIAZ
DIRECTOR(A) SUBROGANTE
FONDO NACIONAL DE SALUD

JFD / JTE / AGM / MVV / IBPI / mpa

DISTRIBUCIÓN:

DPTO. DE MARCO REGULATORIO

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

je81rUf0

Código de Verificación

