



RESOLUCIÓN EXENTA 4A/Nº

MAT.: APRUEBA CONVENIO ENTRE EL FONDO NACIONAL DE SALUD Y CLINICA LAS CONDES S.A., DE 22 DE DICIEMBRE DE 2015, Y ADENDA A DICHO CONVENIO, DE 8 DE JULIO DE 2016.

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: el convenio suscrito con fecha 22 de diciembre de 2015 entre el Fondo Nacional de Salud y Clínicas Las Condes S.A; la Adenda a dicho convenio, suscrito con fecha 8 de julio de 2016;

CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1º de la ley Nº20.850, 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 3º de la ley Nº20.850 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 5º 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 Clínica Las Condes S.A. han suscrito, con fecha 22 de diciembre de 2015, 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 convenidas con el prestador, derivadas de la entrada en vigencia del decreto exento Nº202, de 1 de julio de 2016, 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 con fecha 8 de julio de 2016 de una Adenda a dicho convenio;

QUINTO: Que tanto el convenio aludido en el considerando tercero de esta resolución, como su adenda referida en el considerando que antecede, deben ser aprobados 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:

R E S O L U C I Ó N

UNO. **APRUEBASE** el convenio suscrito con fecha 22 de diciembre de 2015 entre el Fondo Nacional de Salud y Clínica Las Condes S.A., cuyo texto en el siguiente:

CONVENIO FONDO NACIONAL DE SALUD Y CLÍNICA LAS CONDES S.A.

En Santiago de Chile, a 22 de diciembre de 2015, 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, **CLÍNICA LAS CONDES S.A.**, rol único tributario N° 93.930.000-7, representada por don Gonzalo Grebe Noguera, cédula nacional de identidad N° 7.982.245-0 ambos con domicilio en Estoril N° 450, comuna de Las Condes de la ciudad de Santiago, en adelante también "el 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° 83 de 18 de marzo de 2016, 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 y Tratamientos 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 regirá 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 a 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 y Tratamientos 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 y Tratamientos 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 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 a 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).

A/CUATRO

OBLIGACIÓN 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°87, de 16 de Noviembre 2015, 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 del mismo 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 a 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.

En 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.

A/SIETE
CLÁUSULA 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 y Tratamientos de Alto Costo, las prestaciones correspondientes a las siguientes etapas:

PATOLOGÍA	Confirmación Diagnóstica	Tratamiento	Seguimiento
MUCOPOLISACARIDOSIS I		Aprobado	Aprobado
MUCOPOLISACARIDOSIS II		Aprobado	Aprobado
MUCOPOLISACARIDOSIS VI		Aprobado	Aprobado
FABRY		Aprobado	Aprobado
GAUCHER		Aprobado	Aprobado
TIROSINEMIA I		Aprobado	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		Aprobado	Aprobado
ARTRITIS REUMATOIDE		Aprobado	Aprobado
ESCLEROSIS MULTIPLE		Aprobado	Aprobado
PREMATURO CON DBP		Aprobado	Aprobado

CANCER DE MAMA		Aprobado	Aprobado
----------------	--	----------	----------

1. 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 del Prestador Aprobado por el Ministerio de Salud.
2. 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:

Patología	Garantía de Oportunidad	
	Medicamento Alto Costo	Garantía Inicio Tratamiento
Mucopolisacaridosis I	Laronidasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Mucopolisacaridosis II	Idursulfasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Mucopolisacaridosis VI	Galsulfasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Tirosinemia Tipo 1	Nitisinona	48 horas desde la sospecha fundada y recepción de la muestra
Gaucher	Taliglucerasa o Imiglucerasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Fabry	Agalsidasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Hipertensión Pulmonar	Iloprost Inhalatorio o Ambrisentan o Bosentan	15 días desde la confirmación diagnóstica; 72 hrs en caso se estar hospitalizado en UCI
Artritis Reumatoide	Abatacept o Rituximab	60 días desde la indicación de aprobación del Comité de expertos clínicos.
Esclerosis Múltiple	Fingolimod o Natalizumab	60 días desde la indicación de aprobación del Comité de expertos clínicos
VRS para prematuros con displasia broncopulmonar	Palivizumab	1 ° dosis previa al plazo de 72 horas, o en forma ambulatoria, si ya se encuentran en su domicilio, o cumpliendo los criterios de inclusión, cuando empiece período de circulación viral. Desde la confirmación de tratamiento por parte del Comité de expertos clínicos.
Cáncer de Mamas Gen Her 2+	Tratuzumab	20 días desde la indicación de aprobación del Comité de expertos clínicos

En el caso de la administración o entrega de medicamentos dicho plazo comienza a hacerse efectivo desde la fecha en que el médico tratante notifica al paciente de la aprobación del tratamiento.

En caso que el prestador no se encuentre en condiciones de otorgar las prestaciones para las cuales fue aprobado, deberá informar tal situación oportunamente según los plazos definido en la tabla adjunta, con el objeto de que el Fondo Nacional de Salud coordine la designación de un nuevo prestador.

Patología	Tratamiento	Plazo máximo para informar a FONASA
Mucopolisacaridosis I	Laronidasa	30 días
Mucopolisacaridosis II	Idursulfasa	30 días
Mucopolisacaridosis VI	Galsulfasa	30 días
Tirosinemia Tipo 1	Nitisinona	24 hrs.
Enfermedad de Gaucher	Taliglucerasa	30 días
	Imiglucerasa	30 días
Fabry	Agalsidasa	30 días
Hipertensión Pulmonar	Iloprost Inhalatorio	7 días / 24 hrs
	Bosentan	7 días / 24 hrs
	Ambrisentan	7 días / 24 hrs
Artritis Reumatoide	Abatacept	30 días
	Rituximab	30 días
Esclerosis Múltiple	Fingolimod	30 días
	Natalizumab	30 días
VRS para prematuros con displasia broncopulmonar	Palivizumab	24 hrs.
Cáncer de Mamas Gen Her 2+	Tratuzumab	10 días

**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 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; asimismo, la personería de don Gonzalo Grebe Noguera, para representar al prestador, consta en Escritura Pública de fecha 1 de octubre de 2009, otorgada en la Notaría Pública de Santiago, de doña Nancy de la Fuente Hernández, que reduce Sesión de Directorio N°211 Clínica las Condes S.A.

DOS. **APRUÉBASE** la Adenda suscrita con fecha 8 de julio de 2016, 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 Clínica Las Condes, cuyo texto en el siguiente:

CONVENIO FONDO NACIONAL DE SALUD Y CLÍNICA LAS CONDES S.A.

En Santiago de Chile, a 8 de julio de 2016, 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, **CLÍNICA LAS CONDES S.A.**, rol único tributario N° 93.930.000-7, representada por don Gonzalo Grebe Noguera, cédula nacional de identidad N° 7.982.245-0 ambos con domicilio en Estoril N° 450, comuna de Las Condes de la ciudad de Santiago, en adelante también "prestador", se acuerda modificar el convenio para el otorgamiento de las prestaciones que forman parte del Sistema de Protección Financiera de la Ley N°20.850, conocida como Ley Ricarte Soto, en la forma que a continuación se indica:

PRIMERO **ANTECEDENTES**

Mediante convenio suscrito entre las partes con fecha 22 de diciembre de 2015, de acuerdo con lo dispuesto en la ley N°20.850 y en el decreto exento N°83, de 18 de marzo 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 7 de julio de 2016 se publicó en el Diario Oficial el decreto exento N°202, de 1 de julio de 2016, 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°83, de 7 de marzo de 2016, del Ministerio de Salud, en razón de que todos los prestadores de salud aprobados por dicho decreto de manera provisional, obtuvieron su aprobación permanente.

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°202, de 1 de julio de 2016, 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 22 de diciembre de 2015, 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
MUCOPOLISACARIDOSIS I		Aprobado	Aprobado
MUCOPOLISACARIDOSIS II		Aprobado	Aprobado
MUCOPOLISACARIDOSIS VI		Aprobado	Aprobado
FABRY		Aprobado	Aprobado
GAUCHER		Aprobado	Aprobado
TIROSINEMIA I		Aprobado	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR	Aprobado	Aprobado	Aprobado
ARTRITIS REUMATOIDE	Aprobado	Aprobado	Aprobado
ESCLEROSIS MULTIPLE	Aprobado	Aprobado	Aprobado
PREMATURO CON DBP	Aprobado	Aprobado	Aprobado
CANCER DE MAMA	Aprobado	Aprobado	Aprobado

1. La etapa de Confirmación Diagnóstica, consiste en la determinación clínica de la necesidad de tratamiento de segunda línea conforme al protocolo, la que en todo caso debe ser validada por el Centro de Referencia Nacional determinado por el Ministerio de Salud.
2. La etapa de Confirmación Diagnóstica para la Hipertensión Arterial Pulmonar, está asociada a la realización del examen Gold Standar indispensable de:

Patología	Nombre Examen Garantizados
Hipertensión Arterial Pulmonar	Examen de Cateterismo Cardiaco

3. 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 del Prestador Aprobado por el Ministerio de Salud.
4. 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:

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

Patología	Garantía de Oportunidad	
	Medicamento Alto Costo	Garantía Inicio Tratamiento
Mucopolisacaridosis I	Laronidasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Mucopolisacaridosis II	Idursulfasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Mucopolisacaridosis VI	Galsulfasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Tirosinemia Tipo 1	Nitisinona	48 horas desde la sospecha fundada y recepción de la muestra
Gaucher	Taliglucerasa o Imiglucerasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Fabry	Agalsidasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Hipertensión Pulmonar	Iloprost Inhalatorio o Ambrisentan o Bosentan	15 días desde la confirmación diagnóstica; 72 hrs en caso se estar hospitalizado en UCI
Artritis Reumatoide	Abatacept o Rituximab	60 días desde la indicación de aprobación del Comité de expertos clínicos.
Esclerosis Múltiple	Fingolimod o Natalizumab	60 días desde la indicación de aprobación del Comité de expertos clínicos
VRS para prematuros con displasia broncopulmonar	Palivizumab	1 ° dosis previa al plazo de 72 horas, o en forma ambulatoria, si ya se encuentran en su domicilio, o cumpliendo los criterios de inclusión, cuando empiece período de circulación viral. Desde la confirmación de tratamiento por parte del Comité de expertos clínicos.
Cáncer de Mamas Gen Her 2+	Tratuzumab	20 días desde la indicación de aprobación del Comité de expertos clínicos.

En el caso de la administración o entrega de medicamentos dicho plazo comienza a hacerse efectivo desde la fecha en que el médico tratante notifica al paciente de la aprobación del tratamiento.

En caso que el prestador no se encuentre en condiciones de otorgar las prestaciones para las cuales fue aprobado, deberá informar tal situación oportunamente según los plazos definido en la tabla adjunta, con el objeto de que el Fondo Nacional de Salud coordine la designación de un nuevo prestador.

Patología	Confirmación diagnóstica	Plazo máximo desde el inicio de la garantía para informar FONASA
Hipertensión Arterial Pulmonar	Examen de Cateterismo Cardiaco	20 días hábiles

Patología	Tratamiento	Plazo máximo para informar a FONASA
Mucopolisacaridosis I	Laronidasa	30 días
Mucopolisacaridosis II	Idursulfasa	30 días
Mucopolisacaridosis VI	Galsulfasa	30 días
Tirosinemia Tipo 1	Nitisinona	24 hrs.
Enfermedad de Gaucher	Taliglucerasa	30 días
	Imiglucerasa	30 días
Fabry	Agalsidasa	30 días
Hipertensión Pulmonar	Iloprost Inhalatorio	7 días / 24 hrs
	Bosentan	7 días / 24 hrs
	Ambrisentan	7 días / 24 hrs
Artritis Reumatoide	Abatacept	30 días
	Rituximab	30 días
Esclerosis Múltiple	Fingolimod	30 días
	Natalizumab	30 días
VRS para prematuros con displasia broncopulmonar	Palivizumab	24 hrs.
Cáncer de Mamas Gen Her 2+	Tratuzumab	10 días

B/TRES
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	Examen de Cateterismo Cardiaco	252.490

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.

CUARTO
VIGENCIA Y COPIAS

La presente modificación de 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.

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.

QUINTO
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; asimismo la personería de don Gonzalo Grebe Noguera, para representar al prestador, consta en Escritura Pública de fecha 1 de octubre de 2009, otorgada en la Notaría Pública de Santiago, de doña Nancy de la Fuente Hernández, que reduce Sesión de Directorio N°211 Clínica las Condes S.A.

ANÓTESE, REGÍSTRESE y ARCHÍVESE.



Jeannette Vega Morales
JEANETTE VEGA MORALES
DIRECTORA NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD

[Signature]
MBR/JED/PDB

DISTRIBUCION:

- Clínica Las Condes S.A.
- Dpto. Comercialización.
- Subdpto. Gestión Comercial.
- Maria Consuelo Celedón Gonzalez..
- Oficina de Partes.



**CONVENIO
FONDO NACIONAL DE SALUD
Y
CLÍNICA LAS CONDES S.A.**

En Santiago de Chile, a 22 de diciembre de 2015, 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, **CLÍNICA LAS CONDES S.A.**, rol único tributario N° 93.930.000-7, representada por don Gonzalo Grebe Noguera, cédula nacional de identidad N° 7.982.245-0 ambos con domicilio en Estoril N° 450, comuna de Las Condes de la ciudad de Santiago, en adelante también "el 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 registrá 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° 83 de 18 de marzo de 2016, 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 y Tratamientos 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 regirá 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 a 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 y Tratamientos 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 y Tratamientos 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 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 a 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).

A/CUATRO
OBLIGACIÓN 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°87, de 16 de Noviembre 2015, 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 del mismo 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 a 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.

En 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.

A/SIETE **CLÁUSULA 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 y Tratamientos de Alto Costo, las prestaciones correspondientes a las siguientes etapas:

PATOLOGÍA	Confirmación Diagnóstica	Tratamiento	Seguimiento
MUCOPOLISACARIDOSIS I		Aprobado	Aprobado
MUCOPOLISACARIDOSIS II		Aprobado	Aprobado
MUCOPOLISACARIDOSIS VI		Aprobado	Aprobado
FABRY		Aprobado	Aprobado
GAUCHER		Aprobado	Aprobado
TIROSINEMIA I		Aprobado	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		Aprobado	Aprobado
ARTRITIS REUMATOIDE		Aprobado	Aprobado
ESCLEROSIS MULTIPLE		Aprobado	Aprobado
PREMATURO CON DBP		Aprobado	Aprobado
CANCER DE MAMA		Aprobado	Aprobado

1. 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 del Prestador Aprobado por el Ministerio de Salud.
2. 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:

Patología	Garantía de Oportunidad	
	Medicamento Alto Costo	Garantía Inicio Tratamiento
Mucopolisacaridosis I	Laronidasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Mucopolisacaridosis II	Idursulfasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Mucopolisacaridosis VI	Galsulfasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Tirosinemia Tipo 1	Nitisinona	48 horas desde la sospecha fundada y recepción de la muestra
Gaucher	Taliglucerasa o Imiglucerasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Fabry	Agalsidasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Hipertensión Pulmonar	Iloprost Inhalatorio o Ambrisentan o Bosentan	15 días desde la confirmación diagnóstica; 72 hrs en caso se estar hospitalizado en UCI
Artritis Reumatoide	Abatacept o Rituximab	60 días desde la indicación de aprobación del Comité de expertos clínicos.
Esclerosis Múltiple	Fingolimod o Natalizumab	60 días desde la indicación de aprobación del Comité de expertos clínicos
VRS para prematuros con displasia broncopulmonar	Palivizumab	1 ° dosis previa al plazo de 72 horas, o en forma ambulatoria, si ya se encuentran en su domicilio, o cumpliendo los criterios de inclusión, cuando empiece período de circulación viral. Desde la confirmación de tratamiento por parte del Comité de expertos clínicos.
Cáncer de Mamas Gen Her 2+	Tratuzumab	20 días desde la indicación de aprobación del Comité de expertos clínicos

En el caso de la administración o entrega de medicamentos dicho plazo comienza a hacerse efectivo desde la fecha en que el médico tratante notifica al paciente de la aprobación del tratamiento.

En caso que el prestador no se encuentre en condiciones de otorgar las prestaciones para las cuales fue aprobado, deberá informar tal situación oportunamente según los plazos definido en la tabla adjunta, con el objeto de que el Fondo Nacional de Salud coordine la designación de un nuevo prestador.

Patología	Tratamiento	Plazo máximo para informar a FONASA
Mucopolisacaridosis I	Laronidasa	30 días
Mucopolisacaridosis II	Idursulfasa	30 días
Mucopolisacaridosis VI	Galsulfasa	30 días
Tirosinemia Tipo 1	Nitisinona	24 hrs.
Enfermedad de Gaucher	Taliglucerasa	30 días
	Imiglucerasa	30 días
Fabry	Agalsidasa	30 días
Hipertensión Pulmonar	Iloprost Inhalatorio	7 días / 24 hrs
	Bosentan	7 días / 24 hrs
	Ambrisentan	7 días / 24 hrs
Artritis Reumatoide	Abatacept	30 días
	Rituximab	30 días
Esclerosis Múltiple	Fingolimod	30 días
	Natalizumab	30 días
VRS para prematuros con displasia broncopulmonar	Palivizumab	24 hrs.
Cáncer de Mamas Gen Her 2+	Tratuzumab	10 días

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.

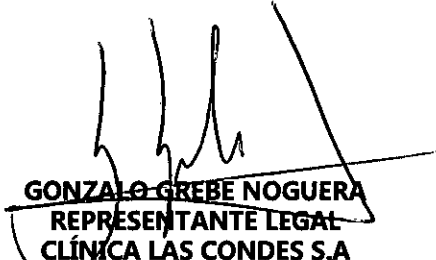
El Presente Convenio se firma en tres ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando dos en poder del Fondo Nacional de Salud y uno en poder del prestador.

CLÁUSULA FINAL PERSONERÍAS

La personería de 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; asimismo, la personería de don Gonzalo Grebe Noguera, para representar al prestador, consta en Escritura Pública de fecha 1 de octubre de 2009, otorgada en la Notaría Pública de Santiago, de doña Nancy de la Fuente Hernández, que reduce Sesión de Directorio N°211 Clínica las Condes S.A.



Jeanette Vega
DRA. JEANETTE VEGA MORALES
DIRECTORA NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD



GONZALO GREBE NOGUERA
REPRESENTANTE LEGAL
CLÍNICA LAS CONDES S.A



**CONVENIO
FONDO NACIONAL DE SALUD
Y
CLÍNICA LAS CONDES S.A.**

En Santiago de Chile, a 8 de julio de 2016, 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, **CLÍNICA LAS CONDES S.A.**, rol único tributario N° 93.930.000-7, representada por don Gonzalo Grebe Noguera, cédula nacional de identidad N° 7.982.245-0 ambos con domicilio en Estoril N° 450, comuna de Las Condes de la ciudad de Santiago, en adelante también "prestador", se acuerda modificar el convenio para el otorgamiento de las prestaciones que forman parte del Sistema de Protección Financiera de la Ley N°20.850, conocida como Ley Ricarte Soto, en la forma que a continuación se indica:

PRIMERO
ANTECEDENTES

Mediante convenio suscrito entre las partes con fecha 22 de diciembre de 2015, de acuerdo con lo dispuesto en la ley N°20.850 y en el decreto exento N°83, de 18 de marzo 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 7 de julio de 2016 se publicó en el Diario Oficial el decreto exento N°202, de 1 de julio de 2016, 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°83, de 7 de marzo de 2016, del Ministerio de Salud, en razón de que todos los prestadores de salud aprobados por dicho decreto de manera provisional, obtuvieron su aprobación permanente.

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°202, de 1 de julio de 2016, 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 22 de diciembre de 2015, 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
MUCOPOLISACARIDOSIS I		Aprobado	Aprobado
MUCOPOLISACARIDOSIS II		Aprobado	Aprobado
MUCOPOLISACARIDOSIS VI		Aprobado	Aprobado
FABRY		Aprobado	Aprobado
GAUCHER		Aprobado	Aprobado
TIROSINEMIA I		Aprobado	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR	Aprobado	Aprobado	Aprobado
ARTRITIS REUMATOIDE	Aprobado	Aprobado	Aprobado
ESCLEROSIS MULTIPLE	Aprobado	Aprobado	Aprobado
PREMATURO CON DBP	Aprobado	Aprobado	Aprobado
CANCER DE MAMA	Aprobado	Aprobado	Aprobado

1. La etapa de Confirmación Diagnóstica, consiste en la determinación clínica de la necesidad de tratamiento de segunda línea conforme al protocolo, la que en todo caso debe ser validada por el Centro de Referencia Nacional determinado por el Ministerio de Salud.
2. La etapa de Confirmación Diagnóstica para la Hipertensión Arterial Pulmonar, está asociada a la realización del examen Gold Standar indispensable de:

Patología	Nombre Examen Garantizados
Hipertensión Arterial Pulmonar	Examen de Cateterismo Cardiaco

3. 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 del Prestador Aprobado por el Ministerio de Salud.

4. 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:

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

Patología	Garantía de Oportunidad	
	Medicamento Alto Costo	Garantía Inicio Tratamiento
Mucopolisacaridosis I	Laronidasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Mucopolisacaridosis II	Idursulfasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Mucopolisacaridosis VI	Galsulfasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Tirosinemia Tipo 1	Nitisinona	48 horas desde la sospecha fundada y recepción de la muestra
Gaucher	Taliglucerasa o Imiglucerasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Fabry	Agalsidasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
Hipertensión Pulmonar	Iloprost Inhalatorio o Ambrisentan o Bosentan	15 días desde la confirmación diagnóstica; 72 hrs en caso se estar hospitalizado en UCI
Artritis Reumatoide	Abatacept o Rituximab	60 días desde la indicación de aprobación del Comité de expertos clínicos.
Esclerosis Múltiple	Fingolimod o Natalizumab	60 días desde la indicación de aprobación del Comité de expertos clínicos

VRS para prematuros con displasia broncopulmonar	Palivizumab	1 ° dosis previa al plazo de 72 horas, o en forma ambulatoria, si ya se encuentran en su domicilio, o cumpliendo los criterios de inclusión, cuando empiece período de circulación viral. Desde la confirmación de tratamiento por parte del Comité de expertos clínicos.
Cáncer de Mamas Gen Her 2+	Tratuzumab	20 días desde la indicación de aprobación del Comité de expertos clínicos.

En el caso de la administración o entrega de medicamentos dicho plazo comienza a hacerse efectivo desde la fecha en que el médico tratante notifica al paciente de la aprobación del tratamiento.

En caso que el prestador no se encuentre en condiciones de otorgar las prestaciones para las cuales fue aprobado, deberá informar tal situación oportunamente según los plazos definido en la tabla adjunta, con el objeto de que el Fondo Nacional de Salud coordine la designación de un nuevo prestador.

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

Patología	Tratamiento	Plazo máximo para informar a FONASA
Mucopolisacaridosis I	Laronidasa	30 días
Mucopolisacaridosis II	Idursulfasa	30 días
Mucopolisacaridosis VI	Galsulfasa	30 días
Tirosinemia Tipo 1	Nitisinona	24 hrs.
Enfermedad de Gaucher	Taliglucerasa	30 días
	Imiglucerasa	30 días
Fabry	Agalsidasa	30 días
Hipertensión Pulmonar	Iloprost Inhalatorio	7 días / 24 hrs
	Bosentan	7 días / 24 hrs
	Ambrisentan	7 días / 24 hrs
Artritis Reumatoide	Abatacept	30 días
	Rituximab	30 días
Esclerosis Múltiple	Fingolimod	30 días
	Natalizumab	30 días
VRS para prematuros con displasia broncopulmonar	Palivizumab	24 hrs.
Cáncer de Mamas Gen Her 2+	Tratuzumab	10 días

B/TRES**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	Examen de Cateterismo Cardíaco	252.490

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.


CUARTO**VIGENCIA Y COPIAS**

La presente modificación de 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.

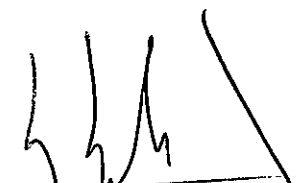
El Presente Convenio se firma en tres ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando dos en poder del Fondo Nacional de Salud y uno en poder del prestador.

QUINTO
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; asimismo la personería de don Gonzalo Grebe Noguera, para representar al prestador, consta en Escritura Pública de fecha 1 de octubre de 2009, otorgada en la Notaría Pública de Santiago, de doña Nancy de la Fuente Hernández, que reduce Sesión de Directorio N°211 Clínica las Condes S.A.

DRA. JEANETTE VEGA MORALES
DIRECTORA NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD



GONZALO GREBE NOGUERA
REPRESENTANTE LEGAL
CLÍNICA LAS CONDES S.A.