

SUPERINTENDENCIA DE
VALORES Y SEGUROS
CHILE

x. P

REF.: Seguro obligatorio de accidentes
personales, Ley Nº 18.490. Arancel a
aplicar por gastos de hospitalización.

OFICIO CIRCULAR Nº: 02300 - 16.06.93

A TODO EL MERCADO ASEGURADOR

Mediante diversas presentaciones recibidas, se tuvo conocimiento de la situación planteada por la negativa de parte de compañías aseguradoras, de reembolsar los gastos hospitalarios cubiertos por la póliza de materia, alegándose que sería discriminatorio que se cobrase por dicho concepto un valor especial para los pacientes beneficiarios de la Ley Nº 18.490, distinto a aquel que rige para pacientes no accidentados de tránsito y de similares características.

A este respecto, esta Superintendencia cumple con informar a las entidades aseguradoras, que la Subsecretaría de Salud, acogiendo lo solicitado por este Organismo, comunicó a los Directores de Servicios de Salud la necesidad de aplicar las tarifas correspondientes al arancel a particulares, en conformidad a lo señalado en la circular Nº 2C/68, de 28 de Junio de 1988, de la Subsecretaría de Salud, con lo cual se soluciona la situación descrita en el párrafo precedente. Se adjunta copias de circulares Nº 2C/68, de 28 de Junio de 1988 y 3C/Nº:17, de 3 de Marzo de 1993, para su conocimiento.

Sin perjuicio de lo anterior, cabe informar que sobre la materia es plenamente aplicable lo señalado por esta Superintendencia en los oficios Nº 3438 de 22.09.88 y Nº 3865 de 27.10.88, publicados en la Revista Seguros Nº81, que se adjuntan al presente oficio circular.

Saluda atentamente a Ud.,

1
DANIEL YARUR ELSACA
SUPERINTENDENTE SUBROGANTE



300054

SANTIAGO, 28 de julio de 1988.

COMPLEMENTA INSTRUCCIONES SOBRE APLICACION DE LA LEY Nº 18.490 QUE ESTABLECE UN SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES PERSONALES CAUSADOS POR VEHICULOS MOTORIZADOS.

- 1.- Debido a criterios y requisitos diversos exigidos por las compañías aseguradoras, que dificultan la tramitación y pago de las facturaciones presentadas a nivel nacional por los Servicios de Salud y sus dependencias para obtener el reembolso, con cargo al seguro de la ley Nº 18.490 y hasta el límite legal, de las prestaciones médicas, hospitalarias y farmacéuticas otorgadas a pacientes víctimas de accidentes del tránsito causados por vehículos particulares o de la locomoción colectiva, se hizo indispensable que este Nivel Central planteara la situación creada al organismo fiscalizador competente, -la Superintendencia de Valores y Seguros-, el que ha determinado y precisado el cumplimiento de la ley en las situaciones expuestas con carácter obligatorio para las compañías aseguradoras, mediante oficio Nº 2040, de 14 de junio de 1988, dirigido a esta Secretaría de Estado y haciendo presente que todas aquellas situaciones irregulares o negativas de cumplimiento por parte de las compañías aseguradoras de la obligación que la ley les impone, deben ser puestas en conocimiento de la Superintendencia para los efectos que correspondan, lo que podrán hacer directamente los Servicios de Salud afectados.
- 2.- A fin de que los Servicios de Salud se impongan íntegramente de los criterios de la Superintendencia de Valores y Seguros en la materia, como de las modalidades y procedimientos que deben cumplir para que los reembolsos resulten oportunos y efectivos en los casos de prestaciones a personas que sufran accidentes del tránsito, se adjunta copia del texto completo del oficio Nº 2040, de 14 de junio de 1988.
- 3.- Del oficio mencionado se infiere:
 - a) Las víctimas de un accidente del tránsito, como sus beneficiarios, tienen acción contra la correspondiente compañía aseguradora conforme a los términos de la ley Nº 18.490, no siéndoles oponibles las excepciones que ésta pueda ejercer contra el tomador del seguro; y de ahí que dichas compañías no puedan legalmente rechazar facturaciones de los Servicios de Salud invocando que el conductor o propietario del vehículo no ha formulado la denuncia del accidente.

000055

b) El plazo para que los Servicios de Salud presenten sus facturaciones por atención médica y hospitalaria a personas lesionadas en accidentes del tránsito, es de un año contado desde la ocurrencia del accidente; debiendo destacarse que el plazo de 5 días desde igual fecha para denunciar el accidente obliga exclusivamente al conductor o propietario del vehículo involucrado.

c) Para efectuar el cobro de las prestaciones los Servicios de Salud pueden hacerlo directamente a las compañías aseguradoras, en su condición de tales, cuando el pago no lo haya efectuado el paciente; o bien, como cesionarios de los derechos de la persona a la que se le prestó la atención, para lo cual ésta ha debido firmar oportunamente el respectivo poder.

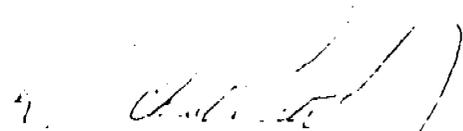
Debe tenerse en cuenta que cuando la facturación se presenta directamente a la compañía aseguradora, ésta tiene la facultad de pagar a la víctima del accidente o al Servicio que prestó la atención; pero no puede excepcionarse de pagar a una o al otro, si no cumple efectivamente respecto de uno de ellos con su obligación de pago.

d) A la facturación presentada a las compañías aseguradoras debe acompañarse el certificado de Carabineros exigido por la ley N° 18.490, según la modificación de la ley N° 18.681, en el que conste fecha, hora y circunstancias del accidente; individualización del vehículo causante del accidente; relación de víctimas y establecimiento asistencial al que fueron llevadas para su atención médica; nombre y dirección de la compañía aseguradora.

Además, es indispensable adjuntar los comprobantes que acrediten el valor de las prestaciones de orden médico y dental que se hayan otorgado y medicamentos utilizados, hasta el tope de 90 UF. que fija la ley, todo ello conforme al Arancel para Particulares que rija en el establecimiento asistencial que dio la atención.

(*) e) El Arancel para Particulares que rija en el establecimiento que presta la atención es el que debe aplicarse para el cobro de las prestaciones otorgadas a personas lesionadas en accidentes del tránsito, sean o no beneficiarios de la ley N° 18.469; sin perjuicio de que quienes tengan esa calidad puedan acogerse por los saldos que resulten en su contra una vez efectuadas las imputaciones al seguro de la ley N° 18.490, a las modalidades de la ley de Salud.

Saluda atentamente a Ud.,


DR. AUGUSTO SCHUSTER CORTES
SUBSECRETARIO DE SALUD

DISTRIBUCION:

PLAN 2a.

WVS/gch.

MINISTERIO DE SALUD
DIVISION DE PLANIFICACION
Y PRESUPUESTO
DPTO. REC. FINANCIEROS
DPTO. AS. JURIDICA

CIRCULAR 3C/Nº:17

ANT: Circular Nº48
de 20.05.91.
MAT: Arancel por
prestaciones
cubiertas por
el Seguro
Automotriz, Ley
Nº 18.490.

SANTIAGO, MARZO 3 de 1993.

DE: SUBSECRETARIO DE SALUD

A : DIRECTORES DE SERVICIOS DE SALUD

- 1.- En relación a la Circular Nº 48 de fecha 20 de mayo de 1991 relativa a incentivos para la recaudación de ingresos propios en el nivel hospitalarios, cúmplame reiterar a Uds. lo dispuesto en el párrafo final de la Circular Nº 2C/68 de fecha 28 de julio de 1988, respecto de la necesidad de aplicar las tarifas establecidas en el Arancel a Particulares vigente, en el caso de cobros derivados de prestaciones cubiertas por el Seguro de Accidentes de Tránsito de la Ley Nº 18.490.
- 2.- Asimismo, debe recordarse la prioridad de la aplicación que este Seguro tiene respecto de aquel que, por los mismos hechos, pudiere ser aplicable con motivo de la Ley Nº 16.744, sobre accidentes del trabajo, de acuerdo con lo dictaminado por la Contraloría General de la República en su Oficio Nº 37.482 de 1988, transcrito según Circular Nº 2C/97, del 10 de noviembre de 1988.

SALUDA ATENTAMENTE A UD.


PATRICIO SILVA ROJAS
SUBSECRETARIO DE SALUD


DPTO. REC. FINANCIEROS / DPTO. AS. JURIDICA / AMSCH
DISTRIBUCION:

-
- DIRECTORES DE SERVICIOS DE SALUD (todos)
 - SEREMI (todas las regiones)
 - SUBSECRETARIA DE SALUD
 - DIPLAP
 - DPTO. REC. FINANCIEROS
 - DPTO. ASESORIA JURIDICA
 - ARCHIVO

000056

ANT. : Oficio 301 de fecha 8 de
septiembre de 1988.

MAT. : Informa límite de indem-
nización de seguro obli-
gatorio.

DE : SUPERINTENDENTE DE VALORES Y SEGUROS.
A : DR. EDGARDO CARRASCO CALDERON, MEDICO
DIRECTOR I.N.E.R. Y C.T..

Se ha recibido en esta Superintendencia su oficio N° 301, de fecha 8 de septiembre de 1988, mediante el cual se le solicita a este Servicio que indique las circulares relativas a lo que las entidades aseguradoras deben pagar por atenciones prestadas a personas amparadas por la ley N° 18.490, sobre seguro obligatorio de accidentes personales. Esta consulta se formula a raíz de una dificultad existente por una factura cobrada a Real Chi- lena S.A. Compañía de Seguros Generales.

Sobre el particular, me permito infor- mar a Ud. que por disposición de la aludida ley N° 18.490, este Organismo dictó la Circular N° 581, de 4 de enero de 1986, en virtud de la cual aprobó el modelo de póliza de seguro obligatorio de accidentes personales causados por vehículos motorizados. La letra d) del artículo 2° de dicha póliza estableció los tope máximos de las indemnizaciones a que están obligadas las Compañías, los que no pueden superar, en su conjunto, 60 U.F.. Sin embargo, el inciso 2° establece además límites parciales por día cama (U.F. 3) y por otras prestaciones, las que no pueden exceder al valor asignado en el arancel correspondiente al grupo prime- ro básico del sistema de libre elección, del régimen de prestaciones de salud de la ley 18.469, vigente al momento de otorgarse la prestación.

Con motivo de la dictación de la ley N° 18.681, que introdujo diversas modificaciones a la ley 18.490, fue necesario emi- tir la Circular N° 762, de 31 de diciembre de 1987, la cual ajustó las indemniza- ciones de la letra d) del artículo 2° de la Circular N° 581 a U.F. 90 como tope general máximo y al arancel del régimen de prestaciones de salud de la ley N°-- 18.469, vigente al momento de otorgarse éstas, aumentado en la proporción que co- rresponda al grupo 2 del rol de la modalidad de libre elección, por cada presta- ción.

El referido inciso 2º, estableció lo siguiente: "El asegurador pagará como única indemnización por este concepto el reembolso de los gastos efectivamente incurridos por el accidentado. Sin embargo, en ningún caso dicho reembolso podrá exceder por gastos de hospitalización, el equivalente a 3 U.F. por cada día de hospitalización, cualquiera que fuere el costo efectivo de dichas prestaciones. De igual forma, el reembolso por las otras prestaciones de salud no podrá exceder al valor asignado para la respectiva prestación en el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud de la ley N° 18.469, vigente al momento de otorgarse la prestación, aumentado en la proporción que corresponde al Grupo 2 del rol de la Modalidad de Libre Elección. Asimismo, el reembolso de los gastos farmacéuticos en ningún caso podrá exceder el precio promedio habitual en el mercado de los respectivos medicamentos".

La señalada ley 18.681 aumentó el límite máximo de la indemnización de 60 U.F. a 90 U.F..

Ahora bien, esta misma ley, en su artículo 24, facultó a los Servicio de Salud para establecer en forma autónoma y para cada establecimiento, un arancel para la atención de personas no beneficiarias de la ley 18.469, el cual no puede ser inferior al que se refiere el artículo 28 de dicha ley.

Con lo relacionado, cabe señalar la existencia de dos aranceles: a) el establecido por la ley N° 18.469 a que se remite la Circular 762, de esta Superintendencia; y b) el que se establezca por cada establecimiento hospitalario de conformidad a lo expresado en el citado artículo 24 de la ley 18.681.

En estas circunstancias, toca determinar a cuál de ellos deben sujetarse las compañías de seguros, en su obligación para con los hospitales.

Resulta indudable que, para estas instituciones aseguradoras, rige el arancel a que se refiere la Circular 762, que estableció la modificación al texto de la póliza de seguro que es el contrato que las obliga.

300058

SRINTENDENCIA DE
ALORES Y SEGUROS
CHILE

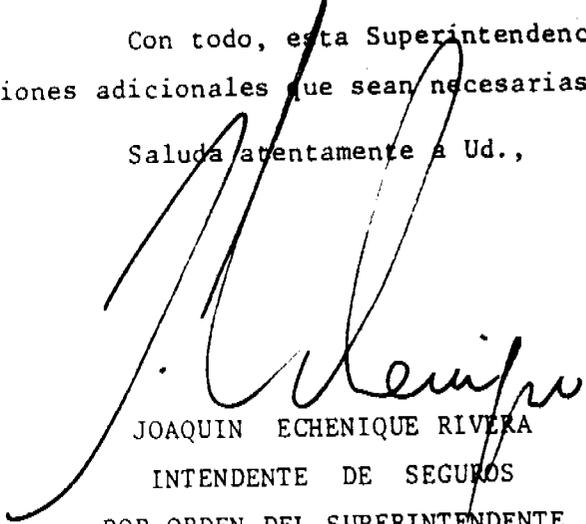
Las diferencias de monto que puedan producirse con motivo de la aplicación del artículo 24 de la ley 18.681, aplicable a ese Instituto por Circular N° 2C/68 emanada de la Subsecretaría de Salud, en la medida que él sea superior, será de cargo de la persona que recibió la atención hospitalaria, ya que no estará cubierto por la indemnización del seguro.

Debe tenerse presente que el accidentado al cual ampara la ley 18.490, puede atenderse en una clínica particular, elegir el médico que lo asistirá y todo aquéllo que, en su concepto, sea necesario para su restablecimiento.

Para una mejor comprensión del problema que se analiza en este oficio, se adjuntan copias de las Circular N°s. 581 y 762, dictadas por este Organismo en cumplimiento de lo dispuesto por la ley N° 18.490, sobre seguro obligatorio.

Con todo, esta Superintendencia queda a sus órdenes para dar las explicaciones adicionales que sean necesarias.

Saluda atentamente a Ud.,



JOAQUIN ECHENIQUE RIVERA
INTENDENTE DE SEGUROS
POR ORDEN DEL SUPERINTENDENTE

000059

SUPERINTENDENCIA DE
VALORES Y SEGUROS
CHILE

FISCALIA SEGUROS
GUV/bfr

OF. N° : 003865

27 OCT. 88

ANT. : Su presentación de fecha 11
de Octubre de 1988.

MAT. : Reembolso de gastos de
hospitalización de póliza de
seguro obligatorio Ley
18.490

DE : SUPERINTENDENTE DE VALORES Y SEGUROS
A : SR. GERENTE COMPAÑIA DE SEGUROS GE-
NERALES CONTINENTAL S.A.

Se ha recibido en esta Superintendencia su presentación de fecha 11 de Octubre de 1988, mediante la cual solicita a este Servicio que tenga a bien confirmar o modificar la posición que esa Compañía tiene respecto al valor que debe reembolsarse por concepto de gastos de hospitalización, según lo dispuesto en la póliza de seguro obligatorio de accidentes personales establecido en la Ley N° 18.490.

La posición de esa Compañía es que la póliza establece claramente que los reembolsos por prestaciones médicas, deben regirse por el valor de todas y cada una de las prestaciones detalladas y codificadas en el arancel del Régimen de Prestaciones de Salud de la Ley N° 18.469, vigente al momento de otorgarse la misma, aumentado en la proporción que corresponda al Grupo 2 del rol de la Modalidad de Libre Elección. Agrega que, a su entender, esto incluye inequívocamente el día -hospitalización y que no puede pretenderse que el tope establecido (máximo 3 UF) sea el que corresponda indemnizar en toda circunstancia-.

Este Servicio no concuerda con lo sostenido por esa aseguradora en orden a afirmar que los gastos de hospitalización que corresponde reembolsar sean los que señala la ley 18.469.

La póliza que se analiza fue aprobada por Circular N° 581, de fecha 4 de enero de 1986, siendo modificada, en la parte que se analiza, por la Circular N° 762, de fecha 31 de diciembre de 1987.

000000

El inciso 2° de la letra d) del artículo 2°, dice, actualmente, lo siguiente:

"El asegurador pagará como única indemnización por este concepto el reembolso de los gastos efectivamente incurridos por el accidentado. Sin embargo, en ningún caso dicho reembolso podrá exceder por gastos de hospitalización, el equivalente de 3 U.F. por cada día de hospitalización, cualquiera que fuere el costo efectivo de dichas prestaciones. De igual forma, el reembolso por las otras prestaciones de salud no podrá exceder al valor asignado para la respectiva prestación en el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud de la Ley N° 18.469, vigente al momento de otorgarse la prestación, aumentado en la proporción que corresponde al Grupo 2 del rol de la Modalidad de Libre Elección. Asimismo, el reembolso de los gastos farmacéuticos en ningún caso podrá exceder el precio promedio habitual en el mercado de los respectivos medicamentos".

Del tenor literal de dicha disposición se desprende claramente que ella contempla tres tipos de gastos: a) gastos de hospitalización; b) otras prestaciones; y c) gastos farmacéuticos.

En cuanto a los gastos de hospitalización sólo señaló un máximo de 3 U.F. por cada día de hospitalización, sin hacer referencia alguna a los aranceles de la ley 18.469, sino que sobre el particular debe estarse a lo dicho en la primera frase, esto es, el asegurador pagará el gasto en que efectivamente se hubiere incurrido y ese no será otro que el que se establezca en el arancel particular de cada establecimiento hospitalario, con el ya señalado tope.

Hizo referencia a la ley 18.469, solamente para "las otras prestaciones" y, para los gastos farmacéuticos, estableció como máximo el precio promedio habitual en el mercado de los respectivos medicamentos.

El conjunto de estos tres tipos de gastos no puede exceder, en total, de 90 U.F., según lo prescrito en el primer inciso de la letra d) del artículo 2° de la póliza, modificado por la citada Circular N° 762, de 31 de diciembre de 1987.

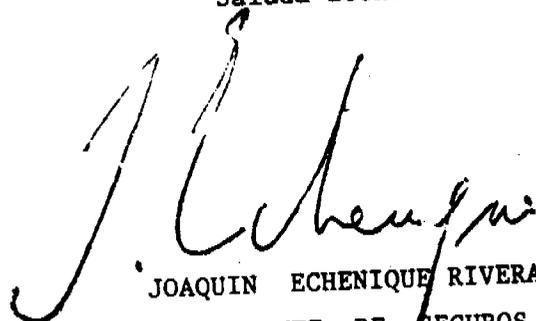
Por tal razón este Organismo coincide con la posición de esa Compañía, sólo en orden a que no puede pretenderse que el tope señalado sea el que deba reembolsarse en toda circunstancia. Estima esta Oficina que la posición contraria a la señalada infringe la regla general que establece el inciso 2° de la letra d) del artículo 2° de

SUPERINTENDENCIA DE
VALORES Y SEGUROS
CHILE

la póliza, en cuanto éste establece que el asegurador pagará como única indemnización por tal concepto el reembolso de los gastos efectivamente incurridos por el accidentado. No puede pretenderse asignarle a dicho tope una verdadera presunción de valor, sino tan sólo el de máxima indemnización.

En consecuencia, esa Compañía deberá proceder ajustándose a los conceptos vertidos en el presente oficio.

Saluda atentamente a Ud.,



JOAQUIN ECHENIQUE RIVERA
INTENDENTE DE SEGUROS
POR ORDEN DEL SUPERINTENDENTE