

NORMA DE CARÁCTER GENERAL N°

REF.: EXAMEN DE CUENTAS DE INGRESOS Y GASTOS DE LAS COMISIONES MÉDICAS. INTRODUCE EL CAPÍTULO XV A LA LETRA D, DEL TÍTULO I DEL LIBRO III, DEL COMPENDIO DE NORMAS DEL SISTEMA DE PENSIONES.

Santiago,

En uso de las facultades legales que confiere la ley a esta Superintendencia, en particular lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 11, en relación al número 3 del artículo 94, ambos del D.L. N° 3.500, de 1980, y en el artículo 47 número 6 de la Ley N° 20.255, se introducen las modificaciones contenidas en la presente Norma de Carácter General al Título I del Libro III del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones.

I. Incorporárase el siguiente Capítulo XV a la letra D. PENSIÓN DE INVALIDEZ:

“CAPÍTULO XV. EXAMEN DE CUENTAS DE INGRESOS Y GASTOS DE LAS COMISIONES MÉDICAS

1. Gastos de administración de las Comisiones Médicas

Respecto del financiamiento de los gastos de administración de las Comisiones Médicas al que deben concurrir las Administradoras de Fondos de Pensiones y el Instituto de Previsión Social, de acuerdo a lo establecido en el inciso segundo del artículo 18 del Reglamento del D.L. N° 3.500, de 1980, las citadas entidades deberán sujetarse a lo siguiente:

a) Obligaciones de las Administradoras de Fondos de Pensiones

i. Contratos

Cada vez que las AFP suscriban o modifiquen alguno de los contratos que a continuación se mencionan, deberán remitir una copia de aquél a esta Superintendencia, dentro de un plazo de diez días hábiles contado desde la fecha de la suscripción o modificación, según corresponda:

- Contratos de arrendamiento de los locales donde funcionan las Comisiones Médicas Regionales y Central.

- Contratos de prestación de servicios informáticos, procesamiento de datos y mantenimiento de instalaciones tecnológicas de las Comisiones Médicas Regionales y Central.
- Contratos de trabajo del personal y sus modificaciones y, en caso de existir, detalle de los contratos colectivos del personal administrativo de las Comisiones Médicas Regionales y Central.
- Cualquier otro contrato de prestación de servicios que sea requerido para la operación de las Comisiones Médicas Regionales y Central.

ii. Antecedentes Contables

Las Administradoras deberán realizar el cierre contable mensual de todas las cuentas de ingresos percibidos y gastos pagados, relativos a la gestión administrativa de las Comisiones Médicas, incluyendo gastos de programas específicos, activo fijo o cualquier otro egreso relacionado.

A más tardar el décimo día hábil del cierre contable antes señalado, las Administradoras deberán enviar a esta Superintendencia y al IPS, en medio digital, la información que a continuación se detalla:

- Libro mayor de cada una de las cuentas contables con sus respectivas boletas, facturas y comprobantes contables que respalden los gastos efectuados en la gestión administrativa de las Comisiones Médicas, gastos de programas específicos, gastos en activo fijo o cualquier otro egreso relacionado. La información deberá estar referida a la ejecución del mes anterior y presentarse digitalizada en forma separada por el libro mayor de cada una de las cuentas contables.
- En el caso de haberse efectuado actividades específicas relacionadas con la ampliación o traslado de oficinas, desarrollo computacional u otros activables, deberá remitir un archivo con el detalle de los activos fijos y gastos efectuados por dicho concepto.
- Balance de ocho columnas mensual y acumulado de las Comisiones Médicas.

Adicionalmente, las Administradoras deberán enviar a la Superintendencia un archivo con el flujo de caja detallado por cada una de las cuentas contables, su monto ejecutado y acumulado del período, incorporando los dos meses siguientes proyectados con igual desagregación, el cual se utilizará para la determinación de la cuota mensual de gastos de administración.

A más tardar el último día hábil del mes de mayo de cada año, las Administradoras deberán enviar a la Superintendencia y al IPS, en medio digital, los Estados Financieros auditados del ejercicio anterior.

El presupuesto de gastos de las Comisiones Médicas determinado para cada año calendario, deberá ser remitido a esta Superintendencia a más tardar el último día hábil del mes de noviembre del año anterior.

b) Obligaciones del Instituto de Previsión Social

Respecto a la proporción de los gastos administrativos que le corresponde financiar al IPS, conforme a lo establecido en el inciso segundo del artículo 18 del Reglamento del D.L. N° 3.500, de 1980, dicho Instituto deberá realizar las siguientes actividades:

- i. Revisar la totalidad de los ingresos y gastos relativos a la administración de las Comisiones Médicas, de acuerdo a los antecedentes contables informados por las AFP, en un plazo de quince días hábiles de recibida la información.
- ii. Remitir a la Superintendencia, en el mismo plazo señalado en el numeral anterior, un informe con las conclusiones finales de la revisión de los ingresos y gastos.
- iii. En caso de encontrar inconsistencias o errores en la revisión de la información contable, deberá informarlos inmediatamente a las Administradoras. Toda inconsistencia encontrada será ajustada por las Administradoras en el mes contable siguiente.
- iv. Pagar la cuota mensual de administración en un plazo de tres días hábiles de recibido el requerimiento de la Superintendencia.

2. Gastos de prestaciones médicas

a) Obligaciones de las Administradoras de Fondos de Pensiones

Una vez que las AFP hayan efectuado el pago a los interconsultores de las prestaciones médicas efectuadas, deberán solicitar al IPS el reembolso de las prestaciones otorgadas a los solicitantes de Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI). Para tal efecto, las Administradoras deberán semanalmente, efectuar las siguientes actividades:

- i. Comunicar a través de medios electrónicos a la Superintendencia y al IPS, la rendición de gastos médicos del período, incluyendo un resumen por prestador y el detalle de cada prestación, ordenado por RUN del solicitante de PBSI.
- ii. Enviar al IPS la documentación original (orden de prestación médica y boletas o facturas del interconsultor autorizado), que respalde el gasto presentado en cada rendición.
- iii. Comunicar a la Superintendencia el envío de la documentación a que se refiere el numeral ii. anterior.

- iv. Regularizar los rechazos efectuados tanto por el IPS como por esta Superintendencia, respecto de la documentación presentada para reembolso, debiendo remitir nuevamente los documentos sustentatorios corregidos, los que serán presentados en una nueva rendición de rechazos regularizados.

A su vez, las Administradoras deberán remitir a esta Superintendencia y al IPS, en medio digital, la siguiente documentación referida al financiamiento de las prestaciones médicas decretadas por las Comisiones Médicas:

- i. Libro mayor de cada una de las cuentas de ingresos y egresos, y los comprobantes contables de las cuentas de egresos. La información deberá estar referida al mes anterior y remitirse a más tardar el décimo día hábil de cada mes.
- ii. Comprobantes contables de las cuentas de ingresos percibidos de las prestaciones médicas, prestaciones médicas reembolsadas y rechazadas e ingreso bancario por las rendiciones efectivamente pagadas. Esta información deberá remitirse después de ser contabilizada y en un plazo no superior a cinco días hábiles contados desde la recepción del detalle de las rendiciones involucradas, remitido por el IPS. Dicha información no podrá ser modificada después del cierre contable.
- iii. Estados Financieros de las prestaciones médicas del ejercicio correspondiente a cada año auditado. Esta información deberá remitirse a más tardar el último día hábil del mes de mayo del año siguiente.

En caso que las Administradoras proyecten anticipadamente un saldo insuficiente del fondo por rendir de las prestaciones médicas, deberán informar oportunamente tal situación al IPS y a la Superintendencia.

b) Obligaciones del Instituto de Previsión Social

El IPS deberá realizar las siguientes actividades en relación con el financiamiento de las prestaciones médicas decretadas por las Comisiones Médicas:

- i. Una vez que las Administradoras presenten al IPS una solicitud de reembolso de prestaciones médicas, éste revisará la totalidad de los documentos originales despachados en cada rendición, aprobando el reembolso de los gastos que cumplen con las condiciones de pago y devolviendo aquellos que deban ser rechazados por inconsistencias o errores en la información.
- ii. El IPS deberá validar cada prestación reportada por la Administradora, verificando que cada solicitud de beneficio solidario de invalidez registrada en sus sistemas, corresponde al nombre del solicitante identificado en la respectiva orden de atención. Además, el IPS deberá comprobar que el solicitante no se encontraba fallecido, al momento de realizada la prestación médica, para cuyo efecto deberá revisar si la defunción de dicha persona figura registrada en el Sistema del Servicio

de Registro Civil e Identificación. Lo anterior con excepción de los pagos parciales convenidos con los interconsultores domiciliarios, en aquellos casos en que las Comisiones Médicas no cuentan con antecedentes del fallecimiento del solicitante con antelación al requerimiento de la prestación.

- iii. Asimismo, el IPS deberá devolver a las Administradoras todas las órdenes de interconsultores, facturas o boletas de honorarios en original, que no se encuentren correctamente emitidas o que no hayan sido validadas, en un plazo máximo de siete días hábiles contados desde la recepción de la respectiva rendición. En particular, deberá considerar las siguientes situaciones:
- Falta de la firma o firma facsímil del Presidente de la Comisión Médica o de quién éste delegue y del timbre de la Comisión, en la orden de atención médica.
 - Falta de la firma o huella digital del solicitante en la orden médica.
 - Falta de la firma del profesional interconsultor o su representante en la boleta de honorarios, exceptuándose de este requerimiento las boletas electrónicas.
 - Falta de detalle en la boleta de honorarios, en la factura o en informe adjunto: nombre del solicitante, su RUN y prestaciones realizadas.
 - Falta de certificación de la recepción del peritaje por la Comisión Médica, en la orden médica, en la que se indique el número de la boleta de honorarios o factura.
 - Falta de timbre o firma de cancelación de la factura, exceptuándose de este requerimiento las facturas electrónicas.
 - Boleta de honorarios o factura mal extendida o con errores.
 - Código de ajuste no justificados superior a \$1.000.
- iv. El Instituto de Previsión Social deberá efectuar una transferencia bancaria a esta Superintendencia, correspondiente al monto de la rendición aprobada, dentro de un plazo de siete días hábiles contados desde la recepción de la respectiva rendición.
- v. Una vez que el Instituto efectúe la transferencia bancaria a la Superintendencia, deberá remitir por medios electrónicos la siguiente información relacionada con el reembolso de cada rendición:
- Número de la rendición.
 - Fecha de transferencia bancaria.
 - Monto transferido.
 - Carta de rendición de las Administradoras.

- Archivo con los resultados de las validaciones realizadas.
- Archivo detallado con los rechazos de la respectiva rendición.
- Resumen de la Liquidación.

vi. Las rendiciones identificadas como rechazos regularizados, tendrán el mismo procedimiento y se deberán rendir dos veces al mes.

II. Vigencia

Esta norma entrará en vigencia a contar de esta fecha.



SOLANGE M. BERSTEIN JAUREGUI
Superintendente de Pensiones