



# Guía Implementación

## Conjunto Mínimo de Datos

V 1.5

---

Mensajes para Cuenta Médica FONASA

Proceso Ambulatorio y Hospitalización

**VERSIONES**

<b>Fecha</b>	<b>Asunto</b>	<b>Responsable</b>	<b>Versión</b>
11-08-2017	Conjunto Mínimo de Datos	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ César Galindo (CENS)</li><li>❖ Ignacio Pineda (Salud + Desarrollo)</li><li>❖ Pablo Orefice (Salud + Desarrollo)</li><li>❖ Jorge Cristi (Salud + Desarrollo)</li><li>❖ Carlos Nuñez (FONASA)</li><li>❖ Jorge Mansilla (CENS)</li></ul>	<b>1.5</b>

## **CONTROL DE CAMBIOS**

- 1) Se agregan los siguientes datos en Cierre y Valorización
  - a. Número de folio
  - b. Código de validación folio
  - c. Glosa
  - d. Código grupo FONASA
  - e. Código de programa

## Índice General

<b>1.</b>	<b><i>Introducción</i></b> .....	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b><i>Alcance del documento</i></b> .....	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b><i>Objetivo</i></b> .....	<b>8</b>
<b>4.</b>	<b><i>Metodología</i></b> .....	<b>9</b>
<b>5.</b>	<b><i>Conjunto mínimo de datos caso de uso Validación Beneficiario y Prestador</i></b> .....	<b>10</b>
<b>6.</b>	<b><i>Conjunto mínimo de datos caso de uso Valorización</i></b> .....	<b>22</b>
<b>7.</b>	<b><i>Conjunto mínimo de datos caso de uso Cierre Cuenta Médica</i></b> .	<b>32</b>
<b>8.</b>	<b><i>Anexo</i></b> .....	<b>41</b>
<b>8.1</b>	<b>Tabla Código de programa</b> .....	<b>41</b>

## **1. INTRODUCCIÓN**

El proyecto de cuenta médica interoperable tiene como objetivo final es que la información sanitaria y financiera necesaria para asegurar la continuidad del negocio entre prestadores y FONASA sea comunicada de manera interoperable y estandarizada, lo que finalmente se traducirá en un beneficio directo para los beneficiarios. El conocimiento que será posible generar permitirá caracterizar el uso de recursos, complementar y justificar la incorporación de nuevas prestaciones al sistema de financiamiento y así, eventualmente, mejorar la cobertura.

El piloto del proyecto está contemplado en cuatro fases consecutivas que terminará en octubre del 2017 (Ver documento narrativo del proyecto). Esta guía de implementación del conjunto mínimo de datos es resultado de una de las cuatro mesas de trabajo formadas para el cumplimiento de la Fase de Diseño. Los datos fueron identificados y definidos por los participantes en distintas instancias, siendo el objetivo de la Mesa Semántica el definir y normalizar el conjunto mínimo de datos.

La mensajería a utilizar en el piloto de cuenta médica interoperable necesaria para cumplir el objetivo planteado se delimitó basándose en los datos identificados anteriormente, razón por la cual es fundamental contar con un documento que explique y estandarice definiciones de la información a intercambiar.

Los participantes de las mesas de trabajo fueron los siguientes:

- Fondo Nacional de Salud
- Servicio de Salud Araucanía Sur
- Servicio de Salud Talcahuano
- Servicio de Salud Maule
- Clínica Indisa

## **Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

- Clínica Dávila
- Megasalud
- Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud
- Subcomité de Salud – Comité de Industrias Inteligentes (CORFO)

## **2. ALCANCE DEL DOCUMENTO**

La información publicada en el presente documento son aquellos datos incluidos la atención médica de beneficiarios en dos ámbitos: Ambulatorio (MLE) y Hospitalario (MLE y MAI), excluyendo encuentros médicos bajo la modalidad de Ley de Urgencia, GES, Ley Ricarte Soto y Diálisis.

### **3. OBJETIVO**

La normalización del conjunto mínimo de datos necesarios para asegurar la trazabilidad financiera y sanitaria de aquellos beneficiarios que son atendidos en la red de prestadores públicos y privados del país.



## **4. METODOLOGÍA**

Se presentan juntos los datos para ambos procesos, explicitando que dato es obligatorio y cual es opcional en ambos procesos.

Se utilizó la siguiente tabla para la descripción y definición de cada dato:

Nombre	
Descripción completa	
Origen del dato	
Destino del dato	
Caso de uso	
Tipo de dato	
Rango o Dominio	
Obligatoriedad	
Cardinalidad	
Aclaraciones	
Códigos	
Ejemplo	

La tabla fue completada y validada por los participantes de la mesa de trabajo semántica, tomando como insumo original el mapa conceptual del conjunto mínimo de datos realizado por las mesas de proceso ambulatorio y hospitalario.

## **5. CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS CASO DE USO VALIDACIÓN BENEFICIARIO Y PRESTADOR**

<b>Nombre</b>	<b>ID identificación</b>
Descripción completa	Número del documento de identificación presentado por el beneficiario
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Numero completo, sin puntos ni guion
Códigos	No aplica
Ejemplo	123423453

<b>Nombre</b>	<b>Primer apellido y nombres</b>
Descripción completa	Primer apellido del beneficiario y ambos nombres
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Texto
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Requerido por estándar HL7
Códigos	No aplica
Ejemplo	Pérez, Juan Rodrigo

**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Segundo apellido</b>
Descripción completa	Segundo apellido del beneficiario
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Texto
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Opcional para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Requerido por estándar HL7
Códigos	No aplica
Ejemplo	Soto

<b>Nombre</b>	<b>Entidad que emite el documento de identificación</b>
Descripción completa	Entidad que emite el documento presentado por el beneficiario
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Texto
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Opcional para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Requerido por estándar HL7
Códigos	No aplica
Ejemplo	Registro civil

**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Tipo de documento</b>
Descripción completa	Documento oficial presentado por el beneficiario al momento de la atención.
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Texto
Rango o Dominio	"Cédula de Identidad" "Visa en trámite" "Visa de Trabajo"
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Se aceptará cualquiera de los tres documentos.
Códigos	Según estándar HL7 (Table 0203) CZ: Tarjeta de ciudadanía NI: Carnet de Identidad PPN: Pasaporte WP: Visa de Trabajo
Ejemplo	NI: Carnet de Identidad

<b>Nombre</b>	<b>País Emisor Documento</b>
Descripción completa	País emisor de documento presentado por el beneficiario
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	País emisor de documento presentado por el beneficiario
Códigos	Códigos Países según ISO 3166-1
Ejemplo	152: Chile

### **Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Código de Tipo de Encuentro</b>
Descripción completa	Define el tipo de encuentro entre prestador y beneficiario
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	"Hospitalizado" "Urgencia" "Ambulatorio"
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Prestador identifica un tipo de encuentro
Códigos	01: Hospitalizado 02: Urgencia 03: Ambulatorio
Ejemplo	01: Hospitalizado

<b>Nombre</b>	<b>Fecha y hora del encuentro</b>
Descripción completa	Fecha y hora del encuentro inicial entre el paciente y el prestador (recepción).
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Datetime
Rango o Dominio	YYYYMMDDhhmmss±ZZZZ
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	YYYY: Año cuatro dígitos MM: Mes dos dígitos (1 a 12) DD: Día dos dígitos (1 a 31) hh: Hora dos dígitos (1 a 23) mm: Minutos dos dígitos (1 a 59) ss: segundos dos dígitos (1 a 59) ZZZZ: Zona horaria.
Códigos	Formato según HL7 e ISO 8601.
Ejemplo	19441105081530-0400 = noviembre 5, 1944, 8:15:30

**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>ID encuentro propio</b>
Descripción completa	Número identificador asignado al paciente por el prestador
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	ID asociado al paciente por el beneficiario
Códigos	No aplica
Ejemplo	3445234

<b>Nombre</b>	<b>Razón Social(Nombre Aplicación)</b>
Descripción completa	Nombre de institución
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Nombre de prestador inscrito en FONASA
Códigos	No aplica
Ejemplo	Clínica Sonrisa

**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>RUT del profesional</b>
Descripción completa	Corresponde al número del documento de la cédula de identidad del profesional a cargo de la atención
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Solo para proceso Ambulatorio.
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Número sin puntos o guion. Es obligatorio para consultas médicas. Para el caso de exámenes de laboratorio o estudios de imágenes, no se incluirá.
Códigos	No aplica
Ejemplo	123423453

<b>Nombre</b>	<b>Rut Prestador Jurídico</b>
Descripción completa	Corresponde al identificador tributario del prestador
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	
Códigos	No aplica
Ejemplo	132355334

**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>RUT sucursal</b>
Descripción completa	Corresponde al identificador tributario de las sucursales asociadas a prestadores privados
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Solamente para prestadores privados.
Códigos	No aplica
Ejemplo	132355334

<b>Nombre</b>	<b>Código de establecimiento</b>
Descripción completa	Corresponde al código otorgado por el DEIS del MINSAL
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Solo para prestadores públicos
Códigos	Maestro prestadores FONASA
Ejemplo	102302



**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Código Establecimiento FONASA</b>
Descripción completa	Código establecimiento FONASA
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Requerido por estándar internacional
Códigos	0: FONASA
Ejemplo	0: FONASA

<b>Nombre</b>	<b>RUT FONASA</b>
Descripción completa	Corresponde al identificador tributario de FONASA
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Requerido por estándar internacional
Códigos	616030000
Ejemplo	616030000

### **Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Número de transacción</b>
Descripción completa	Valor incremental, el cual identifica la transacción.
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Para la primera ocurrencia del segmento, la secuencia debería ser 01, para la segunda 02, etc. Requerido por el estándar HL7.
Códigos	01, 02, 03.....N
Ejemplo	01

<b>Nombre</b>	<b>Leyes previsionales</b>
Descripción completa	Ley que cubre encuentro médico para fines de valorización y pago de la cuenta médica
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	Leyes previsionales
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Según Decreto ex. 643 del código de Salud
Códigos	01: Ley 18.490 Accidentes de Transporte 02: Ley 16.744 Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales 03: Ley 16.744 Accidente Escolar 04: Ley 19.650/99 De Urgencia 05: Ley 19.966 PRAIS 06: Ley 19.66 Régimen General de Garantías en Salud GES 96: Ninguna 97: No Recuerda
Ejemplo	01: Ley 18.490 Accidentes de Transporte

### **Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Previsión</b>
Descripción completa	Previsión de salud del cual el beneficiario refiere pertenecer
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	Leyes previsionales
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Según Decreto ex. 643 del código de Salud. El prestador envía el dato referido por el beneficiario, que debe ser validado por FONASA
Códigos	01 FONASA 02 ISAPRE 03 CAPREDENA 04 DIPRECA 05 SISA 96: NINGUNA 99: DESCONOCIDO
Ejemplo	01: FONASA

<b>Nombre</b>	<b>RUT Médico Hospitalización</b>
Descripción completa	Número del documento de la cédula de identidad del profesional quien ordenó la hospitalización
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para proceso Hospitalario
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Número sin puntos o guion. Es obligatorio para consultas médicas. Es el RUT del profesional quien ordenó la hospitalización
Códigos	No aplica
Ejemplo	156422357

### **Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Código ACK</b>
Descripción completa	Respuesta al mensaje enviado por prestadores
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Alfabético
Rango o Dominio	"Aceptar" "Rechazar"
Obligatoriedad	Obligatorio ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Requerido por estándar HL7
Códigos	AA: Aceptar AR: Rechazar
Ejemplo	AA: Aceptar

<b>Nombre</b>	<b>Tramo beneficiario</b>
Descripción completa	Tramo de FONASA al cual pertenece el beneficiario
Origen del dato	FONASA
Destino del dato	Prestador
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	"A" "B" "C" "D"
Obligatoriedad	Obligatorio ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Solamente se puede seleccionar una opción. Según Decreto ex. 643 del código de Salud
Códigos	A: Tramo A B: Tramo B C: Tramo C D: Tramo D

**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>ID encuentro FONASA</b>
Descripción completa	Código identificador entregado por FONASA.
Origen del dato	FONASA
Destino del dato	Prestador
Caso de uso	Identificación y Validación
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Identificador asociado por encuentro médico del beneficiario. Se utilizará para trazar el encuentro médico del beneficiario. Es único por paciente o encuentro médico.
Ejemplo	X455YU

## **6. CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS CASO DE USO VALORIZACIÓN**

<b>Nombre</b>	<b>Código Prestación FONASA</b>
Descripción completa	Código de prestación arancelada por FONASA
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Texto
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Opcional para ambos procesos (En caso de que se haya otorgado una prestación arancelada será obligatorio)
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	Código de la prestación arancelada por FONASA.
Códigos	Arancel FONASA ( <a href="https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/prestadores/normativa/aranceles">https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/prestadores/normativa/aranceles</a> )
Ejemplo	0702001

---

<b>Nombre</b>	<b>Glosa Prestación FONASA</b>
Descripción completa	Glosa de prestación incluida en el arancel FONASA
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Texto
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Opcional para ambos procesos (En caso de que se haya otorgado una prestación arancelada será obligatorio)
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	Requerido por estándar HL7
Códigos	No aplica
Ejemplo	Preparación de glóbulos rojos, plasma, plaquetas o crioprecipitación

### **Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Código prestación no arancelada FONASA</b>
Descripción completa	Necesario para aquellas prestaciones no incluidas en el arancel FONASA
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Alfabético
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Opcional para ambos procesos (En caso de que se haya otorgado una prestación no arancelada, será obligatorio)
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	Pueden ser distintitos tipos de códigos, desde propios hasta otros aceptados internacionalmente (CIE 9, CIE 10)
Códigos	No aplica
Ejemplo	54564

<b>Nombre</b>	<b>Glosa de prestaciones no codificadas por FONASA</b>
Descripción completa	Prestaciones no incluidas en arancel FONASA realizadas por el prestador
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Alfabético
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Opcional para ambos procesos (En caso de que se haya otorgado una prestación no arancelada, será obligatorio)
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	Glosa de 1 o varias prestaciones, requeridas por el estándar HL7
Códigos	No aplica
Ejemplo	Scanner de cabeza y cuello

**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Técnica Quirúrgica</b>
Descripción completa	Técnica quirúrgica utilizada para la resolución del problema de salud del beneficiario.
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Opcional para ambos procesos (Será obligatorio en el caso de intervenciones quirúrgicas y procedimientos en Ambulatorio y Hospitalario)
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Se deberá asignar un valor para cada prestación quirúrgica
Códigos	0: No aplica 1: Convencional 2: Endovascular 3: Videolaparoscópica 4: Endoscópica 5: Percutánea 6: Otras Técnicas 7: Microquirúrgica
Ejemplo	1: Convencional



### **Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Tipo de codificación</b>
Descripción completa	Codificación utilizada para identificar las prestaciones.
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Texto
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Codificación utilizada para identificación de prestaciones y diagnósticos. Requeridos por estándar HL7
Códigos	99000: Aranceles FONASA 99001: Tabla de técnica quirúrgica FONASA L: Codiguera propia I10: CIE-10 I9: CIE-9 SCT: SNOMED Clinical Terms LN: LOINC NDA: NANDA
Ejemplo	SCT: SNOMED Clinical Terms

<b>Nombre</b>	<b>Valor de prestaciones codificadas por FONASA</b>
Descripción completa	Valor particular por institución
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	Pesos Chilenos
Obligatoriedad	Opcional para ambos procesos (Obligatorio cuando se haya reportado prestación codificada por FONASA)
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	Valor, en pesos chilenos, de las prestaciones aranceladas por FONASA. Sin puntos o comas. Es el valor que cada institución cobra por la prestación otorgada
Códigos	No aplica
Ejemplo	250000

**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Valor de prestaciones no aranceladas</b>
Descripción completa	Valor de las prestaciones otorgadas al beneficiario que no están incluidas en el arancel FONASA
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	Pesos Chilenos
Obligatoriedad	Opcional para ambos procesos (Obligatorio cuando se haya reportado prestación no arancelada por FONASA)
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	Valor, en pesos chilenos, de las prestaciones aranceladas por FONASA. Sin puntos o comas. Es el valor que cada institución cobra por la prestación otorgada.
Códigos	No aplica
Ejemplo	250000

<b>Nombre</b>	<b>Contador de prestaciones</b>
Descripción completa	Cantidad entregada de cada prestación
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	Se utiliza para contar el número de veces que cada prestación fue entregada.
Códigos	No aplica
Ejemplo	8

### **Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Código de programa</b>
Descripción completa	Corresponde a la concatenación de la Modalidad de Atención + Tipo de Contrato + Subclasificación de contrato, con lo cual se llevó a crear un código único para este ítem.
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	La modalidad de atención solamente puede ser una. Se asocia a diferentes tipos y subclasificaciones de contrato.
Códigos	Ver tabla en Anexo 8.1
Ejemplo	MAI + Convenio Marco + Diálisis = <b>01020201</b>

<b>Nombre</b>	<b>Fecha y hora de Valorización</b>
Descripción completa	Momento de la valorización del copago por parte del prestador
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Datetime
Rango o Dominio	YYYYMMDDhhmmss±ZZZZ
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Fecha en la cual el prestador envía los datos a FONASA para la valorización de la cuenta médica. Según el proceso, podrá ser antes o después de recibir las prestaciones.
Códigos	YYYY: Año cuatro dígitos MM: Mes dos dígitos (1 a 12) DD: Día dos dígitos (1 a 31) hh: Hora dos dígitos (1 a 23) mm: Minutos dos dígitos (1 a 59) ss: segundos dos dígitos (1 a 59) ZZZZ: Zona horaria.
Ejemplo	Formato según HL7 e ISO 8601.

**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>RUT equipo médico</b>
Descripción completa	Corresponde al número de documento del profesional asociado a la intervención
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para proceso hospitalario y ambulatorio siempre que exista un procedimiento quirúrgico.
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	RUT del prestador individual asociado a la intervención. Se podrá poner varios RUT, según cuantos profesionales intervinieron para otorgar la prestación al paciente
Códigos	No aplica
Ejemplo	132456547

<b>Nombre</b>	<b>RUT Facturación</b>
Descripción completa	Corresponde al RUT el cual se hace la facturación de las prestaciones.
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio ambos procesos.
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	Puede ser el RUT Jurídico de la institución, RUT de sociedades médicas o el RUT particular de los profesionales de la salud. Cada prestación debe venir con un RUT de facturación.
Códigos	No aplica
Ejemplo	132456547

### **Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Labor</b>
Descripción completa	Corresponde al tipo de participación del profesional en la intervención
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para proceso Hospitalario
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	Cada RUT equipo médico deberá estar asociado a un valor de Labor
Códigos	1: Primer Cirujano 2: Anestesista (Mismo 1er Cirujano) 3: Anestesista (Otro Profesional) 4: Segundo Cirujano 5: Tercer Cirujano 6: Cuarto Cirujano 7: Quinto Cirujano
Ejemplo	1: Primer cirujano

<b>Nombre</b>	<b>Participación en la cirugía</b>
Descripción completa	Corresponde al atributo de cobro de los profesionales que intervinieron en la cirugía
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	"Participa y cobra" "No cobra o sin convenio" "Ausente"
Obligatoriedad	Obligatorio para proceso Hospitalario
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	Cada RUT de equipo médico deberá estar asociado a labor y participación en la cirugía
Códigos	1: Participa y cobra 2: Participa y no cobra o sin convenio
Ejemplo	1: Participa y cobra

### **Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Monto arancel</b>
Descripción completa	Precio de la prestación arancelada por FONASA.
Origen del dato	FONASA
Destino del dato	Prestador
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	Pesos Chilenos
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	El precio de la prestación reportada por el prestador (puede ser el arancel FONASA o no). El precio debe ser por prestación
Códigos	No aplica
Ejemplo	Consulta por especialista: 35000

<b>Nombre</b>	<b>Monto Bonificación FONASA</b>
Descripción completa	Monto bonificado por FONASA para todas las prestaciones reportadas
Origen del dato	FONASA
Destino del dato	Prestador
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	Pesos Chilenos
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	Monto de bonificación por FONASA (para aquellas prestaciones no aranceladas será 0)
Códigos	No aplica
Ejemplo	Consulta por especialista: 15000

### **Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Monto Seguros Complementarios</b>
Descripción completa	Monto cubierto por seguros complementarios del beneficiario
Origen del dato	FONASA
Destino del dato	Prestador
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	Pesos Chilenos
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	En caso de que el beneficiario no tenga seguros complementarios, el valor será 0
Códigos	No aplica
Ejemplo	Consulta por especialista: 0

<b>Nombre</b>	<b>Monto total a pagar</b>
Descripción completa	Monto final del copago a realizar el beneficiario. En este monto final ya viene incluido la bonificación de FONASA y los seguros complementarios por prestación
Origen del dato	FONASA
Destino del dato	Prestador
Caso de uso	Valorización
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	Pesos Chilenos
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	Monto final de pago. Es el balance de todos los montos anteriores.
Códigos	No aplica
Ejemplo	Consulta por especialista: 20000

## **7. CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS CASO DE USO CIERRE CUENTE MÉDICA**

<b>Nombre</b>	<b>Código Diagnóstico o problema de salud principal</b>
Descripción completa	Código diagnóstico o problema de salud principal del paciente.
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para proceso Ambulatorio (en exámenes de laboratorio o imágenes, se utilizará el diagnóstico presuntivo de la orden de exámenes). Obligatorio para proceso Hospitalario
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Codificación del diagnóstico principal asociado al encuentro médico. Para aquellos prestadores que consuman SNOMED CT se solicitará el código SNOMED CT. Para aquellos que no, otro tipo de codificación.
Códigos	SNOMED CT u otros
Ejemplo	38341003: Hypertensive disorder, systemic arterial (disorder)

<b>Nombre</b>	<b>Glosa Diagnóstico o problema de salud principal</b>
Descripción completa	Glosa diagnóstico o problema de salud principal del paciente.
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Texto
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para proceso Ambulatorio (en exámenes de laboratorio o imágenes, se utilizará el diagnóstico presuntivo de la orden de exámenes). Obligatorio para proceso Hospitalario
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Glosa para el diagnóstico o problema de salud principal identificado en el encuentro médico
Códigos	No aplica
Ejemplo	Hypertensive disorder, systemic arterial (disorder)



**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Código Diagnósticos o problemas de salud secundarios</b>
Descripción completa	Códigos diagnósticos o problemas de salud secundarios.
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para proceso Ambulatorio (en exámenes de laboratorio o imágenes, se utilizará el diagnostico presuntivo de la orden de exámenes). Obligatorio para proceso Hospitalario
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Codificación de los diagnósticos secundarios asociado al encuentro médico. Para aquellos prestadores que consuman SNOMED CT se solicitará el código SNOMED CT. Para aquellos que no, otro tipo de codificación.
Códigos	SNOMED CT u otros

<b>Nombre</b>	<b>Glosa Diagnósticos o problemas de salud secundarios</b>
Descripción completa	Glosa diagnósticos o problemas de salud secundarios
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Texto
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para proceso Ambulatorio (en exámenes de laboratorio o imágenes, se utilizará el diagnostico presuntivo de la orden de exámenes). Obligatorio para proceso Hospitalario
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Glosa para los diagnósticos o problemas de salud secundarios identificados en el encuentro médico
Códigos	No aplica
Ejemplo	Hypertensive disorder, systemic arterial (disorder)

**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Estado del diagnóstico/problema de salud</b>
Descripción completa	Estado del diagnóstico principal al momento del registro diagnóstico
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	"Diagnostico Principal" "Diagnostico Secundario"
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos (Ambulatorio y Hospitalario)
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Codificación del estado del diagnóstico principal.
Códigos	01: Diagnostico Principal 02: Diagnostico Secundario
Ejemplo	01: Diagnostico Principal

<b>Nombre</b>	<b>Fecha y hora del diagnóstico o problema de salud principal</b>
Descripción completa	Momento del diagnóstico realizado por un profesional de la salud
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Datetime
Rango o Dominio	YYYYMMDDhhmmss±ZZZZ
Obligatoriedad	Obligatorio para proceso Ambulatorio en Consultas Médicas. Para exámenes e imágenes no se pedirá. Obligatorio para proceso Hospitalario
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Sera valido tanto para problemas de salud confirmados como para aquellos en estado de sospecha. YYYY: Año cuatro dígitos MM: Mes dos dígitos (1 a 12) DD: Día dos dígitos (1 a 31) hh: Hora dos dígitos (1 a 23) mm: Minutos dos dígitos (1 a 59) ss: segundos dos dígitos (1 a 59) ZZZZ: Zona horaria.
Códigos	Formato según HL7 e ISO 8601.
Ejemplo	19441105081530-0400=noviembre 5, 1944, 8:15:30

**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Fecha y hora cierre del encuentro</b>
Descripción completa	Fecha y hora del cierre del encuentro médico.
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Datetime
Rango o Dominio	YYYYMMDDhhmmss±ZZZZ
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	YYYY: Año cuatro dígitos MM: Mes dos dígitos (1 a 12) DD: Día dos dígitos (1 a 31) hh: Hora dos dígitos (1 a 23) mm: Minutos dos dígitos (1 a 59) ss: segundos dos dígitos (1 a 59) ZZZZ: Zona horaria.
Códigos	Formato según HL7 e ISO 8601.
Ejemplo	19441105081530-0400 = noviembre 5, 1944, 8:15:30

<b>Nombre</b>	<b>Fecha y hora del alta administrativa</b>
Descripción completa	Fecha y hora en la cual el paciente fue efectivamente dado de alta del servicio clínico. Deberá ser consecuente con dato reportado en la epicrisis
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Datetime
Rango o Dominio	YYYYMMDDhhmmss±ZZZZ
Obligatoriedad	Obligatorio para Hospitalario
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	YYYY: Año cuatro dígitos MM: Mes dos dígitos (1 a 12) DD: Día dos dígitos (1 a 31) hh: Hora dos dígitos (1 a 23) mm: Minutos dos dígitos (1 a 59) ss: segundos dos dígitos (1 a 59) ZZZZ: Zona horaria.
Códigos	Formato según HL7 e ISO 8601.
Ejemplo	19441105081530-0400 = noviembre 5, 1944, 8:15:30

**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>RUT Médico Tratante</b>
Descripción completa	RUT del médico responsable del paciente. Corresponde al médico que firma la epicrisis
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Obligatorio para Hospitalario
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	El médico tratante es aquel quien firma el alta clínica del paciente.
Códigos	No aplica
Ejemplo	16345342k

<b>Nombre</b>	<b>Estado al alta</b>
Descripción completa	Estado del paciente al momento del alta
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	"Vivo" "Fallecido"
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Estado del beneficiario al momento del cierre del encuentro médico
Códigos	1: Vivo 2: Fallecido
Ejemplo	1: Vivo

### **Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Fecha y hora de prestaciones</b>
Descripción completa	Corresponde a la fecha y hora del otorgamiento de las prestaciones. Fecha y hora para cada prestación recibida por el beneficiario
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Datetime
Rango o Dominio	YYYYMMDDhhmmss±ZZZZ
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	YYYY: Año cuatro dígitos MM: Mes dos dígitos (1 a 12) DD: Día dos dígitos (1 a 31) hh: Hora dos dígitos (1 a 23) mm: Minutos dos dígitos (1 a 59) ss: segundos dos dígitos (1 a 59) ZZZZ: Zona horaria.
Códigos	Formato según HL7 e ISO 8601.
Ejemplo	19441105081530-0400 = noviembre 5, 1944, 8:15:30

<b>Nombre</b>	<b>Recepción de Cuenta</b>
Descripción completa	Mensaje enviado por FONASA para confirmar la recepción o no de los datos enviados por los prestadores
Origen del dato	FONASA
Destino del dato	Prestador
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	"Aceptada" "Rechazada" "Pendiente"
Obligatoriedad	Obligatorio para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	ACK para mensaje enviado por prestadores al momento del cierre de la cuenta médica
Códigos	1: Aceptada 2: Rechazada 3: Pendiente
Ejemplo	1: Aceptada

**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Código SNOMED CT</b>
Descripción completa	Código SNOMED CT para diagnósticos y prestaciones enviadas por prestadores que no consuman los servicios terminológicos disponibilizados por FONASA
Origen del dato	FONASA
Destino del dato	Prestador
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Opcional para ambos procesos
Cardinalidad	{1...N}
Aclaraciones	Solo se enviará para los diagnósticos o problemas de salud principales
Códigos	Según SNOMED CT
Ejemplo	38341003: Hypertensive disorder, systemic arterial (disorder)

<b>Nombre</b>	<b>Número Folio</b>
Descripción completa	Número de serie del documento que acredita el pago de la atención.
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	No aplica
Obligatoriedad	Opcional para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Solamente requerido en proceso ambulatorio y hospitalizado PAD.
Códigos	No aplica
Ejemplo	Folio a entregar por FONASA

### **Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Código Validación</b>
Descripción completa	Código generado por FONASA, el cual hace referencia a la validez o invalidez del folio.
Origen del dato	FONASA
Destino del dato	Prestador
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	"0" o "1"
Obligatoriedad	Opcional para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Solamente requerido en proceso ambulatorio y hospitalizado PAD
Códigos	Tabla propia
Ejemplo	0

<b>Nombre</b>	<b>Glosa</b>
Descripción completa	Descripción referente al Código de Validación.
Origen del dato	FONASA
Destino del dato	Prestador
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Alfanumérico
Rango o Dominio	"Válido" o "Invalido"
Obligatoriedad	Opcional para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	Solamente requerido en proceso ambulatorio y hospitalizado PAD
Códigos	Tabla propia
Ejemplo	Válido

**Conjunto Mínimo de Datos (CMD). V1.5**

<b>Nombre</b>	<b>Código grupo FONASA</b>
Descripción completa	Código para indicar aquellas prestaciones que pertenecen a una canasta o PAD.
Origen del dato	Prestador
Destino del dato	FONASA
Caso de uso	Cierre de Cuenta Médica
Tipo de dato	Numérico
Rango o Dominio	No Aplica
Obligatoriedad	Opcional para ambos procesos
Cardinalidad	{1...1}
Aclaraciones	En caso de prestaciones que no estén incluidas en algún paquete de prestaciones, dejar en blanco.
Códigos	Tabla propia
Ejemplo	2501007: Úlcera Gástrica Complicada



## 8. ANEXO

### 8.1 TABLA CÓDIGO DE PROGRAMA

Modalidad de atención	Tipo de contrato	Subclasificación de tipo de contrato	Código de programa	
MAI	ACUERDOS DE SERVICIO DE SALUD	PPV GES PROG.	<b>01010101</b>	
		PPV GES NO PROG.	<b>01010102</b>	
		PPV NO GES PROG.	<b>01010103</b>	
		PPV NO GES NO PROG.	<b>01010104</b>	
		PPI	<b>01010105</b>	
		PPI EXAMEN MEDICINA PREVENTIVA	<b>01010106</b>	
		APS GES	<b>01010107</b>	
		APS NO GES	<b>01010108</b>	
		APS EXAMEN MEDICINA PREVENTIVA	<b>01010109</b>	
		DFL 36	<b>01010110</b>	
	OTROS	<b>01010199</b>		
	CONVENIO MARCO	DIALISIS	<b>01020201</b>	
		OTROS	<b>01020299</b>	
	LICITACION PUBLICA	SERVICIOS DE PRESTACIONES DE SALUD GES (2° PRESTADOR)	<b>01030301</b>	
		RESOLUCION INTEGRAL PACIENTE AGUDO Y AGUDIZADO GES (CAMA CRITICA POR GRD) GES	<b>01030302</b>	
		RESOLUCIÓN INTEGRAL PACIENTE AGUDO Y AGUDIZADO NO GES (CAMA CRITICA POR GRD) NO GES	<b>01030303</b>	
		CONVENIO AUGE (Radioterapia, Lista de Espera)	<b>01030304</b>	
		CONVENIO NO AUGE (ELEAM)	<b>01030305</b>	
		OTROS	<b>01030399</b>	
	TRATO DIRECTO	DIALISIS	<b>01040401</b>	
		CONVENIO AUGE (SIDA PUC HCUCH, Radioterapia)	<b>01040402</b>	
		CONVENIO NO AUGE (Hogar de Cristo, C. La Familia, Fund. Las Rosas, IDIMI, CAPREDENA)	<b>01040403</b>	
		OTROS	<b>01040499</b>	
	ACUERDOS DE COLABORACIÓN	ACUERDOS CON MUNICIPALIDADES DIALISIS	<b>01050501</b>	
		OTROS ACUERDOS DE COLABORACIÓN	<b>01050599</b>	
	MANDATADO POR LEY	LEY RICARTE SOTO	<b>01060601</b>	
		LEY DE URGENCIA GES (POST ESTABILIZACIÓN)	<b>01060602</b>	
		LEY DE URGENCIA NO GES (POST ESTABILIZACIÓN)	<b>01060603</b>	
		OTRAS LEYES	<b>01060699</b>	
	MLE	MANDATADO POR LEY	LEY DE URGENCIA (ESTABILIZACIÓN) GES	<b>02070701</b>
			LEY DE URGENCIA (ESTABILIZACIÓN) NO GES	<b>02070702</b>
		MLE	MLE (PPP)	<b>02080801</b>
			PAD	<b>02080802</b>