

PROTOCOLO PARA EL OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS QUE INDICA CON PRESTADORES CLÍNICOS SIN CONVENIO CON EL INSTITUTO DE SEGURIDAD LABORAL (ISL)

1. El 16 de marzo de 2020, se declaró la fase 4 del contagio por Coronavirus COVID-19.
2. En este contexto, tanto el Ministerio de Salud como la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), han emitido una serie de instrucciones relativas a las diversas acciones que deben ser desarrolladas por parte de los Organismos Administradores de la Ley N°16.744, para abordar la pandemia actual.
3. Dentro de las medidas dispuestas, principalmente, a través de los Oficios 1.598 y 1.887 de la SUSESO, se han detallado diversos elementos necesarios de reforzar entre las empresas afiliadas a este Instituto de Seguridad Laboral, relativos a las condiciones que han de cumplirse para la realización de exámenes PCR y -por consecuencia-, el otorgamiento del reposo que correspondiere, a las y los trabajadores protegidos por el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales:

a) Ámbito de ocurrencia del contacto: El/la trabajador/a debe haber estado en contacto con una persona enferma o infectada con COVID-19 en el centro de trabajo, por ejemplo, que se desempeña en el mismo lugar (subalterno/a, compañero/a de trabajo, jefatura, etc.), o con alguien que acude al centro de trabajo, considerando las características propias del servicio (usuario/a o cliente), o bien, en un medio de transporte dispuesto por la entidad empleadora.

Lo anterior, según lo dispuesto por el Ministerio de Salud mediante el Ord. B1 N.º 939, del 24 de marzo de 2020, o las actualizaciones que dicha entidad instruya en el futuro. Las nóminas de contactos estrechos son enviadas por el Ministerio de Salud a los Organismos Administradores, según lo establecido en el Oficio N.º 1.220, del 27 de marzo de 2020, de esa Superintendencia.

b) Determinación de la situación de contacto estrecho: Conforme a lo dispuesto en el Ord. B1 N.º 940, del 24 de marzo de 2020 del Ministerio de Salud, la determinación de la calidad de contacto estrecho corresponde exclusivamente a la Autoridad Sanitaria Regional, en conformidad con las siguientes definiciones y criterios:

i. Contacto estrecho: Una persona en contacto con un caso confirmado de COVID-19, desde el inicio del período sintomático hasta después de haber recibido el alta según los criterios vigentes:

- Haber mantenido más de 15 minutos de contacto cara a cara, a menos de un metro.
- Haber compartido un espacio cerrado por 2 horas o más, en lugares como oficinas, trabajos, reuniones, colegios.

- Vivir o pernoctar en el mismo hogar o lugares similares como hostales, internados, instituciones cerradas, hogares de ancianos, hoteles, residencias, entre otros.
- Haberse trasladado en cualquier medio de transporte cerrado, a una proximidad menor de un metro con otro ocupante.

ii. Contacto de bajo riesgo: personas que fueron contactos de caso confirmado o sospechoso de COVID-19 y que no cumplen los criterios mencionados anteriormente.

4. Asimismo, el aumento exponencial de casos de contagio a nivel nacional, tanto en la esfera de contacto estrecho, como sintomáticos, ha provocado que las instalaciones de salud del país estén presentando un aumento de espera considerable en los tiempos de atención, cuando se trata de personas que presentan síntomas leves o asintomáticos en la urgencia.

5. Por lo anterior, y sin perjuicio del llamado de la autoridad sanitaria competente de acudir a los centros asistenciales única y exclusivamente cuando se han manifestado síntomas de contagio del virus SARS-COV19, el ISL es su calidad de Organismo Administrador ha dispuesto permitir, de manera extraordinaria y transitoria, la realización de exámenes PCR a nuestros/as trabajadores/as afiliados/as, en centros médicos que no se encuentran en convenio, donde las prestaciones serán cubiertas en calidad de "reembolso de gastos médicos".

6. Requisitos, procedimiento y condiciones necesarias excluyentes para hacer uso de la prestación.

IMPORTANTE:

EL NO CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE LA TOTALIDAD DE LOS REQUISITOS, CONDICIONES Y/O ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO QUE SE INDICAN EN EL PUNTO 6 DEL PRESENTE PROTOCOLO, IMPLICARÁ EL RECHAZO DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO.

6.1. Requisitos copulativos necesarios para hacer uso de la prestación:

6.1.1 Que el empleador/a tenga la presunción fundada respecto a que el/la trabajador/a afectado/a tuvo un **contacto estrecho en el ámbito laboral**, aún no notificado por la Autoridad Sanitaria.

- 6.1.2 Que el/la trabajador/a presente **síntomas en la esfera respiratoria (fiebre sobre 38°, tos, dificultad para respirar, entre otros), propios de COVID-19.**
- 6.1.3 Presentación ante el ISL de la respectiva **Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), previa a la atención médica y/o toma de examen,** a través de los medios establecidos para esto, por parte del empleador/a.
- 6.2. Procedimiento para activar el reembolso:**
- 6.2.1. Si el empleador/a verifica el punto 1 y 2 antes señalados, deberá completar la DIEP respectiva.
- 6.2.2. Debe completar el Anexo 1 **Encuesta exposición virus COVID-19 Declaración Simple,** adjunto a este protocolo.
- 6.2.3. La DIEP más el Anexo 1 deben ser remitidos por el empleador/a al correo electrónico reembolsocovid@isl.gob.cl.
- 6.2.4. Una vez recibida la DIEP y Anexo 1, el ISL remitirá número identificador de la denuncia, la cual debe ser conocido por el trabajador/a y se denomina "ID de siniestro".
- 6.2.5. Luego de la notificación de la DIEP y anexo correspondiente del empleador/a al ISL, y contando con el ID de siniestro, el trabajador/a podrá concurrir al centro asistencial más cercano, siguiendo los protocolos de seguridad dispuestos para esto (el traslado realizarlo con mascarilla, utilizar el medio de transporte con el menor contacto de personas posibles y mantener distancia social de 1 metro).
- 6.2.6. Una vez recibida la atención, el trabajador/a deberá solicitar al médico que realiza la consulta, completar el "**Formulario médico reembolso**" (Anexo 2) el cual debe ser suscrito por este/a profesional y debe ser presentado por el trabajador/a junto con la solicitud de reembolso.
- 6.2.7. La solicitud de reembolso debe realizarse en el sitio web <https://reembolso-covid.isl.gob.cl>
- 6.2.8. Para lo anterior, debe tener CLAVE ÚNICA.
- 6.2.9. La solicitud de reembolso debe ser ingresada adjuntando **obligatoriamente** los siguientes documentos:
- Copia de la boleta o factura de la atención médica por toma de muestra PCR.
 - **Formulario médico reembolso** completo y suscrito tanto por el/la médico, como por el trabajador/a.
 - Resultado del examen PCR.
- 6.2.10. Al momento de solicitar el reembolso, deberá consignar una cuenta bancaria para realizar el pago de las prestaciones autorizadas. El pago del reembolso será realizado exclusivamente vía transferencia electrónica.
- 6.2.11. Si el/la médico tratante emite licencia médica, ésta debe ser tipo 6.
- 6.2.12. Si la licencia médica es en formato papel, debe adjuntarla con los antecedentes clínicos (registro clínico) y administrativos (boleta) a la solicitud de reembolso.
- 6.2.13. El ISL resolverá la calificación de origen, de manera independiente a la correspondencia del reembolso.

6.3 Criterios para evaluar la solicitud de reembolso:

El reembolso de los gastos médicos se autorizará una vez que se valide dentro de los registros clínicos del ISL, que la persona: 1.- Efectivamente ingresó la DIEP con síntomas sugerentes de COVID-19 y, 2.- Que el eventual contacto con el caso positivo fue en las instalaciones del empleador (ámbito laboral).

6.4 Anexos

Modelo de DIEP.

Anexo 1.- **Encuesta exposición virus COVID-19 Declaración Simple.**

Anexo 2.- **Formulario médico reembolso.**



ANEXO 1

Encuesta exposición virus COVID-19 Declaración Simple

Fecha envío documento: _____

Estimado/a empleador/a, usted está activando el Seguro de Accidente del Trabajo y Enfermedad Profesional, para el/la trabajador/a _____ RUT _____.

Al respecto, le solicitamos responder las siguientes preguntas, que aportarán información relevante y necesaria para identificar el tipo de exposición de este/a trabajador/a.

1.- ¿Tiene conocimiento de algún trabajador/a, que se desempeñe en el mismo espacio físico (edificio corporativo), diagnosticado o enfermo por Coronavirus en los últimos 14 días? Si su respuesta es positiva, favor indicar el **nombre y Rut de la persona** y la unidad o área de desempeño.

2.- ¿Tiene conocimiento si, en los últimos 14 días consecutivos, haya concurrido a vuestras dependencias algún usuario/a o personal externo con diagnóstico positivo de Coronavirus? Si su respuesta es positiva, favor indicar el **nombre y Rut de la persona** identificada.

3.- Si su respuesta anterior es sí, responda las siguientes consultas señalando SÍ o NO, en relación al/la funcionario/a por el cual está presentando la DIEP:

	SÍ	NO
Mantuvo contacto por más de 15 minutos cara a cara, a menos de un metro con la persona enferma por coronavirus.		
Compartió un espacio cerrado (sala de reuniones, oficinas, etc.) por 2 horas o más con la persona enferma por Coronavirus.		
Vive o pernocta por motivos laborales en el mismo lugar con la persona enferma por Coronavirus.		
Se ha trasladado, por motivos laborales (visita terreno, reuniones, etc.) en algún medio de transporte cerrado a una proximidad menor de un metro con la persona enferma por Coronavirus		

Asimismo, declara estar en conocimiento que de ser falsa la presente encuesta, le hará incurrir en las penas establecidas en el artículo 210 del Código Penal, el cual establece que quien ante la autoridad o sus agentes perjurare o diere falso testimonio en materia no contenciosa, sufrirá las penas de presidio menor en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales.

Razón Social, RUT y firma representante Empresa/Institución



ANEXO 2

FORMULARIO DE REEMBOLSO MÉDICO PARA PRESTADORES NO EN CONVENIO CON EL INSTITUTO DE SEGURIDAD LABORAL

DECLARACIÓN DEL MÉDICO (Uso exclusivo)

Agradecemos proporcionar los siguientes antecedentes para que su paciente acceda al beneficio de salud:

Nombre completo del/la paciente:

Edad:

Diagnóstico principal, tratamiento y pronóstico (Letra imprenta):

Fecha de Atención:

--	--	--

Fecha de inicio de Síntomas que originaron la consulta

--	--	--

Fecha que se le diagnosticó por primera vez la enfermedad

--	--	--

Tratamiento e Indicaciones Médicas:

Tratamiento Prolongado o a permanencia

SI

NO

Detallar tipo de tratamiento:

Indicación de exámenes durante la atención médica

PCR para COVID-19 Sí NO Rx de Tórax Sí NO Otros Exámenes:

Medicamentos (dosis, frecuencia y duración tratamiento):

Hipótesis diagnóstica:

Indicación de Reposo Laboral

SÍ

NO

Folio N°

Fecha inicio

--	--	--

Total días de reposo

Nombre del/la Médico:

RUT:

Especialidad del/la Médico:

Fono:

Firma:

DECLARACIÓN DEL/LA TRABAJADOR/A (Uso exclusivo trabajador/a)

Nombre:		Rut:											
Síntomas que originaron la visita al médico:													
<p>Por este medio, certifico que los datos aportados son verdaderos y autorizo al Instituto de Seguridad Laboral, a través de sus unidades de prestaciones médicas a solicitar a la presente Institución de Salud y/o médico tratante, mayor información de los antecedentes médicos referidos en este documento. Declaro conocer que el presente reembolso sólo aplicará para la primera atención por sospecha de COVID-19 y/o indicaciones (exámenes y receta médica) prescritas en esta, posteriormente, de ser necesario, continuaré las atenciones en los prestadores médicos en convenio del ISL.</p>													
<table border="1"><thead><tr><th>Boleta por (marque con una X):</th><th>Valor Boleta</th></tr></thead><tbody><tr><td>Atención médica</td><td></td></tr><tr><td>Exámenes</td><td></td></tr><tr><td>Medicamentos durante la atención</td><td></td></tr><tr><td>Medicamentos ambulatorios</td><td></td></tr></tbody></table>				Boleta por (marque con una X):	Valor Boleta	Atención médica		Exámenes		Medicamentos durante la atención		Medicamentos ambulatorios	
Boleta por (marque con una X):	Valor Boleta												
Atención médica													
Exámenes													
Medicamentos durante la atención													
Medicamentos ambulatorios													
<p>IMPORTANTE El reembolso se hará efectivo una vez comprobados los datos de afiliación al Instituto de Seguridad Laboral y los criterios establecidos para esto. Todas las boletas por gastos de atención médica, ya sea, consulta médica, exámenes y medicamentos, deberán ser presentados en sus formatos originales. Las boletas por concepto de medicamentos, deben adjuntar la receta emitida durante la atención médica y aquellos medicamentos administrados durante la atención clínica, deberán estar registrados en la presente declaración del médico tratante.</p>													
Firma del trabajador/a:	Fecha presentación <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>												