

Procedimiento de Ingreso de Pacientes Particulares para ser atendidos en el Hospital en Red Dr. Juan Noé Crevani

OBJETIVO

Establecer el procedimiento del Ingreso de pacientes particulares para ser atendidos en el Hospital en Red Dr. Juan Noé Crevani por cuenta del Hospital y procedimiento que regule el uso de las instalaciones del hospital por parte de terceros para otorgar prestaciones de salud.

I. INGRESO DE PACIENTES PARTICULARES PARA SER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EN RED DR. JUAN NOE CREVANI POR CUENTA DEL HOSPITAL

1. NORMAS GENERALES PARA INGRESO DE PACIENTES PARTICULARES PARA ATENCIÓN DE SALUD EN EL HJNC.

Para los efectos de aplicación de este procedimiento, se considerará pacientes particulares del Establecimiento a personas:

- Extranjeras
- Sin Previsión
- Afiliados a Isapres
- Afiliados a Instituciones como:
 - DIPRECA (Carabineros de Chile, Investigaciones, Gendarmería).
 - FUERZA AEREA
 - MILITARES (con excepción de concriptos, debido que poseen gratuidad).
 - CAPREDENA
 - FUERZAS ARMADAS

Además cabe señalar la definición de los siguientes conceptos:

1. Atención de Urgencia: Corresponde a la atención médica que se entrega al paciente que llega a la Unidad de Urgencia del Hospital, en cualquier momento del día.
2. Atención Cerrada: Corresponde a la atención médica que se entrega a un paciente que está hospitalizado en un determinado servicio clínico.
3. Atención Ambulatoria: Corresponde a la atención médica entregada a un paciente en los Consultorios de Atención de Especialidades (CAE) del hospital.

2. ARANCEL A APLICAR.

El arancel de las prestaciones, fármacos e insumos será actualizado el mes de Abril de cada año, por resolución exenta.

Durante el 3er Trimestre del año 2010 será habilitado un Sistema Informático, el cual apoyará la gestión de valorización de cuentas.

Sin perjuicio de lo anterior, la totalidad o parte del arancel podrá ser modificado por Resolución Exenta en cualquier momento del año.

En el caso de pacientes sin previsión y afiliados a Isapres, se aplicará el Arancel Particular del Establecimiento.

Para pacientes extranjeros, se aplicará el Arancel Particular del Establecimiento, con excepción de Argentina, para atenciones de urgencia y emergencia de no residentes. Esto debido al Convenio de Cooperación en Materia de Salud entre los Gobiernos de las Repúblicas de Argentina y Chile.

En el caso de los afiliados a Instituciones, se aplicarán los siguientes aranceles:

- a) DIPRECA: De acuerdo al Convenio entre la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile y los Servicios de Salud, aprobado por resolución N° 1016 con fecha 21 de Diciembre de 1993. Se aplica el Arancel de Libre Elección Nivel I, aumentado en un 20%.
Con excepción de las prestaciones señaladas en el Anexo del convenio con esta Institución, las cuales se cobran aplicando el Arancel Particular.
Además, el Arancel Particular se aplica para los días camas en pensionado y los derechos de quirófano, pabellón o sala de procedimientos de los pacientes allí hospitalizados.
- b) FUERZA AEREA: De acuerdo al Convenio entre la Fuerza Aérea de Chile y los Servicios de Salud, aprobado por resolución N° 730 con fecha 03 de Septiembre de 1997. Se aplica el Arancel de Libre Elección Nivel I, aumentado en un 20% para la atención en sala común y un 45% en pensionado.
Cabe señalar, que para la atención de urgencia y ambulatoria se utiliza sólo el Nivel I del arancel mencionado.
- c) EJERCITO: De acuerdo al Convenio sobre prestaciones de salud entre el Servicio de Salud Arica y el Ejército de Chile con fecha 16 de Julio de 1998. Se aplica el Arancel Particular para las prestaciones otorgadas en pensionado, y el Arancel Fonasa en Modalidad Institucional en sus distintos niveles para sala común:

01.01.111	Consulta Médica Especialidades	Nivel 3
01.01.103	Consulta Médica Urgencia	Nivel 1
02.03.001	Día-Cama Hospitalización	Nivel 1
02.03.002	Día Cama UCI, UTI Adulto, Pediátrico y Neonatal	Nivel 1
02.03.005	Día Cama Intermedio Adulto, Pediátrico y Neonatal	Nivel 3
	Intervenciones Quirúrgicas	Nivel 1 + 100% derecho

		pabellón.
	Ex. Laboratorio, Radiografías y Procedimientos	Nivel 3

Para exámenes complejos como: Scanner, Ecotomografías, Ergometría, ECG continua, se aplica tanto para pacientes ambulatorios y hospitalizados el Arancel Particular.

- d) CAPREDENA: De acuerdo al Convenio entre la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y los Servicios de Salud, aprobado por resolución N° 338 con fecha 13 de Abril de 1982. Se aplica el Arancel Particular tanto en sala común como en pensionado.
- e) FUERZAS ARMADAS: De acuerdo al Convenio entre la Armada de Chile y los Servicios de Salud, aprobado por resolución N° 674 con fecha 03 de Noviembre de 1982. Se aplica el Arancel Particular tanto en sala común como en pensionado.

Para el caso de fármacos e insumos, estos se cobran en base al Arancel Particular.

Es importante que el paciente al momento de su atención en el Establecimiento, porte su Tarjeta de Identificación, que acredita sus beneficios con la Institución que corresponde. Ya que en caso de no poseerla éste debe cancelar el total de sus prestaciones recibidas en base al Arancel Particular.

3. ACCESO A LA ATENCION

Todo paciente particular tendrá derecho a ser atendido en las dependencias de este Establecimiento Asistencial, conforme a lo que garantiza la Constitución y las Leyes.

Cabe señalar que en base al Convenio de Cooperación en Materia de Salud entre los Gobiernos de las Repúblicas de Argentina y Chile, en ambos países se brindará asistencia médica en los hospitales públicos ante casos de emergencia y ante determinadas urgencias, sin que medie un reclamo previo ni posterior para obtener el cobro de las atenciones medicas prestadas, cuando se trate de nacionales de un país no residentes en forma permanente en el territorio del otro y cuando no exista posibilidad de repetir el pago contra un tercer pagador.

4. PARA RECIBIR ATENCION

- a) ATENCION DE URGENCIA:
 1. EL paciente, familiar o acompañante debe inscribir al paciente en la ventanilla de Admisión de la Unidad de Recaudación de la Unidad de Emergencia.

2. El Admisor solicitará la Cédula de Identidad del paciente y procederá a completar el Registro de Atención de Urgencia (RAU).
3. En caso que el paciente pertenezca a una institución, el Admisor solicitará su tarjeta de identificación.

El Admisor podrá al momento de la inscripción del paciente en la Unidad Recaudación de la Unidad de Emergencia informar que se puede en aquel momento abonar el pago de la consulta médica, pago que de no efectuarse, en ningún caso limitará el acceso a la atención médica.

4. Una vez recibida la atención, el paciente, familiar o acompañante deberá cancelar la atención y prestaciones recibidas de acuerdo a las formas de pago descritas en el punto (IV).
- b) ATENCION AMBULATORIA:

En caso de pacientes particulares, el Hospital podrá agendar una hora toda vez que exista y que esto no postergue las atenciones de beneficiarios FONASA.

1. El paciente, familiar o acompañante debe solicitar atención para los médicos especialistas en la Unidad de Admisión del Hospital.
2. En caso que el paciente pertenezca a una institución, el Admisor solicitará su Tarjeta de Identificación.

La tarjeta de identificación es un documento acreditativo de salud, personal e intransferible mediante el cual se acredita la condición de imponente y/o carga familiar reconocida en la Institución.

Además, es de carácter previsional, le permite a los beneficiarios el acceso a las prestaciones de orden médico, asistencial y hospitalario en los Establecimientos de Salud Institucionales y otros Recintos Asistenciales y Profesionales Médicos con los cuales se haya suscrito convenio.

3. El Admisor solicitará la Cédula de Identidad del paciente y alguno de los siguientes documentos:
 - "Interconsulta" Intra – CAE.
 - "Interconsulta Externa".
 - "Citación próximo control médico", concedido por el médico especialista.
 - "Carnet de Alta" de atención cerrada, para su posterior control Post – Alta.
 - RAU (Registro de Atención de Urgencia) derivado de la Unidad de Emergencia al especialista.
 - "Orden de Examen", para realizar procedimientos de apoyo.

- “Orden de Exámenes para Rayos”.

3.1. Luego de recepcionar uno de los documentos anteriormente mencionados, el Admisor deberá imprimir el formulario de citación y se lo entregará al paciente.

4. Para recibir la atención solicitada, el paciente debe cancelar el monto asociado a las prestaciones solicitadas, de acuerdo a las formas de pago descritas en el punto (IV).

c) ATENCION CERRADA:

c.1) Paciente derivado de Urgencia

1. Si una vez atendido el paciente en la Unidad de Urgencia, se diagnostica que requiere hospitalización, el médico hace entrega inmediata del RAU al recaudador para su cierre y registro en el Sistema Informático (Módulo Atención de Urgencia) el servicio clínico de derivación. Además, se deben registrar todas las prestaciones realizadas al paciente por el personal de la Unidad de Urgencia, incluido el traslado en caso de haberse utilizado, identificando si hubo participación de profesionales (kinesiólogo, enfermera) y/o médicos.
2. Una vez que el paciente es dado de alta, el paciente, familiar o acompañante deberá cancelar las prestaciones recibidas de acuerdo a las formas de pago descritas en el punto (IV).

c.2) Paciente electivo

En caso de pacientes particulares, el Hospital podrá programar una hospitalización, toda vez que exista el tiempo disponible y que esto no postergue las atenciones de beneficiarios FONASA.

1. El paciente se dirige a la Unidad de Admisión.
2. El Admisor solicitará la Cédula de Identidad del paciente y la solicitud de hospitalización.
3. En caso que el paciente pertenezca a una institución, el Admisor solicitará su Tarjeta de Identificación.
4. Una vez que el paciente es dado de alta, el paciente, familiar o acompañante deberá cancelar las prestaciones recibidas de acuerdo a las formas de pago descritas en el punto (IV).

5. FORMAS DE PAGO

a) PAGO TOTAL DE LAS PRESTACIONES RECIBIDAS

Para cancelar el valor total de las prestaciones recibidas, podrá ser mediante:

- Efectivo
- Tarjetas adheridas o Transbank¹
- Cheque al día
- Bono de Isapre
- Bono de Convenio con Institución

El Bono de Convenio es un documento que permite a los beneficiarios la atención y la realización de prestaciones a efectuarse en el Hospital Dr. Juan Noé Crevani, según el convenio establecido con las distintas instituciones mencionadas en el punto (2).

Una vez producido el pago, el recaudador emitirá una “Boleta de Ventas y Servicios no afectos o exenta de IVA” y entregará dos copias al paciente.

En el caso de cancelar con Bono de Convenio, el recaudador entrega al paciente los comprobantes respectivos que indican las prestaciones que se realizará el paciente, estas pueden ser: Órdenes de Exámenes, Solicitud de Hospitalización, Recetas Médicas, etc.

b) PAGO PARCIAL DE LAS PRESTACIONES RECIBIDAS

En caso que el paciente no posea dinero para cancelar el valor total de sus prestaciones recibidas, puede realizar un abono del total de las prestaciones.

La cantidad a abonar por el paciente, es proporcional al monto total de las prestaciones recibidas. Para atención cerrada corresponderá un 30% de las prestaciones recibidas y para atención de urgencia y/o ambulatoria el porcentaje será de un 50%. No obstante, si el paciente no posee tal cantidad, para cualquiera de ambos casos, el recaudador está autorizado a permitir un abono lo más cercano a los porcentajes señalados.

Es importante mencionar, que si bien existe un porcentaje a abonar para las atenciones abierta, cerrada y ambulatoria, el recaudador debe orientar al paciente que cancele el total de la deuda.

¹ Se utilizará esta forma de pago, si es que está disponible.

Además, el recaudador emitirá una “Boleta de Ventas y Servicios no afectos o exenta de IVA” con la cantidad abonada y entregará dos copias al paciente.

Ahora bien, una vez producido el abono:

- a. Si el paciente es Isapre, y es una atención cerrada, el recaudador hará entrega del respectivo Programa de Servicio de Salud (PSS) e informarle que tendrá 20 días hábiles para realizar el trámite en su Isapre y pagar la deuda en el Establecimiento Hospitalario.
En caso que el paciente no tenga dinero para dejar un abono, el recaudador además de entregar el PSS, debe exigirle una Carta de Resguardo de la Isapre que certifica que el paciente llevará a cabo el pago de las prestaciones.
Para atención de urgencia, el recaudador solicita firmar un Compromiso de Pago por el saldo, el cual establece que se debe regularizar en un plazo de 5 días hábiles y de no cumplir con ello, se enviará una factura a domicilio para cancelar en un plazo de 30 días. En caso de no cancelar la factura, se realizarán las gestiones judiciales de cobranza.
- b. Si el paciente es chileno sin previsión o extranjero con residencia permanente legal y sin previsión, para atención cerrada, el recaudador en base al monto total del Programa de Servicio de Salud solicitará firmar **letra de cambio** con el saldo.
Para atención de urgencia, se procede de la misma manera que un paciente Isapre para atención de urgencia, indicado en el punto anterior (a. tercer párrafo).
Cabe señalar, que si el paciente manifiesta ser carente de recursos se le debe orientar para que acuda a su consultorio para que lo califiquen como tal. De ser así, el paciente debe entregar el Folio que indique su previsión al recaudador, para anular la deuda.
En caso que el paciente no tenga dinero para dejar un abono, el recaudador solicitara firmar letra de cambio con el valor total del PSS.
- c. Si el paciente es extranjero sin previsión y sin residencia permanente, en caso de atención cerrada o urgencia, el recaudador solicita firmar un **compromiso de pago** con el saldo, con las mismas condiciones que un paciente Isapre para atención de urgencia, indicado en el punto (a. tercer párrafo).
Además se debe derivar al paciente a la Asistente Social del Establecimiento, la cual determinará la falta o no de recursos de éste y su regularización de previsión.
El recaudador debe llevar un registro de este tipo de pacientes, indicando la información contenida en el Compromiso de Pago y las prestaciones realizadas.
En caso que el paciente no tenga dinero para dejar un abono, el recaudador solicitara firmar un compromiso de pago con el monto total de las prestaciones recibidas.

c) DEVOLUCION DE PAGO

La devolución de dinero al paciente se produce cuando luego de recibir su atención deja un abono del valor total de las prestaciones recibidas.

1. **Si el paciente es afiliado a una Isapre** y la cantidad abonada es cubierta por el total del bono, el recaudador debe emitir un “Comprobante Devolución de Recaudación” con el monto correspondiente.
2. **Si el paciente al momento de la atención no tiene previsión**, y vuelve al Establecimiento con su previsión ya regularizada, el recaudador debe actualizar la deuda y emitir un “Comprobante Devolución de Recaudación” con el monto correspondiente.

6. DE LOS MEDIOS DE PAGO

- a) En caso de cancelar con efectivo, el recaudador emite una “Boleta de Ventas y Servicios no afectos o exenta de IVA”, con la cantidad y entregará dos copias al paciente.
- b) En caso de cancelar con Tarjetas adheridas o Sistema Transbank, se deben seguir los siguientes pasos:
 1. El recaudador solicita la Cédula de Identidad y la tarjeta de crédito del dueño.
 2. El recaudador desliza la tarjeta por el terminal e ingresa el monto de la deuda.
 3. El dueño de la tarjeta debe aprobar el monto y debe ingresar su clave secreta.
 4. El terminal emitirá un comprobante de pago.
 5. Se hace entrega de un comprobante al dueño y otro queda para el recaudador.
 6. El recaudador emite una “Boleta de Ventas y Servicios no afectos o exenta de IVA”, con la cantidad y entregará dos copias al paciente. En ella se debe indicar que el pago fue realizado con tarjeta de crédito.
- c) En caso de cancelar con Cheque, se deben seguir los siguientes pasos:
 1. Se solicita la Cédula de Identidad del dueño de la cuenta bancaria.
 2. Sólo se reciben cheques si el dueño de la cuenta bancaria es el paciente o el cónyuge del mismo.
 3. En caso de ser una tercera persona, ésta debe estar presente al momento de la transacción y hacer entrega de todos sus datos.
 4. El recaudador emite una “Boleta de Ventas y Servicios no afectos o exenta de IVA” para efectuar el pago de las prestaciones, en donde debe indicarse la información del cheque recibido:
 - Nº de Cheque

- Monto
- Nombre del Banco

Además, se debe escribir al reverso del cheque, el número de boleta correspondiente.

El cheque recepcionado por el recaudador, será depositado dentro de las 24 horas siguientes. Posteriormente, en caso de devolución, esta se efectuará con cheque de la Institución correspondiente al Banco Estado.

d) En caso de cancelar con Bono de Isapre, se deben seguir los siguientes pasos:

1. El recaudador recepciona el bono del paciente y debe dar aviso al Jefe de Recaudación.
2. El recaudador entregará en mano por libro los bonos recepcionados al Jefe de Recaudación.
3. El Jefe de Recaudación envía por libro al SCR Contabilidad y Presupuesto, los bonos de Isapre recibidos para su facturación.

e) En caso de cancelar con Bono Convenio, se deben seguir los siguientes pasos:

1. El recaudador recepciona el Bono de Convenio del paciente.
 - 1.1. En caso de atención de urgencia y ambulatoria, el recaudador registrará en el Bono las prestaciones realizadas con su respectivo código.
 - 1.2. En caso de atención cerrada, el recaudador sólo recepciona el Bono, ya que éste es emitido por la Institución correspondiente.
2. Los bonos recepcionados son entregados por libro al Jefe de Recaudación. En caso de atención cerrada, éstos deben ir acompañados por el PSS y libreta de hospitalización.
3. El Jefe de Recaudación archiva los bonos esperando que éstos cumplan su vigencia de 30 días, para posteriormente entregarlos por libro al SCR Contabilidad y Presupuesto para su facturación. En el caso de bonos por atención cerrada, éstos son enviados inmediatamente.
 - 3.1 En caso que el paciente vuelva por una atención en el hospital mientras el bono tenga vigencia, se debe dar aviso al Jefe de Recaudación para agregar las prestaciones realizadas en el mismo bono.
 - 3.2 En caso que el bono este vencido, el paciente debe traer un bono nuevo.

Ahora bien, si el paciente no trae consigo el Bono de Convenio:

1. El recaudador confecciona la “Orden de Atención de Urgencia” (Atención de Urgencia) y una “Orden de Atención de Hospitalización” (Atención Cerrada). Estos documentos especifican los datos personales del paciente, nombre de la institución de la cual es beneficiario y las prestaciones recibidas durante la atención.
2. El recaudador y el paciente deben firmar los documentos antes mencionados.
3. El paciente debe hacer entrega del Bono de Convenio correspondiente al Jefe de Recaudación.

4. Si pasado 5 días hábiles, no se ha hecho entrega del Bono, mediante oficio conductor, al Servicio Médico de la Institución que corresponda, para que este sea remitido al Hospital.
5. Una vez que llegan los Bonos de Convenios a la Oficina de Recaudación, el Jefe de esta Unidad debe entregarlos por libro al SCR Contabilidad y Presupuesto para su facturación.

6. DE LA COBRANZA

1. Paciente afiliado a Isapre, atención cerrada:

- Si una vez transcurridos los 20 días hábiles, el paciente no se dirige a la Oficina de Recaudación con los Bonos de Isapre, al día siguiente el recaudador debe dirigirse a la Isapre correspondiente para cobrar el copago asociado mediante Bonos.
- Si el valor de los Bonos de acuerdo al Plan de Isapre que tiene el paciente, es superior al monto del PSS, la deuda queda completamente regularizada. Y la sección de Cuentas Corrientes procederá a facturar las prestaciones realizadas a la Isapre.
- Si el valor de los Bonos es inferior al monto del PSS, la Sección de Cuentas Corrientes, a los 2 días siguientes debe confeccionar una factura al paciente a domicilio por la diferencia. Si el paciente no cancela la factura en un plazo de 30 días, se realizarán las gestiones judiciales de cobranza.
- Ahora bien, si el paciente transcurridos los 20 días hábiles, se dirige a la Oficina de Recaudación con los Bonos correspondientes, y el valor de los Bonos es inferior al monto del PSS, el paciente debe cancelar la diferencia.
- Si el paciente no tiene dinero para cancelar la diferencia, el recaudador solicitará la firma de **letra de cambio**. En caso que el paciente se oponga a firmar la letra de cambio, se emitirá una factura a su domicilio.
- Si el paciente cancela la diferencia, la deuda del paciente queda completamente regularizada. Y la Sección de Cuentas Corrientes procederá a facturar las prestaciones realizadas a la Isapre.
- Si el paciente no cumple con el compromiso de cancelar la letra de cambio, se realizarán todas las gestiones judiciales de cobranza.

Las facturas serán emitidas cada vez que el paciente no firme letras de cambio o no documente su pago.

2. Paciente afiliado a Isapre, atención de urgencia:

- Si una vez transcurridos los 5 días hábiles, el paciente no se dirige a la Oficina de Recaudación a cancelar el saldo pendiente en su **Compromiso de Pago**, a los 2 días siguientes la Sección de Cuentas Corrientes debe confeccionar una factura al paciente a domicilio por el monto de la deuda. Si el paciente no cancela la factura en un plazo de 30 días, se realizarán las gestiones judiciales de cobranza.

- Ahora bien, si el paciente se dirige a la Oficina de Recaudación a cancelar el saldo pendiente, su deuda queda completamente regularizada y el recaudador deberá anular el compromiso de pago, registrando en el mismo documento el N° de Comprobante de Recaudación con el cual cancelo la deuda.
3. Paciente chileno sin previsión o extranjero con residencia permanente legal y sin previsión, atención cerrada:
- Si el paciente no cumple con el compromiso de cancelar la letra de cambio, se realizarán todas las gestiones judiciales de cobranza.
 - Si el paciente cancela la letra de cambio, su deuda queda completamente regularizada.
4. Paciente chileno sin previsión o extranjero con residencia permanente legal y sin previsión, atención urgencia:
- Las gestiones de cobranza para este tipo de pacientes, es la misma que para un paciente afiliado a Isapre en atención de urgencia.
5. Si el paciente es extranjero sin previsión y sin residencia permanente:
- En caso que cancele el saldo pendiente, el recaudador deberá anular el compromiso de pago, registrando en el mismo documento el N° de Comprobante de Recaudación con el cual cancelo la deuda.

II.CONVENIOS PARTICULARES PARA PRESTAR ATENCION EN DEPENDENCIAS DEL HOSPITAL EN RED DR. JUAN NOE CREVANI

1. NORMAS GENERALES

De acuerdo a la “Norma General Administrativa N° 2 de Atención a pacientes particulares en Establecimientos Asistenciales Públicos del Sistema Nacional de Servicio de Salud”, se formaliza el procedimiento para que terceros puedan utilizar las dependencias del hospital para atenciones particulares.

Según la norma antes mencionada, el Establecimiento podrá celebrar convenios con profesionales de la salud que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a lo menos 22 horas semanales ó 28 horas ley N° 15.076. Además, por resolución fundada, se podrá autorizar convenios con profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales o con profesionales que no sean funcionarios del Sistema, previa aprobación del Director del Servicio de Salud correspondiente.

En caso que el Establecimiento celebre convenios para la atención de particulares con profesionales de la salud que no sean funcionarios de dependencia de éste, deberá requerirles una declaración jurada simple, en la que el profesional exprese si posee contratos vigentes con organismos integrantes del Sistema Nacional del Servicios de Salud o con cualquier otro organismo de la Administración de Estado, en calidad de titular, contrata, honorario asimilado a grado, honorario a suma alzada o Código del Trabajo. De ser así, el profesional deberá consignar, además, la Institución o Instituciones para las cuales presta servicios y el o los horarios específicos en que los desarrolla. Dicha declaración deberá actualizarse cada 2 años y cada vez que ocurra un hecho relevante que la modifique.

2. PROCEDIMIENTO

1. Solicitud de dependencias para atención de pacientes particulares.
 - 1.1. El profesional deberá emitir una solicitud formal dirigido al Director del Establecimiento, indicando que dependencias necesita, a que horario, si requiere uso de infraestructura, equipamiento, materiales, insumos, medicamentos, servicios internos (esterilización, lavandería, etc.).
 - 1.2. El Director recibe la solicitud y en Equipo Directivo se decide si es analizable o no.
 - 1.3. Si Equipo Directivo decide que es analizable, el Director pide al Subdirector Administrativo que calcule los costos y le entregue el valor del Arancel FONASA Modalidad Libre Elección, Nivel 3, de la prestación que realizaría el profesional.
 - 1.4. Si no es admisible la solicitud, el Director debe responder por escrito las razones al profesional.
 - 1.5. El Subdirector Administrativo deberá presentar al Equipo Directivo, los costos por jornada de uso y por prestación, para lo cual tendrá un plazo máximo de 10 días hábiles.
 - 1.6. El Equipo Directivo analiza el Informe y decide el factor de margen sobre los costos a cobrar, el cual deberá ser entre un 30% y 150% sobre los costos.
 - 1.6.1. Si el factor se aplica sobre el Arancel, el valor a cobrar no podrá ser inferior al 35% del Arancel FONASA Modalidad Libre Elección, Nivel 3.
 - 1.7. El Director informará por escrito al solicitante y éste aceptará o no la propuesta de la Dirección.
 - 1.8. Si el solicitante acepta la propuesta, deberá comunicar por escrito al Director del Hospital. En este caso, el Director instruirá al Asesor Jurídico del Hospital, la redacción del Convenio, en el cual deberá incorporar todos los elementos necesarios que garanticen el cuidado de la infraestructura y equipamiento de la Institución, estableciendo además el plazo de entrada en vigencia, plazo de término, reajustabilidad y cualquier otra cláusula relevante.