



HOSPITAL REGIONAL  
LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS  
Departamento Jurídico

MMG/SBB/MOS



RESOLUCIÓN EXENTA N° 1832

RANCAGUA, 22 MAY 2017

**VISTOS:**

El artículo decimoquinto transitorio de la Ley 19.937; Las facultades concedidas por el artículo 35 y 36 del DFL N° 1 de Salud, de 2005, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N°18.469; el D.F.L. N° 1-19.653, de 2001, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; Decreto Exento N° 115 de fecha 20 de abril de 2016 que modificó Resolución N° 419 de 1984 del Ministerio de Salud que determina y clasifica los Establecimientos Asistenciales del Servicio de Salud Libertador General Bernardo O'Higgins en cuanto cambia la denominación del Hospital Regional Rancagua por la de Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins; El Decreto de Salud N°38, de 2005, Reglamento Orgánico de los establecimientos de Salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red; el Decreto de Salud N° 3, de 2006, que modifica el decreto N° 38, de 2005, ya citado; Resolución Exenta N° 4.416 de la Dirección del Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins, de fecha 2 de diciembre de 2016 que establece orden de subrogancia en el cargo de Director del Hospital Regional Libertador General Bernardo O'Higgins; Lo dispuesto en el texto de la Resolución N° 1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República, que Fija normas sobre exención del trámite de toma de razón, sus modificaciones posteriores, y

**CONSIDERANDO:**

1.- El Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, como Establecimiento Hospitalario Autogestionado en Red (EAR), debe contar con un Arancel para pacientes no Beneficiarios que permita asegurar el correcto cobro de las prestaciones privadas, efectuadas bajo las modalidades permitidas por la normativa legal vigente.

2.- El memorándum Nro. 19 enviado por la Subdirección Administrativa, de fecha 16 de Mayo del año en curso, mediante el cual se solicita la emisión de la Resolución que apruebe el Arancel para Pacientes No Beneficiario 2017.

3.- Que resulta menester formalizar la aprobación del Arancel de Pacientes No Beneficiarios citado, por lo que dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN**

1.- APRUEBASE, el **ARANCEL PARA PACIENTES NO BENEFICIARIOS - 2017** del Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, el que es del siguiente tenor:





HOSPITAL REGIONAL  
LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS  
Departamento Jurídico

CODIGO	GLOSA	VALOR PRESTACION			
		ARANCEL PARTICULAR AMBULATORIO	ARANCEL PARTICULAR HOSPITALARIO	ARANCEL FONASAMILE	ARANCEL ISAPRE
<b>1) DIA CAMA POR TIPO HABITACION</b>					
DC1	Habitación Individual con baño exclusivo Pensionado General o Pensionado Maternidad	210,150	210,150	178,628	199,643
DC2	Día cama pluripersonal Neurocirugía	190,000	190,000	161,500	180,500
DC3	Día cama pluripersonal Otorrino	140,000	140,000	119,000	133,000
DC4	Día cama pluripersonal Oftalmología	140,000	140,000	119,000	133,000
DC5	Día cama pluripersonal Traumatología	140,000	140,000	119,000	133,000
DC6	Día cama pluripersonal Pediatría	140,000	140,000	119,000	133,000
DC7	Día cama pluripersonal Ginecología	140,000	140,000	119,000	133,000
DC8	Día cama pluripersonal Cirugía Infantil	140,000	140,000	119,000	133,000
DC9	Día cama Neonatología	120,000	120,000	102,000	114,000
DC10	Día cuna	50,000	50,000	42,500	47,500
DC11	Día cama Neonatología con incubadora	180,000	180,000	153,000	171,000
DC12	Día cama pluripersonal Medicina	140,000	140,000	119,000	133,000
DC13	Día cama pluripersonal Cirugía Adultos	140,000	140,000	119,000	133,000
DC14	Día cama pluripersonal Psiquiatría	140,000	140,000	119,000	133,000
DC15	Día cama UCI Adulto	580,000	580,000	493,000	551,000
DC16	Día cama UCI Pediatría	530,000	530,000	450,500	503,500
DC17	Día cama UCI Neonatal	530,000	530,000	450,500	503,500
DC18	Día cama UTI Adulto	490,000	490,000	416,500	465,500
DC19	Día cama UTI Pediatría	440,000	440,000	374,000	396,000
DC20	Día cama UTI Neonatal	440,000	440,000	374,000	418,000
DC21	Día cama Aislamiento	220,000	220,000	187,000	209,000
DC22	Día cama Observación y Recuperación 0 a 4 horas	50,000	50,000	42,500	47,500
DC23	Día cama Observación y Recuperación 4 a 8 horas	62,500	62,500	53,125	58,250
DC24	Día Cama Observación y Recuperación 8 a 12 horas	78,125	78,125	66,406	74,219
DC25	Sillon Acompañante (incluye desayuno)	50,000	50,000	42,500	47,500

## 2) SALAS DE PROCEDIMIENTO ATENCION AMBULATORIA

### SALAS DE PROCEDIMIENTO

SP1	Sala de Procedimientos 1	34,000		28,900	32,300
SP2	Sala de Procedimientos 2	42,000		35,700	39,900
SP3	Sala de Procedimientos 3	50,000		42,500	47,500
SP4	Sala de Procedimientos 4	74,000		62,900	70,300
SM	Sala menor	13,000		11,050	12,350

### SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS

SPC	Sala de Procedimientos Cistoscopia	75,501		64,176	71,728
SPE	Sala de Procedimientos Endoscopia	49,076		41,714	46,622
SPG	Sala de Procedimientos Ginecología	67,951		57,758	64,653

CODIGO	GLOSA	VALOR PRESTACION			
		ARANCEL PARTICULAR AMBULATORIO	ARANCEL PARTICULAR HOSPITALARIO	ARANCEL FONASAMILE	ARANCEL ISAPRE

## 3) DERECHOS DE PABELLON

P1	Derecho de Pabellon 1	44,724	44,724	38,015	42,488
P2	Derecho de Pabellon 2	55,669	55,669	47,319	52,886
P3	Derecho de Pabellon 3	80,000	80,000	68,000	76,000
P4	Derecho de Pabellon 4	140,000	140,000	119,000	133,000
P5	Derecho de Pabellon 5	250,000	250,000	175,000	237,500
P6	Derecho de Pabellon 6	340,000	340,000	231,200	323,000
P7	Derecho de Pabellon 7	390,000	390,000	292,500	370,500
P8	Derecho de Pabellon 8	530,000	530,000	371,000	503,500
P9	Derecho de Pabellon 9	640,000	640,000	499,200	608,000
P10	Derecho de Pabellon 10	760,000	760,000	630,800	722,000
P11	Derecho de Pabellon 11	940,000	940,000	676,800	893,000
P12	Derecho de Pabellon 12	1,080,000	1,080,000	799,200	1,026,000
P13	Derecho de Pabellon 13	1,280,000	1,280,000	960,000	1,216,000
P14	Derecho de Pabellon 14	1,530,000	1,530,000	1,162,800	1,453,500
P15	Derecho de Pabellon Cirugía Vía Laparoscópica o Endoscópica	801,500	801,500	681,275	761,425
P16	Derecho de Pabellon Abdominoplastia (la malla se cobra aparte de acuerdo a arancel vig)	640,000	640,000	544,000	608,000
P17	Derecho de Pabellon Lipoaspiración (*)	530,000	530,000	450,500	503,500
P18	Derecho de Pabellon Implante mamario (*)	640,000	640,000	544,000	608,000

(\*) Si se realizan 2 intervenciones se cobra la mas costosa al 100% y la segunda al 50%.

Si se realizan 3 intervenciones se cobrara la mas costosa al 100% la segunda al 50% y la tercera al 25%

## 4) MEDICAMENTOS E INSUMOS DE CIRUGIAS AMBULATORIAS

M11	CODIGOS 1 AL 3	57,000	57,000	48,450	54,150
M12	CODIGOS 4 AL 6	85,500	85,500	72,675	81,225

(\*\*) CODIGOS SUPERIORES AL 6 SE COBRARA SEGÚN DETALLE. LOS MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO (SOBRE \$300.000), QUE NO ESTEN CONSIDERADOS SE COBRARAN EN FORMA INDEPENDIENTE SEGÚN ARANCEL VIGENTE.



**5) EXAMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFIAS, PROCEDIMIENTOS QUE NO CONSIDEREN DERECHO DE PABELLON**

CÓDIGO	GLOSA	VALOR PRESTACION			
		ARANCEL PARTICULAR AMBULATORIO	ARANCEL PARTICULAR HOSPITALARIO	ARANCEL FONASA NIVEL 3	ARANCEL ISAPRE
DEL ARANCEL	1) FONASA LIBRE ELECCIÓN AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS SE COBRARA NIVEL 3 DEL ARANCEL FONASA LIBRE ELECCIÓN, AUTORIZADO POR RESOLUCION EXENTA NRO.1563 DEL 28/12/2016			X	
DEL ARANCEL	2) PACIENTES PARTICULARES O SIN PREVISION AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS SE COBRARA NIVEL 3 DEL ARANCEL FONASA LIBRE ELECCION + 50% , EN HORARIO DIURNO Y NIVEL 3 DEL ARANCEL FONASA LIBRE ELECCION + 70% EN HORARIO NOCTURNO. CUANDO EL CODIGO NO SE ENCUENTRE EN EL ARANCEL MODALIDAD LIBRE ELECCION SE TOMARA COMO BASE DE CALCULO EL VALOR TOTAL DEL ARANCEL MODALIDAD ATENCION INSTITUCIONAL	X	X		
DEL ARANCEL	3) PACIENTES ISAPRE AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS SE COBRARA EL 90% DEL ARANCEL COBRADO AL PACIENTE PARTICULAR, ES DECIR 90% X (VALOR NIVEL 3 DEL ARANCEL FONASA LIBRE ELECCION + 70% ) PARA HORARIO DIURNO Y 82% X (VALOR NIVEL 3 DEL ARANCEL FONASA LIBRE ELECCION + 70% ) PARA HORARIO NOCTURNO. CUANDO EL CODIGO NO SE ENCUENTRE EN EL ARANCEL MODALIDAD LIBRE ELECCION SE TOMARA COMO BASE DE CALCULO EL VALOR TOTAL DEL ARANCEL MODALIDAD ATENCION INSTITUCIONAL				X

**6) TRANSFUSIONES DE SANGRE**

CÓDIGO	GLOSA	VALOR PRESTACION	
		HORARIO DIURNO	HORARIO NOCTURNO
<b>6.1) EN ADULTOS:</b>			
TRAN1	GLOBULOS ROJOS (GR)	121,855	181,611
TRAN2	PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)	120,735	180,491
TRAN3	CRIOPRECIPITADO (CROPP)	120,735	180,491
TRAN4	PLAQUETAS (PLAQ)	126,130	188,126
<b>6.2) EN NIÑOS:</b>			
TRAN5	GLOBULOS ROJOS (GR)	128,370	188,126
TRAN6	PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)	127,250	187,007
TRAN7	CRIOPRECIPITADO (CROPP)	127,250	187,007
TRAN8	PLAQUETAS (PLAQ)	130,508	194,642
<b>6.3) PRUEBAS CRUZADAS:</b>			
		HORARIO INDISTINTO	
TRAN9	ADULTOS	21,785	
TRAN10	NIÑOS	18,390	

**7) LIOFILIZADOS**

CÓDIGO	GLOSA	VALOR PRESTACION	
		HORARIO DIURNO	HORARIO NOCTURNO
LI01	ADMINISTRACION DE LIOFILIZADOS	30,030	45,045

**8) TRASLADOS DE AMBULANCIA**

CÓDIGO	RUTA (1) VÍA (EN MOVILIDAD)	VALOR PRESTACION	
		HORARIO DIURNO	HORARIO NOCTURNO
TRAS1	RANCAGUA - SAN TIAGO	176,725	265,087
TRAS2	RANCAGUA - SAN FERNANDO	118,902	178,364
TRAS3	RANCAGUA - RENGO	109,231	163,898
TRAS4	RANCAGUA - DONIHUE	109,231	163,898
TRAS5	RANCAGUA - MACHALI	125,316	188,025
TRAS6	RANCAGUA - URBANO	83,578	125,316

**9) CONSULTAS MEDICAS**

CÓDIGO	GLOSA	VALOR PRESTACION	
		ARANCEL PARTICULAR	ARANCEL ISAPRE
CO1	CONSULTA MEDICA DE EMERGENCIA	30,030	27,027
CO2	CONSULTA MEDICA EN POLICLINICO (CAE)	30,030	27,027
CO3	CONSULTA MATRONA	18,000	16,200

**10) ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

CÓDIGO	GLOSA	VALOR PRESTACION			
		ARANCEL PARTICULAR AMBULATORIO	ARANCEL PARTICULAR HOSPITALARIO	ARANCEL FONASA NIVEL 3	ARANCEL ISAPRE
DEL ARANCEL	1) FONASA LIBRE ELECCIÓN AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS SE COBRARA VALOR TOTAL ARANCEL MODALIDAD ATENCION INSTITUCIONAL + 100%			X	
DEL ARANCEL	2) PACIENTES PARTICULARES O SIN PREVISION AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS SE COBRARA VALOR TOTAL ARANCEL MODALIDAD ATENCION INSTITUCIONAL + 150%	X	X		
DEL ARANCEL	3) PACIENTES ISAPRES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS SE COBRARA VALOR TOTAL ARANCEL MODALIDAD ATENCION INSTITUCIONAL + 135%				X



**10) ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

CÓDIGO	GLOSA	VALOR/PRESTACION			
		ARANCEL PARTICULAR		ARANCEL	ARANCEL
		AMBULATORIO	HOSPITALARIO	FONASA/MI	ISAPRE
DEL ARANCEL	1) FONASA LIBRE ELECCIÓN AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS SE COBRARA VALOR TOTAL ARANCEL MODALIDAD ATENCION INSTITUCIONAL + 100%			X	
DEL ARANCEL	2) PACIENTES PARTICULARES O SIN PREVISION AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS SE COBRARA VALOR TOTAL ARANCEL MODALIDAD ATENCION INSTITUCIONAL + 150%	X	X		
DEL ARANCEL	3) PACIENTES ISAPRES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS SE COBRARA VALOR TOTAL ARANCEL MODALIDAD ATENCION INSTITUCIONAL + 135%				X

**11) PROCEDIMIENTOS NO CONSIDERADOS EN ARANCEL**

**FONASA**

CÓDIGO	GLOSA	VALOR/PRESTACION			
		ARANCEL PARTICULAR		ARANCEL	ARANCEL
		AMBULATORIO	HOSPITALARIO	FONASA/MI	ISAPRE
PROC1	ADMINISTRACION MEDICAMENTOS VIA ORAL	1,832	1,832	1,222	1,649
PROC2	ADMINISTRACION MEDICAMENTOS VIA RECTAL	1,832	1,832	1,222	1,649
PROC3	PROCEDIMIENTOS POLICIALES	15,423	15,423	10,282	13,880
PROC4	COLOCACION INYECCIONES INTRAMUSCULAR (NO INCLUYE MEDICAMENTOS)	6,872	6,872	4,581	6,184
PROC5	TIPOS, CONTINUA, DIRECTA E INDIRECTAMENTE	15,423	15,423	10,282	13,880
PROC6	CAMBIO DE SONDA FOLEY (INCLUYE LA SONDA)	22,447	22,447	14,965	20,202
PROC7	LAVADO GÁSTRICO	17,561	17,561	11,707	15,804
PROC8	LAVADO DE OÍDOS	13,743	13,743	9,162	12,369
PROC9	TEST DE DOBUTAMINA	277,456	277,456	184,971	249,710
PROC10	CURACIÓN SIMPLE	15,423	15,423	10,282	13,880
PROC11	CURACIÓN COMPLICADA	22,447	22,447	14,965	20,202
PROC12	BLOQUEO FACETARIO	47,948	47,948	31,965	43,153
PROC13	LAVADO VESICAL (INCLUYE SONDA FOLEY)	35,121	35,121	23,414	31,609
PROC14	CATETERISMO VESICAL	15,423	15,423	10,282	13,880
PROC15	DILATACIÓN URETRAL	36,801	36,801	24,534	33,121
PROC16	ESPECULOSCOPIA	13,743	13,743	9,162	12,369
PROC17	TROPONINA T	33,594	33,594	22,396	30,235
PROC18	TRIAGE CARDIACO	114,830	114,830	76,554	103,347
PROC19	PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA, NO INCLUYE DROGA)	59,095	59,095	39,397	53,185
PROC20	ADMINISTRACIÓN DE DROGAS ANTINEOPLASICAS, NO INCLUYE DROGA	28,708	28,708	19,138	25,837

**12) PRESTACIONES DE HEMODINAMIA**

CÓDIGO	GLOSA	VALOR/PRESTACION			
		ARANCEL PARTICULAR		ARANCEL	ARANCEL
		AMBULATORIO	HOSPITALARIO	FONASA/MI	ISAPRE
<b>PROCEDIMIENTOS DE HEMODINAMIA</b>					
<b>CORONARIOGRAFIA</b>					
HEM1	- DERECHO A PABELLON				
HEM2	- MEDICAMENTOS E INSUMOS (CANASTA NO INCLUYE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO)	89,281	89,281	75,889	84,817
		728,071	728,071	618,860	691,667
<b>ANGIOPLASTIA MAS CORONARIOGRAFIA</b>					
HEM3	- DERECHO A PABELLON				
HEM4	- MEDICAMENTOS E INSUMOS (CANASTA NO INCLUYE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO)	241,262	241,262	205,073	229,199
		1,371,047	1,371,047	1,165,390	1,302,495
<b>CORONARIOGRAFIA MAS AORTOGRAFIA</b>					
HEM5	- DERECHO A PABELLON				
HEM6	- MEDICAMENTOS E INSUMOS (CANASTA NO INCLUYE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO)	128,268	128,268	109,028	121,855
		697,330	697,330	592,731	662,464
<b>ANGIOGRAFIA MAS CORONARIOGRAFIA MAS AORTOGRAFIA</b>					
HEM7	- DERECHO A PABELLON				
HEM8	- MEDICAMENTOS E INSUMOS (CANASTA NO INCLUYE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO)	273,842	273,842	232,786	260,150
		1,371,047	1,371,047	1,165,390	1,302,495
<b>ANGIOGRAFIA CEREBRAL</b>					
HEM9	PARA ESTE PROCEDIMIENTO SE COBRA SALA DE PROCEDIMIENTO 4 MAS EL PRECIO VIGENTE DE ARANCEL DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS UTILIZADOS				
<b>MEDICAMENTOS E INSUMOS DE ALTO COSTO</b>					
DEL ARANCEL	- STENT MEDICADO	1,805,573	1,805,573	1,534,737	1,715,294
DEL ARANCEL	- STENT METALICO	445,166	445,166	378,391	422,908
DEL ARANCEL	- BALON MEDICADO	994,047	994,047	844,940	944,345
	INFORMADO POR LA UNIDAD DE HEMODINAMIA Y SERA COBRADO DE ACUERDO A COSTEO DIRECTO DESDE EL SISTEMA DE VALORIZACION DE INVENTARIO MAS EL COSTO DE REPOSICION VIGENTE RESPECTIVO				





**13) PROCEDIMIENTO PREVENTIVO**

CODIGO	GLOSA	VALOR PRESTACION			
		ARANCEL PARTICULAR		ARANCEL	ARANCEL
		AMBULATORIO	HOSPITALARIO	FONASA MILE	SAPRE CLINICA
PRP1	PROCEDIMIENTO PREVENTIVO	6,413	6,413	5,451	6,093

**14) SERVICIO DE ESTERILIZACION**

CODIGO	GLOSA	VALOR PRESTACION			
		ARANCEL PARTICULAR		ARANCEL	ARANCEL
		AMBULATORIO	HOSPITALARIO	FONASA MILE	SAPRE CLINICA
EST1	LITRO ESTERILIZADO	475	475	404	451

**15) PROCURAMIENTO TRANSPLANTE DE ORGANOS**

CODIGO	GLOSA	VALOR PRESTACION			
		ARANCEL PARTICULAR		ARANCEL	ARANCEL
		AMBULATORIO	HOSPITALARIO	FONASA MILE	SAPRE CLINICA
PRO1	PROCURAMIENTO EN TRANSPLANTE DE CORAZON			1,000,030	
PRO2	PROCURAMIENTO EN TRANSPLANTE DE PULMON			1,000,030	
PRO3	PROCURAMIENTO EN TRANSPLANTE DE HIGADO			1,000,030	
PRO4	PROCURAMIENTO EN TRANSPLANTE DE RIÑON (PANCREAS)			1,246,310	
PRO5	PROCURAMIENTO TX CORNEA			1,031,100	
PRO6	TRANSPLANTE DE CORNEA			648,230	

**16) COBRO PSIQUIATRIA**

CODIGO	GLOSA	VALOR PRESTACION			
		ARANCEL PARTICULAR		ARANCEL	ARANCEL
		AMBULATORIO	HOSPITALARIO	FONASA MILE	SAPRE CLINICA
PS1	TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS (TRATAMIENTO COMPLETO)	1,617,800	1,617,800	1,375,130	1,536,910
PS2	TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TRATAMIENTO COMPLETO)	1,406,500	1,406,500	1,195,525	1,336,175
PS3	DEPRESION UNIPOLAR Y DISTIMA, MENORES DE 15 AÑOS, TRATAMIENTO AMBULATORIO NIVEL ESPECIALIZADO (TRATAMIENTO MENSUAL)	49,560	49,560	42,126	47,082
PS4	TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL COMPORTAMIENTO, TRATAMIENTO AMBULATORIO NIVEL ESPECIALIZADO (TRATAMIENTO MENSUAL)	53,420	53,420	45,407	50,749
PS5	EMERGENCIA Y TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS, TRATAMIENTO AMBULATORIO NIVEL ESPECIALIZADO (TRATAMIENTO MENSUAL)	33,880	33,880	28,798	32,186
PS6	TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO, TRATAMIENTO NIVEL ESPECIALIZADO (TRATAMIENTO MENSUAL)	80,720	80,720	68,612	76,684
PS7	TRASTORNOS HIPERCINETICOS, TRATAMIENTO AMBULATORIO NIVEL ESPECIALIZADO (TRATAMIENTO MENSUAL)	71,700	71,700	60,945	68,115
PS8	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EMOCIONALES DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, TRATAMIENTO NIVEL ESPECIALIZADO (MENSUAL)	34,280	34,280	29,138	32,566
PS9	PROGRAMA PRAIS, ACOGIDA, ACREDITACION E INGRESO (1ª CONSULTA)	80,460	80,460	68,391	76,437
PS10	PROGRAMA PRAIS, TRATAMIENTO INTEGRAL ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL (TRATAMIENTO MENSUAL)	28,960	28,960	24,616	27,512
PS11	PLAN AMBULATORIO BASICO-ALCOHOL Y DROGAS, TRATAMIENTO MES	227,020	227,020	192,967	215,669
PS12	PLAN AMBULATORIO INTENSIVO-ALCOHOL Y DROGAS, TRATAMIENTO MES	656,940	656,940	556,399	624,093
PS13	PLAN AMBULATORIO INTENSIVO-ALCOHOL Y DROGAS EN INFANTO ADOLESCENTES (TRATAMIENTO MENSUAL)	1,296,700	1,296,700	1,102,195	1,231,865
PS14	PLAN AMBULATORIO COMUNITARIO INFANTO ADOLESCENTES-ALCOHOL Y DROGAS (TRATAMIENTO MENSUAL)	297,940	297,940	253,249	283,043
PS15	PLAN RESIDENCIAL-ALCOHOL Y DROGAS, POBLACION GENERAL (TRATAMIENTO MENSUAL)	1,271,060	1,271,060	1,080,401	1,207,507
PS16	PLAN RESIDENCIAL-ALCOHOL Y DROGAS EN INFANTO ADOLESCENTES (TRATAMIENTO MENSUAL)	1,630,800	1,630,800	1,386,180	1,549,260
PS17	PLAN DESINTOXICACION ALCOHOL Y DROGAS, TRATAMIENTO COMPLETO, POBLACION GENERAL (15 DIAS)	1,116,220	1,116,220	948,787	1,060,409
PS18	PLAN DESINTOXICACION ALCOHOL Y DROGAS EN INFANTO ADOLESCENTES (CORTA ESTADIA)	1,936,420	1,936,420	1,645,957	1,839,599
PS19	PERITAJES JUDICIAL PSIQUIATRICO ADULTOS (POR EVENTO)	288,200	288,200	244,970	273,790
PS20	PERITAJE JUDICIAL PSIQUIATRICO A MENORES (POR EVENTO)	288,200	288,200	244,970	273,790
PS21	PERITAJE JUDICIAL PSICOLOGICO ADULTOS (POR EVENTO)	129,660	129,660	110,211	123,177
PS22	PERITAJE JUDICIAL PSICOLOGICO A MENORES (POR EVENTO)	129,660	129,660	110,211	123,177
PS23	PERITAJE EN DROGAS ADULTOS	60,640	60,640	51,544	57,608
PS24	EVALUACION Y TRATAMIENTO INTEGRAL POR EQUIPO PSIQUIATRIA FORENSE EN POBLACION PENAL INTERNALCADA EN UEPF (TRATAMIENTO PSIQUIATRICO INTEGRAL EN POBLACION PENAL INTERNADA EN UPFT (15 DIAS)	2,175,420	2,175,420	1,849,107	2,066,649
PS25	EXAMENES MENTALES PRELIMINARES	1,085,860	1,085,860	922,981	1,031,567
PS26	EXAMENES PRELIMINARES EN DROGAS A MENORES	55,680	55,680	47,328	52,896
PS27	EVALUACION DIAGNOSTICA EN DROGAS A MENORES	278,420	278,420	236,657	264,499
PS28	TRATAMIENTO ESQUIZOFRENIA A PARTIR DEL SEGUNDO AÑO	162,040	162,040	137,734	153,938





HOSPITAL REGIONAL  
LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS  
Departamento Jurídico



### 17) EXCEPCIONES

NORMAS INTERNAS QUE REGLAMENTAN LAS EXCEPCIONES NO CONSIDERADAS EN EL ARANCEL
SI SE REQUIERE VALORIZAR ALGUNA PRESTACION O PROCEDIMIENTO QUE NO ESTE CONSIDERADO EN ESTE ARANCEL SERA LA UNIDAD DE CONVENIOS Y GESTION DE NUEVOS NEGOCIOS QUIEN FUE EL PRECIO.
LOS VALORES DE PROTESIS Y OSTEOINTESIS DEBEN SER COBRADOS DE ACUERDO A INFORMACION PROPORCIONADA POR ABASTECIMIENTO, CON RESPALDO DE LICITACION RESPECTIVA. PARA PACIENTES BENEFICIARIOS SE DEBE MULTIPLICAR VALOR DE COSTO POR FACTOR DE 1,4 Y PARA PACIENTES NO BENEFICIARIOS SE DEBE MULTIPLICAR VALOR DE COSTO POR 1,7.
LOS PRECIOS FIJADOS EN CONVENIO CON INSTITUCIONES PREVALERAN PARA EL COBRO DE SUS BENEFICIARIOS, POR SOBRE ESTE ARANCEL.

2.- **PUBLÍQUESE** la presente Resolución Exenta acorde lo dispuesto en el a lo previsto en el artículo 7º de la Ley N° 20.285 sobre Acceso a la Información Pública y en el artículo 51 de su Reglamento.



**ANÓTESE y COMUNÍQUESE.**

**DR. SERGIO ZAMORANO ORTIZ**  
**DIRECTOR (S)**

**HOSPITAL REGIONAL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS**

**DISTRIBUCIÓN:**

- ❖ Subdirección Administrativa HRLBO
- ❖ Unidad de Convenio y Gestión de Nuevos Negocios
- ❖ Dpto. Jurídico.
- ❖ Unidad de Recaudación
- ❖ Oficina de Partes y Archivo

