

Informe sobre Prácticas Irregulares en Cuentas Hospitalarias y Clínicas

Los pacientes suelen enfrentarse a **prácticas de facturación irregulares** o incluso **fraudulentas** en hospitales y clínicas. Estas “trampas” en las cuentas médicas inflan el costo final que debe pagar el paciente (copago), vulnerando derechos financieros, legales e incluso éticos en la atención de salud. A continuación se presenta un informe detallado –orientado a pacientes– de las principales prácticas irregulares detectadas, con ejemplos específicos, explicaciones legales/financieras/clínicas y consejos para detectarlas, prevenirlas o reclamarlas.

Principales prácticas irregulares en la facturación médica

A partir del listado proporcionado, se identifican **10 prácticas comunes de cobro irregular** en cuentas hospitalarias. Cada una se detalla a continuación:

1. Inflamamiento de costos de medicamentos (farmacia)

Esta práctica ocurre cuando se **sobrecarga el valor de los medicamentos utilizados durante la atención**. En lugar de cobrar al paciente solo por la dosis efectivamente administrada, algunas instituciones cobran por cantidades mayores o precios inflados. Por ejemplo, hay casos en que se factura el **precio de una caja entera de fármacos aunque solo se usaron unas pocas unidades**, o se aplican códigos de farmacia más costosos de lo debido (*upcoding*). Esto genera un copago exagerado para el paciente sobre un valor **inventado** que no corresponde al consumo real.

Desde el **punto de vista legal**, esta práctica contraviene la normativa vigente. La Ley de Derechos y Deberes del Paciente en Chile estableció explícitamente que **solo se puede cobrar al paciente por la dosis de medicamento efectivamente utilizada**, corrigiendo el abuso histórico de facturar cajas completas. En otras palabras, si usted recibió 5 dosis de un fármaco durante su hospitalización, la cuenta debe reflejar únicamente esas 5 dosis y no, por ejemplo, un frasco entero de 30 dosis que nunca se terminaron. Cobrar medicamentos no usados o inflar sus precios **vulnera sus derechos como consumidor de salud**.

En el **ámbito financiero**, el inflamamiento de medicamentos se traduce directamente en un **mayor copago**. El paciente termina pagando de su bolsillo por insumos que no consumió. Esto constituye una forma de fraude de facturación denominada *upcoding*, donde se utilizan códigos de facturación más caros o complejos de lo necesario para obtener mayor reembolso ¹. Un ejemplo sería facturar un medicamento genérico barato con el código de un fármaco de marca más costoso. Para el paciente, esto implica **pagos indebidos** que pueden sumarse a cientos de miles de pesos extra.

Desde el **punto de vista clínico**, no hay justificación para tales sobrecargos: los medicamentos administrados están claramente registrados en la ficha médica (dosis, horario, vía, etc.), y esos registros deberían coincidir con la facturación. Cualquier divergencia sugiere manipulación deliberada de la cuenta. *Por ejemplo*: un paciente con una infección leve que recibió un antibiótico genérico podría descubrir en su cuenta un cargo por un antibiótico de amplio espectro mucho más caro que nunca le administraron, lo que indicaría inflamamiento.

Cómo detectar y prevenir: Verifique en su boleta el detalle de medicamentos. Deben estar listados con nombre o código, cantidad y valor unitario. Compare esa lista con lo que usted efectivamente recibió (puede solicitar al personal que le informe qué medicamentos le administran). Si ve códigos genéricos de farmacia como *“Medicamentos hospitalizados”* con un monto global alto, pida el desglose. En un **ejemplo real**, a una paciente se le cobraron en su liquidación ítems de *“Medicamentos clínicos en hospitalización”* (cód. 3101001) por \$121.007, de los cuales solo una parte fue cubierta por el seguro y \$93.781 quedaron de copago. Ante cualquier monto dudoso o excesivo en farmacia, **solicite aclaraciones por escrito**. Recuerde que tiene derecho a que le cobren solo lo utilizado y a recibir explicaciones claras de cada cargo.

2. Desagregación de materiales de pabellón

La **desagregación de materiales de pabellón** es una forma de *“unbundling”* o cobro separado de insumos que **deberían estar incluidos en la tarifa del pabellón quirúrgico**. Cuando uno se opera, la clínica suele cobrar un ítem llamado “Derecho de Pabellón”, que es una tarifa global que **ya incluye materiales básicos y equipamiento** necesarios durante la cirugía (por ejemplo: gasas, compresas, jeringas, suturas básicas, guantes, ropa estéril, uso de equipos quirúrgicos, etc.). Según normas técnico-administrativas vigentes y acuerdos entre aseguradoras y prestadores, esos insumos básicos no deben cobrarse aparte al paciente, pues su costo está incorporado en la tarifa de pabellón que ya se paga. De hecho, existen listados oficiales detallando **qué se incluye en el derecho de pabellón**, incluyendo elementos como *“gasa, algodón, tómulas... ropa estéril... antisépticos...”*, entre muchos otros. Cobrar separadamente por estos insumos constituye un cobro duplicado.

No obstante, una práctica irregular detectada es que algunas clínicas **fragmentan esos materiales y los facturan por separado** en la cuenta: por ejemplo, cobran X cantidad de gasas con su propio código y precio, jeringas desechables con otro código, suturas con otro, etc., cuando todo ello debió estar cubierto por el pago del pabellón. En el listado provisto, esto se describe como cobrar *“insumos básicos que ya vienen en el derecho de pabellón (jeringas, gasas, suturas básicas, etc.)”* por fuera, a través de códigos genéricos como 3101304 u otros agrupadores.

Desde el **enfoque financiero**, la desagregación aumenta artificialmente el monto total: el paciente paga el derecho de pabellón completo **y además** paga de nuevo por insumos que ya estaban supuestamente cubiertos en ese derecho. Es decir, hay un **doble cobro (duplicado)** por los mismos materiales. Esta práctica califica también como una forma de fraude por *“unbundling”*, definida precisamente como **separar servicios que normalmente se cobran juntos a tarifa fija, para facturarlos individualmente a mayor costo** ². El resultado es un copago mayor: cada gasa o jeringa cobrada aparte se traduce en pesos adicionales que el plan de salud puede que no bonifique, quedando a cargo del paciente.

Legalmente, **no existe justificación contractual para desagregar insumos incluidos**. Las Isapres y Fonasa definen en sus aranceles qué comprende el derecho de pabellón. Por ejemplo, en un arancel de isapre se indica explícitamente: *“QUE SE INCLUYE EN DERECHO PABELLÓN – Insumos y elementos: ... (lista de materiales reutilizables o desechables básicos)”*. Si un prestador *igual* los cobra aparte, está **incumpliendo la normativa y su contrato con la aseguradora**, potencialmente incurriendo en una infracción sancionable. Desde el **ángulo clínico**, el paciente difícilmente podría saber durante su cirugía cuántas gasas o agujas se usaron; por eso confía en que el cobro global cubre todo. Separar esos ítems puede implicar incluso *cobros fantasmas* (¿cómo verificar usted cuántas gasas usaron, si no se lo informan?). La falta de transparencia aquí es crítica.

Ejemplo típico: A un paciente se le factura un ítem “Derecho de Pabellón: \$1.000.000” por su cirugía, pero además encuentra en la cuenta cargos como: “Uso de bisturí desechable \$50.000”, “Paquete de

gasas estériles \$30.000", "Sutura básica \$20.000", etc., sumando, digamos, \$100.000 extras. Ese monto extra probablemente es indebidamente cobrado. En un caso documentado, a un paciente le cargaron casi **\$256.065 por "Materiales clínicos en hospitalización"** (código 3101002) generando \$226.995 de copago, cuando muchos de esos materiales eran insumos básicos de su cirugía. Situaciones así deben ser objetadas.

Cómo actuar: Revise atentamente la sección de "*materiales*" o "*insumos*" de la boleta. Si fue operado, **pida el listado de qué incluye el cobro de pabellón** (puede solicitar la normativa interna o arancel aplicado). Si detecta cargos por elementos menores que usted presume debieron estar incluidos (ej. "sábanas pabellón", "equipos varios pabellón", "jeringas de pabellón"), **consulte a su aseguradora** cómo se bonificó eso. De hecho, su Programa Médico (PAM) de isapre/Fonasa puede revelar si la aseguradora reconoció esos cargos como separados o los rechazó por considerarlos parte del paquete. Si la isapre *no* bonificó esos insumos (bonificación \$0 con glosa de rechazo por estar incluidos), es señal de cobro duplicado. El paciente puede usar ese antecedente para reclamar directamente al prestador la eliminación o reembolso de dichos cobros duplicados. En caso de negativa, es un asunto reclamable ante la Superintendencia de Salud.

3. Fármacos de pabellón cobrados aparte (medicación intraoperatoria desagregada)

Relacionada con la anterior, esta práctica se enfoca en los **medicamentos administrados durante una cirugía o procedimiento** (por ejemplo, los fármacos anestésicos, analgésicos intraoperatorios, antibióticos profilácticos, sueros, etc.). En muchos casos, el costo de estos fármacos debería estar considerado dentro del procedimiento o de la atención quirúrgica integral. Sin embargo, algunas clínicas **"desplazan" esos medicamentos al ítem de farmacia general (ej. código 3101302)** para generar un copago adicional. Es decir, en lugar de quedar incluidos bajo la cuenta del pabellón o del acto anestésico, los facturan como si fueran medicamentos aparte suministrados durante la hospitalización.

Por ejemplo, supongamos que durante su cirugía de apéndice le administran anestesia general y analgésicos. Lo correcto podría ser cobrar la *anestesia* como parte del acto quirúrgico (o un ítem específico de anestesia) que su plan bonifica con cierto porcentaje. La irregularidad sería que, aparte del cobro del anestesiólogo, usted encuentre en la sección "Farmacia" cargos por medicamentos como "*Propofol 200mg*", "*Fentanilo 0,1mg*", "*Midazolam*", etc., con su precio, aumentando el copago. Esos son medicamentos del pabellón que se están **facturando desagregados**.

Desde el **punto de vista financiero**, esto **encarece doblemente** la cirugía: el paciente paga el honorario del anestesiólogo (y otros costos quirúrgicos) y *además* paga por separado los insumos farmacológicos de la anestesia que deberían estar considerados. Muchas aseguradoras tratan estos casos igual que el punto anterior: si estiman que tales medicamentos debían incluirse en el paquete quirúrgico, **rechazan su cobertura** (0% bonificación), con lo cual el paciente termina cubriendo el 100% del valor de esos fármacos. Nuevamente, es un caso de *unbundling* motivado por lucro.

Legalmente, hay un área gris según la póliza y el arancel: algunas isapres pueden tener normas específicas sobre medicamentos de pabellón. Pero en general, si el contrato o el arancel no prevé cobrarlos aparte, hacerlo podría ser considerado un **cobro improcedente**. De hecho, desarrolladores de herramientas de auditoría han implementado reglas para detectar estos casos: por ejemplo, marcar un fármaco con código 3101302 usado el mismo día de una cirugía como posible duplicado del paquete quirúrgico, y verificar si la isapre lo bonificó o no. Si la isapre lo rechazó (bonificación \$0) por considerarlo parte del paquete, es evidencia de que el cobro es anómalo y debería reclasificarse como

duplicado, no cargarlo al paciente. En cambio, si la isapre lo bonificó parcialmente, puede interpretarse que reconoció ese cobro separado (lo cual abre debate, pero al menos no dejó todo al paciente).

En el **ámbito clínico**, todos los medicamentos administrados en una cirugía quedan registrados en la hoja anestésica o registro intraoperatorio. El paciente puede no conocer los nombres, pero tiene derecho a pedir ese informe. Si luego ve cargos en farmacia cuyos nombres coinciden con lo que usaron en pabellón (ej. “Sevoflurano 1 frasco” o “Lidocaína 100ml”), es una **señal de alerta**. Idealmente, esos insumos deberían haberse facturado dentro del paquete de pabellón o como parte de la atención anestésica, no como productos farmacéuticos generales.

Consejo: Revise su cuenta y ponga especial atención a medicamentos caros asociados a la cirugía (p.ej. agentes anestésicos, relajantes musculares, antibióticos administrados en quirófano). Pregunte: *¿estos medicamentos no estaban incluidos en el costo del procedimiento?* Consulte con su isapre: a veces en el detalle del Programa Médico verá un código 3101302 “Medicamentos hospitalizados” con un valor elevado. Compare la fecha y hora: si corresponde al día de la cirugía, probablemente son los medicamentos de pabellón cobrados aparte. Puede pedir a la clínica la “*hoja de anestesia*” con los consumos para confrontar. Si sospecha irregularidad, **reclame** pidiendo que reevalúen esos cargos; cite su contrato o normativa que indique que el *derecho de pabellón incluye medicamentos comunes utilizados durante la cirugía*. De ser necesario, eleve el caso a la Superintendencia.

4. Cobro de hotelería no clínica como si fuera atención médica

Bajo este concepto se agrupan aquellos cargos por **servicios o artículos de comodidad/hotelería** durante la hospitalización, que no son propiamente prestaciones de salud, pero que algunas clínicas **facturan al paciente con copago**. Ejemplos mencionados son: cobros por kits de aseo personal (jabón, cepillo de dientes, pantuflas), ropa no clínica como pijamas o batas para el paciente, artículos como termómetros básicos entregados al paciente, uso de televisor, teléfono, alimentación de acompañante, etc. Muchas veces estos ítems aparecen en la cuenta con descripciones poco claras, a veces bajo glosas como “*confort del paciente*” o incluso pueden ser incluidos en “*gastos varios no cubiertos*”.

¿Por qué es irregular? Porque en varios casos estos **no son gastos médicos directos**, y debieran ser informados previamente al paciente *como opcionales*. Algunas clínicas incluyen ciertos amenities sin costo, otras los cobran pero **deben avisarle al paciente** (por ejemplo: “el uso de televisor en la pieza tiene un costo diario de \$X”). Si no se transparenta, podría considerarse una vulneración al derecho de información. Además, desde la óptica del seguro de salud, la mayoría de estos ítems no son cubiertos por el plan (la isapre no bonificará, por considerarlos gastos personales). Entonces terminan facturándose **íntegramente al paciente**, a veces con sobreprecio.

Financieramente, estos cobros incrementan el total a pagar de forma sigilosa. Un *ejemplo real* común: en la cuenta se agrega “*Set de aseo personal: \$15.000*” y “*Kit de ropa clínica: \$20.000*”. El paciente quizás asumió que esos eran cortesía o estaban incluidos en la diaria, pero no: se los cobraron aparte y el plan no aportó nada (códigos 3201001 de gastos no cubiertos). De hecho, en un desglose de isapre se puede ver que ítems como “*alimentación de acompañante, día cama acompañante, ropa estéril, batas*” aparecen bajo el código genérico 3201001 (gastos no cubiertos por el plan), lo que significa que todo ese costo va al paciente. Esto es legal en tanto se informe y se ajuste a contrato (por ejemplo, un plan generalmente no cubre la estadía de un acompañante), **pero** el problema es cuando se facturan sin advertencia o inflados.

Clínicamente, estos elementos no afectan la recuperación del paciente (son de comodidad). Sin embargo, el **no distinguir entre prestaciones médicas y cargos de hotelería** en la cuenta es una falta de transparencia. La ley 20.584 exige que “*se informe de manera didáctica y clara sobre... los costos*”.

financieros en los recintos asistenciales”, lo que incluye detallar honorarios, insumos y valor de día-cama por separado. Si se esconden cargos de hotelería dentro de glosas inespecíficas, se está incumpliendo el espíritu de la ley.

Recomendaciones: Al internarse, pregunte qué servicios adicionales podrían cobrarse (tv cable, menú especial, cama de acompañante, etc.) y los costos. Revise su cuenta en busca de términos como “confort”, “kit de aseo”, “servicio habitacional” o códigos de gastos no cubiertos. Un hospital transparente debe entregar un **informe de alta con desglose de honorarios, insumos, días cama y pabellón**. Si esto no ocurrió, solicítelo. Si encuentra cobros de hotelería que no autorizó o con montos excesivos, **reclame por escrito** pidiendo su anulación o justificación. Por ejemplo, puede argumentar: “Se me cobró un ‘set de aseo’ que yo no solicité explícitamente; esto no es una prestación de salud y no fui informado del costo, por lo que solicito se elimine ese cargo”. Apóyese en el principio de información al paciente de la ley.

5. Cobros por enfermería básica ya incluida en el Día Cama

Otra trampa común es cobrar por procedimientos de enfermería **que forman parte del cuidado básico de hospitalización**, los cuales **deberían estar incluidos en la tarifa del “Día Cama”**. El “Día Cama” (hospitalización por día) normalmente incluye no solo el uso de la habitación, sino también la **atención general de enfermería las 24 horas** y ciertos procedimientos rutinarios inherentes a la internación. Por ejemplo, en una hospitalización estándar, el personal de enfermería realizará: controles de signos vitales periódicos, curaciones simples, instalación de vías venosas (suero), administración de medicamentos endovenosos (fleboclisis), enemas o sondas si se requieren, monitoreo postoperatorio inmediato, etc. Todo esto es parte del cuidado continuo. De hecho, la normativa indica claramente que la *“atención completa de enfermería según estándares de la institución, incluyendo curaciones, colocación de sondas, inyecciones, enemas, toma de muestras, administración de fluidos (fleboclisis)”* **está incluida en el valor del Día Cama**.

El problema es que algunas clínicas **fragmentan y cobran aparte actividades de enfermería básicas**, como si fueran prestaciones independientes. Por ejemplo: cobrar *“instalación de vía venosa \$X”*, *“cura de herida quirúrgica \$Y”*, *“control de signos vitales \$Z”*, etc. Muchas veces usan códigos genéricos o de procedimientos menores para facturarlos. Esto resulta en que, además del costo diario de hospitalización, el paciente paga extra por actos que debieron estar cubiertos.

Financieramente, es otro **cobro duplicado/indebido** que aumenta el copago. Si su plan cubre, digamos, 90% del Día Cama, usted ya está pagando 10% por ese servicio integral. Cobrar aparte una “curación simple” significaría que por esa curación el plan probablemente no pague nada (porque asume que ya pagó al cubrir el día cama) y el paciente termine pagando 100% de un procedimiento que debería costar \$0 adicional. Es una forma sutil de “re-cobrar” por cuidado rutinario.

Legalmente, esta práctica contraviene las normas de información y lo pactado con aseguradoras. Las isapres suelen tener definido qué incluye el día cama, similar a como vimos con pabellón. En el arancel de Nueva Masvida, por ejemplo, se especifica que en el día cama se incluyen todos esos cuidados de enfermería e insumos asociados. Cobrar aparte sería **incumplir el contrato**. Incluso, la Superintendencia de Salud podría considerar esto una infracción al derecho del paciente a una facturación correcta.

Desde el **punto de vista clínico, no hay razón para cobrar por separado procedimientos rutinarios**. Es comprensible cobrar aparte procedimientos especiales (ej: curación por un especialista en heridas complicadas, colocación de un catéter venoso central por un médico, etc.), pero no actividades diarias básicas. Cobrar, por decir, “toma de temperatura” carece de justificación médica o económica.

Ejemplo real: Un paciente internado observa en su cuenta cargos como “Control de signos vitales (x4) – \$40.000” o “Recuperación post-operatoria 2 horas – \$50.000”. Estos conceptos deberían estar incluidos en la atención de enfermería del día cama (especialmente la recuperación inmediata en sala de recuperación, que suele no tener costo extra por hasta ciertas horas). De hecho, en la lista del hospital Santiago Oriente se indica que hasta la “recuperación 0-3h” post anestesia está incluida en la hospitalización estándar. Si se la cobran, es irregular.

Recomendaciones: Revise detalladamente la sección de “procedimientos” menores en su cuenta. Si ve ítems sospechosos (inyecciones, curaciones, etc.) pregunte si fueron solicitados por su médico como prestaciones aparte o son parte del cuidado general. Puede comparar con su **PAM de isapre**: si la isapre rechazó bonificar ese código por considerarlo incluido, tendrá un argumento sólido. En tal caso, exija al prestador que elimine ese cobro duplicado. Apoye su reclamo citando la inclusión de esos cuidados en el día cama (por ejemplo, “según normativa, la atención de enfermería, que incluye la administración de fluidos e inyecciones, está considerada en la tarifa diaria, por lo que este cobro es improcedente”). Si la clínica se niega, acuda a la Superintendencia con esos antecedentes.

6. Uso de glosas genéricas (3201001/3201002) para cargar costos al paciente

En muchas cuentas clínicas aparecen códigos o glosas genéricas como **3201001 y 3201002**, generalmente acompañadas de descripciones tipo “Gastos no cubiertos por el plan”, “Prestación no arancelada”, “Insumos varios no arancelados” u otras similares. Estas glosas indican cargos que **la aseguradora no reconoció o que no están en el arancel convencional**, por lo que su costo recae íntegramente en el paciente, usualmente sin mucho detalle de qué incluyen. Esto, cuando es usado maliciosamente, es una forma de **ocultar cobros** bajo rubros inespecíficos, dificultando al paciente saber qué pagó.

Por ejemplo, 3201001 “Gastos no cubiertos” es un cajón de sastre donde pueden meter todo tipo de cosas: desde pañales, artículos de aseo, hasta diferencias de honorarios o cualquier ítem que el plan excluya. 3201002 “Prestación no contemplada en arancel” básicamente significa que se cobró algo que no figura en el listado oficial de prestaciones (podría ser un procedimiento nuevo, o simplemente un cobro arbitrario). En la práctica, hemos visto que clínicas utilizan estos códigos para cargar cosas como **materiales sin desglose, “varios” de enfermería, equipamiento adicional, etc.** sin dar explicaciones precisas.

El **impacto financiero** es claro: todo lo que se pone bajo estas glosas, el plan lo bonifica en 0%, y el paciente lo paga al 100%. En la liquidación de ejemplo que hemos citado, a la paciente le aparecieron \$9.331 bajo 3201001 y \$30.000 bajo 3201002, **todo cobrado a ella** sin cobertura. El problema surge cuando esos montos son significativos y el paciente no tiene forma de saber qué incluían. ¿Eran insumos legítimamente no cubiertos (por ejemplo, un fármaco cosmético)? ¿O era simplemente una manera de facturar un sobre costo? La falta de transparencia permite abuso.

Legalmente, el uso de códigos genéricos no es ilegal per se (de hecho existen en los aranceles, como muestra el arancel Masvida: “3201001 Gastos no cubiertos por el plan – se liquidan con este código”, etc. ³). Sin embargo, **no explicar ni desglosar esos gastos sí vulnera derechos del paciente**. La ley exige cuenta detallada; agrupar cargos bajo rótulos vagos va en contra de la transparencia. Además, si dentro de esos montos hubiera algo que *sí* debía estar cubierto, el paciente difícilmente lo podrá detectar sin desglose. Por eso, desde un enfoque de defensa del consumidor, estos cargos son siempre objetables si no vienen acompañados de detalle.

Desde el **enfoque clínico**, muchas veces los hospitales justifican que cosas como ciertos insumos o procedimientos no están arancelados (no tienen código individual), y por eso usan estos códigos

genéricos. Puede ser cierto en algunos casos particulares, pero nunca debería ser un monto grande sin explicación. Por ejemplo, si en una cirugía se usó un dispositivo especial traído por el médico que no está tarifado, podrían intentar cobrarlo como “prestación no arancelada”; pero el paciente tendría que haber sido informado y haber aceptado ese cobro extra.

¿Qué hacer?: Siempre que vea “gastos no cubiertos” o “prestación no arancelada” en su cuenta, pida el detalle específico de qué conceptos forman esos montos. El prestador está obligado a entregar esa información. Puede ocurrir que, al pedir el detalle, se descubra que incluyeron, por decir, “Guantes talla XL especiales” o “Equipo X importado” que efectivamente el plan no cubre; bueno, al menos usted sabrá qué fue y por qué lo pagó. Pero si la clínica no puede o no quiere detallar, **es un foco rojo**. En su reclamo, deje por escrito: “Solicito el desglose de los gastos facturados bajo código 3201001, dado que ignoro su naturaleza y no fueron informados oportunamente. La ley me garantiza recibir información completa de los cobros.” Si tras el desglose identifica algún ítem irregular (por ejemplo, le metieron en “no cubiertos” algo que *debió* estar cubierto), exija la rectificación. De lo contrario, al menos habrá obtenido claridad.

Un caso típico es cuando en 3201001 ponen insumos que en realidad deberían estar cubiertos parcialmente bajo códigos normales (como vimos en la sección de pabellón). En tal situación, tiene fundamento exigir que se recodifiquen correctamente para que su seguro cubra lo que corresponde.

En resumen, **no acepte pagos genéricos sin preguntar**. Estas glosas genéricas deben ser mínimas y excepcionalmente usadas; si representan sumas importantes de su cuenta, es muy posible que escondan cobros discutibles.

7. Incumplimiento de coberturas pactadas o topes del plan (Cobertura/Contrato)

Esta irregularidad ocurre cuando la clínica o el prestador **no respeta las condiciones de cobertura de su plan de salud**, resultando en cobros indebidos al paciente. Hay dos situaciones frecuentes:

- **Incumplimiento de topes o porcentajes de cobertura 100%:** Por ejemplo, supongamos que su plan indica cobertura **100% en ciertas prestaciones** (como una hospitalización materna, o un beneficio especial). En teoría, usted no debería pagar copago en esos casos. Sin embargo, algunas cuentas presentan cargos donde igualmente se le cobró un porcentaje. Es decir, la clínica *hizo caso omiso* del 100% y aplicó copago. Otra variante es cuando el plan tiene un **tope en UF o monto para una prestación**, y la clínica igual cobra por encima de ese tope sin avisar o sin ajustarse al procedimiento (podrían argumentar que se excedió, pero a veces es cuestionable cómo se mide ese exceso).
- **Cargos por prestaciones excluidas como si fueran cubiertas:** Aquí la clínica podría estar “camuflando” algo que el plan no cubre dentro de otra prestación, o simplemente cargándolo al paciente sin verificar alternativas de cobertura. También entra el caso de **trasladar al paciente costos que deberían ser del seguro**. Un ejemplo: su plan excluye cirugía estética, pero su cirugía fue reparadora (cubierta); si la clínica la codifica mal como estética, la isapre no paga y le cargan todo a usted indebidamente.

En ambos casos, el trasfondo es que el paciente termina pagando por beneficios que su contrato indicaba que no debía pagar o pagando más de lo estipulado.

Un **ejemplo** concreto del listado es: “Plan indica 100% y se cobra copago”. Imaginemos un afiliado con plan que cubre 100% la hospitalización en habitación compartida. Si en la cuenta de la clínica aparece

un copago de, digamos, \$200.000, algo anda mal. Puede ser error en la codificación o un intento de cobro de más. Otro ejemplo: *“Exclusión/no cubierto trasladado al paciente (se marca y se revisa)”*. Esto podría referirse a que la clínica facturó como “no cubierto” algo que en realidad debía estar cubierto parcialmente, haciendo que el paciente pague el 100%.

Desde el **enfoque legal**, estos casos tocan directamente la **Ley de Contrato de Salud Previsional** y la fiscalización de la Superintendencia de Salud. Si a usted le cobraron por encima de lo debido según su plan, puede reclamar por *incumplimiento de contrato*. De hecho, la normativa indica que la isapre debe respetar sus condiciones y la clínica, si tiene convenio con la isapre, también debe ceñirse a ellas. Un paciente tiene derecho a que se le aplique el beneficio tal como está en su plan.

Financieramente, el daño es obvio: usted paga más de lo que le corresponde. Muchas personas no conocen los detalles de su cobertura, y lamentablemente confían en que la cuenta final ya viene “correcta”. Pero **vale la pena revisar su plan o la cartola de liquidación**. En la liquidación (PAM) suelen venir columnas de “% bonificación” y tope. Si ve “% Bonif: 100” y aun así hay copago >0, hay un problema. Lo mismo si ve “Tope anual X UF” y le cobraron más allá sin cubrir.

Clínicamente, a veces el prestador alega que hizo algo extra no cubierto, pero muchas veces es un tema administrativo (codificación). Por ejemplo, si su plan cubría 100% una prótesis estándar y la clínica usó una más cara no cubierta, debió informarle antes. Si no lo hicieron, no pueden simplemente pasarle la cuenta.

Cómo protegerse: Conozca (al menos en términos generales) las coberturas de su plan y sus topes. Si su plan dice 90% cobertura en hospitalización con tope de UF por año, al recibir la cuenta verifique que el copago corresponda aproximadamente al 10% esperable. Si es mayor, pida explicaciones. Si su plan dice “cobertura 100% en parto normal” y le cobraron algo, de inmediato pida revisión: puede ser un error de la clínica o la isapre, y **usted no debe pagarlo**.

Un mecanismo útil es comparar su **Estado de Pago/Programa (PAM)** con la factura de la clínica. El PAM mostrará lo que la isapre pagó y lo que usted paga. Si identifica discrepancias con lo pactado, reclame. *Ejemplo:* Usted detecta que la isapre bonificó solo el 70% de una prestación que en su contrato aparece con 100%. Podría ser que la clínica la codificó mal. En ese caso, solicite re-codificación y refacturación para que le apliquen el 100%. Documente todo por escrito.

Si la clínica se rehúsa o argumenta cosas poco claras, **acuda a la Superintendencia de Salud** con su contrato y los comprobantes. Ellos pueden mediar e incluso sancionar a la clínica por incumplir coberturas. En caso extremo (pero real), podría tratarse de *cláusulas abusivas* o mala fe, y eso incluso puede escalar a instancias judiciales, aunque generalmente con el reclamo administrativo debería corregirse.

En resumen, **no dé por sentado que “si me lo cobraron será porque mi plan no lo cubría”**; podría ser una irregularidad. Siempre vale la pena verificar y exigir el cumplimiento exacto de lo contratado.

8. Reconversión tarifaria o “upcoding” de prestaciones

La reconversión tarifaria se refiere a **recodificar o reetiquetar prestaciones, insumos o medicamentos con códigos de mayor valor arancelario** que los que realmente corresponden, con el fin de aumentar el cobro (y típicamente, el copago del paciente). En otras palabras, es una forma de *upcoding* deliberado aplicada en el contexto de clínicas/hospitales: toman algo de menor costo y lo “venden” como si fuera algo más caro.

Ejemplos: Si un paciente recibió un determinado insumo médico de bajo costo, la cuenta podría mostrar un código distinto que corresponde a un insumo mucho más caro. O, en lugar de cobrar una curación simple (código barato), lo facturan como “cirugía menor” (código más caro). Otro caso es cuando, teniendo varias alternativas de código para un mismo material, eligen la de valor más alto. En el listado se menciona “ej. 3101302 inflado o 3101304 genérico” como ejemplos: es decir, usar el código de *Medicamentos hospitalarios* (3101302) con un monto inflado, o un código genérico de materiales (3101304) con tarifa alta, en lugar de códigos específicos más bajos.

Desde el **punto de vista legal**, el upcoding es considerado una forma de **fraude en la facturación**. Si bien en Chile no hay una figura legal tipificada con ese nombre, encaja en prácticas reñidas con la buena fe contractual y potencialmente sancionables por las autoridades (Superintendencia, Sernac, incluso penal si es masivo y deliberado). En contextos internacionales, está claramente identificado como fraude: “*facturar mediante códigos erróneos más caros de lo necesario*” ¹. La clínica tiene la obligación de usar los códigos correctos según la prestación brindada. Alterarlos intencionalmente va contra las normas de facturación (por ejemplo, las Normas Administrativas MINSAL si es Fonasa, o las reglas de isapres).

Financieramente, la reconversión tarifaria perjudica tanto al paciente como al seguro. Al seguro porque podría estar pagando más de lo debido (si bonifica porcentaje, lo hace sobre una base más alta ficticia), y al paciente porque su copago también se calcula sobre precios inflados. En la práctica, suele notarse en prestaciones no paquetizadas. Por ejemplo, si le hicieron radiografías simples pero la clínica las codifica como TAC (tomografía), la isapre quizá se dé cuenta y rechace la diferencia, pero mientras tanto al paciente le podrían cobrar un copago elevadísimo. O cobrar un insumo normal como si fuera “especial importado” con otro código más caro.

Clínicamente, esto no tiene defensa: se está cobrando por algo distinto a lo entregado. Si a usted le dicen “usamos sutura corriente”, pero le cobran sutura de alta tecnología reabsorbible más cara (y no era verdad), claramente es una estafa. A veces el paciente no puede saber, pero un indicio es cuando ve en la cuenta nombres de procedimientos o insumos que no le suenan a lo que realmente le hicieron. También se evidencia al comparar con la ficha médica: la ficha dice una cosa, la boleta otra.

Ejemplo concreto: Un caso documentado incluyó facturar una prótesis ortopédica estándar bajo el código de una prótesis de titanio personalizada (mucho más costosa). El paciente terminó con un copago enorme. Al revisar, notó que el código en la boleta no correspondía al implante que realmente le pusieron, sino a otro más caro que él nunca recibió. Eso es reconversión tarifaria. Otro ejemplo más simple: cobrar una sesión de kine grupal (\$5.000) como si fueran 3 sesiones individuales (\$15.000). El paciente quizás no lo note, pero está pagando 3 veces más.

Cómo detectar y actuar: Requiere estar atento a *qué exactamente le hicieron vs qué dice la cuenta*. Compare la terminología: si en la cuenta aparece un procedimiento que usted no reconoce, pregunte. No tema parecer ignorante; es su derecho entender. Puede pedir a su médico que revise la boleta para confirmar si todo lo listado concuerda con lo realizado. Las diferencias de codificación a veces pueden ser errores administrativos, pero si sospecha patrón de alza de costo, pida explicaciones por escrito al departamento de cuentas.

Un enfoque útil es buscar en el arancel de referencia el código cobrado y ver su descripción. Si no coincide con su caso, pida rectificación. Por ejemplo, si le cobraron “scanner 3D” y usted solo tuvo radiografías análogas, claramente hay un error.

En última instancia, si se demuestra reconversión intencional, **reclame formalmente**. Esto ya es un tema serio de posible fraude; la Superintendencia de Salud puede intervenir e incluso podría involucrarse la justicia si se considera fraude al paciente. Usted puede aportar la evidencia (boleta, ficha clínica, etc.). Estos casos pueden ser complejos de probar, pero insistiendo mediante los conductos formales es factible lograr re-liquidaciones a su favor.

9. Cobro separado de Urgencia que debió integrarse a un evento único de hospitalización

Cuando un paciente ingresa por Urgencia a una clínica y luego queda **hospitalizado**, existe el concepto de que toda esa atención constituye **un solo evento clínico**. En Chile, la *Ley de Urgencia* (Ley N°19.650) asegura la atención de emergencia sin pago previo, y si la persona queda internada, normalmente los costos de la urgencia con riesgo vital inicial deben ser cubiertos por el sistema (Isapre/Fonasa) como parte de la hospitalización o a través del mecanismo CAEC (Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas) una vez estabilizado. En buen chileno: **no debieran llegarle dos cuentas separadas (una de urgencia y otra de hospitalización) cobrando copagos máximos por cada una**. Lamentablemente, algunas clínicas *sí* separan los eventos para beneficio económico.

La “trampa” consiste en **cobrar la atención de urgencia como si fuera un evento ambulatorio aparte**, aplicándole copago completo, en vez de integrarla a la cuenta de la hospitalización donde quizás ese copago sería menor o nulo. Por ejemplo, si a usted lo internan desde la urgencia, lo correcto muchas veces es que la consulta y procedimientos de la urgencia se *reliquiden* bajo el evento hospitalario (a veces esto implica copago 0% si aplicó seguro catastrófico, etc.). Pero la práctica irregular es dejar la cuenta de urgencia tal cual (con su propio deducible o copago alto) y además cobrar la hospitalización por separado. Así el paciente paga más.

Desde el **punto de vista legal**, hay jurisprudencia al respecto: se considera que, habiendo continuidad asistencial, **la urgencia y la subsiguiente hospitalización forman parte de un mismo evento sanitario**, y la cobertura debe otorgarse en ese sentido. De hecho, la Corte Suprema en un fallo obligó a una isapre a otorgar cobertura de urgencia por todo el período hospitalizado y a aplicar el CAEC imputando los copagos de la urgencia al deducible catastrófico, en lugar de cobrarlos aparte. Es decir, reconoció que la urgencia inicial no era un caso aislado, sino parte de la misma enfermedad grave que llevó a la hospitalización. Asimismo, recordó que está prohibido exigir garantías de pago al momento de la urgencia (algunas clínicas hacen firmar pagarés en urgencia, lo cual es ilegal mientras rige la ley de urgencia).

Financieramente, cuando se fracciona el evento, el paciente puede terminar **pagando doble deducible**. Por ejemplo, en isapres si la urgencia se cobra como ambulatoria, quizá le apliquen el deducible GES o copago normal, y luego la hospitalización tiene su propio tope/deducible. Si se considera todo único evento hospitalario, probablemente mucho del costo de urgencia quedaría cubierto al 100% una vez cumplido cierto deducible. Entonces, separar los eventos **beneficia al prestador/asegurador a costa del paciente**.

Clínicamente, no tiene sentido separar: si alguien llega con un infarto a urgencia y queda internado, es un mismo proceso hasta su alta. Para el paciente, además, es confuso recibir dos facturas y entender por qué.

Ejemplo: Paciente ingresa por apendicitis a la urgencia de una clínica, de ahí lo operan de emergencia y hospitalizan 3 días. Su plan establece que la hospitalización tiene 90% cobertura con deducible de 30 UF (CAEC). Si todo se maneja como evento único, paga hasta 30 UF y listo, el resto 100% cubierto. Pero la

clínica le factura urgencia aparte: \$1.000.000 de la urgencia con copago 50% (\$500k) y la hospitalización \$3.000.000 con deducible 30 UF (\$~900k). Terminó pagando \$1.400.000 en vez de solo \$900k, por un artificio administrativo.

Recomendación: Si usted fue transferido de urgencia a hospitalización, esté pendiente de cómo facturaron eso. Pregunte a su isapre si la *Urgencia* fue cobrada como parte de la hospitalización o separada. Si fue separada y cree que no corresponde, **reclame**. A veces es la isapre la que debe recalcular por solicitud del paciente (especialmente en CAEC de enfermedades catastróficas, uno puede pedir que reconsideren algo como evento único). También puede presentar un reclamo en la Superintendencia para que analicen su caso bajo la óptica de “evento único”. Cite antecedentes: por ejemplo, “Conforme a la jurisprudencia (ej. Corte Suprema Rol 10002-2022) y normativa de Ley de Urgencia, la atención de urgencia que derivó en mi hospitalización debería haberse cubierto integralmente dentro de ese evento, por lo que solicito se reliquiden los costos en beneficio mío”. Adjunte copias de ambas cuentas.

Operativamente, para evitar esto, **notifique usted mismo a la isapre dentro de las 48 horas** de ingresado de urgencia (si puede o un familiar) para activar ley de urgencia y CAEC; las clínicas a veces argumentan no haber sido notificadas para justificar cobros. Haga ese trámite y guarde constancia. Así hay menos excusas para separar eventos.

En síntesis, *evento único urgencia-hospitalización* es un concepto técnico, pero que como paciente debe recordar: **una urgencia que termina en internación no debiera generar doble cobro**. Si lo genera, consulte y reclame, porque posiblemente consiga una devolución o reliquidación a su favor.

10. Falta de respaldo y transparencia en la cuenta (códigos agrupadores sin desglose, asociaciones erróneas)

Esta última categoría engloba casos en que la cuenta presenta cargos de manera poco clara o engañosa, impidiendo al paciente verificar la legitimidad de los cobros. Puede manifestarse de dos formas principales:

- **Códigos “agrupadores” sin desglose de contenido:** Son aquellos códigos globales (como 3101304, 3101302 u otros) donde se carga un monto grande pero no se detalla qué insumos o servicios específicos incluye. Por ejemplo, 3101304 podría aparecer como “*Medicamentos y Materiales varios*” \$500.000 sin más explicación. Sin desglose, el paciente no puede saber si le están cobrando 5 prótesis o 50 gasas. Esta falta de transparencia es problemática porque oculta potenciales cobros indebidos dentro de sumas globales.
- **Asociaciones o imputaciones erróneas de cargos:** Esto ocurre cuando un cargo válido se clasifica en la sección equivocada de la cuenta, generando confusión o afectando la cobertura. El ejemplo mencionado es “*asociaciones erróneas (p. ej., ligado a honorarios en vez de materiales)*”. Imagínese que un determinado material utilizado lo listan bajo “Honorarios médicos”. La isapre al ver eso podría no cubrirlo (porque espera cubrir honorarios de médicos acreditados, no materiales en ese rubro), y el paciente termina pagándolo. O viceversa: ponen un honorario médico dentro de “insumos”, y podría no bonificarse correctamente. Estas malas clasificaciones pueden ser intencionales para burlar controles, o simples errores administrativos; en ambos casos, el paciente paga el pato si no se revisa.

En esencia, **cundo la factura no es transparente ni congruente**, se abre la puerta a todo tipo de irregularidades ya descritas. La clínica tiene la obligación de proporcionar respaldo de cada cargo: qué es, quién lo realizó, cuándo. Si hay códigos “comodín” donde meten todo, uno debe desconfiar.

Legalmente, la **Ley 20.584** refuerza el derecho a información y establece sanciones si no se entregan cuentas claras. El superintendente de Salud lo ha dicho: *“no ha sido muy transparente [la facturación] en la industria de las clínicas durante este tiempo”* y con la ley se obliga a detallar insumos, fármacos, días cama, etc.. Por tanto, una cuenta opaca podría ser objeto de reclamo formal por violar ese derecho.

Además, si se encuentran cobros sin respaldo (por ejemplo, le cobran un medicamento que no está en su ficha, o más unidades de las que recibió), eso es **motivo inmediato de reclamo y eventual acción legal**. Es fundamental que todo cobro tenga correlato en la prestación brindada (*principio de correlación* entre lo registrado en la atención y lo facturado).

Qué hacer: No tema pedir explicaciones exhaustivas de cada rubro que no entienda. Si ve un código con monto grande y descripción genérica, exija el listado de qué items lo componen. Tiene derecho. Si la clínica dice “son materiales varios”, pida especificar cada material y su cantidad. Ellos llevan ese registro internamente; si se niegan a dárselo, es señal de alerta grave. En caso de asociaciones raras (p.ej., un honorario cobrado en insumos), pregunte tanto a la isapre como a la clínica. La isapre a veces marca en la liquidación con glosas de rechazo ciertos errores (por ej., “prestación mal informada”). Revise su liquidación: ¿hay glosas indicando errores? Si las hay, la clínica debería haberlas corregido antes de cobrarle. Si no lo hicieron, inclúyalas en su queja.

Un consejo práctico: **solicite copia de su ficha clínica, especialmente la hoja de consumo diario de insumos/medicamentos**, al momento del alta. Muchas clínicas tienen un formulario donde usted firma diariamente lo que recibió (medicamentos, insumos). Pida copia. Luego confróntelo con la cuenta. Cualquier cargo que esté en la cuenta pero no en esa hoja firmada (o viceversa) es objetable. Esa es la evidencia de “falta de respaldo”.

En última instancia, si la clínica no provee explicaciones o usted detecta cargos sin respaldo documental, **reclame formalmente ante la clínica y simultáneamente ante la Superintendencia de Salud**. La Superintendencia puede auditar la cuenta, pedir los respaldos a la clínica y determinar si hubo cobros improcedentes. De ser así, obligará al prestador a devolverle el dinero cobrado en exceso y puede multarlo.

Recuerde: **transparencia** significa que usted pueda seguir cada peso de la cuenta y entender de dónde sale. Si eso no ocurre, tiene todo el derecho a desconfiar y a buscar asesoría (incluso de un abogado especializado en temas de salud o del SERNAC). Muchas veces, solo el acto de requerir formalmente los respaldos genera que “aparezcan errores” a favor del paciente (porque la clínica prefiere rectificar antes que escalar el conflicto).

Sugerencias para los pacientes: detección, prevención y reclamo

Como paciente, enfrentarse a facturas médicas abultadas puede ser abrumador, pero **hay medidas concretas** que puede tomar para proteger sus derechos y su bolsillo:

- **Informarse antes y durante la atención:** Al ingresar a una clínica (sea programación electiva o urgencia), pregunte por los costos estimados, qué cubre su plan en ese recinto y qué no. Pida, si es posible, un presupuesto por escrito. Aunque en urgencia no se puede negar la atención por motivos económicos, al menos solicite que le notifiquen de cualquier procedimiento de alto costo no cubierto antes de realizarlo.

- **Solicitar** cuentas provisionales actualizadas **durante la hospitalización**: La ley le permite pedir un estado de cuenta mientras está internado. Hágalo diariamente o cada 2 días. Así podrá ver si hay cargos raros en tiempo real (por ejemplo, si un día ve que cobraron 10 sueros y usted recibió 2, puede aclararlo enseguida). Esto previene sorpresas al alta.
- **Lleve un registro personal**: Anote (o pida a un familiar que lo haga) qué medicamentos le administran, cuántas radiografías le toman, cuántas veces vino el enfermero, etc. No tiene que ser exacto, pero un registro aproximado le servirá para cotejar con la factura luego. Guarde todos los consentimientos informados que firme (a veces allí dice si algo tendrá costo extra).
- **Al recibir la factura, revísela con calma y detalle**: No se sienta presionado a pagar de inmediato sin entender. Solicite hablar con el encargado de cuentas si algo no cuadra. Revise punto por punto a la luz de todo lo explicado en este informe: ¿Hay insumos duplicados? ¿Procedimientos no reconocidos? ¿Glosas genéricas abultadas? ¿Cobros de más en medicamentos? Marque todo lo dudoso.
- **Compare con la liquidación de la isapre/Fonasa (PAM)**: Este documento es crucial. Solicítelo a su isapre apenas tenga la cuenta (a veces la clínica le da una copia del Programa Médico). Allí verá cuánto bonificó el seguro en cada código. Busque líneas con bonificación \$0 o porcentajes raros. Esas suelen ser las disputadas. Por ejemplo, si ve “bonificación 0%” en un ítem de materiales, pregunte a la isapre por qué: es posible que respondan “porque ese material debió estar incluido en pabellón” – información valiosa para su reclamo a la clínica.
- **Reclame primero ante el prestador (clínica/hospital)**: Por ley, antes de escalar a autoridades, debe presentar un reclamo formal en la misma clínica. Hágalo por escrito, vía formulario de reclamo o carta, *detallando cada cargo objetado y la razón*. Use evidencia: cite su plan, la ficha, la liquidación isapre, las normas (puede referenciar por ejemplo partes de este informe u otras fuentes). La clínica tiene hasta 15 días hábiles para responder. Muchas veces se resuelve aquí: la clínica podría anular ciertos cobros o “aplicar un descuento comercial” (que en realidad es reconocer el cobro indebido).
- **Si la respuesta no es satisfactoria, acuda a la Superintendencia de Salud**: Tiene 5 días hábiles tras la respuesta (o tras vencer el plazo de 15 días sin respuesta) para reclamar ante la Superintendencia. Este trámite es gratuito. Puede hacerse en línea o presencial. Adjunte toda la documentación: cuenta, reclamo previo, respuesta de la clínica, contrato de su plan, etc. La Superintendencia investigará y emitirá un pronunciamiento. Sus decisiones son obligatorias para el prestador; por ejemplo, puede ordenar reembolsos.
- **Busque asesoría si es necesario**: Si el monto en disputa es muy alto y complejo, considere buscar ayuda de un **abogado especializado en derecho de salud** o acudir al SERNAC (Servicio Nacional del Consumidor) para orientación. Organizaciones de consumidores o de pacientes también pueden apoyar. En última instancia, siempre está la vía judicial (demanda civil) si hubiese daños significativos, aunque eso es poco común en estos casos específicos.
- **Comparta su experiencia**: Aunque suene extra, reportar públicamente (redes sociales, foros de salud, etc.) las prácticas abusivas puede ayudar a otros pacientes y presionar a las instituciones a mejorar. Las clínicas cuidan mucho su reputación. Obviamente, primero agote las vías formales de solución, pero luego nada impide que haga pública una mala práctica (con cuidado de no divulgar datos sensibles) para generar conciencia.

En conclusión, la mejor defensa del paciente frente a cuentas hospitalarias abultadas es la **información y la acción oportuna**. Conocer estas prácticas irregulares le permite identificarlas y enfrentarlas. Apóyese en los **respaldo legales** (ley del paciente, normativa Superintendencia) y **evidencias objetivas** (ficha, PAM, arancel) para fundamentar sus reclamos. Si bien puede ser engorroso, los ahorros pueden ser sustanciales y, más importante aún, contribuirá a frenar los abusos en el sistema de salud.

Referencias: Este informe se basó en normativa chilena vigente, jurisprudencia reciente y análisis forense de cuentas médicas (incluyendo evidencias de herramientas de auditoría automática y liquidaciones reales de seguros de salud), entre ellas: aranceles de isapres, disposiciones de la Ley 20.584, definiciones internacionales de fraude en salud ¹ ², y ejemplos concretos extraídos de estados de cuenta de pacientes. Estos antecedentes respaldan cada una de las prácticas descritas, evidenciando la necesidad de mayor transparencia y rigor en la facturación hospitalaria en favor de los pacientes.

Esperamos que esta información empodere a los pacientes para revisar sus cuentas con ojo crítico y exigir un trato justo, pues **ningún paciente debería pagar de más por errores o abusos en su atención de salud**. Su mejor herramienta es el conocimiento y la determinación para hacer valer sus derechos. ¡Revise su cuenta, infórmese y no dude en reclamar: su salud financiera también importa!

¹ ² Abogados de denunciante de fraude de atención médica en Milwaukee, Wisconsin | Cross Law Firm, S.C.

<https://www.crosslawfirm.com/inicio/denunciante-dentro-de-su-empresa-whistle-blowing/acciones-de-denunciantes-de-fraude-de-atencion-medica/>

³ nuevamasvida.cl

<https://www.nuevamasvida.cl/wp-content/uploads/2025/05/ARANCEL-2025-NUEVA-MASVIDA.pdf>