

REF.: PLAN DE SALUD DIPRECA 2026.

RESOLUCIÓN EXENTA N° 00012/2026

SANTIAGO, 05 de enero de 2026.

VISTOS: el Decreto Ley N°844, de 1975, del Ministerio de Defensa, que crea el Departamento de Previsión de Carabineros; el artículo 82 de la Ley N°18.961, de 1990, Orgánica Constitucional de Carabineros de Chile; el Decreto Supremo N°509, de 1990, del Ministerio de Defensa, que aprueba el Reglamento de Medicina Curativa para la DIPRECA, previa aprobación de la Dirección General de Carabineros de Chile; a través de Decreto Exento N°32, de fecha 21 de marzo de 2025, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

CONSIDERANDO:

1. Que la aprobación conferida por la Dirección General de Carabineros de Chile, por Orden del General Director, a través del Oficio N°1102, de fecha 29 de diciembre de 2025, que ordena se fije el porcentaje con que la Dirección de Previsión concurrirá al pago de prestaciones médicas en relación con los aranceles vigentes del Fondo Nacional de Salud o aquel que determine el(la) Directora(a) de Previsión en el mes de enero de cada año mediante Resolución, de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias, porcentajes que en ningún caso podrán ser inferiores a un 50%.
2. La Ley N°18.469, de 1985, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, ambos del Ministerio de Salud.
3. Que el arancel para el Hospital de Carabineros y su red de salud de atención médico dental, por disposición de la Dirección General de Carabineros, será igual al arancel FONASA Nivel 3 - Modalidad Libre Elección (MLE) y la Modalidad de Atención Institucional (MAI), para las prestaciones médicas que no están contempladas en el MLE.

Se considerará un valor adicional para procedimientos incluidos en el programa especial de cirugías paquetizadas de la orden general de Carabineros de Chile.

Para las prestaciones no contempladas en los aranceles del Fondo Nacional de Salud, que sean costeados por el Hospital de Carabineros, los valores serán los incluidos en la Orden General vigente y sus anexos, que determina niveles arancelarios y actualiza tarifas del sistema de salud de Carabineros de Chile.

4. Que el arancel para el Hospital DIPRECA será igual al arancel FONASA Nivel 3 - Modalidad Libre Elección (MLE) y la Modalidad de Atención Institucional (MAI) para las prestaciones médicas que no están contempladas en el MLE.

Para las prestaciones no contempladas en los aranceles del Fondo Nacional de Salud, que sean contempladas por el Hospital DIPRECA, los valores serán los incluidos en la Orden General vigente y sus anexos, que determina niveles arancelarios y actualiza sus tarifas.

5. Que el arancel para el Servicio Médico y Dental de Dipreca será igual al arancel FONASA Nivel 3- Modalidad Libre Elección (MLE) y la Modalidad de Atención Institucional (MAI), para las prestaciones médicas que no están contempladas en el MLE
6. Que se deben emplear como referencia las normas técnico-administrativas del Fondo Nacional de Salud (FONASA) en la Modalidad Libre Elección (MLE) o la Modalidad de Atención Institucional (MAI) para las prestaciones médicas que no están contempladas en el MLE, en la cobertura de las prestaciones médicas otorgadas a los(as) beneficiarios(as) de esta Dirección de Previsión.

RESUELVO:

1. **APRÚEBASE** para el año 2026, la concurrencia (porcentaje de cobertura) a los gastos médicos y hospitalarios de prestaciones de la Medicina Curativa, que demanden los(as) imponentes y sus cargas familiares reconocidas, sobre los aranceles que se indican a continuación para cada prestador médico:

1.1 ATENCIONES CON HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA AMBULATORIA

En este rubro se consideran día cama, derecho a pabellón, exámenes, medicamentos, honorarios médicos y traslado en ambulancia.

- 1.1.1. Hospital de Carabineros: 55% del arancel FONASA 2, más un incremento del 10%

Se exceptúan, según código FONASA, las prestaciones de día cama, para las cuales se define la concurrencia de un **90% del arancel cobrado**.

Para prestaciones de día cama con codificación particular, se define la concurrencia de un **50% del arancel cobrado**.

- 1.1.2. Hospital DIPRECA: 55% del arancel FONASA 2, más un incremento del 10%

Se exceptúan, según código FONASA, las prestaciones de día cama, para las cuales se define la concurrencia de un **90% del arancel cobrado**.

Para prestaciones de día cama, con codificación particular, se define la concurrencia de un **50% del arancel cobrado**.

1.1.3. Prestadores de Salud en convenio Región Metropolitana: 50% del Arancel FONASA 1

1.1.4. Prestadores de Salud en convenio Regiones: 70% del Arancel FONASA 1

1.1.5. Medicamentos Hospitalizados:

1.1.5.1. Hospitales Institucionales (HOSDIP – HOSCAR): 55% del arancel cobrado.

1.1.5.2. Prestadores de Salud en convenio: 50% del arancel cobrado.

1.2. ATENCIONES AMBULATORIAS

En este rubro se consideran las consultas médicas, exámenes, procedimientos, derechos de pabellón y honorarios médicos, cuando correspondan:

1.2.1. Hospital de Carabineros, sus centros de salud y aquellos cuya subordinación es solo técnica: 55% del arancel FONASA 2 más un incremento del 10%.

1.2.2. Hospital DIPRECA: 55% del arancel FONASA 2 más un incremento del 10%.

1.2.3. Servicio Médico DIPRECA: 55% del arancel FONASA 2 más un incremento del 10%.

1.2.4. Prestadores de Salud en convenio Región Metropolitana: 50% del arancel FONASA 1.

1.2.5. Prestadores de Salud en convenio Regiones: 70% del arancel FONASA 1.

1.3. PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (PAD):

En este rubro se consideran los paquetes quirúrgicos hospitalizados, para los cuales existen aranceles convenidos.

1.3.1. Prestadores Institucionales: 55% del arancel cobrado.

1.3.2. Prestadores en convenio Región Metropolitana: 50% del arancel cobrado.

1.3.3. Prestadores en convenio Regiones: 60% del arancel cobrado.

1.4. TRATAMIENTOS ESPECIALES:

1.4.1. Tratamientos de Diálisis:

1.4.1.1. Hospitales Institucionales (HOSDIP-HOSCAR): 95% arancel FONASA 1.

1.4.1.2. Prestadores de salud en convenio: 95% del arancel FONASA 1.



2

1.4.2. Tratamiento VIH/SIDA:

Hospitales Institucionales (HOSDIP-HOSCAR) y Prestadores en Convenio del Sistema Nacional de Servicios de Salud: 95% del valor cobrado, para todas a las prestaciones asociadas.

1.4.3. Tratamientos especiales.

1.4.3.1. Medicamentos oncológicos, modificadores de esclerosis múltiple e inmunosupresores entregados en forma ambulatoria: 60% del valor cobrado, según arsenal farmacológico visado por la Jefatura del Departamento de Administración de Fondos de Salud, quien determinarán la idoneidad del fármaco, de acuerdo con el arsenal farmacológico dispuesto por Resolución Exenta.

1.4.3.2 Cirugía oftalmológica Refractiva (Láser). 50% valor cobrado, sólo para funcionarios(as) activos titulares.

1.4.3.3 Cirugías de cataratas para pacientes mayores de 60 años tendrán cobertura de un 50% del valor cobrado como paquetizado. Excluyendo el lente intraocular.

1.5. HOSPITALIZACIONES PSIQUIÁTRICAS CON PRESTADORES DE SALUD EN CONVENIO:

En estas hospitalizaciones, la DIPRECA concurrirá sobre la base del arancel FONASA Nivel 1, en los porcentajes y por los períodos que se detallan a continuación:

1era. Hospitalización	50% día cama arancel FONASA Nivel 1	50% medicamentos
2da. Hospitalización	50% día cama arancel FONASA Nivel 1	50% medicamentos
3era. Hospitalización	50% día cama arancel FONASA Nivel 1	50% medicamentos
4ta. Hospitalización	50% día cama arancel FONASA Nivel 1	50% medicamentos

La concurrencia para las hospitalizaciones considerará periodos individuales, los cuales no superen los 30 y hasta un máximo de 120 días al año.

Estas atenciones deberán contar con la autorización de la Jefatura del Departamento de Administración de Fondos de Salud, previo análisis y supervisión de la Auditoría Médica. En casos excepcionales se podrá aumentar el máximo, previa revisión de la Auditoría Médica.

1.6. Hospitalizaciones en Centros de Rehabilitación con prestadores en convenio:

En las hospitalizaciones en centros de rehabilitación la DIPRECA concurrirá sobre la base del arancel FONASA Nivel 1, en los porcentajes y por los periodos que se detallan a continuación:

1era. Hospitalización	50% día cama arancel FONASA Nivel 1	50% medicamentos
2da. Hospitalización	50% día cama arancel FONASA Nivel 1	50% medicamentos
3era. Hospitalización	50% día cama arancel FONASA Nivel 1	50% medicamentos
4ta. Hospitalización	50% día cama arancel FONASA Nivel 1	50% medicamentos

La concurrencia para las hospitalizaciones considerará periodos individuales, los cuales no superen los 30 y hasta un máximo de 120 días al año.

Estas atenciones deberán contar con la autorización de la Jefatura del Departamento de Administración de Fondos de Salud, previo análisis y supervisión de la Auditoría Médica. En casos excepcionales se podrá aumentar el máximo, previa revisión de la Auditoría Médica.

1.7. Kinesiología domiciliaria con prestadores en convenio:

Este rubro corresponde a la atención kinesiológica integral (Grupo 06 del FONASA MLE) **50% de la cobertura del arancel FONASA 1** por sesión en la Región Metropolitana y **70% de la cobertura del arancel FONASA 1** por sesión en Regiones. El programa contempla una sesión diaria con un máximo de diez sesiones integrales por paciente.

La concurrencia para estas prestaciones tendrá un máximo de treinta sesiones anuales, las cuales deberán contar con la autorización de la Jefatura del Departamento de Administración de Fondos de Salud, previo análisis y supervisión de la Auditoría Médica.

1.8. Enfermería domiciliaria con prestadores en convenio:

Este rubro corresponde a la atención integral de enfermería a domicilio (Grupo 26 del FONASA MLE) **50% del arancel FONASA 1** por sesión en la Región Metropolitana y **70% del arancel FONASA 1** por sesión en Regiones.

La concurrencia para estas prestaciones tendrá un máximo de cincuenta y seis sesiones anuales, las cuales deberán contar con la autorización de la Jefatura del Departamento de Administración de Fondos de Salud, previo análisis y supervisión de la Auditoría Médica.

1.9. Hospitalización domiciliaria Pediátrica con prestadores en convenio:

Este rubro corresponde a la atención integral por concepto de hospitalización domiciliaria, para pacientes que requieren atención de complejidad intermedia, con un 50% de aporte para prestaciones codificadas en el arancel FONASA NIVEL 1.

La concurrencia para estas prestaciones deberá contar con la autorización de la Jefatura del Departamento de Administración de Fondos de Salud, previo análisis y supervisión de la Auditoría Médica.

Con todo, la derivación precedente, solo podrá tener origen en virtud de una solicitud y/o validación expresa del Hospital de Carabineros.

1.10. PRESTACIONES ROBOTICAS (SÓLO HOSDIP)

En este rubro se consideran prestaciones de carácter robótico entregadas en el HOSDIP y se ofrecerán a los(as) beneficiarios(as) como una alternativa a la cirugía tradicional.

La concurrencia, homologando el costo de esta intervención a una cirugía normal del FONASA, será **55% del arancel cobrado**.

En las prestaciones de carácter robótico el(la) imponente, y sus cargas familiares reconocidas, deberá asumir el costo fijo e insumos del robot.

1.11. PRESTACIONES MÉDICAS EN CONVENIO NO CODIFICADAS EN FONASA

En este rubro se consideran las prestaciones que no figuran en el Arancel FONASA para Modalidad Libre Elección (MLE) o Modalidad de Atención Institucional (MAI), tanto atenciones ambulatorias u hospitalarias, y que no es posible homologar a ninguna de las existentes en el arancel vigente.

En este caso, previo a que la DIPRECA pueda aplicar su concurrencia, las prestaciones deberán contar con la autorización de la Jefatura del Departamento de Administración de Fondos de Salud. Igualmente, las prestaciones se podrán autorizar para su práctica, pero sin aporte.

Una vez que las prestaciones sean autorizadas por la DIPRECA para su práctica y aporte, como se indicó en el párrafo anterior, la concurrencia será:

- 1.11.1. Hospitales Institucionales (HOSDIP-HOSCAR): 55% valor cobrado
- 1.11.2. Prestadores de Salud en Convenio Región Metropolitana: 50% valor cobrado
- 1.11.3. Prestadores de Salud en Convenio Regiones: 60% valor cobrado

1.12. COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTROFICAS

La Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, denominada como CAEC DIPRECA, es un beneficio adicional al plan de salud y que permite financiar en algunos casos hasta el 80% de los gastos de una enfermedad catastrófica, debido a sus altos costos. Este aporte se realizará al copago del beneficiario y en la misma facturación en referencia con la enfermedad dentro del año calendario, y en ningún caso será entregado como capital al beneficiario.

El deducible CAEC DIPRECA es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) UF, por cada beneficiario/a que la utilice y el tope de reembolso para este beneficio es de 126 (Ciento veintiséis) UF en el plazo de un año calendario, por cada asegurado y por cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.

Las prestaciones con cobertura CAEC DIPRECA serán:

- Cáncer cérvico uterino.
- Cáncer de mama.
- Cáncer de próstata.
- Cáncer de colon.
- Cáncer de estómago.
- Cáncer pulmonar.

La activación del CAEC DIPRECA en todo el territorio nacional debe ser realizada por el afiliado titular o un representante a través de un correo enviado a: auditoriamedicadafs@dipreca.cl y/o plataformas disponibles.

Las coberturas para estas prestaciones deberán contar con la autorización de la Jefatura del Departamento de Administración de Fondos de Salud, previo análisis y supervisión de la Auditoría Médica.

Solo aplicará en Pasivos titulares y/o cargas atendidas (activos y pasivos), en Prestadores Institucionales y Centros en Convenio con DIPRECA. No aplica para Activos, los cuales son acogidos por Medicina Preventiva.

1.13. PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL

El Programa de Salud Integral se definirá por un paquete de exámenes el cual pretende examinar a la población pasiva, lo que permitirá mantener controlado o prevenir enfermedades catastróficas. Este programa tendrá un aporte de un 70% del valor total para todos los prestadores institucionales y en convenio con DIPRECA. El seguimiento y aplicación se realizará paulatinamente y por tramos regionales, para a fin de año cubrir a el total país.

1.14. EXCLUSIONES DE COBERTURA

La DIPRECA no aporta (sin concurrencia) en las siguientes prestaciones:

- a) Aquellas necesarias para el tratamiento de las patologías o secuelas derivadas de tratamientos cosméticos o modificaciones corporales voluntarias;
- b) Tratamientos de la infertilidad que involucren técnicas para realizar un determinado experimento en un tubo de ensayo, o generalmente en un ambiente controlado fuera de un organismo vivo (in vitro), o uso de fármacos pro-ovulatorios;
- c) Cirugías o procedimientos bariátricos, sus complicaciones y secuelas, incluyendo eventuales maniobras quirúrgicas o procedimientos destinados a resecar tejido redundante tras la baja de peso;
Salvo que dichas cirugías o procedimientos bariátricos sean prestados en el Hospital Institucional de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, Hospital de Carabineros de Chile o en centros convenidos en regiones, previa visación de la Jefatura del Departamento de Administración de Fondos de Salud para funcionarios(as) activos y pasivos titulares;
- d) Balón gástrico queda excluido de la concurrencia;
- e) Asimismo, las maniobras quirúrgicas o procedimientos destinados a resecar tejido redundante tras la baja de peso que ocurra posterior a la cirugía o procedimiento bariátrico realizado en ambos Hospitales señalados precedentemente requerirán previa visación de la Jefatura del Departamento de Administración de Fondos de Salud, para funcionarios(as) activos y pasivos titulares;
- f) Cirugías refractivas oftalmológicas o con procedimientos de láser
Exceptuándose lo indicado en el punto 1.4.3.2.
- g) Rinoseptoplastias, salvo que sean presentados antecedentes médicos para visación de la Jefatura del Departamento de Administración de Fondos de Salud y Auditoría Médica, tanto para activos, pasivos y sus cargas familiares.
- h) Las cirugías correctivas del abdomen en delantal excepto para funcionarios Activos, realizadas en los Hospitales, que tengan labores operativas y requieran uso de chaleco antibalas y/o cinturón táctico, debidamente respaldado y autorizados por Auditoría Médica.

1.15. GENERALIDADES

1.15.1. Los beneficios médicos solicitados para la atención de prestadores médicos, con excepción del Hospital de Carabineros y Hospital de la DIPRECA, procederán siempre con el otorgamiento de un bono de atención de salud extendido por el Subdepartamento de Convenios y Bonos, o por los medios que esta unidad disponga en Santiago y regiones, en los casos y circunstancias que señala el artículo 16, inciso tercero, del Decreto Supremo N°509/1990.

En la región Metropolitana de Santiago, la presente Resolución se aplicará en concordancia con lo establecido en el protocolo de derivaciones de la DIPRECA.

1.15.2. Los(as) beneficiarios(as) podrán presentar boletas de atenciones médicas, que la DIPRECA, procederá a su reintegro (reembolso), sólo para las prestaciones

en territorio nacional e incluidas en arancel FONASA modalidad MLE y MAI, los cuales tendrán un aporte del 50%, calculado sobre el arancel FONASA Nivel 1.

- 1.15.3. La DIPRECA concurrirá al pago de las prestaciones médicas, desde el inicio de la hospitalización hasta la fecha del alta médica. Las atenciones en fecha posterior a la alta médica deberán ser pagadas directamente por el(la) imponente, al arancel que defina el prestador médico, sin posibilidad de reembolso por parte de la DIPRECA.
- 1.15.4. La adquisición y/o arriendo de prótesis u ortesis serán de cargo exclusivo del (de la) imponente. Asimismo, será de cargo total del (de la) imponente los lentes intraoculares que no se encuentren convenidos con la DIPRECA.
- 1.15.5. La DIPRECA aporta un 15% del valor total de los insumos médicos correspondientes a hospitalizaciones quirúrgicas tanto para prestadores institucionales como prestadores en convenio. Así también se otorgará un aporte de un 15% del valor total de los insumos médicos en intervenciones robóticas, estas últimas solo en el Hospital de DIPRECA.
- 1.15.6. La DIPRECA no reembolsará los insumos ambulatorios, ni prestaciones que no estén indicados en el arancel FONASA.
- 1.15.7. De ser necesario incorporar o modificar beneficios de orden médico durante el transcurso del año, éstos deben ser analizados y consensuados por la comisión que para tal caso nombre la Dirección General de Carabineros y la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, considerando el efecto de los nuevos beneficios o modificaciones en el gasto presupuestario.
- 1.15.8. Respecto del arsenal farmacológico, éste no aplica para los tratamientos definidos por Medicina Preventiva.
- 1.15.9. Para la presente Resolución es importante considerar las siguientes definiciones:
- a) Día Cama hospitalización: gastos por uso de la habitación (orden y aseo), alimentación, atención general de enfermería y técnico paramédico, suministradas a un beneficiario, cualquiera fuere su condición.
 - b) Honorarios Médicos Quirúrgicos: gastos por concepto de lo cobrado por profesionales médicos y de apoyo por realizar prestaciones diagnósticas o terapéuticas a un beneficiario, contempladas en los Aranceles FONASA o del Archivo Maestro de prestaciones del Fondo de Salud DIPRECA, y que sean considerados como parte de los servicios generales del prestador.
 - c) Derecho de Pabellón: gastos asociados al uso de pabellón quirúrgico por parte de un beneficiario, que no correspondan a los señalados en los puntos 1.1 y 1.2 de esta Resolución, a Honorarios profesionales o a Medicamentos.

- d) Exámenes: gastos por la utilización de tecnologías diagnosticadas en un(a) beneficiario(a) para determinar la naturaleza de su patología, su estado de salud o controlar su evolución clínica, que sean practicados dentro de las instalaciones del prestador.

Se incluyen dentro de este ítem a los insumos necesarios para realizar el examen, mientras éstos cuenten con autorización sanitaria del Instituto de Salud Pública de Chile (ISP).

No corresponden a dicho ítem los gastos asociados al envío y análisis de muestras a prestadores de salud fuera del territorio nacional.

- e) Medicamentos: gasto por concepto de fármacos o compuesto químico que se utiliza para curar, detener o prevenir enfermedades.

- f) Traslados: gastos imputables al desplazamiento físico de un paciente, desde su domicilio y hacia un prestador de salud, o desde un prestador de salud a otro, por cualquier medio de transporte certificado como ambulancia.

2. **EXCEPTUASE** de la cobertura de este Plan de Salud, aquellas prestaciones médicas, medicamentos e insumos realizados o preparados en territorio internacional.
3. **DEJESE SIN EFECTO**, la Resolución Exenta N°2551, de 30.12.2024, a contar de la fecha de aprobación de la presente Resolución Exenta.
4. **DIFÚNDASE** la presente Resolución Exenta a las Instituciones afectas al Sistema Previsional de la DIPRECA y a todas las unidades de la DIPRECA que deban velar por la entrega de información oportuna y su aplicación a los (as) beneficiarios(as) del sistema.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,



CARLOS CAPURRO DUPRÉ
DIRECTOR DIPRECA



CCD/PSS/jpl

Distribución:

- 1.- Dirección General de Carabineros de Chile
- 2.- Secretaría General de Carabineros de Chile
- 3.- Dirección de Salud de Carabineros de Chile
- 4.- Dirección Hospital de Carabineros
- 5.- Dirección Hospital DIPRECA
- 6.- Departamento de Atención Integral al Beneficiario (DAIB)
- 7.- Oficinas Regionales
- 8.- Oficina de Relaciones Públicas, Comunicaciones y Participación Ciudadana
- 9.- Departamento de Tecnología de la Información
- 10.- Contabilidad General



- 11.- Auditoría Interna
- 12.- Organización y Métodos
- 12.- Departamento de Administración de Fondos de Salud
- 13.- Subdepartamento de Beneficios Médicos
- 14.- Subdepartamento de Convenios y Bonos
- 15.- Oficina de Partes



P