

TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL

FUN Nº 

PRESTACIONES	OFERTA PREFERENTE (*)			LIBRE ELECCION (**)			
	Bonificación		Copago Fijo	Tope Máximo Beneficiario/Año	Bonificación		Tope Máximo Beneficiario/Año
	%	Tope			%	Tope	
<b>HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA</b>							
Día Cama	<b>90% sin tope,</b> en Clínica Santa María, Clínica Indisa, Clínica RedSalud Vitacura, Hospital Clínico UC (Marcoleta) y Clínica Bupa.  <b>100% sin tope,</b> en Clínica RedSalud Providencia, Clínica RedSalud Santiago y Clínica Vespucio.  <b>(Habitación Individual Estándar)</b> <b>(Solo con Médicos Staff en convenio)</b>	Sin Tope	500 UF	80%	9 UF	Sin Tope	
Día Cama cuidados intensivos, coronarios o intermedios					13,3 UF		
Día Cama Transitorio y Observación					4 UF		
Derecho Pabellón					5 AC		
Exámenes de Laboratorio					3 AC		
Imagenología					3 AC		
Kinesiología y Fisioterapia					8 AC		
Procedimientos					0,88 UF		
Honorarios Médico Quirúrgicos					30 UF por Evento		60 UF
Visita por Médico Tratante					24 UF por Evento		48 UF
Visita por Médico Interconsultor	10 UF por Ciclo	100 UF					
Medicamentos	<b>90% sin tope,</b> en Clínica Santa María, Clínica Indisa, Clínica RedSalud Vitacura, Hospital Clínico UC (Marcoleta), Clínica Bupa, en Clínica RedSalud Providencia, Clínica RedSalud Santiago y Clínica Vespucio.	Sin Tope	500 UF	80%	4,5 AC	45 UF	
Materiales e Insumos Clínicos					1,5 AC	1,5 UF	
Quimioterapia					Sólo Cobertura Libre Elección		
Prótesis, Ortesis y Elementos Osteosíntesis							
Traslados Médicos							
<b>AMBULATORIAS</b>							
Consulta Médica	<b>70% sin tope,</b> en Clínica Santa María, Clínica Indisa, Clínica RedSalud Vitacura, Hospital Clínico UC (Marcoleta), Clínica Bupa, Clínica RedSalud Providencia, Clínica RedSalud Santiago, Clínica Vespucio y Centro Integramédica (excl.CDM Pilar Gazmuri)  <b>80% sin tope,</b> en Centro Médico Integral Medicien  <b>(Solo con Médicos Staff en convenio)</b>	Sin Tope	500 UF	70%	0,8 UF	Sin Tope	
Procedimientos					2,5 AC		
Imagenología					4 AC		
Exámenes de Laboratorio					7,5 AC		
Pabellón Ambulatorio					2,5 AC		
Honorarios Médico Quirúrgicos					Igual a Quimioterapia hospitalaria		
Radioterapia					70% sin tope, en Hospital Clínico UC e IRAM		
Quimioterapia					Sólo Cobertura Libre Elección		
Kinesiología y Fisioterapia					2,5 AC		4 UF
Fonoaudiología					2,5 AC		5 UF
Atención Integral de Enfermería	2,5 AC	3 UF					
Atención Integral de Nutricionista	1,5 AC	10 UF					
Prótesis y Ortesis	100%	1 AC	Uno anual por código				
Prestaciones Dentales (PAD)							
<b>PRESTACIONES RESTRINGIDAS</b>							
Consulta Psiquiátrica y/o Psicología	Sólo Cobertura Libre Elección	Sin Tope	500 UF	70%	0,8 UF	3,5 UF	
Consulta Psiquiátrica Hospitalaria					80%	0,47 UF	5 UF
Hospitalización por enfermedad Psiquiátrica						1,5 UF por día	25 UF
Día Cama Sala Cuna						1 UF	Sin Tope
Día Cama cuidados Incubadora						2 UF	
Hospitalización por Parto y Cesárea					25% de la Cobertura General		
Hospitalización Neonatológica							
Hospitalización Domiciliaria							
Cirugía Bariátrica							
Cirugía Fotorefractiva o Fototerapéutica					60% sin tope, en Clínica Oftalmológica Pasteur, Clínica Santa María y Hospital Clínico UC (Marcoleta)	Sin Tope	
<b>OTRAS COBERTURAS</b>							
Lentes Ópticos	Sólo Cobertura Libre Elección	Sin Tope	500 UF	70%	1,5 UF	1,5 UF	
Instrumental Robótico					100%	15 UF	Sin Tope
Medicamentos e Insumos en Servicio de Urgencia					100%	1 UF	Sin Tope
Box Ambulatorio	70% sin tope, en Clínica Santa María, Clínica Indisa, Clínica RedSalud Vitacura, Hospital Clínico UC (Marcoleta), Clínica Bupa, Clínica RedSalud Providencia, Clínica RedSalud Santiago y Clínica Vespucio.	Sin Tope		70%	4 AC	Sin Tope	
Insumos y anestésicos en cirugía ambulatoria	Igual a Materiales e Insumos Clínicos en Cirugía Mayor						
Cobertura Internacional	Igual a la cobertura nacional Libre Elección						
Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas	En listado prestadores CAEC Red de Atención H						
<b>ATENCIÓN DE URGENCIAS</b>							
Atenciones de Urgencia	En Servicio de urgencia de Clínica RedSalud Vitacura, por atención integral, URGENCIA SIMPLE: copago 1,50 UF y URGENCIA COMPLEJA: copago 4,00 UF						
	En servicio de urgencia de Clínica Santa María, Indisa, Hospital Clínico UC (Marcoleta), Bupa, RedSalud Providencia, Clínica RedSalud Santiago y Clínica Vespucio con la cobertura señalada precedentemente para cada ítem de prestaciones.						
	En servicios de urgencia de cualquier otro prestador con cobertura libre elección señalada precedente para cada ítem de prestaciones.						
<b>PRESTADORES DERIVADOS</b>							
Cualquiera de los Prestadores Preferentes no usados							

(\*) Ver Notas Explicativas del Plan de Salud para la aplicación de la Cobertura Preferente.

(\*\*) La forma y aplicación de las coberturas se detalla en las Notas Explicativas.

Plan de Salud Complementario con Prestador Preferente  
PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Precio Base  UF Cotización Legal  %  
Tabla Nº



TABLA DE FIJACIÓN DE PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN Y MODIFICACIÓN AL NÚMERO DE BENEFICIARIOS

GRUPOS DE EDAD	COTIZANTE MASCULINO	COTIZANTE FEMENINO	CARGA MASCULINO	CARGA FEMENINO
0 a menos de 2 años	2	2	2	2
2 a menos de 5 años	0,9	0,9	0,9	0,9
5 a menos de 10 años	0,7	0,6	0,7	0,6
10 a menos de 15 años	0,6	0,6	0,6	0,6
15 a menos de 20 años	0,75	0,8	0,8	0,8
20 a menos de 25 años	0,75	1	0,8	1
25 a menos de 30 años	0,85	1,5	0,9	1,1
30 a menos de 35 años	1	1,9	0,9	1,1
35 a menos de 40 años	1,15	1,9	0,9	1,2
40 a menos de 45 años	1,4	1,9	0,9	1,4
45 a menos de 50 años	1,5	2,2	1	1,6
50 a menos de 55 años	1,9	2,4	1,2	1,8
55 a menos de 60 años	2,5	2,7	1,8	1,9
60 años y más	4	3,9	4	3,9

IDENTIFICACION ÚNICA DEL ARANCEL  MODALIDAD DEL ARANCEL   
TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO MONTO  UF

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL

Firma Agente de Ventas  
ISAPRE COLMENA

Nombre:  
Rut:  
Código:  
Fecha:

Firma Cotizante

Nombre:  
Rut:  
Fecha:

Huella Digital

**NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD****I. Coberturas.****1. Coberturas Hospitalarias**

a) Kinesiología: se cubrirán exclusivamente prestaciones de este tipo destinadas al tratamiento de patologías recuperables, con carácter curativo, otorgadas por profesionales kinesiólogos o médicos fisiatras, por indicación de un médico tratante.

b) Materiales e insumos clínicos: considera los materiales e insumos de carácter desechable, utilizados durante la cirugía y/o en el periodo de permanencia bajo el régimen de hospitalización, que resultan necesarios para alcanzar los objetivos de la misma y que no se encuentren incluidos dentro del precio del día cama o derecho de pabellón. Se excluyen de cobertura: ropa de uso personal tales como calzones clínicos, medias elásticas, zapatillas de levantarse, etc.; pañales, kit de aseo, ropa de cama de cualquier tipo, insumos no desechables como termómetros, vendas, fajas, mantas térmicas, bolsas de frío-calor, etc. No corresponden a este rubro las prótesis, órtesis o elementos de osteosíntesis, estén o no incluidos en el Arancel de Prestaciones de la Isapre como tales.

c) Medicamentos: la cobertura de medicamentos hospitalarios aplica a todos aquellos necesarios y utilizados para el tratamiento de las patologías que determinaron la hospitalización y sus eventuales complicaciones, administrados al paciente durante la misma y siempre que estén registrados en el Instituto de Salud Pública (ISP) con fines curativos (los medicamentos con fines de investigación y experimentación no tendrán cobertura)

d) Procedimientos: se incluyen en este rubro los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos efectuados o supervisados directamente por un médico cirujano. Además se incluyen los procedimientos de medicina transfusional llevados a cabo por tecnólogo médico con mención en banco de sangre.

e) Honorarios médico quirúrgicos: corresponde a la cobertura de los honorarios de la totalidad del equipo médico participante en la cirugía (cirujano, médicos ayudantes, anestesista y arsenalera). Esta cobertura incluye la visita pre-anestésica, las acciones efectuadas en el pabellón quirúrgico y la atención postoperatoria directamente derivada de ella, hasta por 15 días.

f) Quimioterapia hospitalaria: consiste en la administración de medicamentos para el tratamiento del cáncer. Las prestaciones incluidas en esta categoría corresponden a las drogas antineoplásicas que cuenten con el respectivo registro en el Instituto de Salud Pública (ISP). Además se incluyen insumos y otros medicamentos utilizados durante el procedimiento de administración de la quimioterapia endovenosa (antiheméticos y corticoides).

**2. Coberturas Ambulatorias**

a) Atención integral de enfermería: corresponde a la atención en Centros de Enfermería del Adulto Mayor o en domicilio, efectuada por una Enfermera Universitaria, a pacientes mayores de 55 años o pacientes postrados, enfermos en condición terminal, pacientes oncológicos, portadores de secuelas severas o pacientes post-operados.

b) Atención integral de nutricionista: requiere indicación por prescripción de médico tratante. Las atenciones están destinadas a pacientes de cualquier edad, siempre que tengan riesgo cardiovascular modificable con dieta y que presenten obesidad o sobrepeso según criterios de Índice de Masa Corporal (I.M.C.). Por el carácter integral de la atención de nutricionista, se entiende que la prestación incluye en su valor una evaluación al inicio, un control y una evaluación al término.

c) Pabellón ambulatorio: procede esta cobertura cuando se utiliza un pabellón o sala de procedimiento para llevar a cabo las prestaciones que en el Arancel Colmena se asocian a los guarismos o códigos adicionales 1 al 4.

d) Prestaciones dentales (PAD): Corresponde a un conjunto de prestaciones dentales agrupadas y estandarizadas, incluidas en el Arancel Colmena con los códigos 2503001 a 2503006. Tienen derecho a esta cobertura los beneficiarios que tengan entre 12 años y 17 años 11 meses 29 días, que presenten caries de una o más piezas dentales. Se aplicará la cobertura con el o los códigos que correspondan, de acuerdo al diagnóstico y a los tratamientos aplicados según lo informado explícitamente por el odontólogo tratante. En todo caso, cada beneficiario tiene derecho a cobertura de sólo uno de cada código, en un mismo año contrato. La Isapre podrá definir entregar esta cobertura, exclusivamente a través de una red cerrada de prestadores dentales con los que haya convenido, en cuyo caso deberá informar a los beneficiarios por todos los medios de que disponga, tales como página web, correo electrónico y sucursales.

e) Quimioterapia ambulatoria: consiste en la administración de medicamentos para el tratamiento del cáncer. Las prestaciones incluidas en esta categoría corresponden a las drogas antineoplásicas que cuenten con el respectivo registro en el Instituto de Salud Pública (ISP). Además se incluyen insumos y otros medicamentos utilizados durante el procedimiento de administración de la quimioterapia endovenosa (antiheméticos y corticoides).

**3. Prestaciones con Coberturas Restringidas**

Son aquellas prestaciones respecto de las cuales no se aplica la cobertura preferente ni la establecida para la modalidad libre elección, sino aquella expresamente indicada en el plan de salud.

a) Consulta psiquiatría: corresponde a la consulta efectuada por un médico, especialista o no, con ocasión de la presencia de síntomas o patología clasificados dentro de los trastornos mentales o del comportamiento.

b) Hospitalización por enfermedad psiquiátrica: corresponde a la cobertura de los rubros incluidos en el grupo de Prestaciones Hospitalarias, excepto las visitas médicas, con ocasión de una hospitalización originada en un cuadro cuyo diagnóstico principal o primario se encuentre clasificado entre los trastornos mentales o del comportamiento. El tope diario se aplica a la suma de los distintos rubros incluidos.

c) Hospitalización por parto o cesárea: Corresponde a la cobertura de los rubros incluidos en el grupo de Prestaciones Hospitalarias con ocasión de un parto vaginal o cesárea.

d) Hospitalización neonatológica: Corresponde a la cobertura de los rubros incluidos en el grupo de Prestaciones Hospitalarias con ocasión de la hospitalización de un menor, en cualquier momento, desde su nacimiento hasta la edad de 28 días.

e) Hospitalización domiciliaria: esta prestación será bonificada sólo cuando la atención prestada en el domicilio sea equivalente a la que el paciente recibiría en una clínica u hospital, dada la condición de salud del mismo y, por lo tanto, esta modalidad de atención corresponda a una sustitución de una hospitalización tradicional. Para calificarla como tal, deberían considerarse los siguientes factores de manera copulativa:

- a. El paciente debe estar cursando una enfermedad aguda o la reagudización de una patología crónica.
- b. Existencia de una prescripción o indicación médica.
- c. Control médico periódico, debidamente acreditado con los documentos clínicos que correspondan, y
- d. Asistencia y atención equivalente a la que habría recibido el paciente de haberse encontrado en un centro asistencial.

No constituye Hospitalización Domiciliaria la atención particular de enfermería recibida por un enfermo en el domicilio.

f) Cirugía bariátrica: esta cobertura aplica a la totalidad de los rubros incluidos en el grupo de Prestaciones Hospitalarias con ocasión de una cirugía bariátrica, vale decir una cirugía para el tratamiento del sobrepeso u obesidad, tenga o no patología asociada.

g) Cirugía fotorrefractiva o fototerapéutica: esta cobertura aplica a honorarios médico quirúrgicos, derecho de pabellón, medicamentos, insumos y materiales clínicos necesarios para la corrección de vicios de refracción, por cualquier técnica.

#### h) Movilidad de los cotizantes adscritos a planes con cobertura reducida de parto

Durante la vigencia del presente plan, la Isapre estará obligada a aceptar el cambio que el (la) cotizante le solicite.

El (la) cotizante tendrá derecho a optar, al menos, entre los siguientes planes de salud:

- a. Un plan de salud que mantenga la equivalencia en precio con aquel que se reemplaza y que satisfaga la cobertura de parto requerida.
- b. Un plan que mantenga los beneficios del plan que sustituye y aumente la cobertura del parto.

En este caso, la cobertura para las prestaciones originadas en la atención del parto no podrá ser inferior a la que resulte de aplicar al nuevo plan, la proporción resultante entre el número de meses transcurridos desde su suscripción hasta la ocurrencia del parto, y el número total de meses de duración efectiva del embarazo, más la proporción restante, correspondiente al plan que estaba vigente a la fecha de modificación.

#### 4. Otras Coberturas

a) Lentes ópticos: se dará cobertura a lentes permanentes (no desechables) con corrección dióptrica recetados por un médico oftalmólogo. Sólo los lentes para corregir la Presbicia no requieren receta médica.

b) Instrumental Robótico: corresponde al instrumental e insumos especiales, habitualmente identificados como tales por el prestador, utilizados con ocasión de la cirugía robótica en aquellos centros clínicos que cuentan con dicho equipo médico.

c) Insumos y anestésicos en cirugía ambulatoria: corresponde a la cobertura de los materiales, insumos clínicos y medicamentos anestésicos utilizados durante una cirugía ambulatoria con código adicional de pabellón 1 a 4.

d) La cobertura internacional operará por la vía del reembolso de las prestaciones efectuadas fuera de Chile, previa presentación de la documentación que acredite su pago y la correspondiente autorización de la Contraloría Médica de la Isapre. Para ello se deben presentar boletas o facturas originales, acompañados del listado detallado de las prestaciones otorgadas e informe médico con diagnóstico y tratamiento efectuado, ambos documentos en original y debidamente traducidos, si no fuesen originalmente en español o inglés. La bonificación se otorgará en moneda nacional, con el tipo de cambio vigente al último día del mes anterior a la fecha de bonificación.

e) Una vez alcanzado el tope de bonificación anual, señalado en determinadas prestaciones, la Isapre continuará bonificando a lo menos un 25% de la cobertura determinada para esa prestación. En ninguna circunstancia el plan bonificará menos que el 25% de la cobertura general para la prestación genérica o la cobertura del Fonasa en su modalidad de Libre Elección, el que sea mayor.

## II. Definiciones

- a) A.C.: Corresponde al Arancel Colmena. El número que lo antecede es el factor multiplicador de dicho arancel para cada prestación.
- b) U.F.: Abreviación de unidad de fomento.

## III. Condiciones y Características de la Oferta Preferente del Plan

a) La cobertura preferente aplicará exclusivamente para aquellas prestaciones que formen parte de la capacidad técnica del prestador preferente elegido y no se extenderá a aquellas que por la falta de tal capacidad, sean otorgadas por prestadores distintos a los de la oferta preferente o prestadores derivados.

b) Los honorarios médico quirúrgicos y las prestaciones ambulatorias y hospitalarias tendrán cobertura preferente cuando sean efectuadas en los centros de atención ambulatoria y hospitalaria de Clínica Santa María, Clínica Indisa, Clínica RedSalud Vitacura, Hospital Clínico de la Red de Salud UC Christus, Clínica Bupa, Clínica RedSalud Providencia, Clínica RedSalud Santiago y Clínica Vespucio por los médicos en convenio de atención preferente suscrito entre la Isapre y dichas instituciones. El listado actualizado de médicos y especialidades se encontrará a disposición de los beneficiarios tanto en los centros de atención como en la página web de la Isapre.

Las prestaciones ambulatorias además tendrán cobertura preferente en el Centro Médico Integral Medicien y en todos los centros de Integramédica, a excepción del Centro de Diagnóstico Mamario Dra. Pilar Gazmuri.

La Radioterapia tendrá cobertura preferente cuando sea realizada en la Clínica IRAM (Instituto de Radiomedicina de Chile) y en el Hospital Clínico de la Red de Salud UC Christus.

c) La bonificación preferente al día cama tendrá como tope máximo la que corresponda al día cama individual estándar, es decir, a la habitación individual con baño privado de menor precio del prestador. Cualquier diferencia por el uso de habitaciones superiores (suite, departamentos, otras) será de cargo del beneficiario.

d) Se excluyen de la cobertura preferente todas las prestaciones en que se señala explícitamente dicha exclusión en la carátula del plan de salud. Para estas prestaciones aplica la cobertura en modalidad libre elección.

e) La cirugía para la corrección de vicios de refracción por técnicas fotorrefractivas o fototerapéuticas, o cualquier otra técnica, tendrá cobertura preferente sólo cuando sea efectuada por los médicos oftalmólogos adscritos al convenio de atención preferente suscrito entre la Isapre y el Centro Oftalmológico Pasteur, Clínica Santa María y

f) La cobertura preferente definida en este plan operará sólo bajo la modalidad de pago con Orden de Atención o Bono, ya sea emitido en una sucursal de la Isapre o en el prestador a través de I-med.

g) Para acceder a las prestaciones en el prestador preferente se han definido los siguientes Tiempos de Espera Máximos:

Tipo de Prestación	Tiempo de Espera Máximo
Consulta médica	15 días
Exámenes	7 días
Procedimientos	15 días
Intervenciones quirúrgicas	15 días

Los tiempos de espera máximos definidos en el recuadro se contabilizan a partir del día en que el afiliado informa a la Isapre de que, habiendo solicitado la prestación específica en el prestador, no obtuvo una cita para recibir la prestación dentro del periodo máximo especificado. La Isapre podrá gestionar y concretar, efectivamente, una hora de atención para el afiliado, con el mismo prestador, en cuyo caso no se configurará una insuficiencia.

h) Se configura una insuficiencia del prestador preferente cuando éste se encuentra imposibilitado temporalmente de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta preferente dentro de los tiempos de espera máximos definidos, en cuyo caso le asiste al cotizante el derecho de solicitar a la Isapre su derivación al prestador derivado, manteniendo el monto que le habría correspondido copagar de haberse atendido en el prestador que dio origen a dicha derivación. Dicha solicitud, el beneficiario o un representante del mismo, pueden efectuarla directamente en alguna sucursal de la Isapre, a través de la página web de la misma o llamando al Golden Phone (600 959 4040).

i) Atenciones de Urgencia. Sin perjuicio del derecho del afiliado a optar por cualquier prestador a través de la cobertura de libre elección contemplada en el plan, la Isapre otorgará cobertura preferente a las prestaciones de urgencia cuando éstas sean otorgadas en los Servicios de Urgencia de Clínica Santa María, Clínica Indisa, Hospital Clínico de la Red de Salud UC Christus, Clínica Bupa, Clínica RedSalud Providencia, Clínica RedSalud Santiago y Clínica Vespuccio. Cuando la atención de urgencia sea otorgada en el Servicio de Urgencia de Clínica RedSalud Vitacura, el beneficiario pagará un precio único (copago fijo) por todas las prestaciones entregadas en dicho servicio durante el tiempo de permanencia en el mismo, hasta la derivación, ya sea a su domicilio o a un sector de hospitalización. La calificación de Urgencia Simple o Compleja la realizará el prestador de acuerdo al convenio suscrito entre éste y la Isapre.

j) Derecho a Traslado. Al afiliado que, con ocasión de una emergencia haya ingresado a un prestador distinto al de la oferta preferente, le asiste el derecho a ser trasladado al prestador preferente y, a la Isapre le asiste el derecho a trasladar al paciente a dicho prestador. En ambos casos es condición esencial para el ejercicio del derecho a traslado, la autorización expresa del médico tratante. Obtenida esta autorización, la otra parte deberá acceder al traslado solicitado, ello sin perjuicio del derecho del afiliado a permanecer en el prestador en el que se encuentre, en cuyo caso continuará obteniendo la cobertura definida en el plan, para la modalidad de libre elección. Los gastos ocasionados por las atenciones de emergencia desde el ingreso del paciente hasta el traslado al prestador preferente serán cubiertos por la Isapre de acuerdo a la modalidad de libre elección definida en el plan para ese prestador específico. De igual modo, los gastos derivados del ejercicio del derecho a traslado se bonificarán conforme a la cobertura pactada en el plan de salud. Para solicitar el traslado, el afiliado debe comunicarse, en horario hábil con el Golden Phone (2 2959 4040) y, en horario inhábil, con el servicio de orientación médica telefónica Colmena Doctor (800 633 444).

k) Segunda opinión médica: le asiste al beneficiario el derecho a solicitar una segunda opinión médica respecto de las decisiones que emanen del médico tratante. En caso que la segunda opinión médica sea obtenida en un prestador diferente al individualizado en el plan la Isapre garantizará que esta sea debidamente considerada por el prestador preferente. Si como consecuencia del ejercicio de este derecho se produce una divergencia de opiniones médicas, le asiste al beneficiario el derecho a requerir del Director Médico o del Jefe de Servicio, en un plazo máximo de 30 días, un pronunciamiento escrito, donde consten los fundamentos de la decisión adoptada y la identificación y firma de quien lo emita.

l) El término del convenio entre la Isapre y alguno de los prestadores preferentes o cualquier modificación que estos le introduzcan no afectará el monto que, en virtud del plan contratado, les corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas del respectivo prestador, hasta la anualidad que corresponda.

Al cumplimiento de la anualidad, la Isapre podrá adecuar el contrato, caso en el cual deberá informar al cotizante, en la carta respectiva, la circunstancia de haberle puesto término o modificado el respectivo convenio y poner en su conocimiento tanto las adecuaciones propuestas para el plan vigente como los planes de salud alternativos a éste.

m) Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 197 del D.F.L. N° 1, la Isapre deberá ofrecer un nuevo plan si éste es requerido por el afiliado y se fundamenta en cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1) Si se modifica el domicilio consignado por el afiliado al incorporarse al plan y se acredita que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios a los prestadores individualizados en el plan. Se presumirá que se configura esa dificultad, cuando el cambio de domicilio importe el traslado del cotizante a otra región del país.
- 2) Si la institución incurre en alguno de los siguientes incumplimientos:
  - i) Falta de derivación en caso de insuficiencia del prestador, derivación a un prestador o prestadores distintos de los indicados en el plan o falta de atención efectiva y oportuna por parte del prestador derivado.
  - ii) En general, la falta de otorgamiento de la atención de salud al cotizante o beneficiario que se ha ceñido a los procedimientos de acceso y derivación definidos en el plan, sin perjuicio de la obligación de la Isapre prevista en el artículo 189 letra C.- número 2.- del D.F.L. N° 1.

La oferta deberá contemplar, como mínimo, un plan de salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el contrato.

m) Si durante la vigencia de este plan terminase la existencia legal de alguno de los prestadores preferentes, o éstos experimentaren una pérdida total o parcial y permanente de su infraestructura, o una paralización permanente de sus actividades o una sustitución de la especialidad médica a que estaban orientados al momento de celebrarse el contrato, la Isapre comunicará por escrito dicho evento a cada uno de los cotizantes, junto con las alternativas de planes que dispone para ellos.

**IV. Valor de conversión de la Unidad de Fomento a utilizar**

- a) Para el cálculo de los topes en unidades de fomento, así como de los copagos fijos, si correspondiese, se utilizará el valor que la Unidad de Fomento tenga el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.
- b) Para el pago de la cotización el valor de conversión que se utilizará será el que dicha unidad tenga el último día del mes en que se devenga la remuneración.

**V. Reajuste del Arancel de Prestaciones**

El valor de cada una de las prestaciones de salud contenidas en el arancel Colmena será reajustado el 1 de marzo de cada año. Dicho reajuste no podrá ser inferior al 100% de la variación porcentual acumulada que haya experimentado el índice de Precios al Consumidor (I.P.C.), entre el mes enero y diciembre del año inmediatamente anterior, ambos inclusive.