Condiciones Generales Uniformes para el Contrato de Salud Previsional aprobadas por la Superintendencia de Salud

Colmena

Colmena

CONDICIONES GENERALES UNIFORMES PARA EL CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL APROBADAS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Contrato de Salud Previsional

El presente Contrato de Salud Previsional es de plazo indefinido y las partes sólo pueden darle término por las causales estipuladas en él; se celebra en conformidad con lo dispuesto en el D.F.L. N °1, de 2005, del Ministerio de Salud, y a las Instrucciones que esta Superintendencia de Salud determine al efecto.

Forman parte integrante del Contrato de Salud Previsional, además de la normativa legal y administrativa, los siguientes documentos:

a) Las Condiciones Generales del Contrato de Salud Previsional;
b) El Formulario de Declaración de Salud;
c) El Plan de Salud Complementario;
d) El Formulario Único de Notificación (F.U.N.) tipo 1 y los demás que se suscriban durante la vigencia del Contrato; y
e) Arancel o Nómina de Prestaciones Valorizadas.
f) La Selección de Prestaciones Valorizadas
g) Las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC);
h) Las Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud;
i) Los Mecanismos de Otorgamiento de Beneficios Minimos;
j) Los Beneficios Adicionales;
k) Las Condiciones Particulares del Plan Preventivo de Isapres (PPI).

ÍNDICE

Condiciones generales uniformes para el contrato de salud previsional aprobadas por la Superintendencia de Salud 1
Contrato de Salud Previsional 1
Índice 1
TÍTULO I 6
Beneficiarios del contrato e inicio de vigencia de sus beneficios 6
ARTÍCULO 1°: Beneficiarios del Contrato de Salud 6
ARTÍCULO 2°: Vigencia del Contrato de Salud e Inicio de Vigencia de sus Beneficios 6
TÍTULO II 7
Beneficios Legales 7
ARTÍCULO 3°: Beneficios Mínimos Obligatorios 7
ARTÍCULO 4°: Ley Ricarte Soto 7
ARTÍCULO 5°: Atenciones de Emergencia o Urgencia con Riesgo Vital o de Secuela Funcional Grave 8
ARTÍCULO 6°: Beneficiario que Adquiere la Calidad Jurídica de Cotizante 8
ARTÍCULO 7°: Fallecimiento del Cotizante 8
TÍTULO III 9
Beneficios convencionales 9
a) Plan de Salud Complementario y su modificación 9
ARTÍCULO 8°: Plan de Salud Complementario 9
ARTÍCULO 9°: Plan de Salud Complementario Grupal y Compensado 9
ARTÍCULO 10°: Modificación del Plan de Salud Complementario a petición del afiliado 10
b) Pago de las atenciones médicas y arancel de prestaciones 11

ENE22
1402602

ARTÍCULO 11º: Modalidades de Pago de las Atenciones Médicas 11
ARTÍCULO 12°: Arancel de Prestaciones 12
TÍTULO IV 12
Obligaciones del afiliado, exclusiones y restricciones de cobertura y término de contrato 12
ARTÍCULO 13°: Obligaciones del Afiliado 12
ARTÍCULO 14°: Declaración de Salud 13
ARTÍCULO 15°: Exclusiones de Cobertura 13
ARTÍCULO 16°: Restricción de Cobertura para Enfermedades o Condiciones de Salud Preexistentes Declaradas 14
ARTÍCULO 17°: Enfermedades o Condiciones de Salud Preexistentes No Declaradas 14
ARTÍCULO 18°: Causales de Término del Contrato de Salud 14
TÍTULO V 16
Precio del Plan de Salud Complementario y su modificación 16
ARTÍCULO 19°: Precio del Plan de Salud Complementario y su Reajustabilidad 16
ARTÍCULO 20°: Monto, Declaración y Pago de la Cotización para Salud 16
ARTÍCULO 21°: Excedentes de Cotización 17
ARTÍCULO 21 BISº: Excesos de Cotización 17
ARTÍCULO 22°: Adecuación del Contrato de Salud 17
ARTÍCULO 22 BISº: Adecuaciones Especiales del Contrato de Salud 18
Disposiciones finales 18
ARTÍCULO 23°: Autorización del Afiliado 18
ARTÍCULO 24°: Fiscalización y Mecanismos de Solución de Diferencias 18
ARTÍCULO 25°: Domicilio y Notificaciones 18
ARTÍCULO 26°: Fecha y Firma del Contrato 18
Condiciones de la cobertura adicional para enfermedades catastróficas en Chile 19
ARTÍCULO I: Cobertura adicional para enfermedades catastróficas, CAEC 19
1.- Definición de conceptos y coberturas 19
2.- Monto, acumulación y duración del deducible 20
3.- Cálculo del deducible 20
4.- Atenciones de urgencia 21
5.- Condiciones de acceso a la cobertura adicional para enfermedades catastróficas 21
6.- Prestaciones no cubiertas por la cobertura adicional para enfermedades catastróficas 22
7.- Del término de la cobertura adicional respecto de una determinada enfermedad catastrófica 22
8.- Pago del deducible 23
9.- Del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida 23
10.- De la hospitalización domiciliaria CAEC 23
11.- De la vigencia de la cobertura adicional 24
ARTÍCULO II: Cobertura especial catastrófica para las garantías explícitas en Salud, GES-CAEC 24
ARTÍCULO III: De la permanencia de las coberturas adicionales 25
ARTÍCULO IV: Fiscalización y arbitraje 25
Listado de anexos 26
Anexo Nº1: Petición del beneficio y derivación a la red 26
Anexo Nº2: Mandato 30
Anexo Nº3: Pagaré 31
Anexo Nº4: Convenio de pago 32
Anexo Nº5: Autorización de descuento 33
Anexo Nº6: Mandato autorización de cargo 34
Condiciones para acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud **35**

PRIMERO: Generalidades 35
SEGUNDO: Cobertura 35
TERCERO: Listado de prestaciones 35
CUARTO: Garantías explícitas en salud 35
QUINTO: Vigencia 37
SEXTO: Formalidades y condiciones de atención y de acceso 37
SÉPTIMO: Precio 37
OCTAVO: Cobertura financiera adicional 38
Garantías Explícitas en Salud del Régimen que rigen a contar del 1º de octubre de 2019 39
1. Insuficiencia renal crónica terminal etapa 4 y 5 39
2. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años 39
3. Cáncer cervicouterino 39
4. Alivio del dolor y cuidados paleativos por cáncer avanzado 39
5. Infarto Agudo del Miocardio 39
6. Diabetes Mellitus tipo 1 39
7. Diabetes Mellitus tipo 2 39
8. Cáncer de mama en personas de 15 años y más 40
9. Disrafias espinales 40
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años 40
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas 40
12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa 40
13. Fisura labiopalatina 40
14. Cáncer en menores de 15 años 40
15. Esquizofrenia 40
16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más 40
17. Linfomas en personas de 15 años y más 41
18. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA 41
19. Infección respiratoria aguda (IRA) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años 41
20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más 41
21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más 41
22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años 41
23. Salud oral integral para niños y niñas de 6 años 41
24. Prevención de Parto Prematuro 41
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más que requieran marcapaso 41
26. Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años 42
27. Cáncer gástrico 42
28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más 42
29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más 42
30. Estrabismo en menores de 9 años 42
31. Retinopatía diabética 42
32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático 42
33. Hemofilia 42
34. Depresión en personas de 15 años y más 42
35. Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas 42
36. Ortesis o Ayudas Técnicas para personas de 65 años y más 42

37. Ataque cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más 43
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio 43
39. Asma bronquial moderada y grave en personas menores de 15 años 43
40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido 43
41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada 43
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales 43
43. Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años o más 43
44. Tratamiento quirúrgico de hernia del Núcleo Pulposo Lumbar 43
45. Leucemia en personas de 15 años y más 43
46. Urgencia odontológica ambulatoria 43
47. Salud oral integral del adulto de 60 años 44
48. Politraumatizado grave 44
49. Traumatismo craneo encefálico moderado o grave 44
50. Trauma ocular grave 44
51. Fibrosis quística 44
52. Artritis reumatoidea 44
53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años 44
54. Analgesia del parto 44
55. Gran quemado 44
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono 44
57. Retinopatía del prematuro 44
58. Displasia broncopulmonar del prematuro 45
59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro 45
60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más 45
61. Asma bronquial en personas de 15 años y más 45
62. Enfermedad de parkinson 45
63. Artritis idiopática juvenil 45
64. Prevención secundaria insuficiencia renal crónica 45
65. Displasia luxante de caderas 45
66. Salud oral integral de la embarazada 45
67. Esclerosis múltiple recurrente remitente 45
68. Hepatitis Crónica por virus Hepatitis B 46
69. Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis C 46
70. Cáncer colorrectal en personas mayores de 15 años 46
71. Cáncer de ovario epitelial 46
72. Cáncer Vesical en personas de 15 años y más 46
73. Osteosarcoma en personas de 15 años y más 46
74. Tratamiento quirúrgico de lesiones de la válvula aórtica en personas de 15 años y más 46
75. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más 46
76. Hipotiroidismo en personas de 15 años y más 46
77. Tratamiento de Hipoacusia Moderada, Severa y Profunda en personas menores de 4 años 46
78. Lupus eritematoso sistémico 46
79. Tratamiento quirúrgico de lesiones de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más 47
80. Tratamiento de erradicación de helicobacter pylori 47
81. Cáncer de pulmón en personas de 15 años y más 47
82. Cáncer de tiroides diferenciado y medular en personas de 15 años y más 47

83. Cáncer renal en personas de 15 años y más 47
84. Mieloma múltiple en personas de 15 años y más 47
85. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias 47
Condiciones particulares Plan Preventivo de Isapres – PPI 48
PRIMERO: Generalidades.....48
SEGUNDO: Cobertura.....48
TERCERO: Vigencia.....48
CUARTO: Formalidades, condiciones de atención y de acceso 48
QUINTO: Precio.....49
SEXTO: Beneficiarios.....49
SÉPTIMO: Programas preventivos 49
7.1.Programa del niño..... 49
7.2. Programa control del embarazo 50
7.3. Programa de personas de 15 años o más 51
Objetivos según control Programa del niño 53

El contenido de estas Condiciones Generales ha sido establecido por la Superintendencia de Salud y estará a disposición del afiliado en la página web de la Isapre. Tales condiciones son iguales para todas las Instituciones de Salud Previsional, salvo la causal de término contenida en el inciso final del artículo 200 del D.F.L. Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que sólo aplica a las Isapres cerradas.

Los beneficiarios del Contrato de Salud tienen derecho, de conformidad a la ley, a las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud; al sistema de protección financiera creado por la Ley Ricarte Soto; al otorgamiento del examen de medicina preventiva, protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo y del niño hasta los 6 años, así como al pago de los subsidios por incapacidad laboral cuando proceda; al pago de las atenciones de emergencia o urgencia; y a los beneficios convencionales estipulados en el Plan de Salud Complementario pactado.

TÍTULO I

BENEFICIARIOS DEL CONTRATO E INICIO DE VIGENCIA DE SUS BENEFICIOS

ARTÍCULO 1°: Beneficiarios del Contrato de Salud

Son beneficiarios del presente Contrato:

1) El cotizante;

2) Los familiares beneficiarios del cotizante, es decir, aquellos que, respecto de éste, cumplan con las calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar, sea que la perciban o no, incluyéndose en esta categoría el Conviviente Civil del afiliado, definido en la Ley 20.830; y

3) Las cargas médicas cuya incorporación sea aceptada por la Isapre. Aquellas enterarán, cuando proceda, sus cotizaciones de salud en esa Isapre.

Todos los beneficiarios del presente Contrato deberán ser consignados en el Formulario Único de Notificación (F.U.N.).

a) Adquisición y pérdida de la calidad de familiar beneficiario: Por el sólo ministerio de la ley, se extenderán los efectos del Contrato a todo nuevo familiar beneficiario que declare el cotizante, suscribiendo el F.U.N. respectivo, y se extinguirán respecto de quienes pierdan dicha condición.

Cuando se adquiera o pierda la calidad de familiar beneficiario, el cotizante deberá informarlo y acreditarlo en la Isapre, para incorporar o excluir a dicho beneficiario mediante el F.U.N. respectivo.

Si la Isapre toma conocimiento de la pérdida de la condición de familiar beneficiario podrá retirarlo del Contrato emitiendo el F.U.N. correspondiente desde ese momento y hasta el vencimiento de la próxima anualidad del Contrato. En caso de no hacerlo, se entiende que la Isapre optó por mantenerlo como carga médica.

b) Familiar beneficiario recién nacido: El familiar beneficiario recién nacido del cotizante será beneficiario del presente Contrato desde su nacimiento, si es inscrito en la Isapre antes de cumplir un mes de vida. Cumplida esta condición, los beneficios se otorgarán desde su nacimiento, los que se financiarán con la cotización descontada de la remuneración devengada en el mes anterior al nacimiento, sin necesidad de llenar una Declaración de Salud.

Si la inscripción del familiar beneficiario se realiza después de cumplido un mes de vida y antes de los 90 días posteriores a su nacimiento, y siempre que éste no se encuentre bajo el amparo de algún sistema previsional de salud, los beneficios se otorgarán desde el mes de su incorporación a la Isapre y se financiarán con la cotización descontada de la remuneración devengada en el mes anterior a aquel en que se produzca la referida inscripción y en este caso se deberá llenar una Declaración de Salud.

ARTÍCULO 2°: Vigencia del contrato de salud e inicio de vigencia de sus beneficios

El presente Contrato entra en vigor a partir de la fecha de su suscripción, la que ésta consignada en el Formulario Único de Notificación, y sus beneficios tendrán vigencia a partir del primer día del mes subsiguiente a la suscripción del mismo, salvo pacto de vigencia anticipada de beneficios, del que se dejará constancia en el FUN tipo 1.

Los nuevos beneficiarios incorporados al Contrato tendrán derecho a sus beneficios, a partir del primer día del mes subsiguiente a aquel en que se efectuó la respectiva incorporación.

Para los efectos de este Contrato y los demás efectos legales a que haya lugar, el mes de suscripción del Contrato corresponde al mes de anualidad del mismo, salvo que las partes lo modifiquen expresamente en los casos que sea procedente.

TÍTULO II

BENEFICIOS LEGALES

ARTÍCULO 3°: Beneficios mínimos obligatorios

Los beneficios mínimos que la Isapre otorgará a sus afiliados y beneficiarios, consisten en:

1) Las Garantías Explícitas en Salud (GES) en conformidad a lo dispuesto en la Ley Nº 19.966, cuyas condiciones para acceder a la cobertura se detallan en el anexo referido a esta materia, y que forma parte del presente Contrato
.
El precio de las GES se expresa en unidades de fomento o moneda de curso legal en el país, y se fija por la Isapre en forma unitaria e igualitaria para todos los beneficiarios. Este precio es independiente del precio del Plan de Salud Complementario, y podrá ser modificado cada tres años, a menos que el Decreto que establece las Garantías Explícitas sea revisado en un período inferior.

Las exclusiones y restricciones de cobertura indicadas en los artículos 15°, 16º y 17° del presente Contrato, no se aplican a los beneficios de las GES, cuyo otorgamiento se efectuará por prestadores situados en el territorio nacional que, para tales efectos determine la Isapre, y conforme a las modalidades y condiciones establecidas en la Ley N° 19.966.

2) El Examen de Medicina Preventiva a que tienen derecho los beneficiarios, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital respecto de aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias, según lo determine el Ministerio de Salud.

3) La atención de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes de nacimiento del hijo.

4) La atención del niño recién nacido y hasta los 6 años de edad.

El Examen de Medicina Preventiva, control de embarazo y puerperio y control de salud del niño sano, serán otorgados en forma gratuita, en aquellas instituciones especializadas con las que la Isapre convenga, y se realizarán de acuerdo con el procedimiento establecido por ésta.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de los beneficios mínimos señalados en los Nºs 2), 3), y 4) precedentes, estarán contenidos en anexos referidos a esas materias, que se entregarán al momento de la suscripción del presente Contrato y estarán siempre actualizados, a disposición de los beneficiarios en las oficinas y la página web de la Isapre para su consulta.

5) El pago de subsidios por incapacidad laboral, cuando ello sea procedente, por licencias médicas que no correspondan a accidentes del trabajo ni a enfermedades profesionales.

6) Cobertura Mínima: La cobertura del Plan de Salud Complementario no podrá ser inferior al 25% de la prevista en el mismo plan para la prestación genérica correspondiente, ni a la cobertura financiera que asegura el Fonasa en la modalidad de libre elección a la respectiva prestación contempladas en el arancel, debiendo otorgarse la que resulte mayor entre ambas.

ARTÍCULO 4°: Ley Ricarte Soto

La ley Nº 20.850 creó un Sistema de Protección Financiera para el otorgamiento de diagnósticos y tratamientos de alto costo para condiciones específicas de salud, señalados en el decreto respectivo, dictado por el Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud (Fonasa), por su parte, es el encargado de asegurar la protección financiera que trata esta ley, a todos los beneficiarios de los sistema previsionales de salud, incluyendo los de las Isapres.

En este contexto, es deber de la Isapre facilitar el acceso y otorgar información suficiente y oportuna respecto a sus beneficiarios del Sistema de Protección Financiera que se crea la ley Nº 20.850 y su funcionamiento.

ARTÍCULO 5°: Atenciones de emergencia o urgencia con riesgo vital o de secuela funcional grave

Tratándose de atenciones de urgencia o emergencia, esto es, toda condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital o secuela funcional grave para una persona de no mediar atención médica inmediata e impostergable, que estén debidamente certificadas por un médico cirujano, la Isapre pagará directamente a las clínicas u hospitales el valor por las prestaciones recibidas por el respectivo beneficiario, hasta que éste se encuentre estabilizado, de modo que esté en condiciones de ser derivado. En tal caso, la ley prohíbe a los prestadores exigir a los afiliados o beneficiarios, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.

Con todo, la Isapre podrá recuperar aquella parte del valor pagado que, de acuerdo al Plan de Salud Complementario, sea de cargo del afiliado total o parcialmente, para lo cual, deberá informarle, el monto de la deuda y las alternativas que ofrece para su pago. Si dentro de los 30 días hábiles siguientes a la expedición de la referida comunicación, el cotizante no paga la deuda o no conviene con la Isapre una modalidad para su pago, se entenderá que la Isapre le ha otorgado un préstamo por el referido valor, el cual deberá ser pagado en cuotas iguales y sucesivas, con vencimientos mensuales, en las que se incluirá el reajuste conforme al Índice de Precios al Consumidor y un interés equivalente a la tasa de interés corriente para operaciones reajustables, a que se refiere el artículo 6 de la Ley N° 18.010, las que no podrán exceder el 5% de la remuneración, renta o pensión imponible, tratándose de dependientes, independientes o pensionados, o a una suma equivalente al precio del Plan de Salud Complementario contratado, en el caso de cotizantes voluntarios.

Los afiliados independientes o voluntarios pagarán directamente a la Isapre la cuota correspondiente, y los dependientes o pensionados deberán hacerlo a través de su empleador o entidad encargada del pago de la pensión.

La Isapre podrá convenir con sus afiliados las garantías que estime pertinentes para asegurar el pago de lo adeudado, salvo la utilización de cheques.

ARTÍCULO 6°: Beneficiario que adquiere la calidad jurídica de cotizante

En el evento que un beneficiario adquiera la calidad jurídica de cotizante, podrá optar por permanecer en la Isapre suscribiendo un Contrato de Salud, en algún plan de aquellos que la Isapre tenga en actual comercialización, en especial, aquellos cuyo precio se ajuste al monto de la cotización legal del beneficiario. En el nuevo Contrato, no podrán imponerse al beneficiario otras restricciones que las que ya se encuentren vigentes, ni exigírsele una nueva Declaración de Salud.

ARTÍCULO 7°: Fallecimiento del cotizante

En el evento que el cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la Isapre mantendrá por un período no inferior a un año o aquel superior que se convenga en el Plan de Salud Complementario, contado desde el fallecimiento, todos los beneficios del Contrato de Salud vigente a la fecha en que se verificó tal circunstancia, a todos los beneficiarios declarados por aquel, entendiéndose incorporados en éstos al hijo que está por nacer y que habría sido su beneficiario legal de vivir el causante a la época de su nacimiento. Durante el período que rija el beneficio, la Isapre tendrá derecho a percibir las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o remuneraciones devengadas por los beneficiarios del cotizante fallecido, cuando corresponda. A su término, el beneficiario podrá optar por contratar con la Isapre el mismo Plan de Salud Complementario, pagando el precio que resulte de multiplicar el precio base del mismo por el factor que corresponda a su sexo y edad, u otro plan de aquellos que la Isapre mantenga en actual comercialización, cuyo precio se ajuste al monto que por el beneficiario se enteraba en la Isapre, de acuerdo con la tabla de factores vigente en el plan del cotizante fallecido, o uno menor, si así lo solicita expresamente. En el caso de las personas beneficiarias adscritas a planes de salud grupales pactados en el porcentaje equivalente a la cotización legal, la Isapre estará obligada a ofrecerles el mismo Plan de Salud grupal, debiendo éstas pagar las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o remuneraciones devengadas por ellas.

Sin perjuicio de lo anterior, el beneficiario puede renunciar al presente beneficio, optando por contratar directamente el mismo plan u otro en los términos señalados precedentemente.

En todo caso, en el nuevo Contrato que se suscriba, no podrán pactarse otras restricciones o exclusiones, que las que se encontraban vigentes en el Contrato que mantenía el cotizante fallecido con la Isapre, ni exigirse una nueva Declaración de Salud.

Los beneficiarios del cotizante fallecido no podrán hacer uso de los recursos acumulados en la cuenta corriente de excedentes, a menos que se trate de los herederos del cotizante.

TÍTULO III

BENEFICIOS CONVENCIONALES

ARTÍCULO 8°: Plan de Salud Complementario

En el Plan de Salud Complementario, se estipulan en forma detallada las prestaciones y beneficios a cuyo financiamiento se obliga la Isapre, su precio y las demás condiciones particulares que correspondan.

El Plan de Salud Complementario puede contener alguna de las siguientes modalidades para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios, cuyos requisitos y efectos regula la ley:

a) Plan Libre Elección, es aquél en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Isapre.

b) Plan Cerrado, es aquél cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.

c) Plan con Prestadores Preferentes, es aquél cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan.

Tratándose de planes cerrados o con prestadores preferentes, en el Plan de Salud Complementario se identifica el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalarias, así como los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia. Tratándose de atenciones de urgencia, además, deberán mencionarse los procedimientos para acceder a los prestadores, y la cobertura que se otorgará a esas atenciones, sea que éstas se realicen por dichos prestadores o por otros distintos. En todo caso, con ocasión de una emergencia y habiendo ingresado a un prestador distinto a los señalados en el Plan de Salud Complementario, el afiliado tendrá derecho a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan y la Isapre, por su parte, a trasladar al paciente a uno de estos prestadores, sujetándose a las reglas señaladas en el artículo 189 del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud.

Cualquiera sea la modalidad convenida, el Plan de Salud Complementario no podrá contemplar una cobertura inferior a la señalada en el artículo 3° N° 6 del presente Contrato.

ARTÍCULO 9°: Plan de Salud Complementario grupal y compensado

El Plan de Salud Complementario puede ser individual o grupal (también denominados colectivos). Los planes individuales pueden ser, a su vez, compensados. Las disposiciones del presente artículo serán aplicables sólo al Plan de Salud Complementario grupal y al Plan de Salud Complementario individual compensado. Cuando un Plan de Salud Complementario tenga alguna de las referidas calidades, se dejará constancia escrita de ello en el F.U.N. respectivo.

a) Plan de Salud Complementario grupal o colectivo: Por el hecho de pertenecer el cotizante a una determinada empresa o grupo de dos o más trabajadores, se podrá convenir con la Isapre el otorgamiento de beneficios distintos de los que podría obtener con la sola cotización individual de no mediar dicha circunstancia. Todos los beneficios a que tengan derecho las personas cotizantes y beneficiarias se estipulan en forma expresa en el Plan de Salud Complementario. Además, el plan grupal deberá enumerar las condiciones de vigencia del mismo, esto es, aquellos hechos o circunstancias cuya variación o alteración podrá dar lugar a la modificación o término del plan grupal, como asimismo, indicar los requisitos que, en forma individual, debe reunir la población cotizante para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

En el evento de que, por cualquier causa, se eliminen los beneficios adicionales por el cese de las condiciones bajo las cuales se otorgaron, ello sólo podrá dar origen a modificaciones contractuales relativas al monto de la cotización pactada o a los beneficios convenidos, pudiendo siempre el afiliado desahuciar el Contrato. Con todo, la Institución deberá ofrecer al cotizante un nuevo Plan de Salud Complementario, el cual, en caso alguno, podrá contemplar el otorgamiento de beneficios menores a los que podría obtener de acuerdo a la cotización legal a que dé origen la remuneración del trabajador en el momento de modificarse su Contrato. De igual modo deberá proceder la Isapre, en caso que el término del Plan de Salud Complementario grupal para el afiliado tenga su origen en el término de su relación laboral con la empresa, desde el momento en que le conste tal circunstancia, sin perjuicio de la obligación del cotizante de informarla.

Si cesan todas o algunas de las condiciones previstas para la vigencia del Plan de Salud Complementario grupal, la Isapre podrá optar por modificarlo o, derechamente, ponerle término, de acuerdo a lo que a continuación se expresa:

i) Modificación del Plan de Salud Complementario grupal: En caso de modificarse el Plan de Salud Complementario grupal por el cese de algunas o todas las condiciones bajo las cuales se pactó, la Isapre deberá comunicar por escrito este hecho a todas las afiliadas o afiliados, a fin de poder convenir con las personas cotizantes la modificación del monto de la cotización pactada o a de los beneficios convenidos, lo que deberá ser aceptado por cada una de ellas.

Dichas modificaciones serán formalizadas mediante la suscripción de un nuevo Plan de Salud Complementario grupal y del F.U.N. respectivo, lo que no será necesario si en la contratación del plan o en forma posterior se ha mandatado, a una o más personas que los representen para negociar las antedichas modificaciones, ajustar las condiciones de vigencia, en su caso, y suscribir los instrumentos correspondientes.

En todo caso, los beneficios pactados no sufrirán alteración alguna en tanto no se convenga la modificación del Plan de Salud Complementario grupal.

ii) Ofrecimiento de un Plan individual por término del Plan grupal: Si no se llega a un acuerdo con las o los cotizantes o sus representantes comunes sobre las modificaciones contractuales del plan grupal, la Isapre comunicará, por escrito, a las personas afiliadas, el término del Plan de Salud Complementario grupal y la alternativa de optar por los planes individuales de que dispone para ellas, o bien, desafiliarse. La oferta de planes, como mínimo, deberá contemplar el Plan de Salud Complementario que se encuentre comercializando la Isapre y que tenga el precio que más se ajusta al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del trabajador al momento de terminarse el Plan de Salud Complementario grupal.

El afiliado deberá optar por alguna alternativa que le propone la Isapre, hasta el último día hábil del mes siguiente al de la expedición de la comunicación, si se remite por correo, o de su entrega, si ésta es personal. Ante el silencio del cotizante, se entenderá que acepta el plan ofrecido por la Isapre que más se ajusta a su cotización legal.

Si la aceptación es expresa, las partes suscribirán el plan convenido y el respectivo F.U.N., quedando en poder del cotizante una copia de cada documento. Si la aceptación es tácita, la Isapre emitirá y firmará el F.U.N. correspondiente, y lo remitirá por carta certificada al cotizante junto con la copia del Plan de Salud respectivo, antes de la entrada en vigencia de los beneficios del nuevo Plan de Salud Complementario.

El Plan de Salud Complementario grupal se mantendrá vigente hasta el último día del mes siguiente a aquel en que expire el plazo concedido al cotizante para pronunciarse sobre el Plan de Salud Complementario propuesto por la Isapre.

b) Plan de Salud Complementario compensado: Las partes podrán convenir que el afiliado se adscriba a un Plan de Salud Complementario cuyo precio sea superior a su cotización individual de salud, caso en el cual su precio final será financiado, además, con la compensación efectuada voluntariamente por otro afiliado de la Isapre.

En caso de término de la compensación, la Isapre comunicará al otro cotizante compensado, por escrito, dicha terminación y la opción de mantener el plan al cual estaba adscrito, pagando la cotización adicional cuando corresponda; suscribir un Plan de Salud Complementario que se encuentre comercializando la Isapre y que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal al momento de terminarse la compensación, o bien, desafiliarse. El afiliado deberá optar por alguna de las alternativas que le propone la Isapre, hasta el último día hábil del mes siguiente al de la expedición de la comunicación, si se remite por correo, o de su entrega, si ésta es personal. Ante el silencio del cotizante, se entenderá que acepta el plan ofrecido por la Isapre que más se ajusta a su cotización legal. Si la aceptación es expresa, las partes suscribirán el plan convenido y el respectivo F.U.N., quedando en poder del cotizante una copia de cada documento. Si la aceptación es tácita, la Isapre emitirá el F.U.N. correspondiente, firmado sólo por ésta, y lo remitirá por carta certificada al cotizante junto con la copia del Plan de Salud respectivo, antes de la entrada en vigencia de los beneficios del nuevo plan.
El Plan de Salud Complementario compensado se mantendrá vigente hasta el último día del mes siguiente a aquel en que expire el plazo concedido al cotizante para pronunciarse sobre el Plan de Salud Complementario propuesto por la Isapre.

ARTÍCULO 10°: Modificación del Plan de Salud Complementario a petición del afiliado

La Isapre deberá ofrecer un nuevo Plan de Salud Complementario si éste es requerido por el afiliado y se fundamenta en su cesantía, o en una variación permanente de su cotización legal, o de la composición de su grupo familiar, circunstancias que deberán acreditarse documentadamente ante la Isapre.

También deberá ofrecerse en caso que se modifique 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 plan. Se presume que se configura esa dificultad, cuando el cambio de domicilio importe el traslado del cotizante a otra región del país.

Igual obligación tendrá la Isapre si ésta incurre en alguno de los siguientes incumplimientos:

a) Falta de atención continua y oportuna por parte del médico de cabecera o negativa de la Isapre a remplazar al profesional asignado por ésta o elegido por el cotizante.

b) Falta de derivación en caso se 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.

c) 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. Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

La facultad regulada en esta letra no priva al cotizante de la opción de solicitar el término del Contrato de Salud por el incumplimiento de las obligaciones por parte de la Isapre, en conformidad a las reglas generales.

B) PAGO DE LAS ATENCIONES MÉDICAS Y ARANCEL DE PRESTACIONES

ARTÍCULO 11º: Modalidades de pago de las atenciones médicas

Las partes acuerdan que las modalidades con que operará la Isapre para que el afiliado y los beneficiarios puedan acceder y pagar las prestaciones y beneficios de salud, tanto hospitalarios como ambulatorios, serán las siguientes:

a) Orden de Atención Médica o Bono: Opera con aquellos prestadores individuales e institucionales de salud, que hayan convenido con la Isapre recibir este documento como medio de pago.

Este documento es personal e intransferible y será emitido por la Isapre, debiendo pagar el afiliado al momento de adquirirlo, el monto correspondiente a la parte no bonificada o copago.

La Orden de Atención Médica o Bono tendrá un plazo de vigencia de 30 días corridos, contado desde la fecha de su emisión.

b) Pago directo con reembolso posterior: Opera cuando el afiliado paga el valor total de la prestación en forma directa al prestador individual o institucional, solicitando posteriormente a la Isapre el pago o reembolso de la bonificación que le corresponde por tal prestación, según su Plan de Salud Complementario.

Para estos efectos, el beneficiario debe entregar a la Isapre la boleta o factura original del prestador individual o institucional u otro documento auténtico que den cuenta del pago, los que quedarán en poder de la Isapre como respaldo de la gestión realizada. Asimismo, en este documento o en otro que complemente al auténtico, ambos emitidos por el prestador de salud, debe indicarse lo siguiente:

- Nombre del prestador institucional e individual que entregó la atención, en caso de ser distintos, con su firma y timbre;
- RUT del prestador institucional e individual que entregó la atención, en caso de ser distintos;
- Nombre y RUT del paciente;
- Detalle con el nombre y fecha de las prestaciones otorgadas;
- Valor de la prestación.

El reembolso deberá ser solicitado dentro del plazo de 60 días corridos contado desde la fecha de emisión de la boleta o factura, y siempre que tal documento haya sido emitido en razón de prestaciones otorgadas dentro del período de vigencia de beneficios.

El reembolso se efectuará mediante dinero efectivo, cheque u otro medio que convengan las partes, según lo determine la Isapre, exclusivamente al afiliado o beneficiario o a quien los represente legalmente, dentro del plazo de 30 días hábiles contado desde la solicitud.

c) Programa de Atención Médica o PAM: Opera este sistema por las prestaciones otorgadas en forma hospitalaria y también respecto de algunas ambulatorias que determine la Isapre.

En aquellos casos en que el prestador no entregue directamente el Programa de Atención Médica a la Isapre para su tramitación, el afiliado o beneficiario deberá presentar a la Isapre el Programa de Atención Médica dentro del plazo de 60 días corridos desde la emisión del PAM o desde la facturación de las prestaciones, según sea el caso.

En todo caso, la Isapre deberá otorgar la cobertura requerida dentro del plazo de 60 días corridos desde la presentación del PAM.

d) Modalidades especiales de pago con determinados prestadores: La Isapre podrá convenir con determinados prestadores modalidades de pago distintas a las indicadas precedentemente, informando debidamente a los afiliados. Entre ellos, se considera el uso de transacciones por medios de transmisión electrónica de datos.

Los beneficiarios, al requerir las Ordenes de Atención Médica o Bonos y los Reembolsos, como asimismo, para tramitar Programas de Atención Médica, deberán acreditar su identidad. Si la petición la hace una persona distinta del afiliado o beneficiario, aquella deberá presentar el poder simple correspondiente.

Las bonificaciones se pagarán considerando los valores reales de las prestaciones, aplicándose sobre éstos, los porcentajes, topes y máximos de bonificación señalados en el respectivo Plan de Salud Complementario. Si, requerida la Isapre para el otorgamiento de los beneficios pactados, estima, con los antecedentes que tenga en su poder, que no corresponde otorgar la cobertura solicitada, deberá manifestárselo expresamente y por escrito al interesado, en el plazo de 20 días hábiles, contado desde la presentación de la solicitud respectiva. La referida comunicación, deberá entregarse personalmente al interesado o remitirse al cotizante, por carta certificada, al último domicilio registrado en la Isapre, de acuerdo a lo establecido en el artículo 13 del presente Contrato, y complementariamente por correo electrónico, de acuerdo a las instrucciones que sobre la materia se encuentren vigentes.

ARTÍCULO 12°: Arancel de prestaciones

El Arancel de Prestaciones es un catálogo valorizado que contempla, a lo menos, todas las prestaciones del Arancel del Fondo Nacional de Salud en su modalidad de libre elección. El Arancel será utilizado para determinar las prestaciones comprendidas en el Contrato de Salud y la cobertura que a éstas corresponda, y es reajustado en la forma y condiciones que señale el Plan de Salud Complementario. Dicho Arancel deberá ser identificado en el Plan de Salud Complementario contratado, indicándose, además, la unidad en que se expresa.

En el caso de los aranceles expresados en pesos, estos deberán ser reajustados a lo menos una vez al año y el reajuste no podrá ser inferior al 100% de la variación porcentual acumulada que haya experimentado el Índice de Precios al Consumidor, entre el mes precedente a aquél en que se efectuó el último reajuste y el mes anteprecedente a aquél en que se aplique el nuevo reajuste, ambos inclusive.

La Isapre puede crear y establecer Normas Técnico-Administrativas, para los efectos de interpretar su Arancel. Dichas normas no formarán parte del presente Contrato y, en ningún caso, podrán imponer a los afiliados restricciones o limitaciones de cualquier especie a los derechos emanados del Contrato de Salud.

TÍTULO IV

OBLIGACIONES DEL AFILIADO, EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES DE COBERTURA Y TÉRMINO DE CONTRATO

A) OBLIGACIONES DEL AFILIADO

ARTÍCULO 13°: Obligaciones del afiliado

Las principales obligaciones del afiliado son las siguientes:

a) Proporcionar información completa y verdadera, tanto al momento de su incorporación a la Isapre como en cada una de las modificaciones que experimente su Contrato de Salud, acerca de los antecedentes, suyos o de sus beneficiarios, referidos, especialmente, a la calidad laboral y monto de sus ingresos.

b) Declarar de manera fidedigna toda la información que la Isapre requiera en la Declaración de Salud, tanto de su situación personal como de cada uno de sus beneficiarios. Tratándose de enfermedades o condiciones de salud preexistentes, la información completa y verdadera deberá ser proporcionada al suscribir el Contrato de Salud o a la incorporación del beneficiario, cuando ésta fuere posterior.

c) Dar cuenta a la Isapre por escrito y dentro del más breve plazo, el término de la calidad de beneficiario del Contrato de Salud de cualquiera de las personas integrantes del mismo, ajustando sus condiciones a la nueva situación. En el mes de marzo de cada año, deberá acreditar ante la Isapre, la condición de familiar beneficiario de los hijos mayores de 18 años.

d) Declarar y pagar en forma íntegra y oportuna el precio del Plan de Salud Complementario pactado y el precio de los beneficios que conforman la cotización, según el artículo 20 de este Contrato, tratándose de un afiliado independiente, cotizante voluntario, imponente voluntario o cesante.

e) Hacer correcto uso de los beneficios y prestaciones que otorga el presente Contrato, tanto el afiliado como sus beneficiarios. Entre otras, se entenderá como falta a esta obligación la solicitud o percepción de beneficios fraccionando valores o tarifas del prestador, o fundados en documentos o diagnósticos falsos, prestaciones no realizadas, documentos adulterados u otorgados a personas distintas del cotizante o de sus beneficiarios registrados en la Isapre, u obtenidas de prestadores diferentes al indicado en el documento, o la presentación de documentos incompletos o con omisión de información para la obtención de beneficios superiores o distintos a los que le correspondan.

f) Cumplir con los exámenes, controles, peritajes e interconsultas que la Contraloría Médica de la Isapre en uso de sus facultades, le solicite realizar y entregarle toda la documentación que aquella le requiera acerca de sus antecedentes de salud. El costo de tales exámenes, controles, peritajes e interconsultas serán de cargo de la Isapre.

g) Comunicar a la Isapre, dentro de los diez días siguientes contados desde la fecha en que se hayan producido, cualquiera de los siguientes hechos:

i) Cambio, adición o eliminación de empleador
ii) Cesantía
iii) Modificación de la situación previsional

h) Informar a la Isapre la pérdida o robo de la credencial y/o cédula de identidad de cualquiera de los beneficiarios del Contrato, dentro de los diez días siguientes a la fecha en que tomó conocimiento de alguno de los hechos mencionados.

i) Adjuntar la documentación pertinente, cada vez que solicite un beneficio, que acredite fehacientemente su procedencia.

j) Informar a la Isapre todo cambio de domicilio que se produzca durante la vigencia de este Contrato, personalmente o mediante carta certificada, correo electrónico, formulario diseñado por la Isapre, u otro medio escrito o electrónico, dentro de los diez días siguientes de producido el cambio. La Isapre deberá proporcionar al afiliado un documento en que conste el cumplimiento de su obligación.

k) Colaborar con la Isapre en el cumplimiento, por parte de ésta, de las metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva.

ARTÍCULO 14°: Declaración de Salud

Las enfermedades o condiciones de salud físicas preexistentes originadas con posterioridad al nacimiento conocidas por el afiliado y diagnosticadas con anterioridad a la suscripción del contrato, deberán ser registradas fidedignamente por el potencial afiliado en el documento denominado Declaración de Salud, junto con los demás antecedentes de salud que requiera la Isapre. La Declaración de Salud deberá ser suscrita por las partes en forma previa a la celebración del Contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. Sólo en este documento se podrán convenir las restricciones de cobertura. La Declaración de Salud forma parte esencial del Contrato; sin embargo, la falta de tal declaración no lo invalidará, pero hará presumir de derecho que la Isapre renunció a la posibilidad de restringir la cobertura o de poner término a la convención por la omisión de alguna enfermedad o condición de salud preexistente.

Conforme a ley 21.331, no son declarables las enfermedades mentales o discapacidades psíquicas o intelectuales del afiliado o de sus beneficiarios

Por otra parte, en virtud de los fines del contrato de salud, no se consideran preexistentes, y, por tanto, no declarables, las enfermedades o condiciones de salud congénitas (de cualquier tipo), las cuales le hayan sido diagnosticadas al beneficiario hasta el término de su período neonatal. En estos casos, la Isapre no puede restringir cobertura ni rechazar la afiliación.

ARTÍCULO 15°: Exclusiones de cobertura

Del Plan de Salud Complementario sólo se excluyen de cobertura las siguientes prestaciones:

a) Cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin. No se considerarán con fines de embellecimiento las cirugías plásticas destinadas a corregir malformaciones o deformaciones sufridas por la criatura durante el embarazo o el nacimiento, ni la destinada a reparar deformaciones sufridas por un accidente, ni las que tengan una finalidad estrictamente curativa o reparadora.

b) Atención particular de enfermería, salvo que se trate de prestaciones que se encuentren en el Arancel Fonasa en la modalidad libre elección.

c) Hospitalización con fines de reposo.

d) Prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto de lo cubierto. A solicitud del afiliado, la Isapre deberá cobrar el seguro obligatorio de accidentes personales a que se refiere la Ley N° 18.490 directamente en la Compañía de Seguros correspondiente.

e) Las que requiera un beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra.

f) Las enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas.

g) Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional, salvo que el Plan de Salud Complementario indique lo contrario, caso en el cual procederá la cobertura en los términos y bajo las condiciones que allí se convengan.

h) Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el Arancel de la Isapre. Sin el consentimiento de la Isapre no procederá la homologación de prestaciones, salvo que la Superintendencia la ordene en casos excepcionales conforme al D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 16°: Restricción de Cobertura

Se entenderá que son preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud físicas, que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del Contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso.

a) Cobertura para enfermedades o condiciones de salud preexistentes declaradas: Las prestaciones de salud por enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes declaradas por el afiliado o sus beneficiarios, tendrán una cobertura financiera no inferior a la que otorga Fonasa en la Modalidad de Libre Elección, ni al 25% de la prevista en el mismo Plan de Salud Complementario para la prestación genérica correspondiente, por un plazo de 18 meses contado desde la suscripción del Contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso.

Sin perjuicio de lo anterior, y con el solo propósito de ser aceptado en la Isapre, en casos calificados, y conforme con las instrucciones que dicte al efecto la Superintendencia de Salud, el futuro afiliado podrá solicitar por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, la extensión de la restricción de cobertura por 18 meses más, durante los cuales las prestaciones asociadas a dicha enfermedad, patología o condición de salud preexistente declarada tendrán, a lo menos, la cobertura que contempla el arancel Fonasa en la modalidad libre elección.

Transcurridos los plazos señalados precedentemente, según corresponda, las prestaciones de salud por enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes declaradas se cubrirán conforme al plan convenido.

b) Cobertura por atención de parto: La cobertura para las prestaciones originadas en la atención del parto será como mínimo, equivalente a la proporción resultante entre número de meses transcurridos desde la suscripción del contrato hasta la ocurrencia del parto, y el número total de meses de duración efectiva del embarazo, aplicada al Plan de Salud convenido y vigente.

ARTÍCULO 17°: Enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas

La Isapre concurrirá al pago de las prestaciones por enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, en los mismos términos estipulados en el Contrato para prestaciones originadas por enfermedades o condiciones de salud no preexistentes cubiertas por el plan, si se acredita que la omisión se debió a justa causa de error o cuando haya transcurrido un plazo de 5 años, contados desde la suscripción del Contrato o la incorporación del beneficiario, en su caso, sin que el beneficiario haya requerido atención médica por la patología o condición de salud preexistente, durante los antedichos cinco años. En estos casos, tampoco procederá la terminación del Contrato de Salud. Se presumirá la mala fe si la Isapre probare que el afiliado ocultó el hecho de la atención a fin de favorecerse de esta disposición.

ARTÍCULO 18°: Causales de término del Contrato de Salud

El presente Contrato de Salud no podrá dejarse sin efecto durante su vigencia, salvo por algunas de las siguientes causales:

1) Incumplimiento de las obligaciones del afiliado.
La Isapre sólo podrá poner término al Contrato de Salud, cuando el cotizante incurra en alguno de los siguientes incumplimientos contractuales:

a. Falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud, en los términos del artículo 190 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, salvo que el afiliado o beneficiario demuestren justa causa de error.

La simple omisión de una enfermedad preexistente no dará derecho a terminar el contrato, salvo que la Isapre demuestre que la omisión le causa perjuicios y que, de haber conocido dicha enfermedad, no habría contratado.

b. No pago de cotizaciones por parte de los cotizantes en situación de cesantía, voluntarios e independientes, tanto aquellos que revistan tal calidad al afiliarse como los que la adquieran posteriormente por un cambio en su situación laboral. Previo al ejercicio de esta facultad, la Isapre deberá haber comunicado al afectado del no pago de la cotización y de sus posibles consecuencias, dentro de los tres meses siguientes contados desde aquel en que no se haya pagado la cotización.

c. Impetrar formalmente u obtener indebidamente, para él o para alguno de sus beneficiarios, beneficios que no les correspondan o que sean mayores a los que procedan. Igual sanción se aplicará cuando se beneficie a un tercero ajeno al Contrato.

La Isapre podrá perseguir las responsabilidades civiles o criminales a que diere lugar el término del Contrato de Salud, en contra de quienes resulten responsables.

d. Omitir del Contrato a algún familiar beneficiario de los indicados en las letras b) y c) del artículo 136 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, con el fin de perjudicar a la Isapre.

Para ejercer la facultad de poner término al Contrato, la Isapre deberá comunicar por escrito tal decisión al cotizante dentro del plazo de noventa días contado desde que tome conocimiento del hecho constitutivo de la causal de terminación. Efectuada tal comunicación, los beneficios, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas, seguirán siendo de cargo de la Isapre, hasta el término del mes siguiente a la fecha de su comunicación o hasta el término de la incapacidad laboral, en caso de que el cotizante se encuentre en dicha situación y siempre que este plazo sea superior al antes indicado.

El cotizante podrá reclamar a la Superintendencia de esta decisión, dentro del plazo de vigencia de los beneficios antes indicados. Efectuado el reclamo, se mantendrá vigente el Contrato hasta la resolución de éste, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas.

El derecho de la Institución de Salud Previsional a poner término al Contrato caducará después de noventa días contados desde que tome conocimiento del hecho constitutivo de la causal de terminación.

2) Incumplimiento de las obligaciones de la Isapre.
Este incumplimiento deberá ser declarado por la Superintendencia de Salud o la Justicia Ordinaria, a solicitud del afiliado.

3) Desahucio del afiliado.
El afiliado podrá, una vez transcurrido el primer año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el presente Contrato de Salud.

Para estos fines, el afiliado enviará una comunicación escrita a la isapre por cualquier medio idóneo. Esta comunicación deberá efectuarse, ya sea manual o electrónica, con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año de beneficios contractuales o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación y deberá contener, además de su voluntad inequívoca de desafiliarse; su nombre completo; el número de su cédula nacional de identidad; su domicilio; si ingresará al Fonasa o a una isapre; fecha y firma.

Si a la fecha de término del Contrato por desahucio o por mutuo acuerdo de los contratantes, el cotizante está en situación de incapacidad laboral, el Contrato se extenderá de pleno derecho hasta el último día del mes en que finalice dicha incapacidad y mientras no se declare su invalidez.

4) Cierre de Sucursal.
Antes de cumplirse el primer año de vigencia de los beneficios contractuales el afiliado puede desahuciar el Contrato de Salud en caso que el cierre definitivo de una sucursal entorpezca seriamente el acceso a los beneficios pactados.

5) Cesantía.
El afiliado puede solicitar a la Isapre el término de su Contrato de Salud, incluso antes de cumplir un año de vigencia de los beneficios contractuales, si la petición la fundamenta en su situación de cesantía, la que deberá ser debidamente acreditada ante la Isapre, y siempre que no sea posible utilizar los excedentes de cotizaciones para pagar lo indicado en el inciso primero del artículo 19 de este Contrato.

6) Mutuo acuerdo.

7) Fallecimiento del afiliado, en caso que se renuncie al beneficio señalado en el artículo 7° del presente Contrato.

8) Cierre del registro de la Isapre.

9) Desahucio del afiliado solicitando dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones.

TÍTULO V

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO Y SU MODIFICACIÓN

ARTÍCULO 19°: Precio del Plan de Salud Complementario y su reajustabilidad

El precio deberá constar en el Plan de Salud Complementario y se expresa en unidades de fomento o moneda de curso legal en el país. En el caso de Planes de Salud Complementarios grupales y los contratos celebrados con isapres cerradas, el precio podrá expresarse en un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud.

El precio final del Plan de Salud Complementario se obtiene de la multiplicación del "precio base", que corresponde al asignado por la isapre al respectivo plan y que es idéntico para todas las personas que lo contraten, por los factores que correspondan al afiliado y a los beneficiarios, de conformidad a la tabla de factores por sexo, edad y condición de cotizante o carga contenida en el Plan de Salud Complementario, que el afiliado o beneficiario declara conocer y aceptar. Esta tabla no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al plan, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente.

El precio final del Plan de Salud Complementario podrá variar por los siguientes motivos:

a) Por revisión y adecuación del Contrato de Salud conforme al inciso tercero del artículo 197 del D.F.L. N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud.
b) Por variación del número de beneficiarios, aplicando la Tabla de Factores contenida en el Plan de Salud Complementario. En este caso, el nuevo precio regirá a partir del mes siguiente de efectuada la modificación.
c) Por la reducción del factor que corresponda al afiliado o beneficiario en razón de su edad, según la Tabla de Factores antes referida. El precio del Plan de Salud Complementario variará desde el mes siguiente en que se cumpla la anualidad.
d) Por reajuste anual, una vez cumplidos los respectivos períodos anuales, tratándose de planes pactados en pesos. El índice de variación que utilizará y la fecha de su aplicación deberán consignarse en el Plan de Salud Complementario.

ARTÍCULO 20°: Monto, declaración y pago de la cotización para salud

La cotización para salud del afiliado, corresponderá a la suma del precio del Plan de Salud Complementario, calculado en la forma indicada en el artículo anterior; más el precio de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC), si corresponde; más el precio que la Isapre cobre por el aseguramiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES); y, más el precio de los beneficios adicionales contratados por el afiliado, si corresponde, todos los cuales se detallan en el F.U.N. respectivo. La cotización para salud del afiliado, deberá ser declarada y pagada por el empleador, entidad encargada del pago de la pensión, trabajador independiente o cotizante voluntario, según sea el caso, dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a aquel en que se hayan devengado las remuneraciones, pensiones y rentas correspondientes, plazo que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo. El pago deberá efectuarse en las oficinas de atención de público de la Isapre o a través de las entidades o instituciones recaudadoras autorizadas por ella. Sin embargo, cuando el empleador realice la declaración y el pago de las cotizaciones a través de un medio electrónico, el plazo se extenderá hasta el día 13 de cada mes, aun cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo. Para efectos de pago, el valor de la unidad de fomento será el del último día del mes anterior al del pago de la cotización.

En caso de no pago de la cotización pactada para salud, la Isapre deberá informar tal circunstancia al afiliado, sea cotizante dependiente, pensionado, independiente, voluntario o cesante, dentro de los tres meses siguientes contados desde aquél en que no se haya pagado la cotización.

La falta de pago de la cotización por parte del empleador o por parte de la entidad encargada del pago de la pensión, no faculta a la Isapre para poner término al Contrato, ni para suspender el otorgamiento de los beneficios y prestaciones. En el evento que el cotizante dependiente perdiera su calidad de tal por cualquier causa, será considerado para los efectos de este Contrato, como afiliado en situación de cesantía, y en tal caso, será el obligado directo del pago de la cotización para salud.

En el caso de trabajadores independientes, cotizantes voluntarios o trabajadores que, habiendo sido dependientes, se encuentren en situación de cesantía, la falta de notificación oportuna, señalada en el párrafo ante precedente, además, impedirá a la Isapre poner término al Contrato por no pago de la cotización y cobrar intereses, reajustes y multas.

ARTÍCULO 21°: Excedentes de cotización

Toda vez que se produjeren excedentes de la cotización legal en relación con el precio de las Garantías Explícitas en Salud y el precio del plan convenido, serán inembargables y de propiedad del afiliado e incrementarán una cuenta corriente individual que la Isapre abrirá en favor del afiliado, cuyos fondos semestralmente se reajustarán y devengarán el interés establecido en la ley.

El afiliado sólo podrá renunciar a ellos para destinarlos a financiar los beneficios adicionales de los planes de salud individuales compensados, de los planes grupales y los celebrados con Isapres cerradas. Esta renuncia sólo producirá efectos hacia el futuro y será válida hasta que el afiliado opte por retractarse de ella, o bien, cuando, por cualquier causa, cambie de Plan de Salud. Los documentos que den cuenta de tales convenciones formarán parte integrante del presente Contrato.

Al momento de celebrarse el Contrato de Salud, el monto de los excedentes no podrá ser superior al 10% de la cotización legal para salud, calculada sobre el monto promedio de los últimos tres meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso, sin perjuicio del tope legal establecido. Con todo, la totalidad de los excedentes siempre incrementará la cuenta corriente individual del cotizante.
Los fondos acumulados pueden ser requeridos por el afiliado en cualquier momento, para alguno de lo siguientes fines:

1) Cubrir las cotizaciones en caso de cesantía.
2) Copago, esto es, aquella parte de la prestación que es de cargo del afiliado.
3) Financiar prestaciones de salud no cubiertas por el Contrato.
4) Para pagar las cuotas de los préstamos de salud que la Institución de Salud Previsional le hubiese otorgado al afiliado.
5) Cubrir cotizaciones adicionales voluntarias.
6) Financiar un Plan de Salud Complementario cuando el afiliado reúna los requisitos que la ley establece para pensionarse, durante el lapso comprendido entre la solicitud de la jubilación y el momento en que ésta se hace efectiva.

La Isapre cobrará semestralmente al afiliado por la mantención de la cuenta corriente de excedentes, un porcentaje cuyo monto máximo será fijado por la Superintendencia.

La Isapre informará al afiliado el estado de la cuenta corriente, con un detalle del monto acumulado debidamente actualizado, ante su requerimiento y, al cumplirse las respectivas anualidades y al terminar el Contrato de Salud.

ARTÍCULO 21 BISº: Excesos de cotización

La cotización en exceso corresponde a la cotización percibida por la Isapre en el respectivo mes, que sobrepase el monto que resulte mayor entre el total de la cotización pactada y la cotización legal mínima para salud.

Los montos que la Isapre perciba por concepto de cotización en exceso estan afectos a devolución, que debe efectuarse a la persona afiliada o ex afiliada cuando dicha cotización le haya sido descontada de su remuneración o renta sin causa.

ARTÍCULO 22°: Adecuación del Contrato de Salud

Anualmente la Isapre podrá revisar los Contratos de Salud, pudiendo sólo modificar el precio base del Plan de Salud Complementario, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan. Las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y/o beneficiario. Estas condiciones generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes en el respectivo plan.

La adecuación propuesta deberá ser comunicada a la persona afectada por correo electrónico o -en caso de que no haya informado a la Isapre una dirección electrónica- por carta certificada, durante el mes de marzo de cada año. En tales circunstancias, la persona afiliada podrá pronunciarse hasta el último día del mes de mayo de cada año, aceptando la adecuación de precio propuesta por la Isapre, cambiándose de plan o desahuciando el contrato, y en el evento de que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta.

En la misma oportunidad y forma que se comunique la adecuación, la Isapre deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente, a menos que el precio del plan que se adecúa corresponda al plan con menor precio en la Isapre. Los planes alternativos que se ofrezcan, deberán ser idénticos para todos los afiliados del plan cuyo precio se adecúa, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezca, o bien, desafiliarse.

La Superintendencia podrá dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente.

ARTÍCULO 22 BISº: Adecuaciones especiales del Contrato de Salud

Si en la revisión anual del contrato, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual supera el 10% de la cotización legal para salud, la Isapre estará obligada a ofrecer al afiliado un Plan de Salud alternativo cuyo precio más se aproxime al Plan actualmente convenido; en ningún caso, el afiliado estará obligado a suscribir el Plan de Salud alternativo.

En los planes con prestadores cerrados o preferentes, en la misma oportunidad, en caso de término del convenio entre la Isapre y el prestador institucional cerrado o preferente, o cualquier modificación que éstos introduzcan, la Isapre podrá adecuar el contrato, debiendo informar al cotizante, en la carta respectiva, la circunstancia de haberse puesto término o de haberse modificado el referido convenio. Además, la Institución pondrá en conocimiento del afiliado las adecuaciones propuestas al plan vigente y los planes de salud alternativos de condiciones equivalentes a aquél.
Con todo, se podrán efectuar modificaciones de los beneficios contractuales por mutuo acuerdo de las partes, lo que dará origen a la suscripción de un nuevo Plan de Salud Complementario de entre los que se encuentre comercializando la Isapre.

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 23°: Autorización del afiliado

Cada vez que el afiliado o un beneficiario solicite a la Isapre un beneficio cualquiera del Contrato de Salud, se entenderá que la faculta para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de tal beneficio. La Isapre adoptará las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de estas certificaciones.

Si la Isapre considera que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes, que se encuentre inscrito en un registro que para estos efectos mantiene la Superintendencia, para que revise personalmente la ficha clínica. Si de la revisión resulta que no corresponde otorgar la cobertura financiera solicitada, la Isapre lo informará al afiliado, el que podrá recurrir ante la Superintendencia, a fin de que ésta resuelva la controversia.

Asimismo, en virtud del artículo 191 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, la Isapre está autorizada para subrogar al afiliado o beneficiario en los derechos y acciones que éste tenga contra terceros, en razón de los hechos que hicieron necesaria la respectiva prestación, y hasta el monto que corresponda a lo que la Isapre haya pagado u otorgado.

ARTÍCULO 24°: Fiscalización y mecanismos de solución de diferencias

La Isapre está afecta a la supervigilancia y control de la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud. El Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud podrá conocer las diferencias que surjan entre la Isapre y sus cotizantes o beneficiarios a través de un reclamo administrativo o una demanda arbitral. En este último caso, actuará en calidad de árbitro arbitrador y resolverá las controversias que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Superintendencia, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la justicia ordinaria. En todo caso, las partes podrán someter dicha dificultad, previamente, a mediación.

No obstante, los reclamos por rechazos o modificaciones de licencias médicas y cálculo de los subsidios por incapacidad laboral deberán efectuarse ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), correspondiente al domicilio indicado en este Contrato, dentro de los quince días hábiles siguientes a la recepción del pronunciamiento de la Isapre. Si la Isapre no cumple lo resuelto por la COMPIN competente, el cotizante podrá solicitar el pago de los referidos subsidios a la Superintendencia de Salud.

ARTÍCULO 25°: Domicilio y notificaciones

Para todos los efectos del presente Contrato, las partes acuerdan que el domicilio del afiliado corresponderá al último informado por el contratante por escrito a la Isapre y allí se enviarán todas las comunicaciones, en tanto el cotizante no informe su cambio, cuando corresponda, en los términos señalados en la letra j), del Artículo 13 precedente.

ARTÍCULO 26°: Fecha y firma del contrato

Con fecha _____ del mes de _____ del año _____, suscribe _____, RUT N°_____ el presente contrato, en duplicado, quedando un ejemplar en poder del afiliado y otro en poder de la Isapre.

Firma o huella digital del afiliado

Firma Isapre

CONDICIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN CHILE

Por el presente acto e instrumento, el afiliado que suscribe, por sí y en representación de sus beneficiarios, los que se individualizan en el Formulario Único de Notificación (FUN) del contrato de salud previsional suscrito con la Isapre, pacta con ésta la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile, en adelante CAEC, y la cobertura especial GES-CAEC, que se detallan a continuación:
El Anexo Nº 1, que se refiere a la petición del beneficio y derivación a la Red CAEC (procedimiento y formularios 1 y 2) y el Anexo Nº 2, relativo a los requisitos para acceder al financiamiento del deducible por la Isapre, se adjuntan a las presentes condiciones generales. Los restantes anexos mencionados en este instrumento se encuentran a disposición del afiliado y beneficiarios en todas las Agencias de la Isapre.

ARTÍCULO I: Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, CAEC

Este beneficio tiene por finalidad aumentar la cobertura que otorga al afiliado y sus beneficiarios su Plan de Salud Complementario, en el ámbito de las prestaciones hospitalarias, así como en el de las ambulatorias que expresamente se indican en el presente instrumento, que sean otorgadas dentro del territorio nacional. Respecto de aquellas enfermedades, diagnósticos, condiciones de salud y tratamientos que estén comprendidos en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, en adelante GES, regirá lo dispuesto en el Artículo II de estas mismas Condiciones.

Para el otorgamiento de CAEC, la Isapre pone a disposición de los beneficiarios un sistema conformado por una Red Cerrada de Atención y modalidad de atención médica cerrada, en adelante la “RED CAEC”, que tiene como finalidad prestar atención de salud a dichas personas ante la eventualidad de presentar alguna de las enfermedades catastróficas cubiertas por el presente beneficio adicional. Para acceder a la Red CAEC, el beneficiario deberá solicitar previa y expresamente a la Isapre su ingreso y ésta efectuará la derivación al prestador médico y/o institucional correspondiente, de acuerdo con lo indicado en el anexo Nº 1 de las presentes Condiciones (Formularios 1 y 2).

Por regla general, este beneficio no aumenta la cobertura de las prestaciones ambulatorias, salvo aquéllas que expresa y explícitamente se indican y regulan en este instrumento. Las prestaciones ambulatorias, excepcionalmente cubiertas por este beneficio adicional, son las siguientes:
a) Las drogas inmunosupresoras en caso de trasplantes,
b) Radioterapia,
c) Drogas citotóxicas aplicadas en ciclos de quimioterapia para el tratamiento del cáncer, y
d) Los medicamentos definidos como coadyuvantes o biomoduladores que se usan antes, durante o después de los ciclos de quimioterapia que estén considerados en los programas del Ministerio de Salud.

1.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y COBERTURAS

a) RED CAEC: Conjunto de prestadores de salud, individuales e institucionales, y tipo de habitación que la conforman.
La Isapre derivará a cualquiera de los prestadores de la Red CAEC y, dentro de ésta, al o a los médicos que expresamente le indique al beneficiario. Los establecimientos de la Red deberán estar ubicados en el territorio nacional y cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto Nº 161 (Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas) del Código Sanitario, y las normas sobre acreditación hospitalaria vigentes.
La Isapre podrá reemplazar cualquiera de los prestadores de la Red CAEC, informando de ello, previamente a la Superintendencia de Salud con 30 días de antelación a su incorporación formal a la Red CAEC, remitiéndole la información de capacidad de camas, pabellones quirúrgicos y especialidades del prestador. En todo caso, el prestador que se incorpore a la Red CAEC deberá mantener las condiciones de calidad médica e idoneidad técnica del prestador reemplazado.
La Red actualizada (esto es, los prestadores individuales e institucionales y, dentro de estos últimos, los prestadores individuales que forman parte del convenio) deberá estar permanentemente a disposición de los afiliados y beneficiarios en la página web y en las sucursales de la Isapre. Es responsabilidad del beneficiario informarse sobre los prestadores que conforman la Red y las condiciones de acceso a ella.

COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Es el financiamiento del 100% de los copagos originados por enfermedades catastróficas que superen el deducible, calculado de acuerdo a lo establecido en la letra e) del presente artículo, sin perjuicio de las exclusiones señaladas en el Artículo I número 6, del presente instrumento.

COPAGO: Es la diferencia que se produce entre el valor cobrado por las prestaciones cubiertas por el Plan de Salud Complementario y la bonificación efectiva que otorga dicho plan. Los pagos efectuados por los beneficiarios, por prestaciones y servicios no cubiertos por el Plan de Salud Complementario y pagos efectuados fuera de la Red, no se considerarán como copagos para efectos de la presente cobertura.

ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Todo diagnóstico, enfermedad o patología que cumpla con lo indicado en este artículo y que represente para el beneficiario copagos superiores al deducible establecido en la letra e) de este numerando 1 y en los números 2 y 3 del presente artículo y esté excluida en el numerando 6 de este artículo.
Se entenderá por diagnósticos aquellos indicados en el decreto que establezca GES, esto sólo aplicable para efectos de GES - CAEC y por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o la vigente a la época de la prestación.

DEDUCIBLE: Se define como deducible a la suma de los copagos correspondientes a un mismo diagnóstico, que habrán de ser acumulados para tener derecho a esta cobertura adicional para enfermedades catastróficas y que, en consecuencia, no son de cargo de este beneficio. Para efectos del cómputo del deducible, no se contabilizarán los copagos que tengan su origen en prestaciones no cubiertas por este beneficio o que estando cubiertas se hayan otorgado fuera de la Red.

2.- MONTO, ACUMULACIÓN Y DURACIÓN DEL DEDUCIBLE

El deducible es el equivalente a la cantidad de treinta veces la cotización pactada en el Plan de Salud, por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 126 UF, para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.
El deducible es anual, esto es, se acumula durante un año contabilizado desde la fecha en que el beneficiario entere el copago por la primera prestación que tenga su origen en una enfermedad catastrófica en los términos establecidos en el número 3 del presente artículo. Al cabo de un año de esa fecha, se reiniciará el cómputo del deducible por otro año y así sucesivamente.
Los copagos a contabilizar en el deducible son sólo aquellos que tienen su origen en un gasto incurrido en la Red CAEC, salvo lo indicado en el número 4, por una misma enfermedad catastrófica y sus complicaciones.
El deducible no se podrá conformar con copagos efectuados por hospitalizaciones derivadas de enfermedades que no revistan el carácter de catastrófica, en los términos de esta cobertura adicional ni por la acumulación de copagos correspondientes a más de un beneficiario o que fueran atendidas fuera de la Red.
En caso que la cobertura adicional para enfermedades catastróficas sea utilizada por más de un beneficiario del contrato de salud, o en más de una enfermedad catastrófica para un mismo beneficiario, el deducible total será de 43 cotizaciones pactadas por cada período anual, el que no podrá exceder de 181 UF. Una vez completado dicho deducible total, y en la eventualidad de producirse una tercera enfermedad catastrófica durante ese período anual, en que ya se han acumulado y pagado, ya sea directamente o financiado en conformidad a las reglas establecidas en el presente instrumento, un equivalente a 43 cotizaciones, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 181 UF, no será necesario completar uno nuevo, hasta el próximo período anual, entendiéndose por tal aquel que se inicia con el copago de la primera prestación del beneficio.

3.- CÁLCULO DEL DEDUCIBLE

El deducible se determinará multiplicando por 30 el monto de la cotización vigente.
Para efectos del cálculo del deducible se entenderá que la Unidad de Fomento a utilizar, será el valor que esta unidad tenga al último día del mes anterior a aquel en que se efectúe la prestación que da origen al copago correspondiente.
La determinación de la cotización vigente se realizará de acuerdo a las siguientes reglas, según corresponda:

PLANES INDIVIDUALES PACTADOS EN UNIDADES MONETARIAS: La cotización vigente corresponderá a la cotización total pactada de acuerdo al Plan de Salud Complementario vigente.

b) PLANES INDIVIDUALES Y GRUPALES PACTADOS EN EL PORCENTAJE DE LA COTIZACIÓN LEGAL: Tratándose de Planes de Salud pactados en el porcentaje de cotización legal y sólo para efectos de cálculo, la cotización vigente será determinada en base al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos 6 meses y/o las equivalentes en el caso de pago de subsidio por incapacidad laboral. Dicho promedio debe calcularse retroactivamente a partir de la cotización declarada o pagada del mes inmediatamente anterior a la solicitud del presente beneficio.
Si en el referido período, se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización vigente se determinará en base al promedio del número de meses que registren información. En el caso de no existir información dentro del aludido período de 6 meses, se considerará el 7% aplicado al último dato de la renta imponible que haya sido declarada o pagada.

c) PLANES INDIVIDUALES COMPENSADOS, GRUPALES O MATRIMONIALES: Para efectos de determinar la cotización vigente a utilizar para la definición del deducible, se calculará el monto en función del precio base del Plan de Salud Complementario contratado y los factores de riesgo de los beneficiarios vigentes, de acuerdo al procedimiento aplicado para la determinación de la cotización para un Plan de Salud individual.

4.- ATENCIONES DE URGENCIA

4.1.- Tratándose de una hospitalización, que requiera atención inmediata e impostergable en un prestador ajeno a la RED CAEC, el otorgamiento de este beneficio adicional estará supeditado al cumplimiento en forma copulativa a las siguientes condiciones:
a) El beneficiario o su representante deberá solicitar el ingreso a la Red CAEC a la Isapre y
b) El médico tratante deberá autorizar el traslado y
c) La Isapre deberá derivar al paciente a un prestador de la Red CAEC, para lo cual dispondrá de un plazo de dos días hábiles contados desde la formulación de la solicitud respectiva; y
d) El paciente debe ingresar al establecimiento de la Red CAEC que corresponda, bajo las condiciones indicadas en la derivación.
En tanto no se cumplan las condiciones señaladas precedentemente, el paciente gozará sólo de los beneficios de su Plan de Salud Complementario, sin perjuicio de los derechos y beneficios respecto a las urgencias vitales o con secuela funcional grave que contempla el DFL Nº1 de 2005 en su artículo 173. Sólo en caso de urgencia con riesgo vital o de secuela funcional grave, el traslado del paciente será parte de la presente cobertura según las condiciones anteriormente señaladas y será la Isapre la que designará el prestador de la Red que realizará el traslado.
Una vez cumplidas las condiciones señaladas y desde la fecha en que el paciente ingrese al prestador de la Red CAEC, en el tipo de habitación definida por la Isapre, se iniciará la cobertura y el cómputo del deducible. Sólo en este caso los copagos derivados de la atención de urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave, en el prestador ajeno a la Red CAEC, se computarán para el cálculo del deducible de este beneficio.

4.2.- Tratándose de una hospitalización en un prestador de la Red CAEC originada por una urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave, el beneficiario o su representante deberá dar aviso a la Isapre dentro de las primeras 48 horas contadas desde el ingreso al centro asistencial, con el objeto que la Institución pueda administrar el caso y controlar que las condiciones de atención del paciente en el prestador, se ajusten a los términos pactados para el otorgamiento de esta cobertura.
Este beneficio operará desde el ingreso a la Red, siempre y cuando durante toda su estadía, el paciente se haya mantenido en el tipo de habitación a la que fue derivado por la Isapre para esta cobertura, salvo que por su condición de salud haya requerido una habitación diferente en algún período, tales como habitación de cuidados intensivos o intermedios. En caso contrario, y no obstante que el establecimiento pertenezca a la Red CAEC, no operará esta cobertura. En el evento de que no se haya dado el aviso respectivo, el beneficio adicional operará igualmente desde el ingreso a la Red, siempre que se cumplan las condiciones referidas al tipo de habitación.

5.- CONDICIONES DE ACCESO A LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS.

El beneficiario o quien actúe en su representación en caso de menores de edad o de pacientes impedidos de efectuar el procedimiento por si mismos, deberá solicitar el ingreso a la Red de atención médica, a partir del momento en que presuma que la enfermedad que se le ha diagnosticado puede transformarse en una enfermedad catastrófica, para lo cual deberá solicitar a la Isapre la designación y derivación al prestador correspondiente, lo anterior de acuerdo a lo descrito en el Anexo Nº 1.

Una vez solicitada la derivación por parte del beneficiario o su representante, la Isapre dispondrá de 2 días hábiles y 3 días hábiles según se trate de pacientes hospitalizados o no, respectivamente, para designar el prestador.
En el caso del paciente hospitalizado, el beneficiario o representante deberá contar con la autorización del médico tratante para su traslado. De no contarse con la autorización para el traslado por parte del médico tratante, no podrá gozar de los beneficios de esta cobertura.
Sólo desde el momento en que el beneficiario haya sido derivado a la Red, aceptado las condiciones de derivación y haya ingresado, comenzará el cómputo de los copagos para acumular el deducible. Una vez pagado el deducible correspondiente, de acuerdo a las normas que establece el presente instrumento, comenzará a operar la cobertura adicional pactada para las Enfermedades Catastróficas.
Cualquiera sea la enfermedad catastrófica, el beneficiario nunca verá alterada la cobertura de este beneficio adicional por no existir capacidad suficiente de atención, en el prestador que la Isapre ha designado para su tratamiento. En tal situación, el beneficiario o su representante, deberá informar a la Isapre, la cual se encargará de derivar al paciente a otro prestador de características similares al primero, ubicado en el territorio nacional, debiendo mantenerse las condiciones de calidad médica e idoneidad técnica de éste. No se entenderá por insuficiencia en la Red, la imposibilidad de realizar el tratamiento por parte de cualquier prestador ubicado en el territorio nacional.
Asimismo, transcurridos más de seis meses desde la última fecha de derivación, la Isapre tendrá la facultad de cambiar al prestador, dándole aviso oportuno al afiliado, invocando para ello modificaciones de la Red.

6.- PRESTACIONES NO CUBIERTAS POR LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Las siguientes prestaciones se excluyen de esta Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas:

- Las prestaciones derivadas de problemas de salud que reúnan las condiciones exigidas para ser cubiertas por el Régimen General de Garantías en Salud-GES.
- Las exclusiones establecidas en el Contrato de Salud.
- Las patologías derivadas de complicaciones y secuelas de los tratamientos cosméticos o con fines de embellecimiento.
- Tratamientos hospitalarios de patologías psiquiátricas, adicciones a drogas o alcoholismo.
- Tratamientos de infertilidad o esterilidad.
- Tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida, sus complicaciones y secuelas, salvo lo indicado en el numeral 9 de este artículo.
- Cualquier tratamiento posterior a un tratamiento de obesidad, tanto quirúrgico como no quirúrgico, que tenga el carácter de cosmético, tales como abdominoplastía u otra corrección derivada de la baja de peso.
- Tratamientos odontológicos.
- Prestaciones médicas, fármacos y técnicas que tengan el carácter de experimental para la patología en tratamiento o que no estén avaladas por las sociedades científicas chilenas correspondientes.
- Los medicamentos e insumos que no estén registrados por el Instituto de Salud Pública (ISP), de acuerdo a la normativa vigente en el país.
- La atención domiciliaria en todas sus formas.
- La hospitalización domiciliaria, salvo lo indicado en el numeral 10 de este artículo.
- Todas aquellas prestaciones que no estén detalladas en el arancel del Plan de Salud Complementario.
- Cirugías programadas realizadas fuera de la Red y sus complicaciones, mientras no se incorpore a la Red CAEC.
- Prestaciones otorgadas en establecimientos o instituciones ubicadas fuera del territorio nacional y todas aquellas prestaciones que se realicen fuera de la Red.
- Las prestaciones y medicamentos de carácter ambulatorio no codificadas en el arancel del contrato de salud, salvo lo señalado en el párrafo tercero del Artículo I de este documento.
- Las prestaciones homologadas, entendiendo por homologación el reemplazo de prestaciones por otras no codificadas en el arancel del contrato de salud.

Este beneficio adicional para enfermedades catastróficas no se aplica durante los plazos señalados en el artículo 189 letra g) para el caso de enfermedades preexistentes declaradas y en el artículo 190 de las patologías preexistentes no declaradas, ambos del DFL Nº1 de 2005 de Salud.

7.- DEL TÉRMINO DE LA COBERTURA ADICIONAL RESPECTO DE UNA DETERMINADA ENFERMEDAD CATASTRÓFICA

La cobertura adicional para una determinada enfermedad catastrófica termina:

a) Cuando el beneficiario complete el período anual, contabilizado desde el momento en que se empieza a acumular el deducible, esto es, desde el primer copago, la Institución deberá comunicar por correo certificado tal circunstancia. En tal caso, el beneficiario podrá solicitar la renovación del beneficio dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de envío de dicha comunicación y la Isapre evaluará, dentro del plazo de 2 días hábiles, contado desde la solicitud, si corresponde o no modificar alguna circunstancia específica, como por ejemplo, el prestador designado. Una vez emitido el pronunciamiento de la Isapre y aceptada la derivación y sus condiciones dentro de los siguientes 5 días hábiles, se comenzará a acumular el deducible, el que, considerará los copagos generados durante el proceso de renovación. En caso de no observarse estos plazos por el beneficiario, no habrá lugar a la acumulación de deducible durante ese período.
b) Cuando un médico de la Red otorga la orden de alta médica al paciente. En caso de existir complicaciones posteriores derivadas de la patología tratada como catastrófica, el beneficiario podrá reincorporarse nuevamente a la Red en las mismas condiciones originales, dentro del mismo período anual.
c) Cuando el beneficiario decida voluntariamente retirarse del sistema de la Red.
d) Cuando el beneficiario no cumpla la prescripción médica indicada por los prestadores de la Red.
e) Cuando el contrato de salud previsional termine por cualquier causa.

8.- PAGO DEL DEDUCIBLE

El deducible que se menciona en la letra e) del número 1 de este artículo, será siempre de cargo del afiliado. Por lo tanto, éste será responsable de efectuar el pago del mismo en forma directa al prestador - médico o institucional - correspondiente.
Sin perjuicio de lo anterior, el afiliado podrá recurrir a la Isapre, previo cumplimiento de los requisitos a que se alude en el Anexo Nº 2, o a un tercero tales como Cajas de Compensación, Bancos e Instituciones Financieras, a fin de obtener el financiamiento del monto a pagar por concepto del deducible. La Isapre no se podrá negar a otorgar el financiamiento solicitado si el afiliado cumple los requisitos indicados en el Anexo referido. En todo caso, para que la Isapre financie el deducible que debe pagar el afiliado, éste deberá suscribir, previamente, un pagaré (Anexo Nº 4) a favor de la Isapre y un mandato (Anexo Nº 3) que faculte a esta última a completar dicho documento por el saldo adeudado, a fin de garantizar el reembolso íntegro de dicho financiamiento.
Para los efectos del pago del crédito otorgado, las partes suscribirán un convenio (Anexo Nº 5) en el cual se convendrán las condiciones de otorgamiento y en el que el afiliado se comprometa a reembolsar a la Isapre el monto financiado por ésta, ya sea mediante pago contado, o el uso del saldo acumulado en su cuenta corriente de excedentes de cotización o a cuenta de sus excesos, descuento en cuotas por planilla de su remuneración o pensión mensual (Anexo Nº 6), descuento en cuotas de su cuenta corriente bancaria o tarjeta de crédito (Anexo Nº 7) o bien mediante cualquier otro medio de pago que consienta la Isapre. Para el caso que el afiliado se negare a suscribir un convenio de pago, o si habiéndose suscrito dicho convenio, la Isapre no hubiere percibido pago durante dos meses consecutivos o tres meses en forma alternada, por causa imputable al cotizante, o bien si habiéndose efectuado todos los descuentos acordados en el convenio de pago aún persistiere un saldo insoluto del crédito, la Isapre estará facultada para perseguir el cobro de dicho saldo mediante la ejecución del pagaré mencionado.

9.- DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

Se otorgará la cobertura del beneficio descrito en este documento, cuando el diagnóstico corresponda a obesidad mórbida y en caso de un tratamiento quirúrgico excepto instalación de balón intragástrico, si se cumplen todos los requisitos descritos a continuación:
1. El beneficiario debe tener en la Isapre una vigencia superior a 18 meses.
2. El beneficiario deberá registrar un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 40.
3. Certificar el haber fracasado en un tratamiento médico de la obesidad ejecutado por equipo multidisciplinario por lo menos un año.
4. Contar con una autorización dado por un psiquiatra designado por la Isapre que no contraindique este tipo de cirugía.
5. Sólo si la cirugía se realiza en el establecimiento hospitalario que la ISAPRE determine en la RED.

10.- DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA CAEC

Esta cobertura procederá respecto de la Hospitalización Domiciliaria, previa solicitud a la Isapre y derivación por parte de ésta a un prestador designado por ella. Para este efecto debe dar cumplimiento a todas las siguientes condiciones:

- Se debe tratar de un paciente que este hospitalizado, sometido a un tratamiento que requiera presencia del médico tratante.

- El médico tratante debe ser distinto del médico supervisor de la empresa que da el servicio de hospitalización domiciliaria.
- Debe tratarse de pacientes sin Alta, sólo se trata de traslado desde un prestador de la Red, con continuidad de prestaciones como una sustitución de una hospitalización de nivel intermedio y/o intensivo y que la hospitalización no se justifique exclusivamente por la administración de medicamentos.
- Debe tratarse de patologías que justifiquen la hospitalización domiciliaria.
- La indicación de la hospitalización domiciliaria y su duración debe ser efectuada por el médico tratante.
- La Isapre derivará a un servicio de hospitalización domiciliaria señalando la duración de la misma, y considerando para ello la indicación del médico tratante de la RED.
- La empresa que preste el servicio de hospitalización domiciliaria, deberá estar acreditada y cumplir con las disposiciones legales y reglamentarias de orden sanitario que sean pertinentes, además de contar con dirección médica responsable y llevar ficha clínica del paciente.
- La Isapre está facultada para evaluar periódicamente el cumplimiento de las condiciones que ameritan la Hospitalización Domiciliaria, para efectos de reingreso al hospital, alta o su término por no revestir ya las condiciones que requiere la Hospitalización Domiciliaria señaladas precedentemente.
- Se excluyen los tratamientos de enfermedades crónicas y tratamientos de antibióticos.

11.- DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA ADICIONAL

La presente cobertura adicional reemplaza en todas sus partes las condiciones de este beneficio contempladas en la Circular Nº 59 del año 2000, de la Superintendencia de Isapres.
El afiliado y sus beneficiarios tendrán derecho a esta Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas – CAEC –, a contar del 1 de julio de 2005 o desde el primer día del mes subsiguiente a la fecha de suscripción del contrato de salud, en su caso.
Excepcionalmente, el beneficiario que al 30 de Junio de 2005, se encuentre acumulando el deducible o gozando del beneficio contemplado en la cobertura contenida en la Circular Nº 59 citada, la mantendrá hasta el cumplimiento de su período bienal y en adelante regirá la cobertura establecida en este documento.

ARTÍCULO II: Cobertura especial catastrófica para las garantías explícitas en salud, GES-CAEC

Las Garantías Explícitas en Salud – GES, – contemplan un listado específico de prestaciones taxativo para cada problema de salud, condiciones y diagnósticos comprendidos en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, que estará a disposición del afiliado cuando éste los requiera. La garantía de cobertura financiera expresamente señalada en DFL Nº1 de 2005 y sus reglamentos correspondientes, rige sólo para el listado antes referido.
La cobertura especial GES-CAEC se aplica sólo para las prestaciones no contenidas en el listado antes referido, pero considerados en los protocolos para la solución de los problemas de salud definidos por el Ministerio de Salud.
Tratándose de Problemas de Salud contemplados en dicha GES, el beneficiario podrá optar por atenderse bajo las condiciones de la GES o de su Plan de Salud Complementario, según se indica a continuación:

1) Si opta por la atención en GES

a) Cobertura: Si opta por la atención según las Garantías Explícitas en Salud – GES – podrá acceder además a esta cobertura especial para aquellas prestaciones no cubiertas por GES, incluidas en la solución del problema de salud según protocolos médicos definidos y publicados por el Ministerio de Salud y que cuentan con la cobertura del Plan de Salud Complementario. Estos protocolos serán puestos a disposición del afiliado cuando éste lo requiera. La Isapre integrará en sus convenios con los prestadores de la Red dichos protocolos. En todo caso, respecto de las prestaciones no ajustadas a protocolo, la Isapre otorgará sólo la cobertura prevista para ellas en el Plan de Salud Complementario pactado.

Esta cobertura especial de enfermedades catastróficas denominada GES-CAEC, rige con las mismas condiciones definidas para CAEC, en lo que corresponda, y que se establecen en el Artículo I de este documento salvo lo siguiente:

I. Toda referencia a enfermedad catastrófica, debe entenderse referida a los diagnósticos comprendidos en GES.
II. Toda referencia a Red CAEC debe entenderse referida a Red GES-CAEC.
III. Las condiciones de acceso a este beneficio se establecen a continuación en la letra b).
IV. Se abonará para la acumulación del deducible de la Cobertura Especial para las Garantías Explícitas en Salud, GES-CAEC, lo acumulado como copago en las atenciones GES, por un mismo diagnóstico y beneficiario.
V. La atención debe haberse iniciado en la cobertura GES.

b) Condiciones de acceso al beneficio GES-CAEC: El beneficiario podrá acceder a la cobertura especial catastrófica GES-CAEC para aquellas condiciones de salud y enfermedades GES, de acuerdo a lo siguiente:

I. Estar utilizando la modalidad de atención GES en la Isapre.
II. Las prestaciones GES-CAEC se entregarán a través de una red GES, conforme a lo señalado en DFL Nº1 de 2005, Red que puede ser distinta a la de la CAEC;
III. Las prestaciones cubiertas por este beneficio son aquellas que aparecen en los protocolos referenciales del Ministerio de Salud y forman parte de los aranceles de la Isapre;
IV. Haber cumplido con el procedimiento de ingreso a la Red GES de acuerdo a los procedimientos y condiciones estipulados por la Isapre.

2) Si no opta por la atención en GES

Sólo tendrá la cobertura de su Plan de Salud Complementario, quedando excluido de la cobertura adicional y especial definidas en los Artículos I y II de este documento.

3) Vigencia inicial de la cobertura adicional GES-CAEC

El afiliado y sus beneficiarios tendrán derecho a esta Cobertura Especial Catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud, GES-CAEC, a contar del 1 de julio de 2005 o desde el primer día del mes subsiguiente a la fecha de suscripción del contrato de salud o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

ARTÍCULO III: De la permanencia de las coberturas adicionales

Aún cuando cualquiera de los documentos integrantes del contrato de salud se modifique a futuro por mutuo acuerdo de las partes o mediante la facultad de revisión de los mismos que regula el Artículo 197 del D.F.L Nº 1 de 2005 de Salud, la Isapre se compromete a mantener las coberturas adicionales indicadas en los Artículos I y II en los términos definidos, salvo que medie cambio en las normativas referidas a los beneficios mínimos legales, cambios de cotización legal de salud, o cambios en el régimen de garantías en salud y las Garantías Explícitas en Salud.

ARTÍCULO IV: Fiscalización y arbitraje

La Cobertura adicional para Enfermedades de Catastrófica CAEC y la Cobertura Especial Catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud GES-CAEC quedan sometidas a las mismas normas de fiscalización y arbitraje que se establecen en DFL Nº1 EN 2005 de Salud.

LISTADO DE ANEXOS

Nº 1: PETICIÓN DEL BENEFICIO Y DERIVACIÓN A LA RED
Nº 2: REQUISITOS PARA ACCEDER AL FINANCIAMIENTO DEL DEDUCIBLE POR LA ISAPRE
Nº 3: MANDATO
Nº 4: PAGARÉ
Nº 5: CONVENIO DE PAGO
Nº 6: AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO
Nº 7: MANDATO AUTORIZACIÓN DE CARGO

ANEXO Nº1

PETICIÓN DEL BENEFICIO Y DERIVACIÓN A LA RED

1.- El afiliado o quien lo represente deberá concurrir a la Isapre.

2.- Deberá llenar y firmar el formulario Nº 1 (incluido en este anexo, el cual será elaborado por cada Isapre y contendrá como mínimo los antecedentes del formulario Nº 1 propuesto.) denominado SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A LA RED CERRADA DE COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS (CAEC) Y GES-CAEC.

3.- Desde el momento que la Isapre recibe la solicitud, tendrá dos y tres días hábiles, según se trate de pacientes que se encuentren hospitalizados o aquellos que requieran atenciones programadas respectivamente, para definir si rechaza o acepta la solicitud, y en este último caso designar el prestador de la Red.

La Isapre pondrá a disposición del afiliado o su representante la derivación respectiva (Formulario Nº 2) en el lugar donde fue solicitado el beneficio, en los plazos establecidos en el punto 3.

El afiliado o su representante deberá formalizar la aceptación de la derivación estampando su firma en el Formulario 2. En consecuencia, ante la ausencia de dicha firma, se considerará rechazada la derivación, situación que será informada por carta certificada al afiliado pasados 10 días hábiles contados desde los plazos establecidos en el punto 3.

Formulario Nº1

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A LA RED CERRADA DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS CAEC o GES-CAEC

Nº Solicitud: _____
Lugar de Emisión: _____
Fecha Solicitud: ____/____/____

ANTECEDENTES TITULAR O BENEFICIARIO

Nombre del Paciente: _____Edad:_____ RUT paciente: _____
Nombre del Titular: _____ Rut titular: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____
Teléfono Casa: _____ Teléfono Of: _____
E-mail: _____ Cel: _____
Plan de Salud: _____Acred:_____Red:_____ Fecha Diagnóstico: _____
Diagnóstico GES: _____
Diagnóstico CAEC: _____
Lugar primera atención:_____
Tratamiento a seguir: _____
Médico Tratante: _____ Especialidad:_____
Institución: _____
Hospitalizado: SÍ _____ Desde: ____/____/____ Hasta: ___/___/____
NO_____
Institución _____:::_____
Fue Trasladado: SÍ _____ Desde y Hasta:_____
NO_____
Monto Deducible: _____

Identificación del Representante o Familiar Responsable

Nombre: _____
RUT: _____ Relación:_____
Teléfono casa: _____ Teléfono Of: _____ Cel:_____

IMPORTANTE

Colmena Golden Cross S.A., informa a usted que el beneficio solicitado comenzará a regir sólo cuando ingrese a la RED y firme la aceptación de la Derivación a la Red Cerrada de Atenciones CAEC o GES-CAEC, documento que estará a su disposición o de su familiar responsable, a más tardar el día subsiguiente hábil a la fecha de esta solicitud, en cualquiera de nuestras sucursales. El titular o su represantante deberá formalizar la aceptación de la derivación mediante la firma estampada en el Formulario Nº2. En consecuencia, ante la ausencia de dicha firma se considerará rechazada la derivación.

Tomé conocimiento _____ _____
Firma y RUT Representante
Nombre, RUT y Firma
Isapre Colmena Golden Cross

ADMINISTRACIÓN DE SALUD

Fecha de Recepción: ___/_____/____

_____
Firma Enfermera
Isapre Colmena Golden Cross

Hora de Recepción: ___:_____:____

La persona que firma, reconoce haber sido informada debidamente de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile.

Formulario N°2

DERIVACIÓN A LA RED CERRADA DE ATENCIONES PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS (CAEC)

Isapre Colmena Golden Cross S.A comunica que el paciente debe presentarse con este documento en uno de los centros de la RED que se indican a continuación, establecimiento que le designará un Médico tratante si éste no está expresamente señalado en el presente documento.
La presente derivación tendrá una duración de seis meses contados desde la fecha de aceptación de este documento, posterior a lo cual la Isapre efectuará una evaluación, cuyo resultado se comunicará al paciente, en caso de modificarla. Posteriormente la Isapre podrá modificar las condiciones de derivación, situación que deberá ser comunicada por correo certificado.

Establecimiento:	
Dirección:	
Habitación:	
Médico:	
Especialidad:	
RUT del Médico:	
Observaciones:	

Nombre del Paciente: _____ Rut: _____

Nombre del Titular: _____ Rut: _____

Diagnóstico CIE 10: _____

Tratamiento indicado: _____

Fecha Solicitud CAEC: _____ Monto Deducible: _____

Fecha derivación: _____ Fecha Inicio Beneficio: _____

PRESTACIONES NO INCLUIDAS EN LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS CAEC NI EN GES-CAEC

- Las prestaciones derivadas de problemas de salud que reúnan las condiciones exigidas para ser cubiertas por el Régimen General de Garantías en Salud - GES.
- Las exclusiones establecidas en el Contrato de Salud.
- Las patologías derivadas de complicaciones y secuelas de los tratamientos cosméticos o con fines de embellecimiento.
- Tratamientos hospitalarios de patologías psiquiátricas, adicciones a drogas o alcoholismo.
- Tratamientos de infertilidad o esterilidad.
- Tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida, sus complicaciones y secuelas, salvo lo indicado en el numeral salvo lo indicado en el numeral 9 del Artículo.
- Cualquier tratamiento posterior a un tratamiento de obesidad, tanto quirúrgico como no quirúrgico, que tenga el carácter de cosmético, tales como abdominoplastía u otra corrección derivada de la baja de peso.
- Tratamientos odontológicos.
- Prestaciones médicas, fármacos y técnicas que tengan el carácter de experimental para la patología en tratamiento o que no estén avaladas por las sociedades científicas chilenas correspondientes.

- Los medicamentos e insumos que no estén registrados por el Instituto de Salud Público (ISP), de acuerdo a la normativa vigente del país.
- La atención domiciliaria en todas sus formas.
- La hospitalización domiciliaria, salvo lo indicado en el numeral 10 del artículo.
- Todas aquellas prestaciones que no estén detalladas en el arancel del plan complementario.
- Cirugías programadas realizadas fuera de la Red y sus complicaciones, mientras no se incorpore a la Red CAEC
- Prestaciones otorgadas en establecimientos o instituciones ubicadas fuera del territorio nacional y todas aquellas prestaciones que se realicen fuera de la Red.
- Las prestaciones y medicamentos de carácter ambulatorio no codificadas en el arancel del contrato de salud, salvo lo señalado en el párrafo tercero del Artículo I de este documento.
- Las prestaciones homologadas, entendiendo por homologación el reemplazo de prestaciones por otras no codificadas en el arancel del contrato de salud.

Este beneficio adicional para enfermedades Catastróficas no se aplica durante los plazos señalados en el Artículo 189 letra g) para el caso de enfermedades preexistentes declaradas y en el artículo 190 de las patologías preexistentes no declaradas, ambos del DFL Nº1 de 2005 de Salud.

Este documento de derivación acredita que el paciente individualizado es afiliado a Isapre Colmena Golden Cross S.A., y se encuentra incorporado a la Red de Enfermedades Catastróficas, por lo que es de su responsabilidad el pago del monto de su deducible.

DERIVACIÓN A LA RED

_____

Firma Responsable Colmena Golden Cross S.A

Nombre: _____

Fecha: _____

Hora: _____

ACEPTO INGRESO A LA RED

_____

Firma de Familiar Responsable

Nombre:_____

Rut:_____

Fecha: _____

RECHAZO INGRESO A LA RED

_____

Firma de Familiar Responsable

Nombre:_____

Rut: _____

Fecha: _____

Motivo:_____

Constancia:

Con fecha _____ Hora _____, Informé a _____ RUT_____ la derivación efectuada para las atenciones por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas del paciente individualizado, negándose a firmar tanto la aceptación como el rechazo del ingreso a ese beneficio.

Anexo N°2

MANDATO

En _____, a ___ de _____ del _____, Don (a) _____ (en adelante el "Mandante"), Cédula Nacional de Identidad Nº _____, domiciliado en esta ciudad en calle _____, Nº _____, expone:

Que con el objeto de documentar en título ejecutivo y facilitar el cobro de la totalidad o el saldo del deducible que el Mandante adeude a _____ (en adelante, indistintamente, la "Isapre") en caso de ocurrencia de algunos de los eventos señalados en el párrafo quinto del artículo 6° de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (en adelante la "Cobertura") que el Mandante contrató con la Isapre, el Mandante suscribe, sin ánimo de novar, un pagaré a la orden de la Isapre, con algunas menciones en blanco, otorgando por este acto el Mandante a la Isapre y a sus sucesores o endosatarios, un mandato especial para que en su nombre y representación, proceda a incorporar al pagaré mencionado, antes de su cobro, la fecha de expedición, el monto de capital adeudado y la fecha de vencimiento.

La Isapre, de conformidad a lo dispuesto en el Artículo 11° de la Ley Nº 18.092 sobre Letra de Cambio y Pagaré, deberá incorporar las menciones faltantes al citado pagaré, con arreglo a las siguientes instrucciones:

1. La Isapre podrá llenar el pagaré en cualquiera de los siguientes casos: (i) si el Mandante se negare a suscribir un convenio de pago una vez que la Isapre le hubiere financiado el pago del deducible de acuerdo a los términos del numerando 8° del Artículo I de la Cobertura; (ii) si habiéndose suscrito dicho convenio de pago, la Isapre, por causa imputable al cotizante, no hubiere percibido pago durante 2 meses consecutivos o 3 meses en forma alternada; o (iii) si habiéndose efectuado los descuentos acordados en el convenio de pago aún persistiere un saldo insoluto del deducible.

2. La fecha de expedición del pagaré corresponderá al día en que se complete el mismo, según lo señalado en el Nº 1.

3. La Isapre procederá a enterar el correspondiente impuesto de timbres y estampillas que grava el pagaré, dentro de los plazos establecidos en el DL 3475 de 1980. El costo del impuesto que deba pagarse con ocasión del llenado del pagaré será de cargo exclusivo del Mandante.

4. La fecha del vencimiento del pagaré será el día hábil siguiente al de su expedición.

5. El capital adeudado será el saldo del deducible mencionado que se adeude a la fecha de expedición, con su correspondiente reajuste, más los intereses corrientes, gastos de cobranza y el monto del impuesto de timbres y estampillas que corresponda, según liquidación que al efecto practique la Isapre.

6. La Isapre queda expresamente facultada para autorizar ante Notario Público la firma del suscriptor una vez completados los blancos del Pagaré.

7. El Mandante releva expresamente a la Isapre de la obligación de rendir cuenta.

8. Todos los gastos, derechos notariales, impuestos y desembolsos que tengan su origen en las presentes instrucciones y en el mencionado pagaré, serán de cargo exclusivo del Mandante.

9.- La Isapre no recibirá remuneración alguna por la ejecución de las gestiones encomendadas en el presente mandato.

10.- El presente mandato terminará al mismo tiempo que termine el Contrato de Salud Previsional existente entre el Mandante y la Isapre, a menos que a tal fecha el Mandante adeude a la Isapre todo o parte del deducible ya mencionado, en cuyo caso el presente mandato se extinguirá sólo una vez que el Mandante pague en forma íntegra a la Isapre el saldo del deducible adeudado.

11.- Las presentes instrucciones de llenado se otorgan con carácter de irrevocables en los términos del Artículo 241° del Código de Comercio.

_____

Firma del Mandante

PAGARÉ

(A la Vista – Pesos Reajustabilidad Unidad de Fomento)
Capital Adeudado: U.F._____

-Vencimiento: A la vista.
Debo y prometo pagar incondicionalmente a la vista y a la orden de _____, (la Isapre), la suma equivalente en pesos, moneda corriente nacional de curso legal, de _____ **U.F. (_____ Unidades de Fomento).**

El capital adeudado se determinará y pagará en pesos, moneda corriente nacional de curso legal, según el valor que la Unidad de Fomento tenga al día del respectivo pago efectivo, salvo si el pago se hiciere después de la fecha estipulada y en ésta el valor de la Unidad de Fomento hubiese sido superior, pues en tal evento se utilizará este último valor.

Se entiende por Unidad de Fomento aquel sistema de reajuste autorizado por el Banco Central de Chile, de acuerdo a lo establecido en el Nº 9 del artículo 35° de la Ley 18.840 o la que en el futuro la reemplace y sea determinada sobre las mismas bases.

El pago de toda cantidad adeudada en virtud de este pagaré se efectuará antes de las 12:01 horas P.M. del día del pago correspondiente, en las oficinas de la Isapre ubicadas en _____ Nº _____, comuna de _____, ciudad de _____.

En caso de mora o simple retardo en el pago de este pagaré, se devengará, desde la fecha de la mora o del simple retardo y hasta la fecha del pago íntegro y efectivo, un interés penal igual al máximo convencional que la ley permita estipular a la fecha de la mora o del simple retardo para operaciones de crédito de dinero en moneda nacional reajustables, interés que se calculará y pagará sobre el saldo adeudado, debidamente reajustado. Los intereses que no fueren pagados se capitalizarán cada 30 días y, sin necesidad de demanda judicial, devengarán nuevos intereses, los que se calcularán y pagarán a una tasa igual a la del interés penal antes referido. La obligación de pagar este documento es indivisible. SIN PROTESTO. Para todos los efectos de este pagaré, el suscriptor fija su domicilio en la ciudad y comuna de _____ y se somete a la competencia de sus Tribunales de Justicia. El Impuesto de Timbres y Estampillas que grava a este documento se entera en dinero en Tesorería según DL 3.475 Art. 15° Nº 1.

En _____, a _____ de _____ del año _____.

Suscriptor

Nombre o Razón Social del Suscriptor: _____

R.U.T. Nº _____

Domicilio: _____

AUTORIZACIÓN NOTARIAL (uso exclusivo notario)
Autorizo la firma puesta en este documento por don(a) _____

C.I. Nº _____, como Suscriptor.

En _____, a _____ de _____ del año _____.

N O T A R I O

Anexo N°4

CONVENIO DE PAGO

En_____, a _____ de _____ del _____, entre Don (a) _____ (en adelante el "Cotizante"), Cédula Nacional de Identidad Nº _____, por una parte y por la otra _____ (en adelante la "Isapre"), Rol Único Tributario Nº_____, representada por don(a) _____, Cédula Nacional de Identidad Nº_____, se ha convenido lo siguiente:

PRIMERO: Con fecha _____, el Cotizante suscribió con la Isapre una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (en adelante la "Cobertura"), según las condiciones establecidas para la misma en el Contrato de Salud.

SEGUNDO: Como consecuencia del uso de la mencionada cobertura, el Cotizante adeuda actualmente a la Isapre, la cantidad de _____ Unidades de Fomento, correspondientes al deducible de su cargo y que fue financiado por la Isapre de conformidad a lo establecido en el numerando 8° del artículo I de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

TERCERO: Por el presente instrumento y con el objeto de asegurar el total reembolso a la Isapre del monto indicado en la cláusula precedente, el Cotizante se compromete a pagar a la Isapre la mencionada suma mediante:

(a) El pago, en este mismo acto, de la suma de _____ Unidades de Fomento, en su equivalente en pesos al día de hoy, mediante el descuento de dicha suma del saldo acumulado en la Cuenta Corriente de Excedentes que el Cotizante mantiene en la Isapre en los términos del artículo 188 del DFL Nº1, de 2005, de Salud; y
(b) El saldo, ascendente a _____ Unidades de Fomento, mediante la alternativa elegida por el Cotizante y que se indica a continuación:

* Descuento por planilla de su remuneración o de su pensión mensual en ____ cuotas mensuales de _____ Unidades de Fomento, para cuyos efectos el Cotizante suscribe la Autorización del Descuento correspondiente, por instrumento paralelo, con esta misma fecha.

* Descuento en Cuenta Corriente Nº _____ del Banco _____, cuyo titular es el Cotizante, de ____ cuotas mensuales de _____ Unidades de Fomento, para cuyos efectos el Cotizante suscribe el Mandato de Autorización de Cargo correspondiente, por instrumento paralelo, con esta misma fecha, autorizando a la vez en forma irrevocable a la Isapre para informar a la institución bancaria señalada, en la oportunidad correspondiente, el monto de las cuotas a descontar.

* Cargo en Tarjeta de Crédito _____ Nº _____, cuyo titular es el Cotizante, de ____ cuotas mensuales de _____ Unidades de Fomento, para cuyos efectos el Cotizante suscribe el Mandato de Autorización de Cargo correspondiente, por instrumento paralelo, con esta misma fecha, autorizando a la vez en forma irrevocable a la Isapre para informar a la administradora de tarjeta de crédito, en la oportunidad correspondiente, el monto de las cuotas a descontar.

* Cualquiera otra que la Isapre estime conveniente.

CUARTO: En el evento que la Isapre, por causa imputable al cotizante, no hubiere percibido pago durante 2 meses consecutivos o 3 meses en forma alternada, o bien si habiéndose efectuado todos los descuentos acordados en este convenio aún persistiere un saldo insoluto del deducible, la Isapre estará facultada para perseguir el cobro de dicho saldo, mediante la ejecución del pagaré suscrito por el Cotizante y que se menciona en el numerando 8° del artículo I de las Condiciones para la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

QUINTO: Si una vez terminado el Contrato de Salud Previsional, se efectuara un pago con cargo al saldo adeudado mediante alguna de las alternativas indicadas en la cláusula tercera, se deja constancia que ello no implicará en caso alguno la rehabilitación de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

_____ **Cotizante**

_____ **Isapre**

Anexo N°5

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

En _____, a _____ de _____ del _____, Don(a) _____, en adelante el “Trabajador” (Pensionado), Cédula Nacional de Identidad Nº _____, declara:

Que por el presente instrumento vengo en autorizar a mi empleador (entidad pagadora de la pensión), para que de mi liquidación de remuneraciones (de la pensión) del mes de _____ del año _____, como también de la de los _____ meses siguientes, se descuente la cantidad de _____ Unidades de Fomento y pague dicha cantidad a _____, en adelante la “Isapre”, por concepto de reembolso del deducible de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas que he contratado con dicha Isapre.
En caso de que la cantidad mensual a descontar arriba señalada, sumada a los otros descuentos previamente autorizados por mí (y que sean distintos a los mencionados en el inciso primero del artículo 58° del Código del trabajo), exceda del 15% de mi remuneración total, autorizo a que la suma a descontar se reduzca en el monto exacto en que exceda del referido límite y el saldo, se acumule en una o más fracciones que no excedan del referido 15% y se descuenten a partir del último mes indicado en el párrafo precedente hasta su total extinción.
En caso que el descuento se realice de mi pensión, el porcentaje a descontar no podrá exceder del límite señalado en la regulación del régimen previsional correspondiente.

_____ **Empleador**

_____ **Trabajador**

(Entidad Pagadora de la Pensión) (Pensionado)

NOTA: Esta autorización se deberá completar con los datos que corresponda, según se trate de un afiliado dependiente o pensionado.

Anexo N°6

MANDATO AUTORIZACIÓN DE CARGO

(CUENTA CORRIENTE BANCARIA / TARJETA DE CRÉDITO)

En_____, a _____ de _____ del _____, Don(a) _____, en adelante el “Mandante”, Cédula Nacional de Identidad N° _____ autoriza al Banco/Administradora de Tarjetas de Crédito _____ en adelante el “Mandatario”, a pagar de su Cuenta Corriente/Tarjeta de Crédito N°_____ a _____, en adelante la “Isapre”, las cuotas correspondientes al deducible de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, en adelante la “Cobertura”, de acuerdo a las condiciones que a continuación se indica:

PRIMERO: El pago de los montos que la Isapre informe mensualmente al Mandatario, se efectuará con cargo a la cuenta corriente individualizada, línea de crédito, de sobregiro o cuenta vista si la hubiere, que el Mandante posea en dicha institución y en la medida en que existan fondos suficientes y disponibles para cubrirlo.

SEGUNDO: El pago de las cuotas se efectuará dentro de los 5 primeros días hábiles de los meses en que corresponda pagarlas, según informará la Isapre al Mandatario. Si tales pagos no se pudieran efectuar por cualquier causa, el Mandatario queda liberado de toda responsabilidad, debiendo el Mandante pagarlas a la Isapre según lo dispuesto en la Cobertura. En el evento que alguna(s) cuota(s), por cualquier causa, no haya(n) sido cargada(s) por el Mandatario o habiendo sido cargada(s) haya(n) sido rechazada(s), el Mandante faculta a la Isapre para cargarla(s) en otra(s) fecha(s) durante el respectivo mes, o bien al mes siguiente con sus reajustes e intereses, junto con la cuota correspondiente a dicho mes.

TERCERO: Si alguna cuota, por cualquier razón, no fuera pagada, el Mandatario no tendrá responsabilidad alguna, aunque de dicha circunstancia resulte o pudiese resultar la terminación de la Cobertura.

CUARTO: Esta autorización regirá hasta que el Mandante la revoque por escrito a la Isapre, quien informará al Mandatario de esta revocación.

(Firma Titular Cuenta Corriente Bancaria/Tarjeta de Crédito)

CONDICIONES PARA ACCEDER A LA COBERTURA DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

Regulado por Circulares IF Nº 2; IF Nº 18, IF Nº 185 e IF Nº 264

Por el presente instrumento, ponemos en su conocimiento las Condiciones de la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a lo prescrito en la Ley 19.966 y al Decreto vigente de los Ministerios de Salud y Hacienda, que establece los Problemas de Salud y Garantías Explícitas de Salud.

PRIMERO: GENERALIDADES

El Régimen General de Garantías contiene Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. Estas Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de DERECHOS para las personas beneficiarias. Asimismo, estas garantías pueden ser diferentes para una misma prestación conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

SEGUNDO: COBERTURA

Las enfermedades, condiciones de salud y prestaciones que no se encuentren incorporadas dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES), mantendrán, si corresponde, las condiciones y cobertura de los respectivos Planes de Salud Complementarios que tengan los afiliados al momento de requerir tales atenciones. Las personas afiliadas y beneficiarias tienen, en todo caso, el derecho de acogerse a las condiciones de las GES, cuando corresponda, o mantener la cobertura y condiciones de su Plan de Salud Complementario vigente.

TERCERO: LISTADO DE PRESTACIONES

Un Decreto Supremo de los Ministerios de Salud y Hacienda fija el conjunto de Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud. El listado de los problemas de Salud fijados por el Decreto actualmente vigente se presenta al final del presente anexo.

CUARTO: GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

Para los efectos previstos en la ley, en relación al Régimen se entenderá por:

Garantía Explícita de Acceso: Obligación de las Isapres de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas en el Régimen, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.
Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de estas prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado de acuerdo al DFL N°1, de 2005, de Salud, en la forma y condiciones determinadas en el decreto correspondiente, cuando esté vigente en esta materia. Previo a esto, las Isapres otorgarán estos beneficios en la red que para tal efecto hayan informado a la Superintendencia de Salud.
Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud designado en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto designado por la Isapre cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador designado por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a la Isapre. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito, o que se deriven de causas imputables a la persona afiliada o beneficiaria, lo que deberá ser debidamente acreditado por la Isapre.

CONDICIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN CHILE

Por el presente acto e instrumento, el afiliado que suscribe, por sí y en representación de sus beneficiarios, los que se individualizan en el Formulario Único de Notificación (FUN) del contrato de salud previsional suscrito con la Isapre, pacta con ésta la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile, en adelante CAEC, y la cobertura especial GES-CAEC, que se detallan a continuación:
El Anexo Nº 1, que se refiere a la petición del beneficio y derivación a la Red CAEC (procedimiento y formularios 1 y 2) y el Anexo Nº 2, relativo a los requisitos para acceder al financiamiento del deducible por la Isapre, se adjuntan a las presentes condiciones generales. Los restantes anexos mencionados en este instrumento se encuentran a disposición del afiliado y beneficiarios en todas las Agencias de la Isapre.

ARTÍCULO I: Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, CAEC

Este beneficio tiene por finalidad aumentar la cobertura que otorga al afiliado y sus beneficiarios su Plan de Salud Complementario, en el ámbito de las prestaciones hospitalarias, así como en el de las ambulatorias que expresamente se indican en el presente instrumento, que sean otorgadas dentro del territorio nacional. Respecto de aquellas enfermedades, diagnósticos, condiciones de salud y tratamientos que estén comprendidos en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, en adelante GES, regirá lo dispuesto en el Artículo II de estas mismas Condiciones.

Para el otorgamiento de CAEC, la Isapre pone a disposición de los beneficiarios un sistema conformado por una Red Cerrada de Atención y modalidad de atención médica cerrada, en adelante la “RED CAEC”, que tiene como finalidad prestar atención de salud a dichas personas ante la eventualidad de presentar alguna de las enfermedades catastróficas cubiertas por el presente beneficio adicional. Para acceder a la Red CAEC, el beneficiario deberá solicitar previa y expresamente a la Isapre su ingreso y ésta efectuará la derivación al prestador médico y/o institucional correspondiente, de acuerdo con lo indicado en el anexo Nº 1 de las presentes Condiciones (Formularios 1 y 2).

Por regla general, este beneficio no aumenta la cobertura de las prestaciones ambulatorias, salvo aquéllas que expresa y explícitamente se indican y regulan en este instrumento. Las prestaciones ambulatorias, excepcionalmente cubiertas por este beneficio adicional, son las siguientes:
a) Las drogas inmunosupresoras en caso de trasplantes,
b) Radioterapia,
c) Drogas citotóxicas aplicadas en ciclos de quimioterapia para el tratamiento del cáncer, y
d) Los medicamentos definidos como coadyuvantes o biomoduladores que se usan antes, durante o después de los ciclos de quimioterapia que estén considerados en los programas del Ministerio de Salud.

1.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y COBERTURAS

a) RED CAEC: Conjunto de prestadores de salud, individuales e institucionales, y tipo de habitación que la conforman.
La Isapre derivará a cualquiera de los prestadores de la Red CAEC y, dentro de ésta, al o a los médicos que expresamente le indique al beneficiario. Los establecimientos de la Red deberán estar ubicados en el territorio nacional y cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto Nº 161 (Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas) del Código Sanitario, y las normas sobre acreditación hospitalaria vigentes.
La Isapre podrá reemplazar cualquiera de los prestadores de la Red CAEC, informando de ello, previamente a la Superintendencia de Salud con 30 días de antelación a su incorporación formal a la Red CAEC, remitiéndole la información de capacidad de camas, pabellones quirúrgicos y especialidades del prestador. En todo caso, el prestador que se incorpore a la Red CAEC deberá mantener las condiciones de calidad médica e idoneidad técnica del prestador reemplazado.
La Red actualizada (esto es, los prestadores individuales e institucionales y, dentro de estos últimos, los prestadores individuales que forman parte del convenio) deberá estar permanentemente a disposición de los afiliados y beneficiarios en la página web y en las sucursales de la Isapre. Es responsabilidad del beneficiario informarse sobre los prestadores que conforman la Red y las condiciones de acceso a ella.

Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución o copago que deberá efectuar el o la afiliada por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en el arancel de referencia del Régimen, a disposición de las personas afiliadas y beneficiarias en las oficinas de la Isapre. Lo anterior, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 8° de este documento.

QUINTO: VIGENCIA

Por regla general, los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (GES) tendrán una vigencia de tres años. Si no se modificaren al expirar el plazo señalado en virtud de un Decreto Supremo del Ministerio de Salud, se entenderán prorrogadas por otros tres años.

SEXTO: FORMALIDADES Y CONDICIONES DE ATENCIÓN Y DE ACCESO:

1.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud (GES), las personas afiliadas y beneficiarias de Isapres a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por dichas Garantías Explícitas deberán atenderse con el prestador de salud que, para el caso específico, determine la Isapre. No obstante lo anterior, los y las beneficiarias podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata este documento.

2.- Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo que se establece en la Garantía Explícita de Calidad. No obstante, mientras tal Garantía no sea exigible, los prestadores sólo deberán ser informados a la Superintendencia.

3.- Dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional.

4.- Una vez, designado el prestador por la Isapre, la persona afiliada o beneficiaria o su representante deberá indicar expresamente y por escrito su decisión de tratarse a través de dicho prestador o desistir de la atención garantizada, en cuyo caso se entiende que opta por su Plan de Salud Complementario y no regirán las garantías explícitas.

5.- Las Garantías Explícitas se aplicarán sólo a las prestaciones definidas en el arancel correspondiente. Las demás prestaciones no contenidas en el referido Arancel, no obstante se otorguen en establecimientos designados por la Isapre, tendrán la cobertura del Plan de Salud Complementario, o la cobertura GES-CAEC si correspondiere.

6.- Los prestadores de salud deberán informar a las personas afiliadas a las Isapres que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud en la forma, oportunidad y condiciones que establece el Reglamento. En caso de incumplimiento, el o la afectada o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta 180 días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de otras sanciones que contemplen los reglamentos.

SÉPTIMO: PRECIO

El precio de los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (GES), y la unidad en que se pacta será el mismo para todas las personas beneficiarias de la Isapre, y es independiente del precio del Plan de Salud Complementario. El precio podrá ser modificado cada vez que se modifique el decreto que establece los Problemas de Salud y Garantías en Salud.

OCTAVO: GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD DEL RÉGIMEN QUE RIGEN A CONTAR DEL 1º DE OCTUBRE DE 2019

El Decreto Supremo N° 22, de 2019, rectificado por el DS N°21, de los Ministerios de Hacienda y Salud, aprobó las siguientes Garantías Explícitas en Salud del Régimen, que rigen a contar del 1 de octubre de 2019.

1.- Para tener derecho a esta cobertura financiera adicional, el monto de los copagos deberá superar un deducible, entendiéndose por tal la suma de los copagos que se acumularán por cada evento.

2.- Para el caso de las personas afiliadas a Isapres este deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada patología asociada a las Garantías Explícitas en Salud, que le ocurra al o la afiliada o a sus beneficiarios y beneficiarias. Dicho deducible no podrá exceder de 122 Unidades de Fomento.

3.-En caso de existir más de un evento, que afecte al o la afiliada o a uno o más beneficiarios o beneficiarias, en un período de 12 meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible será de 43 cotizaciones mensuales. Dicho deducible no podrá exceder de 181 Unidades de Fomento.

4.- El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que la persona beneficiaria registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzare a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros 12 meses, y así sucesivamente.

5.- Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud, o, que estando cubiertas, hayan sido otorgadas por prestadores distintos a los designados por las Isapres, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia de Salud cuando correspondiera.

6.- No obstante lo indicado anteriormente, sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente al designado por la Isapre, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al plan contratado, hasta que el o la paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

7.- El o la médico tratante del establecimiento será quien determine el momento a partir del cual el o la paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado.

8.- Si el o la paciente, sus familiares o representante optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se considerarán para el cómputo del deducible. Lo mismo ocurrirá si el o la paciente, sus familiares o representante optan por el traslado a un establecimiento que no es de los designados por la Isapre.

9. Si el o la paciente, sus familiares o representante optan por el traslado a un establecimiento designado por la Isapre, se iniciará o reiniciará, a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

El Decreto Supremo Nº3 de 2016, rectificado por el Decreto Supremo Nº21 de los Ministerios de Hacienda y Salud, aprobó las siguientes

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD DEL RÉGIMEN QUE RIGEN A CONTAR DEL 1º DE OCTUBRE DE 2019

1. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPA 4 Y 5

Acceso: Todo beneficiario:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento, conforme a lo dispuesto en las Norma de carácter Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, a las que hace referencia este Decreto en su Artículo 3º.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.
- Con Enfermedad Renal Crónica de curso progresivo e irreversible, tendrá acceso a confección de fístula arteriovenosa o instalación de catéter peritoneal según indicación del especialista e independiente de su velocidad de filtración glomerular.
- Trasplantado tendrá acceso a nuevo trasplante, según indicación médica.
- Trasplantado tendrá acceso a profilaxis y tratamiento de citomegalovirus, según indicación médica.
- Trasplantado tendrá acceso a terapia de rechazo, según indicación médica.
- Con Enfermedad Renal Crónica etapa 4, según indicación médica tendrá acceso a estudio pre-trasplante e ingreso a lista de espera de trasplante, si cumple con criterios de inclusión definidos en la Norma de carácter Técnico Médico y Administrativo, aunque no haya requerido diálisis.

2. CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS

Acceso: Todo beneficiario menor de 15 años:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento. Incluye reintervenciones.
- Con requerimiento de recambio de Marcapaso o cambio de generador y/o electrodo, según corresponda, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Se excluye Trasplante cardíaco.

3. CÁNCER CERVICOUTERINO

Acceso: Toda mujer beneficiaria:

- Entre 25 y 64 años tendrá acceso a realización de PAP cada 3 años.
- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento
- Con recidiva tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

4. ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER AVANZADO

Acceso: Todo beneficiario:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

5. INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

Acceso: Todo beneficiario, que desde el 1 de julio de 2005, presente:

- Dolor torácico no traumático y/o síntomas de Infarto Agudo del Miocardio, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica de Infarto Agudo del Miocardio, tendrá acceso a tratamiento médico y prevención secundaria.
- By-pass coronario o angioplastía coronaria percutánea, tendrá acceso a prevención secundaria.

6. DIABETES MELLITUS TIPO 1

Acceso: Todo beneficiario:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- Incluye tratamiento de pie diabético.
- Con descompensación, tendrá acceso a tratamiento de urgencia y hospitalización según indicación médica.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

7.DIABETES MELLITUS TIPO 2

Acceso: Todo beneficiario:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstic

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento. Incluye tratamiento pie diabético.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

8. CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Toda (o) beneficiaria (o) de 15 años y más:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

9. DISRAFIAS ESPINALES

Acceso: Todo beneficiario nacido a contar del 1 de julio de 2005:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento. Incluye reintervenciones.
- Con tratamiento, tendrá acceso a seguimiento.

Acceso: Todo beneficiario, independiente de fecha de nacimiento:

- Con confirmación diagnóstica de disrafia oculta, y médula anclada o meningitis a repetición, tendrá acceso a tratamiento. Incluye reintervenciones.

10. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS EN MENORES DE 25 AÑOS

Acceso: Todo beneficiario menor de 25 años con confirmación diagnóstica e indicación de tratamiento quirúrgico de Escoliosis tendrá acceso a tratamiento, siempre que cumpla los criterios de inclusión definidos en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo.

11. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS

Acceso: Todo beneficiario:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento, siempre que cumpla con el siguiente criterio de inclusión:
  - Agudeza visual igual o inferior a 0,3 con corrección óptica.

12. ENDOPRÓTESIS TOTAL DE CADERA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA CON LIMITACIÓN FUNCIONAL SEVERA

Acceso: Todo beneficiario de 65 años y más:

- Con confirmación diagnóstica de artrosis de cadera con limitación funcional severa según lo establecido en la Norma de carácter Técnico y Administrativo , que requiera endoprótesis total, tendrá acceso a tratamiento.
- Con indicación médica, tendrá acceso a recambio de endoprótesis total.

13. FISURA LABIOPALATINA

Acceso: Todo beneficiario nacido, desde el 1º de julio de 2005, con fisura labiopalatina, esté o no asociada a malformaciones craneofaciales, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento, incluyendo rehabilitación en menores de 15 años.

14. CÁNCER EN PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS

Acceso: Todo beneficiario menor de 15 años.

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. En los casos de Leucemias y Linfomas incluye trasplante de médula ósea según indicación médica.
- Igual acceso tendrá aquel al que se le haya sospechado antes de los 15 años, aún cuando la confirmación se produzca después de esta edad.
- Los beneficiarios menores de 25 años que recidiven, y que hayan tenido sospecha antes de los 15 años, tendrán acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

15. ESQUIZOFRENIA

Acceso: Todo beneficiario con sospecha de esquizofrenia en quienes se manifiestan por primera vez los síntomas a partir del 1 de julio de 2005:

- Con sospecha, tendrá acceso a evaluación diagnóstica, confirmación diagnóstica y tratamiento inicial por 180 días.
- Con confirmación diagnóstica, continuará tratamiento.

16. CÁNCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

17. LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

18. SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA

Acceso: Todo Beneficiario:

- Con sospecha clínica tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica y/o indicación médica, tendrá acceso a exámenes, tratamiento y seguimiento.
- Embarazada VIH(+) y recién nacido hijo de madre VIH(+), tendrán acceso a protocolo para Prevención de Transmisión Vertical.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo en la medida que haya cumplido con los criterios de inicio o cambio de terapia antirretroviral vigente.

19. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) DE MANEJO AMBULATORIO EN MENORES DE 5 AÑOS

Acceso: Todo beneficiario menor de 5 años, con confirmación diagnóstica de IRA de manejo ambulatorio tendrá acceso a tratamiento.

20. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DE MANEJO AMBULATORIO EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 65 años y más:

- Con sospecha de NAC tendrá acceso a confirmación diagnóstica clínico-radiológica y tratamiento farmacológico durante las primeras 48 horas.
- Tratamiento kinesiológico, según indicación médica.
- Con confirmación diagnóstica, continuará tratamiento.

21. HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- Acceso a monitoreo continuo de presión arterial, según indicación médica.

22. EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DESDE 1 AÑO Y MENORES DE 15 AÑOS

Acceso: Todo beneficiario desde un año y menor de 15 años:

- Con sospecha a partir del 1º de julio de 2013, tendrá acceso a evaluación inicial durante 180 días y confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso continuarlo.

23. SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS

Acceso: Beneficiario de 6 años. El acceso a tratamiento debe realizarse mientras el beneficiario tenga seis años, el alta se otorga una vez erupcionados los 4 primeros molares definitivos, los que deben haber sido evaluados según criterio de riesgo y/o presencia de daño, recibiendo el tratamiento acorde al diagnóstico realizado.

24. PREVENCIÓN DE PARTO PREMATURO

Acceso: Toda beneficiaria embarazada:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación tendrá acceso a tratamiento y control posterior.

25. TRASTORNOS DE GENERACIÓN DEL IMPULSO Y CONDUCCIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS, QUE REQUIEREN MARCAPASO

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con requerimiento de recambio de Marcapaso o cambio de generador y/o electrodo, según corresponda, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

26. COLECISTECTOMÍA PREVENTIVA DEL CÁNCER DE VESÍCULA EN PERSONAS DE 35 A 49 AÑOS

Acceso: Todo beneficiario entre 35 y 49 años:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

27. CÁNCER GÁSTRICO

Acceso: Beneficiario menor de 40 años:

- Con confirmación diagnóstica de Cáncer, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

Acceso: Beneficiario de 40 años y más:

Que cumpla con criterios de inclusión contenidos en las Normas Técnico Médico y Administrativo:

- Con sospecha, tendrá acceso a atención por especialista.
- Con indicación de especialista, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con diagnóstico confirmado, tendrá acceso a tratamiento.

28. CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

29. VICIOS DE REFRACCIÓN EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 65 años y más:

- Sólo con presbicia, tendrá acceso a lentes (sin confirmación diagnóstica).
- Con sospecha de miopía, astigmatismo o hipermetriopía, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a lentes.

30. ESTRABISMO EN PERSONAS MENORES DE 9 AÑOS

Acceso: Todo beneficiario menor de 9 años:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

Los beneficiarios mayores de 9 años y que hayan tenido sospecha a partir del 1º de Julio de 2006 siendo menor de 9 años, tendrán acceso a confirmación y tratamiento.

31. RETINOPATÍA DIABÉTICA

Acceso: Todo beneficiario diabético:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

32. DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO NO TRAUMÁTICO

Acceso: Todo beneficiario:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

33. HEMOFILIA

Acceso: Todo beneficiario:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

34. DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación diagnóstica: tendrá acceso a tratamiento.

35. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE LA PRÓSTATA EN PERSONAS SINTOMÁTICAS

Acceso: Todo beneficiario.

- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.

36. ÓRTESIS O AYUDAS TÉCNICAS PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 65 años y más, que cumpla con los criterios de inclusión contenidos en las Normas Técnico Médico y Administrativo, tendrá acceso a órtesis correspondiente y sesiones de kinesiología según indicación médica.

37. ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años o más.

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento, incluye hospitalización, según indicación médica, en prestador con capacidad resolutiva.
- Con tratatamiento, tendrá acceso a rehabilitación y seguimiento.

38. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO

Acceso: Todo beneficiario, con síntomas obstructivos:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a continuar tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo, incluyendo exacerbaciones.

39. ASMA BRONQUIAL MODERADA Y GRAVE EN PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS

Acceso: Todo beneficiario, sintomático:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo, incluyendo exacerbaciones.

40. SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO

Acceso: Todo beneficiario recién nacido:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a continuar tratamiento.

41. TRATAMIENTO MÉDICO EN PERSONAS DE 55 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA Y/O RODILLA, LEVE O MODERADA

Acceso: Todo beneficiario de 55 años o más:

- Con confirmación diagnóstica de Artrosis de Rodilla leve o moderada, tendrá acceso a tratamiento médico.
- Con confirmación diagnóstica de Artrosis de Cadera leve o moderada, tendrá acceso a tratamiento médico.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

42. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A RUPTURA DE ANEURISMAS CEREBRALES

Acceso: Todo beneficiario:

- Con sospecha de hemorragia subaracnoidea por aneurisma cerebral roto, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento.
- Con tratamiento, tendrá acceso a rehabilitación y seguimiento.

43. TUMORES PRIMARIOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años o más:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

44. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO LUMBAR

Acceso: Todo beneficiario:

- Con confirmación de indicación quirúrgica, tendrá acceso a cirugía, si cumple con los criterios de inclusión establecidos en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo.

45. LEUCEMIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y estudio de Leucemia.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- Con recidiva tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

46. URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA

Acceso: Todo beneficiario:

- En los casos de sospecha de Abscesos de espacios anatómicos del territorio Buco Máxilo Facial y Flegmon Oro Cérvico Facial de origen odontológico, tendrá acceso a tratamiento inicial en urgencia.
- En los demás casos con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

47. SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS

Acceso: Todo beneficiario de 60 años de edad tendrá acceso a tratamiento. La solicitud de atención odontológica debe realizarse mientras el beneficiario tenga 60 años. El alta se otorga cuando se ha completado los procedimientos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que requiera el individuo.

48. POLITRAUMATIZADO GRAVE

Acceso: Todo beneficiario:

- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento si cumple con los siguientes criterios de inclusión:
  -Paciente con lesiones de origen traumático, que abarquen dos o más de los siguientes sistemas: nervioso, respiratorio, circulatorio, músculo - esquelético, digestivo o urinario y, que al menos uno de ellos implique riesgo de muerte.

49. TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO MODERADO O GRAVE

Acceso: Todo beneficiario:

- Con sospecha, tiene acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.

50. TRAUMA OCULAR GRAVE

Acceso: Todo beneficiario:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

51. FIBROSIS QUÍSTICA

Acceso: Todo beneficiario:

- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a etapificación y tratamiento.
- En tratamiento tendrá derecho a continuarlo.

52. ARTRITIS REUMATOIDEA

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

53. CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE RIESGO BAJO A MODERADO DE ALCOHOL Y DROGAS EN PERSONAS MENORES DE 20 AÑOS

Acceso: Todo beneficiario menor de 20 años:

- Con confirmación diagnóstica de consumo perjudicial o dependiente de riesgo bajo a moderado, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- En caso de recaída tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

54. ANALGESIA DEL PARTO

Acceso: Toda beneficiaria en trabajo de parto que, una vez informada acepte y con indicación médica.

- Tendrá acceso a analgesia farmacológica.

55. GRAN QUEMADO

Acceso: Todo beneficiario:

- Tendrá acceso a tratamiento y seguimiento siempre que cumpla con los criterios de inclusión definidos en la Norma Técnico Médico y Administrativo.

56. HIPOACUSIA BILATERAL EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS QUE REQUIEREN USO DE AUDÍFONO

Acceso: Todo beneficiario de 65 años y más:

- Con confirmación diagnóstica e indicación médica de audífono, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

57. RETINOPATÍA DEL PREMATURO

Acceso: Todo beneficiario prematuro, de menos de 1.500 gramos o menor de 32 semanas de gestación al nacer:

- Tendrán acceso a screening con fondo de ojo.
- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento según indicación médica.

58. DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PREMATURO

Acceso: Todo beneficiario prematuro, de menos de 1.500 gramos al nacer o menores de 32 semanas de gestación:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. Acceso a Oxigenoterapia domiciliaria según resultado de Saturometría continua.

59. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DEL PREMATURO

Acceso: Todo beneficiario prematuro nacido a contar del 1° de julio de 2005 con menos de 1.500 gramos al nacer o menor de 32 semanas de gestación:

- Tendrá acceso a screening auditivo.
- Con screening alterado, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

60. EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

61. ASMA BRONQUIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo, incluyendo exacerbaciones.

62. ENFERMEDAD DE PARKINSON

Acceso: Todo beneficiario:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

63. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

Acceso: Todo beneficiario menor de 17 años:

- Con confirmación diagnóstica antes de los 17 años tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

64. PREVENCIÓN SECUNDARIA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Que cumpla con los criterios de inclusión de clearance de creatinina < 60 ml/min y/o microalbuminuria con o sin alteraciones del sedimento urinario, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

65. DISPLASIA LUXANTE DE CADERAS

Acceso:

- Todo beneficiario durante el tercer mes de vida, tendrá acceso a radiografía de caderas.
- Todo beneficiario recién nacido o lactante menor de 1 año:
  - Con sospecha de radiografía de caderas o ecotomografía alterada tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
  - Con confirmación diagnóstica de displasia luxante de cadera tendrá acceso a tratamiento ortopédico.
  - En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

66. SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA

Acceso: Toda mujer:

- Con confirmación de su condición de embarazo tendrá acceso a tratamiento dental integral.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

67. ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

Acceso: Todo beneficiario:

- Con sospecha que cumpla con los criterios de inclusión señalados en la Norma Técnico Médico y Administrativo, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento según criterios establecidos en la Norma Técnico Médico y Administrativo.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo. Incluye exacerbaciones o reagudizaciones.

68. HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS HEPATITIS B

Acceso: Todo beneficiario:

- Con sospecha, tendrá acceso a evaluación inicial y tratamiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

69. HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS HEPATITIS C

Acceso: Todo beneficiario:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

70. CÁNCER COLORRECTAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a etapificación y tratamiento.
- Con tratamiento, tendrá acceso a seguimiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

71. CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL

Acceso: Todo beneficiario:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a etapificación, tratamiento y seguimiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

72. CÁNCER VESICAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y etapificación.
- Con tratamiento, tendrá acceso a seguimiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

73. OSTEOSARCOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a etapificación, tratamiento y seguimiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

74. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES CRÓNICAS DE LA VÁLVULA AÓRTICA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación de indicación quirúrgica tendrá acceso a cirugía, seguimiento y tratamiento anticoagulante según indicación médica.
- En tratamiento anticoagulante, tendrá acceso a continuarlo.

75.TRASTORNO BIPOLAR EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación diagnóstica por especialista, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

76.HIPOTIROIDISMO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

77.TRATAMIENTO DE HIPOACUSIA MODERADA, SEVERA Y PROFUNDA EN PERSONAS MENORES DE 4 AÑOS

Acceso: Todo beneficiario nacido a contar del 1º de enero de 2016:

- Con confirmación diagnóstica por especialista según criterios establecidos en la Norma de carácter Técnico Médico y Administrativo, tendrá acceso a tratamiento.

78.LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Acceso: Todo beneficiario:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

79. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES CRÓNICAS DE LAS VÁLVULAR MITRAL Y TRICÚSPIDE EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación de indicación quirúrgica tendrá acceso a cirugía, seguimiento y tratamiento anticoagulante según indicación médica.
- En tratamiento anticoagulante, tendrá acceso a continuarlo.

80. TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI

Acceso: Todo beneficiario que cumpla con los criterios de inclusión incorporados en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo, tendrá acceso a tratamiento.

81. CÁNCER DE PULMÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a etapificación y tratamiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- En tratamiento tendrá acceso a seguimiento.
- Con recidiva tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

82. CÁNCER DE TIROIDES DIFERENCIADO Y MEDULAR EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a etapificación y tratamiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- En tratamiento tendrá acceso a seguimiento.
- Con recidiva tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

83. CÁNCER RENAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a etapificación y tratamiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- Con recidiva tendrá acceso a tratamiento.

84. MIELOMA MÚLTIPLE EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a etapificación y tratamiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- En tratamiento tendrá acceso a seguimiento.
- Con recidiva tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

85. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Acceso: Todo beneficiario:

- Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

El afiliado deberá informarse en su Isapre, a través de los medios que ésta disponga, respecto de los alcances, condiciones, coberturas y prestaciones asociados a estas condiciones de salud garantizadas.

CONDICIONES PARTICULARES PLAN PREVENTIVO DE ISAPRES – PPI

Por el presente instrumento, se pone en su conocimiento los beneficios y funcionamiento del Plan Preventivo de Isapres (PPI).

El PPI incluye la totalidad de las prestaciones, procedimientos, exámenes, intervenciones y métodos incluidos en el DS N°22, del 2019, de los Ministerios de Salud y Hacienda; en la Resolución Exenta N°1.236, de 2009, del Ministerio de Salud que regula el Examen de Medicina Preventiva y en las Normas Técnicas de Carácter obligatorio que el Ministerio de Salud dicte con el objeto de uniformar los criterios de ejecución, de medición y validación de los exámenes, para el grupo de población que corresponda.

Complementariamente se presentan otras prestaciones que las Isapres han incorporado voluntariamente para entregar a sus beneficiarios.

PRIMERO: GENERALIDADES

El Plan Preventivo de Isapres (PPI) detalla las coberturas referidas a las bonificaciones contenidas en dicho plan, ordenadas de acuerdo a lo siguiente: Programa del Niño, Control del Embarazo y Programa Personas de 15 años y más.

SEGUNDO: COBERTURA

Las prestaciones que no se encuentren detalladas en el Plan Preventivo de Isapres (PPI), mantendrán si corresponde, las condiciones y cobertura de los respectivos Planes de Salud Complementarios y de GES que tengan los afiliados al momento de requerir tales atenciones. El afiliado y beneficiario decidirá cuando solicitar las coberturas del PPI cuando corresponda de acuerdo a los procedimientos indicados por la Isapre. La cobertura sólo operará si el beneficiario cumple con el procedimiento y además se atiende en el prestador referido por la Isapre.

En lo que corresponda a las prestaciones contempladas en GES, este Plan Preventivo de Salud lo complementa y amplía.

La cobertura financiera para el Plan Preventivo de Isapres será de un 100% del valor de las prestaciones, siempre que se cumplan las condiciones descritas en el presente documento.

TERCERO: VIGENCIA

La vigencia de las prestaciones que corresponden al Plan Preventivo de Isapres (PPI) y los beneficios mínimos está sujeta a las disposiciones legales y reglamentarias respectivas. No obstante, la cobertura de aquellas prestaciones voluntariamente incluidas por las Isapres – adicionales a las definidas legal y reglamentariamente – podrá ser revisada, pudiendo, por acuerdo de las Isapres adscritas excluir o reemplazar dichas prestaciones.

CUARTO: FORMALIDADES, CONDICIONES DE ATENCIÓN Y DE ACCESO

1. Para tener derecho a las coberturas indicadas en el Plan Preventivo de Isapres (PPI), los afiliados y beneficiarios deberán atenderse con el prestador de salud que, para cada caso específico, determine la Isapre. En caso contrario no podrá invocar este beneficio y no procederá la cobertura de dichas prestaciones.
2. Dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional y referido explícitamente por la Isapre. El traslado del beneficiario al prestador referido, es de su cargo y responsabilidad.
3. Una vez designado el prestador, el afiliado o beneficiario deberá indicar expresamente y por escrito su conformidad con dicho prestador.
4. Las coberturas del PPI se aplicarán solamente a las prestaciones asociadas a dicho plan.
5. Todas las demás prestaciones, no obstante se realicen en el prestador indicado por la Isapre, tendrán la cobertura del Plan Complementario de Salud.

QUINTO: PRECIO

La cobertura financiera para el Plan Preventivo de Isapres será de un 100% del valor de las prestaciones y no tiene costo adicional al Plan de Salud Complementario, siempre que se entreguen en las condiciones, oportunidad y en los prestadores referidos por la Isapre.

SEXTO: BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de esta cobertura serán aquellos indicados en el último FUN del Contrato de Salud previsional vigente.

SÉPTIMO: PROGRAMAS PREVENTIVOS

El Plan Preventivo de Isapres (PPI) está organizado en tres programas, de acuerdo al grupo de población que corresponda: Programa del Niño, Control del Embarazo y Programa de Personas de 15 años y más:

7.1. PROGRAMA DEL NIÑO

El programa del niño tiene por propósito apoyar un desarrollo integral adecuado y ayudar a la formación de hábitos saludables. Las actividades comprendidas en este programa son:

7.1.1 CONTROL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, ESTADO NUTRICIONAL, OBESIDAD, REGISTRO Y CONSEJERÍA DE INMUNIZACIÓN PAI.

Intervención: Control por enfermeras, con derivación a nutricionista cuando estén alterados sus parámetros de peso y talla.
Beneficiario: Recién nacido hasta 10 años.

Cronograma del Control del Niño

1. Recién nacido (15 primeros días) dos controles: 1 por médico, 1 por enfermera.
2. A los 2 meses de edad.
3. A los 3 meses de edad.
4. A los 4 meses de edad.
5. A los 5 meses de edad.
6. A los 6 meses de edad.
7. A los 8 meses de edad.
8. A los 10 meses de edad.
9. A los 12 meses de edad.
10. A los 15 meses de edad.
11. A los 18 meses de edad.
12. A los 21 meses de edad.
13. A los 2 años de edad: dos controles por año.
14. A los 3 años de edad: dos controles por año.
15. A los 4 años de edad: dos controles por año.
16. A los 5 años de edad: dos controles por año.
17. A los 6 años de edad: dos controles por año.
18. A los 10 años de edad: dos controles por año.

En cada control se cumplirán las actividades detalladas en el Anexo Nº 1 “Objetivos según control”.

RECIÉN NACIDOS

7.1.2 FENILCETONURIA

Examen: Determinación de fenilalanina en sangre.
Frecuencia: Una vez dentro de los 15 días desde el nacimiento.
Beneficiario: Recién nacido.

7.1.3 HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO
Examen: Determinación de TSH en sangre.
Frecuencia: Una vez dentro de los 15 días desde el nacimiento.
Beneficiario: Recién Nacido.

7.1.4 DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERAS
Examen: Maniobra de Ortolani o Barlow.
Frecuencia: Una vez, dentro de los 15 días desde el nacimiento.
Beneficiario: Recién nacido.

LACTANTES

7.1.5 DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERAS
Examen: Radiografía de Pelvis.
Frecuencia: Una vez a los tres meses de edad.
Beneficiario: Lactante.

NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 2 Y 5 AÑOS

7.1.6 SOBREPESO Y OBESIDAD
Examen: Medición del peso y talla.
Frecuencia: Una vez en el período.
Beneficiario: Niños y niñas de 4 años.

7.1.7 AMBLIOPÍA, ESTRABISMO Y DEFECTOS EN LA AGUDEZA VISUAL
Examen: Aplicación de la cartilla LEA.
Frecuencia: Una vez en el período.
Beneficiario: Niños y niñas de 4 años.

7.1.8 DETECCIÓN DE MALOS HÁBITOS BUCALES
Examen: Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales.
Frecuencia: Una vez en el período.
Beneficiario: Niños y niñas de 4 años.

7.2 PROGRAMA CONTROL DEL EMBARAZO

El programa controlará el embarazo, de tal forma de apoyar la labor del profesional médico, recomendando los exámenes requeridos en cada etapa. Las actividades comprendidas en este programa son:

7.2.1 CONTROL MÉDICO Y DE MATRONA:
Intervención de Médico: al inicio del embarazo (1er mes) y al 8vo mes.
Intervención de Matrona: Inicio del Control prenatal de Matrona antes de 12 semanas de amenorrea, midiendo peso y talla, medición estandarizada de la presión arterial, Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT), aplicación del instrumento Estrategia 5A's, según Guía Clínica y efectuando las derivaciones para la realización de los siguientes exámenes, incluyendo grupo y Rh, hemoglobina y hematocrito, VDRL o RPR en sangre, glicemia en ayunas, orina completa y ecografía precoz – antes de 20 semanas de gestación –. Luego, la repetición de exámenes según pauta sería: i) un nuevo VDRL a las 28 semanas, ii) una glicemia o PTG entre las 24 y 28 semanas y, iii) un hematocrito y hemoglobina entre 28 y 32 semanas. Controlar diabetes mellitus a mujeres durante el embarazo, antes de las 13 semanas de gestación.
Frecuencia: Tres veces, dentro del embarazo.
Beneficiario: Mujeres embarazadas.

7.2.2 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL
Examen: Glicemia en ayunas
Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas.
Beneficiario: Embarazadas.

7.2.3 INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA
Examen: Test de Elisa para VIH en sangre. Debe realizarse con consejería previa, de manera voluntaria y con consentimiento informado (Ley Nº 19.979, 2001). Consejería previa al examen y consejería post examen en las embarazadas con VIH positivo.
Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas.
Beneficiario: Embarazadas que acepten realizarse el examen.

7.2.4 SÍFILIS
Examen: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin) en sangre.
Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas.
Beneficiario: Embarazadas.

7.2.5 INFECCIÓN URINARIA
Examen: Urocultivo.
Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas.
Beneficiario: Embarazadas.

7.2.6 SOBREPESO Y OBESIDAD
Examen: Medición de peso y talla. Consejería sobre hábitos saludables de alimentación y actividad física.
Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas.
Beneficiario: Embarazadas.

7.2.7 HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Examen: Medición estandarizada de la presión arterial.
Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas.
Beneficiario: Embarazadas.

7.2.8 BEBER PROBLEMA
Examen: Cuestionario de autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso del Alcohol (AUDIT) y/o versión acortada. Consejería según el tipo de consumo de alcohol en personas de bajo riesgo (0 - 7), en riesgo (8 - 15), problema (16 - 19) o dependencia (20 - 40).
Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas.
Beneficiario: Embarazadas.

7.2.9 TABAQUISMO
Examen: Aplicación del instrumento Estrategia 5A´s según guía clínica. Consejería breve y referir a tratamiento con el profesional que realice el control del embarazo.
Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas..
Beneficiario: embarazadas.

7.3 PROGRAMA DEL ADULTO Y EL DEL ADULTO MAYOR

El programa tiene por propósito promover hábitos saludables, detectar adicciones de alcohol y tabaco. Controlar obesidad, hipertensión y niveles de colesterol, y estimular una alimentación adecuada previa a la concepción. En cada caso se efectuará la recomendación que corresponda. El programa, respecto del adulto mayor tiene por propósito apoyar la mantención de la autovalencia, promoviendo hábitos saludables, controlando su capacidad auditiva y de movilidad. Las actividades comprendidas en este programa son:

Control por médico, enfermera, enfermera matrona, matrona, nutricionista u otro integrante del equipo de salud debidamente capacitado, salvo lo expresamente indicado.

PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

7.3.1 PROMOCIÓN DEL EJERCICIO
Examen: Consejería.
Frecuencia: Una vez al año.
Beneficiario: Personas de 15 años y más.

7.3.2 BEBEDOR PROBLEMA
Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT) y/o versión acortada y consejería respecto de terapia.
Frecuencia: 1 vez cada 3 años.
Beneficiario: Personas de 15 y más años.

7.3.3 TABAQUISMO
Examen: Aplicación del Instrumento Estrategia 5A’s según Guía Clínica y consejería breve.
Frecuencia: 1 vez cada 3 años.
Beneficiario: Personas de 15 y más años.

7.3.4 SOBREPESO Y OBESIDAD
Examen: Medición de Peso y Talla. Cálculo Índice de Masa Corporal (IMC) y medición de circunferencia de cintura (CC) para detectar personas obesas con mayor riesgo cardiovascular. Consejería en alimentación saludable e incremento de la actividad física. Consejería por parte de Nutricionista y derivación CAEC si corresponde.
Frecuencia: 1 vez cada 3 años.
Beneficiario: Personas de 15 y más años.

7.3.5 HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Examen: Medición estandarizada de presión arterial.
Frecuencia: 1 vez cada 3 años.
Beneficiario: Personas de 15 y más años.

7.3.6 DIABETES MELLITUS
Examen: Glicemia en ayunas
Frecuencia: 1 vez cada 3 años.
Beneficiario: Personas de 15 y más años.

7.3.7 SÍFILIS
Examen: Examen de VDRL o RPR en sangre.
Frecuencia: 1 vez cada 3 años. Beneficiarios con conductas o factores de riesgo una vez al año.
Beneficiario: Personas de 15 y más años.

7.3.8 TUBERCULOSIS
Examen: Baciloscopía a toda persona con tos productiva por más de 15 días al momento del examen.
Frecuencia: 1 vez cada 3 años y/o toda persona con tos productiva por más de 15 días.
Beneficiario: Personas mayores de 15 años con síntomas respiratorios por 15 días o más.

MUJERES DE 25 A 64 AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 años y más, deberá efectuarse en este grupo de población la pesquisa de la siguiente condición:

7.3.9 CÁNCER CERVICOUTERINO
Examen: Papanicolau (PAP) o citología exfoliativa cervical.
Frecuencia: Una vez cada 3 años.
Beneficiario: Mujeres de 25 a 64 años y entre 18 y 24 años con vida sexual activa.

PERSONAS DE 40 Y MÁS AÑOS

7.3.10 DISLIPIDEMIA
Examen: Medición del Colesterol Total. Consejería por parte de Nutricionista si corresponde.
Frecuencia: 1 vez cada 3 años.
Beneficiario: Hombres y mujeres de 40 y más años.

MUJERES DE 50 Y HASTA 59 AÑOS

7.3.11 CÁNCER DE MAMA
Examen: 4 Mamografías en total, a contar de los 50 años de vida y hasta los 59 años.
Frecuencia: 1 vez cada 3 años.
Beneficiario: Mujeres de 50 y hasta 54 años.

ADULTO DE 65 Y MÁS AÑOS

7.3.12 EVALUACIÓN FUNCIONAL PARA UNA VIDA AUTOVALENTE (AUTONOMÍA FUNCIONAL)
Examen: Cuestionario estandarizado, evaluación funcional del adulto mayor (EFAM) y consejería.
Frecuencia: Anual.
Beneficiario: Beneficiarios mayores de 64 años.
Evaluación de la movilidad, capacidad de alimentación, visión, audición y derivación a GES si corresponde.

MAYORES DE 35 AÑOS

7.3.13 PREVENCION CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN DE RIESGO
Intervención: Consejería respecto de hábitos saludables, alimentación, consumo de ácido acetilsalicílico y otros.
Beneficiario: Mayores de 35 años.

MUJERES EN EDAD FÉRTIL

7.3.14 PROMOCIÓN CONSUMO DE ÁCIDO FÓLICO, FIERRO Y CALCIO

Intervención: Campaña de información a grupos específicos.
Beneficiario: Mujeres en edad fértil.

OBJETIVOS SEGÚN CONTROL
PROGRAMA DEL NIÑO

1. En el período de recién nacido: fomentar la lactancia natural, educando a la madre respecto de la técnica de alimentación, aclarando sus dudas, controlando la evolución del peso y la talla y a la vez de chequear los resultados de los exámenes tomados al nacer para detectar fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito – y VDRL de cordón – . Ante la detección de anormalidades de cualquier naturaleza, sería referido a su pediatra.

2. A los 2 meses se realizaría el control de peso, talla y circunferencia craneana, evaluación del desarrollo psicomotor y referencia a vacunación. Evaluación de audición. Se daría orden de realización de radiografía de pelvis para lactantes de sexo femenino. Evaluar presencia de hernias y derivar en caso de ser necesario. Educación en alimentación sana. Prevención del Síndrome Infantil de Muerte Súbita – SIMS –, cuyos factores de riesgo son: el consumo de tabaco por parte de la embarazada, prematuros o de bajo peso de nacimiento, a través de educación específica.

3. A los 4 meses se realizaría una evaluación de peso, talla y circunferencia craneana. Chequeo de realización y resultados de Radiografía de pelvis - derivación al pediatra en caso de necesidad - y evaluación de cumplimiento de vacunación y derivación a dosis de los 4 meses. Evaluación de cicatriz BCG. Realización de evaluación de desarrollo psicomotor y derivación si detecta retraso o riesgo. Educación en alimentación sana y prevención de accidentes.

4. A los 6 meses se realizaría una evaluación de peso, talla y circunferencia craneana. Chequeo de cumplimiento de vacunación y derivación a dosis de los 6 meses. Evaluación del desarrollo Psicomotor y de la erupción dentaria, educación en alimentación sana y en prevención de accidentes domésticos.

5. A los 12 meses se realizaría una evaluación de peso, talla y circunferencia craneana. Chequeo de cumplimiento de vacunación y derivación a dosis 12 meses. Evaluación del desarrollo Psicomotor, descartar criptorquidea y educación en alimentación sana y en prevención de accidentes domésticos.

6. A los 18 meses se realizaría una evaluación de peso, talla y circunferencia craneana. Chequeo de cumplimiento de vacunación y derivación a dosis de 18 meses. Prevención de salud oral, educación en alimentación sana y prevención de accidentes domésticos.

7. A los 24 meses se realizaría una evaluación de peso, talla y circunferencia craneana. Chequeo de cumplimiento de vacunación. Descartar la presencia de fimosis. Educación en alimentación sana y prevención de accidentes.

8. A los 3 años se realizaría una evaluación de peso y talla. Chequeo de cumplimiento de vacunación. Educación en alimentación sana y prevención de accidentes y medición de agudeza visual.

9. A los 4 años se realizaría una evaluación de peso y talla. Control de Presión Arterial. Chequeo de cumplimiento de vacunación. Derivación a dosis 4 años. Educación en alimentación sana, prevención de accidentes y medición de agudeza visual.

10. A los 6 años se realizaría una evaluación de peso y talla. Control de Presión Arterial. Chequeo de cumplimiento de vacunación. Educación en alimentación sana y prevención de accidentes. Evaluación de inserción escolar. Evaluación de audición y agudeza visual – test de Snellen –.

11. A los 10 años se realizaría una evaluación de peso y talla y desarrollo puberal. Educación en maduración sexual. Educación en alimentación sana y prevención de accidentes. Educación en prevención de inicio del hábito tabáquico y consumo de alcohol y drogas. Evaluación de agudeza visual.

12. El paciente será referido a un médico pediatra en caso de detectarse anormalidad del desarrollo y/o de resultados de exámenes. Se debe orientar a la madre acerca de lugares de vacunación. Será necesario contar con los registros pertinentes de resultados obtenidos y frecuencias determinadas de controles.

www.colmena.cl Mesa Central 2 2959 4000
Golden Phone 2 2959 4040